

ARCANGELO CIRMENI

VICE PREFETTO

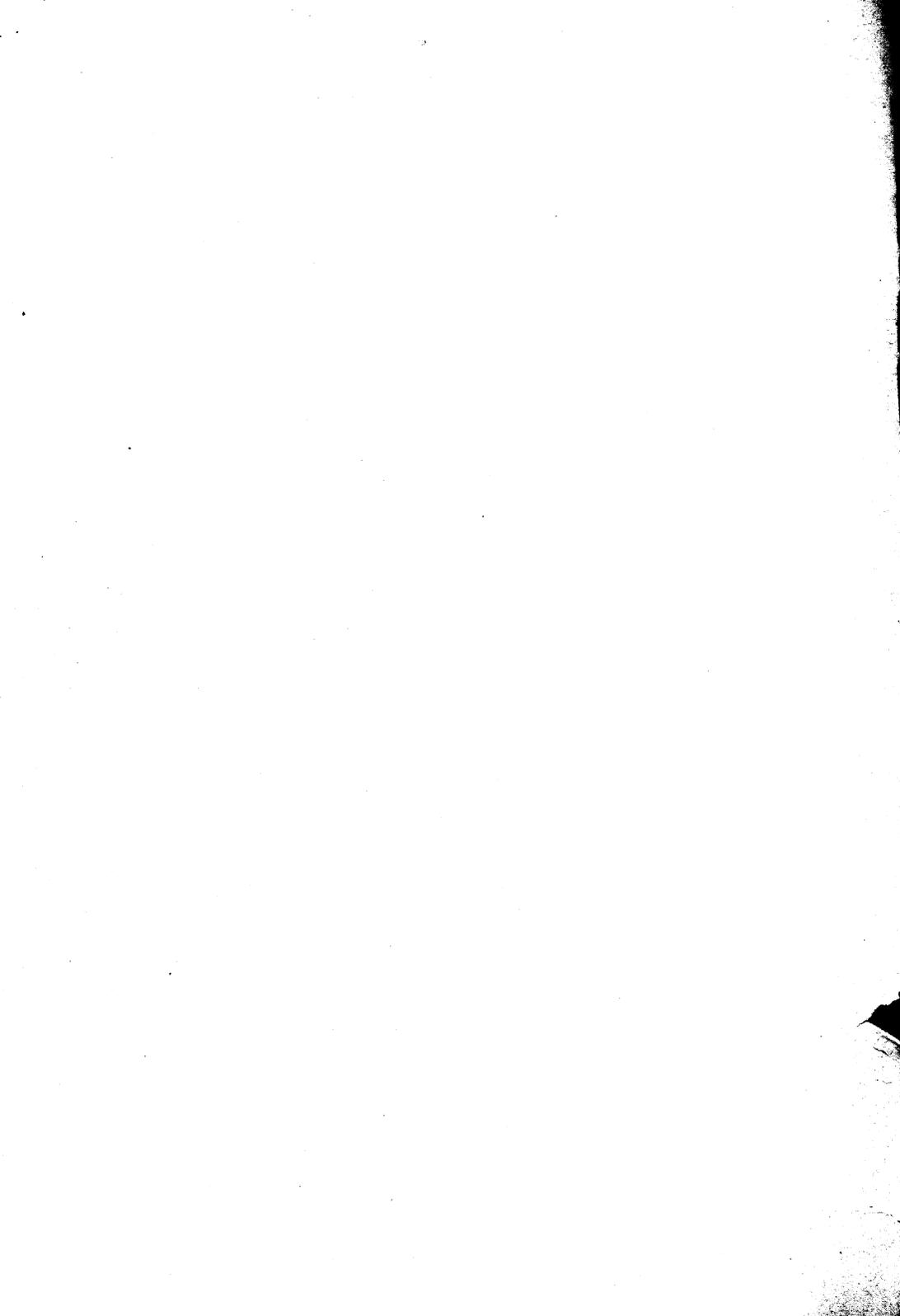
IL REGOLAMENTO GENERALE OSPEDALIERO DEL 1938 - QUESTIONI SPECIFICHE

ESTRATTO DALLA:
"RIVISTA DELLA ASSISTENZA",
(N. 6-7 giugno-luglio 1940-XVIII)

Mire B
617
173



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



ARCANGELO CIRMENI

VICE PREFETTO

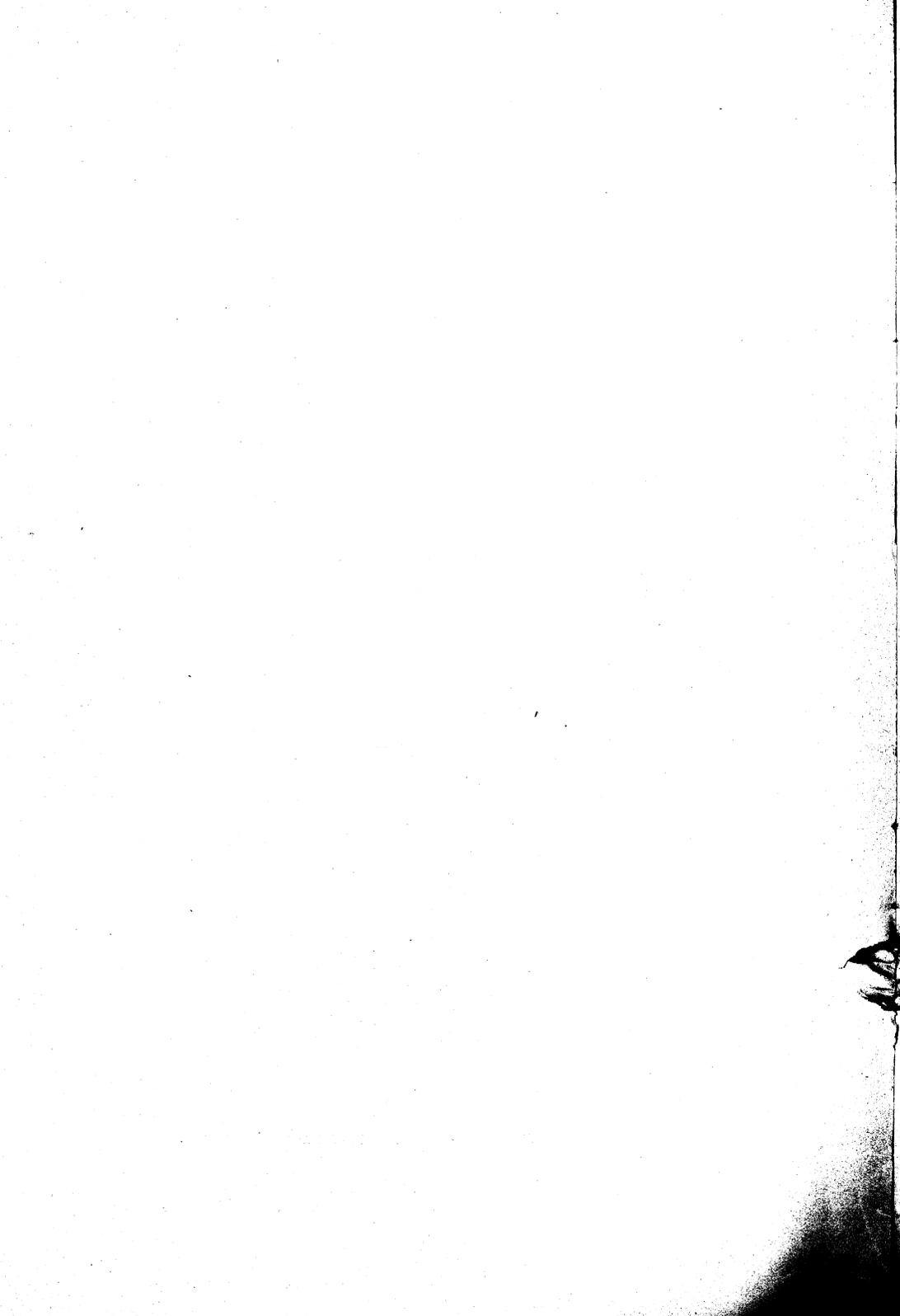
IL REGOLAMENTO GENERALE OSPEDALIERO DEL 1938 - QUESTIONI SPECIFICHE



ESTRATTO DALLA:
' RIVISTA DELLA ASSISTENZA '„
(N. 6-7 giugno-luglio 1940-XVIII)

ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17

1940-XVIII



I. - MATERIA AMMINISTRATIVA.

Come il valoroso Consigliere di Stato Pappalardo ha ben rilevato, il regolamento generale ospedaliero tace « *opportunamente* » sulla materia amministrativa, nella quale le amministrazioni ospedaliere restano libere di adottare le disposizioni che ritengono più adeguate, salva l'*omologazione* dell'autorità sanitaria (articoli 17, 23, 94) (1). Più che opportuno, il silenzio ci appare giuridicamente *necessario* perchè, stabilito - come lo stesso Autore rileva - che « nulla si è innovato per quanto concerne la natura giuridica delle istituzioni ospedaliere e l'ordinamento amministrativo di esse e che gli amministratori degli ospedali *restano i padroni di casa* », la conseguenza è che la materia amministrativa *doveva* esulare dal regolamento generale giacchè, in caso contrario, avremmo visto l'essenza giuridica dell'ente, costituita per legge, scalfita e, quindi, menomata *da un regolamento delegato*, quale quello in esame, il che costituzionalmente non è consentito.

Per ciò che diremo in seguito, avvertiamo che nella materia amministrativa intendiamo implicitamente inclusa la materia finanziaria giacchè amministrare significa spendere o non spendere, per mantenere in vita l'istituto e per il buon andamento dei suoi servizi.

Conforta questo nostro pensiero lo stesso Pappalardo scrivendo (2) « che l'art. 192 del T. U. Leggi Sanitarie ha voluto - e si direbbe forse meglio ha *dovuto* - mantenere inalterato, nelle sue linee fondamentali, l'ordinamento amministrativo dell'istituzione ospedaliera ponendovi, però, *accanto* poteri propri esclusivi di vigilanza *tecnica* conferiti all'autorità sanitaria » (provinciale). Creata questa nuova situazione che - come prosegue l'Autore -

(1) Pappalardo. In questa Rivista 1939. Fasc. 1º, pag. 14 in nota.

(2) Pappalardo. In questa Rivista 1939. Fasc. 2º, pag. 49.

« presuppone e impone la *collaborazione* » fra amministrazioni ospedaliere e autorità sanitaria sorge subito la questione dei *limiti* che l'autorità sanitaria deve rispettare per non ledere l'autonomia dell'ente e l'A. la risolve ritenendo:

a) « che essendo la gestione amministrativa connessa con l'andamento dei servizi sanitari *non può negarsi una, per lo meno indiretta, vigilanza dell'autorità sanitaria* sulla gestione amministrativa degli ospedali »;

b) « che, nel potere di vigilanza spettante all'autorità sanitaria non è compresa la potestà di dare ordini alle amministrazioni ospedaliere, quella di annullare gli atti e quella di sostituirsi alle amministrazioni predette, perchè tale potere non costituisce supremazia gerarchica nè comporta potestà di controllo repressivo o sostitutivo »;

c) « che agli organi dell'amministrazione sanitaria spetta, senza dubbio, di dare istruzioni e direttive ai sanitari ospedalieri (per il tramite degli amministratori) e alle amministrazioni degli ospedali per quanto riguarda l'organizzazione e il funzionamento dei luoghi di cura ».

Con tutto il rispetto dovuto, ci consenta l'A. di dissentire dalla prima delle sue conclusioni.

Fissato il principio che il regolamento generale ospedaliero nulla ha innovato per quanto concerne la natura giuridica delle istituzioni e l'ordinamento amministrativo di esse, ne discende che la vigilanza *diretta* sulla gestione amministrativa degli ospedali continua ad esercitarsi ai sensi della legge 17 luglio 1890, e dall'organo da essa previsto; aggiungere a questo un organo sanitario per la vigilanza *indiretta* equivale a dire o che l'organo di vigilanza diretta non ha *anche* quella indiretta, oppure che la vigilanza si esercita a *mezzadria*, spettando la diretta al prefetto e l'indiretta al medico provinciale con poteri propri ed esclusivi. Vero è - come scrive l'A. - che la gestione amministrativa è intimamente connessa con l'andamento dei servizi sanitari, ma ciò non ci pare conduca *necessariamente* ad affermare che all'au-

torità sanitaria non può negarsi una indiretta vigilanza sulla gestione amministrativa. Il legislatore del 1890 non ignorava certo che la gestione amministrativa è intimamente connessa con l'andamento dei servizi sanitari, e quindi, a malgrado ciò, la legge 17 luglio 1890 condensa *esclusivamente* nel prefetto la vigilanza sulla gestione stessa, *esclusiva* essa rimane nell'organo di vigilanza. Ma vi è di più.

La vigilanza indiretta dell'autorità sanitaria provinciale non potrà certo essere platonica, dovrà quindi esplicarsi, praticamente, con rilievi, osservazioni, etc. e con invito all'amministrazione ospedaliera a regolarsi in un senso anziché in un altro. E se tale invito fosse, per caso, contrario a quello direttamente ricevuto dal prefetto sullo stesso argomento? Quale il comportamento della amministrazione? Uno solo ne vediamo: quello di rispondere alle due autorità di mettersi prima di accordo fra di loro per potere poscia provvedere.

Nel campo della carità cristiana un comando impone che la destra non deve sapere ciò che fa la sinistra, perchè ambedue le mani convergono a beneficiare la stessa persona, ma nella gestione amministrativa basta aver prospettato l'inconveniente grave cui potrebbe dar luogo la vigilanza indiretta dell'autorità sanitaria per essere obbligati ad escluderla.

Del resto lo stesso A., contestualmente, permette che i poteri propri ed esclusivi dell'autorità sanitaria sono di «vigilanza tecnica» il che - salvo errore - equivale a dire di squisita natura sanitaria; e allora perchè scivolare, da questa, verso la vigilanza indiretta sulla gestione amministrativa quando nè la lettera nè lo spirito del R. D. del 1938 autorizzano - ci pare - tale slittamento? Non può certo negarsi che tutta la gestione amministrativa è a fine ospedaliero perchè la finalità dell'ente - cura dei malati - è mèta squisitamente sanitaria, ma non per questo tutti gli atti di gestione amministrativa devono obbligatoriamente consentire vigilanza indiretta della autorità sanitaria. Vi sono nell'amministrazione ospedaliera - e qui ci permettiamo di dissentire dall'A. - compartimenti di attività dove opera esclusivamente la legge 17 luglio 1890, così come oggi - col regolamento generale ospedaliero - ve ne sono altri in cui operano esclusivamente i sanitari ospedalieri senza che l'amministrazione possa, comunque, ingerirsi. Se diamo uno sguardo agli articoli 2, 8, 10, 12 del regolamento generale troviamo che il riconoscimento del possesso dei requisiti richiesti per gli ospedali (art. 2) «è riservato» alla «autorità sanitaria provinciale»; lo stesso dicasi per le sale di degenza e dei servizi generali (dal lato sanitario), per le infermerie (articolo 8), per gli ambulatori (art. 10), per i dispensari venerei (art. 12) e, genericamente, in tutti quei casi in cui trattasi di *tecnica* ospedaliera, e, per ciò stesso, devoluta al giudizio dell'autorità

sanitaria provinciale o del sanitario ospedaliero (articoli 20, 22, 24, 32, 78, 79, 80), indipendentemente dalla autorità amministrativa di vigilanza. A nostro avviso, è *solamente* qui che l'autorità sanitaria provinciale trova il suo settore di azione, e, contemporaneamente, i *limiti* di esso, limiti che escludono la vigilanza, anche indiretta, sulla gestione amministrativa che, per il solo fatto di essere amministrativa, non è *tecnica*, per quanto connessa con l'andamento dei servizi sanitari», connessione *inevitabile* sotto tutti i punti di vista perchè nascente dalla finalità che l'ente persegue (cura dei malati). E ancora L'Autore ci insegna che ogni provvedimento di gestione amministrativa deve presentarsi nella sua veste giuridica: affidare all'autorità sanitaria la vigilanza, anche indiretta, sulla gestione stessa equivarrebbe - salvo errore - ad ammettere nel medico provinciale la competenza ad interloquire *anche* sulla legittimità del provvedimento stesso, il che, per lo meno, ci pare esagerato! Un argomento, che non abbiamo visto accennato dall'A., ma che potrebbe - *prima facie* - confortare la sua affermazione - è quello ricavabile dagli articoli 20 lettera e e 22 lettera a, nei quali si legge che il soprintendente sanitario ed il direttore sanitario *intervengono* «alle deliberazioni dell'amministrazione dell'ospedale con voto consultivo, del quale deve tenersi nota nel verbale delle adunanze». Poichè le norme non ne escludono alcuna, è da ritenersi che i sanitari prendono parte a *tutte* le deliberazioni dell'amministrazione, il che potrebbe far pensare appunto ad una *vigilanza indiretta* di essi sulla gestione amministrativa dell'ente che, ascendendo per li rami, sboccherebbe nella vigilanza indiretta dell'autorità sanitaria provinciale.

Sorvolando, per un momento, sulle ragioni che ci determinano a ritenere *eccessivo* questo intervento totalitario nell'attività dell'ente, rileviamo che i sanitari hanno voto *consultivo* e che se in tal voto si volesse trovare una fonte ascendente della vigilanza indiretta, a rigor di logica bisognerebbe concludere che anche la vigilanza indiretta sarebbe *consultiva*!

Queste modeste considerazioni ci portano dunque a concludere che, mentre in materia squisitamente tecnica l'autorità sanitaria provinciale ha una vigilanza e quindi un'ingerenza *diretta*, con poteri propri ed esclusivi, nessuna, *indiretta*, ne vediamo sulla gestione amministrativa che, quindi, rimane esclusivamente affidata all'organo di vigilanza normale, ai sensi della legge 17 luglio 1890.

2. - L'INTERVENTO DEI SANITARI OSPEDALIERI NELLE DELIBERAZIONI DELL'AMMINISTRAZIONE (art. 20 lettera e e 22 lettera a).

A nostro avviso, l'intervento - con voto consultivo - avrebbe dovuto essere *limitato* a quelle deliberazioni riguardanti materia *tecnica* in ar-

monia, quindi, con le altre norme regolamentari che attribuiscono ai sanitari ospedalieri una vigilanza *diretta* con poteri propri ed esclusivi. Quale interesse ad intervenire infatti essi hanno nel caso in cui l'amministrazione debba deliberare sanzioni disciplinari verso un segretario, un ragioniere, un applicato, un dattilografo, un fattorino degli uffici? Quale interesse nel caso in cui si debba deliberare la liquidazione di una pensione, alienare un titolo di rendita, approvare o meno un conto del tesoriere e via dicendo? Ecco perchè dicevamo sopra che nell'attività amministrativa ospedaliera vi sono compartimenti nei quali il sanitario non entra ed ecco perchè ci appare eccessivo il suo totalitario intervento anche con voto consultivo: giuridicamente superfluo, psicologicamente inopportuno.

Psicologicamente inopportuno perchè chi ha vissuto, per ragioni del suo ufficio, negli ambienti ospedalieri ha potuto constatare che il sanitario, dall'assistente al primario, per le mansioni che disimpegna, è portato, involontariamente, a ritenersi il *dominus* dell'ente ed a considerare gli amministratori non come i « *padroni di casa* » del Pappalardo ma, se non come *dipendenti*, come collaboratori *in subordine*! È tipico il caso occorso a noi che, temporaneamente, reggevamo un ospedale clinicizzato, di un assistente il quale, consumando troppa energia elettrica per l'uso della radio di sua proprietà, investì, con modi volgari, il capo dell'ufficio tecnico ospedaliero che, per ordine del capo dell'amministrazione, si era recato nella stanza di lui, assente, insieme ad un infermiere, per le occorrenti verifiche. Ed è altresì tipico l'altro caso di alcuni sanitari che, dovendo eseguire cure elettriche, avevano installato il comando dell'apparecchio distributore dell'energia nei loro gabinetti senza consentire all'amministrazione alcun controllo. Questi casi - e potremmo ricordarne altri, numerosissimi, di tutti i generi - citati all'esclusivo scopo di provare le manifestazioni concrete della psicologia sanitaria collettiva dentro l'ospedale, ispirata ad un prevalente dominio su tutto l'andamento nosocomiale, verranno, oggi, alimentati dal fatto che un sanitario - il grado non importa - deve intervenire in tutte le deliberazioni dell'amministrazione, il che, evidentemente, non giova a mantenere tranquillo il clima ospedaliero, in cui giocano numerosi elementi psicologici perturbatori, per giunta inestinguibili, giacchè la psicologia è quella che è.

Anzi tutto gli *nomini*: *Subordinazione Gerarchica*.

Scrive il Pappalardo (1): « Il punto centrale di orientamento è sempre lo stesso: il regolamento generale ospedaliero, come non ha spostato, in linea di massima, la competenza dagli ammini-

stratori alla autorità sanitaria, così non ha sciolto i sanitari dal vincolo della subordinazione gerarchica nei rapporti con gli amministratori ».

Primo e sostanziale punto di quotidiana frizione psicologica. Sia legge o regolamento che mantenga la subordinazione gerarchica, non vi sarà mai un sanitario che, psicologicamente, *senta* di essere un dipendente gerarchico dell'amministratore.

Troppo alta e permanente è la missione umanitaria del medico-chirurgo perchè questi possa sentire di essere il subordinato di un libero cittadino chiamato alla transeunte carica di amministratore, troppo diverse sono le mansioni spettanti all'uno e all'altro perchè anche nelle mansioni stesse si senta la subordinazione gerarchica dell'uno verso l'altro. L'assistente e l'aiuto sentono la subordinazione verso il primario, il direttore e il soprintendente perchè tutti hanno una mansione identica - cura dei pazienti - ed allora è naturale che il principio gerarchico sia costantemente in funzione anche perchè legato ad un grado di cultura identico fra di essi; un applicato, un ragioniere, un vice segretario sentono la gerarchia perchè operano tutti nello stesso campo amministrativo e la sentono anche verso l'amministratore, specie se questi ha buone attitudini; ma quando i campi di lavoro sono distanti e, sostanzialmente, diversi, del principio gerarchico resta solo il *nomen* ma a guardarci dentro c'è il vuoto.

Se tutto ciò prospetta la realtà psicologica del tempo *anteriore* al regolamento generale ospedaliero, oggi la situazione ci sembra *peggiolata*, perchè il sanitario, che sa di essere elemento - sia pure consultivo - di amministrazione, difficilmente saprà - e tanto meno vorrà - amalgamare il suo diritto di intervenire nelle deliberazioni, che lo pone in un piano superiore, colla sua qualità di dipendente gerarchico, giacchè egli è portato a ritenere che, al tavolo delle deliberazioni, non può essere il dipendente di se stesso. E così il regolamento generale ispirato ad un principio collaborazionistico fra amministratori e sanitari ospedalieri segnerà, forse, in pratica, una pagina, reciprocamente, ostruzionistica.

« In teoria - e speriamo anche in pratica - non ci sono difficoltà per regolare i rapporti fra amministrazione ospedaliera e autorità sanitaria. Le interferenze tra amministratori e sanitari ospedalieri sono abbastanza facilmente regolabili in *diritto* e volesse il Cielo che fossero altrettanto regolabili in *fatto* » scrive il Pappalardo (1). Affidiamo quindi a questa invocazione celeste la pratica applicazione del regolamento in esame.

Secondo punto di frizione: *le cose*.

Per chi, lungamente, ha dovuto amministrare ospedali, specie se clinicizzati, la gestione nosocomiale appare una delle più difficili, perchè l'ani-

(1) Pappalardo. In questa Rivista 1939. Fasc. 2^o, pag. 51.

(1) In questa Rassegna, pag. 49 e 51.

ministratore ha sempre sul tavolo due elementi costantemente ed inevitabilmente contrastanti: quello finanziario e quello tecnico-sanitario.

Nel saper trovare il punto di incontro e di equilibrio fra questi due elementi sta il segreto di una buona gestione ospedaliera. Il sanitario ha il dovere e il diritto di non trovare limiti per salvare la vita dei ricoverato e quindi ha bisogno di avere a portata di mano tutto ciò che la scienza suggerisce; il che si risolve in una spesa che, spesso, le finanze ospedaliere non consentono all'amministratore, il quale, per giustificare il suo diniego, è costretto a delibare, almeno, la necessità o l'opportunità della richiesta del sanitario (1). Sorge così, e per ovvie ragioni, il punto di frizione generatore di scintille che prendono proporzioni più o meno vaste a seconda dei temperamenti personali che si trovano di fronte: sanitari e amministratori sono uomini con proprie e separate responsabilità verso i superiori organi di controllo da un lato, e nell'ambiente in cui vivono.

L'aver consentito che l'elemento sanitario intervenga anche nelle deliberazioni estranee alla natura tecnica, in cui esso non ha poteri propri ed esclusivi e quindi nessuna diretta responsabilità, equivale ad aumentare, numericamente, i punti di frizione psicologica, che, viceversa avrebbero, dovuto diminuirsi visto che - in pratica - pare impossibile eliminarli del tutto. Ove poi, a quanto abbiamo detto finora - si aggiunga - come ritiene il Pappalardo - la possibilità di « non negare al sanitario una, per lo meno, vigilanza indiretta anche sulla gestione amministrativa degli ospedali » il quadro incendiario sarebbe completo. Vero è che l'Autore affiderebbe la vigilanza indiretta all'autorità sanitaria provinciale, ma egli che, meglio di noi, conosce le interferenze fra amministratori e sanitari, non potrebbe escludere che tale diritto o facoltà di vigilanza indiretta non discenderebbe per *li rami* fino ai sanitari ospedali, i quali, per identità di materia e di cultura non di rado si ritengono le autorità sanitarie provinciali di se stessi.

Poiché il regolamento generale ospedaliero non ha creduto ancora di consegnare l'amministrazione ospedaliera *esclusivamente* ai sanitari ospedali, poiché amministratori e sanitari devono ancora vivere dentro le stesse mura per una reciproca collaborazione e poiché gli elementi psicologici della vita ospedaliera rimangono quelli che furono, sarebbe stato - a nostro avviso - sommarmente opportuno limitare - come dicevamo in

(1) Per l'art. 22 lettera *a*) il direttore sanitario propone all'amministrazione la scelta e l'acquisto di qualsiasi genere di apparecchio di uso sanitario nonché l'arredamento ed il corredo dei reparti ospedali e controlla qualsiasi altra provvista necessaria alla gestione ospedaliera.

principio - l'intervento dei sanitari a quelle deliberazioni aventi per oggetto materia tecnica, nella quale essi hanno poteri propri ed esclusivi e quindi responsabilità diretta.

3. - MATERIA DISCIPLINARE.

Anche la materia disciplinare è rimasta esclusa dal regolamento generale ospedaliero. Poiché questo ha dato ai sanitari una posizione più netta; la parte disciplinare che li riguarda avrebbe potuto, forse, formare oggetto del regolamento generale; ma ricordando che nulla si è innovato per quanto concerne la natura giuridica delle istituzioni ospedaliere e l'ordinamento amministrativo di esse e che gli amministratori « restano i padroni di casa », appare più opportuno l'aver demandato al regolamento interno di ciascun ente la materia disciplinare.

Il principio che i sanitari ospedali dipendono dall'amministrazione non è stato innovato e poiché come scrive il Pappalardo (1) « non può negarsi da parte dei sanitari obbedienza agli ordini degli amministratori » ne discende che il principio gerarchico è ancora in funzione: nulla di più logico dunque che la materia disciplinare diretta alla tutela di questo principio sia stata demandata al regolamento interno dell'ospedale. Nessuna difficoltà al riguardo.

Invalsa, ormai, la buona consuetudine che i regolamenti degli enti locali fanno propri - in massima - le norme disciplinari dettate per funzionari statali, la materia appare facilmente disciplinabile.

Potremmo chiudere questo paragrafo se il Pappalardo, nella osservazione finale dei suoi articoli in queste pagine, non ci facesse apprendere il suo autorevole pensiero relativo ai funzionari ed impiegati *amministrativi* degli ospedali, sui quali il regolamento generale, pur tacendo, ha riflessi sotto due aspetti (5). L'Autore: *a*) « non escluderebbe una certa vigilanza dell'autorità sanitaria sull'attività del personale stesso, in quanto tale attività abbia diretto e immediato effetto sul funzionamento *sanitario* dell'ospedale; *b*) ritiene possibile che - salva sempre la preminenza degli amministratori - funzionari o impiegati amministrativi siano *sottoposti* ai sanitari, ovvero che sanitari siano *sottoposti* a funzionari amministrativi, e ciò perché se, oggi, lo stato giuridico di questi due gruppi di dipendenti ospedali 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 separati, concorrono ad un comune risultato ».

(5) Pappalardo. In questa Rivista 1939. Fasc. 2^o, pag. 53.

Se questi periodi leggessimo in una delle brillanti decisioni giurisdizionali dell'illustre Autore, non esiteremmo a plaudire; ma poichè non crediamo di potere uscire dalle mura ospedaliere dentro le quali il regolamento generale dev'essere applicato mediante regolamenti particolari *interni* ci sembra - *absit iniuria verbis* - che il lirismo che li ispira non solo non possa trovare pratica applicazione ma quanto, e per di più, sarebbe fonte di infiniti guai.

Se - come abbiamo cercato di dimostrare (intervento dei sanitari nelle deliberazioni della amministrazione) - è psicologicamente esatto che nessun sanitario, qualunque sia il suo grado, si sentirà mai dipendente di qualsiasi amministratore, a più forte ragione escluderà di « essere sottoposto a funzionari amministrativi »; e se - per la reciproca - è esatto, psicologicamente, quanto abbiamo scritto per funzionari e impiegati amministrativi verso i sanitari, è da escludere altresì che i primi possano sentirsi sottoposti ai secondi.

Se è vero poi che la realtà - in qualsiasi campo - è quella che meglio aderisce alla psicologia individuale o collettiva, il pensiero dell'A., non appare realistico o, comunque, tale da consentire pratica applicazione, quando, come l'A., si vuole « salva sempre la preminenza degli amministratori » sugli amministrativi. Poichè sanitari ed amministratori non possono considerarsi come agenti in campi separati perchè unico resta l'ente che essi devono servire e poichè, quindi, tutti gli ordini emessi da chi li può emanare non possono non avere « diretto e immediato effetto sul funzionamento sanitario dell'ospedale », facciamo il caso che un amministrativo che si senta sottoposto ad un sanitario riceva da questi un ordine contrario a quello ricevuto dall'amministratore: a chi, dei due, dovrà ubbidire? Le affermazioni dell'A. obbligherebbero l'agente ad esaminare: a) se l'ordine emana da un'autorità sanitaria che ha poteri propri o non; b) se l'ordine ha effetto diretto e immediato sul funzionamento sanitario ovvero lo abbia indiretto e mediato e via dicendo. In pratica le soluzioni saranno due: o che l'agente non eseguirà alcuno degli ordini ricevuti o che - umanamente - eseguirà quello emanato da chi potrebbe subito punirlo nel caso in cui non lo eseguisse. Se dunque in teoria, e solo in teoria, il pensiero dell'A. può essere esatto in pratica appare inattuabile.

Lo stesso dicasi per quella « certa vigilanza della autorità sanitaria (provinciale) sull'attività del personale stesso » (amministrativo) con l'aggiunta - in peggio per le conseguenze cui si potrebbe andare incontro - che in questo caso ci si potrebbe trovare di fronte ad un ordine dell'organo di vigilanza previsto dalla legge 17 luglio 1890. Ma c'è di più. Se ci facessimo a sommare i poteri propri ed esclusivi dei sanitari ospedalieri, con la sottoposizione degli amministrativi ai medesimi, con

l'intervento consultivo degli stessi in tutte le deliberazioni dell'amministrazione, con la vigilanza indiretta dell'autorità sanitaria provinciale sulla gestione ospedaliera e via dicendo, finiremmo, forse, con lo svuotare il contenuto amministrativo dell'autonomia dell'ente sol perchè esso ha finalità ospedaliera. Più logico e più semplice sarebbe stato allora che il regolamento generale fosse consegnato, di peso, l'ente ai sanitari ospedalieri e all'autorità sanitaria provinciale perchè il fine che esso persegue è e sarà sempre ospedaliero. Le affermazioni dell'A. ci sembrano quindi inficciate nel punto di partenza e precisamente là dove egli scrive che « se, oggi, lo stato giuridico di questi due gruppi di dipendenti ospedalieri (amministrativi e sanitari) può essere *ad è diverso* cioè non significa che gli uni e gli altri possano considerarsi agenti in campi diversi ». No, non sono agenti in campi diversi, ma in *settori diversi di uno stesso campo* i quali (operando sia *separatamente* che in *collaborazione*, in quei punti in cui, per volontà della norma obbiettiva, *debbono* incontrarsi) perseguono il fine dell'ente, quello ospedaliero. Solo così - a nostro modesto avviso - vedremmo rispettato *per quanto possibile* l'ordinamento amministrativo delle istituzioni ospedaliere che le norme del 1938 non hanno innovato ed il principio collaborazionistico fra amministratori e sanitari che esse hanno accolto.

4. - LO STIPENDIO DEI SANITARI.

Per il principio che « *gli amministratori restano i padroni di casa* », con limitata autonomia, ci appare logico che il regolamento generale non abbia fissata la tabella degli stipendi del personale sanitario, non solo per quanto abbiamo già scritto nel precedente articolo (il secondo) che gli stipendi vanno adeguati alla potenzialità finanziaria dell'ente, ma quanto perchè, dal lato giuridico, il silenzio del regolamento stesso ci appare riguardoso dei limiti tracciati dalla legge 6 giugno 1933, n. 947, che autorizzava il Governo Fascista a formare il testo unico delle leggi sanitarie (27 giugno 1934, n. 1265) con *facoltà di modificare ed integrare*. L'articolo 192 di questo T. U., che il Pappalardo esattamente chiama « *la matrice del regolamento ospedaliero* », al secondo comma, scrive: « L'ordinamento dei servizi sanitari e quello del personale sanitario negli ospedali predetti sono disciplinati dalle rispettive amministrazioni secondo le norme emanate con decreto reale su proposta del Ministro per l'interno sentito il consiglio superiore di sanità e il Consiglio di Stato ».

Se la facoltà di *modificare ed integrare* (del 1933) la si considera isolatamente, a sè e per sè stante, contenente cioè la sfera di azione del potere esecutivo, è facile il concludere che ben poteva il Governo fascista stabilire la tabella degli stipendi

nel regolamento ospedaliero, ma se la si mette in relazione col secondo comma dell'art. 192 (del 1934) e, con esso la si armonizzi, per precisare ancor meglio il limite del regolamento ospedaliero, apparirà logico il concludere che mentre « lo ordinamento dei servizi sanitari e quello del personale sanitario », di sapore squisitamente *tecnico, doveva* formare l'oggetto principale delle norme del 1938, la parte finanziaria inerente a tale ordinamento *poteva* (meglio, per noi, *doveva*) essere lasciata alle amministrazioni ospedaliere che *restano i padroni di casa*. Se - come si è visto - nulla è stato innovato per quanto concerne l'ordinamento amministrativo di esse e se dicendo ordinamento amministrativo non si esclude ancora che esso comprende anche il lato *finanziario* inerente (amministrare vuol dire anche spendere), conveniente ed opportuno appariva che il regolamento generale tacesse sugli stipendi, lasciandone la parola alle amministrazioni la cui autonomia, per quanto limitata, anch'esso rispetta. Sarebbe stato invero poco riguardoso verso tale autonomia il dire - in parole volgari - voi amministratori avete l'obbligo di riscuotere tutto ciò che è nel vostro diritto e dovere, ma a spendere una parte delle vostre riscossioni - e non certo la minore - provvede, preventivamente, il regolamento ospedaliero, e dovrete spendere la somma prestabilita anche quando, eventualmente, la situazione finanziaria dell'ente non lo consenta ovvero occorra ridurre altri servizi per pagare lo stipendio ai sanitari. Autonomia

si, ma fino a un certo punto *anche* nel settore amministrativo!. Tutto ciò non è avvenuto per quanto l'aver assegnate ai sanitari le cosiddette *percentuali* (art. 81-84), che fan parte del loro trattamento economico, potrebbe dare l'impressione che il silenzio regolamentare non sia poi totalitario. Meglio che uno sconfinamento nel campo economico, noi, negli articoli precitati, crediamo di vedere, l'affermazione del principio, autorevolmente riconosciuto dalla giurisprudenza del Consiglio di Stato, che i sanitari hanno un vero e proprio *diritto* alle percentuali, che in qualunque caso di quelli previsti non potrà essere disconosciuto. L'aver taciuto sul *quantum delle percentuali* riservandone le proporzioni alle norme che il Ministero dell'Interno emanerà, inteso il Ministero delle Corporazioni (art. 84) è, per noi, la conferma del rispetto ai limiti costituzionali che l'art. 192 del T. U. delle leggi sanitarie segnava al regolamento generale ospedaliero.

Trattandosi di posti di alta responsabilità che tolgono, altresì, dalla circolazione l'esercizio professionale dei titolari, la spesa, per ciascun ospedale, non potrà essere lieve, giacchè, ove così non fosse, si correrebbe l'alea di vedere disertare dai concorsi i migliori elementi. Data la situazione finanziaria ospedaliera, in genere, e la consolidata difficoltà delle riscossioni delle spese di ospedalità derivante dalla non lieta finanza dei comuni, il problema acquista una particolare importanza e va attentamente esaminato.

63543

82000

1000

1910

1910