



Prof. ADELCHI SALOTTI

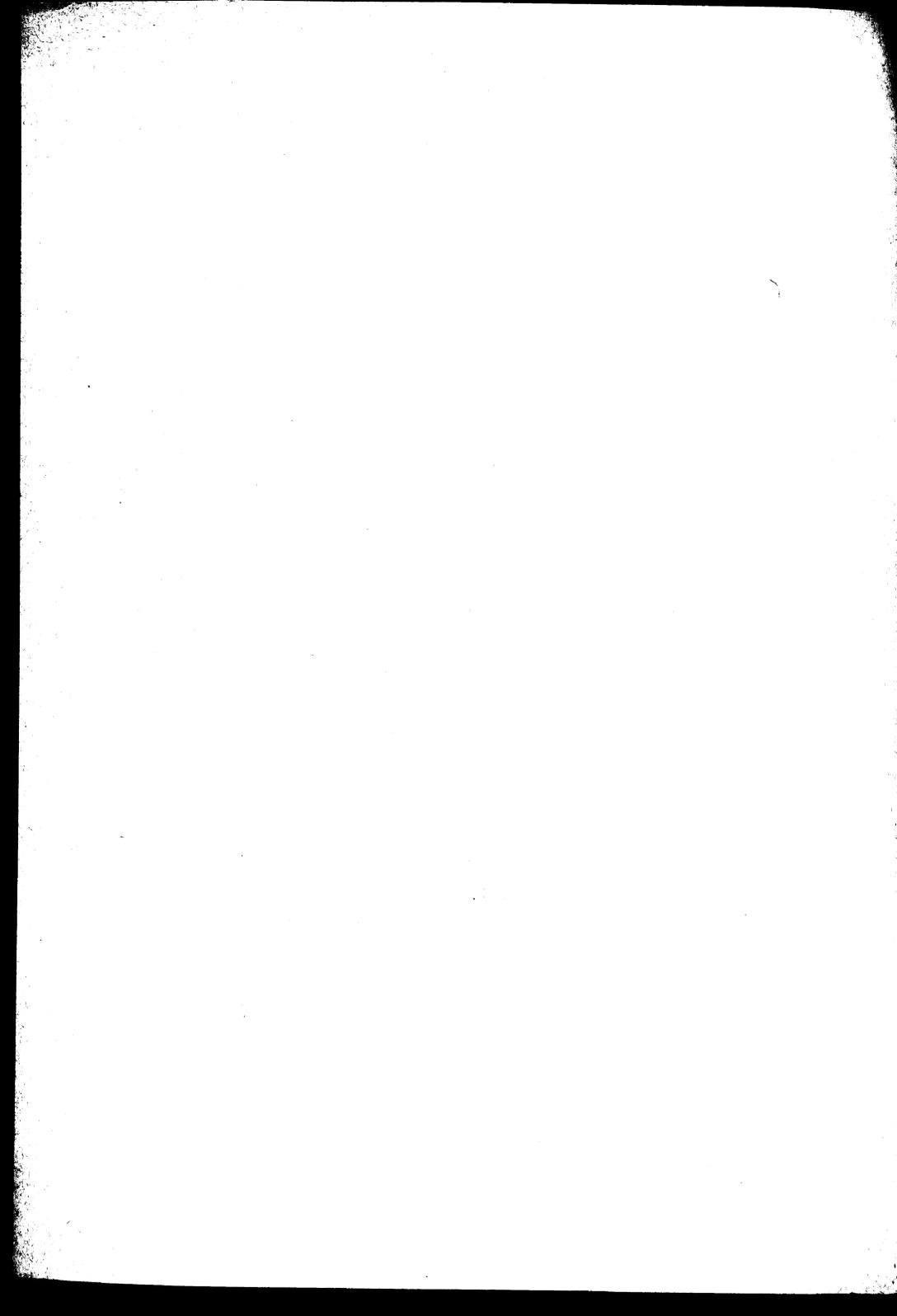
# La assistenza sanitaria mutualistica nei suoi aspetti tecnici e morali

---

(Estratto da « Le Forze Sanitarie » - Anno VIII - N. 9, del 15 maggio 1939-XVII)

---





Prof. ADELCHI SALOTTI

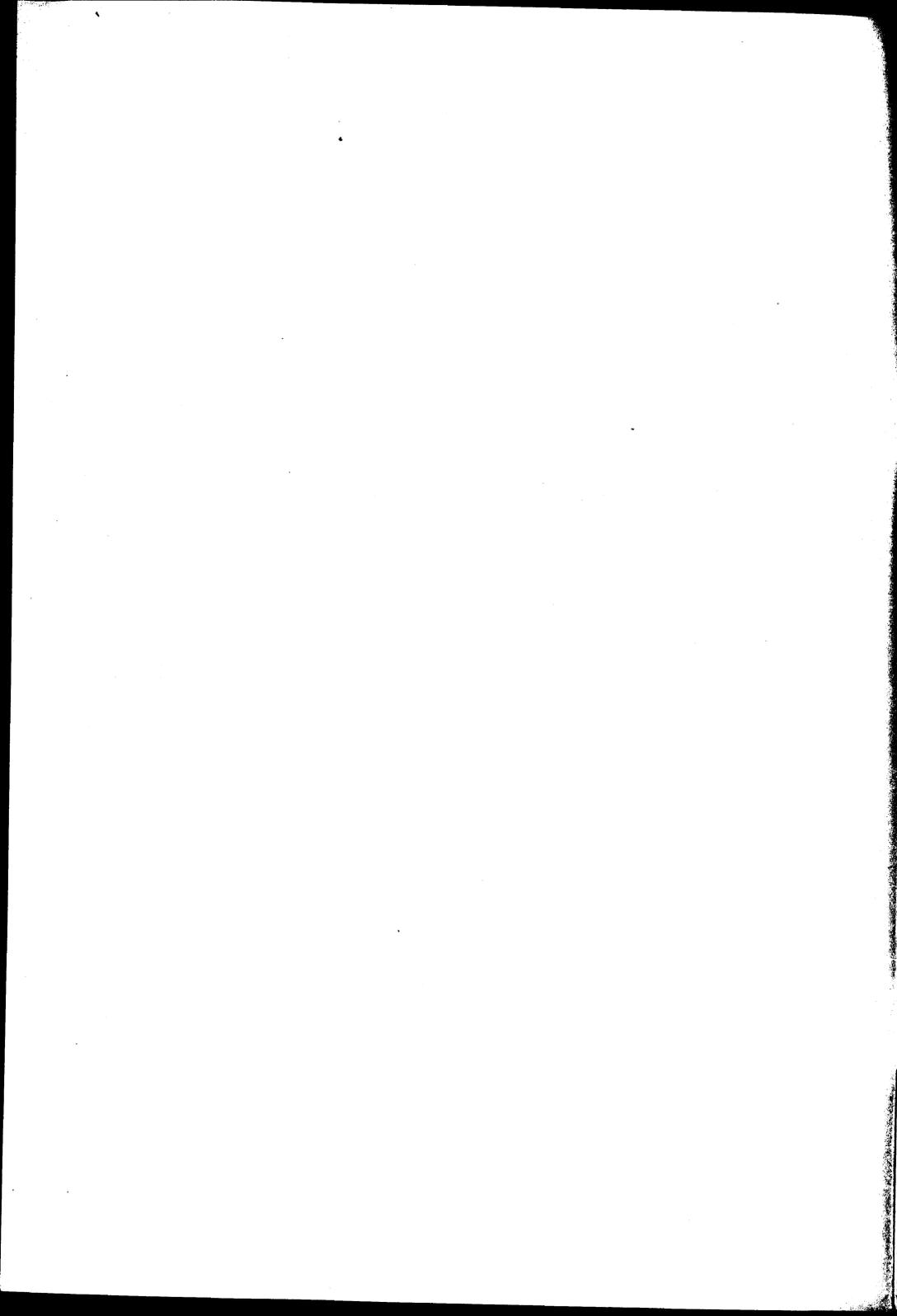
# La assistenza sanitaria mutualistica nei suoi aspetti tecnici e morali

---

*(Estratto da «Le Forze Sanitarie» - Anno VIII - N. 9, del 15 maggio 1939-XVII)*

---





---

---

**Premessa.**

Il tema che mi è stato assegnato, vasto e di attualità, considera uno dei fenomeni-base della politica sanitaria fascista, e rappresenta per il Sindacato dei medici un problema fondamentale e totalitario; esso infatti comprende tutte le attività intellettuali, tecniche, morali ed economiche, della nostra categoria, inquadrata nel sistema corporativo.

Allo studio dell'argomento molti hanno dato contributi importanti, ma dobbiamo riconoscere che, investendo il problema interessi personali, collettivi e regionali di vario genere e grado, quando lo studio è stato rivolto ad una faccia soltanto, ha deformato, ingigantito e soppresso le altre componenti rendendo il problema stesso ancor più confuso e difficile.

Ed è prima di tutto da rilevare che la sua vera impostazione non è stata sentita completamente, perchè la mutualità in Italia è sorta e si è sviluppata su basi già esistenti in parte illegittime ed in parte inadatte al suo divenire; così che appare indispensabile fissarne i principî fondamentali nei limiti e negli scopi presenti e futuri, per valutarne poi gli aspetti tecnici e morali, con l'esame obiettivo di tutte le sue parti nella loro funzione.

Impostazione fondamentale che deve oggi essere chiaramente stabilita non solo perchè rivolta al perfezionamento ed alla correzione di alcune deficienze, ma soprattutto perchè essa soltanto può definire il sistema mutualistico e spiegarne gli effetti che ne derivano nella pratica sia dal lato tecnico che da quello spirituale.

E' per questo che io debbo chiedere a chi mi ascolta di tener presente, ad ogni frase della mia relazione, che «essa considera l'assistenza sanitaria mutualistica come una realtà esistente entro lo Stato e che deve essere perfezionata, e non ne discute il sorgere o l'affermarsi, mentre vuol stabilire e studiare tutte le profonde modificazioni della medicina sociale, dei rapporti e dei caratteri del medico e dell'assistito, che questa realtà determina».

Ciò vale anche per prevenire osservazioni e rilievi orientati verso la constatazione, in parte dolorosa, della sepoltura di alcune caratteristiche dell'arte medica e della figura del medico, mentre lascia adito ad esaminare criticamente l'applicazione della mutualità nei suoi lineamenti definitivi; da troppo tempo ormai assistiamo al permanere di un contrasto tra idee e pratica, tra forma e sostanza, dovuto alle diverse incidenze di osservazione del fenomeno: e da un lato assistiamo all'estendersi crescente della mutualità sanitaria, dall'altro al crescente scetticismo e pessimismo dei medici sul suo divenire. Se è vero che noi medici costituiamo i tecnici del sistema, abbiamo il compito di rilevare nella realtà più assoluta la portata delle profonde deviazioni e degli orientamenti nuovi che esso sistema, per le sue ragioni di vita, pretende da noi, e di fissare definitivamente le linee della nostra opera nella mutualità.

E stabilito il principio che «l'assistenza sanitaria mutualistica, in Regime corporativo, non può essere scopo a se stessa, ma deve essere rivolta direttamente ad un fine nazionale, in

modo che nè l'individuo nè gruppi di individui possono arbitrariamente scegliere i mezzi pratici ed economici per raggiungere la salute e quindi l'efficienza produttiva», dobbiamo sentirci non solo autorizzati, ma obbligati a tutte le proposte di perfezionamento tecnico, affinché l'applicazione di questo principio si svolga nel modo più completo.

Per l'esposizione della relazione che esaminerà tutti i fondamenti della mutualità e ne studierà criticamente gli orientamenti attuali, è bene dirvi che chi vi parla conosce e ricorda tutto quanto è stato scritto e detto sulle mutue in Italia; dagli studi di PISENTI, di PERNA, di BELLUCCI, agli scritti di MORELLI ed alla relazione viva e di attualità di BOBBA e CIPOLLINO; dagli articoli di DE BERNARDIS, di GASPARRO, di BERTI e di GAZZETTI alle esaurienti relazioni dei Segretari provinciali presentate nei raduni al Commissario ministeriale ed alle direttive da questi dettate; conosce anche la storia della mutualità di altre Nazioni nell'applicazione pratica, nei pregi e nei difetti. Dichiarazione questa che mi libera e vi libera dal peso di citazioni bibliografiche nei diversi punti della relazione, e che mi autorizza a dirvi che io, come voi, sento in tutta la sua importanza e gravità attuali e future il problema mutualistico.

Debbo anche aggiungere che la relazione, come l'ha voluta il Commissario ministeriale, è in ogni sua parte «aderente alla realtà», e questo non mi è stato difficile perchè, uomo della periferia, vivo da sei anni la vita di tutti i medici nei diversi e numerosi problemi sindacali e mutualistici.

Credo infine di poter affermare che il fenomeno mutualistico in Italia deve essere considerato privo o quasi di analogie con quelli similari di altri paesi, e ciò per l'influenza, oltre che della sua tendenza totalitaria, della particolare struttura geografica, economica, psicologica e storica della Nazione; e soprattutto perchè fenomeno italiano e fascista. Soltanto talune manifestazioni d'ordine tecnico generale di altri paesi possono costituire contributi di confronto e di esperienza.

Queste asserzioni diaframmano in parte il campo di esposizione che vuole compiere i rilievi d'ordine culturale, organizzativo e psico-

logico, influenti sulla tecnica dell'assistenza e sul suo sviluppo tendente alla assicurazione obbligatoria.

Compito questo proprio del Sindacato dei medici che deve portare il contributo della competenza tecnica e della sua sensibilità in questo campo, non per distruggere ma per costruire, affrontando con obbiettiva serenità l'argomento nei suoi aspetti tecnici e morali, che rappresentano sempre la vera indistruttibile potenza intellettuale e spirituale del medico. E se è vero che la mutualità ha un aspetto prevalentemente economico-sociale, è anche vero che essa deve da noi medici essere esaminata nella sua applicazione, indipendentemente dall'influenza del fattore economico, che non può regolare la potenza intellettuale e spirituale del medico, ma deve ad essa prevalentemente adattarsi per non deformare o limitare la portata dell'assistenza.

#### *La funzione del medico nell'assistenza sanitaria mutualistica.*

Intendiamo per assistenza sanitaria mutualistica, in Italia, quella rivolta alle categorie di lavoratori che appartengono ai gruppi a ciclo produttivo industriale, agricolo, commerciale e ad alcune attività produttrici di servizi, seguendo così le linee dell'ordinamento dello Stato corporativo. Escludiamo le categorie a condizione economica professionale diversa da quelle, sia per il tipo di attività che di produzione, e che, fino a quando non saranno comprese nella assicurazione obbligatoria, possono provvedere con iniziative individuali alla tutela della salute.

Definito così il campo di applicazione dell'assistenza nell'ambito dei lavoratori, è necessario fissare i principi fondamentali sui quali essa s'impernia nello Stato corporativo:

- 1) Necessità dello Stato massima efficienza produttiva del lavoratore.
- 2) La salute del lavoratore intesa quale patrimonio statale sia nella lotta contro le malattie sia nella loro prevenzione e nel miglioramento della razza: concezione questa che si estenderà ad ogni cittadino con la assicurazione obbligatoria.
- 3) Per le categorie produttrici, disciplina del lavoro e del consumo di energie e di materiale,

disciplina rivolta al bene dello Stato, secondo direttive che rientrano anche nella concezione autarchica.

In questi tre settori predomina la funzione del medico che diviene così quella di «produttore ai fini dello Stato» e deve quindi avere la sua esatta valutazione nell'assistenza rivolta a questo scopo.

Ed è bene affermare subito che, se in alcuni campi di questa assistenza esistono deficienze ed incompletezze, ciò è dovuto in gran parte al fatto che la mutualità sorta in Italia conserva ancora il peccato originale delle antiche « Società di mutuo soccorso » fondate quasi esclusivamente su interessi economici individuali e di gruppi (esempio attuale: la mutue libere) e ben diversi e più limitati della vasta concezione corporativa; la quale *pretende dal medico la massima competenza tecnica e non toglie alla sua opera nessun valore sentimentale od umanitario*; essa sposta però il giudizio che di questa opera medici e profani debbono avere, stabilendo che *non è l'umana pietà e l'altruismo che debbono portare il medico a compiere la sua funzione, ma è il lavoro del medico, inteso come dovere sociale, che deve svolgersi in ogni caso con umana pietà, con altruismo e, se occorre, con sacrificio*. Distinzione, questa, d'ordine psicologico-sociale, necessaria e pregiudiziale.

LA FIGURA DEL MEDICO MUTUALISTA. — La funzione delle mutue crea così una nuova figura del medico. Anche su questo argomento numerosi sono stati i pareri e spesso discordi: si è tacciato di estremismo chi ha affermato il principio che «in Regime fascista corporativo ogni medico diverrà medico di Stato»; si è valorizzato al massimo il medico di famiglia, amico, padre e sacerdote del nucleo famigliare; si è detto che il carattere fiscale del medico lo allontana decisamente dall'assistito; si è considerato troppo spesso il medico nel suo aspetto di apostolo e di missionario, mentre da altri si è esagerato nel considerarne solo l'aspetto di professionista.

Tali divergenze trovano la prima causa nella originalità della figura sociale del medico: sta di fatto che nessuna attività può essere paragonata, nelle sue diverse espressioni, a quella

del medico; basta solo ricordare, con MORELLI, come esso non possa mai rifiutare la propria opera, come la donazione di questa sia considerata obbligo e non bontà, come sia considerato nella società più spesso a seconda della sua sensibilità spirituale e del suo altruismo anziché della competenza scientifico-tecnica; come, infine, raramente esista proporzione fra l'importanza del lavoro compiuto ed il riconoscimento morale e materiale. Queste caratteristiche sociali del medico, che permangono tuttora invariate nel giudizio dei profani, costituiscono l'ostacolo più importante alla trasformazione sostanziale della sua figura. Certo è che di fronte alla nuova assistenza sanitaria creata dalla mutualità corporativa la figura del medico deve assumere nuovi lineamenti ed espressioni pratiche pur conservando nella scienza e nella sua applicazione le linee fondamentali.

Questa nuova fisionomia che si affaccia già nel medico di fabbrica, nel medico sportivo e scolastico ed in quello del lavoro e della prevenzione in genere, ha fondamenti culturali e spirituali: culturali perchè pretende che il sanitario sia aggiornato su argomenti di medicina sociale, del lavoro, e preventiva, imposti dal Regime, spirituali in quanto costringe l'individualismo del medico a cedere ad una disciplina legata prevalentemente od esclusivamente a necessità statali e che supera qualsiasi tentennamento sentimentale ed indirizzo personale.

Tendenza questa che porterà fatalmente come già ha fatto, in parte (con la prevenzione e la denuncia obbligatoria per talune malattie sociali), al medico funzionario dello Stato, «funzionario morale, rigido tutore della salute pubblica», anche quando agli organi statali non lo leghino rapporti d'impiego e burocrazia, e modificando in tal modo la tradizionale concezione della figura del medico.

E' così che il medico mutualista diviene forzatamente anche fiscale; lo vogliono o no coloro che nel medico pretendono e cercano il padre, il consigliere affettuoso e benevolo, e talora il consolatore morale e materiale di crisi domestiche che poco o nulla hanno a che fare con la medicina.

Dobbiamo rilevare che sotto questo nuovo aspetto il medico finirà con l'essere più valoriz-

zato perchè maggiormente sarà considerato il suo valore tecnico quando la sua attività sarà sganciata da quegli attributi di apparente e sostanziale sentimentalismo richiesti troppo spesso dalla umana debolezza di fronte alla malattia, o dal pietismo esagerato dell'ambiente che circonda il malato, e non di rado sorto nel medico per colmare deficienze culturali o per accattivarsi clientela. Che questa trasformazione possa avvenire non è da porre in dubbio quando si riconosca che l'educazione onesta, forte e guerriera cui è spinto il popolo italiano in Regime fascista, con esempi vivi in tanti settori della vita sociale, può ben impedire che medico e malato rimangano spiritualmente ancorati a manifestazioni patetico-sentimentali del sepolto ottocento, troppo frequentemente origine di super o di sotto valutazione dell'arte e della scienza medica e quindi dannosa.

La figura del « medico di famiglia » dovrà essere in tal modo intesa solo nel senso sanitario-sociale e nella sua importanza scientifica e pratica, indipendentemente dagli altri attributi sentimentali.

#### ***Basi di applicazione dell'assistenza sanitaria mutualistica.***

**SCELTA DEL MEDICO.** — Argomento preminente è quello della scelta del medico. E' noto a tutti come essa abbia costituito uno dei punti cruciali della assistenza sanitaria mutualistica: la storia breve ma efficace della mutualità in Italia ci dimostra come si tenda a passare fatalmente dal medico fiduciario delle organizzazioni, alla cosiddetta « libera scelta »; decisione questa che appartiene all'assistito ed al medico per ragioni diverse, di valore etico-sociale e professionale.

Che il malato intenda affidare il proprio corpo al sanitario verso il quale ragioni di stima, di simpatia e talvolta di valutazione specifica, lo portano, è cosa nota. Ed è anche vero, come nota il BELLUCCI, che in alcuni stati patologici l'influenza del fattore « fiducia » è predominante e può divenire utile ai fini della cura indipendentemente dal reale valore tecnico-professionale.

Il medico poi ha chiesto la libertà di scelta perchè solo a questa gli sono apparsi legati il

suo perfezionamento tecnico, la sua valutazione ambientale, e la conservazione di quella che viene definita « libera professione ».

E' però da notare subito che questa libera professione ancora oggi esistente e strenuamente difesa, con l'estendersi delle grandi organizzazioni sanitarie del Regime (dispensari, sanatori, O.N.M.I., G.I.L., medicina sportiva, istituti di assicurazione, ambulatori celtici ed antitracomatosi, centri tumori, ospedali comuni e specializzati), tende fatalmente a ridurre il proprio campo di applicazione, e finirà, se non con lo scomparire, col diventare un'attività sussidiaria e non fondamentale della medicina, e che si rivolgerà soltanto a servizi di consulenza, all'assistenza di poche classi non organizzate direttamente dallo Stato, o sarà costretta, per vivere, a piegarsi alle esigenze economiche degli individui e delle categorie, perdendo così molti degli attributi che la caratterizzano.

Anche nella mutualità, praticamente, la libera professione sostenuta dal concetto della libera scelta, urta già contro i principi e le modalità dell'assistenza, e ad essi deve adattarsi subendo modificazioni e limitazioni importanti. Infatti la libera scelta, se è più facilmente applicabile nel sistema dell'assicurazione-rimborso (che rappresenta una delle forme più sciolte praticamente e non applicata dai grandi gruppi a produzione industriale ed agricola, ma solo dal commercio), non lo è in quello della assicurazione-organizzazione che caratterizza i 5/6 della mutualità italiana, e nella quale ultima è adattata solo con limitazioni che ne deformano l'attuazione e ne alterano l'essenza (limitazione annuale, per ciclo patologico, estensione a medici prestabiliti, ecc.). Ed è così divenuta « condizionata » per il fatto che l'assistito può scegliere solo in un numero più o meno limitato di medici, fino a dover scegliere (per così dire) l'unico medico del paese nelle zone rurali. E' ad ogni modo certo che il problema della scelta del medico è influenzato dal fattore economico specialmente nella modalità del compenso che, al di fuori del suo valore quantitativo, grava sulla prestazione attraverso le formule di applicazione (notula, ciclo patologico, capitarario-annuale, ecc.). Nè va dimenticato, del resto, che nella assicurazione-rimborso, ritenuta per ra-

gioni economiche non applicabile alle categorie industriali ed agricole, la libera scelta può anche urtare contro talune direttive di utilità statale consentendo all'iscritto una autonomia che può diventare eccessiva ed il cui controllo non è sempre facile. E se essa è insistentemente desiderata dai medici, lo è in gran parte perchè di fronte alle altre forme assicurative costituisce la minore lesione dei loro diritti di natura economica e remunerativa.

Allo stato attuale, dato l'indirizzo organizzativo totalitario del Regime, e data la necessità di una disciplinata funzione del medico e dell'assistito, oltre alla opportunità di una sana ed equa distribuzione di responsabilità e di lavoro tra i medici, il sistema adottato della « scelta condizionata » è apparso il più adatto. Nè valgono le critiche e le discussioni impiantate sulla profanazione della parola « libertà » quando si pensi che in Regime fascista ogni libertà deve coincidere colle necessità superiori di categoria armonizzate nelle esigenze dello Stato; esigenze che non possono farci escludere questo principio tanto meno nel campo assistenziale sanitario.

La libera scelta così organizzata che chiameremo *scelta sindacale* rappresentata oggi dunque la soluzione più adatta tra « libertà assoluta » ed il « medico obbligatorio » e può essere così definita: *possibilità varia, ma non assoluta, di scelta del medico nei grandi e medi centri, fino alla obbligatorietà del medico condotto nelle zone rurali; gli uni e gli altri segnalati all'assicurato dal giudizio tecnico delle organizzazioni competenti.* Nè ci sembra che tale pratica debba costituire ragione di scontento negli assistiti quando si riconosca che nei centri a medico unico la tutela della salute è affidata ad uomini che hanno superato concorsi e controlli tecnici delle autorità sanitarie statali e provinciali, e meritano perciò stima e rispetto; e quando si aggravi, che, al di sopra del medico condotto, esistono possibilità di controllo ed ospedali comunali e provinciali cui l'assistito può sempre rivolgersi.

Si prospetta ora il quesito se questo tipo di scelta del medico debba riguardare solo quello generico ed escludere lo specialista e l'ospite; noi riteniamo che alla « scelta sindacale » oggi applicata, si debba iscrivere anche l'assi-

stenza specialistica ed ospitaliera, non solo per naturale analogia, ma per una distribuzione tecnica adeguata dell'assistenza nelle sue responsabilità e nei suoi compiti.

Per concludere sull'argomento della scelta del medico, io credo che nel concetto corporativo la libera scelta assoluta non sia facilmente attuabile e possa divenire dannosa alla solidità del sindacalismo fascista dei lavoratori e dei medici ed alla efficacia tecnica dell'assistenza intesa nel senso mutualistico. La « scelta sindacale » coordinata dalle possibilità ambientali, può invece rappresentare il primo passo verso la creazione di quel medico ideale « fiduciario dello Stato e dell'individuo », togliendogli solo in parte quei caratteri di libero professionista che fatalmente subiranno limitazioni profonde nella funzione corporativa del medico. S'intende che solo con maturità e disciplina sindacale delle due categorie dei medici e degli assistiti sarà ottenuta la sana applicazione della « scelta sindacale ».

**TIPO DI ASSISTENZA.** — Al problema della scelta del medico si collega totalmente quello del tipo di assistenza. Si è discusso con pareri diversi se l'assistenza mutualistica debba essere parziale o totalitaria, ed abbiamo visto esempi nell'uno o nell'altro campo.

Autorevoli medici sociali si sono definitivamente pronunciati sull'impossibilità di un'assistenza totalitaria. Ma contro i pareri della Cattedra, sta il fenomeno del crescente dilagare delle forme di assistenza per cui oggi le mutue in Italia tendono all'assistenza più estesa possibile, verso il tipo totalitario. Questione particolarmente grave ed importante che, oltre coinvolgere interessi di categorie, pretende, per l'indirizzo tecnico generale, il diretto interessamento dello Stato con i suoi organi sanitari, per il necessario controllo sull'assistenza. Così che dal fenomeno a carattere volontaristico della mutualità sanitaria, da parte delle categorie interessate, si deve giungere fatalmente al coordinamento ed alla disciplina delle attività assistenziali da parte degli organi statali preposti alla tutela sanitaria del Paese.

**QUALITÀ DELLA PRESTAZIONE.** — Particolare importanza ha la qualità della prestazione che

deriva dal tipo di assistenza. Dato il riconosciuto indirizzo delle mutue verso l'assistenza totalitaria ne deriva che i medici generici, specialisti, ospitalieri, debbano adempiere a tale compito, attraverso una preparazione tecnica corrispondente. Ma nelle multiformi attività assistenziali, talvolta immediate, l'opera di un medico può non essere opportunamente richiesta e distribuita; e ciò perchè troppo varia è la sua applicazione nella patologia umana. Così che da un lato al medico può essere richiesta dalla organizzazione un'assistenza estesa al massimo, dall'altro i limiti di questa sono segnati dalla capacità personale del medico. Ed è grande merito del Commissario ministeriale l'aver troncato ogni discussione su questo problema, fissando il principio generale che « *il medico è giudice insindacabile dei limiti delle proprie prestazioni* ».

Da questo principio sorge l'opportunità di valutazione dell'opera e della competenza del medico fino ad affermare che, se per esigenze amministrative l'organismo mutualistico deve stabilire i tipi delle prestazioni domiciliari, ospitaliere, specialistiche, tali classificazioni burocratiche debbono essere subordinate alle possibilità assistenziali del medico ed ai mezzi materiali e strumentali a sua disposizione. Ne consegue la necessità di una « classificazione » dei medici e degli istituti di cura per la distribuzione adatta delle mansioni, distribuzione che deve tendere al raggiungimento dell'assistenza perfetta. E tale direttiva tecnica integrante la mutualità sanitaria nei suoi fondamentali etici e nella sua pratica applicazione si impone nel problema della scelta (perchè finisce anch'essa col contrastare con la « libera scelta » intesa nel senso « liberale »), in quanto non dà intera la facoltà di ricorrere a questo od a quel medico di fiducia, ma pretende per l'assistito la prestazione più efficace ed adatta al tipo di malattia.

Troppo spesso, nei piccoli ospedali, in alcune case di cura e nella professione generica, si manifestano figure di medico « onnipotente » non solo ridicole ma soprattutto dannose. Ed è compito del Sindacato dei medici il risolvere, sotto quest'aspetto, il problema assegnando i medici ciascuno al loro compito. La necessità poi, an-

che per i mutuatati, degli specialisti delle varie branche si impone, se vogliamo avvicinarci all'assistenza totalitaria efficace.

Nella qualità della prestazione è compresa naturalmente, con la modalità tecnica di essa, la prontezza e la regolarità dell'esecuzione. Argomenti sui quali non occorre discutere, perchè legati alla possibilità materiale del medico ed alle sue doti di coscienza e di sentimento del dovere.

#### **Fattori influenti sull'assistenza sanitaria mutualistica.**

La complessità del problema e le diverse soluzioni prospettate, le sue espressioni regionali, obbligano a raccogliere quelli che, secondo la nostra esperienza, rappresentano i fattori più influenti nella pratica della assistenza. Il loro esame servirà a spiegare gran parte della complessa fenomenologia mutualistica nel suo lato tecnico e morale; necessariamente la loro esposizione deve considerare anche lo stato attuale della mutualità ed assumere in qualche campo andatura polemica.

a) *Il valore culturale del medico.* Lo abbiamo detto, è in primo piano. E per esso, più che la vastità del sapere, si deve intendere la giusta valutazione e limitazione della sua competenza al ramo di attività che gli è destinato, sviluppando la intima collaborazione tra i sanitari ed il contributo massimo di ciascuno senza invasione dei compiti altrui. Per questo gli studi di medicina corporativa appaiono particolarmente importanti. Il camerata BOCCHETTI ha già trattato il delicato argomento culturale ed io non mi soffermo se non per richiamare l'importanza delle iniziative dei Sindacati di Siena, Milano, Roma, per gli studi di medicina sociale e corporativa, la cui necessità fu sentita particolarmente durante l'espansione dell'assistenza mutualistica. Medicina corporativa che pone sotto un aspetto sociale e corporativo la scienza e l'arte medica, dettando non solo direttive generali, ma pretendendo conoscenze medico-legali, igienistiche, di organizzazioni del Regime, di prevenzione e lotta contro le malattie, che ancora oggi non vengono impartite dalle diverse Cattedre ufficiali.

E' solo a questi valori culturali che perfezioneranno la figura scientifico-pratica del medico, che dovrà spettare il compito di influire sulla scelta del medico e sulla sua valutazione equilibrata da parte della mutua e dell'assistito.

b) *La metodica ed i mezzi dell'assistenza.* Elemento particolarmente importante quello che riguarda l'organizzazione tecnica dei servizi assistenziali, legata da un lato alle necessità dell'assistenza, dall'altro alla possibilità materiale di adempiervi.

Il concetto già esposto sulla limitazione e sulla distribuzione delle mansioni dei medici e degli enti destinati all'assistenza sanitaria dovrebbe trovare sempre la sua applicazione adeguata; le deficienze dei mezzi tecnici e la plethora di essi (con secondaria lotta professionale quanto mai dannosa); la poca conciliabilità tra burocrazia e prestazione medica, tra elenco limitato di malattie ed assistenza totalitaria, costituiscono forze ritardatarie della evoluzione mutualistica. E questo vale per i diversi tipi di assistenza cui ogni mutua tende, come per certe formule diagnostiche e terapeutiche stillate negli uffici e tendenti a classificare l'assistenza nella durata delle malattie, nei disturbi di un gruppo di viceri, nell'applicazione di cure limitate ed obbligate.

Nella metodica dell'assistenza si deve considerare, nel suo valore reale, l'attrezzatura e l'organizzazione sanitaria statale preesistente alle mutue. *La rete di condotte mediche, quella ospitaliera, quella dispensariale contro le malattie sociali, i centri di accertamento e di profilassi, rappresentano un'importante organizzazione ricca di esperienza e di metodo che deve costituire lo scheletro del sistema mutualistico e non può da questo essere trascurata.* E se è vero che in talune regioni esistono ancora deficienze nello sviluppo di questi mezzi, è anche vero che in pochissimi anni si è risolta con indirizzo tecnico e competenza la parte più importante del problema sanitario nazionale nelle sue grandi linee. Ora non v'ha chi non veda i vantaggi che questi perfezionamenti possono portare anche all'assistenza mutualistica e la necessità che essi sempre più aumentino per integrare e com-

pletare la mutualità sanitaria nei suoi vari aspetti assistenziali.

D'altro lato la tendenza nelle mutue alla creazione dei mezzi di assistenza ed alla loro gestione diretta ed isolata, appare quanto mai dannosa tecnicamente oltre che economicamente. Argomento questo, che ha costituito recentemente la base di un'alta discussione alla Camera.

Ricordiamo come il Sottosegretario all'Interno, affermasse che l'assistenza sanitaria non deve essere esercitata a compartimenti stagno, ma sotto il diretto controllo del supremo organo tecnico, e come il camerata CIANNETTI, per la mutua dell'Industria, sostenesse che lo sviluppo di branche di assistenza particolarmente ambulatoria, tendeva e tende a colmare lacune, specialmente regionali, nell'attrezzatura dell'assistenza statale; noi constatiamo che questa assistenza ambulatoriale non segue sempre le norme della politica sanitaria nel senso tecnico e morale, e che purtroppo anche gli ospedali statali e parastatali, tendono a diventare, se non di fatto, di funzione, organi mutualistici (specialmente per l'agricoltura) perchè costretti a funzionare secondo le direttive amministrative delle mutue per ciò che riguarda i tipi di assistenza, le limitazioni, la classificazione delle malattie, i mezzi d'indagine, ecc. Non è cosa eccezionale il vedere centri ospitalieri che, traendo 2/3 del loro respiro economico dalle mutue, ad esse si uniformano completamente e ne sono praticamente diretti nell'attività anche se i sanitari, con ogni sforzo, tendano a mantenere la personalità isolata e legittima del centro sanitario.

Così che, se, come credo, anche il medico debba far sentire la propria voce su questo vitale argomento, è dovere nostro affermare con coscienza tecnica non offuscata da amarezze (che potrebbero essere anche in alcuni casi legittime) che l'assistenza ambulatoriale ed ospitaliera, indipendentemente dalla proprietà muraria e strumentale degli istituti, da parte della Mutua o degli Enti, deve ritrovare le sue profonde radici in una autonomia tecnica, legata alla cultura scientifico-pratica, alle direttive sanitarie dello Stato, ed ai perfezionamenti cui Stato, mutue e medici debbono contribuire nelle

misure loro spettanti e nell'ambito delle loro possibilità.

Tale affermazione troverà la sua conferma quando esamineremo criticamente lo svolgimento dell'assistenza. Ci preme per ora affermare che non è solo la visione dell'affluenza agli ambulatori ed agli ospedali che porta alla valutazione della loro importanza, ma soprattutto la disciplina di questa affluenza e le modalità tecniche della loro funzione che debbono preoccupare i dirigenti; ed occorre scindere, come noi abbiamo fatto, il fattore sentimentale e commozionale delle apparenze, da quello realistico della responsabilità tecnica ben più importante ai fini della Nazione proletaria, e che si risolve solo quando si seguano direttive tecniche nella tutela della salute pubblica, e non soltanto quelle economiche o sentimentali della categoria.

E poichè è stato anche rilevato che in una provincia, alla costituzione di un ambulatorio pediatrico corrispose la introvabilità di un pediatra, dobbiamo aggiungere che questa introvabilità sarebbe cessata, qualora si fosse offerto al pediatra la possibilità di vita materiale, e non la speranza di trarre i mezzi di vita da una « libera professione » che tende oggi a ridursi entro limiti economici che non consentono di affrontarla.

Ed aggiungo che il deprecato urbanesimo dei medici, nella maggior parte, è dovuto alla necessità di perfezionamento culturale sentita dal medico, che, per una modesta sistemazione in condotta ed in ospedale, vede la difficoltà di superare concorsi, resi difficili ed affannosi, e per affrontare la professione sente il bisogno di raggiungere un livello culturale superiore al comune; urbanesimo che è evidente nei corridoi delle cliniche e nelle corsie degli ospedali, dove, certamente, il medico non costruisce la sua ricchezza economica.

c) *Influenza dell'organizzazione sindacale corporativa dei medici.* Occorre considerare anche l'influenza che il Sindacato dei medici deve esercitare sulle modalità di assistenza. E' ovvio che il Sindacato dei medici nello Stato corporativo rappresenta, nel settore dell'assistenza mutualistica, la categoria più vincolata alle direttive dello Stato, nè deve con questo essere in

contrasto in alcun punto. Così che l'attuazione dell'assistenza ambulatoriale, domiciliare, specialistica, ospitaliera, deve seguire le norme emanate dall'autorità tecnica dello Stato cui debbono intonarsi anche le direttive delle mutue. In questa attività il Sindacato dei medici rappresenta il consulente specializzato per una collaborazione pratica della categoria al fine della perfetta assistenza. Consulente tecnico dunque destinato a prospettare la possibilità di azione della categoria, le sue esigenze culturali e pratiche per lo svolgimento del lavoro, le deficienze sullo sviluppo delle sue attività che incidono sulle modalità dell'assistenza, fino a proporre ampliamenti, modificazioni e perfezionamenti della rete sanitaria assistenziale rivolta alle mutue. Queste direttive incidono anche sulla scelta del medico, sia che si consideri l'assistenza dei medici condotti, degli ospedali, e dei centri ambulatoriali di cura e proflassi creati dallo Stato, sia che si considerino i compiti del Sindacato dei medici quale regolatore, nel senso corporativo, della distribuzione del lavoro dei medici, livellando eventuali eccessi o difetti, ed esprimendo il giudizio tecnico sull'assegnazione delle diverse mansioni. S'intende che anche tale indirizzo richiede la più ampia autorità ed il completo controllo da parte del Sindacato sui propri iscritti; autorità e controllo basati prevalentemente su fattori culturali, morali e di disciplina, che il Sindacato con ogni sforzo tende a sviluppare nei medici e che questi hanno solo in parte raggiunto.

d) *Fattori psicologici influenti sull'assistenza.* I rapporti tra assistito e medico hanno costantemente basi morali e sentimentali per cui entrano in campo fattori psicologici individuali e regionali legati a tendenze personali, a tradizioni locali, all'influenza che sull'animo e dell'operaio e del medico esercitano il tipo di lavoro ed il compenso. Uno studio sulla psicologia dell'assistenza sanitaria ci porterebbe troppo lontani, pur riconoscendone tutto l'interesse. Sarà però utile esporre qualcuno degli elementi più importanti nell'attuazione dell'assistenza mutualistica.

Non occorre ricordare, dettagliatamente, la grande importanza che nella professione medica ha l'*ascendente psichico*: il medico psico-

logo del malato e del suo ambiente (nel senso più completo, ivi comprese la simulazione volontaria ed involontaria) possiede già una potente arma contro la malattia; nè occorre riconoscere come la corrispondenza psichica tra medico e malato costituisca l'elemento più importante per la scelta del medico.

Un fattore psicologico influente è anche rappresentato dalle *tradizioni locali e regionali* che imprimono taluni indirizzi alle modalità dell'assistenza, tradizioni che portano il malato a pretendere in certe regioni prestazioni mediche numerose, in altre a ricorrere al medico raramente e spesso con ritardo; così pure a rifuggire dal ricovero in ospedale o a richiederlo quando non sia necessario. Con il perfezionamento dell'educazione morale e fisica del lavoratore queste dissonanze regionali dovranno spianarsi e scomparire; e tale compito deve essere affidato soprattutto all'opera paziente, persuasiva del medico, fino a raggiungere quella maturità mutualistica che si può esprimere con la formula: «*il malato ha il dovere di ricorrere all'opera del medico*» formula della nuova medicina sociale che rovescia la vecchia concezione individualistica e del medico e dell'assistito.

*L'influenza del tipo di lavoro* sulla psicologia del malato e del medico è un altro argomento importante e degno di studio, nella medicina del lavoro.

e) *Il fattore economico.* Non è compito di questa relazione esaminare dettagliatamente il problema economico e con esso la valutazione materiale dell'opera del medico in rapporto alle esigenze economiche e delle categorie dei medici e dei lavoratori; nè considerare le formule di orientamento, in questo senso, dell'assistenza sanitaria. Ma non possiamo non ricordare l'influenza del fattore economico sulla pratica e sullo spirito dell'assistenza.

*I legami tra formula di prestazione e formula di compenso incidono sulla tecnica dell'assistenza perchè il rapporto proporzionale fra lavoro e compenso è una legge sociale e biologica in ogni settore della vita umana*, e non può farvi eccezione il lavoro del medico nella sua valutazione pratica, anche se tra le diverse opere umane quella del medico può apparire meno facilmente valutabile; è poi vero che l'aver sta-

bilato nella gran parte della mutualità un compenso fisso per prestazioni senza limiti, oltre costituire una disarmonia economico-sociale, cui per disciplina si può anche aderire, tende a minare gravemente l'istituto dell'assistenza perchè ne riduce l'efficacia e la diffusione. Tanto più quando si consideri che, nella pratica, l'assistito di fronte alla malattia od alla presunzione di questa, può non aver freni nel richiedere l'assistenza sanitaria; e che il medico poco o nulla può fare per regolare le richieste e correggere gli abusi più o meno involontari. E mentre per l'azione di assistenza preventiva, che il medico deve svolgere, può essere stabilito un compenso fisso, per quella curativa la formula *lavoro uguale compenso* deve essere applicata da parte delle organizzazioni in tutti i tipi di assistenza domiciliare, ambulatoria, specialistica, ospitaliera, con mezzi proporzionali ed adeguati. Questo, lo ripeto, come principio generale, indipendentemente dalla valutazione tariffaria della singola prestazione.

#### **Rilievi critici sull'organizzazione attuale.**

Ho detto che il Sindacato dei medici deve portare il suo contributo non per distruggere ma per costruire. Per questo diviene utile esporre i rilievi critici a carattere generale e particolare, con assoluta obiettività, e richiamare le deficienze constatate e constatabili che inducono nella metodica dell'assistenza a deviazioni dannose ai principi ed alla pratica della mutualità fascista. La quale, come ha detto il nostro Commissario, attraversa una fase del tutto sperimentale.

Queste deficienze sono in gran parte colmabili attraverso riforme nell'organizzazione sia che risentano dell'influenza di fattori generali che regionali. Molte sono state prospettate dai relatori ai raduni interprovinciali; tutte sono state e sono oggetto di studio accurato e di tempestivi provvedimenti da parte del Commissario. Basterà perciò la loro elencazione con brevi commenti, considerandole nei due settori dell'assistenza curativa e preventiva.

ASSISTENZA CURATIVA. — *La diversità dei tipi di assistenza nelle diverse mutue*, legata ad in-

dirizzi tecnici personali delle singole organizzazioni, od alle loro possibilità materiali, provoca che la salute del lavoratore è considerata diversamente dalle varie mutue, sia per la valutazione della infermità, sia per i mezzi destinati alla sua tutela. E non è soltanto l'inconveniente dai medici denunciato, di dover riempire troppi moduli diversi per i diversi assistiti, quanto quello più grave per cui nella stessa famiglia possono e debbono entrare più medici per assistere i componenti di quel nucleo famigliare, cui la nostra politica sanitaria attribuisce grande importanza.

Io stesso citai al Commissario casi in cui, nella stessa famiglia di un piccolo centro toscano, tre medici potevano essere chiamati contemporaneamente per assistenza ordinaria a tre fratelli lavoratori, e cioè: il medico condotto per il bracciante agricolo, il libero professionista per il lavoratore del commercio, ed il medico scelto dall'operaio dell'industria. Se poi in uno di questi tre lavoratori si fosse verificato un infortunio sul lavoro (evenienza non eccezionale) si sarebbe potuto ricorrere ad un quarto medico fiduciario dell'I.N.F.A.I.L.!

Si aggiunga a questo, perchè ne fa parte integrale, la *diversità dei tipi di controllo e di super-controllo*, per cui l'ispettore per l'assistenza al commercio, il comitato di gestione per l'industria e la commissione di cui all'art. 9 per l'agricoltura, spostano variamente la funzione del Sindacato con direttive diverse e spesso troppo lontane dal reale controllo tecnico assoluto.

La *mancaza poi del rapporto proporzionale tra numero e qualità delle prestazioni ed impegno fisso dell'assistenza*, ha un importante riflesso tecnico. In molti casi infatti le richieste eccessive di prestazione nell'assistenza domiciliare hanno inciso notevolmente sull'aumento delle ospedalizzazioni e sulla incompletezza dell'assistenza. Riporto ad esempio le cifre rilevabili dall'assistenza sanitaria dell'agricoltura in alcune zone dove il servizio si svolge ad andamento normale: iscritti 100.000; casi di malattia 18.000; ricoveri 3.000 per la sola assistenza chirurgica con 50.000 giornate di degenza; estendendosi l'assistenza ospitaliera anche alle forme mediche è prevedibile almeno il

doppio dei ricoveri e cioè  $1/3$  delle malattie totali ed il 6% degli iscritti.

a) *Assistenza domiciliare*. Lo «*abuso delle prestazioni*» da parte del mutuato che non ha limiti nella richiesta, meno raro, ma possibile, da parte del medico, che può esagerare nel numero e nella qualità delle prestazioni stesse. Fenomeni questi citati da molti di noi (CALANDRA, CUCCHIA, DE MARTINI, COLETTI, ecc.) e che provocano consumo inutile e dannoso di energie e di materiale, e sui quali influisce la deficiente maturità sindacale delle due categorie. E' opportuno rilevare come la «libera scelta» agevoli notevolmente questo abuso, soprattutto perchè il medico attraverso essa è vincolato ad esigenze talvolta ingiustificate ed eccessive dell'assistito, mentre la scelta sindacale tende a limitare questo inconveniente.

b) *Assistenza ambulatoriale*. *L'elencazione obbligatoria d'infermità e di prestazioni mediche e farmaceutiche su rotarie amministrative*, provoca incompletezze dell'assistenza.

Ad esempio: la mutua agricola per l'assistenza radiologica ambulatoria ha compilato di sua iniziativa tariffe radiologiche; a parte che esse sono diverse da provincia a provincia e che limitano troppo, per le loro cifre, l'impiego del materiale e quindi l'efficacia della prestazione, la mutua stessa, per ragioni statistiche, ha «preveduto» solo sei o sette voci al massimo, per cui talune cure ed esami sono esclusi, pur avendo l'assistito la convinzione di aver diritto a tutti i tipi di assistenza radiologica. Di modo che lo specialista, o deve informare il malato della imposizione di questi limiti, o, per la solita questione sentimentale, deve finire con l'allargare le proprie braccia assistenziali, volente o nolente la mutua.

La *creazione di ambulatori direttamente gestiti dalle mutue*, con personale medico fisso a compenso forfaitario (spesso ad ore!), ha provocato poi l'inconveniente opposto, e cioè: pleora nell'affluenza degli assistiti, non sostenibile dal medico, la cui opera si riduce ad un lavoro, spesso irrazionale, di smistamento, nel quale talvolta il vero malato non è riconosciuto (dalla relazione di DE MARTINI la frequenza giornaliera di assistiti negli ambulatori dell'industria

in Genova è tre volte quella di tutti gli ambulatori di ospedali della provincia e sale al 48% degli iscritti!). Si intende che nella maggior parte dei casi le richieste di assistenza sono ingiustificate e non interessano nè le cure, nè la prevenzione (ad esempio: preparati dimagranti od ingrassanti, ricostituenti non necessari, lozioni per capelli, ecc., ed altre agevolazioni varie cui l'assistito crede di avere diritto).

La tendenza poi in alcuni centri ambulatoriali delle mutue, già segnalata da CALANDRA, a raccogliere negli ambulatori iscritti di altre categorie, accresce il lavoro dei medici ambulatoriali oltre misura ed aumenta le difficoltà tecniche di adempiervi adeguatamente.

c) *Assistenza ospitaliera.* Essa è svolta massivamente dall'agricoltura ed in minor grado dall'industria e dal commercio. La *limitazione dell'assistenza per malattie* (esclusione di talune forme), la *valutazione tecnico-economica unica per diversi tipi di assistenza, certe norme limitanti la durata obbligatoria della degenza*, costituiscono elementi di danno all'efficacia dell'assistenza. Ma soprattutto la concezione che la prestazione medica e specialmente quella chirurgica debbano avere la stessa valutazione pratica ed economica indipendentemente dalla singola importanza, porta facilmente a circoscrivere l'attività assistenziale entro limiti sempre più ristretti, non essendo possibile nè umano far considerare al chirurgo uguali in ogni senso (e non soltanto economico), la resezione gastrica e l'estirpazione di un'unghia incarnata.

Così pure l'*esclusione di assistenza specialistica ospitaliera*, spesso indispensabile complemento nella medicina e chirurgia generale, provoca incompletezza tecnica grave nell'opera di accertamento e di cura.

Ed a questo proposito è da rilevare come nell'assistenza sia domiciliare che ospitaliera *difetti o manchi del tutto la istituzione della consulenza*, che potrebbe, oltre che perfezionare l'assistenza attraverso il controllo tecnico, meglio valorizzare la « scelta sindacale ». Altro inconveniente grave è quello che deriva *dallo stipulare direttamente convenzioni con gli ospedali senza interpellare i Sindacati ed i sanitari che ne sono direttamente interessati*, specie dal lato tecnico, e che potrebbero portare in tal senso

contributi utili e necessari: come pure quello di *preferire taluni nosocomi meno attrezzati perchè più a buon mercato* (piccoli ospedali e case di cura private) talvolta con la connivenza di medici che sollecitano questi contratti di favore per beneficiarne, sia pur in grado minimo, a danno di altri. Conseguenza derivabile: l'assistenza incompleta od irrazionale.

ASSISTENZA PREVENTIVA. — Essa, di fatto, *non è svolta che scarsamente dal medico* domiciliare cui non è praticamente richiesta. Negli ambulatori gestiti dalle mutue e sorti a questo scopo è soffocata dalla già rilevata irrazionale affluenza. In alcune zone è compiuta dalle visitatrici ed assistenti sociali, istituzione quest'ultima di grande valore etico e pratico. E riconosciamo come questa attività debba essere intensificata ed allargata, secondo quei criteri che recentemente ha ribadito il Direttore della Sanità.

#### **Rapporti tra istituzioni sanitarie statali, libera professione e Mutue.**

Con le istituzioni statali e specialmente con le condotte e con gli ospedali, le mutue interfe riscono variamente creando anche situazioni talvolta paradossali, che portano grave danno alla efficienza e capacità di lavoro degli enti stessi. Così in molte zone, attraverso contratti economicamente più convenienti, la mutua ha ipertrofizzato piccoli ospedali di provincia più o meno idonei all'assistenza, a danno di altri maggiori ben più adatti ad un'assistenza totalitaria. In molte zone poi, attraverso la cosiddetta libera scelta, si sono verificati inconvenienti di indirizzo che nei grandi centri hanno tolto di fatto alla libera professione il suo valore etico-sociale, creando dissensi e lotta professionale ingiustificati.

In alcune regioni, ad esempio, dove esiste « libera scelta » si sono verificati esagerati orientamenti di assistiti verso taluni sanitari, provocati per varie vie dai medici o anche da influenze dei dirigenti mutualistici, con notevoli vantaggi di alcuni sanitari a danno di altri ugualmente competenti. Ad inconvenienti di questo genere che turbano fortemente l'armonia corporativa nel concetto di una equa distribuzione del lavoro e dei compensi, il Sindacato



dei medici, oltre ad avere opposte norme destinate a ridurre sempre più i limiti di questa libertà con quote fisse massime di assistiti da assegnare (esempio: la quota 2.000 per l'agricoltura), ha con ogni sforzo reagito cercando di disciplinare la distribuzione del lavoro. Ma anche la limitazione del numero degli assistiti ha generato inconvenienti per interpretazioni diverse; talora sconfinamenti di condotta e di zona d'influenza sanitaria da parte degli ospedali, tal'altra accaparramenti non giustificati da parte di sanitari, tal'altra ancora impossibilità di vita per talune condotte.

Un fatto importante in questo campo è quello verificatosi per molti aiuti od assistenti di ospedali di provincia cui è permesso assistere mutuati a domicilio, con danno morale e materiale dei relativi medici condotti, svolgendo così sullo stesso mutuato la duplice assistenza domiciliare ed ospedaliera, con duplice (se pur magro) compenso.

Opportunamente il Commissario ministeriale ha dettato norme ben precise a questo proposito che tendono a limitare il fenomeno, norme però che le organizzazioni mutualistiche non hanno accettato alla periferia, sostenendo ancora come una bandiera spiegata, il principio della libera scelta, nel senso... classico.

Altro inconveniente che occorre ricordare è quello che sorge dagli interinati nelle condotte rimaste vacanti in attesa del concorso: l'interino liberamente scelto (perchè unico medico della popolazione agricola) tende spesso a rimanere in sede dopo espletamento del concorso, mentre il titolare, nuovo arrivato, trova di fatto occupata la sua condotta. Si crea in tal modo una figura illegittima di «libero professionista mutualistico» a danno del medico condotto e che è difficile per i Sindacati provinciali e per quello nazionale distruggere. Nè è valsa la limitazione posta dal Ministero sulla durata degli interinati a correggere completamente questa tendenza che indebolisce l'istituto della condotta.

Per concludere su questo lato del problema: diverse sono le interferenze sorte fra organi sanitari statali, libera professione e mutue, per vero tutte avviabili, ma solo *attraverso la maggiore disciplina sindacale dei medici, la parte-*

*cipazione diretta delle autorità sanitarie, statali e provinciali, e la comprensione tecnica delle organizzazioni mutualistiche.*

**RAPPORTI TRA MUTUE E MEDICI.** — Su questi rapporti «il fattore regionale» e il «fattore uomo» hanno grande influenza, non essendo mai state dettate norme precise. La dipendenza economica del medico dalla mutua, porta inevitabilmente questa a considerare, nella pratica, i sanitari non solo collaboratori ma esecutori di direttive, e non è raro il caso già segnalato da COLETTI, da PODALIRI e da CUCCHIA di richiami, correzioni, avvertimenti che possono partire o dal dirigente amministrativo, o più raramente, dal capo dei servizi sanitari. Si sono così verificati inconvenienti specialmente per l'agricoltura, sorti dalla particolare posizione di controllo e di gestione attribuita ai fiduciari periferici della mutua stessa, dai quali il medico è troppo spesso giudicato anche dal lato tecnico. E mentre da un lato i Sindacati provinciali lottano per affermare che il medico in tutte le sue attività sanitarie dipende dall'organizzazione sindacale, dall'altro praticamente si crea una spiccata tendenza nelle mutue a trattare direttamente con i sanitari.

Fenomeno questo che finisce col manifestarsi in pieno dove la sensibilità sindacale dei medici è ridotta e dove esiste eccessiva invadenza da parte della mutua nella tecnica dell'assistenza.

Negli ospedali poi, oltre l'esclusione dei medici dalla stipulazione delle convenzioni, specialmente nel loro aspetto tecnico, la imposizione del servizio mutualistico tende a diminuire nel medico la spontaneità di quel sacrificio che fa parte integrante del suo dovere.

Nei rapporti tra mutue e medici e tra mutue ed ospedali, l'attività dei dirigenti sanitari delle mutue ha grande importanza; quest'opera multiforme, delicata e difficile è però troppo spesso espressione di sensibilità amministrativa, e troppo raramente il dirigente sanitario abbandona la burocrazia per rientrare nello spirito e nella pratica dell'arte medica.

Anche i tentativi di alcuni Sindacati provinciali di valersi della collaborazione dei medici dirigenti per perfezionare l'organizzazione delle mutue, sono in via di fallimento, tanto è vero

che il Commissario ministeriale ha proibito ai medici con incarichi retribuiti dalle mutue di appartenere ai Direttori ed alle Segreterie provinciali. E' da aggiungere che sarebbe desiderabile che i dirigenti sanitari delle mutue non esercitassero la professione.

### Conclusioni.

Ho esposto così i principî dell'assistenza sanitaria mutualistica e le deficienze attuali più importanti imputabili ai medici ed alle mutue e che debbono costituire un allarme per l'organizzazione sanitaria mutualistica in Italia, organizzazione che deve essere tecnicamente perfezionata se vuol adempiere al suo mandato.

Non era mio compito considerare l'aspetto economico, ma mi sia permesso affermare che a questo perfezionamento non può e non deve essere di ostacolo il fattore economico, perchè se è vero che i contributi di categoria sono minimi in confronto a quelli di altri paesi, è anche vero che *una più razionale organizzazione tecnica è raggiungibile colla disciplina, la cultura e l'adatto impiego dei mezzi*; canoni questi fondamentali fissati insistentemente dal nostro Commissario, nei raduni, sulla stampa, e dovunque.

Nè era mio compito avanzare proposte e formulare programmi che sono nella mente e nel cuore del nostro Capo.

E' però doveroso, per chi ha analizzato il fenomeno, fissare alcuni punti basali di questa assistenza mutualistica ai lavoratori come derivano oggi dalla nostra esperienza, e con la visione del futuro prossimo.

1) E' indispensabile un indirizzo tecnico unico e ben definito che consideri anche adattamenti regionali dell'assistenza ospedaliera, ambulatoriale e domiciliare.

2) Occorre raggiungere con ogni mezzo la maturità sindacale dei medici e dell'assistito, per consolidare le basi di una assistenza sanitaria intesa come dovere da entrambi; ed occorre stimolare il perfezionamento culturale del medico attraverso la valutazione d'ordine morale e materiale della sua attività di studioso e di professionista, sì da stabilire anche nei medici di mutua una carriera scientifico-professionale.

3) Necessità assoluta che alla organizzazione tecnica dell'assistenza il medico collabori direttamente e non attraverso formule alla cui compilazione non è stato chiamato, e che sono imposte soltanto su visioni economiche ed amministrative.

4) Distribuzione dell'assistenza attraverso la « scelta sindacale » dei medici e degli ospedali, orientata, oltre che dalla fiducia da parte dell'assistito per gli organi sanitari statali e sindacali, soprattutto dalla valutazione reale dei mezzi e della competenza degli enti e dei medici.

A questo scopo, collaborazione intima del Sindacato dei medici con l'autorità tecnica dello Stato, per il giudizio sul valore tecnico dei sanitari e per le direttive di assistenza.

5) Creazione di mezzi tendenti a diminuire, almeno in primo tempo, l'autonomia e la libertà (che diviene licenza) e dell'assistito e del medico nel richiedere e nel dare le prestazioni (gettoni di chiamata a carico del mutuato quando superi numeri-limite, controllo tecnico di consulenti, premi speciali di servizio per i medici, ecc.).

6) Abolizione dei vecchi principî tipo « Società di mutuo soccorso » ed inquadramento delle mutue libere nel sistema, con modalità tecniche ed organizzazione simili a quelle delle categorie produttrici.

Su queste basi, che modificano profondamente la visione della nostra vita professionale e della nostra attività, e con esse la mentalità e la psicologia del malato, l'assistenza mutualistica sanitaria potrà raggiungere quella importanza che le viene riconosciuta ai fini della Nazione; che ciò avvenga attraverso la creazione di un Ente nazionale delle mutue, come io proposi alcuni anni fa, o con la XXIII Corporazione della previdenza ed assistenza, propugnata da CALANDRA, o con la gestione diretta della mutualità assistenziale da parte del Sindacato dei medici, poco importa, purchè queste basi indispensabili per la vita delle mutue siano applicate. Esse sole consentiranno alla mutualità sanitaria di svolgersi nel senso corporativo più elevato, e di dare al medico, che rappresenta l'asse intorno al quale gravita la salute del mutuato, la forza per sostenere tale responsabilità.

Per noi medici due sole affermazioni sono necessarie:

Nel lavoro di trasformazione della mutualità il nostro contributo deve essere completo ed impostato dalla fede verso l'avvenire; non dobbiamo quindi super-valutare fatti isolati per giudicare il sistema, ma vedere di questo il complesso e gli scopi, e ad essi sacrificare, entro i limiti consentiti dalla nostra vita, la nostra personalità ed i nostri atti.

Dobbiamo poi coraggiosamente riconoscere la svolta decisiva in cui si trova la funzione sociale del medico nella mutualità diretta verso l'assicurazione obbligatoria, e che nega individualismi ed autonomia professionali: la libera professione subisce un grave colpo; e con essa quella «libera scelta» nel senso «liberale», cui molti di noi rimangono ancora spiritualmente attaccati. Le esigenze superiori di categoria e di produzione impongono rotta ben delineate anche per il medico mutualista e per le istituzioni sanitarie e mutualistiche, di cui lo Stato deve avere, se non la gestione, il completo controllo. Nè valgono illusioni, discussioni e piccoli e grandi sforzi per modificare alcune linee accessorie del grande problema; il quale è, come ho detto in principio, soprattutto «problema di impostazione basato sul presupposto che medicina e medico mutualisti debbono subire radicali trasformazioni».

Se queste non fossero per noi attuabili, meglio varrebbe negare alle mutue la possibilità di vita e di sviluppo, piuttosto che farle vivere senza l'applicazione integrale dei principî etico-sociali e politici che le hanno fatte nascere e che dobbiamo considerare indispensabili al loro sviluppo.

Noi siamo ad ogni modo certi che quando il Sindacato dei medici, cui il nostro Commissario ha dato una impronta di disciplinata ed efficace attività, sarà chiamato ad una vera e completa collaborazione tecnica e spirituale, saprà compiere il suo dovere.

Sulle tre relazioni il sen. BASTIANELLI apre la discussione.

Il generale medico CACCIA esprime il voto che alle direzioni sanitarie degli ospedali di provincia possano adire anche i medici ospedalieri, cioè coloro che hanno dedicato la loro esistenza negli ospedali. Ma per far questo però bisogna aumentare i limiti di età.

BANISSONI richiama l'attenzione sulla necessità della preparazione dei futuri medici, e anche dell'adeguamento dei medici laureati, sulla tecnica assistenziale, e cioè sulla preparazione specifica dei medici per le grandi organizzazioni. I medici devono avere l'impronta del tempo nostro nella loro preparazione tecnica. Occorre sì stabiliscano correnti e collegamenti anche in profondità tra la classe dei medici e la vita politica e corporativa del Regime. Dal punto di vista più nettamente sindacale è evidente l'opportunità di poter collocare molti giovani laureati nelle grandi organizzazioni, che potrebbero accoglierli quando essi avessero una più specifica preparazione. Premesso tutto ciò dichiara di non accettare la vieta distinzione dei medici in due categorie: medici della terapia e medici della prevenzione, in quanto crede che ogni specialista veramente tale deve essere anche un buon medico generico.

Il prof. ARESU parla dell'organizzazione delle Assise italiane di medicina e chirurgia. Non condivide l'idea di dare a esse una base di funzionamento straordinariamente larga, a traverso inchieste a carattere pluralitario, perchè, secondo l'oratore, le questioni scientifiche non si possono esaurientemente discutere mettendole alla portata della totalità del pubblico medico. Propone — pur avvertendo il contrario parere dell'adunata — che i temi scelti dalle Assise, sia che si tratti di ricerche sperimentali e cliniche, o di inchieste, vengano imposte a quegli istituti che siano veramente capaci di imprimere agli studi quella estensione e quella profondità necessarie e giovevoli all'indagine scientifica. E ciò perchè egli crede che l'estensione in superficie delle inchieste medesime non sia in alcun modo giovevole.

L'avv. GRASSIA porta il saluto personale e quello dei camerati iscritti all'Associazione fascista del Pubblico Impiego ai medici partecipanti al raduno e al Commissario ministeriale del Sindacato col quale — egli dichiara — «abbiamo lavorato in comune accordo per quanto si riferisce alla tutela degli interessi dei medici». Si intrattiene ancora sulla questione mutualistica, e particolarmente sulla convenzione stipulata con la Confederazione dell'Agricoltura; sulle possibilità avvenire di adeguare la mutualità alle varie istituzioni; sul problema ospedaliero, del quale è universalmente compresa l'importanza.



331366

