

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori FRANZINI, LOMBARI e D'ALBORA

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 18 MAGGIO 1961

Disciplina degli Istituti di cura privati

ONOREVOLI SENATORI. — Allo sviluppo assunto in questi ultimi anni dalla iniziativa privata ospedaliera medico-chirurgica, ed a quello che prevedibilmente può assumere nell'avvenire, non corrisponde una adeguata regolamentazione che la disciplini ed inserisca organicamente nella attività di ricovero e cura di ammalati di cui dispone ed ha ulteriormente bisogno il Paese nell'interesse della sanità pubblica.

Infatti l'apertura e l'esercizio delle Case di cura private, non manicomiali, sono regolati ancora e soltanto dall'articolo 193 del testo unico sulle leggi sanitarie (regio decreto 24 luglio 1934, n. 1265) e dagli articoli 2 e 3 del regio decreto 6 dicembre 1928, n. 3112 che, mentre assoggettano alle stesse norme anche gli ambulatori ed i gabinetti di analisi, erano e soprattutto ora si rivelano del tutto insufficienti non solo nella precisazione del carattere meramente ospedaliero delle Case di cura private, che qualche volta vengono addirittura comprese fra gli stabilimenti sanitari di cui al successivo articolo 194 del detto testo unico, istituzioni ben diverse e niente affatto destinate al ricovero di ammalati, ma insufficienti altresì per le garanzie che debbono essere richieste ad una attività che esplica funzioni di pubblico interesse.

L'unica condizione indicata per la concessione della autorizzazione di apertura di esercizio, secondo il detto articolo 193, è quella, ovviamente mai applicata perchè inconsistente, della preventiva osservanza delle prescrizioni stabilite dalle leggi di Pubblica sicurezza per la apertura di locali dove si dia alloggio per mercede. Invece di questa norma che non aveva e non ha ragione di essere giacchè gli Istituti di cura sia pubblici che privati non esplicano una attività alberghiera o di esercizio pubblico, ma ospedaliera, avrebbero dovuto specificatamente porsi, come debbono essere poste, delle norme e delle condizioni in diretto rapporto alla assistenza sanitaria che in esse si effettua.

Nessun accenno infatti vi è nel detto articolo e negli altri due più sopra citati e che hanno modificato gli articoli 83 e 84 del Regolamento generale sanitario, di cui al regio decreto 3 febbraio 1901, n. 45, nè ai requisiti delle attrezzature di dette istituzioni nè a quelli del personale ed è lasciata alla discrezione delle autorità locali la facoltà di stabilire determinate prescrizioni all'atto del rilascio delle autorizzazioni.

Per dare un indirizzo unico a queste prescrizioni il cessato Alto Commissariato per la sanità ebbe infatti a diramare ai medici provinciali la circolare 28 dicembre 1948,

n. 190, con alcune istruzioni da tenere presenti in occasione del rilascio delle autorizzazioni di apertura ed esercizio delle Case di cura. Di recente, dopo la istituzione del Ministero della sanità, alcuni medici provinciali, quali organi periferici del medesimo, hanno ritenuto di emanare decreti intesi ad eliminare localmente alcune deficienze strutturali e funzionali di alcune di queste istituzioni ospedaliere private che tuttavia erano state regolarmente autorizzate. Ma nè la prima nè i secondi hanno certo colmato una lacuna alla quale può, validamente ed in modo uniformemente generalizzato, provvedere soltanto il legislatore.

Oggi la iniziativa privata in questo settore con circa 900 Case di cura medico-chirurgiche e sanatori per un totale di oltre 50.000 letti, mentre si è estesa incrementando la disponibilità dei posti letto ospedalieri necessaria al Paese, ha assunto una sempre più evidente importanza anche sociale, giacchè provvede oramai prevalentemente ai ricoveri di assistiti di Enti pubblici di assistenza e di Enti mutualistici e di assicurazioni malattie. A parte quanto può rilevarsi per le Case di cura chirurgiche, oltre 110 Sanatori e Preventori privati con circa 14.000 letti provvedono meritoriamente alle esigenze di ricovero e cura degli assistiti dai Consorzi antitubercolari e dall'Istituto nazionale per la previdenza sociale. Va rilevato inoltre che gli Istituti di cura privati consentono l'esercizio professionale ad oltre 3 mila medici e danno lavoro a circa 11 mila dipendenti.

Occorre quindi disciplinare questa attività considerando soprattutto che essa, con la evoluzione della tecnica ospedaliera ed il progresso raggiunto dai mezzi sanitari di ricovero e di cura, non può non adeguarsi ad un minimo che consenta di offrire più concrete garanzie assistenziali di quelle che venivano ad esse richieste nel passato.

È quanto si propone di stabilire il presente disegno di legge che è di iniziativa parlamentare in quanto, in verità, intende sopperire alle difficoltà rilevatesi per una auspicata analoga iniziativa governativa che mentre fissasse i maggiori doveri delle ospedalità private ed il vigilante controllo di essa, ne determinasse anche i diritti attraverso una tu-

tela intesa nel senso di protezione e cioè di sollecitazione alla sua utilizzazione e di incoraggiamento al suo sviluppo nella dovuta equiparazione agli Ospedali pubblici, soprattutto ora che essi hanno perduto l'originario carattere di istituzioni di beneficenza.

Questo disegno di legge viene proposto infatti anche per non ritardare ulteriormente una regolamentazione il cui bisogno è sentito dalla stessa categoria che, a mezzo della Associazione nazionale degli istituti di cura privati (A.N.C.I.P.), l'ha reiteratamente sollecitata al Ministero della sanità, mentre vuol essere altresì una anticipazione di una parte della auspicata generale riforma della legislazione sugli Ospedali nella quale, quelli pubblici e privati, data la identità degli scopi, trovino una unica ed organica disciplina. Nel settore manicomiale le norme della legge 14 febbraio 1904, n. 36 e del Regolamento 16 agosto 1909, n. 615 regolano contemporaneamente sia l'ospedalità pubblica che quella privata e non vi è quindi ragione, anche per motivi di tecnica legislativa e di coordinamento di norme, che ciò non possa essere attuato nel settore medico-chirurgico.

Non tutti gli articoli contenuti nel presente disegno di legge hanno bisogno di un particolare rilievo come invece quelli che pongono in termini precisi la soluzione dei problemi di questo settore sanitario.

Dopo una necessaria specificazione degli Istituti di che trattasi è chiaro negli articoli 3, 4 e 5 lo scopo di assicurare in essi maggiori garanzie di ricovero, cura ed assistenza e di fissare già nella legge il minimo di requisiti di cui essi debbono essere forniti nelle attrezzature tecniche e nel personale sanitario, mentre il Regolamento provvederà alla codificazione dei dettagli e di quanto altro è necessario per dare alle dette istituzioni il dovuto assetto funzionale.

Col benessere preventivo previsto nella procedura relativa all'autorizzazione di apertura e di esercizio si intende in sostanza codificare una prassi praticamente in atto, eliminando però gli inconvenienti cui danno luogo le errate interpretazioni alle quali essa si presta. Anche la possibilità di ricorsi previsti a riguardo nell'articolo 8 è giustificata dal rischio cui diversamente sarebbe esposto il titolare della iniziativa ospedaliera.

Le norme contenute nell'articolo 9 trovano la loro ragione d'essere nella utilità di incrementare — come si è detto — la iniziativa privata anche in questo settore ad integrazione e qualche volta anche in sostituzione di quella pubblica. In vari altri settori sono state stabilite numerose e notevoli provvidenze creditizie nonché esenzioni e riduzioni di oneri tributari per incoraggiare l'iniziativa privata. A parte quanto è stato disposto con varie leggi nel settore pubblico, sono note le provvidenze a favore della industria alberghiera stabilite nella legge 4 agosto 1955, n. 591, quelle per lo sviluppo della economia e l'incremento della occupazione di cui alla legge 25 luglio 1952 n. 949, quelle creditizie nel settore industriale stabilite nella legge 16 aprile 1954 n. 135, quelle per il settore peschereccio contenute nella legge 27 dicembre 1956, n. 1457 e più recentemente quelle relative al finanziamento a medio termine nel Commercio di cui alla legge 16 settembre 1960, n. 1016.

Maggiore giustificazione trovano quelle qui sollecitate dato l'interesse pubblico che per la loro destinazione rivestono le istituzioni di che trattasi.

La costituzione presso il Ministero della sanità di un fondo per l'esercizio del credito sanitario, analogamente a quanto si è fatto per altri settori in vari Ministeri con alcune delle leggi su citate, anche se qui viene solo enunciata, è indubbiamente necessaria sia per il settore pubblico che per quello privato e lo dimostra il disegno di legge n. 1312 in corso di esame in Parlamento e relativo alla concessione di contributi per l'acquisto e la installazione di attrezzature ospedaliere pubbliche di iniziativa governativa nel quale sono stati mobilitati, in certo numero di anni, 30 miliardi di lire. Con poco meno, o poco più, concedendo mutui parziali si potrà ottenere dalla iniziativa privata la istituzione di alcune migliaia di posti letto dove più necessitano, mentre in compenso essa darà allo Stato, dopo qualche anno, il corrispettivo di un non trascurabile gettito fiscale.

Consequente alle concessioni dell'articolo 9 va considerata la norma prevista nell'articolo 10. Non tutte le Case di cura private si dedicano ai ricoveri mutualistici, ma

quelle che intendono effettuarli debbono essere più vicine alla sorveglianza del Medico provinciale. Da qui l'Albo previsto nell'articolo 11 nel quale articolo si intende altresì fissare in senso più realistico e concreto il diritto alla libera scelta da parte dell'assistito del luogo di cura, scelta che oggi è limitata solo agli Istituti con i quali, a sua insindacabile discrezione, l'Ente mutualistico ritiene di convenzionarsi. Le autorizzazioni di apertura e di esercizio concesse in applicazione della presente legge e cioè con le garanzie funzionali ivi previste, non potranno non eliminare le riserve che solo nell'interesse degli assistiti giustificano ora gli Enti mutualistici nella esclusione del rapporto di ricovero e cura di alcune Istituti di cura privati.

Per altro non vi è ragione per escludere questi ultimi dal ricovero di urgenza, tenuto conto oltre che dell'articolo 79 della legge 17 luglio 1870, n. 6972, sia del diritto di libera scelta dell'assistito e sia infine dell'obbligo che qui viene ad essi posto di un regolare servizio di guardia ed anche di pronto soccorso.

Con gli articoli 12, 13 e 14 si intende risolvere la situazione di ingiusta sperequazione in cui si trovano gli Istituti di cura privati rispetto agli Ospedali pubblici per quanto si attiene alle rette ed ai compensi sanitari, soprattutto per i ricoveri in corsia comune degli assistiti dagli Enti di assicurazione malattie ed evitare la unilateralità delle determinazioni di esse da parte di questi ultimi. Attraverso una classificazione indubbiamente necessaria ma da effettuarsi attraverso la equiparazione agli Ospedali del luogo e che non potrà certo avere come criterio il numero dei letti ma la qualità delle attrezzature, le rette ed i compensi degli Istituti di cura privati dovranno essere non inferiori a quelli ospedalieri o comunque solo di quel poco che possa riconoscersi essere dovuto in più all'Ospedale per oneri diversi da quelli della degenza e della cura dell'assistito e sempre che detti oneri non debbano essere sostenuti dal patrimonio ospedaliero con una più oculata amministrazione o assunti da interventi statali o comunque di terzi.

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

La soluzione del problema in tal senso gioverà anche agli Ospedali sotto l'aspetto della lamentata concorrenza ed il maggior onere per gli Enti mutualistici, che dovrà pur essere affrontato e risolto, sarà ampiamente compensato dal miglior trattamento di cui ovviamente fruiranno gli assistiti, mentre la istituzione di Commissioni con poteri deliberativi per procedere alla classificazione degli Istituti di cura privati, per eliminare i dissensi o per derimere i conflitti tra Enti mutualistici ed Istituti di cura, anche perchè da tutti auspicata, è da ritenersi opportuna nel comune interesse ed anzi dovrebbe essere stabilita anche per il settore pubblico dove è noto sono in atto gli esperimenti a riguardo.

L'articolo 15 intende far rivivere una norma contenuta nel testo unico delle leggi sanitarie e fissa il principio del riconoscimento formale del servizio prestato dai medici chirurghi negli Istituti di cura privati indubbiamente giustificata dalle qualificazioni previste nell'articolo 5 del disegno di legge e stabilisce altresì la possibilità di tirocinio ai laureati in quegli Istituti che come attrezzature e primari che vi sono addetti abbiano dei requisiti sufficienti per garantire una idonea pratica professionale, come sarà precisato dal regolamento.

Nell'articolo 16 le norme relative alle sanzioni, nell'impossibilità pratica di prevedere tutte le possibili infrazioni, sono state fis-

sate in modo da evitare arbitri ma anche da rendere più agevole e concreto l'intervento monitorio e punitivo del Medico provinciale.

L'articolo 17 nell'occuparsi del Regolamento e prevedendo la collaborazione dei rappresentanti della categoria interessati nella compilazione di esso, stabilisce che deve esserne emanato uno a parte per gli Istituti medico-pedagogici che dovrebbero trovare un adeguato assetto istituzionale che li distingua dalle Case di cura psichiatriche.

Le norme transitorie, di cui all'articolo 18, sono conseguenti a quelle sostanziali della legge. Il termine di tre anni è più che sufficiente perchè ad esse si adeguino gli Istituti di cura che hanno bisogno di farlo, meglio se opportunamente specializzandosi, o riunendosi in moderni complessi policlinici o ridimensionandosi, mentre quelli che ne abbiano interesse potranno sottoporsi, ai fini delle rette e dei compensi mutualistici, sin dalla entrata in vigore del Regolamento e con la costituzione delle Commissioni qui previste, al giudizio di classificazione.

È auspicabile che questo disegno di legge, nonostante alcuni criteri innovatori che vi sono previsti, trovi ampi consensi e tanti comunque da diventare presto legge dello Stato. Con esso nel disciplinare la categoria si è inteso considerarla utile alla comunità risolvendone i problemi soprattutto nell'interesse della sanità pubblica.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Gli Istituti: definizione e specie)

Gli Istituti o Case di cura cui si riferisce la presente legge sono quegli Istituti che, appartenenti a privati: persone fisiche, società, congregazioni o ordini religiosi, oppure da essi gestiti, provvedono, come gli Ospedali, al ricovero di persone affette da malattie in atto e bisognose di cure medico-chirurgiche e comunque di speciale assistenza sanitaria.

Essi si distinguono in:

a) sanatori e preventori per malattie tubercolari polmonari, extra-polmonari, ossee, glandolari, chirurgiche;

b) case di cura medico-chirurgiche, policliniche o monospecialistiche (ostetriche-ginecologiche, per gestanti, oculistiche, otorinolaringoiatriche eccetera) medico-fisioterapiche, per malattie nervose e psicosomatiche;

c) istituti di cura naturali, case di cura dietetiche, di convalescenza, gerontologiche e per cronici;

d) istituti medico-pedagogici e di rieducazione psichica.

Per gli Istituti di cura per malattie mentali provvede apposita legge.

Art. 2.

(Autorizzazione e vigilanza)

Gli Istituti di cura privati, sia che ricoverino paganti in proprio sia assistiti da Enti pubblici o da Enti mutualistici, non sono sottoposti a tutela come gli Ospedali pubblici, ma fanno egualmente capo al Ministero della sanità e sono soggetti alla vigilanza dei suoi organi centrali e periferici.

La autorizzazione di apertura e di esercizio di essi viene rilasciata dal Medico provinciale.

Art. 3.

(Le attrezzature)

Gli Istituti di cura privati debbono avere requisiti tali da assicurare una idonea ed organica funzionalità in rapporto alla attività generica e specialistica cui sono destinati, nonché al numero dei letti per gli infermi da ricoverare e curare.

I particolari requisiti costruttivi e funzionali di cui al comma precedente saranno specificati nell'apposito Regolamento di esecuzione della presente legge.

A) *Delle Case di cura medico-chirurgiche.*

— Non potrà comunque essere autorizzato l'esercizio di una Casa di cura con destinazione policlinica che non abbia almeno le seguenti attrezzature: una sala operatoria settica, una sala operatoria aseptica ed accessori relativi, una sala parto quando vi sia servizio ostetrico, un impianto radiodiagnostico, una sala visite, un impianto di sterilizzazione, un laboratorio di analisi, un bagno o doccia per ogni 20 letti ed un gabinetto per ogni 10 sullo stesso piano, un montacarichi per barelle ove abbia più di un piano, un adeguato servizio di cucina, un impianto di acqua calda, un servizio di lavanderia ed asciugatoio, un locale di isolamento, un forno di incenerimento ed una camera mortuaria.

B) *Dei Sanatori t.b.c.* — Non potrà altresì essere autorizzato l'esercizio di un Sanatorio che non abbia almeno le seguenti attrezzature: un gabinetto radiodiagnostico con stratigrafo, un laboratorio di analisi, una sala per visite ed interventi, un bagno o doccia ogni 15 letti ed un gabinetto ogni 10 sullo stesso piano, verande dovutamente esposte ed adeguate al numero dei degenti, una sala da pranzo, una sala di ritrovo, un giardino parco, un ascensore montabarelle e montacarichi per vivande quando vi sia più di un piano, un adeguato servizio di cucina con impianto di lavatura e di sterilizzazione delle stoviglie, impianto di acqua calda, un servizio di lavanderia con impianto di disinfezione della biancheria e del vestiario,

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

un impianto di sterilizzazione, un locale di isolamento, una camera mortuaria, un forno di incenerimento ed una fossa biologica.

Ove debbano effettuarsi atti operatori veri e propri il Sanatorio dovrà avere altresì una sala operatoria con i relativi accessori come la Casa di cura policlinica.

C) *Degli Istituti medico-pedagogici.* — Gli istituti medico-pedagogici dovranno disporre di una adeguata attrezzatura didattica e di personale specificatamente specializzato.

Art. 4.

(Servizio di guardia e pronto soccorso)

Ogni Istituto di cura a seconda della attività clinico-sanitaria che svolge deve avere un regolare servizio di guardia diurno e notturno, medico-chirurgico, medico ed infermieristico ed anche ostetrico.

Le case di cura medico-chirurgiche con oltre 60 letti site in centri abitati ove non vi siano Ospedali o comunque in località dalle quali l'Ospedale più vicino disti più di 5 chilometri, dovranno attrezzare il servizio di guardia in modo da renderlo idoneo al pronto soccorso secondo le modalità e condizioni che saranno stabilite nel Regolamento.

Art. 5.

(Il personale sanitario)

Il personale sanitario degli Istituti di cura, sia che abbia rapporti di lavoro subordinato sia di libera collaborazione professionale, deve essere munito dei requisiti necessari alla attività medico-chirurgica che vi si esplica.

1) *Il Direttore sanitario.* — Ogni Istituto di cura deve avere un Direttore sanitario che abbia almeno 10 anni di esercizio professionale di cui 5 in servizio presso una Clinica universitaria, un Ospedale o un Istituto di cura privato. Egli è il responsabile del regolare funzionamento igienico-sanitario dell'Istituto.

2) *Gli altri sanitari.* — I medici cui sia affidato nell'Istituto la responsabilità di un

qualsiasi servizio specialistico come primario, e quelli che vi effettuino prestazioni come tali, debbono aver prestato o prestare servizio effettivo per concorso quale primario od aiuto in un Ospedale, o quale direttore o assistente effettivo in Clinica universitaria, oppure essere iscritti nell'Albo degli idonei all'incarico di primario specialista di Istituto di cura privato a giudizio di una apposita Commissione provinciale.

3) *Personale ausiliario e di assistenza.* — La assistenza infermieristica, ostetrica, fisioterapica, di rieducazione eccetera deve essere assicurata da personale, laico o religioso, in numero sufficiente ed in possesso dei prescritti titoli relativi. Il personale addetto ai servizi ausiliari deve essere particolarmente idoneo al lavoro ospedaliero.

4) *Albo dei medici e Commissioni relative.* — L'Albo di cui al numero 2 sarà istituito presso l'Ordine dei medici. Per esservi iscritti occorrono i seguenti requisiti:

a) possesso del titolo di specializzazione o di libera docenza nella branca relativa o l'idoneità in concorso di primario ospedaliero o di direttore di Istituto universitario in materia;

b) avere prestato realmente servizio per 5 anni in un Ospedale o in una Clinica universitaria o in un Istituto di cura privato in reparto o servizio pertinente;

c) dimostrazione di adeguata preparazione teorico-pratica.

La Commissione che esprime il giudizio sulla iscrizione sarà costituita: a) dal Medico provinciale che la presiede; b) da un clinico universitario designato dall'Ordine dei medici; c) da un medico in possesso della specialità o della libera docenza nella branca relativa designato dalla Associazione nazionale degli Istituti di cura privati (A.N.C.I.P.).

Il giudizio negativo della Commissione provinciale è impugnabile innanzi alla Commissione centrale da istituirsi presso il Ministero della sanità e che sarà composta: a) da un rappresentante del Ministero della sanità che la presiede; b) da due clinici universitari designati dalla Federazione nazio-

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

nale degli ordini dei medici; c) da due medici in possesso della specialità o della libera docenza nella branca relativa designati dalla Associazione nazionale degli Istituti di cura privati (A.N.C.I.P.).

Il giudizio della Commissione centrale è definitivo.

Art. 6.

(Benestare preventivo)

La autorizzazione per l'apertura e l'esercizio di un Istituto di cura privato deve essere preceduta da un benestare preventivo.

L'interessato prima della costruzione o dell'adattamento dell'edificio deve inoltrare domanda al Medico provinciale con la precisazione della ubicazione e della destinazione generica o specialistica che intende dare all'Istituto e del numero dei letti corredandola del relativo progetto con la pianta planimetrica dei locali e del nulla osta del Sindaco ai fini edilizi.

Il Medico provinciale, sentito il parere del Consiglio provinciale di sanità e comunque anche quello del rappresentante della Associazione nazionale degli Istituti di cura privati (A.N.C.I.P.), procede in merito al benestare preventivo richiestogli: in caso affermativo comunicando anche le eventuali particolari istruzioni di attuazione ed in caso negativo specificando i motivi tecnici che giustificano il diniego.

I lavori di costruzione o di adattamento dovranno essere iniziati entro un anno dalla data del rilascio del benestare preventivo.

Art. 7.

(Rilascio della autorizzazione)

Eseguita la costruzione o l'adattamento l'interessato, riferendosi al benestare preventivo avuto, richiede al Medico provinciale il rilascio della autorizzazione di esercizio dell'Istituto di cura allegando alla domanda il Regolamento sul funzionamento di esso, nonchè la dichiarazione di accettazione della Direzione sanitaria da parte di un medico chirurgo autenticata dal Sindaco.

Il Medico provinciale, dopo i sopralluoghi del caso per accertare se l'Istituto di cura, come costruzione ed attrezzatura, corrisponde nella sua attuazione al progetto di cui ebbe a concedere il benestare preventivo e se esso ha comunque i requisiti stabiliti dalla presente legge e dal relativo Regolamento, rilascerà la autorizzazione di apertura e di esercizio.

La autorizzazione, che si attiene alla attività ed alle necessità inerenti al ricovero, alla degenza, cura ed assistenza degli ammalati, è permanente ed è limitata alla specializzazione ed al numero di letti per cui viene concessa. Essa deve essere rinnovata nel caso di variazione della specializzazione e di ampliamento della ricettività dell'Istituto o di trasformazione dei servizi tecnico-sanitari, nonchè nel caso di cambiamento di proprietario o del titolare.

Art. 8.

(Ricorsi inerenti alla autorizzazione)

Avverso il diniego del benestare preventivo o la negata concessione della autorizzazione l'interessato può ricorrere al Ministro della sanità entro 30 giorno dalla comunicazione ufficiale.

Il Ministro della sanità, consultata la competente sezione del Consiglio superiore di sanità con l'intervento dei rappresentanti della categoria, decide motivando entro 60 giorni successivi, dopo aver sentito anche l'interessato.

È fatta salva in ogni caso la facoltà di adire gli organi giurisdizionali amministrativi di competenza.

Art. 9.

(Incremento della ricettività ospedaliera - Provvidenze creditizie ed esenzioni fiscali)

L'impegno di destinare un Istituto di cura privato con non meno di 60 letti, di nuova costruzione o preesistente e dovutamente ampliato e trasformato, al ricovero per almeno il 75 per cento di assistiti da Enti di assistenza e di assicurazione malattie, in

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

province nelle quali l'indice di ricettività ospedaliera pubblica e privata rispetto a 1.000 abitanti sia inferiore a 6 o comunque dove vi sia, a giudizio del Consiglio provinciale di sanità, carenza di reparti per ricoveri specialistici, darà diritto alle provvidenze creditizie ed alle esenzioni fiscali indicate nei due comma seguenti.

La iniziativa ospedaliera di cui sopra per la costruzione, ampliamento o trasformazione e relativa attrezzatura potrà fruire di mutui a lungo termine e ad un tasso di interesse minimo da parte del Fondo di rotazione per l'esercizio del Credito sanitario da istituirsi presso il Ministero della sanità.

La costruzione andrà esente dalla imposta di consumo e se la iniziativa viene effettuata nelle zone dichiarate depresso dalla legge sarà esente per 5 anni dall'inizio della attività, rilevabile dal Medico provinciale, da ogni tributo diretto sul reddito.

Art. 10.

(Vincolo sanitario)

La concessione dei mutui per la costruzione od ampliamento e di cui all'articolo precedente, comporta il vincolo ospedaliero per l'edificio che pertanto non potrà essere destinato, neppure in caso di trapasso o successione, ad altro e diverso uso senza il preventivo e specifico benestare del Medico provinciale o del Ministero della sanità e che verrà espresso secondo le modalità stabilite nel Regolamento.

Art. 11.

(Ricoveri mutualistici)

Gli Istituti di cura che intendano effettuare il ricovero di assistiti da Enti pubblici o da Enti mutualistici, di assistenza e di assicurazione malattie dovranno iscriversi in un apposito Albo presso l'Ufficio del Medico provinciale. Quelli di cui all'articolo 9 vi sono iscritti di ufficio.

Soltanto nei riguardi degli Istituti che vi sono iscritti potrà essere esercitato il diritto di scelta per il proprio ricovero da parte degli assistiti in forma diretta determinan-

do, ove non sia in atto, il rapporto di convenzione.

La iscrizione nell'Albo comporta per le Case di cura l'obbligo dei ricoveri di urgenza degli assistiti di qualsiasi Ente mutualistico o di assicurazione malattie anche se non convenzionate, ai sensi della legge 26 aprile 1954, n. 251.

Le condizioni di ricovero nei casi di cui ai due comma precedenti saranno stabiliti nel Regolamento.

Art. 12.

(Classificazione)

Gli Istituti di cura iscritti nell'Albo mutualistico e che per l'autorizzazione di esercizio loro rilasciata ai sensi della presente legge dispongono del minimo funzionale di attrezzatura di cui all'articolo 3, si intendono equiparati ad ogni effetto all'Ospedale di III categoria del luogo più vicino a quello in cui sono ubicati.

Essi per questo, ove occorra, e quelli che intendono essere equiparati ad ogni effetto all'Ospedale generale o specialistico del Capoluogo e di categoria superiore, potranno sottoporsi al giudizio della Commissione provinciale ed, in seconda istanza, della Commissione centrale previste nell'articolo 14 e che verrà espresso secondo i criteri di valutazione da stabilirsi nel Regolamento, tenuto conto della migliore e più completa attrezzatura o di quella particolarmente specialistica di cui l'Istituto di cura dispone rispetto al minimo funzionale di cui al citato articolo 3.

Art. 13.

(Rette e compensi)

Le rette di degenza ed i compensi per i ricoveri in corsia comune di assistiti dagli Enti di cui all'articolo 11 saranno dovuti agli Istituti di cura in base a quelli che — ai sensi dell'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631 — siano in atto nell'ospedale cui l'Istituto di cura sia equiparato.

In caso di disaccordo tra l'Istituto di cura e l'Ente mutualistico di assistenza o di assicurazione malattie, sulla misura delle rette e degli altri compensi, questa sarà stabilita, a richiesta di una delle parti, dalla Commissione provinciale ed, in caso di dissenso, da quella centrale di cui all'articolo seguente.

Ogni Istituto di cura sin dall'inizio della propria attività dovrà comunicare al Medico provinciale o direttamente o a mezzo della propria Associazione locale di categoria, le rette praticate nelle varie classi per il ricovero ospedaliero degli infermi paganti in proprio e successivamente le eventuali variazioni.

Art. 14.

(Commissioni provinciali e Commissione centrale)

Le Commissioni di cui ai due articoli precedenti, saranno istituite rispettivamente presso l'Ufficio del Medico provinciale e presso il Ministero della sanità, e composte come segue:

Quella provinciale:

- a) dal Medico provinciale che la presiede;
- b) da un rappresentante della Associazione nazionale degli Istituti di cura privati (A.N.C.I.P.);
- c) da un rappresentante di Ente mutualistico designato dal Prefetto e che dovrà essere dell'I.N.P.S. ove trattasi di Casa di cura sanatoriale;
- d) da un rappresentante dell'Ispettorato del lavoro;
- e) da un medico libero professionista designato dall'Ordine dei medici.

Quella centrale:

- a) da un consigliere di Corte di cassazione che la presiede;
- b) da un rappresentante del Ministero della sanità;
- c) da un rappresentante del Ministero del lavoro;
- d) da un rappresentante degli Istituti di cura privati designato dall'A.N.C.I.P.;

e) da un rappresentante di Ente mutualistico designato di intesa dagli Enti di assistenza e di assicurazione malattie e che deve essere dell'I.N.P.S. ove trattasi di Casa di cura sanatoriale;

f) da un medico chirurgo libero professionista designato dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici;

g) da un mutuo designato di intesa dalle Confederazioni nazionali dei lavoratori.

Le spese relative al giudizio delle Commissioni sono a carico del richiedente.

Art. 15.

(Corsi infermieristici e tirocinio laureati)

Per i corsi infermieristici che gli Istituti di cura privati possono istituire ai sensi dell'articolo 131 del testo unico sulle leggi sanitarie, e per il tirocinio che presso di essi Istituti possono effettuare i laureati in medicina e chirurgia ai fini della pratica obbligatoria per l'abilitazione all'esercizio professionale, gli Istituti debbono possedere particolari requisiti da stabilirsi nel Regolamento. In base a tali requisiti essi potranno ottenere la autorizzazione del Ministero della pubblica istruzione di intesa col Ministero della sanità e sottoporsi al controllo di una apposita Commissione.

Il servizio medico-chirurgico prestato in un Istituto di cura privato costituisce titolo di valutazione per i pubblici concorsi.

Art. 16.

(Sanzioni)

L'apertura e l'esercizio di un Istituto di cura privato senza l'autorizzazione del Medico provinciale sono puniti con l'arresto da uno a sei mesi o con l'ammenda da lire 200 mila a lire 500 mila. Il Medico provinciale dispone la immediata chiusura dell'Istituto di cura il cui esercizio non potrà essere autorizzato prima che siano trascorsi 6 mesi.

Le altre violazioni alle norme contenute nella presente legge e nel Regolamento saranno punite con l'ammenda da lire 50.000

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

a lire 200.000 in caso di non ottemperanza alla specifica e motivata prescrizione del Medico provinciale notificata all'interessato.

Questi nei casi più gravi e di evidente responsabilità, nel procedere alla denuncia, potrà ordinare la chiusura temporanea della Casa di cura per un periodo non superiore ad un mese. Avverso il provvedimento di chiusura è ammesso ricorso al Ministro della sanità che può disporre la sospensione rimandando ogni decisione all'Autorità giudiziaria.

Art. 17.

(Il Regolamento)

Entro sei mesi dalla entrata in vigore della presente legge sarà emanato il Regolamento di esecuzione a cura del Ministero della sanità sentita l'Associazione nazionale di categoria (A.N.C.I.P.).

Per gli Istituti medico-pedagogici sarà analogamente emanato un Regolamento a parte.

Art. 18.

(Norme transitorie)

Gli Istituti di cura privati esistenti e di cui all'articolo 2 dovranno uniformarsi alle

norme della presente legge e del relativo Regolamento entro 3 anni dalla pubblicazione di quest'ultimo a pena di revoca dell'autorizzazione in atto.

Fino a tale termine potranno essere iscritti all'Albo di cui all'articolo 11 tutti gli Istituti di cura privati che abbiano in atto convenzioni e comunque rapporti di ricovero e cura con gli Enti mutualistici e di assicurazione malattie. Essi tuttavia, ai fini del primo comma dell'articolo 13, potranno sottoporsi al giudizio di classificazione previsto nell'articolo 12.

La costituzione delle Commissioni previste dagli articoli 5 e 14 dovrà effettuarsi entro tre mesi dalla pubblicazione del Regolamento.

Art. 19.

Per gli Istituti di cura privati indicati nell'articolo 1 non hanno più efficacia le norme dell'articolo 193 del testo unico sulle leggi sanitarie 27 luglio 1934, n. 1265, e quelle del Regolamento che vi si riferiscono.

Tutte le norme previste nella presente legge saranno inserite in quella relativa all'ordinamento generale ospedaliero quale parte integrante ed organica di essa.