MISCELL.
8 61
94

ARCANGELO CIRMENI
VICE PREFETTO

Nuova organizzazione ospedaliera - Regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631 - Divieto e limitazione del libero esercizio professionale del personale sanitario

ESTRATTO DALLA:
" RIVISTA DELLA ASSISTENZA „
(N. 1 – gennaio 1940-XVIII)

BIBLIOTECA MEDICA ROMANA

ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17
—
1940-XVIII

ARCANGELO CIRMENI
VICE PREFETTO

Nuova organizzazione ospedaliera - Regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631 - Divieto e limitazione del libero esercizio professionale del personale sanifario

ESTRATTO DALLA:
" RIVISTA DELLA ASSISTENZA „
(N. 1 – gennaio 1940-XVIII)

ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17
—
1940-XVIII

Il valoroso Consigliere di Stato e brillante scrittore, Nino Pappalardo, in queste pagine prima (1) e in altro periodico poi (2) si è occupato del R. D. 30 settembre 1938, n. 1631 che contiene le norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali e mentre, in linea generale, ha condensato, in un quadro riassuntivo, la nuova direttiva di marcia che il Governo fascista ha segnato agli enti ospedalieri, ha, altresì, prospettate e sinteticamente risolte numerose questioni alle quali darà luogo l'applicazione delle dette norme e delle quali dovranno certamente occuparsi dottrina e giurisprudenza. Avremo quindi tempo di scrivere in questa bella rivista, che ci accorda l'onore dell'ospitalità. Richiamando, a titolo di cronaca, i « *precedenti* » di *classe* del R. D. in esame, ci fermiamo, oggi, sul divieto e sulla limitazione del libero esercizio professionale del personale sanitario.

La cronistoria. Nel maggio del 1932 il Prof. Eugenio Morelli, Direttore de « *Le Forze Sanitarie* » (3) scriveva che i Professori Ronzani e Pesci, che avevano avuto da lui l'incarico di compilare proposte per un regolamento generale ospedaliero, avevano assolto il loro compito e riportato, in riassunto, la parte essenziale delle proposte stesse. (Vedremo, nei susseguenti articoli, quali e quante di esse siano state raccolte dal R.D. 30 settembre 1938, n. 1631). Nella seduta amministrativa della Società Italiana di Chirurgia, tenutasi a Roma il 22 ottobre 1932 veniva votato il seguente ordine del giorno (1):

1) che siano stabilite, per legge, norme regolamentari uniche, di massima, per tutti gli ospedali del Regno; 2) che ai Chirurghi ospedalieri sia, indistintamente, concesso il libero esercizio professionale, nonchè la libera contrattazione degli onorari per le cure prestate negli ospedali agli ammalati abbienti senza che le amministrazioni possano trattenere alcuna percentuale sugli onorari stessi; 3) che le amministrazioni comunali, anche nel proprio interesse, non possano permettere l'ammissione gratuita degli abbienti negli ospedali con le relative cure gratuite; 4) che alle mutue e ai semiabbienti siano concesse opportune agevolazioni nella applicazione degli onorari di cura ». L'ordine del giorno fu presentato al Sottosegretario di Stato per l'Interno e quindi deve trovarsi fra gli atti ministeriali. Nel gennaio del 1933 il Prof. Morelli credette opportuno di aprire un dibattito sul tema « *Contrasti: Ospedali e Case Private di cura* (2) lasciando libera la discussione sia ai medici che agli amministratori purchè mantenuta a quell'altezza che la delicatezza dell'argomento richiede ». Reggevamo, allora, la Congregazione di Carità di Teramo, amministratrice dell'ospedale, del manicomio e di altri dieci istituti, di vario genere assistenziale, in una all'ospedale comunale di Atri (stessa provincia) e, per invito dell'illustre chirurgo dell'ospedale di Teramo, manifestammo il nostro modesto pensiero (3) che, in molti punti, dissentiva da quanto aveva

(1) PAPPALARDO, *Le norme generali per l'ordinamento dei Servizi Sanitari e del personale sanitario degli ospedali*. « Rivista dell'Assistenza » 1939, nn. 1 e 2.

(2) PAPPALARDO, *Il nuovo Stato giuridico dei sanitari ospedalieri*. « Rivista del Pubblico Impiego » 1939, pagina 29.

(3) « Le Forze Sanitarie », 1932. Fasc. 15 maggio, pag. 404.

(1) « Le Forze Sanitarie », 1932. Fasc. 10-20 gennaio, pag. 61.

(2) « Le Forze Sanitarie ». 1932. Fasc. 10-20 gennaio, pag. 60.

(3) CIRMENI, *Case Private di Cura – Ospedali e Sanitari*. « Le Forze Sanitarie » 10 e 20 aprile 1933, pagine 741 e 830.

già scritto l'illustre Prof. Roberto Alessandri, Direttore della R. Clinica Chirurgica di Roma.

Non l'avessimo mai fatto!! Contro le nostre modeste considerazioni insorsero, vivacemente, parecchi periodici di classe (1) con firme di illustri clinici, a due dei quali (i più interessati nel dibattito) dedicammo la nostra risposta (2). La discussione fu conclusiva per uno solamente dei problemi sollevati e precisamente per la percentuale da accordarsi ai chirurghi nella cura degli abbienti, che il Ministero, accogliendo le nostre considerazioni, fissò con apposite istruzioni ai prefetti.

Tutte le altre questioni, maturatesi in un sessennio, vengono oggi risolute dalle norme regolamentari contenute nel R. D. del 1938.

Esaurita così la cronistoria, opportuna per l'ulteriore sviluppo del nostro studio, entriamo nella questione nascente dall'art. 19, 2° comma, il quale prescrive che ai sanitari (che non siano il soprintendente di ruolo (art. 20), il direttore sanitario degli ospedali più importanti (art. 21) le ostetriche capo e le ostetriche (art. 30) *non possono essere stabiliti vincoli alla libera professione. E' però in facoltà delle amministrazioni ospedaliere vietare e limitare talune forme di esercizio professionale che si risolvano in una concorrenza all'ospedale da cui i sanitari dipendono.*

Rileviamo subito che queste norme non coincidono *in toto* coi desiderata della classe sanitaria perchè, mentre colle proposte del 1932 e 1933 (2 e 3) si chiedeva che « il sanitario addetto all'ospedale dovrà godere la più completa libertà dell'esercizio della sua professione fuori dell'ospedale » gli articoli 20, 21 e 30, viceversa, proibiscono recisamente ai sanitari, già indicati, l'esercizio stesso, fissando solo per gli altri il principio *di massima* che nessun vincolo può essere stabilito alla libera professione. Il principio però trova il suo limite nel momento in cui talune *forme* di esercizio professionale si risolvono in una *concorrenza* all'ospedale da cui i Sanitari dipendono, nel qual caso l'amministrazione ospedaliera ha la *facoltà* di vietarle o limitarle con apposita deliberazione, approvata dal Prefetto, sentito il Consiglio Provinciale di Sanità. Scrive il Pappalardo (2, pagina 42) che questa disposizione del secondo comma dell'art. 19 ha notevole gravità. Applicata alla lettera, nessun medico ospedaliero potrebbe esercitare perchè sottrarrebbe malati all'ambulatorio dell'ospedale. Sarebbe poi impossibile ad un medico — e la cosa appare più grave per il chirurgo, che ha bisogno di una casa di cura per l'esercizio normale della professione — aprire una casa di cura perchè questo potrebbe far diminuire le degenze nei posti che l'ospedale riserva agli abbienti (art. 83).

« Io credo però — continua l'A. — che la disposizione in esame debba essere applicata con molta parsimonia. Già lo stesso regolamento ha segnato la via. Questi limiti non possono imporsi in via generale e permanente, col regolamento organico. Occorre una *deliberazione apposita*, che, senza dubbio, dev'essere motivata. E a me sembra che la espressione *concorrenza* debbasi intendere per concorrenza *sleale, illecita*. In sostanza, l'ospedale, anche quando assiste gli abbienti, non ha scopo di lucro. Mancando tale scopo, non sarebbe possibile, a rigor di termini, una concorrenza tra l'ospedale ed i sanitari. Quello che la disposizione ha voluto evitare è, più che il danno economico dell'ospedale, l'inconveniente morale dei sanitari che si servissero con *mezzi e sistemi non leciti*, dell'ospedale per lo sviluppo dei propri affari professionali. Il regolamento parlando di *talune forme* di esercizio professionale e imponendo particolari formalità, mi pare che renda, anche nella lettera, questo che, a quanto mi consta, fu il concetto ispiratore della disposizione ».

Con tutto il rispetto dovuto all'acuto e brillante giurista (egli sa che noi siamo suoi ammiratori) il ragionamento non ci convince perchè — più che diretto all'interpretazione della norma obiettiva — ci appare destinato a puntellare la soluzione data al problema impostato dal Prof. Morelli « *Contrasto – Ospedali* e *Case Private* di *Cura* » (4); soluzione di *adattamento*, di *temperamento*, con la speranza — più che vera finalità — di conciliare gli interessi ospedalieri con quelli dei sanitari ai quali non può — in via di massima — stabilirsi alcun vincolo nel libero esercizio professionale. Il decreto in esame, mentre ha vietato, nettamente, il libero esercizio professionale al soprintendente sanitario di ruolo, al direttore sanitario degli ospedali più importanti, alle ostetriche capo e alle ostetriche, ha dato, viceversa, libertà professionale alla rimanente parte dei sanitari con facoltà all'amministrazione di vietarla o limitarla caso per caso. Ma quale l'oggetto del divieto o della limitazione?

La locuzione « *forme di esercizio professionale* » non ci sembra veramente molto felice giacchè, etimologicamente, il vocabolo « *forma* » significa aspetto esteriore, il vario aspetto sotto cui si presenta la materia, quindi la figura esteriore di essa risultante dalla disposizione delle parti

(1) Prof. RONZANI, *Le Case Private di Cura, etc.* « Le Forze Sanitarie » 1933. Fasc. 30 aprile, pag. 904 – Professor PESCI, *Ospedali e Sanitari*, « Le Forze Sanitarie », pag. 906 – Prof. CAVINA, *Le Case Private di Cura*, etc. « Le Forze Sanitarie ». Fasc. 24 maggio pag. 1066 – Prof. MALAN, *Le Case Private di Cura* etc., « Le Forze Sanitarie. Fasc. 10, giugno, pag. 1207 – *Il Pensiero Sanitario*. Napoli nn. 15, 30 maggio, 30 settembre 1933, « La Cultura Medica Moderna », n. 11 del 30 novembre 1933, pag. 439, etc.

(2) CIRMENI, *Ospedali e Sanitari – Gli Europei*. « Il Podestà » Rivista Comuni Italiani. Milano. Fasc. giugno 933, pag. 11.

(Mestica-Dizionario), è la configurazione di un corpo, di una cosa qualunque (Dizionario Cognizioni utili, pag. 650), non comprendiamo quindi agevolmente che cosa, quale attività professionale la locuzione voglia identificare, il che ci pare importante per gli inevitabili riflessi giuridici che si avranno quando il sanitario vorrà impugnare la deliberazione che la sua *forma* di esercizio professionale vieta o limita.

Poichè, ad esempio, la chirurgia può servirsi, dal lato tecnico, del metodo *A* anziche del *B* (diversità di scuole) sarà vietato al chirurgo, di operare, nella sua clinica privata, col metodo *A* che applica nell'ospedale obbligandolo a praticare il metodo *B*? Ovvero il chirurgo dovrà operare nella sua libera professione quegli ammalati che non crede di operare nel nosocomio? E quali sarebbero, in questo caso, anche in ipotesi, impossibile? Poichè il divieto o la limitazione del libero esercizio professionale mirano ad evitare la *concorrenza* all'opedale da cui i sanitari dipendono occorre precisare anche qui il significato del vocabolo per gli stessi inevitabili riflessi giuridici che si avranno in caso di impugnativa del provvedimento. A « quella gara che si stabilisce tra i commercianti per vendere con vantaggio proprio e dei clienti le loro merci a prezzi minori e in maggiore quantità » risponde il vocabolo *concorrenza*. Che, come scrive il Pappalardo, la norma regolamentare miri ad eliminare la concorrenza *sleale ed illecita* è evidente ma poichè, all'*inclusio unius* corrisponde l'*esclusio alterius*, ne discende che la concorrenza *leale* e *lecita* viene consentita al sanitario e che quindi l'amministrazione, in questo caso, non potrà limitargli e tanto meno vietargli quelle tali forme di esercizio professionale che sboccano in una concorrenza *lecita* e *leale*. Come si è visto, il Pappalardo ritiene che l'ospedale, anche quando assiste gli abbienti, non ha scopo di lucro, e che mancando tale scopo non sarebbe possibile, a rigor di termini, una concorrenza tra l'ospedale e i sanitari ». Un momento. Anche quando — in ipotesi — ciò fosse esatto, non sarebbe esatta la reciproca e cioè che manchi lo scopo di lucro nel libero esercizio professionale del sanitario ospedaliero giacchè non crediamo che l'A. pensi che il sanitario lavori solo per coprire il costo di produzione della sua attività vivendo quindi, come Mario Cavarodossi nella Tosca — d'arte e di amore —. Discende da ciò che, almeno unilateralmente e da parte del sanitario, lo scopo di lucro, lecito e leale, sussista. Perchè poi l'ospedale non ha scopo di lucro? Vi è, forse, qualche norma positiva o comandamento morale che glielo vieti? Lo ignoriamo. Domandavamo nel 1933 (4 pag. 836) e domandiamo ancora oggi: « L'ospedale è o non un *capitale permanente*? Se lo è — come non par dubbio — non si vede il perchè la sua attività non debba procurare all'ente una lira di lucro nella cura degli abbienti la quale, entrando a far parte dell'asse finanziario nosocomiale, si riversa, contemporanea a beneficio del totale funzionamento della vita dell'istituto per il costante perfezionamento di tutti i servizi e delle cure ospedaliere che, col progredire della scienza medica sono in dinamico sviluppo. Se tutto ciò è esatto, appar chiaro come lo scopo di lucro lecito e leale sia insito tanto nel funzionamento ospedaliero quanto nel libero esercizio professionale del sanitario che dal nosocomio dipende. A sostegno di questa nostra affermazione sta altresì il fatto, che il Prof. Morelli aprì la discussione sul tema « *Contrasti. Ospedali* e *Case private di cura* » (5) scrivendo: « ... È continuo il lamento delle case di cura che asseriscono di avere dagli ospedali una illecita concorrenza e quello dei primari medici e specialmente dei chirurghi che si dicono sfruttati dalle amministrazioni ospedaliere perchè obbligati a curare od operare ammalati ricchi talvolta gratuitamente o altra volta con la cessione all'amministrazione ospedaliera di parte di retribuzione. D'altra parte gli amministratori delle Opere Pie sostengono che questo è il solo mezzo per potere migliorare i loro bilanci e permettere la vita agli ospedali ». È superfluo rilevare che la locuzione « *illecita concorrenza* », usata dallo scrittore, in questo caso, non va interpretata nel senso che gli ospedali si servissero di « *mezzi* o *sistemi non leciti* » per curare gli abbienti (l'impossibilità di questi mezzi è insita nell'*ente morale*) ma nel senso che le norme positive non vietavano totalitariamente la concorrenza.

Che poi lo scopo di lucro non sia affatto estraneo all'ente ospedaliero risulta espressamente dall'art. 83, dove si legge che, per gli abbienti la tariffa deve essere tale « da realizzare un margine destinato a beneficio dei fini istituzionali dell'ente ed in special modo alla riduzione delle rette pei ricoveri d'urgenza ». Chi volesse rileggere le nostre modeste note del 1933 troverebbe che, per questo argomento, esprimemmo identico concetto. È per noi motivo di soddisfazione vederlo oggi accolto da una norma del regolamento generale.

Da dove risulta che « quello che la disposizione (art. 19, 2° comma), ha voluto evitare è, più che il danno economico dell'ospedale, l'inconveniente morale di sanitari che si servissero con *mezzi* e *sistemi non leciti dell'ospedale* per lo sviluppo dei loro affari professionali? ». Perchè presentare il decreto del 1938 come noncurante — o quasi — del danno economico dell'ospedale, che si risolverebbe a tutto vantaggio dei sanitari dipendenti liberi professionisti, quando proprio il Governo Fascista tutela come cosa sacra il patrimonio degli enti assistenziali in genere e ospedalieri in specie? Nel caso, coloro i quali devono evitare l'inconveniente *morale* previsto dal Pappalardo dovrebbero essere, per primi, i sanitari stessi, giacchè non è

pensabile che essi, affinati nel loro senso di responsabilità morale, anche per la stessa professione che esercitano, si abbandonino all'uso di mezzi e sistemi non leciti che, prima di ferire il patrimonio ospedaliero, ledono gravemente la loro dignità personale.

Qualora però il caso previsto si verificasse, meglio che nel secondo comma dell'art. 19, noi vedremmo la sanzione punitiva in sede disciplinare sotto il profilo di difetto di senso morale del sanitario con danno verso l'ente. Ci perdoni, il valoroso A. ma anche questo sottile sforzo della sua difesa non regge anche perchè l'art. 19 fa parte di quelle norme che, vietando ad una parte dei sanitari ospedalieri il libero esercizio professionale, e consentendolo all'altra parte con facoltà limitativa nell'amministrazione dell'ente, esso altro scopo non può avere — a nostro modesto avviso — che la tutela economica del nosocomio. Ove così non fosse si dovrebbe necessariamente ritenere che al soprintendente sanitario di ruolo, al direttore sanitario degli ospedali più importanti, alle ostetriche capo e alle ostetriche il libero esercizio professionale è totalitariamente vietato perchè ritenuti capaci — *iuris et de iure* — di servizi, con *mezzi* o *sistemi non leciti*, dell'ospedale per lo sviluppo dei propri affari professionali il che, più che assurdo, è anarchico!

Il problema nacque quando la prima casa di cura diretta da un sanitario ospedaliero, fu aperta nella stessa città sede ospedaliera, nacque per un categorico interesse finanziario personale, diretto, attuale e valutabile e poichè le norme del 1938 non modificano l'essenza e le finalità degli enti ospedalieri e tanto meno gli uomini, che val quanto dire amministratori degli enti e sanitari ospedalieri nel libero esercizio professionale, il problema rimarrà invariato, sostanzialmente, come nacque, a malgrado il tentativo di soluzione cui si ispira il secondo comma dell'art. 19. Ecco perchè — con più realistica visione — dicevamo che il ragionamento del Pappalardo — più che diretto all'interpretazione della norma obbiettiva — ci appare destinato a puntellare la soluzione di adattamento, di temperamento che si è creduto di trovare forse perchè — non volendosi o non potendosi, al momento, arrivare al divieto dell'esercizio professionale per *tutti* i sanitari ospedalieri, occorreva pure trovare una soluzione per evitare che le norme ignorassero il problema. Senza assumere il ruolo di profeti, pensiamo che — non potendosi — come scrive il Pappalardo, il secondo comma dell'art. 19 «applicare alla lettera perchè nessun medico ospedaliero potrebbe esercitare» la libera professione e dovendosi, come continua l'A., «applicare la disposizione con molta parsimonia, praticamente, si finirà o col *non* applicarla affatto o, se verrà applicata, anche con molta parsimonia, sarà sempre fonte di contrasti e di litigi fra le parti interessate.

Abbiamo già detto che la stessa locuzione della norma porta insite le maggiori difficoltà di applicazione e questo è già un motivo per non farne uso per quella indispensabile armonia di spiriti che deve regnare fra amministratori e sanitari, ai quali — di massima — non possono essere stabiliti vincoli professionali; ma qualora la si volesse applicare si avvertirebbe subito nel clima ospedaliero un tale piano di frizione fra amministratori e sanitari vincolati nell'esercizio professionale da degenerare facilmente in aperte ostilità, non augurabili certo al buon andamento del servizio nosocomiale. Adottata la deliberazione vincolativa — naturafmente motivata — il sanitario, sicuramente, la impugnerebbe perchè essa direttamente lederebbe il suo interesse morale e materiale e allora alla fine della vertenza ci sarà sempre un vincitore ed un vinto. Chi ha pratica di amministrazioni ospedaliere, a qualunque categoria esse appartengano, sa quali siano la conseguenze di tali situazioni, come, in definitiva, il clima nosocomiale divenga per tutti irrespirabile, e come tale clima porti in sè il germe di nuove situazioni che spesso devono concludersi o in sede disciplinare pei sanitari o con la dimissione degli amministratori. Queste considerazioni e la non breve esperienza della vita ospedaliera ci portano quindi a concludere che — salvo casi eccezionalissimi di «*mezzi* e *sistemi non leciti*» e palesemente visibili — dei quali non crediamo capace la classe sanitaria — il secondo comma dell'art. 19 resterà lettera morta a tutto vantaggio delle case private di cura e del libero esercizio professionale — tutto compreso e niente escluso — dei dipendenti ospedalieri. Oltre a questo vantaggio indiretto questi sanitari ne hanno poi un altro diretto, quello nascente dall'articolo 83 che limita ad un decimo dei posti ospedalieri le degenze degli abbienti; ambedue vantaggi, questi, che rappresentano — a nostro avviso — il punto d'incontro degli interessi economici nosocomiali contrastanti — per gli abbienti — con quelli delle case private di cura e dei liberi professionisti, un settore dei quali contiene anche una parte dei sanitari ospedalieri.

Concludendo, riteniamo che il secondo comma dell'art. 19 rappresenta una plastica presa di posizione delle direttive del Governo Fascista per la soluzione dell'annoso problema, (forse insolubile quando non si voglia o non si possa vietare nettamente a *tutti* i sanitari ospedalieri il libero esercizio professionale) dei contrasti di interessi fra ospedali e case private di cura, passo saggio ed evidentemente lodevole, lasciando che l'esperienza avvenire apra l'orizzonte a nuove e pur decisive stazioni di arrivo.

59170

336078

BIBLIOTECA MEDICA ROMANA