



Dott. FERNANDO GAZZETTI

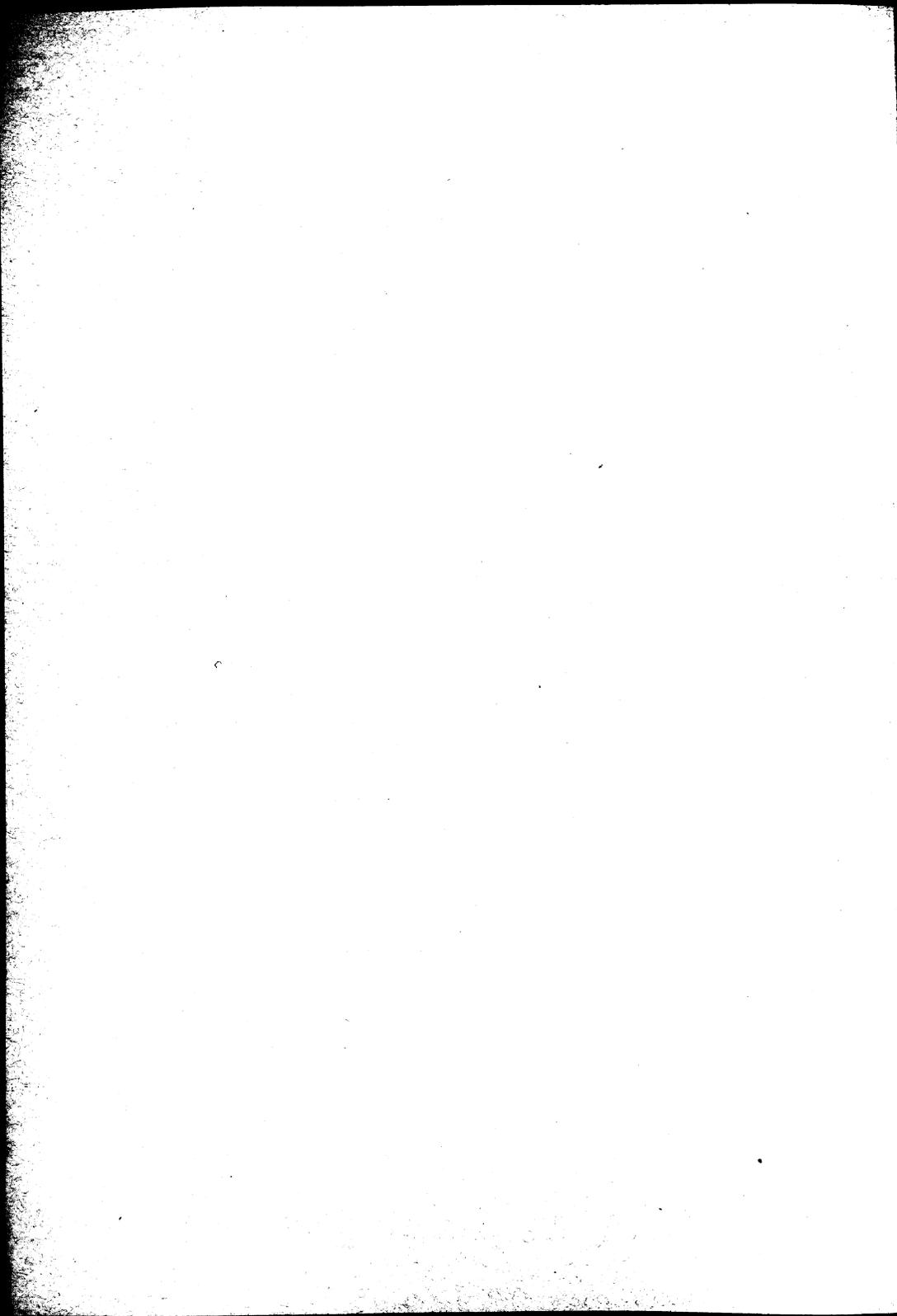
Principî teorici della mutualità

X.

CONCLUSIONI TEORICHE E PRATICHE



Estratto da « Le Forze Sanitarie »,
n. 23 del 15 dicembre 1939-XVIII.







Dott. FERNANDO GAZZETTI

Principî teorici della mutualità

X.

CONCLUSIONI TEORICHE E PRATICHE



Estratto da « Le Forze Sanitarie »,
n. 23 del 15 dicembre 1939-XVIII.



Ormai, esaminati i molteplici problemi che la mutualità ha fatto sorgere specialmente nei confronti degli interessi economici e morali delle categorie sanitarie italiane, possiamo trarre le conclusioni dalla disamina fatta e avanzare anche proposte perchè l'assicurazione, volontaria e obbligatoria, contro le malattie, sia organizzata su principi sani, cioè su sicuri principi economici; visto che solo in questa maniera è possibile conferire un grado di durevolezza all'iniziativa. Bisogna che i dirigenti delle Casse Mutue si persuadano che è l'efficienza economica che può giustificare la loro opera, e non la propagandistica esibizione di impalcature complesse, che possono tutt'al più riscuotere l'approvazione di qualche spirito superficiale.

Le conclusioni non giungeranno certo inattese nè sorprendenti al lettore che ci ha seguiti, con diligente attenzione, nella nostra ricerca, poichè, almeno implicitamente, l'analisi fatta — quando non sia stato espressamente detto — indicava senza possibilità di equivoco la via da seguire. Comunque anche il lettore più disattento, a meno che non sia direttamente interessato al mantenimento dello *status quo*, si sarà fatta la convinzione — oso sperare — che una riorganizzazione della mutualità italiana e possiamo aggiungere, di quella ereditata nelle provincie redente dopo lo smembramento dell'Impero Austro-Ungarico, è improrogabile, come pure si sarà persuaso che le soluzioni teoriche, cui siamo pervenuti per via metodica e logica, si addicono a tutte le iniziative del genere, in qualunque paese siano esse adottate.

Vediamo ora per ciascuno dei quattro elementi basilari della mutualità (contributi, assistenza, spese di amministrazione e compensi dei sanitari) quali siano queste conclusioni.

a) *Contributi*. — Resta ormai acquisito il principio che la misura del contributo definitivo non può essere determinata *a priori*, ma solamente dopo l'accertamento delle spese di amministrazione, dopochè si son fissate le forme di assistenza che ci si propone di dare

ai mutui, e dopo l'accertamento del costo di questa assistenza, cioè delle retribuzioni dei sanitari. Questi accertamenti richiedono molto tempo, per riuscire esatti, e comunque richiedono che ormai l'impianto dei servizi sia un fatto compiuto. Dato che la mutualità non si deve fare a danno degli interessi delle categorie sanitarie italiane, come purtroppo è avvenuto sinora, la Cassa Mutua, che vuol sostituirsi al malato nei rapporti con i sanitari, ha due alternative davanti a sè: o determina prima la misura del contributo e poi estenderà più o meno l'assistenza secondo i capitali disponibili, oppure fissa le forme di assistenza naturalmente dopo aver accertato i costi relativi, e in conseguenza determina la misura del contributo. Appunto, a causa principalmente degli inconvenienti originati da questo errore iniziale, non ancora eliminato, le Mutue si son viste costrette a *trasferire* i conseguenti danni sulle categorie sanitarie in generale e su quella dei medici in particolare. Perciò da questo punto di vista la determinazione logica della misura del contributo assistenziale è piuttosto semplice in linea teorica.

Dal punto di vista degli interessi degli assistiti, non v'è pericolo, in caso di mutualità volontaria, che questo contributo possa divenire oneroso, in quanto è lasciata all'iscritto la facoltà di ritirare ad un certo punto la sua adesione. Nel caso di mutualità obbligatoria, è imminente il pericolo che il mutuato paghi un contributo più alto di quello che sia disposto a pagare; in altre parole che l'assistenza venga *estesa* a danno d'altri bisogni non meno urgenti: oppure che l'assistenza attraverso la Mutua gli venga a costare di più se egli provvedesse da sè direttamente. Nel primo caso, per salvaguardare gli interessi degli iscritti, è necessario che l'assistenza sia limitata alle forme più necessarie e indispensabili: del secondo caso parleremo in seguito. Le ragioni politiche — miglioramento del bilancio demografico ed esigenze della politica sociale — che hanno raccomandato la introduzione della mutualità obbligatoria non devono originare l'errore — giova insistervi su — che essa debba attuarsi a tutti i costi. Le stesse ragioni poli-

(1) Vedi « Le Forze Sanitarie », 1938, fascicoli n. 23 e 24; 1939, fascicoli n. 1, 2, 3, 8, 10, 21 e 22.

tiche dicono chiaramente che la mutualità obbligatoria non deve essere estesa a tutte le categorie di lavoratori, ma solamente a quelle, nelle quali l'indice di mortalità è alto e la malattia del lavoratore porta con sé l'arresto del flusso del reddito. Perché è dannosa, sotto molti punti di vista, l'estensione della mutualità obbligatoria per esempio ad impiegati ad alto reddito.

Le considerazioni che precedono valgono anche nel caso delle Mutue obbligatorie, che sono alimentate da contributi paritetici, specialmente se si tien conto del fatto che il contributo del datore di lavoro spesso deve essere considerato come parte del salario corporativo. A questo proposito è necessario rilevare che lo Stato non paga, a simiglianza dei privati datori di lavoro, il contributo paritetico assistenziale per i lavoratori delle sue aziende industriali: il che non è giustificabile in linea teorica. Infatti non si vedono i motivi giuridici che esimano l'amministrazione statale dai doveri che la legislazione sociale impone a tutti gli altri cittadini. Sarebbe bene che i dirigenti dell'Istituto di assistenza «Umberto I» e della Sanitaria «A. Mussolini», che sono così zelanti e tenaci nel rifiuto di migliorare le retribuzioni dei sanitari che assistono i loro mutuat, motivandolo con le ristrettezze del bilancio, adoperassero un po' di tale zelo tenace nel provocare la corresponsione del contributo paritetico da parte dell'amministrazione delle aziende industriali dello Stato.

b) *Assistenza.* — Per quanto riguarda le forme, cioè l'estensione dell'assistenza, ci si riferisce in parte alle considerazioni svolte nel precedente paragrafo.

In caso di mutualità volontaria è, in definitiva, l'assistito che giudica dell'economicità o meno dell'assistenza mutualistica, e perciò anche della convenienza di estenderla più o meno.

In caso di mutualità obbligatoria la decisione è sottratta agli iscritti e demandata ai dirigenti della Mutua; e perciò è necessaria una limitazione dell'assistenza alle forme essenziali.

Per quanto riguarda la gestione diretta dell'assistenza, che si ha quando si costruiscono ambulatori clinici, è raccomandabile una maggiore cautela da parte delle Casse Mutue, in quanto la istituzione di essi è solamente giustificabile là dove sia inadeguata o inefficiente l'attrezzatura sanitaria. E' infatti uno spreco non giustificabile creare un ambulatorio clinico, o specialistico nei luoghi, dove sarebbe bastevole alle esigenze sanitarie l'attrezzatura ambulatoriale dei singoli medici. Si creano altrimenti dei doppioni, che devono essere considerati uno spreco non solo dal punto di vista dell'interesse nazionale.

Per dire le cose che stanno veramente, gli ambulatori spesso sono stati creati o a scopi propagandistici, oppure per imporre condizioni di lavoro e retribuzioni ai medici.

Per quanto è stato detto a suo tempo è ormai pacifico che il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito, è a un tempo garanzia di pro-

gresso scientifico e professionale, e insieme tutela degli interessi dei mutuat, i quali debbono e vogliono affidare la sorte della loro integrità fisica ai medici, che essi stimano. Quindi l'istituzione del medico fiduciario va limitata in quelle zone, in cui sarebbe praticamente impossibile attuare la libera scelta.

c) *Spese di amministrazione.* — A suo tempo venne lueggiata con una certa larghezza la tendenza dinamica di queste spese in senso verticale e orizzontale. Deve essere pertanto cura dei dirigenti delle Mutue di controllare, con la maggiore severità, la espansione direi naturale di questi costi, specialmente nel caso della mutualità obbligatoria.

Abbiamo detto che queste spese trovano una contropartita: 1) nei vantaggi della distribuzione uniforme dei carichi dell'assistenza, resa necessaria dall'accertata tensione finanziaria dei bilanci familiari e — per le categorie dei salariati — nella creazione del risparmio forzato destinato a venire incontro alle necessità delle famiglie, quando la malattia apporta l'arresto del flusso del reddito; 2) nella creazione di quella parte di assistenza sanitaria e farmaceutica, che ai prezzi della libera concorrenza non si sarebbe avuta, e che perciò sia i medici che i farmacisti possono considerare come affari speciali, e praticare quindi tariffe e prezzi discriminati. Sarà più chiaro questo concetto quando parleremo delle retribuzioni dei medici in regime di mutualità.

Orbene, in caso di mutualità libera, gli iscritti che sono i direttamente interessati, possono giudicare dell'economicità della trasformazione, cioè se i costi (spese d'amministrazione) superano i vantaggi dell'operazione, e ritirando l'adesione, possono tutelare i loro interessi.

In caso di mutualità obbligatoria, questa possibilità manca, perciò gli interessi degli iscritti possono essere sempre manomessi, e si può formare quel contrasto d'interessi di cui abbiamo a suo tempo parlato tra la burocrazia della Mutua e gli assistiti. Ad eliminare questo non teorico inconveniente si possono indicare solo rimedi non del tutto sicuri. Per esempio la percentuale delle spese di amministrazione sul totale degli introiti delle Mutue libere può servire, se usata *cum grano salis*, per controllare l'andamento delle analoghe spese nelle Mutue obbligatorie.

Chi ricorda quanto abbiamo detto a suo tempo a proposito dell'incidenza di tali spese sul totale dei contributi, comprenderà i motivi, per i quali abbiamo raccomandato di usare tali dati con circospezione.

Possiamo a questo proposito ricordare, che l'esperienza raccomanda che la percentuale delle spese di amministrazione sul totale dei contributi deve essere decisamente al di sotto del 20 %.

Tendere alla semplificazione dei servizi e alla soppressione di quelli non indispensabili dovrebbe essere — a mio parere — particolare cura dei dirigenti delle Mutue.

A questo proposito possiamo affermare che quando

la Mutua, come ad esempio la Cassa Nazionale Malattie per gli addetti al commercio, si limita a raccogliere i contributi e a rimborsare ai mutuatati le spese incontrate per la loro assistenza, le spese di amministrazione incidono, con meno elevata percentuale, sul totale dei proventi.

d) *Retribuzioni delle categorie sanitarie.* — Negli articoli V, VI e VII di questa serie si dimostrò, in generale, la necessità che la determinazione delle retribuzioni delle prestazioni professionali dei medici vengano sottratte al gioco delle forze del libero mercato, e di provvedere alla cartellizzazione della professione mediante l'istituzione di una tariffa monopolistica e l'adozione dell'albo regolato (contingentamento dell'offerta). Dati gli ostacoli di natura pratica che si oppongono non alla preparazione di una tariffa, ma alla sua integrale applicazione, in caso di clientela libera, si dimostrò che la mutualità, con la collettivizzazione della clientela, rende possibile il provvedimento.

In quell'occasione prospettammo la possibilità teorica che l'organizzazione sindacale dei medici preparasse, in posizione monopolistica, una tariffa discriminata. Ma naturalmente, data la scarsa elasticità della domanda di assistenza, ci sarebbe da temere il pericolo, piuttosto teorico, che tale tariffa strozzasse economicamente i malati, perciò non è pensabile che le Mutue si pieghino di fronte ad essa. Ma, specialmente in Italia (ma a dire il vero ciò sarebbe possibile ovunque, dato che in tutti i paesi i medici sono organizzati), è possibile la soluzione corporativa, cioè la contrattazione bilaterale delle retribuzioni dei medici. Non è necessario insistere, dopo quanto si disse a suo tempo, sulla necessità di procedere alla contrattazione di remunerazioni discriminate, tenendo conto della categoria, cui l'assistito appartiene e del luogo in cui l'assistenza vien data. E' infatti noto che il contributo, essendo a percentuale, varia secondo il reddito delle categorie, ed è noto altresì che vi sono salari discriminati a seconda dell'ubicazione delle industrie. Nelle grandi città i lavoratori hanno un salario più elevato di quello delle piccole città o dei paesi.

Ma la contrattazione per essere logica e giusta non deve avvenire in riferimento ai capitali che l'attuale gettito dei contributi rende disponibili; ma, ferma restando l'assistenza, la Mutua deve regolare il contributo definitivo dopo la determinazione dei compensi professionali delle categorie sanitarie, cioè dopo la determinazione del costo dell'assistenza stessa; oppure, fermo restando il contributo, deve giocare sull'estensione dell'assistenza. Altrimenti la mutualità si risolve in un danno economico per le categorie sanitarie. Le stesse considerazioni valgono per la disciplina corpo-

rativa dei rapporti tra medici ospedalieri e Casse Mutue, tra queste e i medici specialisti e generici, che lavorano negli ambulatori sociali.

Quindi è necessario, allo scopo di dare alla questione scottante della condizione dei medici in regime mutualistico una soluzione definitiva, procedere alla stipulazione di nuove convenzioni nazionali, e di conseguenza modificare la misura dei contributi o le forme di assistenza in base al costo di questa.

Questa è la sola soluzione logica, quindi la sola atta a giustificare l'attività degli enti assistenziali, e a provocare la collaborazione cordiale dei medici e delle altre categorie sanitarie al buon esito dell'esperimento mutualistico: collaborazione che apparirà tanto più necessaria, quanto maggiormente ci si persuaderà che è il medico l'elemento decisivo che influenza in un senso o nell'altro il funzionamento del sistema.

Naturalmente le prestazioni dei medici secondo le tariffe concordate debbono essere pagate a notula e non con il sistema forfetario, il quale sarebbe solamente giustificabile in caso di esattissime rilevazioni statistiche dei casi di malattia, i quali non rivelano quell'uniformità, negli anni, che tale sistema di pagamento lascerebbe supporre.

Altrimenti è miglior partito che le Casse mutue abbandonino il proposito di sostituirsi al malato nei rapporti con le categorie sanitarie, e si limitino, al pari della Cassa addetti al commercio, a rimborsare agli iscritti le spese incontrate, documentate dalle parcelle e dalle ricette.

In questa maniera si lascerebbe più o meno il mercato dei servizi assistenziali nello stato precedente della libera concorrenza, e si avrebbe in più il vantaggio che le spese di amministrazione, data la semplificazione dei servizi burocratici, inciderebbero in una più lieve misura sui capitali raccolti, e perciò maggiori fondi sarebbero disponibili per l'assistenza.

Questa anzi sembra, *in linea pratica*, allo scrivente come la migliore delle vie da seguire, allo stato attuale delle cose.

Così abbiamo finito il nostro studio, il quale è particolarmente dedicato ai dirigenti delle Casse Mutue e delle associazioni professionali interessate, le quali dovrebbero preoccuparsi più da vicino di questi problemi.

Ai medici, dei quali abbiamo voluto difendere con questo studio gli interessi economici assieme a quelli dei mutuatati, vogliamo soltanto ribadire il principio che è il Sindacato che deve trattare con le Casse mutue, e non loro direttamente.

Se questo principio fosse stato adempito, il problema non avrebbe, per lo meno, assunti gli aspetti attuali.

57806



334275

