

SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

(N. 2275-A)

RELAZIONE DELLA II^a COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITÀ)

(RELATORE SAMEK LODOVICI)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

*approvato dalla Camera dei deputati nella seduta del 31 maggio 1967
(V. Stampato n. 3251)*

presentato dal Ministro della Sanità

di concerto col Ministro dell'Interno

col Ministro del Bilancio e della Programmazione Economica

col Ministro del Tesoro

col Ministro della Pubblica Istruzione

col Ministro dei Lavori Pubblici

e col Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale

*Trasmesso dal Presidente della Camera dei deputati alla Presidenza
il 12 giugno 1967*

Comunicata alla Presidenza il 24 novembre 1967

Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera

ONOREVOLI SENATORI. — Nel sistema di sicurezza sociale al quale aspira il cittadino di ogni comunità civile e che lo Stato moderno, democratico, solidarista ha il compito di perseguire, nel rispetto della dignità e libertà della persona umana, una *assistenza sanitaria globale, coordinata, adeguata* al progresso incessante della medicina, ai bisogni e alla portata di tutti, è di importanza fondamentale e riconosciuta come un'esigenza primaria e di civiltà.

E non vi è dubbio che per il raggiungimento di una assistenza sanitaria siffatta, volta dunque alla promozione e alla difesa attiva della salute, oltre che al suo ripristino e alla correzione dei danni conseguenti alle malattie, è necessaria una riforma profonda, sia pure graduale, di tutta la nostra organizzazione sanitaria.

A questa riforma, che rientra come è noto tra gli obiettivi del piano di sviluppo economico nazionale, "l'Ospedale", non solo non può sottrarsi, ma può e deve darle inizio, ed esserne parte decisamente determinante.

Poichè l'Ospedale, come stabilimento squisitamente sanitario, di alta qualificazione e di antica tradizione, inserito tecnicamente e amministrativamente nella realtà locale, cioè nel contesto della popolazione, collegato per necessità naturale e per l'origine dei suoi principali operatori all'Università, cioè alla fonte prima del sapere e del progresso scientifico al quale pure deve collaborare, ma dei cui benefici è in certo senso l'organo immediato e più qualificato di diffusione nella massa degli assistiti, deve costituire il fulcro, il centro coordinatore e anche propulsore di un'assistenza sanitaria moderna, integrata, decentrata, adeguata ai bisogni e al dettato costituzionale.

Da qui la necessità evidente e urgente, di dedicare somme cure agli ospedali, per farne i veri presidi e promotori fondamentali della salute individuale e collettiva, e di procedere, pur nel rispetto doveroso e necessario di quanto nella loro organizzazione, nella loro vita è valido e meritevole di conservazione, ad un'opera illuminata di

riforma, di potenziamento numerico e qualitativo, di rinnovamento e coordinamento.

Essa è reclamata da molto tempo e se ne è discusso e ancora se ne discute, a tutti i livelli, anche in sede legislativa, con proposte di diversa portata e talora assai discordanti. Ma gli obiettivi essenziali di una *riforma ospedaliera* valida, sui quali sembra si possa universalmente convenire, a parte la diversità delle vedute sui modi e sui metodi, risultano o dovrebbero essere, almeno secondo il relatore, sinteticamente i seguenti:

1) l'adeguamento numerico, cioè la estensione di questi centri sanitari indispensabili a tutto il territorio nazionale; in modo da corrispondere con equità, razionalità e misura — il che vuol dire *esigenza di una programmazione organica e completa* — alle necessità di posti letto e di cure ospedaliere delle diverse zone del Paese, ponendo fine alle intollerabili carenze e sperequazioni territoriali tuttora esistenti. Dovute come è noto fundamentalmente al fatto che gli ospedali sono sorti in gran parte per private iniziative, per lo più caritative e religiose, manifestatesi di più in certe zone e meno in altre, laddove per contro assente o scarso è stato l'intervento pubblico. Di qui, onorevoli colleghi, anche il fenomeno, messo così bene in evidenza dal collega senatore Ferroni, non solo del sorgere, ma in certi luoghi del prevalere assoluto come nel Sud, delle case di cura private. Di esse non è certo contestabile l'utilità vicariante, più che sussidiaria, che nell'assenza dell'ospedale pubblico hanno spiegato, come non potrebbe mettersi in dubbio, nella nostra società libera e democratica, il diritto all'esistenza, ma non può neppure sottrarsi, nei confronti con l'ospedale pubblico o con l'ospedale privato senza fini di lucro, l'aspetto speculativo, sia pur legittimo, e il valore del fenomeno, dentro certi limiti, come indice della carenza dello Stato;

2) la presenza, cioè la dotazione in ogni ospedale dello stesso grado e competenza, in qualsiasi zona del Paese, di uno *standard* ottimale minimo razionale di strutture, di servizi, di apparecchiature tecniche e di

personale medico e sanitario ausiliario, professionale e generico, ed esecutivo, necessario a sopperire con serietà e sicurezza, dovunque, alle normali comuni fondamentali esigenze dell'assistenza ospedaliera; quali sono le prestazioni mediche, chirurgiche, ostetriche, pediatriche, eccetera, di largo consumo;

3) la possibilità non solo per i pochi, ma per tutti gli ospedali, di adeguare tempestivamente, evitando tuttavia iniziative ingiustificate, le proprie strutture edilizie, le attrezzature tecniche eccetera ai bisogni reali, via via emergenti e ai progressi della scienza;

4) una logica, chiara, razionale *classificazione e gerarchia degli ospedali*, fondata su differenti livelli di qualificazione e competenze diverse, su diversa ricchezza e potenzialità di impianti e di dotazioni tecniche strutturali; pluralità e diversità queste ovviamente indispensabili per le esigenze diagnostiche e terapeutiche delle molteplici specializzazioni e dell'alta specializzazione;

5) la promozione della *massima integrazione e collaborazione*, nel rispetto reciproco, tra Ospedali, e dell'Ospedale con l'Università, nell'interesse supremo del malato, per l'esigenza della salute pubblica e per il progresso della medicina;

6) una definizione più aggiornata e obbligatoria, in rapporto alle necessità della assistenza sanitaria moderna che è unitaria, dei compiti istituzionali dell'ospedale. In modo che, liberandolo definitivamente da altre eventuali attività, pure apprezzabili in sé, (di beneficenza, assistenza e caritative, sopravvissute e inerenti generalmente alle modalità degli statuti di fondazione dei vecchi ospedali), i suoi compiti siano *istituzionalmente ed esclusivamente di carattere sanitario*; ma vengano d'altra parte ampliati — restando tuttavia fondamentale e preminente l'attività diagnostica e curativa —, ad altri campi ed aspetti dell'assistenza sanitaria, particolarmente alla medicina preventiva, riabilitativa, alla ricerca scientifica, specie attinente alla epidemiologia, alla educazione sanitaria; e, per queste finalità di assistenza sanitaria globale, anche;

7) la promozione e realizzazione di un efficace collegamento, non solo formale e burocratico, dell'ospedale con *tutte le varie strutture sanitarie* operative di base, (medicina generica, specialistica poliambulatoriale, medicina igienico-preventiva etc.) con la maggior possibile reciproca integrazione;

8) la « *sburocratizzazione* » dei ricoveri ospedalieri, considerando diritto assolutamente preminente e primario dell'uomo ammalato, quello di essere prontamente ricoverato in ospedale in caso di bisogno accertato, senza remore e difficoltà inerenti all'accertamento della competenza passiva delle spese di ricovero;

9) la promozione delle condizioni favorevoli ad una *assistenza ospedaliera più umana, per tutti*, che in una visione integrale della persona, riconosca che i bisogni dell'uomo, specie se malato, non sono solo quelli strettamente sanitari, ma anche spirituali, morali e sociali e pertanto si preoccupi, a tutti i livelli, che vengano soddisfatti;

10) una *fondamentale uniformità istituzionale e amministrativa* degli istituti pubblici di ricovero e cura esistenti — oggi invero appartenenti a troppi enti diversi: Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, Comuni, Province, INAM, INAIL, C.R.I., Università ecc. e con diverso ordinamento giuridico e amministrativo e diversità anche di compiti istituzionali —; che ne accentui il carattere pubblicistico e consenta l'erogazione di una assistenza eguale per tutti i cittadini, e li sottoponga ad un indirizzo unitario e alla superiore vigilanza di un organo responsabile e operante della politica sanitaria;

11) una *disciplina*, equa ma necessaria, invocata da tempo (v. d.d.l. del senatore Lorenzi del 1963), *anche per le case di cura e per gli ospedali privati*, religiosi e laici, sotto il controllo e la sorveglianza effettiva della autorità sanitaria, che, assicurando a questi istituti il pieno diritto di esistere e di operare, garantisca tuttavia al cittadino la qualità delle prestazioni sanitarie fornite;

12) la promozione delle condizioni, già di partenza, morali, economiche, giuridiche, ambientali e di rapporti umani, necessarie ad assicurare, con *la massima efficienza, la dignità, la serenità, la diligenza del personale* tutto degli ospedali e dei medici in particolare, provvedendo, tra l'altro *et in primis*, alla *assunzione dei medici* mediante un sistema serio, onesto ed uniforme dei concorsi, che ponga fine una volta per sempre, alla tanto deprecata ma da anni tollerata situazione attuale, nella quale troppo spesso favoritismi, interferenze politiche, soprattutto nomine non serene delle commissioni esaminatrici da parte delle Amministrazioni ospedaliere, hanno frustrato e frustrano scoraggiandoli gli elementi migliori, *con immenso danno*;

13) la promozione infine di un clima generale e di rapporti medici-amministratori e di una *mentalità* nuovi, per cui i medici stessi, indipendentemente dalla norma e dagli imperativi delle leggi, possano sentire l'ospedale come loro occupazione e dovere assolutamente preminente, e siano spontaneamente indotti a dedicare all'Ospedale la pienezza operante della loro attività, per atto di libera volontà e di coscienza morale.

A questi obiettivi « ideali », molto brevemente esposti, e che il relatore ritiene fondamentali anche in base alla sua lunga e varia esperienza di medico, e maturi nella sensibilità popolare, sembra che si ispiri la legge di riforma ospedaliera al nostro esame, nel testo a noi pervenuto dall'altro ramo del Parlamento.

Si tratta di ben 70 articoli, raccolti sotto 8 titoli: l'ente ospedaliero; la struttura e amministrazione degli enti ospedalieri; i requisiti e la classificazione degli ospedali; la programmazione ospedaliera; disposizioni finanziarie per gli enti ospedalieri; ordinamento dei servizi e del personale; case di cura private; disposizioni finali e transitorie.

E permettete di dire subito al relatore, anche a sua scusante, che la vastità, complessità e importanza della materia, che tocca aspetti non solo tecnico-sanitari, ma giuri-

dico-costituzionali e sociali, non si presta ad una rapida sintesi, ma richiede la pazienza di un esame analitico. Esame che il relatore ha fatto con doverosa diligenza, la Commissione ha perfezionato e viene esposto sinteticamente nelle pagine seguenti, nella speranza di poter così contribuire alla formazione del vostro libero convincimento sulla portata e sulla adeguatezza o meno della legge. Segue alla fine un giudizio tecnico politico conclusivo, condiviso dalla maggioranza della Commissione.

TITOLO I

Disciplina *l'ente ospedaliero* e si compone di sei articoli.

Art. 1.

Comincia con l'importante affermazione: « *l'assistenza ospedaliera pubblica è svolta a favore di tutti i cittadini italiani e stranieri esclusivamente dagli enti ospedalieri* ». Dopo questa affermazione di principio che riflette con l'avverbio « esclusivamente » un indirizzo programmatico, il legislatore prende atto, con aderenza alla realtà, che l'assistenza ospedaliera è svolta secondo quanto è previsto dalle disposizioni che li riguardano, anche dagli ospedali psichiatrici (che saranno oggetto di una normativa particolare), dagli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico, nonché dalle case di cura private, ed inoltre dalle cliniche e dagli istituti universitari di ricovero e cura dipendenti dal Ministero della pubblica istruzione. Ma anche nei riguardi di questi istituti scientifici ed universitari si afferma, — fatto importante, significativo di un indirizzo unitario della politica ospedaliera — che, per quanto riguarda la loro *attività assistenziale*, si applicano le norme della legge: saranno quindi soggetti tutti alla vigilanza dell'autorità sanitaria, all'ordinamento dei servizi di assistenza e anche come vedremo alle norme della programmazione. Per le case di cura private la vigilanza igienico-sanitaria è pure prevista ed oggetto di apposito capitolo.

Col quarto comma dello stesso articolo 1, che considera le *fondazioni e le associazioni disciplinate dagli articoli 12 e seguenti del Codice civile*, cioè gli Enti morali che provvedono istituzionalmente al ricovero e alla cura degli infermi senza fini di lucro (enti e istituti ospedalieri privati aventi funzioni di pubblica utilità), si prevede la possibilità per essi, qualora posseggano i requisiti prescritti dalla legge, di ottenere, a domanda, il riconoscimento come enti pubblici ospedalieri.

Si mira cioè a promuovere la *pubblicizzazione spontanea* del maggior numero di istituti di ricovero e cura privati.

Anche gli *istituti ed enti ecclesiastici* civilmente riconosciuti, che esercitano l'assistenza ospedaliera, vengono presi in considerazione (comma 5°). Ma essi, fatta salva la vigilanza tecnico sanitaria spettante al Ministero della sanità, continueranno ad essere regolati dal loro particolare regime giuridico amministrativo, riconosciuto dalle norme concordatarie (legge 27 maggio 1929, numero 848) secondo l'interpretazione della prevalente dottrina e anche del Consiglio di stato (9 gennaio 1962, n. 1550). Potranno però ottenere di essere classificati in una delle categorie ospedaliere stabilite dalla legge, anche ai fini di un loro inserimento nella programmazione ospedaliera; il che è nell'interesse della collettività, trattandosi di istituti e ospedali altamente qualificati (non più di una ventina), e ai fini della unitarietà della politica sanitaria.

Sembra quindi al relatore che la legge, anche in queste ultime disposizioni dell'articolo 1, che invero hanno incontrato qualche opposizione, più che altro dettata da esasperate sensibilità laiciste, sia aderente alla realtà e decisamente ispirata e sollecita del miglioramento della assistenza sanitaria, nel rispetto della libertà del cittadino, e delle esigenze del bene comune.

Art. 2.

Definisce il concetto di *ente ospedaliero e i suoi compiti*.

« Sono enti ospedalieri (dice la legge) gli enti pubblici che istituzionalmente provvedono al ricovero e alla cura degli infermi ».

Sottolineo che con questa definizione e il disposto del seguente articolo 3, si configurano come enti ospedalieri *anche gli Ospedali degli enti mutualistici ed assicurativi*.

Con un notevole allargamento dei compiti tradizionali dell'ospedale, vengono stabiliti come *compiti istituzionali* dell'ente ospedaliero:

a) la prestazione delle cure mediche chirurgiche generali e specialistiche; e qui niente di nuovo;

b) una *partecipazione alla difesa attiva della salute* in coordinamento con le attività delle altre istituzioni sanitarie locali, ed è innovazione questa importante;

c) la collaborazione alla preparazione professionale del personale sanitario e tecnico;

d) la *promozione della educazione igienico-sanitaria* del malato e del suo nucleo familiare.

Si riconosce così giustamente che alla educazione sanitaria delle popolazioni l'ospedale, come filtro di larghe masse di popolazione e per la competenza del proprio personale, deve e può portare un contributo prezioso; implicitamente si sottolinea la indispensabilità dell'incremento della *educazione sanitaria*, che purtroppo nel nostro Paese è assai carente non essendo ancora penetrata nella coscienza del cittadino, mentre essa è condizione veramente importante per un aumento del livello e dell'efficacia dell'assistenza sanitaria.

I compiti istituzionali dell'ente ospedaliero risultano quindi *esclusivamente di carattere sanitario*.

Con una disposizione di cui è evidente la portata di progresso civile e di attuazione dello spirito della Costituzione, la legge prescrive poi, al terzo comma, che gli enti ospedalieri, salvo i limiti inerenti alla loro specializzazione, *hanno l'obbligo di ricoverare*, anche in assenza di particolari convenzioni e senza richiesta di alcuna documentazione, i cittadini italiani e stranieri che a giudizio del medico di guardia, abbiano bisogno urgente di ricovero ospedaliero, per qualsiasi malattia o per infortunio o per maternità, siano essi assistiti o meno da enti mutualistici assicurativi, o da altri enti pubblici e privati.

A rigore non si tratta di una novità, poichè le leggi vigenti (vedi domicilio di soccorso) permettono il ricovero cosiddetto d'urgenza (vedi art. 34 regio decreto 30 dicembre 1923, n. 2841, legge 26 aprile 1954, n. 251, art. 1). Ma è anche vero che, legalmente, cessata l'urgenza, il paziente, ancorchè non guarito, contro il suo interesse e contro ogni sana concezione della medicina e del dovere di tutela della salute, dovrebbe essere dimesso; ed è un fatto purtroppo che la preoccupazione nelle Amministrazioni ospedaliere delle difficoltà burocratiche e delle contestazioni inerenti all'accertamento e alla assunzione della competenza passiva delle spedalità da parte dei molteplici enti assistenziali, ha esercitato, specie in passato, una influenza inibitoria sui medici di guardia, circa la necessità del ricovero urgente senza corrispettiva impegnativa, con disagio e grave responsabilità loro, e purtroppo talora con danno per i malati, respinti dall'uno all'altro ospedale. La legge pone decisamente termine a questa situazione, sottolineando il valore assoluto determinante della condizione di malato per aver diritto al ricovero urgente necessario; gli accertamenti in ordine all'attribuzione delle spese verranno fatti successivamente al ricovero.

Un altro compito dell'ente ospedaliero è inerente alla possibilità conferitagli dalla legge di istituire, anche fuori della sede dell'ospedale, purchè nel quadro delle prescrizioni del piano regionale ospedaliero — quindi con possibilità di organico coordinamento e di utilizzazione economica dei mezzi disponibili —: ambulatori, dispensari, consultori, centri per la cura e la prevenzione delle malattie sociali e del lavoro, centri per il recupero funzionale.

In sostanza si considera qui l'opportunità di una proiezione all'esterno delle competenze specializzate del personale ospedaliero, per attività sanitarie preventive, curative, riabilitative, oltrechè come valido mezzo per mantenere i contatti e i controlli sanitari opportuni sui dimessi dall'ospedale. Attività queste invero in parte già previste dalle leggi vigenti (articolo 10 della legge del 1938; art. 1 del D.P. 11-2-1961, n. 249, sui Centri per le malattie sociali), ma in pratica af-

fatto o scarsamente effettuate o in modo disorganico, e che qui vengono decisamente affermate per la nuova concezione dell'ospedale, quale « centro sanitario », a servizio di tutta la popolazione.

In altre parole l'ospedale, non più « cittadella murata », deve diventare aperta e compenetrarsi largamente con le necessità sanitarie tutte.

Non può sfuggire d'altra parte, come con questa facoltà data agli ospedali di istituire ambulatori e centri sanitari anche fuori della propria sede, si viene a creare nell'attuale situazione, anche uno strumento che può favorire l'evoluzione dell'assistenza sanitaria mutualistica verso un sistema più efficiente ed integrato.

Articoli 3, 4, 5 e 6

Dettano le norme per la costituzione degli enti ospedalieri. Essa avviene con decreto del Presidente della Regione su delibera della Giunta regionale (art. 4) e sono previsti due casi fondamentali:

a) il riconoscimento *de jure* come enti ospedalieri, delle istituzioni pubbliche di beneficenza e assistenza e degli altri enti pubblici che al momento di entrata in vigore della legge provvedono *esclusivamente* al ricovero e alla cura degli infermi (primo comma, art. 3);

b) la costituzione in enti ospedalieri (secondo comma art. 3) di tutti gli ospedali appartenenti ad istituzioni di assistenza beneficenza ed altri enti pubblici, i quali abbiano come scopo, oltre l'assistenza ospedaliera, anche *finalità diverse*.

Per questi ultimi (ad es. enti di assistenza e beneficenza con orfanotrofi, con ricovero vecchi, enti mutualistici, ecc.), una apposita Commissione provinciale procederà all'individuazione e all'inventario dei beni che sono trasferiti all'ente ospedaliero (art. 5).

Il patrimonio di questo, costituito dagli edifici adibiti a ricovero e a cura degli infermi, dalle relative attrezzature e da tutti i beni in atto destinati istituzionalmente a beneficio dell'ospedale, viene fissato e determinato con decreto del Presidente della

Regione. Questo « *scorporo* », senza diritto a *compenso*, (*) è stato dichiarato, dopo approfondito esame, perfettamente legittimo dalla I Commissione affari costituzionali della Camera. In effetti non si tratta di un esproprio, ma della successione nel nuovo ente dei diritti dell'ente esistente, in concreto del trasferimento di un bene da un ente pubblico a un altro ente pubblico che continua a perseguire per la parte ospedaliera gli stessi scopi. Ai fini del trattamento tributario gli enti ospedalieri saranno equiparati alle amministrazioni dello Stato ponendo così fine all'assurdità di un trattamento fiscale degli ospedali eguale a quello dei privati.

Il Relatore, ferma restando la validità del principio della divisione degli enti pubblici che oltre al ricovero e alla cura degli infermi abbiano anche finalità diverse, lascia al Senato di considerare tuttavia l'opportunità di una eccezione — facoltativa e a domanda — alla regola dello « *scorporo* », relativa ad *istituti ospedalieri per anziani*.

Questo in considerazione dei non pochi enti pubblici che in aderenza alla realtà stessa della situazione nella età senile — nella quale è spesso indistinto e labile il confine tra la sanità e la malattia — e ad esigenze sociali, oltre a curare in ospedale — loro attività prevalente — vecchi malati (cronici per lo più), ricoverano in separati reparti anche vecchi sani bisognosi di assistenza, e si giovano delle consistenze patri-

(*) Si osserva che nessuna preoccupazione può sussistere in ordine alla obbligatorietà della ripartizione dei beni e delle attività e passività dell'ente scorporando e anche alla successione al nuovo ente ospedaliero dei rapporti giuridici attivi e passivi relativi alle attività ospedaliere espressamente previsti dal quarto comma dell'articolo 5.

Anche le preoccupazioni avanzate di una diminuzione delle garanzie inerenti a pregresse *fidejussioni* a favore degli istituti di credito mutuanti, secondo rassicuranti chiarimenti del Ministro della sanità, non hanno ragione di essere, in quanto il nuovo ente ospedaliero sarà sempre in grado col suo patrimonio e soprattutto coi proventi della sua attività — fonte fondamentale e ormai quasi esclusiva delle sue entrate — di far fronte alla restituzione dei mutui nei limiti delle somme destinate al finanziamento di opere e attrezzature ospedaliere.

moniali e dei proventi delle due attività, ai fini di istituto.

Per l'articolo 6, la Regione (competente per gli articoli 117 e 118 della Costituzione) promuoverà e attuerà l'istituzione di nuovi enti ospedalieri, nonchè la *fusione* o la *concentrazione* di enti ospedalieri esistenti, secondo le previsioni del piano regionale ospedaliero.

Il relatore, a proposito dell'avverbio « *esclusivamente* » di cui al primo comma dell'articolo 3, richiama l'attenzione sulla contraddittorietà della disposizione, con quanto poi ammesso e disposto dall'articolo 57.

TITOLO II

Comprende dodici articoli, dal 7 al 18. Considera *la struttura dell'ente ospedaliero, i suoi organi amministrativi, le loro rispettive funzioni, la collaborazione dei sanitari al governo dell'ospedale, l'alta sorveglianza, vigilanza e tutela, la sospensione e lo scioglimento dei consigli d'amministrazione, la vigilanza sugli istituti ed enti ecclesiastici*.

Quanto alla *struttura* (art. 7), ciascun ente ospedaliero può comprendere da uno a più ospedali purchè funzionalmente auto-sufficienti dal lato sanitario; ed essi potranno essere situati anche in regioni diverse, quando si tratti di *ospedali climatici* specializzati. È una giustificata eccezione questa al criterio, che va però bene inteso, di territorialità degli ospedali; essa permetterà ad ospedali dislocati al mare, ai monti, talora di interesse nazionale, di rimanere amministrativamente legati all'ente che li ha promossi o promuova.

Innovazioni importanti: diventano organi dell'ente ospedaliero (art. 8), oltre il *consiglio di amministrazione e il presidente, il collegio dei revisori e il consiglio dei sanitari*.

I membri del consiglio d'amministrazione dell'ente ospedaliero (art. 9) saranno di *nomina elettiva* da parte dei vari corpi politici amministrativi: la regione, la provincia, il comune, con diversa rappresentanza a secondo della categoria dell'ospedale più importante dipendente.

Derivando pertanto sempre la propria autorità dalla più larga base popolare, il consiglio d'amministrazione potrà e dovrà riflettere con maggiore sensibilità gli interessi e le istanze delle popolazioni assistite.

Per un doveroso rispetto della volontà dei fondatori, dei valori della tradizione e delle sensibilità locali, la legge prevede che i consigli d'amministrazione degli *enti ospedalieri già esistenti e dichiarati tali* (istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e gli altri enti pubblici, che provvedano esclusivamente al ricovero e cura degli infermi), come di quelli *costituiti mediante distacco* da enti pubblici aventi istituzionalmente anche finalità diverse oltre l'assistenza ospedaliera, vengano integrati da due membri in rappresentanza degli originari interessi dell'ente, designati e nominati nei modi previsti dalle tavole di fondazione e dagli statuti rispettivi per i primi, in rappresentanza e designati dall'ente pubblico cui appartenevano originariamente l'ospedale o gli ospedali, nel secondo caso. È da rilevare quindi che *enti originari* potranno essere non solo le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, ma anche enti come l'INAM, la Croce Rossa eccetera.

L'ultimo comma dell'articolo 9 stesso, nel caso di fusione o concentrazione di più enti ospedalieri, a salvaguardia del principio dell'elettività delle maggioranze decisionali, contempla la riduzione da due ad uno dei rappresentanti degli enti originari ed anche la conseguente possibilità di un aumento dei consiglieri elettivi.

Confermando le disposizioni vigenti, circa la partecipazione alle sedute del consiglio d'amministrazione con voto consultivo del sovrintendente sanitario e in mancanza del direttore sanitario, il legislatore, innovando, e secondo il relatore positivamente, concede il *voto consultivo* anche al segretario o direttore amministrativo dell'ente ospedaliero, ponendolo così sullo stesso piano del direttore sanitario e contribuendo a favorire lo spirito comunitario e una efficace collaborazione tra le due essenziali funzioni.

Novità di ben maggiore portata è però indubbiamente l'obbligo fatto al consiglio di amministrazione, di sentire per gli *aspetti*

sanitari dei problemi, il consiglio dei sanitari in tutti i casi in cui occorra decidere su questioni che interessino la vita interna degli ospedali, la regolamentazione dei servizi sanitari, il trattamento del malato. È questo, finalmente! si permette di osservare il relatore, un riconoscimento giuridico dell'ovvio grandissimo apporto tecnico che alla miglior conoscenza e pertanto alla migliore soluzione dei complessi problemi sanitari ospedalieri possono portare i diretti operatori sanitari dell'ospedale.

Le conseguenze di questa disposizione sull'efficienza dei servizi, sull'economia stessa, sulla serenità della vita ospedaliera, potranno essere notevoli, poichè i medici, anche subalterni, sentendosi *più considerati e democraticamente valorizzati* pur nel necessario rispetto della gerarchia, saranno portati a collaborare più attivamente per il migliore andamento dell'ospedale; e gli amministratori d'altra parte, e il direttore sanitario stesso, potranno giovare di una visione globale e più approfondita dei problemi per le loro decisioni.

Comunque, a giudizio della maggioranza della Commissione, non sembra ammissibile che di detto organo collegiale di sanitari, che è consultivo e per problemi esclusivamente sanitari, entrino a far parte rappresentanti degli infermieri e altro personale il quale più logicamente, potrà far sentire la propria voce al direttore sanitario.

Questo articolo 9 stesso prevede, in via eccezionale e derogativa, intesa ad evitare il trasferimento all'estero del relativo cospicuo patrimonio, che l'ospedale « Galliera » di Genova continuerà ad essere amministrato secondo gli statuti originari.

È questa *l'unica eccezione* approvata dalla Camera, al principio della uniforme composizione democratica dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri, voluta dalla legge.

In Commissione un emendamento aggiuntivo a firma dei senatori Jervolino e Caroli, tendente in via generale a consentire che continuino ad essere governati dai consigli di amministrazione previsti dai rispettivi statuti (con l'integrazione di due rappresentanti degli enti locali), le istituzioni pubbliche

di assistenza e beneficenza che dispongano di un cospicuo patrimonio, superiore a cinque miliardi, e intendano integralmente trasferirlo all'ente ospedaliero, su preghiera del Ministro della sanità, è stato ritirato dai proponenti con riserva di ripresentarlo in Assemblea.

Per quanto riguarda l'Istituto « Giannina Gaslini » pure di Genova, classificato Ospedale Pediatrico di 1^a categoria e provvisto di un proprio patrimonio, trattandosi di un istituto a carattere scientifico, esso, salva la parte assistenziale, deve ritenersi escluso dalle norme del provvedimento. La stessa relazione ministeriale ritiene « eliminata in radice ogni questione sul diritto (*) di tali enti contemplati dall'articolo 33 ultimo comma della Costituzione di darsi ordinamento autonomo nei limiti stabiliti dalle leggi dello Stato ».

È stato rilevato (Monaldi) l'opportunità che venga fissata per legge l'esatta caratterizzazione di questi istituti.

Innovazione notevole, realisticamente adeguata ai tempi, all'elettività ed estrazione democratica dei consigli d'amministrazione, al notevole dispendio di tempo richiesto per un espletamento responsabile dello ufficio, al Presidente e ai componenti il consiglio d'amministrazione con voto deliberativo, sarà corrisposta una *indennità di funzione*. La Commissione ha disposto che la relativa delibera sia sottoposta ad approvazione della Giunta regionale. Si permette di osservare il relatore che, benchè il legislatore non abbia creduto di stabilire la necessità — non trascurabile — del possesso di requisiti minimi di studio o di esperienza amministrativa per l'esercizio delle funzioni di amministratore degli enti ospedalieri, è augurabile che gli organi politici cui è demandata l'elezione dei membri dei consigli ospedalieri, tengano ben conto di questa necessità; il buon andamento degli Ospedali dipenderà infatti in gran parte dalla saggezza delle loro scelte e dalla competenza e maturità democratica degli amministratori.

(*) Diritto già riconosciuto all'articolo 1 del Titolo I del R.D. 30 settembre 1938, n. 1631.

Art. 10.

Funzioni del consiglio di amministrazione

La legge le stabilisce assai analiticamente con una serie di proposizioni che abbracciano un campo di attività sufficiente per la iniziativa dei singoli consigli e per un autonomo, responsabile governo dell'ente ospedaliero. Strumenti di governo saranno gli atti deliberativi presi nelle adunanze consiliari. Per la validità di queste si richiede la presenza della maggioranza dei componenti. Per la validità delle deliberazioni basterà la semplice maggioranza dei presenti, tranne che per il caso di modifiche statutarie, per le quali è necessaria la maggioranza dei componenti del Consiglio.

La Commissione ha aggiunto ai provvedimenti di competenza del Consiglio di amministrazione quelli attinenti al trattamento economico e agli istituti normativi di carattere economico del personale ospedaliero di cui si parlerà diffusamente a proposito dell'articolo 40.

Art. 11.

Nomina e funzioni del Presidente

Innovazione molto significativa e importante, che accentua il carattere assolutamente democratico del consiglio ospedaliero ma anche la sua responsabilità, la nomina del Presidente non avverrà più dall'alto per intervento di una autorità esterna, ma ad opera dello stesso consiglio d'amministrazione che « elegge nel proprio seno il Presidente ». Si osserva serenamente che se, indubbiamente, la scelta d'autorità, per lo più prefettizia, del Presidente, non è compatibile con la sensibilità e maturità democratica, è tuttavia innegabile che con i suoi difetti ha avuto, non di rado, il pregio di assicurare alla presidenza degli enti persone idonee per cultura e capacità amministrative e anche disinteresse; pertanto il nuovo sistema, democratico, aumenta, ripete il relatore, la responsabilità dei corpi politici nelle scelte dei consiglieri e degli stessi nella scelta del presidente. Essi non dovranno mai dimenticare

l'altissima funzione dell'Ospedale, che non può e non deve essere politicizzato!

I poteri del Presidente, ben precisati dalla legge — tra i quali quelli di assumere provvedimenti ordinari e straordinari d'urgenza per garantire il funzionamento dell'ente — ripetono la loro legittimità dall'investitura democratica del consiglio, per cui è evidente, per quanto la legge non lo dica, che venendo a mancargli la fiducia del consiglio, il Presidente dovrà dimettersi. La legge conferma la *corresponsabilità* col presidente e con gli amministratori del *segretario generale o direttore amministrativo*, che tassativamente dovrà controfirmare ogni atto dell'ente ospedaliero, salvo il diritto di esprimere il suo dissenso.

Art. 12.

L'articolo 12 definisce la composizione del cennato *collegio dei revisori* e la sua funzione di vigilanza tecnica sull'attività amministrativa dell'ente ospedaliero. Si tratterà di un controllo essenzialmente di natura contabile, in armonia con le norme generali del Codice civile per le quali le attribuzioni e le funzioni dei sindaci revisori dei conti, riguardano la rilevazione contabile delle partite attive e passive del bilancio. Non è detto però che in caso di disavanzo i sindaci revisori non possano fare anche delle osservazioni sulle dimensioni dei costi di gestione e dei servizi.

Sembra evidente lo stimolo, l'ausilio e la garanzia pubblica che dalla collaborazione di questo organo competente e indipendente deriveranno a un responsabile e illuminato esercizio dell'autonomia amministrativa dell'ente ospedaliero. Il collegio dei revisori è composto da un rappresentante del Ministero del tesoro, Presidente, e da un rappresentante per ciascuno dei Ministeri della sanità e del lavoro, nonchè da un rappresentante della Regione. Vi saranno così rappresentati sia gli interessi dello Stato sia quelli della Regione.

Artt. 13 e 14.

Precisano la composizione e le specifiche funzioni del *consiglio dei sanitari* e rispettivamente del consiglio sanitario centrale.

Ne fanno parte, oltre al direttore sanitario che *lo presiede*, i primari, gli aiuti e assistenti di ruolo in servizio presso l'ospedale, nonchè i direttori e assistenti degli istituti clinici universitari nel caso che l'ente ospedaliero comprenda anche istituti di questo tipo, e, ove esiste, il direttore di ruolo, della farmacia ospedaliera.

I rappresentanti delle varie categorie di sanitari vengono eletti democraticamente con una proporzione che appare equa e razionale.

Il consiglio sanitario centrale è istituito negli enti ospedalieri da cui dipendono due o più ospedali, per il coordinamento delle varie attività ed il loro orientamento; è presieduto dal sovrintendente sanitario e composto dai direttori sanitari di ciascun ospedale oltre che dai sanitari primari, aiuti, assistenti e direttori di farmacia esistenti, previsti per il consiglio dei sanitari.

L'articolo 14, chiarendo le *funzioni del consiglio dei sanitari* e, rispettivamente, del consiglio sanitario centrale, lo definisce incisivamente come *l'organo di consulenza tecnica del consiglio d'amministrazione*. I pareri consultivi collegiali di questo organismo, verteranno: a) sull'acquisto delle attrezzature scientifiche che rivestono particolare importanza diagnostica e terapeutica. Il che dovrebbe veramente permettere in questo campo di perseguire meglio l'utile e il necessario, cioè l'adeguamento delle attrezzature al progresso scientifico e alle necessità, ma di evitare acquisti di attrezzature inutili o sproporzionate all'importanza, attività e possibilità d'impiego dell'ospedale, spesso sollecitate da incompetenze e ambizioni locali; b) sulle deliberazioni da adottarsi, per quanto riguarda « esclusivamente », si ripete, gli aspetti sanitari, in merito allo statuto, al regolamento del personale e relativa pianta organica e alla normativa dei servizi sanitari dell'ente; c) sulla valutazione, istituzione, soppressione o modifica-

zione dei reparti e la fissazione delle *tariffe per le prestazioni medico-chirurgiche*.

Esprimerà inoltre parere su ogni altro quesito proposto dal Presidente, dal sovrintendente o dal direttore o da un quinto dei suoi componenti.

La legge persegue dunque un *apporto collaborativo* di tutti i sanitari al buon governo dell'ospedale e non vi è dubbio che il peso di questi pareri collegiali, senza incidere sulla libertà politica decisionale del consiglio d'amministrazione, potrà essere praticamente notevole e tecnicamente molto utile; e segnando anche un riconoscimento morale nei riguardi dei sanitari, potrà avere conseguenze per molti aspetti positive.

Qualche lato negativo della innovazione, come la diminuzione in qualche misura del prestigio del direttore sanitario, tradizionalmente fino a oggi fulcro e consulente unico della amministrazione, sembra in realtà neutralizzato dalla presidenza conferitagli di diritto del consiglio dei sanitari e dalla sua partecipazione costante al consiglio di amministrazione, che lo fanno il naturale e ordinario interprete delle vedute dei sanitari, lasciando tuttavia salva la sua indipendenza di giudizio personale.

Artt. 15, 16, 17 e 18

Vigilanza e tutela. Sospensione del consiglio di amministrazione. Alta vigilanza e sorveglianza

In armonia con la Costituzione, la legge stabilisce che la vigilanza e la tutela sugli enti ospedalieri è esercitata dalla Regione (articolo 16) e avverrà a norma delle disposizioni della legge 10 febbraio 1953, n. 62 (*), con l'integrazione del comitato e delle speciali sezioni previste dagli articoli 55 e 56 della stessa legge, mediante l'inclusione, opportuna quale organo tecnico, del medico provinciale, rispettivamente del capoluogo di regione e della provincia. Le deliberazioni sottoposte al controllo di merito del comita-

(*) Legge 10 febbraio 1953, n. 62 « Costituzione e funzionamento degli organi regionali ».

to sono limitate a quelle che riguardano lo statuto, gli adempimenti prescritti dal piano regionale ospedaliero, il regolamento organico del personale, i regolamenti relativi al servizio sanitario, amministrativo, ai servizi generali, ai bilanci, alle alienazioni, all'acquisto di beni, alla retta nonché al rapporto di lavoro dei dipendenti ospedalieri. Importante è rilevare che le deliberazioni sottoposte a vigilanza, secondo le norme della legge cennata, qualora diano luogo a rilievi, saranno oggetto di *semplice invito al riesame* e, se confermate a maggioranza assoluta dei voti del consiglio, diventeranno comunque esecutive. È una riprova dell'autonomia sostanziale e rafforzata dell'ente ospedaliero.

Lo scioglimento del consiglio d'amministrazione dell'ente ospedaliero (art. 17) è di competenza del Presidente della Regione che vi provvede con decreto motivato su deliberazione della Giunta regionale, e sentito il medico provinciale, per situazioni precisate dalla legge, pregiudizievoli agli interessi dell'ente o di quelli generali. Nel termine di sei mesi, durante i quali con lo stesso decreto viene nominato un commissario straordinario, deve essere ricostituito il consiglio d'amministrazione. Non dovrebbero essere quindi più possibili gestioni commissariali protratte.

Al Ministero della sanità è riservata l'alta sorveglianza e il controllo sugli enti ospedalieri, per la tutela degli interessi sanitari generali dello Stato (art. 15). Precetto logico e necessario, pacifico nella dottrina del diritto pubblico e non in contrasto con la competenza della Regione in materia sanitaria.

A questa sorveglianza ministeriale, per il disposto dell'articolo 1, comma quinto, sono già soggetti come abbiamo visto, anche gli istituti ed enti ecclesiastici ospedalieri civilmente riconosciuti. Con il disposto dell'articolo 18 il Ministero della sanità vigilerà in particolare anche sulla osservanza, da parte degli stessi enti che abbiano ottenuto la classifica di uno o più ospedali da essi dipendenti, delle norme stabilite dagli organi della programmazione. Anche essi perciò come tutti gli altri enti ospedalieri,

le cliniche universitarie comprese, dovranno sottostare alle norme della programmazione.

I Comitati della programmazione saranno però tenuti a consultare un rappresentante di detti enti o istituti ai fini della redazione dei piani ospedalieri.

Si osserva che con maggior rigore logico le norme transitorie (art. 62) includono senz'altro (lettera *d*) nel Comitato regionale per la programmazione ospedaliera, un rappresentante degli istituti od enti di cui al quinto comma dell'articolo 1.

Viceversa esso non è stato compreso nel Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera (vedi art. 28). Sembrano incongruenze tecniche.

È comunque chiara la *mens* del legislatore, che mira alla razionale utilizzazione di tutte le competenze e strutture disponibili, cosa giusta e necessaria anche per un alleggerimento dell'imponente sforzo finanziario dello Stato e delle Regioni e per evitare l'insorgenza di fenomeni patologici, di discrasie ospedaliere.

TITOLO III

Requisiti e classificazione degli Ospedali

Articoli 19-25

Art. 19.

Nei confronti della legge fondamentale 30 settembre 1938, n. 1631, i noti *requisiti* indispensabili per tutti gli ospedali (servizio di accettazione, locali idonei di degenza, di isolamento per le forme diffuse, servizi adeguati di radiologia e di analisi, di disinfezione, lavanderia, guardaroba, cucine, eccetera, sala mortuaria e di autopsia, pronto soccorso), sono più dettagliatamente specificati, completati e aumentati.

Si precisa che il servizio di pronto soccorso deve essere corredato da idonei mezzi di trasporto, tenendo evidentemente conto anche del grande incremento dei traumi stradali; che nell'ospedale vi devono essere servizi speciali di *trasfusione del sangue*, in

armonia con l'indirizzo generale bene illustrato dal relatore senatore Zonca della recente legge per la disciplina dei servizi e centri trasfusionali, nonché servizi per la moderna anestesia; inoltre poliambulatori da utilizzarsi, oltre che per la cura post-ospedaliera dei dimessi, anche per le attività di medicina preventiva e di educazione sanitaria, in collegamento con le altre istituzioni sanitarie della zona. Il relatore si permette di sottolineare ancora questa costante preoccupazione di collegamento dell'ospedale con i vari presidi sanitari, che dimostra come il legislatore, evidentemente, anche se non le nomina, ha ben presente *l'istituzione delle unità sanitarie locali*, nel cui sistema l'ospedale avrà certamente un ruolo importante.

La legge specifica anche tra i requisiti indispensabili: biblioteca e sala di riunione per i sanitari, indice di una preoccupazione per un minimo di comodità e per le possibilità di studio dei medici ospedalieri. Infine significativa è l'inclusione tra i requisiti dell'ospedale, del *servizio di assistenza religiosa*, il che rivela, al di sopra delle differenti ideologie, una visione integrale dell'uomo, con una valutazione obiettiva delle sue necessità spirituali.

È ribadita l'esigenza della sala mortuaria e di autopsia, molto frequentemente alquanto trascurate, ancorchè importanti. Precisione da tener presente: in base agli accertamenti dei requisiti previsti da questo articolo e dai successivi, compiuti dal Medico provinciale, la *Giunta regionale classificherà l'ospedale*.

Artt. 20, 21, 22, 23, 24 e 25.

Categorie di ospedali.

Requisiti e funzioni relative.

Vengono distinti: *ospedali generali* per il ricovero e la cura dei malati in separati reparti di medicina generale, chirurgia generale e di specialità; *ospedali specializzati* per il ricovero e la cura di ammalati delle specialità ufficialmente riconosciute o riconoscibili; *ospedali per lungodegenti e per convalescenti* (art. 20).

Queste ultime due categorie sono nuove e hanno valide basi dal punto di vista dottrinale e delle necessità. Si rileva che il legislatore non ha ritenuto di ricordare qui i *malati cronici* che pure sono considerati nella classificazione dell'OMS. Va tenuto tuttavia presente che i *malati lungodegenti* (si classificano come tali i malati che superano un certo periodo di degenza) non sono assimilabili ai cronici e possono aver bisogno anche di cure molto impegnative e qualificate. Nella pratica non sarà sempre facile destinare e distinguere gli ammalati lungodegenti (ancora recuperabili) dagli ammalati cronici, e anche trasferire i lungodegenti dagli ospedali per acuti.

La legge n. 1631 del 1938 contempla solo *infermerie per convalescenti* (convalescenti) e *infermerie per malati cronici* (cronici). Questi ultimi, spesso mal distinguibili da ospizi di mendicizia, è augurabile che scompaiano al più presto. Il *problema dei cronici* va però sottolineato per la sua particolare importanza e complessità e richiederà prima o poi delle soluzioni adeguate.

Gli ospedali generali vengono distinti in tre categorie, di *zona*, *provinciali*, *regionali*, con le seguenti rispettive caratteristiche e funzioni. Sembra ovvio premettere comunque che, se i vari requisiti classificanti rappresentano il necessario per entrare in una determinata categoria, la legge non esclude certo che un ospedale possa avere anche qualche struttura o servizio in più di quelli contemplati come indispensabili per la categoria di appartenenza.

Gli ospedali generali di zona (art. 21) sono gli ospedali di base, certamente i più numerosi e comuni e indubbiamente legati ad un comprensorio territoriale; dovranno essere dotati di distinte divisioni di medicina e chirurgia e di almeno una sezione di pediatria e di una sezione di ostetricia e ginecologia e relativi servizi, nonchè di poliambulatori per le più comuni specialità. Si possono considerare in complesso corrispondenti agli attuali ospedali di terza categoria; ma nei confronti della legge del 1938 è affermata più rigorosamente l'esigenza del possesso di distinte divisioni di medicina e chirurgia e di sezioni per la pediatria e la gi-

necologia, cioè è più elevato il minimo dei requisiti necessari, per cui molti ospedali attuali di terza categoria dovranno assolutamente rinnovarsi. In relazione ad esigenze particolari di certe zone, è opportunamente previsto che alcuni ospedali di zona potranno avere anche sezioni di *ortopedia-traumatologia*.

Ospedali generali provinciali (art. 22) sono quelli dotati, oltre che di distinte divisioni di medicina generale, chirurgia generale, di ostetricia e ginecologia, pediatria, ortopedia-traumatologia, di distinte divisioni o almeno sezioni, per tutte le più comuni specialità, per le malattie infettive, nonchè di divisioni o sezioni di *geriatria* e per ammalati lungodegenti.

È da rilevare l'accettazione da parte del legislatore delle vedute moderne che consigliano l'inserimento di speciali reparti, negli ospedali generali, per le malattie dell'età avanzata, mentre non sono molto favorevoli all'istituzione di ospedali geriatrici autonomi; questi ultimi, contemplati nel disegno di legge originario (art. 24), sono stati soppressi dalla competente Commissione della Camera. Forse, come già detto, quali *ospedali misti*, per la cura ospedaliera di vecchi malati e l'assistenza di vecchi sani, meriterebbero di essere ancora oggetto di ponderazione. La Commissione, col consenso del Governo, ha ritenuto ingiustificata l'istituzione in questi ospedali provinciali di divisioni o sezioni di « cardioangiopatia ». Effettivamente la cardiologia, come diagnostica e cura medica delle malattie di cuore, fa parte della medicina interna, nel cui ambito deve essere lasciata, e come terapia chirurgica delle malattie stesse e dei vasi, non può che essere appannaggio di ospedali o centri altamente specializzati. Gli ospedali provinciali devono essere dotati di servizi distinti di radiologia e fisioterapia, di anatomia e istologia patologica; analisi chimico-cliniche e microbiologia; anestesia e rianimazione con letti di degenza; emotrasfusione, farmacia interna. È da sottolineare l'affermata esigenza della *farmacia ospedaliera*; il relatore osserva però che sarebbe stato forse opportuno imporre questo presidio

anche agli ospedali zonali per la maggior sicurezza di questo delicato servizio.

Gli ospedali provinciali corrispondono a un dipresso agli ospedali classificati attualmente di prima categoria, ma è evidente anche per essi una più completa e rigorosa precisazione dei loro requisiti indispensabili. Si tratta indubbiamente di grandi ospedali, dove potrà essere ricoverata e curata la generalità dei malati di medicina, chirurgia e anche delle specialità. Dovranno essere in grado di servire una popolazione fino a 400.000 abitanti.

Questi ospedali « possono » inoltre avere servizi di recupero e rieducazione funzionale; servizi di neuropsichiatria infantile, servizi di dietetica, servizi di assistenza sanitaria e sociale, servizi 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. Il « possono » sopra sottolineato dal relatore invece di « devono », è naturalmente imposto al legislatore dalla preoccupazione economica del bilancio degli enti ospedalieri, non essendovi dubbio sulla desiderabilità e necessità dei servizi elencati, tutti corrispondenti ad importanti esigenze medico-sociali e allo sviluppo della medicina. Comunque, ciascun ospedale generale provinciale dovrà provvedere in ogni caso ad istituire uno o più di tali o altri servizi o scuole ritenute necessarie, in rapporto alle prescrizioni del piano ospedaliero sanitario regionale.

Sarà dunque questo opportunamente a stabilire quanto più convenga, con una visione augurabilmente sempre globale, economica e coordinata delle necessità.

Questi ospedali dovranno provvedere inoltre anche all'assistenza dei convalescenti, che potranno però essere inviati anche in altri ospedali vicini. Come è noto, può essere infatti giovevole per gli interessati ed è importante sotto l'aspetto economico che i convalescenti siano dimessi sollecitamente dagli ospedali per acuti, più costosi e più bisognosi di letti.

Ospedali generali regionali. Sono definiti tali (art. 23) quelli che per l'organizzazione tecnica, per la dotazione strumentale diagnostica e terapeutica, operano prevalentemente con caratteristiche di alta specializzazione. Essi dovranno possedere, oltre alle unità di ricovero e cura e ai servizi previsti per gli ospedali provinciali, almeno tre divisioni di alta specializzazione, quali cardiologia, ematologia, cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia plastica, chirurgia toracica o altre specializzazioni. Dovranno inoltre avere distinti servizi di *virologia*, di *prelevamento e conservazione di parti di cadavere*, di *medicina legale e delle assicurazioni*, attrezzature idonee per *collaborare alla ricerca scientifica e alla preparazione professionale del personale medico ausiliario e tecnico*; dovranno essere al servizio di almeno un milione di abitanti.

In complesso si tratterà di centri ospedalieri assolutamente completi, anche di alte specializzazioni, cui faranno ricorso per la diagnosi e soprattutto per la cura, anche malati di notevole complessità richiedenti indagini e interventi particolarissimi, e dove si attueranno anche terapie di avanguardia, come ad esempio la modernissima chirurgia del trapianto renale. Ogni regione dovrà avere almeno un ospedale regionale.

È forse opportuno osservare qui che gli ospedali clinicizzati, i policlinici universitari, che naturalmente per l'alta qualificazione del loro personale sanitario e delle attrezzature aspirano ad essere assimilati ad ospedali regionali, non possono essere *de jure* ritenuti tali da questa legge. Anche la loro classificazione — come è stato ben chiarito alla Camera dal Ministro — è di competenza della Giunta regionale e avverrà in base ai requisiti effettivamente posseduti.

Gli ospedali specializzati (art. 24) saranno classificati *provinciali* o *regionali* in base alle indicazioni del piano regionale ospedaliero a seconda del numero dei posti letto, dell'area servita, dell'organizzazione tecnica, della dotazione strumentale e delle caratteristiche della specializzazione. È evidente che questi ospedali hanno bisogno di un am-

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

bito di servizio superiore ad una circoscrizione zonale. Ricordo che il regio decreto del 1938 comprendeva fra gli ospedali specializzati: i sanatori, gli ospedali sanatoriali e le colonie post-sanatoriali, gli ospedali per malati contagiosi e gli ospedali per la cura di altre speciali malattie. Come ospedali specializzati *pneumologici* potranno essere classificati molti sanatori per la tubercolosi polmonare oggi in declino.

Molto opportunamente l'articolo prescrive che anche gli ospedali specializzati devono possedere servizi di consulenza di chirurgia e di medicina generale, ed ogni altro servizio necessario alla particolare natura dell'ospedale.

Gli ospedali per lungodegenti e per convalescenti (art. 25) — che è opportuno non siano troppo lontani dalla residenza delle famiglie dei pazienti e dagli ospedali di provenienza — verranno classificati come ospedali di zona o provinciali, in relazione all'indicazione del piano regionale ospedaliero, sulla base del numero dei posti-letto, dell'area di popolazione servita, nonchè dell'organizzazione tecnica e ricchezza strumentale e diagnostica.

Quale *intrinseco valore attribuire a questa nuova classificazione?*

Indipendentemente dalle denominazioni adottate, che possono essere discutibili, il relatore considerando che essa si basa essenzialmente sulla differente complessità e ricchezza delle attrezzature, delle divisioni, dei servizi, delle specializzazioni, ampiezza di competenza, e non più sulla media giornaliera delle degenze — che è il criterio differenziale preminente della vecchia classificazione in ospedali di prima, seconda e terza categoria — ritiene che segni un progresso, soprattutto per la maggiore esigenza dei requisiti minimi richiesti anche per gli ospedali di zona, e che potrà esercitare una azione di stimolo ad un generale potenziamento e ammodernamento, e alla creazione di ospedali adeguati anche ai grandi progressi intervenuti nella medicina.

TITOLO IV

Riguarda la programmazione ospedaliera, parte non priva di difficoltà anche per la sua novità. Consta di sei articoli, dal 26 al 31, alla cui formulazione ha portato un notevole contributo l'esame fatto dalla Commissione Bilancio della Camera (rel. De Pascalis) nell'intento di collegare le soluzioni istituzionali del disegno di legge con le soluzioni adottate per la programmazione nazionale generale.

Art. 26.

Legge di programma ospedaliero

Una *legge dello Stato* avente durata non superiore a quella del programma economico nazionale che verrà presentata dal Ministro della sanità di concerto con quello del bilancio e della programmazione, del tesoro e della pubblica istruzione, e sentito il Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera, stabilirà, *anche ai fini della programmazione ospedaliera regionale*:

il fabbisogno di nuovi posti letto, per il periodo di durata della legge per gli ospedali nonchè per le necessità universitarie;

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

la ripartizione regionale quantitativa e qualitativa del fabbisogno di nuovi posti letto; il che potrà rendere finalmente possibile il superamento del divario tra Nord e Sud;

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, la loro distribuzione, nonchè i criteri organizzativi e funzionali da seguire, per realizzare un attivo coordina-

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

mento fra i diversi presidi che concorrono a costituire il sistema sanitario nazionale.

Cose tutte dunque di importanza pregiudiziale evidente, volendo corrispondere oculatamente e razionalmente alle necessità, commisurare ad esse gli interventi finanziari dello Stato e della Regione, assicurarne il buon impiego e la redditività, per porre le premesse di una assistenza sanitaria integrata; in poche parole per una *programmazione ospedaliera seria*: che non può essere basata che su attente scientifiche rilevazioni delle realtà esistenti, dei bisogni veri, della complessità dei fattori in gioco.

È da sottolineare l'obbligo del Ministro della sanità di sentire sul relativo schema disegno di legge il Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera del quale fanno parte tutti gli assessori regionali alla sanità; così le Regioni potranno far sentire la loro voce anche nella fase « ascendente », elaborativa della legge di programmazione. Non può esservi dubbio, però, sulla competenza esclusiva del Parlamento di decidere la programmazione ospedaliera nazionale, in quanto solo esso può, operando una sintesi, determinare gli indirizzi e gli orientamenti vincolanti anche per le Regioni. Gioverà ricordare che l'articolo 41 della Costituzione stabilisce nel terzo comma che « la legge determina i programmi . . . perchè l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata a fini sociali ».

La Regione, come stabilirà l'articolo 29 seguente, dovrà provvedere a programmare i propri interventi uniformandoli alle scelte del programma economico nazionale e della legge di programma ospedaliero.

Con la stessa legge — prosegue l'articolo 26 — *verranno anche 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 lo acquisto delle relative attrezzature di primo impianto, ad integrazione degli interventi delle regioni nelle medesime attività.*

Indubbiamente, siamo con questo articolo di fronte ad un annuncio di impegni finanziari dello Stato piuttosto deciso e da ritenersi espressione anche di una seria presa di co-

scienza a livello di Governo, della indispensabilità di un intervento massiccio e durevole dello Stato in questo campo, se vogliamo arrivare al traguardo di una organizzazione ospedaliera efficiente e senza sperequazioni territoriali. Ma sia permesso di sottolineare la necessità a questo fine anche di un grande impegno periferico e a tutti i livelli, per una *rilevazione responsabile e una elaborazione non meno seria*, dei dati indispensabili.

Art. 27.

Riguarda il *Piano nazionale ospedaliero*, cioè precisamente le *modalità di esecuzione della legge di programma ospedaliero* approvata dal Parlamento, di cui all'articolo precedente.

In sintesi esso verrà elaborato dal Ministro della sanità, d'intesa con i Ministri del bilancio e della programmazione economica, del tesoro, dei lavori pubblici e della pubblica istruzione, per la parte di competenza, *sulle indicazioni fornite dalle singole regioni e previo parere* del già ricordato Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera e attenendosi alle direttive del programma economico nazionale, della legge di programma ospedaliero, ai criteri della presente legge e, limitatamente al Mezzogiorno, alle direttive del Piano di coordinamento di cui alla legge 26 giugno 1965, n. 717 (*). Come si rileva dal testo della legge, la Commissione ha ritenuto più corretto parlare d'indicazioni piuttosto che di « recepiti programmi regionali », in quanto questi sono approvati con legge regionale definitiva dopo l'emanazione del piano nazionale.

Il piano dovrà essere sottoposto anche alla approvazione del Comitato interministeriale per la programmazione economica e verrà emanato con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità di concerto, per quanto di sua spettanza, col Ministro della pubblica istruzione. Esso stabilirà *i criteri per l'impiego*

(*) Legge 26 giugno 1965, n. 717: « Disciplina degli interventi per lo sviluppo del Mezzogiorno ».

dei mezzi finanziari statali, contemplati dalla legge di programma ospedaliero e dei mezzi disponibili dagli enti ospedalieri a seguito di concessione di mutui. Le amministrazioni ospedaliere beneficeranno quindi di preziosi orientamenti ufficiali per la loro iniziativa. Ai fini suddetti il piano determinerà la ripartizione regionale quantitativa e qualitativa dei posti letto da istituire a spese dello Stato, nonchè i criteri territoriali e qualitativi per la utilizzazione del « fondo nazionale ospedaliero » di cui agli articoli seguenti.

È prevista espressamente una certa scorrevolezza del Piano nazionale ospedaliero, cioè la possibilità di varianti, per riconosciute esigenze universitarie di letti che potrebbero sopraggiungere nel quinquennio; esse verranno autorizzate mediante decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità e il finanziamento delle spese relative avverrà con l'impiego di fondi del Ministero della pubblica istruzione.

È da osservare che l'aver previsto delle varianti solo per le esigenze universitarie, non esclude, in coerenza con tutto il sistema della programmazione economica, la possibilità anche per gli altri settori di verifiche annuali e di adeguamenti del piano alle necessità.

Art. 28.

Contempla la composizione del Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera, che è nominato dal Ministro della sanità, presidente, e comprende in complesso, larghe, adeguate rappresentanze e competenze: tutti gli assessori regionali alla sanità; esperti ministeriali; rappresentanti delle Confederazioni generali dei lavoratori; rappresentanti delle amministrazioni ospedaliere e dei medici ospedalieri, in parte designati dalla F.N.O.O.M.; due rappresentanti dei clinici e degli assistenti universitari; rappresentanti della Unione province d'Italia e della Associazione nazionale dei comuni e i rappresentanti di tutte le amministrazioni statali interessate.

Si rileva che non è stato qui incluso un rappresentante della *spedalità privata*, a differenza di quanto disposto dalla lettera *n*) per il Comitato nazionale ospedaliero transitorio.

Art. 29.

Piano regionale ospedaliero

Ogni Regione deve provvedere a programmare i propri interventi nel settore ospedaliero, con la legge di approvazione del piano quinquennale degli interventi nella materia in cui la Regione stessa ha costituzionalmente potestà legislativa.

Detta legge deve uniformarsi alle scelte del programma economico nazionale, nonchè ai criteri della attuale legge e della legge di programma ospedaliero e dovrà indicare la previsione degli interventi regionali relativi all'impianto di nuovi ospedali, trasformazioni, ammodernamenti, soppressione degli ospedali esistenti, in relazione ai diversi e differenziati bisogni di posti letto e al complesso delle situazioni locali.

Si osserva che in questo articolo (come al paragrafo 62) si fa menzione anche di posti letto per « cronici ».

Precisazione importante: nessuna opera di costruzione, ampliamento trasformazione e anche di ammodernamento potrà essere realizzata se non sia prevista nella legge di programmazione regionale, ad eccezione degli istituti clinici universitari quando le migliorie stesse non comportino aumenti dei posti letto, eventualità questa prevista all'articolo 27.

Alla proibizione sono soggetti non solo gli enti pubblici, ma anche gli enti e istituti ecclesiastici che abbiano ottenuto la classifica ufficiale dei propri ospedali.

Il Piano regionale dovrà prevedere l'esistenza almeno di un ospedale di zona ogni 25.000-50.000 abitanti, almeno di un ospedale provinciale in grado di sopperire alle esigenze di 400.000 abitanti, e di almeno un ospedale regionale, per ogni Regione.

Nella legge regionale dovranno essere indicati i mezzi finanziari per la costruzione

di nuovi ospedali, l'ampliamento, la trasformazione e l'ammodernamento di quelli esistenti e per l'acquisto delle attrezzature di primo impianto e la loro ripartizione in relazione agli obiettivi indicati dalla stessa per il settore ospedaliero.

Ultimo e importante comma: qualora la Regione non provveda a quanto disposto sopra, il Ministro della sanità invierà un suo commissario per la convocazione d'ufficio del Consiglio regionale.

Art. 30.

In ogni provincia un *Comitato provinciale di coordinamento*, nominato e presieduto dal medico provinciale — del quale faranno parte i presidenti dei Consigli di amministrazione e un rappresentante per ogni Consiglio dei sanitari, degli ospedali della provincia, nonché un rappresentante della Facoltà di medicina dell'Università ove esista — *coordinerà* l'attività ospedaliera nella provincia, *in relazione anche alle attività degli altri presidi sanitari*.

Giuridicamente, si osserva, questo Comitato non ha che un valore consultivo, ma potrà essere molto utile ai fini della auspicata armonizzazione dei rapporti e della collaborazione tra i vari enti e presidi; è anche una nuova conferma della volontà di valorizzazione dei medici ospedalieri e dello spirito comunitario del disegno di legge.

Art. 31.

Riguarda il *finanziamento del piano regionale ospedaliero*.

Le somme necessarie per relativi interventi, in rapporto ai mezzi finanziari resi disponibili dal piano quinquennale per il settore ospedaliero, dovranno essere stanziati nei bilanci delle singole Regioni.

La realizzazione delle opere avverrà secondo le norme emanate dalle Regioni.

In conclusione col titolo IV sembra che si siano poste le premesse e dettate le norme per realizzare, secondo programmi seri, l'adeguamento della rete ospedaliera ed il coordinamento della assistenza sanita-

ria. Naturalmente le realizzazioni dipenderanno in notevole parte anche dai concreti mezzi finanziari, per il cui reperimento la volontà del Parlamento potrà aver valore determinante.

TITOLO V

Contempla *disposizioni finanziarie per gli enti ospedalieri*, in tre articoli.

L'articolo 32 riguarda la *retta giornaliera* di degenza che verrà determinata, con liberazione di ciascun ente ospedaliero, sulla base del costo complessivo dell'assistenza sanitaria ospedaliera prestata agli infermi. Non dovrebbe essere più dunque *una retta onnicomprensiva*. Tuttavia, oltre alle spese fondamentali per la retribuzione del personale, per la diagnosi, le cure e il mantenimento del malato, alle quali sarebbe desiderabile poter limitare la retta, vi saranno comprese le spese necessarie per la partecipazione dell'ospedale alla difesa attiva della salute, alla preparazione professionale del personale sanitario e tecnico, alla educazione sanitaria; e purtroppo anche spese per l'ammortamento, il rinnovo e l'ammodernamento delle *attrezzature ospedaliere*, comunque per una quota non superiore al 4 per cento della retta risultante dalle voci di cui sopra. Anche le spese di gestione dei Centri eventualmente istituiti per le malattie sociali e del lavoro, potranno in piccola parte gravare sulla retta di degenza, cioè in misura non eccedente l'uno per cento.

I proventi della retta ospedaliera inoltre, ma solo e fino ad un ventesimo del loro ammontare, potranno essere ceduti in delegazione per la stipulazione di mutui per nuove costruzioni e attrezzature di primo impianto.

Sono limitazioni molto opportune e necessarie!

Esse certo denunciano l'impossibilità, in questa fase di transizione verso la sicurezza sociale, di far coprire dalla retta i soli costi inerenti ai servizi effettivamente prestati ai degenti. Ma obiettivamente sembrano anche significative, come altre norme della legge cui devono essere collegate, di un

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

indirizzo e di uno sforzo per impedire almeno la lievitazione delle rette per fattori ad esse estranei, in attesa di una soluzione radicale del problema.

Le prestazioni professionali ai ricoverati in sale speciali — precisazione interessante — dovranno essere regolate di massima secondo la tariffa minima nazionale delle prestazioni medico-chirurgiche.

L'articolo 83 del regio decreto del 1938 vigente stabilisce genericamente che le tariffe per i ricoverati nelle sale speciali e in corsia comune (abbienti e semiabbienti) devono essere determinate dall'amministrazione ospedaliera ed approvate dal Prefetto, prendendo a base la tariffa nazionale.

Ricordo che per il precedente articolo 14 i sanitari ospedalieri dovranno ora esprimere parere anche su questa materia.

Art. 33.

Fondo nazionale ospedaliero.

Innovativa e di fondamentale importanza è la disposizione della istituzione di un *Fondo nazionale ospedaliero*. Iscritto in apposito capitolo dello stato di previsione del Ministero della sanità, che verrà annualmente incrementato, è destinato alla concessione di contributi e sussidi agli enti ospedalieri per queste finalità: rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie e miglioramento ed adeguamento di esse; pagamento della quota a carico dello Stato degli assegni ai medici neolaureati obbligati all'internato ospedaliero; interventi straordinari diretti a fronteggiare esigenze funzionali di enti ospedalieri in condizione di particolare necessità, specialmente per attività di carattere sociale.

La consistenza del fondo, per l'anno 1967, è purtroppo di soli 10 miliardi. Ben poco! Ma è un grande principio!

Come è noto, la configurazione attuale del Fondo ospedaliero nazionale è il risultato di una rielaborazione concettuale e realistica del primitivo schema del disegno di legge, avvenuta a livello degli organi politico-tecnici della maggioranza. Essa ha portato la competente Commissione della Camera e lo

stesso onorevole Ministro della sanità, alla convinzione della potenziale *intrinseca pericolosità per la autonomia degli enti ospedalieri*, del Fondo nazionale come era originariamente concepito, quasi fonte unica, centrale, di sussistenza e incremento degli ospedali. A parte le grandi difficoltà giuridiche e pratiche di gestire, redistribuire e di costituire un fondo siffatto — mediante l'esproprio e la concentrazione, sia dei patrimoni attuali degli ospedali sia dei vari contributi attuali per l'assistenza sanitaria e dei proventi mutualistici — è apparso anche più che dubbio che si potesse risolvere per questa via il problema dell'adeguamento della rete ospedaliera e del finanziamento dell'assistenza ospedaliera.

Il « fondo », anche nella sua strutturazione attuale, potrà esercitare però, non v'è dubbio, una notevole influenza per il potenziamento tecnico-strutturale degli ospedali e nello stesso tempo perequatrice: ciò anche in rapporto alla cennata possibilità di aiuti straordinari. Considerate le difficoltà degli enti ospedalieri per la cronica situazione debitoria dell'INAM, che si ripercuote così pericolosamente sui bilanci e sulle stesse rette, sarebbe auspicabile che il Fondo nazionale ospedaliero, adeguatamente incrementato, potesse operare nello spirito delle leggi Braschi del 26 aprile 1954, n. 251, e n. 70 del 30 gennaio 1963, anche come *fondo di anticipazione delle rette*.

Art. 34.

Garanzia per l'assunzione dei mutui.

La Cassa depositi e prestiti e gli altri Enti di credito pubblico autorizzati a concedere mutui garantiti da delegazioni coi Comuni e le Province, potranno concedere mutui agli enti ospedalieri per la costruzione, l'ampliamento e ammodernamento degli ospedali o l'acquisto a questo uso di edifici; le modalità relative al conferimento delle delegazioni, di cui all'articolo precedente, verranno stabilite con decreto del Presidente della Repubblica.

Cosa nuova, anche gli Enti di previdenza vengono autorizzati a concedere mutui agli

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

enti ospedalieri nei limiti del 10 per cento delle disponibilità investibili in beni patrimoniali.

Queste norme degli articoli 33 e 34 per lo meno libereranno gli enti ospedalieri dalle difficoltà e dagli oneri derivanti dall'accensione di mutui ipotecari.

In conclusione si tratta di disposizioni che, in una visione realistica della situazione, promuovono uno sforzo coordinato dello Stato e delle Regioni e degli stessi enti ospedalieri.

TITOLO VI

Comprende 16 articoli dal 35 al 50 e si occupa dell'*ordinamento dei servizi e del personale ospedaliero*.

Gli articoli 35, 36, 37 e 38 definiscono la *struttura interna degli ospedali*, rispettivamente generali, specializzati, per lungodegenti e per convalescenti.

In complesso sono state confermate le disposizioni vigenti con una certa diminuzione del minimo massimo dei posti-letto, per rendere più pronta ed efficace l'assistenza. La *sezione* è l'unità funzionale dell'ospedale, con un numero di 25 e non più di 30 posti-letto; due o più sezioni costituiscono la *divisione*, che rappresenta l'unità ospedaliera in grado di funzionare autonomamente con non meno di 50 e non più di 100 posti-letto.

La Commissione, su proposta del senatore d'Errico volta ad evitare pericolose proliferazioni di reparti autonomi e di nuovi primariati, ha soppresso all'articolo 36 la disposizione secondo cui le piccole sezioni di specialità, di regola aggregate ad una divisione affine, possono per eccezionali esigenze organizzative e funzionali essere autonome.

Negli ospedali specializzati le sezioni dovranno comprendere non meno di 15 e non più di 20 posti letto; le divisioni non meno di 30 e non più di 80.

Negli ospedali per lungodegenti e per convalescenti le sezioni comprenderanno non meno di 25 e non più di 30 posti letto. Negli stessi ospedali le divisioni com-

prenderanno non meno di 80 e non più di 120 posti letto.

Sono criteri generalmente accettati.

Art. 39.

Definisce il *personale degli enti ospedalieri*, precisando che esso è costituito dal personale *sanitario, amministrativo, tecnico, sanitario ausiliario, esecutivo e di assistenza religiosa*.

È esplicitamente precisato che il personale sanitario è costituito dai medici e dai farmacisti.

È stata prospettata dal relatore l'eventuale inclusione, nel personale sanitario ospedaliero, dei *chimici, biologi e fisici*, che deve essere valutata in relazione alle esigenze della ricerca scientifica, ai progressi della biochimica, al crescente impiego diagnostico e terapeutico di radionuclidi e delle radiazioni ionizzanti, che pone rilevanti problemi di sicurezza, al fatto che questi laureati già prestano regolare preziosa attività in campo sanitario presso alcuni grandi ospedali. Si è tuttavia osservato che la legge prevede che possono essere istituiti, in relazione alle reali esigenze dell'ente ospedaliero, altri *ruoli speciali* di personale sanitario e tecnico.

Degna di rilievo è la specificazione che il personale sanitario ausiliario è costituito dalle ostetriche, dalle assistenti sanitarie visitatrici, dagli infermieri professionali, dalle vigilatrici dell'infanzia, dalle assistenti sociali, dai *fisiochinesiterapisti*, dai *dietisti*, dagli infermieri generici e dalle puericultrici. Viene così considerata tutta la gamma delle moderne specializzazioni del personale sanitario ausiliario, necessarie per le esigenze di una assistenza sanitaria moderna, segnando un progresso nei confronti delle disposizioni della legge del 1938 (articoli 14, 30 e 31).

Da notare anche l'esplicita menzione del personale tecnico, che è costituito dai tecnici specializzati per i laboratori di indagine e diagnosi e di terapie speciali.

Il personale per l'assistenza religiosa è ravvisato nei ministri del *culto cattolico*, con esplicita affermazione del diritto degli infermi di altre confessioni a farsi assistere dai 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).

Questo articolo, ex 39 del testo governativo e 41 della Camera, merita una particolare considerazione.

Il testo del Governo fondamentalmente simile a quello della Commissione, contemplava la delega al Governo, con adeguata assistenza di una Commissione di senatori e deputati, e previa consultazione di tutte le categorie interessate, ad emanare delle norme aventi forza di legge ordinaria sulle seguenti materie: 1°) *ordinamento interno dei servizi ospedalieri*; 2°) *stato giuridico e trattamento economico del personale dipendente da enti ospedalieri*.

Nel corso dei lavori della Camera è avvenuto che la delega per lo stato giuridico e il trattamento economico è caduta. Al numero 2, al suo posto, venne prevista l'estensione delle norme delegate all'ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero, del tutto coerente al disposto del secondo comma dell'articolo 1.

Con l'ultimo comma aggiunto al testo originale dell'articolo: « *il rapporto di lavoro* è regolato dal contratto nazionale stipulato tra i sindacati e le associazioni rappresentanti gli enti ospedalieri », si intese infine regolare e lo stato giuridico e il trattamento economico dei dipendenti ospedalieri.

Questa modificazione sostanziale dell'articolo 40, con mutilazione delle norme delegate, non è avvenuta senza contrasti e perplessità della Camera (Tozzi Condivi) e opposizione viva dell'onorevole Ministro della sanità, come si rileva dal testo stenografico.

Se appare infatti naturale il desiderio delle categorie di contrattare il loro *status* e può ammettersi che esso debba essere oggetto di trattativa sindacale — cosa che il legislatore aveva già riconosciuto imponendo l'obbligo della consultazione delle associazioni sindacali, che è rimasto nel primo comma dell'articolo stesso — per validi e impor-

tanti motivi, non escluso il rispetto dell'articolo 97 della Costituzione, non essendovi dubbio che gli Ospedali sono enti pubblici, è sembrato al Relatore e alla Commissione, che lo stato giuridico del personale ospedaliero debba essere regolato per legge.

D'altra parte è da rilevare che nel suo messaggio di trasmissione della legge, l'illustre Presidente della Camera dei deputati, ha osservato che quel ramo del Parlamento, non sembra che abbia voluto abrogare il contenuto del soppresso n. 2) delle norme delegate. Votando infatti in merito ai successivi articoli 42 e 43, scrive il Presidente della Camera, « ha chiaramente manifestato la volontà di non sopprimere dalla legge la sostanza di quelle disposizioni che in gran parte riguardano i criteri direttivi per la delega medesima ». Onde il Presidente della Camera parla di una *apparente disarmonia*.

Il Presidente del Senato però, richiamando a sua volta con nota 14 giugno 1967 l'attenzione della nostra Commissione, osserva che le modifiche apportate dall'Assemblea della Camera alle norme di cui trattasi (articolo 40), « prima in sede di esame degli articoli e poi in sede di coordinamento, hanno lasciato tuttavia in vita alcune disposizioni (articoli 42, 43) che sembrano *difficilmente conciliabili con l'abrogazione del numero 2 del testo originario* dell'articolo 41, diventato poi articolo 40 ».

Di fatto gli articoli seguenti 42 e 43, che stabiliscono i principi direttivi per l'assunzione e lo stato giuridico del personale degli enti ospedalieri in genere e dei sanitari in particolare, si richiamano esplicitamente alle norme delegate dell'articolo 41 della Camera (40 attuale) di cui al n. 2 soppresso.

Per tutte queste ragioni di merito e anche di coerenza tecnica della legge, si è ritenuto pertanto necessario ripristinare nella materia delle norme delegate, come numero 3), lo stato giuridico del personale dipendente. Si è lasciato invece *agli accordi sindacali il rapporto di lavoro*, limitatamente a quanto riguarda il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico. È da rilevare che si parla espressamente di accordi sindacali e non di contratto collettivo di lavoro, in quanto questo, per l'ar-

articolo 39 della Costituzione non può vincolare gli appartenenti alle categorie di lavoratori e datori di lavoro non iscritti ai sindacati stipulanti, non essendo ancora approvata la legge sulla registrazione dei sindacati. In tal modo rimane impregiudicata l'autonomia delle Amministrazioni ospedaliere che adotteranno le delibere relative, previ gli accordi sindacali, secondo libere determinazioni sottoposte ai controlli di legge (v. articolo 10, lettera n e articolo 16, ultimo comma).

Gli emendamenti seguenti del testo della Commissione, accettati anche dalle categorie interessate, riflettono questa impostazione:

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.

Richiamando le norme delegate di cui al n. 1 dell'articolo 40, precisa che esse dovranno disciplinare: a) l'ammissione e dimissione degli infermi, ispirandosi al principio della *obbligatorietà del ricovero nei casi necessari*, che viene così ribadita; b) il rapporto numerico tra il *personale sanitario* e i posti letto, ispirandosi al principio di *una adeguata, continua assistenza*.

Perciò detto rapporto riguarderà sia il numero dei medici che degli ausiliari sanitari, cosa necessaria, essendo noto che l'assistenza agli infermi spesso lascia a desiderare più che per scarsità di medici, per quella di personale infermieristico.

c) l'organizzazione e ripartizione dei servizi ospedalieri, ispirandosi al principio del miglior soddisfacimento delle esigenze della cura e *anche delle nuove funzioni medi-*

co-sociali attribuite agli ospedali, nonché alla *necessità di assicurare la direzione, il coordinamento ed il controllo dei servizi e di ogni altra attività ospedaliera.*

Quest'ultima disposizione traduce l'indirizzo generale, di affidare la direzione sanitaria dell'ospedale, ad un personale apposito, ponendo fine ai conferimenti per incarico a questo o quel primario, ancora previsti dalla legge vigente per gli ospedali di seconda e terza categoria, ma non privi di inconvenienti e non sempre conciliabili con le esigenze delle due funzioni.

Art. 42.

Principi direttivi per lo stato giuridico del personale.

Richiamando ancora le norme delegate di cui all'articolo 40, cioè il soppresso n. 2) ripristinato dalla Commissione come n. 3), precisa che esse dovranno stabilire la disciplina fondamentale del rapporto di impiego, sulla base dei seguenti principi:

1) *assunzione esclusivamente per pubblico concorso* e nei limiti delle piante organiche; possibilità di deroga da questo principio, solo per speciali categorie di personale esecutivo e fatta salva la facoltà delle Amministrazioni ospedaliere di stipulare *convenzioni* con gli ordini religiosi, per coprire *temporaneamente* i posti di ruolo di particolari categorie di personale infermieristico ed esecutivo. Quest'ultima facoltà, lasciata alla discrezione dei Consigli democratici degli ospedali, più che un omaggio, del resto doveroso, alla tradizione e alle benemerienze di un personale che si dedica per vocazione all'assistenza infermieristica e a mansioni varie d'ordine ed economiche negli ospedali, è una preziosa salvaguardia, come è ben noto a tutti gli amministratori, del buon andamento generale dell'ospedale: per l'attaccamento all'economia, la garanzia d'ordine e il minor costo di questo personale religioso, che in genere, specialmente oggi, oltre all'abituale diligenza, dimostra buona preparazione tecnica professionale e purtroppo va scarseggiando e non è facile sostituire;

2) regolazione dello stato giuridico e delle attribuzioni con *criteri di uniformità* e in conformità dei principi delle leggi vigenti che *regolano il rapporto di pubblico impiego*.

Dovranno pertanto cessare le sperequazioni che ancora si osservano fra ospedale e ospedale, fermi restando i diritti acquisiti.

Art. 43.

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

Rimandando ancora alle osservazioni fatte per l'articolo 40, il relatore rileva come qui il legislatore specifichi nella rubrica « *personale sanitario medico* », quasi sottolineando la delicatezza e particolarità del suo trattamento giuridico.

Ai fini dell'assunzione e dello stato giuridico i medici dovranno essere distinti in due categorie: *medici con funzioni igienico-organizzative* (sovrintendenti, direttori sanitari) e *medici con funzioni di diagnosi e cura* (primari, aiuti, assistenti).

Le norme delegate si ispireranno ai seguenti principi: *a) assunzione* in ogni ente ospedaliero *esclusivamente per pubblico concorso per titoli* — stabiliti con criteri uniformi e rigorosamente determinati — e *per esami* consistenti in una relazione scritta su un caso clinico e su prove pratiche. Dagli esami saranno esonerati i direttori sanitari, che concorrono ai posti di sovrintendente.

La legge espressamente prevede « che gli atti del concorso e le valutazioni che devono essere motivate possono essere dati in visione a chiunque ne abbia interesse ». È un avvertimento e un contributo alla serietà dei concorsi che la legge persegue.

b) fatto nuovo, positivo e di importanza notevolissima, ai concorsi di assunzione non potranno essere ammessi che candidati « che abbiano già superato una prova di idoneità per esami uguali per tutte le categorie di ospedali e per ciascuna qualifica e specialità, che avrà luogo su base

nazionale per i primari e i direttori sanitari e su base regionale per gli altri sanitari ».

Questa prova di idoneità comporterà inoltre un punteggio, una graduatoria che verrà valutata « adeguatamente » tra i titoli, nei concorsi ai posti locali, onde il grande interesse degli aspiranti ad affrontarla con seria preparazione.

Con questa innovazione legislativa vi è così la massima garanzia del possesso in tutti i candidati ai posti locali degli enti ospedalieri di una preparazione di base, di una *idoneità originaria*, almeno *fondamentale*, alle funzioni cui si aspira, accertata in idonee sedi con una prova scritta e senza l'urgenza di immediati interessi, né possibilità di immediate utilizzazioni.

A maggior garanzia, la legge prescrive, come condizione per essere ammessi ai vari esami nazionali o regionali di idoneità, il possesso di un determinato numero di anni di laurea e di carriera e di servizio sanitario, variamente specificato, a seconda che si tratti di esami di idoneità per vice-direttore sanitario, per direttore, per primario, per aiuto. Solamente per i concorsi di idoneità ad ispettore ed assistente, cioè per i gradi iniziali delle carriere, è sufficiente condizione l'abilitazione all'esercizio professionale.

La Commissione, per l'ammissione agli esami di idoneità per direttore e vicedirettore, ha ritenuto di dover riconoscere anche il servizio prestato negli istituti universitari di igiene.

La legge crea quindi un dispositivo per cui i sanitari che desiderano far carriera, alle garanzie della cultura dovranno aggiungere quelle della pratica e di un continuo tirocinio.

c) le Commissioni di esame di idoneità, novità importantissima, saranno nominate annualmente dal Ministro della sanità, analogamente a quanto avviene per le sessioni di concorso alla libera docenza da parte del Ministero della pubblica istruzione.

Per gli esami di idoneità alle funzioni organizzative e igienistiche le Commissioni di esame comprenderanno, oltre un funzionario medico del Ministero della sanità, tre sovrintendenti o direttori sanitari e un professore universitario di igiene. Analogamente per gli esami di idoneità a primario, aiuto e assi-

stente, saranno costituite da tre primari della materia e da un professore universitario, oltre ad un medico funzionario.

Le Commissioni di concorso per le assunzioni da parte degli enti ospedalieri saranno invece nominate, come oggi, dal Consiglio di amministrazione degli enti, e costituite dal Presidente dell'ente o da un suo delegato, da un funzionario medico del Ministero e come sopra da un professore universitario e rispettivamente da due sovrintendenti o direttori sanitari o da due primari della materia.

In conclusione, per la composizione delle Commissioni esaminatrici sono state fundamentalmente confermate le disposizioni vigenti: prevalenza numerica dei direttori o sovrintendenti sanitari, rispettivamente dei primari, presenza di pieno diritto di un cattedratico a ulteriore garanzia del livello ufficiale scientifico delle prove, e del Presidente dell'ospedale nei concorsi di assunzione.

Con riferimento a pregresse polemiche osserva il relatore che la soluzione definitivamente adottata dalla Camera appare equa, rispondente alla realtà e alle esigenze superiori del Paese.

Altra novità positiva, che testimonia la iodevole preoccupazione del Ministro e del Parlamento di garantire l'obiettività dei concorsi — piaga dolente — è che tanto i primari ospedalieri quanto i professori universitari componenti le Commissioni saranno prescelti per sorteggio da elenchi prefissati dal Ministero della sanità, di concerto col Ministero della pubblica istruzione per quanto riguarda i professori universitari (come da emendamento del Governo).

d) lo stato giuridico prevederà il « tempo definito » con determinazione degli obblighi relativi anche per i medici con funzioni di diagnosi e cura. L'Amministrazione potrà però, su richiesta del medico, consentire il « tempo pieno » (*), cioè un contratto

(*) Il « tempo pieno » è già in vigore in molte Nazioni e riducendo le distrazioni e anche la stanchezza inerenti alla libera professione, può favorire lo studio e il pieno impiego delle attrezzature. Si è visto che aumenta il rendimento del servizio e riduce il tempo medio della degenza. Il legislatore tuttavia non ha creduto ancora matura la situa-

di lavoro per cui l'attività del medico ospedaliero sarà integralmente dedicata all'istituto al quale appartiene. A differenza dei medici igienisti, sovrintendenti, direttori sanitari, ispettori, ai quali già le leggi vigenti inibiscono l'esercizio della professione medico-chirurgica (articoli 20, 21 del regio decreto del 1938), la legge conserva ai primari, agli aiuti e assistenti la facoltà dell'esercizio libero professionale, che dovrà essere però esplicito (evidente conseguenza del « tempo definito » e anche della legge 10 novembre 1964, n. 36, sulla stabilità) nelle ore libere dagli obblighi ospedalieri. È stabilita inoltre dalla legge l'incompatibilità dell'assunzione di altri rapporti di impiego presso enti pubblici e con l'esercizio professionale in case di cura private.

A questo punto si pone però per i chirurghi in genere e gli anestesisti — che hanno bisogno di particolari attrezzature (sale operatorie, eccetera) — il problema pratico rilevato anche dal Consiglio di Stato (29 marzo 1958), della conciliabilità di questa ultima disposizione con il permesso, valevole anche nei loro confronti, dell'esercizio privato professionale nelle ore libere. È un aspetto pratico da chiarire, ma il relatore pensa che potrà essere forse definito dal regolamento di applicazione della legge.

La necessità di una limitazione della libertà professionale, specialmente di quelle forme che riducono la disponibilità dei sanitari per le incombenze ospedaliere e che possono anche risolversi in una concorrenza all'ospedale da cui i sanitari dipendono, già contemplata dalla legge del 1938 (articolo 19), è stata successivamente confermata anche dalla legge 10 maggio 1964, n. 336, ma si deve riconoscere che è stata, ed è ancora, non di rado, elusa.

Le nuove disposizioni, pertanto tassative, rispondono ad un chiaro intendimento del

zione italiana per imporlo negli ospedali. Il problema è stato prospettato anche per i medici universitari dove un'inchiesta di quattro anni fa ha rilevato in genere orientamento favorevole tra i professori di materie biologiche, contrario tra i professori di materie cliniche.

legislatore. È da ritenere che col tempo potranno essere pacificamente accettate da tutti, anche dai chirurghi ospedalieri. Peraltro ad evitare qualche aspetto negativo, è auspicabile che le amministrazioni attrezzino bene e *confortevolmente* idonei ambienti ospedalieri per l'esercizio all'interno dell'ospedale della libera professione, assicurandone ai medici anche la convenienza economica. Dovrà però farsi soprattutto assegnamento sul loro alto senso morale di autolimitazione.

Uno spirito saggiamente gradualista della legge in merito alla incompatibilità dell'esercizio nelle case di cura private emerge del resto dal comma che prevede che fino al 1975 non potranno applicarsi le norme limitatrici, se non nel caso che in ospedale risulti la disponibilità di idonei ambienti per il libero esercizio dell'attività professionale dei sanitari.

Dovrebbe questo essere un motivo di serenità per i chirurghi ospedalieri. È certo un invito agli amministratori e un chiaro indice della volontà del legislatore di fare degli ospedali pubblici, con la necessaria gradualità, il campo assolutamente preminente dell'attività dei medici ospedalieri e centri di alta, umana, sicura assistenza sanitaria.

È questo obiettivamente e onestamente non potrebbe non ritenersi un progresso.

A questa lettera *d*), su proposta del Ministro della sanità, la Commissione ha approvato anche un emendamento sostitutivo delle parole « in servizio presso gli ospedali clinicizzati o convenzionati da qualunque amministrazione dipenda » del seguente tenore: « dipendente dagli ospedali clinicizzati o convenzionati ».

Sono stati così riprodotti i termini esatti di accordi a suo tempo intervenuti su questa materia comune tra clinici universitari e medici ospedalieri, per cui la modifica, nel pensiero del Ministro e della Commissione, è di carattere formale e lascia inalterato il significato della norma quale è stata approvata dalla Camera.

e) nel passaggio da un ospedale ad un altro, il servizio di ruolo precedentemente prestato dovrà essere valutato per intero

ai fini degli aumenti periodici di stipendio, nonché ai fini del trattamento di quiescenza.

È questo un riconoscimento importante, indubbiamente conforme a giustizia, innovativo delle disposizioni vigenti, che ponendo fine ad una vera incongruenza giuridica, favorirà il dinamismo progressivo delle carriere, la mobilità, i concorsi e quindi il perfezionamento dei medici ospedalieri.

f) la nuova legge, più rispettosa dei diritti democratici che non possono soffrire sperequazioni, assicura, in difformità colle disposizioni vigenti, ai sanitari ospedalieri eletti a cariche pubbliche le stesse norme che regolano il collocamento in aspettativa dei professori universitari.

L'ultimo comma dell'articolo, relativo al trattamento economico, essendo la materia oggetto delle norme dell'articolo 40, è stato soppresso.

Art. 44.

Scuole ospedaliere.

Contempla la possibilità, da parte del personale medico ospedaliero degli ospedali regionali, di una attività didattica di carattere applicativo complementare di quella universitaria, nei confronti dei medici iscritti alle scuole di specializzazione.

Il provvedimento, che richiama il pensiero alle gloriose scuole ospedaliere romane ed italiane, sarà certo molto utile per gli specializzandi che potranno beneficiare per la loro preparazione della ricca e preziosa casistica degli ospedali regionali e dell'esperienza clinica di primari di valore. Ma è notevole anche come indice della decisa volontà del legislatore di valorizzare e utilizzare gli ospedali pubblici anche ai fini dell'insegnamento pratico clinico e di un loro più stretto e ordinato collegamento con le cliniche e gli istituti scientifici universitari, che è negli indirizzi moderni (*) e indispen-

(*) V. gli Ospedali di insegnamento in USA, Inghilterra, Germania federale e i « Centri di cura, insegnamento e di ricerca », della Francia, nei quali vengono unificati i servizi e i personali universitario e ospedaliero. J. Off. Rep. Fr. 31 dicembre 1958.

sabile per l'insegnamento e il progresso della medicina.

Artt. 45, 46, 47 e 48.

Contemplano il tirocinio obbligatorio dei medici neo-laureati per essere ammessi all'esame di Stato.

Con le nuove disposizioni viene formalmente riconosciuta l'idoneità di determinati ospedali all'insegnamento pratico della medicina.

La durata del tirocinio, fino ad oggi illudorio e limitato a sei mesi, viene fissata in un anno, che è il minimo indispensabile.

I laureati ammessi all'internato avranno diritto al vitto gratuito e ad un assegno mensile. La copertura delle spese (art. 48) sarà sostenuta fino ad un massimo del 65 per cento dallo Stato che vi provvede con il Fondo nazionale ospedaliero, e il rimanente sarà a carico dell'ente ospedaliero o del Ministero della pubblica istruzione quando si tratti di medici interni in istituti clinici gestiti direttamente dall'Università.

Precisazione importante e opportuna, durante il tirocinio pratico il neolaureato in medicina, che si trova in uno stato giuridico *sui generis*, non è infatti più studente e non è ancora medico abilitato all'esercizio, è autorizzato ad esercitare (articolo 46), sia pure sotto controllo, le attività necessarie per il conseguimento di una adeguata preparazione professionale.

L'importanza di un adeguato effettivo tirocinio dei medici neolaureati, non solo per la loro formazione tecnico-professionale, ma anche per la conoscenza dell'« ospedale », ai fini del perseguito miglioramento generale dell'assistenza sanitaria, è cosa riconosciuta da tempo. Vi è pertanto da compiacersi che si sia resa concreta, per la prima volta, la possibilità di una adeguata sua realizzazione. Il che richiederà che questa normativa venga integrata anche da disposizioni legislative nel campo dell'istruzione universitaria, di competenza del Ministro della pubblica istruzione e già annunciate, ed inoltre una valutazione economica e accademica dell'attività didattica affidata ai primari ospedalieri, con rinnovato loro

prestigio, nello spirito di collaborazione con l'Università.

Art. 49.

Per esso i primari degli ospedali regionali, ma anche quelli ritenuti idonei al tirocinio, potranno essere commissari nelle Commissioni per gli esami di Stato di abilitazione. Avviene già oggi. Il riconoscimento formale potrà funzionare anche da incentivo al perfezionamento degli ospedali in nobile gara.

Art. 50.

Prevede l'intervento dei Ministri della pubblica istruzione e della sanità nel caso di difficoltà localmente non componibili, in ordine alla stipulazione o approvazione tutoria di convenzioni tra Università ed enti ospedalieri.

Oltre che per il suo contenuto positivo, la norma è ancora una conferma dell'orientamento del legislatore, inteso a favorire con ogni mezzo l'indispensabile collaborazione tra Università e Ospedale.

TITOLO VII.

Case di cura private.

Comprende tre articoli dal 51 al 53 relativi ai *requisiti* che esse devono possedere, alla loro *direzione responsabile, apertura, convenzioni*. In sintesi: sono sottoposte alla vigilanza del Ministero della sanità, che con decreto ministeriale, sentito il Consiglio superiore di sanità, stabilisce le norme tecniche costruttive, le attrezzature e i servizi di cui devono essere dotate; le norme sull'ordinamento dei servizi e del personale; i requisiti necessari per l'esercizio delle funzioni « di direttore sanitario responsabile ».

Ad evitare qualsiasi possibilità di confusione con le cliniche universitarie ed i pubblici ospedali, dovranno sempre contenere nella denominazione l'indicazione « Casa di cura privata » (art. 51).

Dovranno avere un *servizio di guardia medica continuativo*; la loro apertura verrà autorizzata dal medico provinciale *previo accertamento dell'esistenza dei requisiti igienico-sanitari necessari*; anche i progetti di costruzione e di ampliamento e trasformazione delle case di cura private dovranno essere approvati dal medico provinciale (articolo 52). La Commissione, a questo articolo, ha soppresso la frase « *ove non violi le finalità e le statuizioni del piano di programma regionale* », ritenendo che la norma si pone contro l'indirizzo, seguito dal Governo e dal Parlamento, di non istituire misure capaci di ridurre o sopprimere l'iniziativa privata.

Tra le innovazioni più importanti, è la norma (art. 53) per la quale ogni casa di cura privata dovrà avere un *direttore sanitario responsabile*, con funzioni igienistiche, di controllo e organizzazione tecnica dei servizi. Questo aumenterà il costo dei servizi generali delle case di cura, ma anche la garanzia di efficienza sanitaria che devono offrire al cittadino.

Il direttore sanitario, quando la casa di cura privata sia dotata di oltre 150 posti letto, non potrà esercitarvi attività di diagnosi e di cura. È proibizione comprensibile, poichè difficilmente in queste condizioni potrebbe rimanergli il tempo per l'esplicazione di altre attività, senza compromissione di queste o dei suoi compiti igienistico-direzionali. Molto importante appare infine la prescrizione del terzo comma per cui *ogni convenzione tra le case di cura private e gli enti e istituti mutualistici e assicurativi* per il ricovero dei propri iscritti, dovrà essere approvata dal medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità, dopo aver accertato inoltre — per un emendamento proposto dal Governo a seguito della soppressione dell'ultimo inciso del terzo comma dell'articolo 52 — che *la convenzione risponde all'interesse pubblico* e che la casa di cura privata possiede i requisiti necessari. Con questa dizione è stato qui ristabilito il testo originale.

Questa disposizione, equamente applicata, non inciderà sulla libera attività delle case di

cura private e sul diritto di scelta dei malati; ma renderà più difficile il verificarsi di fenomeni speculativi; sarà uno stimolo per le case di cura ad aggiornarsi e ad attrezzarsi in maniera da assolvere bene gli impegni delle convenzioni; si risolverà in ultima analisi in una maggiore sicurezza per l'ammalato.

Le fondazioni non riconosciute come enti pubblici ospedalieri e disciplinate dagli articoli 12 e seguenti del Codice civile, nonché gli istituti e ospedali dipendenti da enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera, potranno continuare pienamente a fare convenzioni con le mutue, ma dovranno sottostare anch'essi al giudizio di idoneità da parte dell'autorità sanitaria.

Positivo è pertanto in complesso il giudizio del relatore in merito a questa normativa, ma gli siano permesse due osservazioni. La prima si richiama ad una sua vecchia interrogazione a proposito dell'Ospedale della Sofferenza di Padre Pio di S. Giovanni Rotondo, e ripropone per ragioni di equità, tanto più avvalorate dalla nuova disciplina, che il servizio prestato dai sanitari negli Ospedali privati, riceva nelle norme delegate una più adeguata valutazione agli effetti dei pubblici concorsi. La seconda, l'opportunità di studiare, ad integrazione di questa disciplina, la possibilità di stabilire l'obbligo, anche per i sanitari esercenti come specialisti, primari eccetera nelle case di cura e negli ospedali privati, del possesso del *titolo di idoneità basale relativa*.

Titolo VIII

Norme transitorie e finali

Comprende 17 articoli e contempla importanti disposizioni per rendere subito operante la legge, anche nella carenza attuale delle Regioni.

A questo scopo si è ritenuto necessario completare e modificare con un nuovo testo del seguente tenore l'articolo 54 che è fondamentale.

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 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 ».

Senza queste modifiche accolte dalla Commissione, i provvedimenti di costituzione degli enti ospedalieri, di riconoscimento degli enti ospedalieri esistenti, di istituzione di enti ospedalieri mediante distacco di ospedali da enti pubblici, non potrebbero essere adottati che nelle sole Regioni già costituite. In surrogazione degli organi regionali non ancora esistenti, con le modifiche introdotte, i provvedimenti potranno essere adottati dal Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità.

La modifica approvata dalla Commissione non sembra presentare preoccupazioni di carattere politico, trattandosi per i vecchi enti di atti obbligatori, non discrezionali, imposti dalla legge, mentre, per i nuovi costituendi enti ospedalieri, i provvedimenti non potranno essere presi che secondo le indicazioni dei piani regionali.

Circa poi lo scioglimento dei consigli di amministrazione nel periodo intermedio, il relativo potere, oggi spettante ai Prefetti,

viene conferito alla naturale competenza del Ministro della sanità. E occorre tener anche presente che già oggi i Prefetti, come è stato chiarito in una circolare recente del Ministero degli interni, in questa materia agiscono come organi del Ministro della sanità, che può quindi ad essi impartire le opportune direttive.

L'articolo contiene anche disposizioni di minor importanza circa il mantenimento della competenza del medico provinciale, sempre in via transitoria, relativa alla classificazione degli ospedali.

Art. 55.

Norme sull'Amministrazione degli enti ospedalieri.

È evidente la necessità primaria di disciplinare anche la gestione amministrativa degli enti ospedalieri, per una loro più razionale e moderna conduzione. Allo scopo è prevista la delega al Governo per la emanazione di un decreto avente valore di legge formale che dovrà contenere le *norme fondamentali sull'amministrazione e contabilità dell'ente ospedaliero, integrando e coordinando con la presente legge* le disposizioni di cui alla legge 17 luglio 1890, numero 6972, il suo regolamento di esecuzione 5 febbraio 1891, n. 99 e successive modificazioni, nonché quelle contenute nel regio decreto 3 marzo 1934, n. 383, avendo di mira il conseguimento di una effettiva autonomia degli enti ospedalieri, e la salvaguardia delle conseguenti competenze, nonché dei rapporti tra gli enti ospedalieri e lo Stato, le Regioni, le Province e i Comuni, senza offesa e pregiudizio comunque della competenza legislativa dell'Ente regione.

Si tratta di compiti di aggiornamento e di coordinamento indubbiamente impegnativi e non privi di delicatezza costituzionale e complessità tecnica e giuridica. La legge delega verrà emanata dal Governo entro due anni, *sentita anche qui una apposita Commissione parlamentare di dieci deputati e senatori.*

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Art. 56.

Amministrazione dell'ente ospedaliero.

Prevede che, per quanto non disposto dalla nuova legge, e in quanto compatibili con essa, continueranno ad applicarsi all'Amministrazione dell'ente ospedaliero, le norme della l. 17 luglio 1890, n. 6972, e sue successive modificazioni, del regio decreto 5 febbraio 1891, n. 99, e del regio decreto 3 marzo 1934, n. 383, intendendosi sostituito al Prefetto il Medico provinciale.

Inoltre, fino a quando non entreranno in funzione gli organi di controllo di cui al Titolo V della legge 10 febbraio 1953, n. 62, la *vigilanza* sugli enti ospedalieri sarà esercitata dal Medico provinciale con le modalità previste dalle leggi 19 luglio 1890 n. 6972 e 5 febbraio 1891 n. 99; ed il *controllo di merito* di cui all'articolo 16 sarà esercitato da un Comitato provinciale per l'assistenza ospedaliera, presieduto dal Medico provinciale, composto con larga rappresentanza elettiva degli interessi locali, e rappresentanti dell'amministrazione dei Lavori pubblici, del Lavoro e dell'Interno.

Per le Regioni non ancora costituite, i sei membri del Consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero comprendente almeno un ospedale regionale, che dovrebbero essere eletti (articolo 9) dal Consiglio regionale, saranno designati dal Consiglio provinciale dove ha sede l'ente ospedaliero.

Su proposta del Governo al secondo comma, riparando ad una omissione del testo della Camera, è stato previsto che il rappresentante delle amministrazioni del lavoro nello speciale Comitato che in via transitoria dovrà esercitare la vigilanza sugli enti ospedalieri, sia designato dal direttore dell'Ufficio provinciale del lavoro.

Inoltre la Commissione ha stabilito che funzioni da Segretario un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità.

Art. 57.

Gestione finanziaria distinta delle attività diverse da quella ospedaliera

A sommosso parere del relatore, l'articolo dovrebbe ritenersi superato, in quanto la leg-

ge, per il disposto degli articoli 3 e 5, non prevede più che gli enti ospedalieri possano svolgere anche attività diverse da quella ospedaliera.

Una gestione finanziaria distinta sarebbe però indubbiamente opportuna nel caso che si accogliesse la proposta di far sussistere, in via eccezionale, istituti che ricoverano contemporaneamente vecchi malati e assistono vecchi sani (istituti misti).

Art. 58.

Finanziamento per le costruzioni ed attrezzature ospedaliere.

Prevede che, fino a quando non saranno istituite le Regioni a statuto ordinario, il Ministro dei lavori pubblici di concerto con quello della sanità, sulla base delle previsioni contenute nel piano nazionale ospedaliero e nel piano regionale ospedaliero, concederà agli enti ospedalieri i contributi previsti dalla legge 3 agosto 1949, n. 589 e della legge 30 maggio 1965, n. 574, nei limiti da questa stabiliti.

Art. 59.

Trasferimento al nuovo ente ospedaliero del personale già dipendente dai precedenti enti pubblici.

Riguarda soltanto gli enti ospedalieri che sorgeranno per effetto di separazione ai sensi dell'articolo 3, secondo comma, e dell'articolo 5.

Avverrà con decreto del medico provinciale e con la salvaguardia delle posizioni economiche e giuridiche acquisite dal personale al momento del trasferimento.

Art. 60.

Composizione transitoria del Comitato nazionale di programmazione ospedaliera.

Prevede che per le Regioni non ancora costituite gli assessori regionali alla sanità saranno sostituiti nel Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera, dai presidenti dei Comitati regionali per la programmazione ospedaliera.

Art. 61.

Piano nazionale ospedaliero transitorio.

Sino alla costituzione delle Regioni a statuto ordinario e limitatamente al loro territorio, il Ministro della sanità stabilirà, con suo decreto, un piano nazionale ospedaliero transitorio. Esso verrà elaborato, sulla base delle indicazioni dei singoli Comitati regionali per la programmazione ospedaliera (come da emendamento formale della Commissione) nel quadro della legge di programma, di intesa coi Ministri interessati (Bilancio e Programmazione economica, Tesoro, Lavori pubblici, Pubblica istruzione) e su parere del Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera, in conformità alle direttive del programma economico nazionale e ai principi della nuova legge e, 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 stesso transitorio dovrà essere sottoposto alla approvazione del Comitato interministeriale per la programmazione economica.

Esso stabilirà anche i criteri per la ripartizione nel territorio delle Regioni a statuto speciale dei mezzi finanziari dello Stato destinati al settore ospedaliero, ad integrazione degli interventi delle Regioni nello stesso campo.

Data l'urgenza del problema ospedaliero *sembra al relatore evidente l'opportunità di affidare al Ministro della sanità, in attesa che le Regioni siano operanti, l'elaborazione di un piano di programmazione ospedaliera da emanare con suo decreto, il che permetterà di sopperire alle più pressanti necessità e di non perdere tempo.*

Nè sembrano al relatore eccessivi i poteri che con questo articolo vengono delegati al Ministro della sanità, sia per il vincolo delle molteplici consultazioni cui è tenuto nell'elaborazione di questo piano provvisorio, sia per l'approvazione che il piano stesso dovrà ricevere in sede interministeriale impegnando la collegialità del Governo, ma anche perchè, dovendo il piano esse-

re accompagnato necessariamente da una copertura finanziaria, l'ultima parola spetterà sempre al Parlamento.

Art. 62.

Comitato regionale per la programmazione ospedaliera.

Presso ogni capoluogo delle Regioni non ancora costituite, verrà istituito un Comitato regionale per la programmazione ospedaliera, con larga rappresentanza dei corpi politico-amministrativi, provinciali e comunali, dei vari interessi e competenze.

Detto Comitato, nominato dal Ministro della sanità entro 40 giorni dalla entrata in vigore della nuova legge, elaborerà entro sei mesi dalla sua costituzione un piano regionale ospedaliero, sentiti il Comitato regionale per la programmazione economica e consultati i Comitati provinciali di coordinamento di cui all'articolo 30.

Detto piano che sarà approvato dal Ministro della sanità di concerto con il Ministro del bilancio e della programmazione economica, indicherà, per il territorio nazionale, sulla base degli obiettivi e dei criteri stabiliti nel piano nazionale ospedaliero transitorio, le previsioni di impianto di nuovi ospedali, di ampliamento, trasformazione, ammodernamento, nonché di soppressione di quelli esistenti, di costituzione, fusione, concentrazione di enti ospedalieri. Determinerà anche la sfera di azione di ciascun ospedale in coordinazione con gli altri operanti nella Regione e con la rete dei presidi locali.

Il piano dovrà prevedere l'esistenza di almeno un ospedale generale di zona per il servizio di una quota di popolazione da 25.000 a 50.000 abitanti, di almeno un ospedale generale provinciale per il servizio di una popolazione fino a 400.000 abitanti, e di almeno un ospedale regionale per ogni Regione.

Norma da sottolineare e che riporta le disposizioni fondamentali: *nessun ente pubblico potrà istituire nuovi ospedali che non siano previsti nel piano.*

Parimenti non saranno permesse opere di costruzione, ampliamento, trasformazione o ammodernamento se non siano previste dal piano, ferme le norme contemplate all'articolo 27 per le esigenze universitarie.

Sono soggetti alle stesse proibizioni anche gli Enti e Istituti ecclesiastici di cui all'articolo 1, ultimo comma (art. 29).

Si richiama ancora la disarmonia tra la lettera *n*) di questo articolo, che prevede la presenza nel Comitato regionale provvisorio di un rappresentante delle Case di cura private e l'articolo 28 dove invece, per il Comitato nazionale, non si contempla tale rappresentante.

Art. 63.

Norme transitorie relative al tirocinio.

Contempla l'abrogazione delle norme relative al tirocinio di pratica semestrale di cui al regio decreto 30 settembre 1938, numero 1652, e di ogni altra disposizione diversa o contraria.

Tuttavia le nuove disposizioni non si applicheranno a coloro che abbiano già compiuto il tirocinio di pratica semestrale in base al cennato regio decreto n. 1652, o anche ai medici che conseguiranno la laurea in medicina e chirurgia entro l'anno accademico 1968-69, a meno che spontaneamente non ne facciano richiesta.

Ci si preoccupa dunque di procedere con una certa gradualità, tanto più in quanto, come dicevamo, per competenza il *novus ordo* richiederà anche provvedimenti legislativi del Ministro della pubblica istruzione.

Art. 64.

Norme transitorie riguardanti i sanitari non di ruolo.

Con indubbia sensibilità per molte situazioni, si prevede che, ai fini della ammissione agli esami di idoneità e della valutazione dei titoli nei concorsi che saranno banditi entro tre anni, le norme delegate dovranno prendere in adeguata considerazione i servizi prestati dagli aiuti e dagli assistenti non di ruolo ospedalieri ed

universitari, attualmente in servizio a qualsiasi titolo.

Si tratta indubbiamente di disposizioni, sia pure transitorie conformi a giustizia e necessarie per non frustrare i sacrifici di tanti valorosi medici volontari e assicurarli durevolmente agli ospedali.

Art. 65.

Trasformazione degli istituti pubblici di ricovero e cura.

Prevede per gli istituti di ricovero e cura e le infermerie che non posseggano attualmente i requisiti necessari per essere classificati ai sensi dell'articolo 19, la possibilità (semprechè il piano regionale ospedaliero ne ravvisi l'opportunità e la convenienza tecnica) di ottenere dall'autorità sanitaria l'autorizzazione a trasformarsi in uno dei tipi di ospedali previsti dalla nuova legge, entro un periodo di tempo adeguato, precisato in anni otto.

Cesseranno invece, entro un anno dalla entrata in vigore del piano regionale, ogni attività ospedaliera gli enti di cui non venga ravvisata l'opportunità e la possibilità tecnica di trasformazione.

Art. 66.

Mantenimento in servizio previsto dalla legge 10 maggio 1964, n. 336.

Le disposizioni relative al mantenimento in servizio fino al compimento del settantesimo anno di età, previste dalla legge 10 maggio 1964, n. 3366, per certe categorie di sanitari ospedalieri, che fino ad oggi avevano avuto una interpretazione restrittiva, legata al posto di lavoro (*), si applicheranno nei confronti di detto personale anche quando abbia assunto successivamente rapporti di impiego con altro ente.

(*) V. sentenza del Consiglio di Stato 2 novembre 1966 nel ricorso 21 aprile 1966, del professor A. E. contro l'Ospedale maggiore di S. Giovanni Battista della città di Torino, in « Federazione medica », n. 4, 1967.

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Ciò in accoglimento di vecchie istanze, e chiarendo definitivamente la *mens* del legislatore.

Art. 67.

Regioni a statuto speciale.

Stabilisce che le Regioni a statuto speciale, ad eccezione di quelle che hanno in materia sanitaria potestà legislativa primaria, dovranno adeguare la propria legislazione in merito, ai principi stabiliti dalla nuova legge e dalla legge di programmazione.

È così ribadita l'esigenza e assicurato un indirizzo sanitario unitario in tutto il Paese.

Art. 68.

Durata in carica dei Consigli di amministrazione esistenti.

Prevede che fino al momento dell'insediamento dei Consigli degli enti ospedalieri, i Consigli di amministrazione attuali degli Ospedali, rimarranno in carica. La Commissione tuttavia ha limitato la portata di questa norma agli enti già esistenti e che svolgono esclusivamente attività ospedaliera, escludendo quindi quelli che sorgeranno per effetto di separazione di nuove istituzioni per le quali è previsto dall'articolo 5 la nomina di un commissario fino alla costituzione del consiglio di amministrazione.

Art. 69.

Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali riuniti di Roma.

Si applicheranno anche a questo Ente le disposizioni previste dalla nuova legge. Tuttavia, fino alla costituzione delle Regioni a statuto ordinario, continueranno ad avere vigore le attuali norme relative alla vigilanza, tutela, modalità di esercizio del controllo.

Art. 70.

Abrogazione delle norme incompatibili

Tutte le norme incompatibili con la nuova legge sono abrogate. Fino alla emanazione delle norme delegate per l'ordinamento dei

servizi e lo stato giuridico, previsti dall'articolo 40, in quanto compatibili con la presente legge continueranno ad avere vigore le disposizioni della legge 30 settembre 1938, n. 1631, e successive modificazioni.

Conclusioni

Onorevoli colleghi, concludendo, non pare dubbio al relatore, ed è la prima constatazione che viene naturale, che ci troviamo obiettivamente di fronte ad una legge di riforma non sottovalutabile, che abbraccia, come abbiamo visto, un'area veramente imponente, globale e non settoriale, di normativa ospedaliera.

E onestamente si deve riconoscere all'onorevole Ministro della sanità, senatore Mariotti, il grande merito di averla concepita, tenacemente perseguita *con duttilità e coerenza fondamentale*, e di averla portata avanti, in leale solidarietà con le altre forze della maggioranza, pur tra innumerevoli difficoltà e critiche non sempre serene. Prevedendo e provvedendo altresì, con un complesso di importanti norme transitorie, ad assicurarne l'immediata, necessaria operatività, malgrado la mancanza di due premesse in certo senso pregiudiziali per la riforma stessa: le *Regioni*, dalla cui competenza costituzionale la legge non poteva prescindere e non prescinde, e la *Riforma previdenziale*, che superando il sistema mutualistico assicurativo attuale, dovrà assicurare il finanziamento della sicurezza sociale e risolvere così in modo definitivo anche il difficile problema finanziario degli ospedali.

Ma indubbiamente, col ricordo doveroso dei molteplici convegni di studio e della Commissione ministeriale altamente qualificata (professor A. Dogliotti) che si sono occupati dell'argomento, e dei molto utili precedenti parlamentari (dei ministri Giardina, Jervolino, deputati Longo ed altri, De Maria e De Pascalis, Romano e Nicolazzi), un sincero riconoscimento deve essere tributato al relatore della Camera onorevole Lattanzio, alla Commissione ristretta interpartitica, alla quale hanno partecipato anche senatori (senatore Lorenzi e io stesso) e qualificati elementi tecnici (prof. Sganga, dr. Bruni, avv. Leoni), al Presidente, ono-

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

revoles De Maria ed all'intera Commissione igiene e sanità della Camera, per la profonda intelligente rielaborazione critica della proposta di legge originaria, attuata anche facendo gran conto degli autorevoli penetranti pareri delle Commissioni Interni e Affari costituzionali, Pubblica istruzione, Bilancio, Lavoro e previdenza sociale.

Il testo oggi al nostro esame, approvato dopo appassionati ed elevati interventi degli onorevoli deputati, è certamente meno radicale e rivoluzionario dell'originale, ma indubbiamente più aderente al dettato costituzionale, fondato sulla competenza delle Regioni e sul rispetto delle autonomie locali; a giudizio del relatore, anche tecnicamente migliore, più facilmente accettabile dagli interessi immediati che inevitabilmente urta o colpisce, e più efficacemente operativo ai fini del raggiungimento degli obiettivi di adeguamento e di rinnovamento di tutto il settore ospedaliero.

Si può sinteticamente dire che la legge guarda il presente e realisticamente promuove il possibile, ma si proietta verso il futuro e lo sollecita.

Obiettivamente, anche il testo attuale, pur così dettagliato e frutto di tante istanze e del lavoro critico parlamentare anche della nostra Commissione, non è certo perfetto. Si può dire tuttavia che, se la non perfezione è destino di tutte le leggi, perfetta difficilmente potrebbe essere questa legge, perchè innova in una materia di per sè molto vasta, tecnicamente complessa, difficile e soggetta al progresso incessante della medicina e all'aumento e affinamento delle esigenze di un mondo in trasformazione rapida. D'altra parte la sua normativa è resa più ardua anche dal fatto che siamo in un settore nel quale si scontrano e giocano interessi e urgenze molteplici di categorie altamente qualificate, attive, benemerite, ma ancora permeate di un notevole grado di individualismo.

Ora sembra al relatore che nella grande difficoltà obiettiva del procedere ad una riforma come l'ospedaliera, studiata da anni a tutti i livelli con diverse conclusioni,

considerata urgente e universalmente reclamata, la stella polare delle nuove disposizioni, sia stata veramente la preoccupazione sovrana delle superiori esigenze, *di tutte le esigenze dell'uomo*, malato e sano; e il nobile desiderio e la convinzione della necessità di assicurarne il soddisfacimento nel modo più umano e migliore possibile, incominciando dall'Ospedale, considerato giustamente come il centro sanitario fondamentale, nel quadro e con la visione chiara di una assistenza sanitaria che si vuole completa, moderna, senza sperequazioni e unitaria.

Quali effettivi risultati potrà conseguire la legge?

Bisognerà attendere l'esperienza, ma sembra al relatore di poter affermare che essa indubbiamente, pone premesse molto valide: finanziarie, anche se attualmente ancora in concreto insufficienti (fondo ospedaliero, i ripetutamente richiamati sistematici interventi dello Stato e delle Regioni), per la realizzazione di una adeguata rete ospedaliera in tutto il territorio nazionale e *secondo piani programmatici seriamente studiati*, pei quali la legge stessa dà adeguati criteri; per un potenziamento tecnico-strutturale degli ospedali, fissando per tutti, uno *standard* minimo indispensabile di requisiti, di servizi e di attrezzature affidanti; per una razionale classificazione gerarchica degli ospedali, basata su diversa competenza e la loro collaborazione; per un coordinamento efficace delle attività ospedaliere allargate anche a compiti di medicina preventiva con tutti i presidi sanitari locali in atto e domani con le *Unità sanitarie locali*; per una ristrutturazione amministrativa degli ospedali, riconducendone molto opportunamente gli eterogenei statuti ad un modello unico, quello dell'ente ospedaliero, e sostanzialmente rafforzandone l'autonomia per un governo elettivo democratico, responsabile. Operando, d'altra parte, con i nuovi istituti del *Collegio dei revisori e del Consiglio dei sanitari*, anche una sintesi felice tra due esigenze in parte antitetico, quali quella di dare carattere elettivo alle amministrazioni ospedaliere e quella di tu-

telare adeguatamente le caratteristiche tecniche della funzione.

Di grande significato, come indice del progresso intervenuto nelle coscienze e anticipazione della sicurezza sociale, è per il relatore il ribadito immediato obbligo del ricovero ospedaliero del malato « urgente », cittadino o straniero, indipendentemente dal possesso di documenti di autorizzazione.

E di fondamentale decisiva importanza, infine, è da ritenersi la *valorizzazione morale, professionale, scientifica ed economica dei sanitari ospedalieri*, chiaramente perseguita dalla legge con tutta una serie di norme coordinate che possono ritenersi valide e ragionevolmente efficaci. Per assicurare prima di tutto la competenza tecnica, ai vari livelli, dei medici ospedalieri, con la serietà ed equità, auspicatissime, dei concorsi ospedalieri; una dignitosa collaborazione dei medici al buon governo dell'Ospedale; la loro serenità economica, con provvedimenti in parte già presi ed altri annunciati che saranno oggetto di libera trattativa sindacale a livello nazionale; le loro possibilità di studio e di carriera. A parte il valore intrinseco di molte norme anche ai fini della massima qualificazione professionale dei medici ospedalieri (oltre al tirocinio ospedaliero obbligatorio per tutti i neolaureati, l'obbligo di differenziati periodi di servizio sanitario e del possesso di un giudizio di *idoneità* per adire alla carriera ospedaliera), sembra chiaro al relatore che il legislatore vuole favorire il formarsi nei medici ospedalieri quasi di una rinnovata e fiera coscienza dell'altissima considerazione pubblica dei loro compiti e del valore della loro collaborazione, che il legislatore stesso riconosce decisiva, ai fini della realizzazione di una assistenza veramente efficace e a misura dell'uomo.

Ed è in questo spirito che si devono vedere le limitazioni, prudenti, ma necessarie, poste dalla legge alla conservata libertà di esercizio professionale dei medici ospedalieri.

Non è poi a sottacere tra i lati positivi della legge, anche la disciplina predisposta, nello scrupoloso rispetto della libertà e con l'apprezzamento implicito della utilità loro, per le case di cura e gli ospedali privati,

religiosi e laici; nonchè la preoccupazione di salvaguardare assolutamente anche nei confronti delle cliniche universitarie, senza menomare le autonomie loro spettanti, la doverosa competenza generale del Ministero della sanità ai fini della politica sanitaria nazionale, della sorveglianza e tutela della salute pubblica.

Da rilevare è anche lo sforzo del legislatore di contribuire, nell'interesse superiore, a rompere assurdi diaframmi tra clinici universitari e medici ospedalieri, e di favorire invece la loro naturale doverosa collaborazione, nel rispetto della reciproca dignità, col riconoscimento della insopprimibile funzione di magistero e scientifica dell'Università, e chiamando d'altra parte i medici ospedalieri all'esercizio, nell'osservanza della disciplina universitaria, di importanti compiti didattici complementari, nonchè invitandoli e auspicando la loro collaborazione alla ricerca scientifica, specie epidemiologica.

È almeno un avvio a quella auspicata « integrazione » tra Università e Ospedale che già esiste, feconda di risultati positivi, in molti Paesi progrediti.

Alcuni articoli della legge, come risulta anche dall'analisi che precede, potrebbero essere suscettibili di ulteriori miglioramenti formali e sostanziali e di qualche completamento tecnico: alcuni richiederanno certo dei chiarimenti nel regolamento.

La Commissione tuttavia, in considerazione dell'imminente fine della legislatura, della grande attesa ed urgenza della legge, aderendo anche al desiderio del Governo, ha ritenuto di dover limitare gli emendamenti allo stretto indispensabile dal lato tecnico, giuridico e per assicurare l'operatività piena della legge in assenza delle Regioni; di dover comunque rispettare l'indirizzo politico generale del provvedimento, oggetto di accordi della coalizione governativa, e già approvato dalla Camera dei deputati.

Ciò ha comportato naturalmente anche dei sacrifici di pur legittimi punti di vista particolari.

D'altra parte era ed è innegabile e riconosciuta la necessità per l'Ospedale pubblico moderno di diventare un *organismo esclusivo*.

sivamente sanitario e del superamento definitivo, nel suo governo elettivo e democratico, di ogni residuo spirito o prassi privatistica, ai fini dell'espletamento efficace dei grandi compiti affidatigli, come protagonista, e irrefutabili, per l'avveramento di una assistenza sanitaria pubblica completa, a livello dei tempi.

Dalla uniformità istituzionale perseguita e assicurata da questa legge, l'*autonomia dell'ospedale*, una autonomia bene intesa, cioè nel quadro degli interessi generali della politica sanitaria che esigono il coordinamento di tutte le attività sanitarie, esce tuttavia, come già osservato, rafforzata, decentrata, tutelata dagli organismi politico-amministrativi locali, con esclusione di ogni centralizzazione.

Con riferimento a istanze e suggerimenti settoriali, di carattere strettamente tecnico di categorie sanitarie, non accolti oggi dalla Commissione, il relatore deve fare osservare che potranno essere recepiti domani, poichè in una legge innovatrice così complessa, solo l'esperienza, cioè il contatto della legge con la realtà e il suo rodaggio, che non potrà non essere faticoso e lungo, potranno suggerire sicuri perfezionamenti.

Concludendo il relatore ritiene che, senza la pretesa assurda che essa risolva tutti e da sola gli annosi problemi dell'assistenza ospedaliera e degli ospedali, non si possa assolutamente negare alla legge un'alta quota di positività, l'impostazione moderna, un'intima forza di rinnovamento di tutto il nostro sistema ospedaliero e della vita ospe-

daliera e anche il valore di un importante avvio alla riforma sanitaria generale. Naturalmente, trattandosi di una legge-quadro, valore determinante avranno l'aderenza interpretativa e la saggezza delle leggi di attuazione; per la loro operatività saranno certo indispensabili una forte volontà politica, l'intelligente impegno della amministrazione sanitaria a tutti i livelli e soprattutto, con la collaborazione della classe medica che non può mancare, adeguati mezzi finanziari, da spendere bene.

Ringraziando vivamente la Commissione e il Presidente, senatore Alberti, per l'apprezzamento unanime della relazione preliminare e per il contributo ad un approfondito proficuo esame della legge, il relatore deve dar atto che, pur avendo i Gruppi di opposizione rinunciato a presentare relazioni di minoranza, da parte dei colleghi del PCI il giudizio complessivo della legge è di fondamentale inadeguatezza agli obiettivi da loro ritenuti necessari; da parte dei colleghi del MSI è condizionato da perplessità e riserve che potranno avere un seguito in Assemblea; che la posizione dei colleghi del PLI è di critica costruttiva senza un rifiuto del disegno di legge nel suo complesso. Decisamente favorevoli sono i senatori della maggioranza.

Il relatore, convinto della bontà sostanziale del provvedimento, ha l'onore di raccomandarne responsabilmente l'approvazione al Senato.

SAMEK LODOVICI, *relatore*

DISEGNO DI LEGGE

TESTO DEL GOVERNO

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.

DISEGNO DI LEGGE

TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

TITOLO I

L'ENTE OSPEDALIERO

Art. 1.

*(Assistenza ospedaliera pubblica).**Identico.*

(Segue: *Testo del Governo*)

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.

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.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 2.

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

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

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.

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 3.

(*Costituzione degli enti ospedalieri*).

Identico.

Art. 4.

(*Riconoscimento di enti ospedalieri esistenti*).

Identico.

Art. 5.

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

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

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 dell'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.

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 purchè questo abbia i requisiti propri di ente ospedaliero.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

(Segue: *Testo del Governo*)

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. 9.

(Consiglio di amministrazione).

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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).

Identico:

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

(Segue: *Testo del Governo*).

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;

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

1) *identico*;

2) *identico*;

3) *identico*.

Identico:

1) *identico*.

2) *identico*;

3) *identico*.

Identico:

1) *identico*;

2) *identico*;

3) *identico*;

(Segue: *Testo del Governo*)

4) per gli enti ospedalieri dichiarati tali ai sensi dell'articolo 4 della presente legge, da due membri in rappresentanza degli originari interessi dell'ente, designati e nominati nei modi previsti dai rispettivi statuti e dalle tavole di fondazione e, per gli enti 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 collegio dei sanitari è sentito obbligatoriamente in tutti i casi in cui occorra decidere su questioni che interessano la vita interna degli ospedali, esclusivamente per gli aspetti sanitari, la regolamentazione dei servizi sanitari, il trattamento del malato.

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 nella misura stabilita dal consiglio di amministrazione, tenuto conto anche 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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

4) *identico.*

Identico.

Identico.

Identico.

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.

Identico.

Identico.

Al presidente ed ai componenti del consiglio di amministrazione con voto deliberativo è corrisposta una indennità di funzione nella misura stabilita dal consiglio di amministrazione, tenuto conto anche della classificazione e dell'importanza dell'ente ospedaliero. La relativa delibera è sottoposta ad approvazione della Giunta regionale.

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

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 di questo articolo; se dall'operazione residui una frazione, questa è riportata all'unità superiore. I consigli regionali, provinciali o comunali procedono alla votazione con schede limitate alla metà più una unità, o, se il numero è dispari, alla metà più la frazione di unità, 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, nonchè 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

Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 10.

(*Funzioni del consiglio di amministrazione*).

Identico.

Identico:

- a) *identica;*
- b) *identica;*
- c) *identica;*
- d) *identica;*
- e) *identica;*
- f) *identica;*
- g) *identica;*

(Segue: *Testo del Governo*)

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.

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

Il consiglio di amministrazione delibera validamente a maggioranza dei 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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)h) *identica*;i) *identica*;l) *identica*;m) *identica*;

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.

*Identico.**Identico.**Identico.*

Art. 11.

*(Nomina e funzioni del presidente).**Identico.*

(Segue: *Testo del Governo*)

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

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

Art. 12.

(*Collegio dei revisori*).

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

Art. 13.

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

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 12.

(*Collegio dei revisori*).

Identico.

Art. 13.

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

Identico.

(Segue: *Testo della Commissione*)

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 fissazio-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 14.

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

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

ne 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'artico-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 15.

(*Alta sorveglianza*).

Identico.

Art. 16.

(*Vigilanza e tutela*).

Identico.

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

lo 56 della citata legge sono integrati dal medico provinciale, rispettivamente, del capoluogo di Regione e della provincia.

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

Art. 17.

(Sospensione e scioglimento del consiglio di amministrazione).

Il consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero può essere sciolto con decreto motivato del Presidente della Regione su deliberazione della giunta regionale, sentito il medico provinciale, in caso di dimissioni della maggioranza del consiglio o quando questo violi persistentemente, nonostante diffida, lo statuto, le norme di legge, di regolamento o le prescrizioni del piano ospedaliero nazionale o regionale, pregiudicando gli interessi dell'ente.

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.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Sono sottoposte al controllo di merito del comitato le deliberazioni dello statuto e quelle previste alle lettere a), b), c), d), e), g) ed i) del precedente articolo 10, nonché quelle indicate nell'ultimo comma dell'articolo 40.

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.

(Segue: *Testo del Governo*)

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;
- 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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

TITOLO III

REQUISITI E CLASSIFICAZIONE DEGLI OSPEDALI

Art. 19.

(*Requisiti degli ospedali*).

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

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. 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 poliamulatori 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.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 20.

(*Categorie di ospedali*).

Identico.

Art. 21.

(*Ospedali generali di zona*)

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

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, cardio-angiopatia, 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; emotrasfusione; 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'organizzazione tecnica, per la dotazione strumentale diagnostica e terapeutica e per le prestazioni che sono in grado di assicurare, operano pre-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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; emotrasfusione; farmacia interna.

Identico.

Identico.

Art. 23.

(Ospedali generali regionali)

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

valentemente 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, 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.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Identico.

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.

Identico.

Art. 24.

(Ospedali specializzati provinciali e regionali).

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

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'ospedale dispone, dell'*hinterland* di servizio, nonchè 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 nonchè 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-sanita-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 25.

*(Ospedali per lungodegenti
e per convalescenti).*

Identico.

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

TITOLO IV

PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA

Art. 26.

(Legge di programma ospedaliero).

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

rie, 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 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 i programmi regionali ospedalieri 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 Comita-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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 Comita-

(Segue: *Testo del Governo*)

to 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 le università. Al finanziamento della spesa occorrente per la realizzazione di tale eccedenza, 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;

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

to 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.

Identico.

Identico:

a) *identica;*

b) *identica.*

Identico.

Identico.

Art. 28.

(*Comitato nazionale
per la programmazione ospedaliera*).

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

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.

La predetta legge si uniforma alle scelte del programma economico nazionale nonchè

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 29.

(*Piano regionale ospedaliero*).

Identico.

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

ai principî 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, 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 o di almeno un ospedale regionale per ogni Regione.

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

Nessun ente pubblico, nè 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, purchè non comportino aumenti di posti-letto.

Nella legge regionale devono essere indicati i mezzi finanziari per la costruzione di

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Identico.

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.

Identico.

Identico.

Identico.

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

nuovi ospedali, l'ampliamento, la trasformazione o l'ammodernamento di quelli esistenti e per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto, e la loro ripartizione in relazione agli obiettivi indicati dalla legge stessa per il settore ospedaliero.

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

Art. 30.

(*Comitato provinciale di coordinamento*).

In ogni provincia è istituito un comitato provinciale di coordinamento nominato e presieduto dal medico provinciale e composto dai presidenti dei consigli di amministrazione 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 dell'Università degli studi.

Il comitato ha il compito di coordinare l'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, nonchè 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.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Identico.

Art. 30.

(*Comitato provinciale di coordinamento*).

Identico.

Art. 31.

(*Finanziamento del piano regionale ospedaliero*).

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

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.

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, nonchè ogni altra spesa che concorra a formare il costo complessivo dell'assistenza ospedaliera.

Nella retta devono essere comprese, altresì, le spese a carico dell'ente ospedaliero iscritte nel bilancio dell'anno cui si riferiscono le spedalità, per l'ammortamento, il rinnovo e l'ammodernamento delle attrezzature ospedaliere per una quota non superiore complessivamente al quattro per cento della retta determinata a norma dei precedenti commi.

Le spese di gestione dei centri per le malattie sociali 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 differenzia-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

TITOLO V

DISPOSIZIONI FINANZIARIE PER GLI ENTI OSPEDALIERI

Art. 32.

(Retta di degenza).

Identico.

Identico.

Identico.

Identico.

Identico.

Identico.

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

ta riferita al ricovero e al mantenimento dei pazienti.

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

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; nonchè al pagamento dell'integrazione a carico dello Stato degli assegni ai medici interni secondo le norme di cui al successivo articolo 47.

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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 medico-chirurgiche.

Art. 33.

(*Fondo nazionale ospedaliero*).

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

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 l'ammodernamento degli ospedali esistenti, l'acquisto di edifici già costruiti, purchè rispondenti ai requisiti richiesti per gli ospedali, nonchè 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. 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.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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)

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

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

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

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

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

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

Art. 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.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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.

Identico.

Identico.

Identico.

Identico.

Art. 37.

(*Struttura interna degli ospedali specializzati*).

Identico.

Art. 38.

(*Struttura interna degli ospedali per lungodegenti e convalescenti*).

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

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 fisiochinesiterapisti, dai dietisti, dagli infermieri generici e dalle puericultrici.

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

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

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

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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:

(Segue: *Testo del Governo*)

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 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.

Il rapporto di lavoro è regolato dal contratto nazionale stipulato tra i sindacati e le associazioni rappresentanti gli enti ospedalieri.

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;

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

1) *identico*;

2) *identico*;

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*).

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

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 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 coprire temporaneamente i posti di ruolo di particolari categorie di personale infermieristico ed esecutivo;

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

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

Le norme delegate di cui all'articolo 40 dovranno altresì disciplinare l'assunzione e

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 42.

(*Principi direttivi per lo stato giuridico del personale*).

Identico.

Art. 43.

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

Identico:

(Segue: *Testo del Governo*)

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

a) l'assunzione in ogni singolo ente ospedaliero deve aver luogo esclusivamente per pubblico concorso per titoli, stabiliti con criteri uniformi e rigorosamente determinati, nonchè mediante esami consistenti in una relazione scritta su un caso clinico e sulla prova pratica; 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 al colloquio e alle prove pratiche. A tale concorso sono ammessi coloro che abbiano superato una prova di idoneità per esami, uguali per tutte le categorie di ospedali e per ciascuna qualifica e specialità, su base nazionale per i primari e i direttori sanitari, e su base regionale per gli altri sanitari. L'assunzione dei sovrintendenti ha luogo esclusivamente per concorso per titoli tra i direttori sanitari;

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

a) l'assunzione in ogni singolo ente ospedaliero deve aver luogo esclusivamente per pubblico concorso per titoli, stabiliti con criteri uniformi e rigorosamente determinati, nonchè 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'assunzione dei sovrintendenti ha luogo esclusivamente per concorso per titoli tra i direttori sanitari;

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, e, solo per gli esami per direttore sanitario, i medici che abbiano anche conseguito l'idoneità come ispettori; agli esami di idoneità ad ispettore sono ammessi i medici abilitati all'esercizio professionale. Agli esami di idoneità per primario sono ammessi i medici dopo un determinato numero di anni di laurea e di carriera in qualità di aiuto o assistente di ruolo negli ospedali o nelle cliniche universitarie; agli esami di idoneità per aiuto sono ammessi i

(Segue: *Testo del Governo*)

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, vicedirettori 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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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) *identica.*

(Segue: *Testo del Governo*)

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, nonchè 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: il sorteggio su di essi sarà effettuato presso il Ministero 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. L'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 in servizio presso gli ospedali convenzionati o clinicizzati, da qualunque amministrazione dipenda.

Le norme limitative dell'esercizio dell'attività professionale nelle case di cura private,

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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. L'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.

Identico;

(Segue: *Testo del Governo*)

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, nonchè 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.

Il trattamento economico deve essere costituito dallo stipendio e dai compensi per lavoro straordinario, fissati su base nazionale, per categoria e per contratto nazionale e da un assegno integrativo da stabilire seguendo il principio che esso sia proporzionato alla quantità e qualità di lavoro prestato, e da istituire secondo le modalità che saranno stabilite nel decreto delegato.

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 dall'entrata in vigore della presente legge.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)e) *identica;*f) *identica.***Soppresso.**

Art. 44.

*(Scuole ospedaliere di specializzazione).**Identico.*

(Segue: *Testo del Governo*)

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 qualità 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.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 45.

(*Tirocinio obbligatorio*).

Identico.

Art. 46.

(*Posti di internato*).

Identico.

Art. 47.

(*Trattamento economico e certificato dell'avvenuto tirocinio*).

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

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 rispettivamente 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 coper-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 48.

(*Copertura delle spese*).

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

te col fondo ospedaliero, prelevandole dal fondo destinato a borse di studio, di cui all'articolo 32 della legge 31 ottobre 1966, numero 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. 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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 49.

(*Sottocommissioni esami di Stato di abilitazione*).

Identico.

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.

(Segue: *Testo del Governo*)

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 dovrà essere svolta, le sue attrezzature igienico-sanitarie e la dotazione dei posti-letto che si intendono istituire.

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

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

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.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 52.

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

Identico.

Identico.

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

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

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 assicurativi per il ricovero dei propri iscritti, deve essere approvata dal medico provinciale sentito il Consiglio provinciale di sanità, dopo aver accertato che, nell'interesse pubblico, la casa di cura privata possiede i requisiti igienico-sanitari per assicurare una adeguata assistenza sanitaria in regime mutualistico-assicurativo e l'idoneità ad assolvere soddisfacentemente gli impegni della convenzione.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Identico.

Identico.

Art. 53.

(*Direttore sanitario responsabile - Convenzioni*).

Identico.

Identico.

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

(Segue: *Testo del Governo*)

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 nonchè 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, fusione e concentrazione di enti ospedalieri).

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

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 Commis-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Identico.

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 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.

Art. 55.

(Norme sull'amministrazione degli enti ospedalieri).

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*)

sione 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 nonchè 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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 56.

(Amministrazione dell'ente ospedaliero).

Identico.

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

(Segue: *Testo del Governo*)

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

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

Art. 57.

(Gestione finanziaria delle attività diverse da quella ospedaliera).

Gli enti ospedalieri di cui al primo comma dell'articolo 3 per le attività diverse da quella ospedaliera debbono tenere una distinta gestione alla quale non possono destinare i mezzi finanziari previsti nel Titolo 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 amministra-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

per i rappresentanti degli stessi enti nel Comitato provinciale di assistenza e beneficenza, ed inoltre 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.

Identico.

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.

(Segue: Testo del Governo)

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

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

Art. 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 dei singoli piani regionali ospedalieri, 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, nonchè, 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.

(Segue: Testo proposto dalla Commissione)

Art. 60.

(Composizione transitoria del comitato nazionale di programmazione ospedaliera).

Identico.

Art. 61.

(Piano nazionale ospedaliero transitorio).

Identico.

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, nonchè, limitatamente ai territori meridionali, alle direttive del piano di coordinamento e con la riserva di investimenti di cui

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

(Segue: *Testo del Governo*)

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. 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.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

alla legge 26 giugno 1965, n. 717. Il piano è sottoposto all'approvazione del Comitato interministeriale per la programmazione economica.

Identico.

Art. 62.

(*Comitato regionale per la programmazione ospedaliera*).

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*).

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 quattrocetomila 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.

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;

(Segue: *Testo del Governo*).

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*).

Art. 63.

(*Norme transitorie riguardanti il tirocinio*).

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*).

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

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

Art. 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 mantenimento in servizio fino al compimento

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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.

(Segue: *Testo del Governo*).

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.

(*Abrogazione di norme incompatibili*).

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*).

Art. 67.

(*Regioni a statuto speciale*).

Identico.

Art. 68.

(*Durata in carica dei consigli di amministrazione esistenti*).

Fino al momento dell'insediamento dei nuovi consigli di amministrazione degli enti ospedalieri, di cui al primo comma dell'articolo 3, 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*).

Identico.

Art. 70.

(*Abrogazione di norme incompatibili*).

Identico.

(Segue: *Testo del Governo*).

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)