



BRUNO FASSETTA

Direttore Amministrativo Ospedale Civile di Udine

NOTE SULL'ORDINAMENTO DEGLI OSPEDALI

ESTRATTO DALLA:

“ RIVISTA DELLA ASSISTENZA „

ORGANO DELL'UNIONE ITALIANA DI ASSISTENZA ALL'INFANZIA

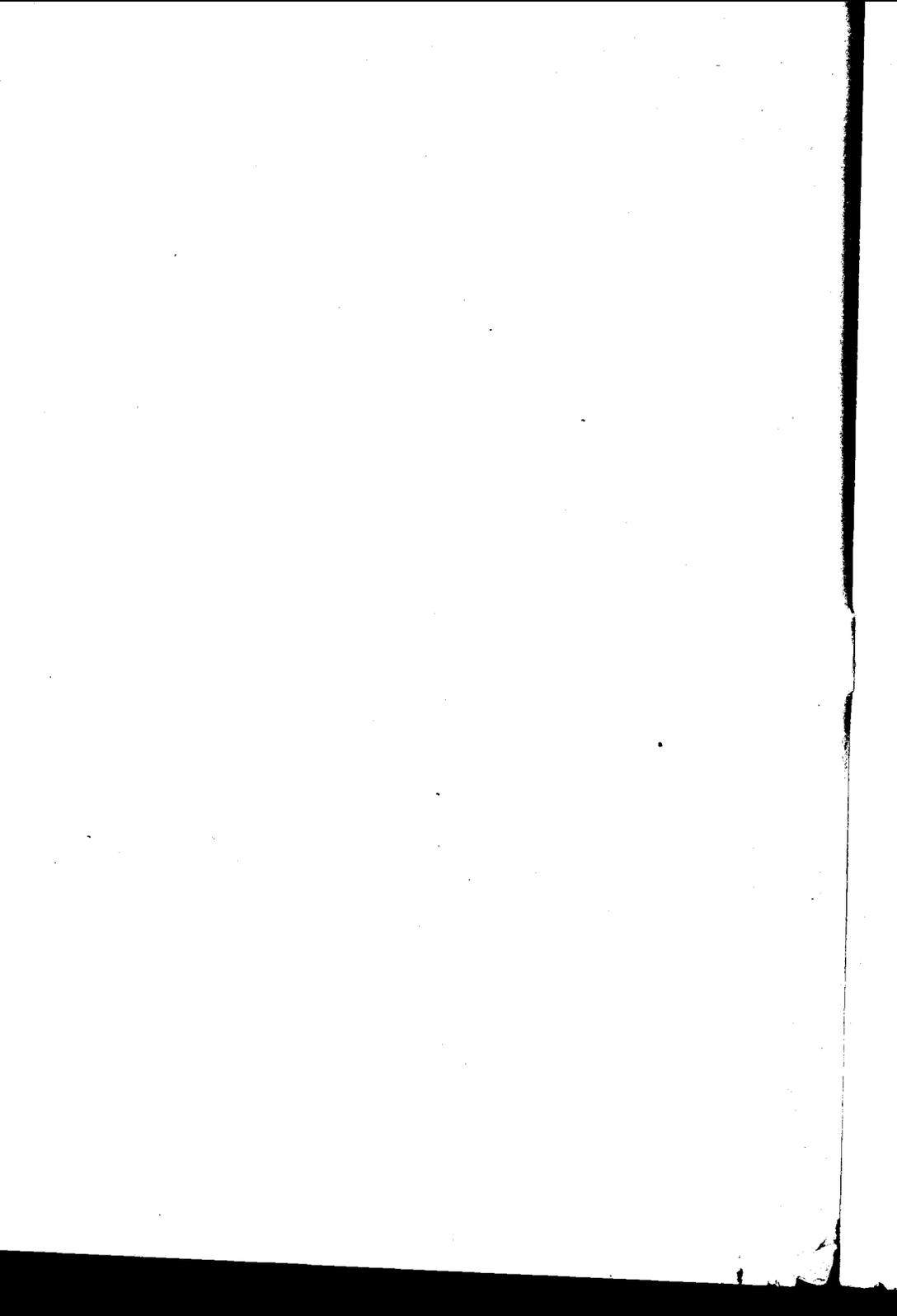
(N. 4 - Aprile 1939-XVII)

ROMA

TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA

Via Emilio Morosini, 17

1939-XVII

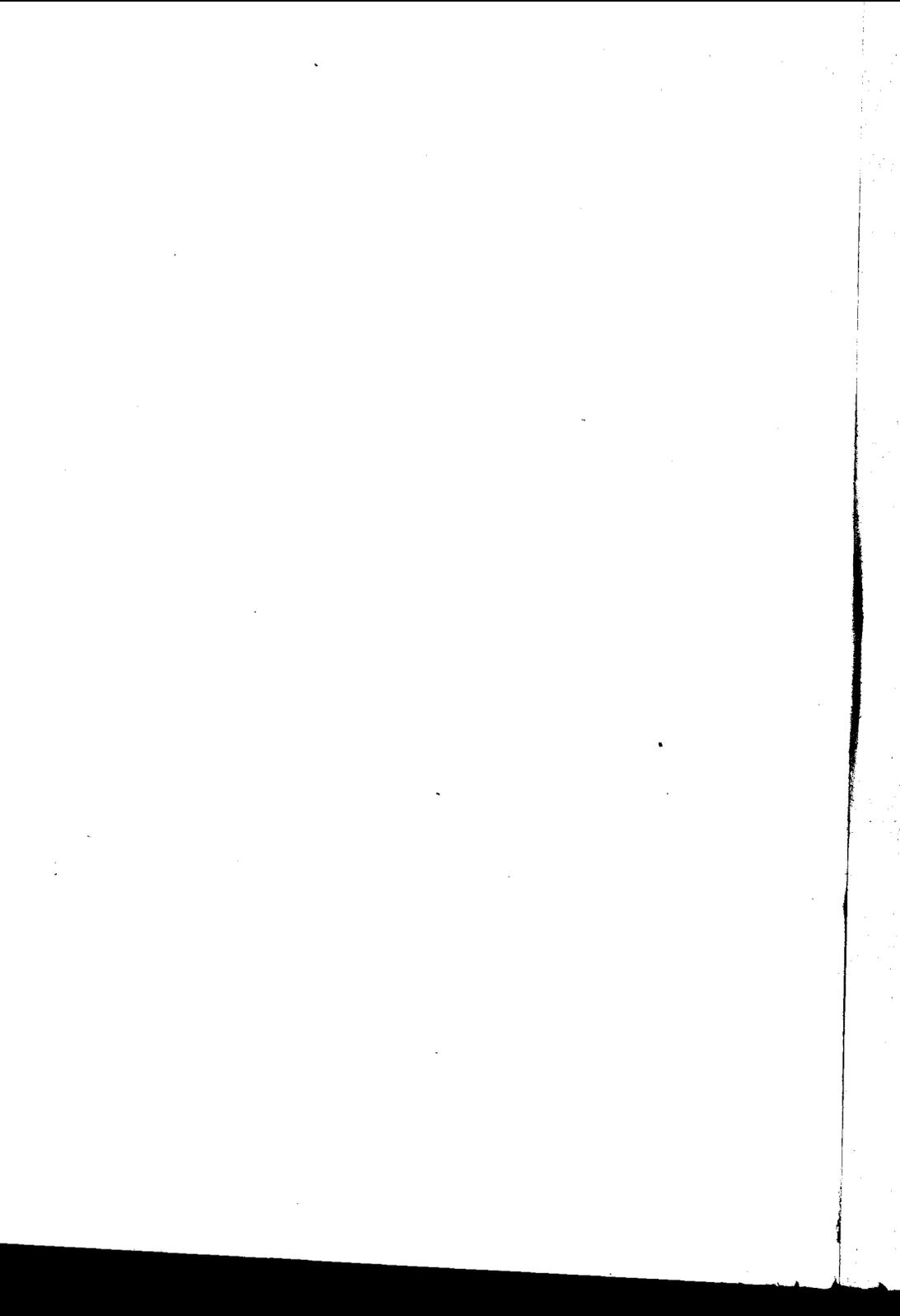


BRUNO FASSETTA

NOTE SULL'ORDINAMENTO DEGLI OSPEDALI

ESTRATTO DALLA:
" RIVISTA DELLA ASSISTENZA " 
ORGANO DELL'UNIONE ITALIANA DI ASSISTENZA ALL'INFANZIA
(N. 4 - Aprile 1939-XVII)

ROMA
LITOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17
—
1939-XVII



La pubblicazione del R. D. 30 settembre 1938-XVI, n. 1631 concernente l'« Ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli Ospedali », che costituisce un mezzo efficace di comune orientamento per la disciplinata organizzazione dell'assistenza nello Stato, ha già tratto a risuonare le più autorevoli voci. Esse in massima esprimono largo consenso alla nuova codificazione di norme regolamentari, pur proferendo acute osservazioni, a seguito delle quali l'Autorità Centrale fisserà la propria attenzione e porrà la migliore cura volta a raggiungere il voluto perfezionamento attraverso l'utile esperienza.

A saggi brillanti di dottrina e di competenza, hanno fatto eco pratici commenti e facili ricerche di composizioni e di indirizzi consequenziali. Commenti più o meno contenuti in accorta misura di adozione e di interpretazione rispetto la legge, e più o meno corrispondenti ai modelli del passato e ai progetti di questa per il divenire delle istituzioni ospedaliere. Ricerche non sempre avviate a far riconoscere speditamente i propositi uniformatori della legge che attende il suo testo unico. Tuttavia buona volontà di accumulare a disegni disegni, a esperienza esperienza, a tentativo tentativo, a prova prova.

Soltanto così, della legge desiderata si formeranno lo scheletro ed il tessuto fondamentale e durevole. Tanto più ciò, in quanto il piano assistenziale abbisogna del più razionale coordinamento delle sue parti,

oggi che il compito suo si estrinseca in direzioni molteplici, con intenti diversi, con svariati mezzi.

Al nuovo testo — da tempo in corso di elaborazione — conferisce ormai, prima del suo apparire, particolare prestigio la prudenza con cui lo Stato, movendo da punti diversi (a volta dal centro, a volta dalla periferia) e rilevando e organizzando per gradi le importantissime branche del soccorso e dei mezzi dell'assistenza, si accinge ad elaborarlo.

Se è lecito esprimerlo, il desiderio è che il progetto del nuovo testo unico venga fatto conoscere prima che esso sia sottoposto alla approvazione, per dare modo a quanti amano collaborare, di conferire il proprio parere e con esso il modesto contributo di sapere e di esperienza. Parere che potrà formare pur sempre oggetto di vaglio presso le autorità competenti, ma che sarà bene a priori conoscere.

* * *

Fatto riferimento al prezioso commento del Pappalardo, pubblicato da « Rivista della Assistenza » nei numeri 1 e 2 del corrente anno, col quale viene illustrato il substrato giuridico ed il fondamento organico del nuovo ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli Ospedali, per assegnare a quanti hanno giurisdizione e causa col complesso dell'attività assistenziale, il rispettivo ufficio, i limiti, i poteri e i doveri, non si possono non trarre necessarie deduzioni.

1. La figura dell'attuale reggenza delle istituzioni ospedaliere, il consiglio di amministrazione, è un anacronismo.

Infatti, dati i campi di vigilanza dell'autorità provinciale, date le funzioni particolarmente disciplinate da legge e da regolamenti delle competenze sanitarie e di quelle amministrative in seno agli ospedali, un consesso deliberante del tipo dei sopravvissuti consigli d'amministrazione, non ha più ragione di esistere.

Meglio sarà affidare la reggenza degli ospedali ad una sola persona di nomina prefettizia (o ministeriale), coadiuvata da un vice reggente (il nome potrebbe andare, perchè quello di presidente involge l'idea del consesso) col concorso dei due direttori, quello sanitario e quello amministrativo, per la formazione di tutti gli atti di governo disciplinare, tecnico ed economico dell'azienda. La speditezza degli atti, la facilità di contatti con l'autorità, la serrata e vigile integrazione dei rispettivi compiti fra gli organi dirigenti, porranno in grado le istituzioni di sviluppare tempestivamente ed ordinatamente, senza gli inceppamenti di impreviste ed imprevedibili interferenze, la propria libera e piena attività. Con quale vantaggio e quale migliore prestigio dell'Ente è facile arguire.

Per le attribuzioni che questo nuovo assetto amministrativo riconoscerà alle persone, salvo opportuni adattamenti di facile introduzione, basterà fare capo alle norme che regolano l'istituto del podestà.

2. La situazione del personale dipendente dall'Ospedale, specie per quanto riguarda l'assegnazione e il riconoscimento delle rispettive competenze fra amministrativi e sanitari, non potrà ingenerare in costoro tendenze a prevalere gli uni sugli altri, allorchè si sarà dato modo alla reggenza di assumere tutti gli atti di governo della istituzione cui sovrintende, in collaborazione e con l'intervento dei due organi direttivi, capi delle branche amministrativa e sanitaria, per modo che ne sia sempre da essi, per le rispettive competenze, condivisa la responsabilità.

Occorrerà tessere una norma regolamentare che perfezioni, anche dal punto di vista istitutivo, il rapporto disciplinare che si istituirà fra il capo dell'ente ospedaliero e gli organi tecnico e amministrativo, nonchè l'interdipendenza dei compiti rispettivi fra questi ultimi.

In verità, la cosa è più semplice di quanto non sembri e, posti l'interessamento e le responsabilità concorrenti degli organi preintesi, dalla norma disciplinare non potrà sortire che effetto di armonica collaborazione e di chiara fusione e compenetrazione di atti tutti svolti, sempre e unicamente, a favore dell'istituzione.

Con ciò sarà facile, ed a priori, ovviare anche agli inconvenienti, ammesso e non concesso che vi siano, conseguenze di quella « mentalità amministrativa che chiameremo autitecnica, che vede nel direttore sanitario un elemento di cui non si può fare a meno, ma del quale si debbono limitare ed attenuare le attribuzioni. Mentalità che si ritrova ancora in qualche ufficio amministrativo che si compiace della confusione dei poteri e non vuole riconoscere che l'amministrazione deve solo amministrare e non dirigere, perchè non può e non sa... », che il poderoso articolista *** cita nella sua pubblicazione « Commento alle norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale degli Ospedali » apparsa sul N. 2-3 ottobre-dicembre 1938 de l'« Ospedale Italiano ».

Tali inconvenienti non hanno nulla a che vedere con le mentalità che si vorrebbero preconstituite, ma piuttosto con le situazioni di taluni ospedali, presso i quali è stata e ancora viene spesso confusa la ragione tecnica con quella amministrativa o viceversa, e viene piuttosto fatto prevalere il personalismo o l'interesse particolare sull'interesse dell'istituzione; non disgiunto il tutto da frequente intraprendenza, da insufferenza della comune disciplina, da malcompreso senso di indipendenza ed altro di inopportuno e contrario all'interesse degli enti. Il che non può e non deve ammettersi e al che l'ordinamento gerarchico ospedaliero

come qui si propugna, facente capo all'ordinamento gerarchico provinciale e a quello centrale, già determinati dal nuovo ordinamento, che rappresentano la scala naturale delle gerarchie degli organi sovrintendenti all'assistenza ospedaliera, porrà immediato rimedio. Tralasciamo un approfondibile e forse anche pietoso esame di fatti e di situazioni particolari che riserverebbe molte sorprese ed anche giustificazioni a favore di quella « mentalità antitecnica » (termine vago e non corrispondente) che, frequentemente, è stata dal tecnico stesso o da imperfezioni ed incurie tecniche suscitata. Non si dimentichi che le amministrazioni ospedaliere sono sempre state sottoposte alla vigilanza ed alla tutela e che i loro atti deliberativi, sono sempre stati assoggettati al competente controllo, sia tecnico, sia amministrativo. E se l'Amministrazione deve « amministrare », vuol dire che essa deve provvedere, vigilare, ordinare, governare, e quindi comandare. Si capisce che al direttore sanitario ospedaliero resterà, con l'obbligo a prestare ausilio e consiglio per la sua competenza tecnica, anche il riconoscimento di funzioni in un certo senso prevalenti, quando si tratti di tecnica nosocomiale; sempre che i suoi atti, però, risultino rispettosi dell'interesse ospedaliero e tali da non entrare in conflitto sia con le direttive d'ordine tecnico superiore, sia con le direttive economiche e disciplinari della istituzione, alle cui dipendenze egli presta la propria opera.

L'armonico concorso di prestazioni di ragione tecnica ed amministrativa insieme, assicureranno, pertanto, della migliore difesa gli interessi degli ospedali e quelli dell'assistenza pubblica, che non si può nè si deve mai perdere di vista.

* * *

L'ordinamento cura, quale premessa capitale, la distribuzione gerarchica delle competenze ospedaliere sul territorio. Il coordinamento dell'assistenza avrà, in questo modo, la sua pratica realizzazione.

A questo punto resta a stabilire se la sovrintendenza sanitaria è bene sia affidata

al Prefetto a mezzo del medico provinciale soltanto, oppure in concorso ad esso, ad un organo tecnico particolarmente competente di cose ospedaliere, il quale possa elevare la sua voce autorevole al di sopra di quelle degli Ospedali (del capoluogo, di mandamento, ecc.) e, preferibilmente, al di sopra di quelle degli ospedali di un territorio che comprende più provincie.

In uno studio pubblicato su « la Difesa della Stirpe » del febbraio 1938, chi scrive aveva esaminato il problema e aveva parlato di un Ispettorato interprovinciale (equivalente alla sovrintendenza interprovinciale) assistito, presso ciascuna provincia, da una commissione provinciale composta dal medico provinciale, dal consigliere di prefettura addetto alle Opere Pie, dal direttore sanitario (o sovrintendente sanitario ove esso sia) dell'Ospedale capoluogo, dal direttore amministrativo dell'ospedale stesso e da due rappresentanti uno di ospedale mandamentale (di 2^a o 3^a categoria) e uno di ospedale minore (o infermeria). Aveva precisato che le commissioni potrebbero studiare i progetti assistenziali della provincia, studiare e risolvere i problemi dell'assistenza nel territorio e costituirsi anche in organi di consulenza tecnica e amministrativa per tutti gli ospedali della rispettiva provincia. E gli ispettori (sovrintendenti interprovinciali) in collaborazione con le commissioni, potrebbero svolgere le pratiche per la traduzione in atto del proposito organizzativo attraverso ad uno sviluppo metodico di operazioni affiancatrici, riformatrici e di giudizio in confronto agli ospedali aventi interessi particolari da vantare o da abbandonare, controversie od altro. In questo modo la vigilanza sul territorio di più provincie (non si dimentichi l'importanza delle zone di influenza al limite dei territori provinciali, sia per competenza, sia per ragione geografica, sia per convenienze d'altro genere) svolta con una certa libertà di azione e senza sottostare ad influenze di ambiente e di particolari interessi, porrebbe la sovrintendenza in grado di essere effettivamente ed obiettivamente efficace ed utile. Superfluo aggiungere che l'Au-

torità Sanitaria Centrale troverebbe in questa organizzazione di indirizzo e di controllo il suo più pratico modo per intervenire col peso della maggiore autorevolezza e della migliore competenza.

Va osservato che non parrebbe, nè pratico, nè utile riconoscere nel direttore sanitario o nel sovrintendente sanitario dell'Ospedale capoluogo, anche la qualifica di sovrintendente sanitario degli ospedali e dell'assistenza ospedaliera della provincia. Troppo facile conflitto sortirebbe fra ospedali, organi ospedalieri, autorità, amministrazioni, ecc. a tutto scapito della organizzazione e della vigilanza del campo assistenziale pubblico.

* * *

L'art. 10 tratta del funzionamento degli ambulatori negli ospedali e ne prospetta sommariamente i compiti, determinando, in pari tempo, l'obbligatorietà dell'allestimento idoneo di essi ed estendendone l'utilizzazione anche per la cura post-ospedaliera dei dimessi.

È vero che a regolarne il funzionamento si rimanda ad apposite norme da stabilirsi dall'amministrazione ospedaliera e da approvarsi dall'autorità sanitaria provinciale sentita l'autorità sanitaria comunale, però non si può trascurare dall'osservare che il servizio degli ambulatori riuniti o non in un poliambulatorio, dà motivo a particolari rilievi d'indole economico-funzionale.

Devesi in primo ritenere che l'attività di essi comporti la necessaria fissazione di un modo col quale ottenere debito indennizzo delle spese di funzionamento, volendo a priori ammettere che al sanitario prestatore delle cure spetti, e sia sufficiente compenso la percentuale dell'onorario per le prestazioni a favore di abbienti.

Gli abbienti assicureranno tale compenso e forniranno, colla percentuale residua (ad esempio 60 % ai sanitari e 40 % all'ospedale), all'ospedale il mezzo per colmare le spese riguardanti parte dell'onere per il funzionamento degli ambulatori (oltre, si intende, al ricupero della spesa per medicinali e materiale impiegati), ma la massa delle

spese per le prestazioni ambulatoriali, specie per la cura post-ospedaliera dei dimessi, da chi dovrà venire compensata?

Non si dimentichi, poi, che i comuni i quali gestiscono ambulatori per i loro poveri, sono gelosi delle prestazioni curative dell'Ospedale, e anche se queste si limitano alla semplice prescrizione di medicinali o di cure, non le ammettono, in quanto ritengono che soltanto i medici comunali debbano curare i convalescenti ed i dimessi in genere dall'Ospedale secondo precise direttive che hanno per lo più fondamento in propositi di semplice economia. Economia che si può definire senz'altro malaccorta quando si tenga mente, se non ad altro, alla idoneità maggiore assicurata dal personale sanitario ospedaliero nel prestare appropriata assistenza a quei malati che sono già stati in cura di esso quali degenti in Ospedale. Quando si pensi che l'assistenza competente, specie dopo una malattia, può assicurare del totale ristabilimento in salute in un periodo più breve, può prevenire ricadute, aggravamenti, complicazioni e può far subentrare tempestivi ricoveri. Il che tutto, si tradurrà in economia di spese per il comune in causa.

Potrebbe risolvere il problema una disposizione superiore che prescrivesse a carico dei comuni interessati a conseguire la cura post-ospedaliera per i propri malati poveri, il pagamento di un determinato contributo, mensile, trimestrale o semestrale a favore dell'ospedale prestatore dell'assistenza, quando non si ritenesse più facile l'inserzione della spesa per la cura stessa fra quelle che entrano a comporre il costo della degenza: la retta. Evidentemente, questa seconda maniera comporterebbe un aggravio ingiustificato a carico di quei comuni che, data la distanza dall'ospedale, non avrebbero nè la convenienza, nè la possibilità di farvi riaffluire i malati dimessi dallo stesso per la cura post-ospedaliera.

* * *

L'art. 19 racchiude in sè molte contraddizioni, taluna di capitale importanza. Infatti, mentre prescrive che le amministrazioni ospedaliere non possono inserire

nei loro regolamenti disposizioni limitatrici della libera attività professionale del personale sanitario», subito dopo recita: «E però in facoltà delle amministrazioni ospedaliere vietare o limitare con apposita deliberazione, talune forme di esercizio professionale che si risolvono in una concorrenza all'Ospedale da cui i sanitari dipendono».

Sono queste due disposizioni del pari pericolose, perchè attraverso alle mutabilità degli ambienti, delle persone, dei rapporti di servizio con altri enti, dei criteri di larghezza o di restrizione, ecc. (si consideri la mutabilità dei tempi e dei presupposti ordinativi anche in breve volgere di anni) possono ingenerare conflitti gravi fra le istituzioni ospedaliere e il dipendente personale sanitario. Il che deve a priori schivare per salvaguardare da danni persone ed enti.

A tale fine sarà opportuno fissare i limiti dentro ai quali possa essere riconosciuto ai sanitari ospedalieri (distinti nelle diverse categorie a stregua delle rispettive categorie delle istituzioni ospedaliere alle quali appartengono) la facoltà di dedicarsi all'esercizio professionale, con precisazione dei criteri base che determineranno, a seconda del luogo e del tempo, giustificate restrizioni della libertà professionale.

Per la fissazione di opportuni criteri non va dimenticato che fra sanitari ospedalieri e sanitari che esercitano la professione libera, la concorrenza professionale si sviluppa partendo da campi ben differenti: i primi dispongono di mezzi sicuri sui quali possono sempre contare; i secondi dispongono soltanto della loro capacità professionale, oggi specialmente che vi è l'unicità tariffaria dei compensi per prestazioni sanitarie; per cui non parrebbe giusto che questi dovessero, quasi sempre, essere soggetti alla prevalente e prepotente concorrenza dei primi, in tutti gli ordini della attività sanitaria. Si noti che, per coloro i quali esercitano attività concorrenti per mezzo di istituti (di radiologia - di cure fisiche - di terapia - di case di cura, ecc.) la disparità si fa particolarmente grave, in quanto si tratta di sanitari dipendenti da pubbliche Aziende, attraverso alle quali, con o senza intenzione, han-

no mezzo e modo per incrementare la fonte di lucro della privata attività.

* * *

Gli artt. 25 e 26 fissano il contenuto disciplinare ed organico delle mansioni degli aiuti e degli assistenti.

Se si osserva la particolare situazione in cui prestano servizio gli assistenti delle divisioni specialistiche nella maggior parte degli ospedali, si deve concludere che a questi, salvo rari casi, è fatto difficile se non vieto aspirare ai primariati di specialità.

Infatti, gli ospedali capoluogo di provincia assegnano (salvo i casi di grandi attività ospedaliere in grandi centri) soltanto un assistente, al massimo due, a ciascun primario specialista. Ora, se allo spirare del quadriennio (due anni, più due di riconferma) l'assistente scade di diritto dal servizio, per quanto in possesso del titolo di specialista, per quanto discepolo di un maestro insigne, deve ricominciare col cercarsi un altro posto di assistente (quelli di aiuto gli si renderanno praticamente inaccessibili, in gara con assistenti dei singoli istituti, per quanto vi possa adire per pubblico concorso) e attendere il pubblico concorso, al fine di accumulare quei sei anni di servizio di ruolo che l'art. 47 dell'ordinamento richiede quale requisito fondamentale per l'ammissione ai concorsi di primario.

Il che, praticamente, per quanti meriti esso abbia, equivale a toglierlo di mezzo.

E ciò non è nè opportuno, nè utile ai fini della preparazione del personale primario, in quanto metterà in condizione di privilegio per adire ai primariati tutti gli aiuti delle cliniche e degli istituti specialistici universitari, e delle divisioni e degli istituti specialistici ospedalieri che hanno posti analoghi, senza che quasi si possa istituire quel concorso di meriti che deve selezionare gli ottimi e gli eccellenti dagli altri.

Meglio varrà ovviare a siffatto inconveniente stabilendo che, presso gli ospedali i quali non dispongano in organico dei posti di aiuto per le specialità, e gli istituti specialistici, l'assistente che ha avuto conferma per il secondo biennio e che se ne dimostri

particolarmente degno per meriti di studio e di lavoro, possa essere confermato nel posto per un ulteriore biennio col titolo di aiuto. In questo modo non soltanto l'assistente conseguirà il titolo voluto: sei anni di assistentato di ruolo, ma anche quella giusta distinzione, col biennio di servizio da aiuto, che lo renderà valutabile alla stregua degli aiuti di ruolo per i concorsi ai posti di primario specialista.

* * *

Il Dott. Ferraris su « L'Ospedale Italiano » N.ri 2-3 dello scorso anno, ha esposto con diligenza e chiarezza molte questioni che discendono dalla norma sancita dall'art. 82 c. specialmente, ha sostenuto non essere ammissibile praticarsi agli istituti assicurativi e mutualistici rette di degenza inferiori a quelle da determinarsi come all'art. 81 per i ricoveri dei malati « non abbienti ».

La questione delle rette di degenza e dei compensi a carico degli enti assicurativi e mutualistici impone, però, di operare una discriminazione fra il concetto di retta al costo e quello di retta minima, perchè la definizione di « malati non abbienti » ha cagionato e può cagionare facile equivoco.

Infatti, l'art. 81, con la sua dizione generica fa ritenere che la retta di ricovero per i non abbienti (per i poveri quindi) sia determinabile per mezzo del computo su analisi del costo effettivo delle prestazioni e conseguente fissazione dei valori unitari di ciascuna spesa per giornata di presenza. Ma se la dizione dell'art. 81 viene temperata da quella dell'art. 83 che riflette i « ricoveri d'urgenza » a carico della beneficenza, si deve ammettere che per i non abbienti (sono per lo più tutti ricoveri a carico comunale e tutti per fatto di urgenza e di povertà a sensi di legge) la retta è quella che si ottiene col computo sui costi effettivi ridotti delle quote proporzionali di proventi e conseguente fissazione dei valori unitari per ciascuna spesa, quali componenti del minimo costo e quindi determinatori della retta (1) minima.

(1) Cfr. BRUNO FASSETTA - *Aziende Ospedaliere e assistenziali* - Nuovo orientamento della tecnica amministrativo-contabile.

È fuori discussione che agli enti assicurativi e mutualistici non può essere commisurata la retta minima, la quale è un privilegio della beneficenza pubblica, ma la retta al costo, tale e quale viene ricavata a termini dell'art. 81.

Perciò la retta a carico di detti Enti non potrà essere, nonchè minore, neppure uguale a quella a carico comunale, ma maggiore. È maggiore di almeno quella misura che corrisponde alla quota proventi che è stata dedotta per ricavare la retta minima. Retta al costo, in una parola.

Se, però, per più facile computo si volessero attribuire agli istituti assicurativi o mutualistici le rette annualmente approvate per le spedalizzazioni a carico della pubblica beneficenza, sarebbe indispensabile elevare il compenso prescritto dall'art. 82 a favore dei sanitari, di tanto quanto una percentuale ripartizione di esso fra ospedale e sanitari consentirebbe, in aggiunta alla retta, di rendere percepibile al primo l'equivalente all'intero costo effettivo di cui all'art. 81.

* * *

L'art. 83, che tocca una materia tanto importante e sensibile quale quella dei compensi ai sanitari, tralascia dal precisare degli elementi o dall'indirizzare, almeno, gli ospedali ed i sanitari rispettivamente verso l'assegnazione ed il percepimento di retribuzioni per tutti uniformemente considerate. A parte la domanda se la circolare Buffarini del 1933 debba o meno ritenersi in vita, data la dizione del quarto comma dell'art. 83, che manda a tenere « presenti i rapporti di impiego tra i sanitari e l'ente ospedaliero per la parte riguardante il trattamento economico di detti sanitari » senza menzione a limiti percentuali, occorrerà — se si vuole una giusta perequazione di emolumenti — che le retribuzioni, siano stipendi, siano percentuali, vengano opportunamente prefissate.

Per i soprintendenti sanitari ed i direttori sanitari si potranno fissare gli assegni secondo una graduazione da stabilirsi con riguardo all'entità degli stabilimenti o dello stabilimento diretti e al centro urbano od ai centri urbani ed al territorio sulle istitu-

zioni ospedaliere dei quali viene esercitata la sovrintendenza o la direzione.

Per i primari sarà bene fissare stipendi in ragione dell'importanza e della categoria dello stabilimento ospedaliero cui sono addetti e del centro urbano che li ospita.

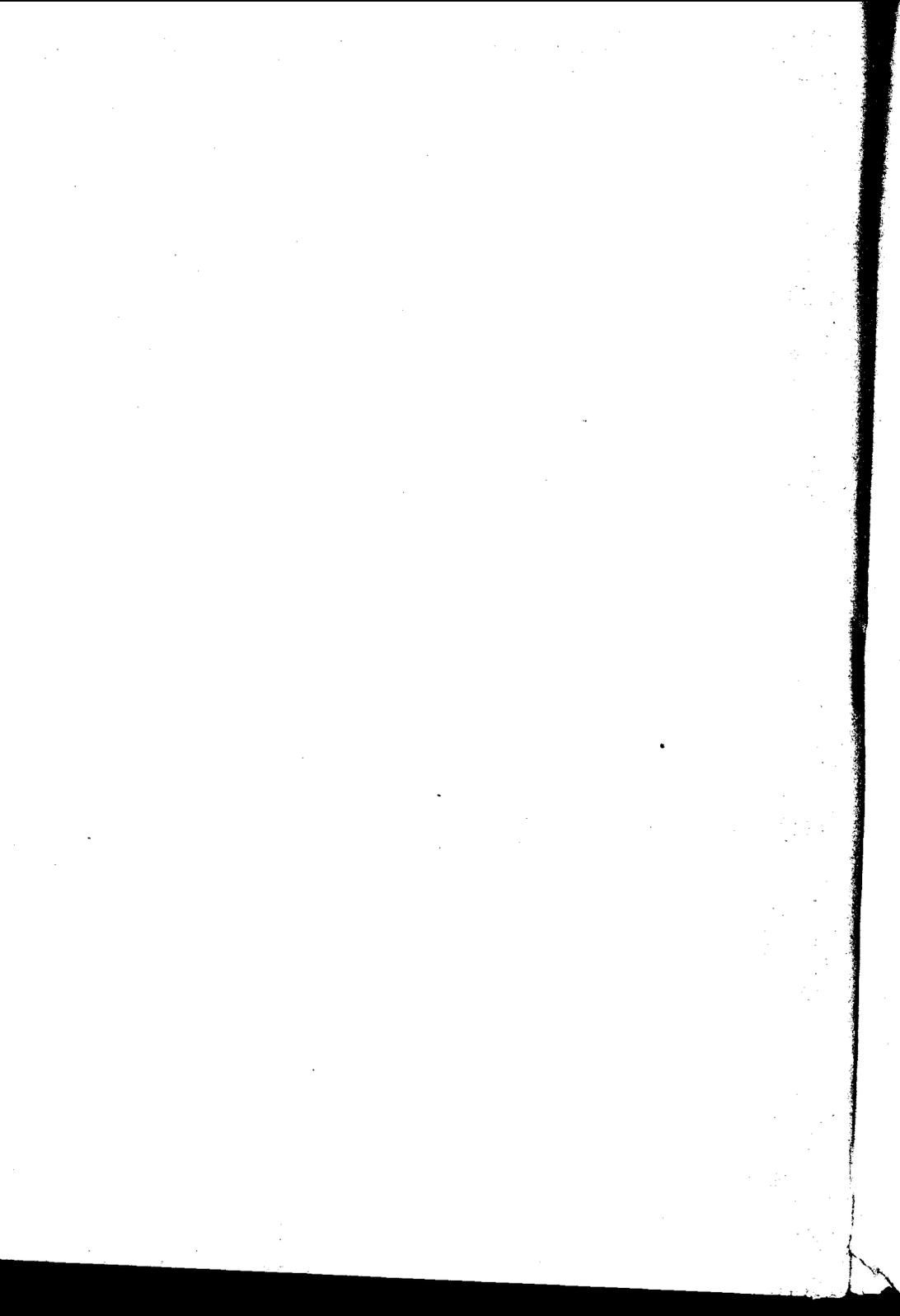
Per gli aiuti e per gli assistenti sarà necessario fissare emolumenti e percentuali che consentano loro di vivere decorosamente senza doversi dare alla libera professione a dispetto di restrizioni regolamentari.

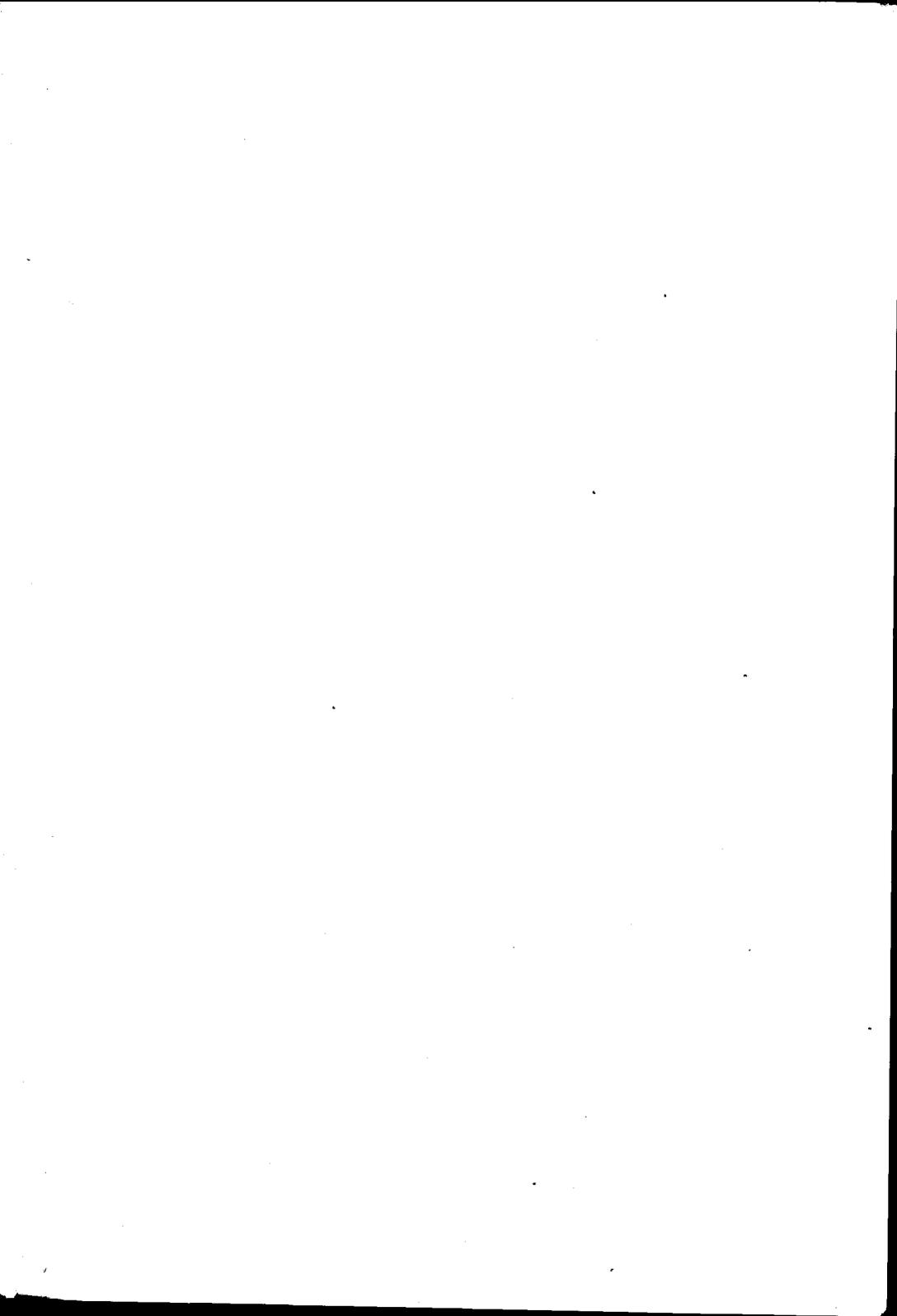
Per i primari va ricordato che a ciascuna categoria e per la stessa categoria di ospedali, agirà da selettore il centro urbano in cui sarà

disimpegnato il lavoro, giacchè si renderà preferibile l'uno all'altro centro in funzione di tanti elementi di contorno, e primo quello della consistenza dei mezzi economici della popolazione del territorio su cui ha giurisdizione l'Ospedale.

La tariffazione, così per onorari in relazione agli interventi e alle prestazioni, di istituti e di laboratori, come per percentuali da ripartirsi fra Ospedale, primario e aiuti e assistenti, deve essere fissata con particolare diligenza e accortezza al fine di perequare e distribuire opportunamente i cespiti ed i proventi fra quanti in causa.

59008





8-11-66

