



NINO PAPPALARDO

Consigliere di Stato

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

ESTRATTO DALLA:

" RIVISTA DELLA ASSISTENZA "

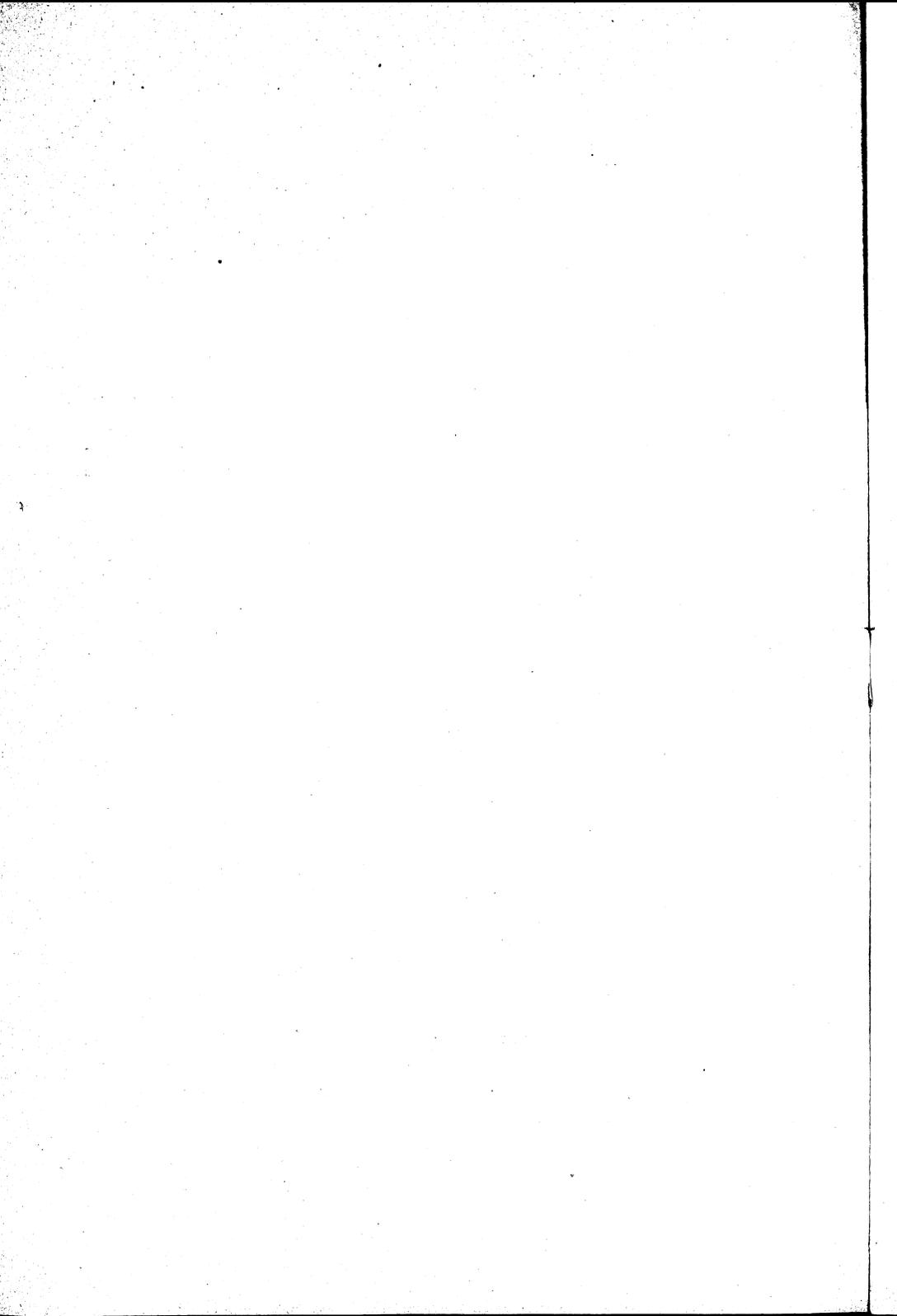
ORGANO DELL'UNIONE ITALIANA DI ASSISTENZA ALL'INFANZIA

(N. 1 e 2 - Gennaio-Febbraio 1939-XVII)

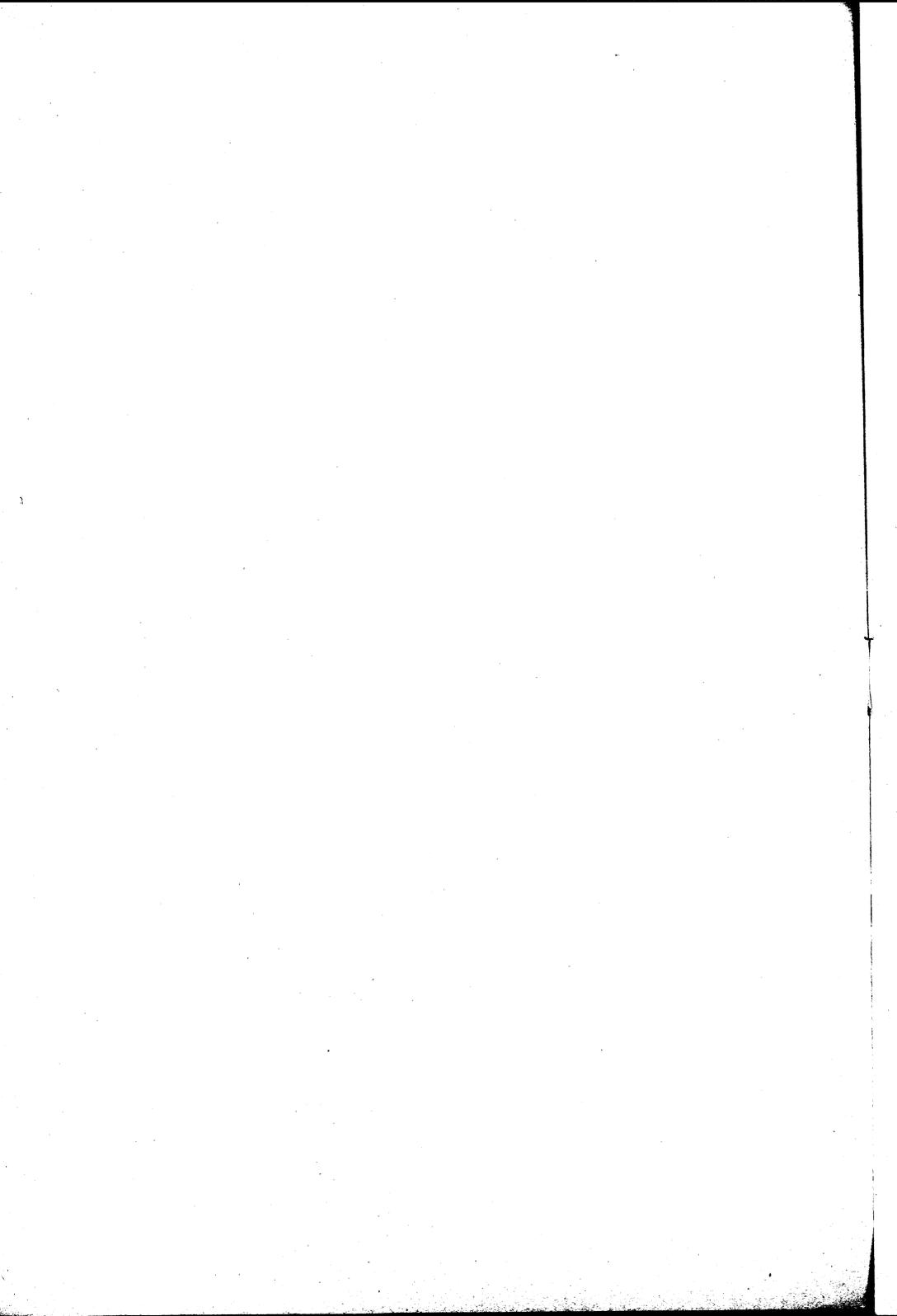


ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17

1939-XVII







NINO PAPPALARDO

Consigliere di Stato

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

ESTRATTO DALLA:

“ RIVISTA DELLA ASSISTENZA ”

ORGANO DELL'UNIONE ITALIANA DI ASSISTENZA ALL'INFANZIA

(N. 1 e 2 - Gennaio-Febbraio 1939-XVII)



ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17

1939-XVII



SOMMARIO

1. PROGRAMMA - 2. L'ART. 192 DEL TESTO UNICO DELLE LEGGI SANITARIE - 3. INTERFERENZE TRA IL «REGOLAMENTO GENERALE OSPEDALIERO» E LE ALTRE FONTI DI DIRITTO - 4. INTERFERENZE TRA LE AMMINISTRAZIONI OSPEDALIERE, LE AUTORITÀ DI CONTROLLO SULLE ISTITUZIONI OSPEDALIERE E LE AUTORITÀ SANITARIE - 5. INTERFERENZE TRA GLI AMMINISTRATORI DEGLI OSPEDALI ED I SANITARI.

1. Nella *Gazzetta Ufficiale* del 25 ottobre 1938-XVI è stato pubblicato il R. D. 30 settembre 1938, n. 1631, recante le *norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali*.

Queste Norme sono molto interessanti sotto vari aspetti: chi le guardi dal punto di vista degli amministratori degli enti pubblici, dai quali gli ospedali dipendono, sarà tratto ad occuparsi (e, forse, anche a preoccuparsi) delle ripercussioni che esse avranno sui bilanci degli istituti e sui rapporti tra le Amministrazioni ed i sanitari; chi le studi con gli occhiali del sanitario tenderà a trovare pregi o difetti sul terreno della tecnica ospedaliera o nel campo degli interessi del personale medico e di assistenza; chi le esamini alla luce delle esigenze della assistenza sociale potrà rendersi conto della maggiore o minore bontà ed efficacia del nuovo ordinamento.

Nessuno dei problemi che potranno nascere da queste o da altre indagini è estraneo ai compiti di questa Rivista, la quale — ben può dirsi — non ha lasciato passare uno solo dei suoi fascicoli senza almeno un articolo

sui problemi ospedalieri (1). Mi auguro che la Rivista stessa sia la sede — sede naturale e competente — di un completo e minuto esame di queste nuove norme, da tutti i lati. Intanto, mi è gradito ringraziare la Direzione di avermi voluto dar l'onore di iniziare la serie.

Dell'argomento io mi occuperò dal punto

(1) Sarebbe superfluo un elenco di tali scritti. Mi limiterò a ricordare quello che, dal punto di vista giuridico, parmi il più importante: *La Torre, Primi lineamenti di diritto ospedaliero*, pubblicato nel n. 5 del 1937-XV, nel quale l'illustre camerata ed amico traccia i punti fondamentali della disciplina giuridica degli ospedali. Nel campo giuridico, la letteratura sugli ospedali è tutt'altro che abbondante: le istituzioni ospedaliere e l'assistenza ospedaliera hanno formato oggetto di studio da parte degli autori che si sono occupati della pubblica assistenza e beneficenza (basterà rinviare ai noti lavori del *Brondi, D'Amelio, Lentini*, ecc.). Per trattazioni più specifiche al nostro argomento, cfr.: *Ministero dell'Interno, Relazione sul domicilio di soccorso, spedalità*, ecc., Roma, 1914; *CERESETO, Le leggi sulla pubblica assistenza*, Torino 1903, pag. 50-289; *TOMMASI-CRUDELI, Disposizioni legislative in materia ospedaliera*, Roma, 1935; *DE SIMONE A.*, in «*Riv. Amm.*» 1935, 269, 349, 437; *MALFERRARI, La legislazione ospedaliera*, Bari 1937; per notizie relative all'assistenza, anche ospedaliera, dei lavoratori, cfr. gli *aurei Elementi di legislazione sociale del lavoro* del *BORST*, 2^a ed., Bologna, 1938, pag. 235 e segg. 310 e segg. Ai nostri fini, non interessa ricordare la letteratura e la ricca giurisprudenza sulle *spese di spedalità*: il nuovo regolamento generale ospedaliero non ha toccato, se non incidentalmente (art. 81-84), questa materia. Acute e pregevoli osservazioni di carattere tecnico e amministrativo — ma che hanno rispondenza anche nel campo giuridico — trovansi in: *COTTA, Sulla assistenza ospedaliera in Italia*, Roma 1934; *CRAMAROSSA, La distribuzione organica razionale e regionale dei servizi ospedalieri*, in *Difesa Sociale*, a. XV, n. 7.

di vista strettamente giuridico. E me ne occuperò sotto l'aspetto generale. L'interpretazione delle singole norme e la soluzione di quesiti specifici involgono parecchi problemi particolari, che non intendo qui toccare. Altri problemi sorgeranno mano a mano che l'applicazione delle norme stesse procederà sul terreno pratico. E prevedo che le questioni saranno numerose, come avviene tutte le volte che un nuovo sistema di norme viene a toccare molti interessi personali.

Il programma di queste mie rapide Note non è quello di fare un commento, sia pur breve, del *regolamento generale ospedaliero* (1) e non è neppure quello di esporne il contenuto. Io intendo segnalare e porre in rilievo, dal punto di vista sistematico, qualcuna delle linee più caratteristiche e più importanti — sotto l'aspetto giuridico — della nuova disciplina ospedaliera.

2. Il regolamento ospedaliero rappresenta una novità quasi assoluta. Dico *quasi*, perchè non mancano, e non potevano mancare, in Italia precedenti disposizioni regolatrici dell'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali. Ma trattasi di norme frammentarie. Le uniche disposizioni organiche sono quelle — ancora vigenti (2) — sui manicomi pubblici e privati, contenute nella legge 14 febbraio 1904, n. 36, e nel regolamento approvato con R.D. 16 agosto 1909, n. 615.

Disposizioni sugli ospedali sono sparse in varie leggi e regolamenti (3). Ma è significativo che nel precedente testo unico delle leggi sanitarie, approvato con R. D. 1º agosto

1907, n. 636, non si trovino che cenni soltanto occasionali dei luoghi di cura e del relativo personale sanitario (1). Le due disposizioni più notevoli in questa materia sono contenute nel regolamento generale sanitario, approvato con R. D. 3 febbraio 1901, n. 45: l'art. 84, che demanda al Prefetto l'approvazione della scelta dell'ubicazione e dei progetti degli istituti di cura (2), e l'art. 87, secondo cui tutti gli stabilimenti sanitari devono avere un regolamento proprio sul servizio igienico e sanitario, approvato dal Prefetto.

La verità è che, per ragioni storiche, gli ospedali in Italia son rimasti *agganciati* all'ordinamento della pubblica beneficenza (3). Più recentemente, un'attività in questo campo è stata intrapresa da enti assistenziali e previdenziali.

L'assistenza ospedaliera è stata più considerata sotto l'aspetto della beneficenza o dell'assistenza sociale e della previdenza, che sotto quello della sanità. Ora, mentre la legge sulle istituzioni di assistenza e beneficenza dava delle direttive unitarie in materia di ordinamento amministrativo, l'ordinamento *sanitario* era lasciato ai singoli regolamenti. Gli stessi nuovi enti assistenziali, assicurativi, mutualistici, ecc., hanno finito necessariamente col disciplinare in senso particolaristico la loro attività sanitaria.

Col testo unico delle leggi sanitarie, approvato con R. D. 27 luglio 1934, n. 1265, si è cercato di predisporre una disciplina unitaria degli ospedali dal punto di vista sanitario. L'art. 192 di detto testo unico, dopo aver dichiarato, nel primo comma, che « spetta all'autorità sanitaria centrale e alla autorità sanitaria provinciale di vigilare sull'organizzazione e sul funzionamento sanitario degli ospedali dipendenti da provincie, comuni ed altri enti », dispone, nel

(1) Userò questa espressione « regolamento generale ospedaliero », per indicare, con termini abbreviati, le norme in esame.

(2) L'art. 1º, 3º comma, del regolamento ospedaliero dichiara che gli istituti di cura per malattie mentali sono regolati da speciali disposizioni.

(3) A parte la legislazione speciale su certi ospedali (per es.: *Istituto di Santo Spirito e Ospedali Riuniti di Roma*, su cui cfr. la pregevole monografia del consigliere di Stato SAVININCCI: *Le spedalità romane*, Roma, 1936-XIV), norme sugli istituti di cura sono contenute nelle leggi e nei regolamenti sulla protezione della maternità e dell'infanzia, sull'istruzione superiore, sulla Croce Rossa Italiana, sulle assicurazioni sociali, sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza. Le principali disposizioni sono contenute in questa ultima legge.

(1) Per es.: artt. 5, 17, 137, 139, 145, 146, 156, ecc.

(2) Il testo dell'art. 84 è stato modificato con l'art. 3 del R. D. 6 dicembre 1928, n. 3112.

(3) Questa è una proposizione universalmente nota e riconosciuta. Se ne trova cenno anche in un documento ufficiale: la Relazione Governativa al R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889 (in *Man. Amm.*, 1924, pag. 105).

secondo comma, che «l'ordinamento dei servizi sanitari e quello del personale sanitario negli ospedali predetti sono disciplinati dalle rispettive Amministrazioni, secondo le norme generali emanate con decreto reale, su proposta del Ministro per l'interno, sentiti il Consiglio superiore di Sanità e il Consiglio di Stato».

Giova soffermarsi su questo art. 192, che è, mi si conceda di dire, la *matrice* del regolamento ospedaliero. Il primo comma è una particolare applicazione dell'art. 1 del testo unico predetto. In quanto gli ospedali esercitano un'attività sanitaria, non può contestarsi all'autorità sanitaria un potere di vigilanza. Del resto, non credo che prima del 1934 tale potere sia stato mai negato. In sostanza, dunque, il primo comma dell'art. 192 non ha posto un principio nuovo.

Si sarebbe tentati di dubitare della costituzionalità del secondo comma della disposizione in esame. Ma il dubbio sarebbe infondato. Con legge 6 giugno 1933, n. 947, il Governo fu autorizzato a formare il testo unico, *con facoltà di modificare e integrare*. Più che un testo unico, in senso tecnico, il Governo doveva emanare una vera e propria *legge delegata* (1). Unico limite, in questa delegazione, era che il Governo poteva legiferare soltanto *in materia sanitaria*. Ora, pare a me (e così parve a tutti gli organi che esaminarono lo schema del testo unico) che il secondo comma dell'art. 192 non esca fuori del campo sanitario, anche se abbia innovato — com'era inevitabile — in materie che, pur essendo attinenti alla sanità pubblica, erano regolate da leggi diverse (specialmente quelle sull'assistenza e beneficenza).

Occorre notare che due potevano essere le vie per giungere ad una disciplina unitaria dei *pubblici ospedali* (2), sotto l'aspetto

sanitario: o accentrare alla dipendenza dell'Autorità sanitaria tutte le istituzioni ospedaliere, dando alle Amministrazioni ospedaliere un ordinamento proprio; o lasciare immutato l'ordinamento amministrativo degli ospedali, ma imponendo di adeguare l'ordinamento sanitario a certe norme generali.

di ospedale *aperti al pubblico*) sono, a mio avviso, i luoghi di cura *dependenti da enti pubblici*.

La legge sanitaria del 1934 ha distinto nettamente (cfr. il mio *Commento*, cit., pag. 280 e segg.) gli ospedali pubblici dalle private case di cura: ai primi si riferisce l'art. 192, alle altre l'art. 193. Il regime è completamente diverso. Gli ospedali pubblici sono gestiti e disciplinati dalle rispettive Amministrazioni, con propri regolamenti, armonizzati alle norme generali. Le case di cura private sono sottoposte al regime della *autorizzazione*. Nel concedere l'autorizzazione e nell'approvare i regolamenti (come abbiamo detto, anche le case di cura private debbono avere un proprio regolamento) l'autorità sanitaria potrà prendere norma dal regolamento generale degli ospedali pubblici, ma ognuno capisce che, con tutto ciò, il regolamento generale non è da considerarsi una fonte di diritto valevole per le case di cura private.

Debo aggiungere che *qualunque ente pubblico*, anche se abbia ospedali non aperti al pubblico, deve sottostare alla vigilanza dell'autorità sanitaria e al regolamento generale ospedaliero. L'art. 1 di tale regolamento dice espressamente, nel secondo comma, che «sotto la denominazione di ente ospedaliero o di amministrazione ospedaliera s'intendono compresi, agli effetti delle presenti norme, tutti gli enti pubblici e tutte le Amministrazioni (pubbliche) da cui dipendono ospedali, *qualunque sia l'ordinamento di detti enti e qualunque sia l'ambito territoriale nel quale essi operano*». Che il regolamento generale non si riferisca ai soli ospedali dipendenti da Comuni, Provincie, Opere pie, ma a tutte le Amministrazioni statali, anche con ordinamento autonomo, che possiedono ospedali, ed a tutti gli enti pubblici (per es.: Opere Nazionali; Istituto Naz. Fascista della previdenza sociale; Istituto Naz. Fascista per l'Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro; altri enti pubblici assistenziali, mutualistici o assicurativi, ecc.) risulta, oltre che dalla riportata norma dell'art. 1, da molte altre disposizioni del regolamento stesso (per es.: art. 2, ult. comma; 10, 3° comma; 21; 42, ult. comma; 91, 94; 95). E queste disposizioni sono pienamente legittime, essendo fondate sull'art. 192 del testo unico, della cui «costituzionalità» abbiamo parlato.

L'art. 1 del regolamento esclude dalla applicazione del regolamento stesso i manicomi (terzo comma, già cit.) e gli istituti a carattere scientifico (ultimo comma). Credo che, nonostante l'art. 1 del testo unico sanitario contempli anche la *sanità militare*, siano esenti dall'applicazione del regolamento gli istituti di cura militari, facendo essi parte integrante della organizzazione delle forze armate. E ritengo anche che la parte del regolamento, che si riferisce al personale, non si possa applicare al personale sanitario ospedaliero *militarizzato* (per esempio, al personale militarizzato della Croce Rossa Italiana).

(1) Cfr. CARAPELLE e JANNITTI, *Nuovo testo unico delle leggi sanitarie*, Roma 1934, pag. 4; PAPPALARDO, *Commento al testo unico delle leggi sanitarie*, Torino, U.T.E.T., 1935, pag. 22-23.

(2) Postulo come chiara e definita la nozione di *ospedale pubblico* (rinvio alle esatte osservazioni del LA TORRE, *op. cit.*, pag. 416-417). Ospedali pubblici (da non confondersi con l'altra nozione che, sotto certi aspetti, è o può essere diversa,

La prima soluzione sarebbe stata più radicale (1); ma — a parte la sua assai dubbia costituzionalità, se fosse stata adottata con i poteri che il Governo traeva dalla legge n. 947 del 1933 — la riforma, nel 1934, non era matura. Fu battuta la seconda via. Nulla si è innovato per quanto concerne la natura giuridica delle istituzioni ospedaliere e l'ordinamento amministrativo di esse; immutate restano le norme relative alla vigilanza e alla tutela sulle istituzioni ospedaliere nonchè alla competenza degli organi ai quali vigilanza e tutela sono demandate; alle istituzioni predette, che avevano la potestà di dare a sè stesse i propri ordinamenti, tale potestà non è stata sottratta, come non è stata modificata la competenza degli organi che erano chiamati a sanzionare, sotto qualunque forma, gli ordinamenti stessi. L'art. 192 ha aggiunto qualche cosa. Gli amministratori degli ospedali restano i *padroni di casa*; ma non hanno più l'autonomia di prima. Sono stati posti, ora, dei limiti, tracciati in un regolamento dello Stato. Ma questo regolamento non avrà applicazione *immediata e diretta* (2). Esso servirà come guida obbligatoria a tutte le Amministrazioni ospedaliere nella formazione dei propri regolamenti. Codeste *norme generali* possono ben dirsi *norme di secondo grado* o *mediate*, ossia norme che non sono poste per essere direttamente attuate, ma per costituire una *falsa riga* nella formazione di altre norme, che vorrei chiamare di *primo grado*. Si noti, però, che il regolamento non contiene soltanto delle norme *direttive*. Esso non è nemmeno uno di quei *modelli*, che di solito i ministeri adottano, per dare agli enti locali una guida nella formulazione dei regolamenti. In fondo, l'imperatività di questi *modelli* c'è per quelle norme di essi che sono ricalcate sulle disposizioni delle leggi e dei regolamenti, sulle quali — e non sul modello — è basata l'imperatività stessa. Per le altre norme il *modello* resta soltanto un — certo, autorevole — consiglio che gli

enti possono accogliere o no nella formazione del loro regolamento. Le norme generali ospedaliere hanno carattere diverso. Ci sono anche, come vedremo, delle norme semplicemente *direttive*; ma, in massima parte, trattasi di disposizioni *cogenti*, la cui inosservanza importa l'illegittimità delle disposizioni dei regolamenti particolari (1).

Per mettere in luce, dal punto di vista giuridico, il significato e gli effetti del regolamento generale ospedaliere, credo che giovi analizzare questi tre punti fondamentali: a) interferenze tra il regolamento predetto e le altre fonti di diritto; b) interferenze tra la competenza della Amministrazione della Sanità Pubblica, da un lato, e, dall'altro, la competenza delle Amministrazioni ospedaliere e degli organi alla cui vigilanza o tutela le Amministrazioni ospedaliere sono sottoposte; c) interferenze tra le attribuzioni degli amministratori degli ospedali e quelle dei sanitari.

Il lettore, se ha dato una scorsa a quanto abbiamo già detto, conosce già i criteri fondamentali che servono a regolare code-
ste interferenze.

(1) Sarebbe in errore chi credesse che il regolamento generale abbia disciplinato tutta la materia ospedaliere. Ne è rimasta, naturalmente, fuori la parte amministrativa, salvo qualche norma particolare (art. 81-84) cui abbiamo già fatto cenno, relativa alle rette di degenza, delle quali il regolamento si è occupato per i loro riflessi di carattere assistenziale (sanitario) e per gli interessi del personale sanitario. Poche, ma essenziali, sono le norme relative all'organizzazione (art. 2-13) e al funzionamento interno (art. 79-85) dei luoghi di cura. Ma anche nella parte relativa al personale sanitario e di assistenza, che pure è quella più sviluppata ed alla quale è dedicata un'alta percentuale dei 101 articoli del regolamento, non tutto è disciplinato. Per esempio, del trattamento economico del personale il regolamento non fa cenno, salvo che in qualche norma relativa alle cosiddette *percentuali* (art. 81-84, cit.) o al divieto di assunzione di personale non retribuito (art. 17). Qualche altra norma, in materia, non è cogente (per. es., articolo 27, 2° comma). Ma neanche dello stato giuridico il regolamento si occupa compiutamente. Per esempio, non c'è menzione della materia disciplinare. Quello di cui principalmente il regolamento si è dato carico è il modo di assunzione (concorsi) ed i limiti di età.

Ora, nei vasti campi che, opportunamente, sono rimasti fuori del regolamento, le Amministrazioni ospedaliere restano libere di adottare le disposizioni che ritengono più adeguate, salva l'omologazione dell'autorità sanitaria (articoli 17, 23 e 94).

(1) E questa credo che sarà, e dovrà essere, la soluzione dell'avvenire.

(2) Cfr., sull'art. 192, il mio *Commento*, cit., pag. 280 e seg.

3. Il regolamento ospedaliero sta in un piano superiore di fronte ai regolamenti delle singole istituzioni. I regolamenti particolari devono essere uniformati al regolamento generale. Questa conformità si otterrà per due vie: *preventiva e repressiva*.

Le autorità chiamate a *deliberare* il regolamento e quelle che dovranno, sotto qualunque forma, *approvarlo*, non potranno esimersi dall'adeguare il regolamento particolare a quello generale. Ma il regolamento ospedaliero ha aggiunto ai precedenti controlli uno nuovo: l'*omologazione* del Ministro per l'interno o del Prefetto — si noti: quali *autorità sanitarie* — secondo che trattisi di enti sottoposti alla vigilanza o alla tutela dell'autorità centrale o locale (art. 94 del regolam. osp.). Codesta *omologazione* importa un controllo di legittimità o di merito? Ecco uno dei tanti problemi particolari, che non intendo risolvere.

Certa è una cosa, che — qualunque sia l'ampiezza dei poteri spettanti all'Autorità sanitaria provinciale e centrale nell'impartire la *omologazione* ai regolamenti interni degli ospedali e a quelli relativi al personale sanitario e di assistenza — questo controllo ha carattere ordinario ed è tale che, senza di esso, il regolamento non può legittimamente entrare in vigore.

Se, nonostante questi controlli, il regolamento particolare fosse difforme da quello generale, il regolamento particolare sarebbe annullabile d'ufficio? Non esito a rispondere affermativamente, in linea di massima. Però, giova precisare. Il regolamento generale ha, come ho accennato, delle norme *rigide* ed ha delle norme *elastiche*. Rigide sono, per esempio, tutte le norme relative all'assunzione del personale e al suo collocamento a riposo per limiti di età. Elastiche sono, per esempio, alcune disposizioni contenute negli articoli 10, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 32, 79, ecc. In queste, ed in altre disposizioni, il regolamento generale fa affermazioni di principio (pone, cioè, delle norme semplicemente *direttive*) o si rimette ai singoli regolamenti.

Quando un regolamento particolare contrasti con le norme rigide del regolamento

generale, si può far luogo ad annullamento d'ufficio (1).

Più delicata è l'indagine in ordine alle eventuali interferenze tra il regolamento generale ospedaliero e le leggi o tra il regolamento predetto e altri regolamenti *statali*.

Anzitutto, bisognerà vedere di volta in volta se effettivamente ci siano delle antinomie. Spesso le norme contenute in altre leggi o regolamenti non sono in contrasto con il regolamento ospedaliero, e allora la

(1) Tre punti particolari meriterebbero uno sviluppo, che l'indole di questo mio Saggio non consente. Ne faccio cenno qui, in nota, senza esporre le ragioni delle soluzioni che credo adottabili. Anzitutto, ci si può chiedere: se c'è antinomia tra il regolamento generale ospedaliero e uno *statalo*, approvato con decreto Reale o ministeriale, come si elimina l'antinomia stessa? Questi atti del Governo o dell'autorità centrale non sono suscettibili di annullamento d'ufficio, nè per essi credo applicabile l'ultimo comma dell'art. 95 del regol. osped., che attribuisce al Prefetto o al Ministro il potere di sostituirsi alle Amministrazioni ospedaliere per uniformare i loro regolamenti alle norme generali. Se il Governo non provvederà a modificare tali statuti, sorgerà il problema di stabilire se debbasi dar prevalenza alle norme cogenti del regolamento generale ospedaliero o a quelle, difformi, degli statuti. Mi pare che si debba adottare il criterio di dar prevalenza alle norme del regolamento.

Ecco il secondo quesito: se, non ostante l'*omologazione*, un regolamento particolare contenesse qualche norma contraria al regolamento generale, e in base a questa norma si fossero emanati dei provvedimenti, si potrebbero annullare d'ufficio questi provvedimenti, senza procedere prima, o almeno contemporaneamente, all'annullamento della norma predetta? Credo che i provvedimenti singoli si possano annullare, anche se si lascino in piedi le disposizioni illegittime del regolamento. Ma nella prassi si porranno nel nulla gli uni e le altre.

Un terzo quesito (il quale più che all'annullamento di ufficio si riferisce all'entrata in vigore del regolamento generale) è questo: L'art. 95 del testo in esame prevede che i regolamenti particolari dovranno essere *uniformati* nel termine di un triennio dal provvedimento di *classificazione* del luogo di cura, che dovrà essere emanato entro un anno dalla pubblicazione delle norme generali. In sostanza, i regolamenti nuovi si potranno avere fra poco meno di quattro anni. Or si domanda: che cosa avverrà in questi quattro anni? Le norme cogenti del regolamento (per quelle direttive o elastiche il problema mi sembra non sorga) si applicheranno senz'altro, subito? Si faranno, quindi, i concorsi col nuovo regolamento; si procederà ai collocamenti a riposo per limiti di età, ecc.? La natura del regolamento generale ed il tenore di alcune norme contenute nel Tit. VI di esso mi fanno pensare che il nuovo regime ospedaliero entrerà in vigore mano mano che avremo attuazione i provvedimenti indicati nell'art. 95 del regolamento stesso.

questione non sorge. Facciamo qualche esempio. L'art. 31 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, nel testo modificato con R. D. 30 dicembre 1923, n. 2841, imponeva il pubblico concorso per la nomina dei primari specialisti e dei primari degli ospedali più importanti. Mi pare evidente che il regolamento generale ospedaliero ha assorbito questa norma; ma non vi si è posto in contrasto. Così pure mi sembra che non sussista alcuna antinomia tra l'art. 78-c della stessa legge del 1890 e gli artt. 81-84 delle norme generali ospedaliere. Il regolamento 15 aprile 1926, n. 718, sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia, contiene alcune disposizioni sugli ospedali. Ora, in seguito ad un sommario confronto, mi pare che queste disposizioni coesistano perfettamente con quelle del regolamento generale ospedaliero.

Ma ci sono molte norme del nuovo regolamento che: a) diminuiscono i poteri che in base alle leggi precedenti spettavano alle Amministrazioni ospedaliere; b) derogano alle leggi sullo stato giuridico ed economico del personale sanitario e di assistenza degli ospedali; c) regolano diversamente l'organizzazione o il funzionamento dei luoghi di cura.

Al primo gruppo appartengono le norme (es.: artt. 2, ult. comma, 3, 2° comma, 8, 9, 10, 36, 43, 44, ecc., 82, 93, 94, 95) che, attribuendo alle autorità sanitarie poteri *esclusivi* o *concorrenti* con quelli degli amministratori, hanno limitato i poteri di questi ultimi.

In ordine al secondo gruppo, rilevo, per fare un solo esempio, che l'articolo 18 del regolamento ospedaliero ammette la stabilità di certo personale sanitario, da acquistarsi non automaticamente, ma in seguito a positiva manifestazione di volontà della Amministrazione. Per i sanitari ospedaliere che dipendono da comuni o da provincie, questa norma dell'art. 18 è difforme da quella dell'art. 224 della legge comunale.

Al terzo gruppo appartengono le norme del Tit. I, alcune del Tit. II e quelle del Titolo III del regolamento. Anche per questo gruppo mi limiterò a ricordare un solo caso

di possibile antinomia. L'art. 33 del R. D. (legislativo) 17 agosto 1935, n. 1765, sull'assicurazione degli infortuni sul lavoro, stabilisce, nel primo comma, che se il ricovero dell'infortunato, per disposizione dell'Istituto assicuratore, sia fatto in ospedali civili, «per la spesa di degenza sarà applicata la tariffa minima che i singoli ospedali praticano per la degenza a carico dei Comuni». Si domanda: C'è contrasto fra questa norma e quella dell'art. 82 del regolamento ospedaliero, secondo il quale «per i ricoverati in corsia comune, a carico di enti mutualistici e assicurativi, l'Amministrazione (ospedaliera) può stipulare apposita convenzione con detti enti, stabilendo, *oltre la retta di degenza* (valevole per i Comuni), *un compenso fisso per ricoverato*», compenso «che sarà devoluto ai sanitari curanti»?

Non risponderò a questo quesito specifico.

Quel che interessa, ai fini che ci proponiamo, è di stabilire qualche punto di orientamento per queste non facili questioni.

Le norme del primo gruppo, in quanto disciplinano i poteri di vigilanza e di ingerenza spettanti all'autorità sanitaria, mi pare che si debbano applicare anche se altre leggi o regolamenti non contemplino questi poteri. In sostanza, tali poteri sono stati conferiti con l'art. 192 del testo unico sanitario. Il regolamento del 1938 non ha fatto altro che *specificare* i poteri stessi, affidando all'autorità sanitaria certe attribuzioni *esclusive* o *concorrenti* con quelle delle Amministrazioni ospedaliere: così facendo, il regolamento è rimasto — legittimamente — nel campo dello stesso art. 192. Mi sembra, quindi, che, *in linea di massima*, le norme del primo gruppo possano *coesistere* con le disposizioni legislative e regolamentari che disciplinano le amministrazioni ospedaliere.

Lo stesso mi sembra che debba dirsi delle norme del secondo e del terzo gruppo. L'articolo 192 ha stabilito che le norme riguardanti il *personale ospedaliero* e l'*ordinamento dei servizi sanitari* degli ospedali fossero disciplinati con un regolamento. Con ciò, parmi che l'art. 192 abbia stabilito due cose: 1°) che i sanitari ospedaliere hanno uno *status giuridico proprio*, che vorrei dire *speciale*, di-

sciplinato dal regolamento generale e da regolamenti particolari, *uniformati* a quello generale: e quindi nei confronti di questo personale non hanno vigore le *norme generali* che sono contenute in altre leggi o regolamenti riguardanti il personale delle Amministrazioni ospedaliere: 2°) che le norme legislative o regolamentari riflettenti l'ordinamento sanitario degli ospedali, in vigore prima del t. u. sanitario del 1934, sono state abrogate per effetto dell'art. 192 di questa legge.

Resta, però, aperta la questione per le norme speciali emanate dopo l'entrata in vigore del predetto testo unico. Opino che si debba distinguere tra leggi e regolamenti. Anche se, come è da ritenere, il regolamento del 1938 abbia carattere *delegato*, non per questo esso potrà derogare alle leggi posteriori al testo unico del 1934 (ripeto: le disposizioni di leggi anteriori al 1934 sono cadute per effetto dell'art. 192, non per effetto del regolamento ospedaliero). Secondo la dottrina che credo più esatta, neppure il regolamento *delegato* può derogare alla legge (1). Se si tratti, invece, di disposizioni regolamentari, anche se poste fuori al testo unico del 1934, penso che esse debbano cedere il campo alle norme del regolamento generale ospedaliero.

4. Abbiamo detto, nel n. 2, che l'art. 192 ha voluto — e si direbbe, forse, meglio: ha *dovuto* — mantenere inalterato, nelle sue linee fondamentali, l'ordinamento amministrativo delle istituzioni ospedaliere. Abbiamo, però, aggiunto che, *accanto* ai poteri delle Amministrazioni e degli organi che su di esse esercitano (come prima) la vigilanza e la tutela, esistono oggi i compiti di vigilanza tecnica dell'autorità sanitaria. Abbiamo, poi, detto (nel precedente n. 3) che il regolamento ha conferito all'autorità sanitaria dei poteri propri, esclusivi.

In teoria — e, speriamo, anche in pratica — non ci sono difficoltà per regolare i rapporti tra Amministrazioni ospedaliere e autorità sanitarie. Il regolamento ospedaliero presuppone e impone la *collaborazione*. In verità, non può vietarsi agli amministratori di vigilare su tutto l'andamento della vita ospedaliera, ma è intuitivo che, in materia tecnica, essi non potranno e non dovranno fare a meno della competenza specifica dell'autorità sanitaria. D'altra parte, essendo la gestione amministrativa intimamente connessa con l'andamento dei servizi sanitari, non può negarsi una, per lo meno indiretta, vigilanza dell'autorità sanitaria anche sulla gestione amministrativa degli ospedali.

Dobbiamo chiederci se nel potere di vigilanza spettante all'autorità sanitaria possa ritenersi compresa anche la potestà di dare ordini alle Amministrazioni ospedaliere, quella di annullarne gli atti e quella di sostituirsi alle Amministrazioni predette. Credo che al quesito si debba rispondere non sulla base dei principi generali (1), ma tenendo presente la genesi di queste nuove disposizioni. Ho già detto che il primo comma dell'art. 192 del nuovo testo unico sanitario deve considerarsi come una applicazione particolare dell'art. 1 della stessa legge. Ora, per il citato art. 1, il Ministro per l'interno sovrintende a tutti i servizi igienici e sanitari, qualunque sia l'Amministrazione pubblica che vi debba direttamente provvedere; ma codesta sovrintendenza non costituisce supremazia gerarchica nè comporta poteri di controllo preventivo, repressivo o sostitutivo. Occorre aggiungere che, secondo quello che abbiamo già ricordato, la nuova disciplina ospedaliera è basata sul principio di dare nuovi poteri all'autorità sanitaria, ma cercando di non

(1) Cfr. ROMANO, *Corso di diritto amministrativo*, Padova 1937, 3ª ed., pag. 55; RANELLETTI, *Istituzioni di diritto pubblico*, 6ª ed., Padova 1937, pag. 349; TUMIATI, *Del regolamento delegato*, in Raccolta di studi per Sitta, Ferrara 1937, pag. 126; ZANOBINI, *Corso di diritto amministrativo*, I, Milano 1936, pag. 77; D'ALESSIO, *Istituzioni*, I, Torino 1932, pag. 92 e segg.

(1) Cfr., oltre alle trattazioni generali, CAMMEO, *Commentario alle leggi della giustizia amministrativa*, pag. 463; FORTI, *I controlli* (Trattato dell'Orlando), *passim*, e specialmente a pag. 659 e segg.; BORSI, *Intorno al cosiddetto controllo sostitutivo*, in Studi Senesi, Vol. 32 (1916); DE VALLES, *Teoria giuridica dell'organizzazione dello Stato*, I, Padova 1931, pag. 32 e 313 e segg.; CARUSO INGHILLERI, *La funzione amministrativa indiretta*, Milano 1912, pag. 163; AMORFÈ, *La nozione di gerarchia*, Milano 1936, pag. 22 e segg. e 89 e segg.

menomare la sfera di competenza degli amministratori e degli antichi organi di controllo.

Ritengo, pertanto, che agli organi dell'Amministrazione sanitaria spetti, senza dubbio, di dare istruzioni e direttive, per quanto riguarda l'organizzazione ed il funzionamento sanitario dei luoghi di cura, agli amministratori degli ospedali e (per il tramite degli amministratori) ai sanitari ospedalieri; ma mi sembra che l'ordinamento vigente non consenta altri poteri (1).

Si capisce che fanno eccezione i casi di competenza esclusiva dell'autorità sanitaria, dei quali abbiamo già parlato. Tali casi non presentano possibilità di interferenze fra autorità sanitaria e amministratori e organi di controllo diversi dell'autorità sanitaria. Lo stesso è a dirsi dei casi, nei quali sopra uno stesso atto esista un duplice controllo: da parte dell'autorità sanitaria e da parte degli organi predetti (ricordo, ancora una volta, l'*omologazione*, di cui all'art. 94 del regolamento) (2).

Qualche disposizione del nostro regolamento suscita dei dubbi in ordine alla com-

petenza degli amministratori e degli organi (non appartenenti all'Amministrazione sanitaria) di vigilanza o di tutela o dell'autorità sanitaria. Ricorderò, per esempio, l'art. 7, ultimo comma, che prevede la possibilità di riunire in consorzio le infermerie e gli ospedali dipendenti da diversi enti. Chi può disporre tale riunione; chi può sanzionarla? Allo stato della legislazione, non credo che l'autorità sanitaria possa imporre o approvare questi consorzi: potrà soltanto *promuovere* o un consorzio *volontario* fra gli enti predetti o un consorzio *obbligatorio*; ma dovranno osservarsi, anche per la competenza, le norme contenute nell'art. 61-*a* della legge 17 luglio 1890 (nel testo modificato con R.D. 30 dicembre 1923, n. 2841, e con legge 17 giugno 1926, n. 1187), sempre che trattisi di istituzioni di beneficenza. Per consorzio delle istituzioni predette con altri enti (per es.: Comuni, Opere Nazionali, enti mutualistici o assicurativi, ecc.), si potrà ricorrere all'articolo 172 della legge comunale e applicare, almeno per analogia, le disposizioni degli articoli 156 e segg. della legge stessa. Allo stato della legislazione, però, la possibilità di riunire in consorzio enti che siano sottoposti alla vigilanza di Ministeri diversi da quello dell'interno mi sembra problematica. Questo è uno dei punti, sui quali parmi urgente l'intervento del legislatore.

Un altro caso interessante è dato dall'art. 93 del regolamento ospedaliero (1). Sta bene che, in base al primo comma, il Prefetto (2) può prescrivere all'Amministrazione un termine per uniformarsi alle norme ospedaliere. Ma non è concepibile che un'Amministrazione si rifiuti per capriccio; è da pensare che l'Amministrazione *non possa*, perchè le mancano i mezzi. Che fare in tali casi? Il secondo comma dell'art. 93 adotta una formula gene-

(1) In pratica i poteri dell'autorità sanitaria saranno più ampi, ed è giusto che siano più ampi. Ma l'esercizio di tali poteri dovrà esser compiuto più con la collaborazione degli amministratori che con la imposizione.

(2) Nello svolgimento di tutta la sua attività, l'autorità sanitaria provinciale è sottoposta all'autorità sanitaria centrale (art. 1 del testo unico sanitario). È per questo che, anche in applicazione del principio generale posto nell'art. 5 della legge comunale e ribadito nell'art. 357 della legge sanitaria, i provvedimenti del Prefetto, emanati ai sensi degli articoli 5, ult. comma, 8, 9, 25, 26, 48 e 62, 64, 68, 72, 75, 76, 93, 95, ultimo comma, del regolamento generale, debbono ritenersi suscettibili di ricorso gerarchico al Ministro per l'Interno. E si capisce che fra *gli interessati* a ricorrere possono trovarsi gli amministratori degli ospedali.

Nei casi in cui, invece, il Prefetto provvede ad *approvare* (od anche, secondo il mio parere, ad *omologare*) un atto, (artt. 10, 19, 21, 42, 46, 83, 94 del reg. osp.) credo che trovi applicazione il principio sancito nell'art. 343 della legge comunale, secondo il quale si può ricorrere soltanto contro l'atto che neghi l'approvazione (o l'omologazione). Opino che, trattandosi di provvedimenti (di approvazione) demandati all'autorità sanitaria, e che debbono considerarsi di carattere sanitario, non si applichino i principi posti in altre leggi — per es., nell'art. 42 (testo vigente) della legge sulle opere pie — ma l'art. 343 predetto, giacchè in materia sanitaria valgono, per il ricorso gerarchico e l'annullamento d'ufficio, le norme della legge comunale (art. 357 cit.).

(1) Art. 93: Qualora un istituto di cura non posseda i requisiti igienico-sanitari, di cui alle presenti norme, il Prefetto può prescrivergli un termine entro il quale l'Amministrazione interessata deve informarsi alle norme medesime.

Decorso tale termine, il Ministro per l'Interno o il Prefetto adotteranno i provvedimenti che, a norma degli ordinamenti vigenti, rientrano nelle loro attribuzioni, o promuoveranno dalle altre Autorità i provvedimenti di loro competenza.

(2) O il Ministro, ai sensi dell'art. 91 del regolamento ospedaliero.

rica e piuttosto elastica. Mi permetto di lodare questa formula, dettata da criteri di responsabilità e di prudenza, che in questa materia delicata sono i più efficaci. Che farà, dicevamo, in tali casi, l'autorità sanitaria centrale o provinciale? Rispondo che un solo provvedimento può *sicuramente* adottare: la *declassazione* dell'ospedale (1); e ciò nei termini e con le forme previste dall'art. 9, ultimo comma, del regolamento (2).

Un lettore — e penso ad un ipotetico lettore molto giovane — mi potrebbe domandare: ma se un ospedale non ha un minimo di requisiti igienici o di organizzazione, non può l'autorità sanitaria ordinarne la chiusura? Rispondo: *adagio!* Una casa di cura privata, quando non va, si chiude: il Prefetto revoca l'autorizzazione (art. 193 del testo unico sanitario). Per gli ospedali pubblici, anche se cento leggi attribuissero questo potere, ci si penserebbe mille volte prima di chiuderli (3). L'art. 93 del regolamento non risolve la questione se l'autorità sanitaria abbia o no il potere di disporre la chiusura

(1) Le infermerie (art. 7 del reg.), essendo all'ultimo posto, non possono essere ulteriormente declassate.

(2) La lettera dell'art. 9 parrebbe escludere la possibilità della revisione della classifica per cause diverse dalle variazioni nella media giornaliera delle degenze. Ma io credo che l'ultimo comma dell'art. 9 debba essere interpretato in relazione ai primi due comma dello stesso articolo, nonché agli articoli 6 e 7 e agli articoli 2 e 8 del regolamento. Da tali disposizioni si evince che la ripartizione dei luoghi di cura in *ospedali* e *infermerie*, come la classificazione degli ospedali in tre categorie, è fondata non soltanto sulla media delle degenze, ma anche, *inscindibilmente*, sulla *attrezzatura* dell'ospedale. Ora, come, per la *prima classificazione*, l'art. 9, nei primi due comma, vuole che si tenga conto, oltre che della media delle degenze (o del numero dei letti), anche della « situazione di fatto » degli istituti, e cioè della « natura ed entità dei vari servizi », così mi sembra chiaro che, secondo l'ultimo comma dello stesso articolo, la *revisione (ospedale che diventi infermeria o viceversa)*; ospedale che migliori o peggiori la sua classifica) non possa avvenire che sulla base del doppio criterio della media delle degenze e della natura ed entità dei servizi.

Avverto che i poteri spettanti al Prefetto in base all'art. 9 sono da ritenersi di competenza del Ministro per l'Interno, quando si tratti di ospedali dipendenti da istituti a carattere interprovinciale o nazionale (art. 91 dello stesso regol.).

(3) È superfluo avvertire che anche in questo campo restano salvi i poteri spettanti al Ministro per l'Interno, in virtù dell'art. 261 della legge sanitaria, ed al Prefetto o al Podestà per i provvedimenti contingibili e urgenti.

di un ospedale. Neanche io mi propongo di risolvere la questione stessa. Mi pare che non abbia valore pratico.

In pratica, quando un ospedale non risponde, si chiude; ma dopo che un altro se ne sia aperto o ampliato. Ma per giungere a questo, non basta un ordine dell'autorità sanitaria; occorrono provvedimenti molto più complessi e più difficili. Bisognerà procurare, soprattutto, il finanziamento. Tante volte, per ottenere un migliore assetto dell'ospedale, sarà necessario attuare delle riforme: mutamenti di fini, fusioni, aggregazioni, ecc. dell'istituzione da cui l'ospedale dipende. Tali riforme, allo stato della nostra legislazione, non sono di competenza dell'autorità sanitaria. Questa può *eccitarle*, essendo indubbio il peso preponderante che, ai fini delle riforme delle istituzioni ospedaliere, hanno le ragioni di carattere sanitario: ragioni che l'autorità sanitaria è meglio in grado di apprezzare. Ma — è bene ripeterlo, anche per riassumere quanto abbiamo detto in questa delicata materia delle interferenze tra le attribuzioni dell'autorità sanitaria e degli amministratori delle istituzioni ospedaliere e dei loro organi di controllo — le autorità sanitarie, all'infuori dei poteri di vigilanza tecnica e dei provvedimenti di loro spettanza, non possono sostituirsi agli amministratori nè ai normali organi di controllo (1).

5. Le interferenze tra amministratori e sanitari ospedaliere sono abbastanza facilmente regolabili *in diritto* (e volesse il cielo che fossero altrettanto facilmente regolabili *in fatto!*).

Il punto centrale di orientamento è sempre lo stesso: il regolamento generale ospedaliere, come non ha spostato, in linea di massima, la competenza dagli amministratori all'autorità sanitaria, così non ha sciolto i sanitari ospedaliere dal vincolo della subor-

(1) Ecco perchè io ritengo superflua l'ultima disposizione dell'art. 90 del regolamento ospedaliere, che dichiara ancora vigenti le norme circa la vigilanza e tutela sull'Istituto di S. Spirito di Roma. Per tutti gli Istituti sono rimaste ferme le precedenti norme sulla vigilanza e tutela, salvi i nuovi poteri conferiti all'autorità sanitaria: poteri ai quali — si noti — è anche sottoposto l'Istituto predetto.

dinazione gerarchica nei rapporti con gli amministratori. In termini pratici, un sanitario non potrebbe dire agli amministratori: « io rispondo del mio operato soltanto ai miei superiori sanitari »; nè il sanitario ospedaliero più elevato in grado (soprintendente o direttore) potrebbe dire: « io rispondo soltanto all'autorità sanitaria ».

Sia ben chiaro, a scanso di dannosi equivoci, che, nella gerarchia ospedaliera, all'apice stanno gli amministratori, i quali sono gli organi rappresentativi degli enti. E siccome i rapporti d'impiego intercedono tra i sanitari e gli enti, chi ne forma ed esprime la volontà sono gli amministratori, i quali, pertanto, esercitano tutti i poteri di supremazia che spettano agli enti stessi. Competono, dunque, agli amministratori — oltre che tutti i provvedimenti amministrativi e disciplinari riguardanti i sanitari — i normali poteri del superiore gerarchico.

Si capisce — ed ecco un punto di differenziazione — che la particolare natura tecnica delle funzioni sanitarie impedisce agli amministratori l'esercizio di certi poteri. Per esempio, un presidente di amministrazione ospedaliera non potrebbe *avocare a sè* la cura di un malato nè potrebbe *sostituirsi* al chirurgo nell'eseguire un'operazione.

Non può negarsi da parte dei sanitari, obbedienza agli ordini degli amministratori. Ma è superfluo notare come, in questa delicatissima materia, il sanitario *potrebbe* e talvolta *dovrebbe* disobbedire, quando l'ordine fosse tecnicamente sbagliato.

Spetta agli amministratori il potere di vigilare sul servizio dei sanitari. Ma codesta vigilanza è *concorrente* con quella che l'articolo 192 della legge sanitaria e il regolamento generale ospedaliero attribuiscono all'autorità sanitaria. Difatti, è fuori dubbio che vigilare sul *funzionamento sanitario* degli ospedali significa anche, necessariamente, vigilare sull'attività dei sanitari. Tuttavia, in applicazione di quanto ho detto (n. 4) sulla estensione dei poteri di vigilanza dell'autorità sanitaria, ritengo che, di regola, questa non possa dare ordini direttamente ai sanitari nè sostituirsi ad essi senza il tramite degli amministratori; così pure penso che i

sanitari non possano, normalmente, mettersi in rapporto *immediato* con l'autorità predetta, scavalcando gli amministratori (1).

Potremmo riassumere le osservazioni testè fatte in un'unica formula: *limiti* dei poteri degli amministratori nei rapporti con i sanitari.

Il primo limite (impossibilità di avocazione e di sostituzione) è, anzitutto, *di fatto*. Funziona tutte le volte in cui il superiore gerarchico, pur avendo competenza amministrativa, non abbia la competenza tecnica dell'inferiore. Ma questo limite è, nel caso nostro, anche *di diritto*, in quanto il regolamento generale ospedaliero attribuisce ai sanitari una sfera di *competenza propria*. Si vedano, fra l'altro, gli articoli 20, 22, 24, 32, 78, 79 e 80 del regolamento, che determinano le attribuzioni del soprintendente, del direttore e dei primari: è chiaro che tali disposizioni danno ai sanitari una competenza *propria* ed *esclusiva*, che gli amministratori non potrebbero spostare. C'è di più: in certi casi (per es., artt. 22, lett. q, e 79) il sanitario è *personalmente e direttamente* responsabile di fronte all'autorità sanitaria.

Il secondo limite (possibilità o, addirittura, dovere di disubbidienza del sanitario) non è esclusivo al nostro campo. Ogni funzionario, tanto più è elevato in grado e tanto maggiore competenza e specializzazione tecnica possiede, ha il potere e talvolta il dovere di sindacare l'ordine del superiore, sotto pena di rispondere in proprio dell'illegittimità o della criminalità dell'atto (2).

(1) Ripeto l'avvertenza fatta a pag. 14, nota 1. Le mie affermazioni debbono essere prese in un senso ragionevole. Non sarò proprio io a disconoscere l'efficacia dei contatti tra i sanitari ospedalieri e le autorità e gli organi dell'Amministrazione sanitaria. Quel che ho voluto dire è che, allo stato della legislazione, gli amministratori degli enti non si possono esautorare, non esistendo un rapporto gerarchico fra sanitari ospedalieri e Amministrazione sanitaria.

(2) Il problema, com'è noto, è studiato tanto dagli amministrativisti che dai penalisti. In tutte le trattazioni generali degli uni e degli altri il problema è toccato. Per indagini particolari, cfr. BETTIOL, *L'ordine dell'autorità nel diritto penale*, Milano 1933, pagg. 29-70; BENEDETTI, *Limiti giuridici del dovere di obbedienza dell'inferiore gerarchico*, *Archivio giur.*, 1932, (XXVI) pag. 23 e segg.; BOUGRAT, *L'obéissance hiérarchique*, Paris 1934, pag. 24 e segg.

Il terzo limite (vigilanza *concorrente* della autorità sanitaria) è specifico al campo ospedaliero. Su questo argomento abbiamo già detto abbastanza.

A questo punto mi si potrebbe osservare: ma a che cosa si riducono, allora, nei rapporti dei sanitari i poteri degli amministratori? Rispondo che l'esistenza di limiti non significa assoluta negazione di tali poteri. Del resto, anche in altri campi si riscontrano situazioni analoghe. Com'è noto, l'esistenza di un vincolo gerarchico non esclude che l'autorità inferiore abbia, in certi casi, dei poteri propri, esclusivi, di fronte ai quali la sfera di potestà del superiore gerarchico è particolarmente ristretta. Per non andare troppo lontano, ricordiamo che è innegabile il vincolo gerarchico tra il Ministro e il Prefetto, nella veste di autorità sanitarie, l'una preposta all'altra. Eppure, la legge sanitaria è piena di disposizioni che sanciscono la *definitività* dei provvedimenti del Prefetto. Ciò che importa, di fronte a tali provvedimenti, una notevole limitazione dei poteri del Ministro. È indubbio il rapporto di subordinazione tra Prefetto e medico provinciale. Ma basterà leggere l'art. 24 della legge sanitaria per rilevare che il medico provinciale ha poteri propri ed esclusivi.

Quanto abbiamo detto sui rapporti tra amministratori e sanitari può riassumersi così: il regolamento ospedaliero non ha spezzato il vincolo gerarchico tra amministratori e sanitari nè ha stabilito un vincolo diretto tra sanitari ospedalieri e autorità sanitarie. La subordinazione dei sanitari agli amministratori permane, pur essendo limitata, da un lato, da una sfera di attribuzioni proprie dei sanitari e, dall'altro, dal potere di vigilanza che spetta all'autorità sanitaria. Tutti i provvedimenti, però, senza eccezioni, tanto di carattere amministrativo che disciplinare, concernenti il personale sanitario, sono rimasti di esclusiva competenza degli amministratori.

Credo utile, infine, toccare altri due punti che non mancano di un certo interesse.

Ho accennato ad una *gerarchia sanitaria* dei medici ospedalieri (e dell'altro personale sanitario ed ausiliario). Il fatto che all'apice stiano gli amministratori non esclude che tra i sanitari esista una vera e propria gerarchia *interna*. Gli articoli 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 del regolamento ospedaliero (e potrei citarne altri) dicono chiaramente che tra i sanitari non esiste soltanto (com'è ovvio e come è sempre stato) una scala di competenze, ma una autentica scala gerarchica.

L'altra osservazione, che volevo fare, è relativa ai funzionari ed impiegati *amministrativi* degli ospedali. Il regolamento ospedaliero non ha toccato — e non poteva toccare — questo personale. Parmi, però, che il nuovo ordinamento abbia riflessi nei rapporti con detto personale, sotto questi due aspetti: 1°) non escluderei una certa vigilanza della autorità sanitaria sull'attività del personale stesso, in quanto tale attività abbia diretto e immediato effetto sul funzionamento *sanitario* dell'ospedale; 2°) ritengo possibile che, salva sempre la preminenza degli amministratori, funzionari o impiegati amministrativi siano sottoposti ai sanitari ovvero che sanitari siano sottoposti a funzionari amministrativi. Se oggi lo stato giuridico di questi due gruppi di dipendenti ospedalieri può essere, ed è, diverso, ciò non significa che gli uni e gli altri possano considerarsi come agenti in campi separati. Unico resta l'ente che essi debbono servire. Le loro attività, sia che si intreccino, sia che restino in campi speciali, concorrono ad un comune risultato. Sono i singoli regolamenti ospedalieri che debbono fissare le attribuzioni del personale amministrativo nei rapporti con quello sanitario e viceversa, tenendo presenti — unico vincolo — le norme del regolamento generale che determinano le attribuzioni dei sanitari.

59171



~~899241~~



