

LEGGE REGIONALE 31 OTTOBRE 1969, N. 10

Enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera^{1 2 3}

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

¹ In B.U. 25 novembre 1969, n. 50.

² Si vedano la legge statale 23 dicembre 1978, n. 833 e la l.r. 30 aprile 1980, n. 6 inerenti la riforma sanitaria.

³ Con riferimento alla numerazione dei commi della presente legge, si segnala che la medesima non è riportata in quanto non pubblicata nel BUR.

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.

Nulla è innovato per quanto concerne il regime giuridico-amministrativo degli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera.

Gli istituti e gli enti di cui al quinto comma, ove posseggano i requisiti prescritti dalla presente legge, possono ottenere, a domanda, che i loro ospedali siano classificati in una delle categorie di cui agli articoli 22 e seguenti anche ai fini dell'applicazione delle disposizioni contenute nel Titolo IV° della presente legge.

Art. 2 (Definizione 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 l'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. La decisione sulla necessità del ricovero spetta al medico di guardia, il quale ne assume la piena responsabilità. Gli accertamenti in ordine all'attribuzione delle spese per l'assistenza sono successivi al ricovero, ferme restando le norme vigenti in materia.

Gli enti stessi possono istituire, anche fuori della sede dell'ospedale, ambulatori, dispensari, consultori, centri per la cura e la prevenzione di malattie sociali e del lavoro, centri per il recupero funzionale, e compiere ricerche e indagini scientifiche e medico-sociali in ordine al conseguimento degli scopi istituzionali.

La facoltà prevista dal comma precedente deve essere esercitata nel quadro delle prescrizioni del piano regionale

ospedaliero ed in applicazione delle norme di cui al terzo comma dell'articolo 28.

Il piano regionale ospedaliero stabilirà il passaggio della gestione degli ambulatori e dei servizi diagnostici e curativi delle Casse mutue provinciali di malattia di Trento e di Bolzano agli enti ospedalieri o alle unità sanitarie locali. I rapporti giuridico-economici dei medici che presteranno servizio presso detti ambulatori saranno regolati da apposite convenzioni da stipulare con le organizzazioni sindacali di categoria; dovrà essere in ogni caso garantita la libera scelta del medico, dell'ospedale o della casa di cura privata.

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.

A norma dell'articolo 3, ultimo comma, della legge dello Stato 12 febbraio 1968, n. 132, gli enti ospedalieri sono equiparati all'amministrazione dello Stato ai fini del trattamento tributario.

Art. 4 (Riconoscimento di enti ospedalieri esistenti)

Gli enti pubblici di cui al primo comma dell'articolo precedente sono dichiarati enti ospedalieri con deliberazione della Giunta regionale.

Nella stessa deliberazione sono indicati la composizione del consiglio di amministrazione, nonché il comprensorio o i comprensori, o loro sottozone, cui spetta l'elezione dei membri del consiglio stesso, secondo quanto dispongono i successivi articoli 9 e 10.

I provvedimenti di cui sopra devono essere emanati entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 5 (Costituzione di enti ospedalieri mediante distacco di ospedali da enti pubblici)

Gli ospedali di cui al secondo comma dell'articolo 3 sono costituiti in enti ospedalieri con deliberazione 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 regione, secondo le esigenze dell'assistenza ospedaliera locale, e secondo le indicazioni del piano regionale ospedaliero.

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, da un medico dipendente dalla Regione o dal Ministero della sanità, da un funzionario regionale, da un ingegnere dell'Ufficio tecnico

della Provincia e da due rappresentanti dell'ente pubblico, da cui dipende l'ospedale, col compito di procedere alla individuazione ed all'inventario dei beni che sono trasferiti all'ente ospedaliero. Alla nomina della Commissione provvede la Giunta regionale.

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 provvedimento della Giunta regionale di cui al primo comma del presente articolo determina il patrimonio del nuovo ente.

Nel termine di due mesi dalla data della deliberazione di cui sopra, la Giunta regionale nomina un commissario per la provvisoria gestione dell'ente, indica la composizione del consiglio di amministrazione nonché il comprensorio o i comprensori, o loro sottozone, cui spetta l'elezione dei membri del consiglio stesso secondo quanto dispongono i successivi articoli 9 e 10, e ne promuove la costituzione, da effettuarsi entro sei mesi dalla data di nomina del commissario.

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

Art. 6 (Costituzione, fusione e concentrazione di enti ospedalieri)

La Regione promuove e attua la istituzione di nuovi enti ospedalieri e la fusione o la concentrazione di 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 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.

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 consiglio dei sanitari oppure il consiglio sanitario centrale.

Art. 9 (Consiglio di amministrazione)

Il consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero, che comprende uno o più ospedali di cui uno regionale, è formato:

- a) da tre membri eletti dai componenti l'organo rappresentativo del comprensorio o dei comprensori, secondo le indicazioni contenute nella deliberazione della Giunta regionale di cui ai precedenti articoli 4 e 5, penultimo comma; alla elezione non partecipano i componenti residenti nel Comune sede dell'ente;
- b) da quattro membri, di cui uno designato dalla minoranza, eletti dal consiglio comunale del Comune in cui ha sede l'ente.

Nella provincia di Trento uno dei membri di cui alla precedente lettera a) designato dalla minoranza.

Il consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero che comprende almeno un ospedale provinciale, è formato secondo le disposizioni dei commi precedenti.

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

- a) da tre membri eletti dai componenti l'organo rappresentativo del comprensorio o da quella parte, di essi che risiedono, in una o più sottozone del
-
-

comprendono stesso, secondo le indicazioni contenute nella deliberazione della Giunta regionale, di cui agli articoli 4 e 5, penultimo comma; alla elezione non partecipano i componenti residenti nel comune sede dell'ente.

- b) da tre membri eletti dal consiglio comunale del comune in cui ha sede l'ente.

Nella provincia di Trento uno dei membri di cui alla precedente lettera a) e alla precedente lettera b) è designato dalla minoranza.

Il consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero, che comprende solamente uno o più ospedali specializzati, di cui almeno uno regionale, è formato:

- da sei membri eletti dal Consiglio regionale, dei quali almeno uno designato dalla minoranza.

Il Consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero, che comprende solamente ospedali specializzati provinciali, è formato:

- da sei membri eletti dal Consiglio, provinciale della provincia, in cui ha sede l'ente ospedaliero, di cui almeno uno, designato dalla minoranza. Nella provincia di Trento alla minoranza spetta la designazione di due membri.

In caso di concentrazione o fusione di più enti ospedalieri generali aventi sede in comuni diversi, i membri di nomina comunale sono in ogni caso portati a sei, di cui due designati dalla minoranza, ed alla loro elezione provvedono i consigli

comunali di ciascun comune già sede di ente, in proporzione al numero dei rispettivi abitanti, secondo le risultanze dell'ultimo censimento ufficiale; conseguentemente alla elezione dei membri di cui ai punti a) dei commi precedenti non partecipano i componenti residenti nei comuni già sede di ente.

In caso di concentrazione o fusione di uno o più enti ospedalieri comprendenti solo ospedali specializzati con un ente ospedaliero comprendente almeno un ospedale generale, del consiglio di amministrazione dell'ente derivante dalla concentrazione o dalla fusione fanno, parte due membri eletti dal Consiglio provinciale o dal Consiglio regionale a seconda della classificazione provinciale o regionale degli ospedali dipendenti dall'ente ospedaliero fuso o concentrato.

Agli effetti dell'articolo 54 della legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 5, la composizione dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri deve essere proporzionata alla consistenza dei gruppi linguistici presenti nel comprensorio, o nei comprensori, o loro sottozone, cui spetta l'elezione dei consigli stessi.

A tale fine si ha riguardo ai dati dell'ultimo censimento ufficiale.

Per la determinazione dei comprensori e delle sottozone si fa riferimento ai piani urbanistici provinciali o, in mancanza, ai programmi di sviluppo economico provinciale.

La composizione dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri che comprendono solamente uno o più ospedali specializzati deve essere proporzionata alla consistenza dei gruppi linguistici esistenti negli organi che provvedono alla elezione.

Art. 10 (Norme speciali per i consigli di amministrazione di enti ospedalieri della provincia di Bolzano)

Il consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero che comprende l'ospedale civile di Bolzano, comunque classificato, è formato:

- a) da tre membri eletti dai componenti l'organo rappresentativo del comprensorio di Bolzano, con esclusione dei componenti residenti nel comune di Bolzano;
- b) da quattro membri, di cui uno designato dalla minoranza, eletti dal consiglio comunale di Bolzano.

A detto consiglio, quando tratta questioni concernenti le divisioni di alta specializzazione di cui al secondo comma del successivo articolo 25, ed i servizi e le attrezzature di cui al terzo comma dello stesso articolo, partecipano con voto deliberativo tre membri eletti dal Consiglio provinciale di Bolzano in modo che il consiglio stesso rispetti la proporzione tra i gruppi linguistici della provincia.

Nel regolamento di esecuzione della presente legge saranno analiticamente determinate le questioni da trattarsi in seno al consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero che comprende l'ospedale civile di Bolzano, integrato a sensi del presente articolo.

I consigli di amministrazione degli enti che comprendono gli ospedali civili di Merano e Bressanone, comunque classificati, sono formati:

- a) da cinque membri eletti dai componenti degli organi rappresentativi dei due comprensori indicati nella
-
-

deliberazione della Giunta regionale di cui ai precedenti articoli 4 e 5, penultimo comma; alla elezione non partecipano i componenti residenti nel comune sede dell'ente;

- b) da tre membri eletti dal consiglio comunale del Comune in cui ha sede l'ente.

Art. 11 (Costituzione e funzionamento dei consigli di amministrazione)

I componenti dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri devono essere scelti tra persone estranee al Consiglio regionale, durano in carica cinque anni e possono essere riconfermati.

Alla costituzione dei consigli stessi provvede per delega della Regione, la Giunta provinciale competente per territorio.

Partecipano alle sedute del consiglio di amministrazione con voto consultivo il sovrintendente sanitario o, in mancanza, il direttore sanitario, nonché il direttore amministrativo, che funge anche da segretario.

Al presidente e ai componenti del consiglio di amministrazione con voto deliberativo è corrisposta una indennità di funzione, determinata con legge della Regione, tenuto conto della classificazione e dell'importanza dell'ente ospedaliero.

Il consiglio di amministrazione dovrà essere convocato almeno una volta ogni semestre.

Art. 12 (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 e le sue variazioni ed approvare il conto consuntivo;
 - f) deliberare la nomina e le assunzioni del personale dell'ente ospedaliero;
 - g) deliberare l'alienazione e l'acquisto di immobili, di titoli del debito pubblico, di titoli di credito, di azioni industriali, l'accettazione di donazioni, eredità e legati, nonché la stipulazione dei contratti;
 - h) deliberare sui ricorsi e sulle azioni giudiziarie, sulle liti attive e passive, nonché sulle relative transazioni;
 - i) deliberare la misura della retta di degenza in conformità al disposto del successivo articolo 30, nonché le tariffe per le prestazioni sanitarie per i pagamenti in proprio;
-
-

- l) deliberare la nomina del tesoriere nonché tutte le convenzioni attinenti all'attività dell'ente ospedaliero;
- m) deliberare tutti i provvedimenti demandati al consiglio di amministrazione dalle leggi, dai regolamenti e dallo statuto; nonché i provvedimenti relativi al rapporto di lavoro per quanto riguarda il trattamento e gli istituti normativi di carattere economico, da stabilirsi previ accordi tra i sindacati e le associazioni rappresentanti gli enti ospedalieri.

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 che riguardano lo statuto, 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 11.

Art. 13 (Nomina e funzioni del presidente)

Il consiglio di amministrazione elegge nel proprio seno il presidente a maggioranza assoluta dei suoi componenti.

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

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

Ogni atto dell'ente ospedaliero deve essere controfirmato dal segretario generale o direttore amministrativo che partecipa alla 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 a mezzo di atto scritto il suo motivato dissenso e possa dimostrare di aver contribuito agli atti medesimi soltanto in seguito ad esplicito invito.

Art. 14 (Il consiglio dei sanitari ed il consiglio sanitario centrale)

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

- 1) dai primari in servizio di ruolo presso l'ente ospedaliero, e, nel caso che esso comprenda istituti clinici universitari di ricovero e cura, dai direttori dei medesimi;



- 2) da aiuti e da assistenti in numero uguale e non superiore complessivamente ai due quinti dei componenti del consiglio, eletti in separate assemblee dagli aiuti e dagli assistenti di ruolo dell'ente ospedaliero, nonché dagli assistenti di ruolo degli istituti clinici universitari, ove esistano. Se il numero complessivo degli aiuti e degli assistenti da eleggere risulta dispari, la differenza è attribuita agli aiuti;
- 3) dal direttore di farmacia in servizio di ruolo presso l'ente ospedaliero, ove esista;
- 4) dal dirigente o capo dei servizi sanitari ausiliari.

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 e dai dirigenti dei servizi sanitari ausiliari di ciascun ospedale.

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

Art. 15 (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 all'organizzazione dei servizi sanitari dell'ente;
- c) sulla valutazione, istituzione, soppressione o modificazione dei reparti e la fissazione delle tariffe per le prestazioni medico-chirurgiche.

Nei casi, di cui al comma precedente, il presidente dell'ente formula la relativa richiesta al direttore sanitario o al sovrintendente sanitario.

Il consiglio dei sanitari o il consiglio sanitario centrale si esprime entro trenta giorni dalla data in cui la richiesta è pervenuta, decorsi inutilmente i quali il consiglio di amministrazione delibera prescindendo dal parere stesso.

Il consiglio dei sanitari o il consiglio sanitario centrale esprime, inoltre, parere su ogni altra questione che gli viene sottoposta da 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.

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

Art. 16 (Collegio dei revisori)

Il collegio dei revisori, cui compete l'esame del conto consuntivo dell'ente ospedaliero ai sensi della legge regionale 1° giugno 1954, n. 11, è composto di tre membri.

Alla loro nomina provvedono gli organi chiamati ad eleggere i membri del consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero, in proporzione al numero dei membri di rispettiva competenza.

Art. 17 (Alta sorveglianza)

La Regione, nel rispetto delle competenze dello Stato e delle Province autonome, esercita l'alta sorveglianza ed il controllo sugli enti ospedalieri eretti nel territorio, ai fini dell'osservanza delle norme della presente legge, e della piena rispondenza delle attività sanitarie svolte dagli enti ospedalieri ai generali interessi della salute pubblica.

A tal fine la Regione può acquisire tutte le informazioni e svolgere le opportune indagini ed ispezioni.

Art. 18 (Vigilanza e tutela)

La vigilanza e la tutela sugli enti ospedalieri sono esercitate dalle Giunte provinciali competenti per territorio a norma delle disposizioni contenute nel Titolo III° della legge regionale 21 ottobre 1963, n. 29.

Sono sottoposte al controllo di merito le deliberazioni dello statuto e quelle previste alle lettere a), b), c), d), e), g) ed i) del precedente articolo 12, quelle relative al rapporto di lavoro di cui alla lettera m) di detto articolo, nonché le

deliberazioni relative a contratti di locazione di durata superiore a nove anni.

Art. 19 (Scioglimento del consiglio di amministrazione)

Il consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero può essere sciolto con provvedimento motivato della Giunta regionale, sentita la Giunta provinciale competente, in caso di dimissioni della maggioranza del consiglio o quando questi violi persistentemente, nonostante diffida, lo statuto, le norme di legge, di regolamento o le prescrizioni del piano ospedaliero regionale, o comunque quando lo stesso si trovi nell'impossibilità di funzionare.

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

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

Art. 20 (Alta vigilanza sugli Istituti ed enti ecclesiastici che esercitano l'assistenza ospedaliera)

La Regione Trentino - Alto Adige 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 22 a 27 in ordine all'osservanza ed all'attuazione delle norme stabilite dagli organi della programmazione.

Restano ferme, per quanto compatibili, le disposizioni concernenti le case di cura private.

TITOLO III°

Requisiti e classificazione degli Ospedali

Art. 21 (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 apprementi 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;
- g) servizi di disinfezione, lavanderia, guardaroba, fardelleria, bagni, cucina, dispensa;
- h) servizio di pronto soccorso con adeguati mezzi di trasporto;
- i) poliambulatori da utilizzarsi anche per la cura post-ospedaliera dei dimessi, per le attività di medicina preventiva e di educazione sanitaria in collegamento con le altre istituzioni sanitarie della zona;

- l) servizio di assistenza religiosa;
- m) sala mortuaria e di autopsia secondo le prescrizioni del regolamento di polizia mortuaria e di quella locale.

In base agli accertamenti sui requisiti previsti dal presente articolo e dai successivi articoli da 22 a 27, la Giunta regionale, sentito l'organo consultivo della Regione in materia sanitaria, classifica l'ospedale, attribuendogli la relativa qualifica.

Art. 22 (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 e alla cura degli infermi in reparti di medicina generale, chirurgia generale e di specialità.

Gli ospedali specializzati provvedono al ricovero ed alla cura degli infermi di malattie che rientrano in una o più specialità ufficialmente riconosciute. Per le specialità non ufficialmente riconosciute, i requisiti in ordine alla qualifica di ospedale specializzato sono determinati con decreto del Ministro per la sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità.

Art. 23 (Ospedali generali di zona)

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

Il piano regionale ospedaliero può prevedere in questi ospedali, in relazione alle esigenze particolari di alcune zone, sezioni di pediatria, di ortopedia-traumatologia e scuole per infermieri generici.

Art. 24 (Ospedali generali provinciali)

Gli ospedali generali provinciali sono dotati di distinte divisioni di medicina generale, chirurgia generale, neurologia, ostetricia e ginecologia, pediatria, ortopedia e traumatologia, salvo che a queste tre ultime specialità non provvedano ospedali specializzati già esistenti nel comprensorio; essi devono inoltre avere distinte divisioni o almeno sezioni di cinque delle seguenti specialità; oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, dermosifilopatia, odontoiatria e stomologia, malattie infettive, geriatria e per ammalati lungodegenti. Gli ospedali generali provinciali devono essere inoltre dotati di distinti servizi di radiologia e fisioterapia; analisi chimico cliniche e microbiologia; anestesia e rianimazione con letti di degenza; anatomia e istologia patologica; farmacia interna.

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

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. 25 (Ospedali generali regionali)

Gli ospedali regionali sono quelli che, per l'organizzazione tecnica, per la dotazione strumentale diagnostica e terapeutica e per le prestazioni che sono in grado di assicurare, operano prevalentemente con caratteristiche di alta specializzazione.

Gli ospedali regionali, oltre a possedere tutte le unità di ricovero e cura e tutti i servizi elencati nel precedente articolo 24 per gli ospedali provinciali con l'eccezione dell'ostetricia e ginecologia e della pediatria, ove alle stesse provvedano ospedali specializzati già esistenti nel comprensorio; dovranno anche disporre di almeno tre divisioni di alta specializzazione medica o chirurgica, quali cardiologia, ematologia, chirurgia cardio-vascolare, 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 e di prelevamento e conservazione di parti di cadavere; attrezzature idonee a collaborare nella

ricerca scientifica ed a contribuire alla preparazione professionale e all'aggiornamento del personale medico.

Art. 26 (Ospedali specializzati provinciali e regionali)

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

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

Art. 27 (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, nonché dell'organizzazione tecnica e della dotazione strumentale e diagnostica posseduta.

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

TITOLO IV°

Programmazione Ospedaliera

Art. 28 (Piano regionale ospedaliero)

La 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 norme della presente legge, ai programmi di sviluppo economico delle Province autonome di Trento e di Bolzano ed al documento regionale di coordinamento dei programmi stessi; essa stabilisce le previsioni degli interventi regionali relativi all'impianto di ospedali, all'acquisto di immobili destinati all'assistenza ospedaliera, alla trasformazione, ammodernamento e 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 del territorio ed igienico-sanitarie della popolazione.

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

Il piano prevede il numero e la dislocazione degli ospedali di zona, provinciali e regionali.

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

Nessun ente pubblico, né alcuno degli enti o Istituti ecclesiastici, che abbiano ottenuto la classificazione di propri ospedali ai sensi dell'ultimo comma dell'articolo 1, potrà istituire nuovi stabilimenti di ricovero e cura che non siano previsti nella legge di cui ai commi precedenti, salvo, per le università, quanto previsto dall'articolo 27, ultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Nella legge regionale devono essere indicati i mezzi finanziari per la costruzione di nuovi ospedali, per l'acquisto di immobili destinati alla assistenza ospedaliera, 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.

Art. 29 (Finanziamento del piano regionale ospedaliero)

Nel bilancio della Regione devono essere stanziati, in relazione ai mezzi finanziari resi disponibili per il settore ospedaliero dalla legge statale di programma ospedaliero e dal piano regionale ospedaliero di cui al precedente articolo 28, le somme necessarie per la costruzione di nuovi ospedali, l'ampliamento, la trasformazione e l'ammodernamento degli ospedali esistenti, nonché per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto, ad integrazione dei mezzi

finanziari dello Stato, previsti dall'articolo 26 della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

TITOLO V°

Disposizioni finanziarie per gli Enti Ospedalieri

Art. 30 (Retta di degenza)

La retta giornaliera di degenza è determinata annualmente con apposita deliberazione del consiglio di amministrazione di ciascun ente ospedaliero, in sede di approvazione del bilancio di previsione.

Essa 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 e il mantenimento degli infermi, quelle necessarie per assolvere i compiti previsti dagli articoli 2, primo e secondo comma, della presente legge, e 47 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, nonché ogni altra spesa che concorra a formare il costo complessivo dell'assistenza ospedaliera.

Nella retta devono essere comprese, altresì, le spese previste a carico dell'ente ospedaliero 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 delegazioni per la stipulazione di mutui destinati al finanziamento delle opere previste all'articolo 34 della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Per i ricoverati in camere speciali il consiglio di amministrazione di ciascun ente ospedaliero determina una retta differenziata, riferita al ricovero e al mantenimento del paziente.

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

Art. 31 (Fondo nazionale ospedaliero)

Gli enti ospedalieri della Regione si avvalgono delle disposizioni finanziarie concernenti il fondo nazionale ospedaliero e le garanzie per l'assunzione di mutui, di cui agli articoli 33 e 34 della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

TITOLO VI°

Ordinamento dei servizi del personale

Art. 32 (Struttura interna degli ospedali)

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

Art. 33 (Struttura interna degli ospedali generali)

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

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

La divisione è composta da due o più sezioni e comprende non meno di cinquanta e non più di cento posti letto.

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

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

Art. 34 (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. 35 (Struttura interna degli ospedali per lungodegenti e convalescenti)

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

Art. 36 (Personale degli enti ospedalieri)

Il personale degli enti ospedalieri è costituito dal personale sanitario, amministrativo, tecnico, di servizio sociale, 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 di servizio sociale è costituito da assistenti sociali.

Il personale sanitario ausiliario è costituito dalle ostetriche, dalle assistenti sanitarie visitatrici, dagli infermieri

professionali, dalle vigilatrici d'infanzia, dai terapisti della riabilitazione, dai dietisti, dagli infermieri generici e dalle puericultrici.

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

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

Possono essere istituiti altri ruoli speciali di personale sanitario e tecnico con compiti rispettivamente direttivi e ausiliari in relazione alle effettive 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.

TITOLO VII°

Case di cura private

Art. 37 (Requisiti da determinarsi con deliberazione della giunta regionale)

Le case di cura private sono sottoposte alla vigilanza della Regione.

La Giunta regionale, sentito l'organo consultivo della Regione in materia sanitaria, stabilisce:

- a) le norme tecniche costruttive, i requisiti, le attrezzature e i servizi di cui devono essere dotate le case di esercizio;
- 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. 38 (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 alla Giunta regionale 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 dell'istituenda casa di cura, in cui deve essere previsto, tra l'altro, un servizio continuativo di guardia medica.

La Giunta regionale, sentito l'organo consultivo della Regione in materia sanitaria, rilascia l'autorizzazione all'esercizio della casa di cura privata in base alle esigenze igienico-sanitarie ed alle altre condizioni previste dalla legge.

I progetti per la costruzione, l'ampliamento e la trasformazione di case di cura private devono essere approvati dalla Giunta regionale, sentito l'organo consultivo di cui al comma precedente.

La Giunta regionale, sentito lo stesso organo consultivo, in caso di inadempienza alle disposizioni della presente legge ed alle condizioni inserite nell'atto di autorizzazione, diffida la casa di cura a provvedere in merito 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, la Giunta regionale, salvo quanto disposto dal precedente comma, può, sentito l'organo consultivo della Regione in materia sanitaria, revocare l'autorizzazione di apertura.

Art. 39 (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 centocinquanta posti-letto, e che risponde personalmente 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 e istituti mutualistici ed assicurativi per il ricovero dei propri iscritti è soggetta all'approvazione della Giunta regionale, la quale provvederà, sentito l'organo consultivo della Regione in materia sanitaria, dopo avere in ogni caso accertato che, nell'interesse pubblico, la casa di cura privata possiede i requisiti igienico-sanitari per assicurare una adeguata assistenza sanitaria e l'idoneità ad assolvere gli impegni della convenzione.

Gli enti pubblici e gli istituti mutualistici ed assicurativi possono stipulare convenzioni per il ricovero dei propri iscritti con le fondazioni e le associazioni di cui al quarto comma dell'articolo 1 non riconosciute come enti pubblici ospedalieri, nonché con istituti ed enti indicati nel quinto comma dell'articolo 1, previo il riconoscimento da parte della Giunta regionale dell'esistenza dei requisiti richiesti dal precedente comma.

Art. 40 (Delegazione alle province)

L'esercizio delle funzioni di cui agli articoli 37, secondo comma, 38 e 39 della presente legge è delegato alle Giunte

provinciali di Trento e Bolzano, le quali possono disporre accertamenti sull'osservanza delle disposizioni previste dal presente titolo, anche avvalendosi del medico regionale. Nell'esercizio delle funzioni delegate le Giunte provinciali devono attenersi alle direttive generali impartite dalla Giunta regionale.

Copia dei provvedimenti deliberati deve essere inoltrata, per conoscenza, alla Giunta regionale la quale, ove ritenga un provvedimento non conforme alla presente legge o alle direttive impartite, trasmette entro dieci giorni le sue osservazioni alla Giunta provinciale competente e all'organo di controllo di legittimità.

La Giunta regionale può sempre sostituire agli organi provinciali in caso di violazione della presente legge, delle direttive regionali o di persistente inerzia.

TITOLO VIII°

Disposizioni finali e transitorie

Art. 41 (Amministrazione dell'ente ospedaliero)

Fino a quando non saranno costituiti gli organi rappresentativi dei comprensori di cui all'articolo 9 della presente legge, alle elezioni di loro competenza provvede il Consiglio provinciale, salvo che per l'ente ospedaliero comprendente l'ospedale di Fiemme, per il quale a detta elezione provvedono il consesso della Magnifica comunità di

Fiemme nel limite di due membri e per il terzo membro l'assemblea dei sindaci dei Comuni del comprensorio non facenti parte della Magnifica comunità di Fiemme.

Per tutto 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 nella legge regionale 21 ottobre 1963, n. 29, in quanto compatibili con le norme contenute nella presente legge.

Art. 42 (Trasferimento del personale dipendente dagli enti pubblici al nuovo ente ospedaliero)

Il personale degli enti di cui al secondo comma dell'articolo 3 della presente legge, addetto esclusivamente o prevalentemente all'attività propria dell'ospedale, 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 provvedimento della Giunta regionale, d'intesa con le amministrazioni interessate.

Art. 43 (Rapporti tra gli enti ospedalieri ed i medici convenzionati per il servizio nei poliambulatori delle casse mutue)

All'atto del passaggio dei poliambulatori delle Casse mutue provinciali di malattia agli enti previsti dall'ultimo comma dell'articolo 2, questi ultimi assumeranno le

convenzioni vigenti tra le Casse mutue provinciali di malattia ed i medici che prestano la loro opera nei poliambulatori.

Art. 44 (Trasformazione degli Istituti pubblici di ricovero e cura)

Gli enti ospedalieri riconosciuti e costituiti ai sensi della presente legge alle cui dipendenze siano istituti di ricovero e cura e infermerie che non Posseggano i requisiti pel essere classificati tra gli ospedali previsti dal Titolo III°, possono ottenere, a domanda, e sempre che il piano regionale ospedaliero ne ravvisi l'opportunità e la possibilità dal punto di vista tecnico-sanitario, logistico e territoriale, l'autorizzazione della Giunta regionale a trasformarli entro otto anni in uno dei tipi di ospedale previsti dalla presente legge.

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

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

Art. 45 (Classificazione degli ospedali regionali e provinciali)

La qualifica di ospedale provinciale o regionale è attribuita anche se l'istituto è sprovvisto della divisione neurologica di cui all'articolo 24, primo comma, o della divisione neurochirurgica di cui all'articolo 25, secondo comma. In tal caso gli enti dovranno provvedere all'istituzione delle stesse entro due anni dalla data di classificazione.

Art. 46 (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 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. 47 (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. 48 (Atti compiuti ai sensi della Legge 12 febbraio 1968, N. 132)

Con l'entrata in vigore della presente legge, le documentazioni e le risultanze acquisite dagli organi o commissioni istituite a sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, vengono recepite dai corrispondenti organi previsti dalla legge regionale.

NORMA TRANSITORIA

Art. 49 (Rinvio ai programmi di sviluppo economico delle province di Trento e di Bolzano)

Fino a quando non sarà emanata la legge di approvazione del piano ospedaliero previsto dall'articolo 28 della presente legge, gli interventi per la costruzione, l'ampliamento e la trasformazione di ospedali avranno luogo secondo le indicazioni contenute nei programmi di sviluppo economico delle Province autonome di Trento e di Bolzano.

Art. 50 (Rinvio alle norme dello Stato)

Per quanto non disciplinato nella presente legge si applicano, in quanto compatibili, le norme della legge 12 febbraio 1968, n. 132, nonché quelle dei decreti del Presidente della Repubblica n. 128 e n. 129 del 27 marzo 1969.
