

MICHELE LA TORRE

CONSIGLIERE DI STATO

L'ORDINAMENTO SANITARIO DEGLI OSPEDALI

ESTRATTO DALLA:
RIVISTA DELLA ASSISTENZA „
(N. 10 ottobre 1940-XVIII)



Mic B
67
75

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

MICHELE LA TORRE

CONSIGLIERE DI STATO

L'ORDINAMENTO SANITARIO DEGLI OSPEDALI

ESTRATTO DALLA:
“ RIVISTA DELLA ASSISTENZA „
(N. 10 ottobre 1940-XVIII)

ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17

1940-XVIII

1. GENERALITÀ - NORME POSITIVE E BIBLIOGRAFIA -
2. OSPEDALI PUBBLICI SOGGETTI AL REGOLAMENTO DEL 1938 - 3. OSPEDALI PIÙ, OSPEDALI COMUNALI, ECC.
- 4. CLASSIFICAZIONE DEGLI OSPEDALI; LE INFIRMERIE, ECC. - 5. NORME ESSENZIALI SULL'ORDINAMENTO OSPEDALIERO: VIGILANZA; REGOLAMENTO SPECIALE - 6. VARIE; POSTI A PAGAMENTO; TIROCINIO STUDENTI - RAPPORTI FRA IL REGOLAMENTO GENERALE OSPEDALIERO E LE ALTRE NORME (DI BENEFICENZA, ECC.)

I. - Mi propongo delineare, con queste brevi note, i principi fondamentali che reggono la posizione giuridica degli ospedali, dopo la pubblicazione del regolamento 30 settembre 1938, n. 1631, sull'ordinamento dei servizi sanitari degli ospedali stessi, ed il loro personale sanitario.

Rammento anzitutto che il testo unico sanitario 27 luglio 1934, n. 1265, contiene in tema di ospedali, istituti di cura, ambulatori e simili, due soli articoli molto schematici: l'art. 192, che si riferisce agli ospedali *dipendenti da provincie, comuni ed altri enti* (ospedali pubblici); e l'art. 193, che si riferisce agli istituti di cura, ambulatori, cliniche, ecc. aperti da persone private. Per questi istituti privati, l'art. 193 subordina l'apertura all'autorizzazione del prefetto (il quale può anche chiudere gli istituti irregolarmente gestiti per un periodo fino a tre mesi); per gli ospedali pubblici invece, l'art. 192 si limita a dichiarare:

a) che la vigilanza sull'organizzazione e sul funzionamento sanitario spetta all'autorità sanitaria;

b) che l'ordinamento dei servizi sanitari e quello del personale sanitario sarà disciplinato secondo norme emanate dal Ministero dell'Interno con un R. D.; e cioè, con un regolamento apposito (1).

(1) Quest'articolo 192 non ha precedenti nel testo unico sanitario del 1907. Esisteva invece, nel regolamento sanitario generale del 1901, un art. 87, pel quale tutti gli stabilimenti sanitari debbono avere un proprio regolamento sanitario, approvato dal prefetto.

In base a questa disposizione del T. U. sanitario, il Governo, con R. D. 30 settembre 1938, n. 1631, ha emanato un regolamento *delegato*, dal titolo: «Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali» il cui contenuto può così riassumersi:

a) classifica degli ospedali, a seconda della loro importanza (art. 1-9) e servizi ospedalieri accessori;

b) personale sanitario (direttori, primari, aiuti, assistenti, ostetriche, ecc., e procedimento per i relativi concorsi) (artt. 14-77); vi sono anche poche norme sulle nomine, sulle attribuzioni, sulle percentuali di spettanza dei sanitari;

c) alcune disposizioni sul servizio interno: accettazione infermi, rette di degenza, convenzioni colle Mutue, scuole per infermiere, corsi per assistenti (artt. 79-88); vigilanza, e regolamenti dei singoli ospedali (artt. 93-95); disposizioni transitorie (artt. 96-100).

Come è chiaro, tre quarti del regolamento, e anche più, riguardano il personale ospedaliero, e, in gran parte, i *concorsi relativi*; nè ciò deve sorprendere, poichè anche per i sanitari comunali si è dovuto fare un diffuso *regolamento sui concorsi* (R. D. 11 marzo 1935, n. 281). Più armonico sarebbe stato, forse, fare due regolamenti distinti, uno sul servizio ospedaliero, un altro sui concorsi del personale ospedaliero.

Comunque, e premessi questi brevi cenni elucidativi, enumero qui le norme positive, che allo stato attuale (autunno 1940-XVIII) reggono la materia (oltre - naturalmente - i citati articoli del T. U. ed il predetto regolamento del 30 settembre 1938, n. 1631):

a) R. D. 29 marzo 1940, n. 207, che modifica gli artt. 47, 56 e 99 del regolamento citato;

b) il Decreto del Duce, in data 20 luglio 1939 (*Gazz. Uff.* 11 agosto) portante istruzioni per le costruzioni ospedaliere;

c) il Decreto del Ministero dell'Interno 1º gennaio 1940, con cui si stabiliscono i compensi spettanti ai sanitari ospedalieri, per i ricoveri a spese di enti mutualistici ed assicurativi.

Merita anche di essere ricordata la circolare 1° febbraio 1939 (1), colla quale il Ministero illustrava il regolamento ospedaliero.

Dopo di ciò, sarà utile al lettore avere presente la ristretta bibliografia, sin'ora esistente in materia (2):

1. SPINELLI SALVATORE, *L'ordinamento dei servizi sanitari ospedalieri*, Como, Nani, 1939;

2. NAZZARO e DE CECCO, *Codice ospedaliero*, Istituto poligrafico dello Stato, 1939;

3. PAPPALARDO NINO, *Le norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari*, ecc., nella « Rivista dell'assistenza », gennaio 1939.

4. PAPPALARDO NINO, *Il nuovo stato giuridico dei sanitari ospedalieri*, nella « Rivista del pubblico impiego », gennaio 1939.

Sia lecito ricordare anche un mio scritto:

Primi lineamenti di diritto ospedaliero, nella « Rivista dell'assistenza e beneficenza », maggio 1937.

2. - Nel mio precedente studio (3) mi sono soffermato in modo particolare sulla distinzione fra ospedali pubblici ed ospedali privati. Sono ospedali pubblici quelli dipendenti da enti pubblici, ossia amministrati da tali enti. Sono invece ospedali privati quelli gestiti da soggetti privati, come da un privato professionista, da una congregazione religiosa, da una società (civile) di benefattori, o di mutuo soccorso, ecc. È ovvio che gli ospedali amministrati da enti pubblici non possono avere fine egoistico o speculativo, mentre i soggetti privati, o avranno un fine utilitario o speculativo, o avranno un fine - sia pure altruistico - che non sia stato ancora dichiarato « pubblico » con un decreto di « riconoscimento » dell'istituzione.

Aggiungevo però nel mio citato scritto che un ospedale è pubblico, nella comune terminologia, quando risponde ad un ulteriore requisito: quello di essere aperto al pubblico. Specificavo perciò che non sono ospedali pubblici, retti dalle comuni norme sanitarie, gli ospedali militari, i locali comunali d'isolamento (che si aprono solo quando si debbono curare malati infettivi) e gli ospedali creati da enti pubblici, per propri particolari scopi: così, gli ospedali sanatoriali creati e gestiti dall'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale. Questo io scrivevo nel 1937; ma il regolamento del 1938, di cui ho già fatta parola, pare abbia voluto estendere il regime comune degli ospedali agli ospedali dipendenti da qualsiasi ente pubblico (art. 1) qualunque esso sia; epperò rientrerebbero nella sfera del regolamento del

1938 anche gli ospedali sanatoriali, di cui ho fatto parola. Sembra pacifico, invece, che non rientrino nelle norme generali gli ospedali militari e i locali comunali d'isolamento, perchè essi, a parte il fatto che sono normalmente chiusi al pubblico, sono retti da speciali disposizioni. Neppure rientrano nelle norme comuni i manicomi, e gli ospedali a carattere scientifico, ossia quelli clinici o clinicizzati: giusta menzione contenuta nell'art. 1 del regolamento del 1938. Vero è che, circa le cliniche, l'art. 1° del regolamento del 1938 usa una frase di dubbia portata: « gli istituti di carattere scientifico sono regolati dai propri statuti organici » (1); ma la circolare 1° febbraio 1939 del Ministero dell'Interno chiarisce che tali istituti sono del tutto sottratti al regime del regolamento del 1938 (2).

3. - Un'altra distinzione importante, da me sottolineata nel citato scritto del 1937, è quella fra ospedali che sono retti da istituti pii, ossia da istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, ed ospedali retti o amministrati dallo Stato, dai Comuni, dalle Province, da altri enti locali (es., Casse di risparmio ordinarie) o parastatali (es., Istituto Nazionale Fascista contro gli infortuni del lavoro, Istituto Nazionale Fascista per la previdenza sociale, ecc.). In più brevi termini, può distinguersi fra ospedali pii ed ospedali pubblici in senso stretto.

La distinzione è importante, perchè l'amministrazione dei primi (ospedali pii) è retta, fondamentalmente, dalla legislazione sulle istituzioni pubbliche di beneficenza, oltre che dalle norme - per dir così - sanitarie, e dal regolamento del 1938. Il secondo gruppo di ospedali sarà retto invece da norme particolari (legge comunale, norme su quel dato ente parastatale, ecc.) oltre che dalle norme sanitarie.

Questo stato di cose è rimasto fermo anche dopo il regolamento del 1938. In altre parole il legislatore, pur rendendo sempre più larghi e spiccati l'ingerenza e il controllo sugli ospedali, ai fini sanitari, e per opera delle autorità sanitarie, non ha creato un tipo di « enti locali sanitari » regolati in tutto e per tutto da norme apposite. Ed invece, poichè gli ospedali sono, in definitiva, stabilimenti di beneficenza, o stabilimenti comunali, o di enti parastatali, etc., il legislatore ha lasciato in vita un concorso di norme o di ordinamenti che incidono su uno stesso istituto (l'ospedale).

Può dirsi, in conseguenza, che la gran massa degli ospedali rimane amministrata da consigli

(1) Collez. Celerifera, 1939, pag. 409.

(2) Prescindo, naturalmente, dalle trattazioni generali in materia di beneficenza, da quelle concernenti le spedalità, ecc.

(3) *Primi lineamenti*, ecc., ecc.

(1) Sarebbero dovuto aggiungere che sono regolati dal T. U. sull'istruzione superiore e dalle norme relative.

(2) Non sono sottoposti a tale regime, logicamente, neppure quegli istituti che hanno scopo prevalente di ricovero, più che di cura: tali i ricoveri e case di riposo per vecchi inabili, i brefotrofi ecc.

amministrativi retti dalle leggi sulla beneficenza; e questi consigli conservano gli antichi poteri, salvo qualche limitazione introdotta col regolamento del 1931. Così, si dovrà procedere alla nomina dei sanitari mediante concorso, colle norme previste dal regolamento del 1938; ma per quanto concerne il potere disciplinare, i collocamenti a riposo, le forniture all'istituto, le deliberazioni ed i contratti relativi, etc., non potrà osservarsi che la legislazione sull'assistenza e la beneficenza pubblica.

Vero è che, creati per iniziativa di privati benefattori, o di qualche ente pubblico, gli ospedali esistenti non sono diffusi sul territorio nazionale secondo un piano organico: in qualche punto abbondano, in altri difettano: tanto meno la competenza nosologica è ripartita fra essi in base ad un criterio nazionale. Di questo stato di cose si è reso conto il Ministero dell'Interno, il quale con circolari 21 agosto e 18 ottobre 1937 richiese ai Prefetti elementi statistici e studi, affinché potesse compilarsi un piano regolatore nazionale dell'assistenza ospedaliera. Tale assistenza - rilevava il Ministero - è oggi divenuta un vero e proprio servizio d'interesse sociale, chiamato ad integrare l'assistenza medico-chirurgica, ostetrica e farmaceutica, curata dal Comune. Il progetto del Ministero dell'Interno, per altro, ha avuto sin'ora poco o punto seguito: è facile mutare la competenza nosologica di un ospedale, in guisa da distribuire opportunamente i compiti fra gli ospedali stessi: è facile pure chiudere un ospedale in un luogo, in cui gli ospedali sovrabbondano: ma per creare nuovi ospedali moderni ove questi difettano, occorrono mezzi, ingentissimi, che lo Stato, almeno per ora, non può fornire. Nè conviene dimenticare - viceversa - che moltissimi e grandiosi ospedali, nuovi padiglioni, nuove sale, etc. sono sorti, anche in epoca recente, in seguito a generosi atti di filantropia; e non pochi ne potranno sorgere, nello stesso modo, in futuro, ovviando per tal modo, in certi limiti, alla mancanza di fondi statali. Ma se così è, questi istituti debbono, per quanto possibile, conservare il loro carattere giuridico di ente di beneficenza; i benefattori o i loro discendenti debbono, quando possibile, conservare l'amministrazione; gli atti di fondazione, debbono essere, per quanto possibile, rispettati, ecc.: altrimenti la beneficenza, anziché essere incoraggiata e promossa, si inaridisce. Per queste ragioni io non auspico quella conversione radicale degli ospedali - pie istituzioni in *enti sanitari*, sottoposti ad un regime *sui generis* e prettamente sanitario: conversione che al mio autorevole camerata e caro amico, NINO PAPPALARDO, sembra riservata dall'avvenire (1).

4. - Il regolamento del 1938 si è trovato di fronte al problema della classificazione degli ospedali, ai fini - quasi esclusivamente - della nomina e della carriera del personale. Anzitutto, se l'ospedale è grande o grandissimo, dovrà avere un personale sanitario direttivo, (avente particolari requisiti) che negli ospedali minori non occorre. In secondo luogo, il prestare servizio (ad es., come aiuto o come primario) in un grandioso ospedale, ovvero in un ospedale minuscolo, non può avere lo stesso valore ai fini della carriera; l'aiuto in un grande ospedale ha titolo a passare primario in un piccolo: e non viceversa.

Il regolamento pertanto (artt. 6, 1) ripartisce gli istituti pubblici di cura in quattro classi:

ospedali di 1ª categoria (ospedali generali con una media giornaliera di oltre 600 degenze, ed aventi reparti anche per le principali specialità (ostetricia, pediatria, oculistica, etc.); ovvero ospedali *specializzati* con una media giornaliera di oltre 200 degenze);

ospedali di 2ª categoria (ospedali generali con media di degenze da 200 a 600; o specializzati con una media da 100 a 200). L'ospedale può essere di 2ª cat. anche se non raggiunga le 200 e 100 degenze, ove sia sito in un capoluogo di provincia; ove non siavi *in loco* altro ospedale più importante, ed ove abbia almeno un reparto di medicina, un reparto di chirurgia, una sezione di specialità ed idonei servizi generali;

ospedali di 3ª categoria, aventi una media di degenze giornaliere da trenta in su;

infermerie, che hanno una media giornaliera di degenze inferiore a trenta e che accolgono malati non bisognevoli di importanti interventi chirurgici, etc.: hanno soltanto sale di degenza ed un locale per i sospetti contagiosi.

Sulla classificazione non trovo niente da osservare, soltanto mi pare poco felice la distinzione introdotta dal regolamento, fra ospedali ed infermerie. Per la legge sanitaria, anche le infermerie sono ospedali: nell'uso comune, si chiamano ospedali: lo stesso regolamento del 1938 le comprende fra gli ospedali, tanto che il titolo del regolamento parla di ospedali in genere e non di ospedali ed infermerie. Meglio avrebbe quindi fatto il regolamento, se per le infermerie avesse usato il termine: ospedali di 4ª classe, ospedali sussidiari, o altro simile. Comunque, non deve dubitarsi che, agli effetti di altre disposizioni (es., rette di ospedalità, amministrazione dell'ente, ecc.), anche le infermerie sono ospedali. Ed ancora, il Decreto del Duce sulle *costruzioni ospedaliere* si applica anche alle infermerie, e noi stessi, nel corso di queste scritte, parlando di ospedali, non potremo, di regola, non alludere anche alle infermerie.

Ciò posto, è utile specificare le più notevoli conseguenze che discendono dall'appartenenza di un istituto all'una o all'altra delle quattro categorie:

(1) Le norme generali per l'ordinamento, ecc., pag. 8 dell'estratto.

a) il personale sanitario degli ospedali di 1^a e 2^a cat. non può occupare altri posti di ruolo presso altri enti pubblici, cliniche, ecc. nè può risiedere fuori comune; ha invece diritto alla libera attività professionale, salvo alcuni casi (art. 19 del regolamento);

b) le commissioni giudicatrici pei concorsi sono composte in guisa diversa;

c) alcuni ospedali debbono avere un direttore sanitario (art. 21): altri (di 1^a o 2^a cat.) possono servirsi all'uopo del primario (1); quelli di 3^a avranno, di solito, un primario, o un semplice medico ospedaliero; le infermerie avranno un sanitario, qualora non si avvalgano del medico condotto (artt. 75, 76).

d) i concorsi per direttore sanitario degli ospedali di 1^a cat. si fanno per titoli, gli altri per esami;

e) i concorsi per direttori degli osp. di 1^a e 2^a cat. si fanno ogni anno, con unico bando, e si decidono presso il Min. dell'Interno, da unica commissione.

Un'altra distinzione fra i vari istituti di cura, ed alla quale, implicitamente ho già accennato, è quella fra istituti od ospedali generali (che ricoverano ed assistono, cioè, ammalati di qualsiasi specie e per qualsiasi malattia) ed istituti specializzati (es. per malati dell'apparato respiratorio, degli occhi, etc.; per bambini, vecchi etc.). La distinzione non ha però grande importanza ai fini dal regime giuridico degli ospedali: soltanto è da rilevare:

a) l'istituto specializzato si presume, a parità di numero di degenti, più importante di un ospedale generale: epperò un ospedale specializzato è di 1^a categoria, se ha una media di più di 200 degenze; mentre per un ospedale generale la media deve superare le 600. Questa presunzione di maggiore importanza si riflette anche sul servizio prestato presso l'ospedale specializzato;

b) gli ospedali generali, però, si considerano importanti (e, propriamente, di 1^o cat.) quando hanno anche vari reparti di specializzazione; e sono di 2^a cat., quando hanno almeno una sezione specializzata.

L'appartenenza di un ospedale all'una o all'altra delle quattro categorie è dichiarato dal prefetto o dal Ministero (art. 9, 95 del regolamento); a seconda che si tratti di ospedale avente una sfera d'azione locale o provinciale, ovvero nazionale.

5. - Sull'ordinamento interno, il regolamento del 1938 contiene alcune importanti disposizioni, che vanno richiamate e chiarite.

(1) La circolare 1^o febbraio 1939, richiamando l'art. 21 del regolamento, aggiunge che le funzioni di direttore negli ospedali di 2^a cat. possono essere assolve anche dall'ufficiale sanitario locale, ove non eserciti la libera professione. Veramente, l'art. 21 (nel testo della *Gazzetta Ufficiale*) non dice nulla di ciò.

Vigilanza dell'autorità sanitaria. Anzitutto, col regolamento del 1938 hanno un notevole sviluppo, su tutti gli ospedali, anche se enti di beneficenza, la vigilanza e l'ingerenza dell'autorità sanitaria (Prefetto, Ministero dell'Interno): vigilanza che prima era ben limitata (1). Ciò, formalmente, ha talvolta poco rilievo, perchè anche in tema di beneficenza sono competenti le autorità medesime, e cioè Prefetto e Ministero dell'Interno: ma, in ogni caso, altro è un provvedimento prefettizio predisposto dall'ufficio sanitario, altro è un provvedimento prefettizio predisposto dalla divisione beneficenza.

Questa vigilanza ed ingerenza dell'autorità sanitaria si svolge in vari modi:

a) classificazione dell'ospedale (art. 9, 95 regolamento);

b) omologazione dei regolamenti speciali dei singoli ospedali (art. 94);

c) controllo delle deliberazioni concernenti divieto della libera professione pei sanitari (articolo 19).

A *contrariis*, è chiaro che le altre deliberazioni non sono soggette a controllo dell'autorità sanitaria, ma ai controlli normali; così una deliberazione di licenziamento del direttore, del primario, etc., Non nego però che, in molti casi, un *previo concerto* fra i vari organi di vigilanza, (ufficio amministrativo della prefettura, ufficio del medico provinciale) sarebbe opportunissimo, e bene avrebbe fatto il regolamento generale ospedaliero a richiederlo.

d) partecipazione e ingerenza nelle commissioni pei concorsi a posti di sanitario (artt. 43, 48, etc.); 75, 76);

e) controllo sulle rette, i posti a pagamento, le partecipazioni ai sanitari (artt. 81, 84);

f) vigilanza sull'andamento sanitario dell'ospedale (art. 93). Ove un istituto non possieda i requisiti igienico sanitari, il prefetto può prescrivere un termine perchè si provveda. In difetto di ottemperanza, è da ritenere, il prefetto potrà mandare un commissario, provocare provvedimenti disciplinari a carico del personale sanitario o amministrativo responsabile, disporre stanziamenti di ufficio in bilancio, provocare fusioni, aggregazioni, mutamento nel fine dell'istituto, etc.; e se i locali, gli impianti non rispondano in alcun modo, irrimediabilmente, alle esigenze igieniche, non mi sorprenderebbe neppure che il prefetto faccia chiudere l'istituto, almeno in via provvisoria (2).

Giustamente nota il Pappalardo (3) che il carattere spiccatamente tecnico di questa vigilanza non

(1) Si ricordi il citato art. 87 del regolamento generale sanitario del 1901.

(2) Non disforme, in sostanza, mi pare l'opinione del PAPPALARDO, *L'ordinamento*, ecc., pag. 13 dell'estratto.

(3) *Op. cit.*, estratto, pag. 14.

produce l'effetto di porre in rapporti diretti l'autorità di vigilanza e i sanitari ospedalieri, scavalcando gli amministratori dell'ospedale. I sanitari ospedalieri sono pur sempre degli impiegati o dipendenti dall'Amministrazione ospedaliera: e se se si infrange il vincolo gerarchico fra gli amministratori ed i sanitari, l'istituto non può più funzionare regolarmente, e comunque, gli amministratori non possono più rispondere — come sarebbe loro dovere — delle sorti dell'ospedale.

Il regolamento ospedaliero del 1938 ha fatto ai sanitari una posizione dignitosa, facendo intervenire i direttori in seno all'amministrazione, con voto consultivo, da inserire a verbale (art. 22, lett. a); ma più oltre non si deve andare. Del resto, lo stesso art. 93, in sostanza, correttamente dispone che il prefetto, in caso di irregolarità, le segnali all'Amministrazione perché l'Amministrazione possa uniformarsi, e non ai sanitari. E parimenti, i sanitari possono corrispondere coll'autorità di vigilanza, solo pel tramite dell'Amministrazione; salvo, se e quando del caso, i contatti verbali fra medico provinciale e sanitari ospedalieri.

Regolamenti speciali dei singoli ospedali. — L'articolo 95 del regolamento del 1938 stabilisce che, entro tre anni dal provvedimento con cui Prefetto o Ministero hanno stabilito la classifica dell'ospedale, le amministrazioni ospedaliere dovranno (1) modificare i propri regolamenti (interno sanitario e del personale sanitario) in conformità ai principi contenuti nel regolamento del 1938. L'art. 94 aggiunge che questi regolamenti speciali (interno sanitario e del personale sanitario) sono soggetti ad omologazione, e cioè ad esame (esteso, a mio avviso, anche al merito) (2) da parte del Prefetto o del Ministero dell'Interno, a seconda della sfera d'azione dell'ospedale. In pendenza del decorso del triennio, il regolamento del 1938 deve applicarsi o no?

Il Pappalardo, salvo errore, risponde negativamente; io, invece, propendo per l'affermativa, ben inteso in quanto si tratti di ordinamento che possa materialmente attuarsi anche prima dell'allestimento dei regolamenti speciali o locali, ed in tale mia opinione sono rafforzato dalla circolare Ministeriale del 1° febbraio 1939 (Norme per l'applicazione del regolamento del 1938) nella quale si dichiara (n. 4) che la nuova disciplina dei concorsi deve applicarsi senza indugio.

5. — *Ordinamento dei servizi ospedalieri.* Giusta l'art. 4 e segg., ogni ospedale (salvo che sia specializzato o esiguo) si divide in reparti, ognuno

per una specifica cura (medicina; chirurgia; pediatria; ostetricia, etc.). Ogni reparto, salvo il caso di quelli assai ristretti, si divide in *divisioni*, aventi ciascuna da 60 a 120 posti-letto, ed un distinto servizio assistenziale-sanitario; la divisione è diretta da un primario. Ogni divisione a sua volta si divide in sezioni, avente ciascuna una trentina di letti.

Determinazione dei posti per malati a pagamento.

Mentre prima ogni Amministrazione ospedaliera era libera di fissare in misura maggiore o minore i posti per gli abbienti, l'art. 83 del regolamento del 1938 stabilisce che gli istituti possono accogliere malati abbienti, a pagamento, « entro il limite di un decimo della loro capacità ricettiva ». Lo scopo della norma è indubbiamente lodevole almeno nei riguardi degli ospedali pii, e cioè, per quelli che sono istituzioni di beneficenza (per gli altri, a dir vero, la disposizione si capisce poco): ed infatti se in un ospedale-istituzione di beneficenza si mette gran numero di malati abbienti, profittando della casuale disponibilità di letti, accade che non si ritrovano poi, più letti per ricoverare i poveri, quando questi affluiscono in misura considerevole. L'opportunità del limite massimo del decimo è per altro, discutibile; se in un Comune vi sono pochi poveri, e pochi ne affluiscono all'ospedale (salvo il caso di vere epidemie) non pare molto utile tenere molti letti vuoti per tutto l'anno, e rifiutare gli abbienti; ciò che potrebbe verificarsi specialmente in ospedali specializzati. Infine, dovrebbe tenersi conto dell'eventuale, notevole disagio finanziario in cui un ospedale, per avventura si trovi; nonchè di eventuali disposizioni delle tavole di fondazione. Concludendo, la disposizione in esame, potrebbe opportunamente — se io non erro — essere temperata.

Un'ultima disposizione interessante è quella dell'art. 78, che dà facoltà alle amministrazioni ospedaliere di ammettere, in numero limitato, a frequentare l'ospedale, per scopi di pratica e studio, sia i laureati in medicina, sia gli studenti in medicina e in farmacia. Più che di una facoltà, si tratta però (almeno nei grandi ospedali) di un obbligo: ed infatti la disposizione del regolamento ospedaliero va messa in relazione colle norme sugli studi universitari e le lauree (R. D. 7 maggio 1936, n. 882). Per effetto di tal R. D., non si può conseguire la laurea in medicina e chirurgia, se il laureando, dopo la chiusura dei corsi d'insegnamento del 6° anno, non compie un tirocinio pratico ospedaliero della durata di un semestre. È chiaro, il R. D. risulterebbe inapplicabile, se le Amministrazioni ospedaliere rifiutassero l'ammissione ai tirocinanti (1).

Sulla generica portata del regolamento generale ospedaliero, nasce una delicata questione, ed è la

(1) Coi normali controlli: se si tratta di opere pie locali, approvazione della G. P. A. (art. 94 regolamento 1938).

(2) Dubbio è in proposito il PAPPALARDO, *cit.* A me pare che tutte queste omologazioni o nulla osta su *regolamenti* si siano sempre estesi al merito.

(1) V., su questo tirocinio, le circolari Ministeriali 2 giugno 1937 e 28 aprile 1938.

seguito: in quali rapporti si trova il regolamento generale ospedaliero, con altre norme di legge (poniamo, regolatrici della beneficenza, di enti parastatali, dei Comuni, ecc.?) In altre parole, se il regolamento ospedaliero viene a trovarsi in contrasto con tali norme, che genericamente si riferiscono *anche agli ospedali* (come è, ad es., per le leggi nella beneficenza) quale norma deve prevalere? la norma specifica, e cioè il regolamento ospedaliero del 1938; o quella generale?

Se, invece che di fronte ad un regolamento, fossimo di fronte ad una legge, la questione non sorgerebbe: perchè è ben noto e pacifico principio, che una legge posteriore speciale deroga alle leggi anteriori generali. Ma si tratta di un regolamento (sia pure delegato) che viene a trovarsi in contrasto con una legge, sia pure generica: quale norma prevarrà?

Il Pappalardo, nel suo citato scritto, ha trattato il tema ampiamente (1).

Io mi limito all'essenziale; e, dissentendo dal Pappalardo, propendo a credere che debba applicarsi il regolamento del 1938. Il legislatore sanitario del 1934 avrebbe potuto regolare tutta la

materia degli ospedali: non l'ha fatto, ed ha impartito in proposito una delega al Governo. Queste norme delegate sono sopraggiunte, ed hanno, senza dubbio, una particolare ed intensa efficacia: in materia di ospedali, non è dato discostarsene. Se il legislatore, alludendo, in genere, a tante materie (es., tutte le istituzioni di beneficenza) ha dettato disposizioni disformi, sia prima, che dopo del 1934, a me non pare che con tali disposizioni possa porsi nel nulla il disposto del regolamento generale ospedaliero, perchè la materia ospedaliera è stata già trattata a parte, in modo specifico, con forza di legge ed in forza di legge. Ed anche le leggi generali, successive al 1938, non derogano alla precedente *legge speciale*, rappresentata dal regolamento del 1938. Non nego però che la questione è delicata e complessa, e che gli argomenti addotti in contrario dal Pappalardo sono ragguardevolissimi.

Rimarrebbe ora da trattare, per compiere lo studio del regolamento del 1938, tutta la materia concernente lo stato dei sanitari ospedalieri (corsi; diritti; doveri; emolumenti; disciplina, ecc.). Ma l'argomento è troppo ampio e complesso e richiede un'indagine *ad hoc*. Mi riservo di procedervi in altro articolo.

(1) *L'ordinamento*, cit., pag. 10 dell'estratto.

60545



1884/12

3219