

25/3

Il Quinto Raduno Sindacale interprovinciale

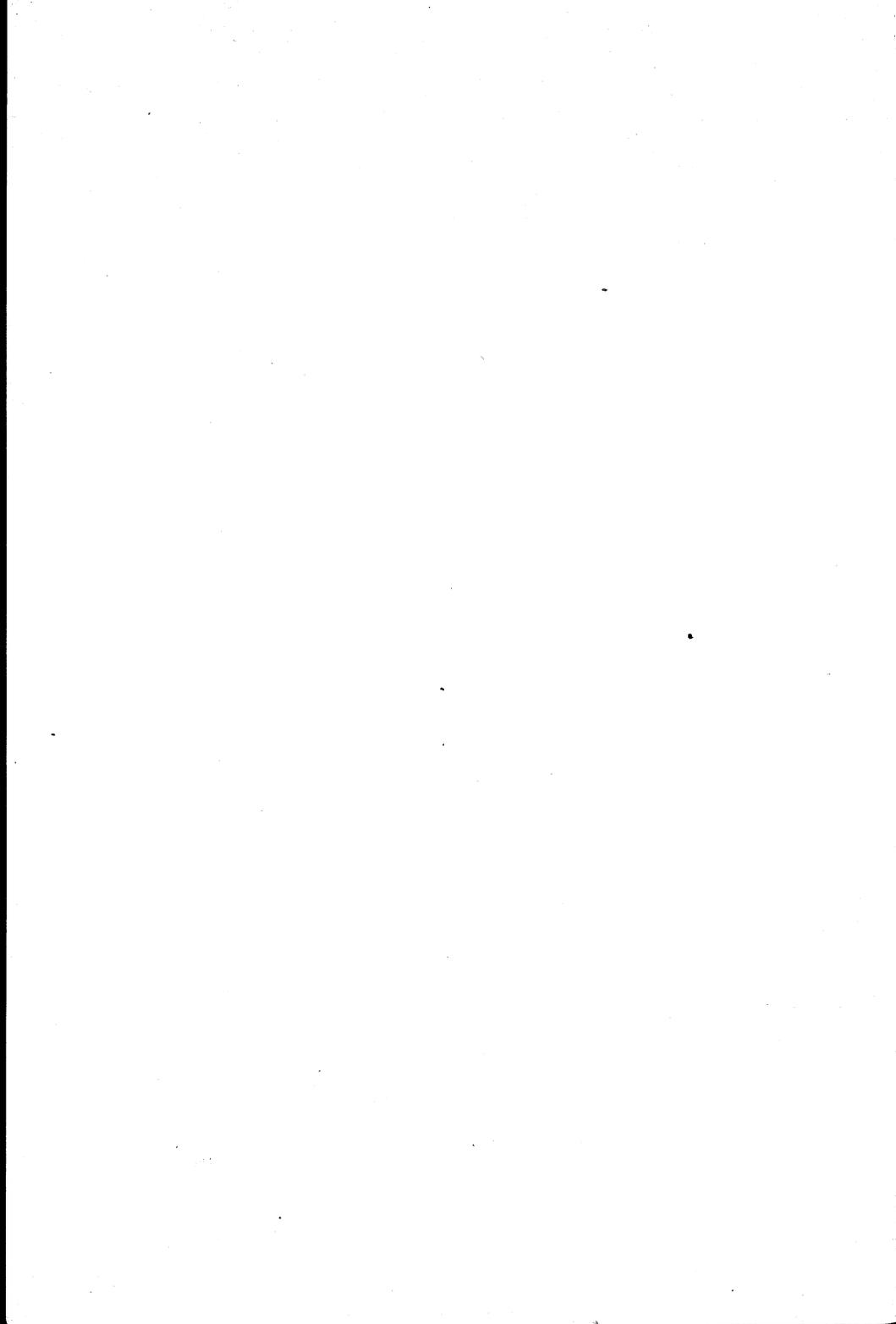
FIRENZE, 19 MAGGIO 1940-XVIII

ESTRATTO DA «LE FORZE SANITARIE»

ANNO IX - N. 12, DEL 30 GIUGNO 1940-XVIII

Misc B
OP
91





Il Quinto Raduno Sindacale interprovinciale

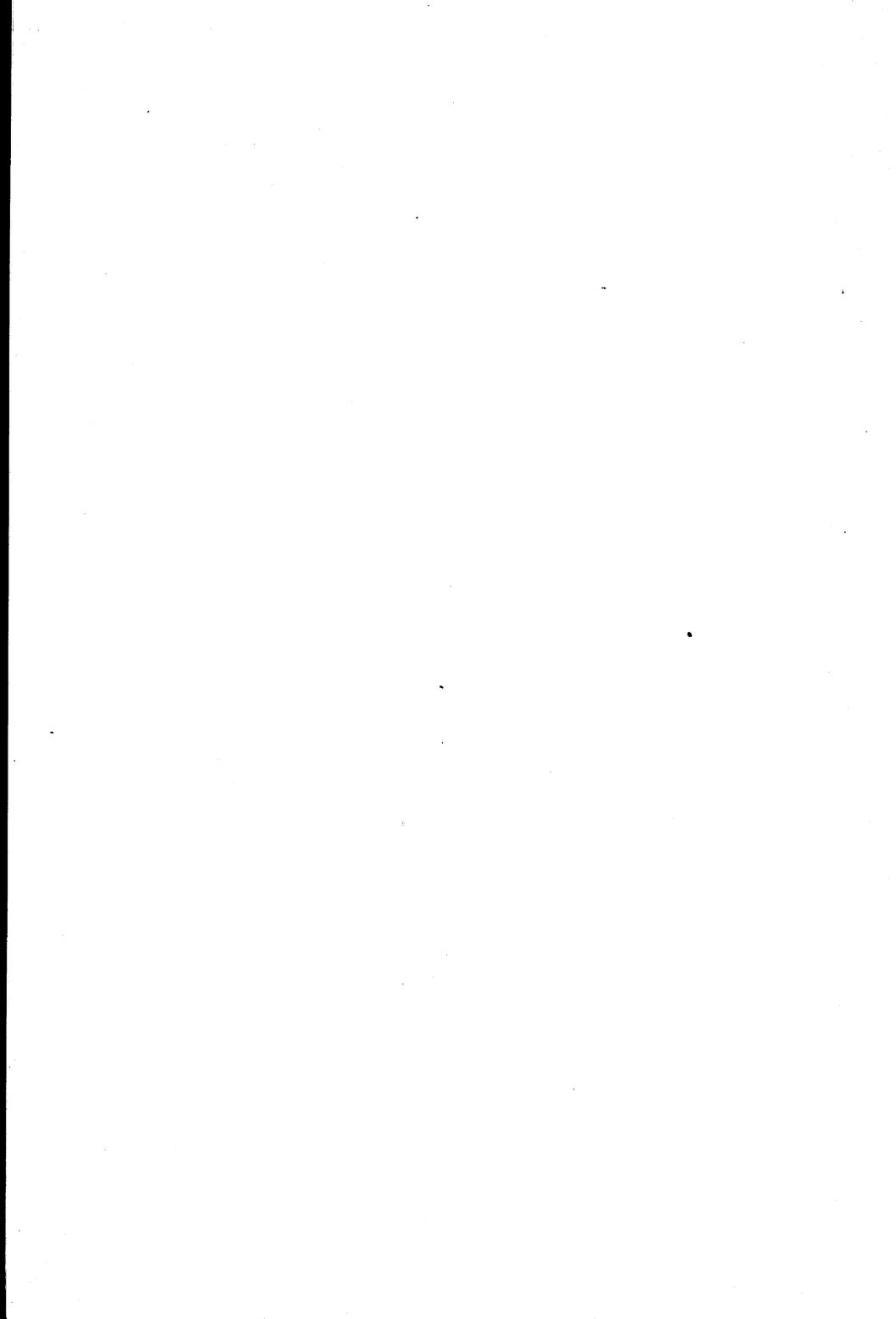
FIRENZE, 19 MAGGIO 1940-XVIII

ESTRATTO DA «LE FORZE SANITARIE»

ANNO IX - N. 12, DEL 30 GIUGNO 1940-XVIII



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



Il convegno ha luogo nell'Aula magna della Regia Università, alla presenza di circa trecento medici delle provincie di Apuania, Arezzo, Firenze, Grosseto, Livorno, Lucca, Pisa, Pistoia, Siena, Perugia, Terni, Ancona, Ascoli Piceno, Macerata e Pesaro, di molti professori universitari, del medico provinciale professore PICCINI. Il vice-Federale dà il « Saluto al Duce ».

Il prof. CAPPELLI, a nome del Rettore dell'Università, porge un devoto saluto al sen. BASTIANELLI, segretario del Sindacato nazionale fascista dei medici, la cui attività suscita una riconoscenza sempre più viva e commossa nella classe medica. Illustra brevemente l'importanza dei problemi sindacali, ben noti anche ai professori universitari, che non intendono estraniarsi dallo studio di essi allo scopo soprattutto di portare il loro contributo per poter raggiungere nella maniera più concorde l'armonia degli interessi tra amministratori, mutuari e medici, i quali infine sono anch'essi lavoratori.

Il prof. GIUSEPPE GUIDI, commissario per le acque minerali nel Sindacato provinciale fascista dei medici di Firenze, legge una relazione sul tema: « Il patrimonio idrologico della Toscana, Umbria e Marche », che riportiamo in altra parte di questo fascicolo.

Prende poi la parola il cons. naz. AUGUSTO REBUCCI, che pronuncia il seguente discorso:

« Illustre Presidente, camerati: nella mia qualità di Presidente della Federazione nazionale fascista degli industriali dell'Industria idrotermale, ho avuto occasione di rilevare e segnalare la benemerita nuova del Sindacato nazionale fascista dei medici per il valido contributo che esso dà alla valorizzazione del patrimonio idrominerale italiano.

Elemento essenziale per tale valorizzazione, considerata nei suoi elementi economici e profilattico-sociali, è la conoscenza dei medici, dalla quale deriva la coscienza professionale intorno alla importanza delle risorse salutari di cui natura è prodiga verso il nostro Paese.

Queste Vostre adunate, promosse dal Sindacato dei medici, nelle quali, come nell'attuale contingenza, si offre alla Vostra attenzione un tema pertinente alla idrologia medica, costituiscono una particolare benemerita del sen. BASTIANELLI, che con illuminata coscienza di studioso persegue un fine di utilità pubblica, quale può dirsi quello suaccennato, con la visione precisa del suo legame con le finalità demografiche cui tende la politica sociale del Regime nel campo sanitario.

Degno di molto interesse e di plauso io giudico il completo studio che il chiarissimo camerata prof. GUIDI ha presentato intorno alle acque minerali della Toscana ricordandone la varietà, la ricchezza, le indi-

cazioni terapeutiche. Assai opportunamente egli ha prospettato un quadro di molto interesse scientifico che richiama il mio pensiero alla benemerita di quei medici che, in giorni non lontani di indifferenza e di scetticismo, affermarono i valori del termalismo italiano sul piano della utilità sociale ed economica. Era fra questi il prof. PAOLO CASCIANI dal cui alto spirito trasse molto conforto in giorni lontani la mia modesta fatica per il più largo impiego di una grande ricchezza nativa della Patria, e per una più degna affermazione dell'Italia idrotermale nei confronti internazionali.

Lo sviluppo degli studi intorno alla idrologia medica, ora raccomandato alla perspicacia del Ministro della Educazione Nazionale, avrà come conseguenza un allargamento di impiego nella pratica professionale dei medici, ed è ragione di conforto notare come molti dei giovani medici e degli stessi studenti di medicina prestino nuovo interesse alle manifestazioni culturali in materia. Il primato di altri Paesi nel campo professionale del termalismo e così nel campo delle applicazioni industriali e della economia turistica a queste connesso, è dovuto precisamente ai contributi culturali nella ricordata materia che ha in Italia una remota gloriosa tradizione.

Tali contributi si rinnovano per merito Vostro e con ciò avrete servito una causa degna di tutto il Vostro interesse e contribuito alla realizzazione di un possibile primato italiano ».

Il prof. ADELCHI SALOTTI, segretario provinciale del Sindacato fascista dei medici di Siena, presenta quindi una relazione sul tema:

L'ASSISTENZA SANITARIA AI MUTUATI DELL'AGRICOLTURA DELL'ITALIA CENTRALE

Senatore Bastianelli,

debbo riferirVi sul funzionamento dell'assistenza ai mutuari agricoli nelle provincie che sono qui rappresentate.

Permettete che io Vi esprima, a nome dei camerati medici qui convenuti, il ringraziamento per avere istituito questi raduni che non hanno solo il significato di adunata di categoria per ricevere direttive, ma anche importanza per segnalare a Voi i fenomeni e gli sviluppi dei Sindacati periferici e farVi conoscere nel dettaglio i problemi regionali. Noi ricordiamo che il concetto che Vi animò, quando voleste iniziare queste riunioni destinate ad alimentare la luce di Roma perchè essa si irradi più efficacemente alla periferia, fu quello di vivere intimamente anche la nostra vita, i nostri problemi, la nostra realtà.

Debbo subito affermarVi che noi consideriamo l'attività mutualistica come una realtà ormai definita e della quale non intendiamo più discutere la genesi o la legittimità. Vogliamo invece contribuire con ogni sforzo al suo perfezionamento, perfezionamento cui i medici devono tendere col contributo tecnico e spirituale, e che non potrà essere perseguito se anche le Mutue non apporteranno un contributo organizzativo ed economico.

Le provincie dell'Italia centrale presentano, nell'assistenza dei lavoratori agricoli, una discreta uniformità, tale che quanto io Vi esporrò può essere considerato pertinente alle singole provincie in uguale misura e variabile solo quantitativamente in rapporto al numero degli assistiti.

Tale numero oscilla da una percentuale del quaranta a quella del settantacinque per cento della popolazione. Queste cifre dicono già come l'assistenza sanitaria ai mutuati dell'agricoltura rappresenti per i nostri Sindacati dei medici il *fenomeno professionale predominante* che investe gran parte delle attività di tutti i medici, da quello condotto al libero professionista, dall'ospitero all'universitario.

Per esporre la situazione dei medici di fronte alla assistenza dei mutuati dell'agricoltura, mi è necessario impostare il problema nei suoi aspetti fondamentali, affinché i camerati presenti che dovranno partecipare alla discussione seguano determinate linee nell'esposizione e nell'esame degli argomenti.

Per il Sindacato dei medici gli aspetti fondamentali della mutualità agricola come quelli di tutte le mutualità sono: l'aspetto *tecnico organizzativo* e quello *professionale economico*. Il primo poggia su *basi culturali* che riguardano la medicina sociale nella sua attività *preventiva e curativa*, su *basi di organizzazione* che riguardano il metodo ed i mezzi dell'assistenza, su *basi psicologiche* che considerano la nuova figura sociale del medico e la nuova figura dell'assistito fra loro in rapporto. Il secondo aspetto, *professionale economico*, riguarda la *formula che risolve i rapporti tra lavoro e compenso*, la *distribuzione ed il controllo del lavoro* del medico, i *rapporti fra mutua e medici* nello svolgimento di questo lavoro. Sono questi aspetti che a mio avviso debbono essere considerati sempre nell'analisi dei diversi problemi mutualistici, in quanto essi comprendono, oltre le nostre necessità di vita, quei sacrosanti doveri cui il medico, e particolarmente il medico fascista, deve adempiere di fronte agli imperativi del Regime corporativo.

L'attività del medico per la mutua dell'agricoltura si esplica su tre direttive di assistenza, e cioè: nella assistenza *domiciliare*, in quella *ambulatoria* ed in quella *ospedaliera*. I dati statistici sulla morbidità assistita domiciliariamente ci offrono la cifra del 30% degli iscritti, sulle visite ambulatorie di circa il 15%, sui ricoveri nosocomiali del 3-4%. Queste cifre che appaiono un po' elevate trovano la loro spiegazione nel notevole grado di maturità assistenziale raggiunta

attraverso una civiltà sanitaria ben sviluppata nei lavoratori agricoli delle nostre regioni, per cui facilmente ed universalmente il mutuato richiede l'assistenza.

I problemi più importanti dell'assistenza domiciliare.

È necessario affermarvi che l'assistenza domiciliare svolta nelle zone rurali dai medici condotti, veri fanti dell'assistenza mutualistica, e nei centri maggiori e medi dai liberi professionisti, non presenta dal lato tecnico culturale grandi deficienze. Il valore culturale dei nostri sanitari consente loro di adempiere in modo completo agli obblighi scientifico-pratici di fronte al malato. Scarsa invece ci risulta ancora l'applicazione di quella medicina preventiva che costituisce il campo nuovo della medicina sociale rivolta al miglioramento ed al potenziamento della razza. Di fatto sono mancate fino ad oggi direttive precise in merito e, dobbiamo riconoscerlo, è mancato ai medici il tempo e la possibilità di applicare sistematicamente quelle già emanate.

Un fenomeno che deve essere considerato nei riguardi dei medici condotti è l'*interferenza fra condotta e cosiddetta libera scelta* per cui la distribuzione topografica delle condotte, l'assegnazione numerica degli assistiti, gli scontinamenti da una zona all'altra, la pleora di medici rispetto ai mutuati da un lato e quella dei mutuati rispetto ai medici dall'altro, la scarsa uniformità di distribuzione di popolazione agricola rispetto alla estensione topografica, hanno creato disarmonie nel servizio che sarebbe superfluo illustrare partitamente. Se si aggiunge a questo qualche episodio provocato da interini rimasti nella zona quali liberi professionisti dopo la nomina del titolare, da assistenti di piccoli ospedali che attraverso la scelta si sono accaparrati forte numero di assistiti a danno dei medici condotti, si comprende facilmente quali e quanti problemi debbano risolvere i Segretari provinciali dei Sindacati per mantenere un certo equilibrio nella distribuzione del lavoro.

Un altro fenomeno che dobbiamo sottoporvi è quello che riguarda il *compenso capitarario di fronte al mezzo di trasporto*. Se è vero che in talune condotte (e sono il minor numero) il compenso capitarario comprensivo del mezzo di trasporto può essere sufficiente quando il numero dei mutuati sia elevato verso la quota 2000 o la superi, è altrettanto vero che nella maggior parte dei casi circa la metà del compenso totale per i medici cui sono affidati un migliaio o meno di assistiti, è assorbita dalle spese del mezzo di trasporto.

Questi i due fenomeni più importanti nella nostra visione. Altri episodi dobbiamo analizzare davanti a Voi, che ci riguardano nella visione degli Enti mutualistici, non a scopo polemico ma semplicemente chiarificativo. I più importanti sono: la *eccesiva spedalizzazione*, la *scarsa certificazione*, le *pochissime prestazioni straordinarie a domicilio*. Questi fenomeni sui

quali la mutua agricola, preoccupata dei propri bilanci, richiama diuturnamente la nostra attenzione, trovano le loro cause fondamentali nelle seguenti ragioni: per la spedalizzazione eccessiva, legata alla scarsità di prestazioni straordinarie domiciliari (piccoli interventi, malattie di lunga durata, ecc.), due sono le cause fondamentali: la *pletora degli ospedali e delle case di cura* che assorbono fatalmente i ricoverati, ed il *compenso capitaro annuale* che altrettanto fatalmente se non porta il medico a ridurre la efficacia e la onestà della propria opera, lo conduce involontariamente a limitarla quantitativamente e qualitativamente specie in quei casi che, implicando una sua maggiore responsabilità scientifica e morale, non gli consentirebbero, data la penuria del compenso per il mezzo di trasporto, un'assistenza sana e completa.

Per ciò che riguarda la certificazione, se è vero che taluni medici sentono eccessivamente il peso della penna per non riempire i faticosi moduli per la statistica, è altrettanto vero che molto spesso il malato si presenta al sanitario sprovvisto del libretto e, a guarigione ottenuta, non ricorre più al medico per il certificato di fine malattia.

Un ultimo argomento che deve valorizzare, se pur fosse necessario, ai Vostri occhi, l'opera del medico in questo campo, è quello che riguarda i *frequenti abusi da parte dei mutuatari* nel richiedere le prestazioni; abusi legati specialmente alla gratuità della prestazione per cui troppo spesso e con troppa urgenza si ricorre al medico per disturbi che in condizioni ordinarie sarebbero senza danno sopportati; indice questo di una non raggiunta maturità sindacale dell'assistito.

E' nostro dovere avanzare delle *proposte sull'assistenza domiciliare* perchè Voi possiate vagliarle e darci le direttive. Esse proposte riguardano: *una revisione delle condotte dal punto di vista topografico e della densità degli assistiti; la creazione di un compenso misto «capitaro ed a notula» nel senso di assegnare oltre ad una cifra fissa (che potrebbe essere inferiore a quella attuale), una retribuzione per i piccoli interventi compiuti a domicilio, per il minor numero proporzionale di spedalizzazioni, per il maggior numero di certificazioni, per lo svolgimento della medicina preventiva, ecc., costituendo così anche un premio destinato ai medici migliori e che produrrebbe in ciascuno uno stimolo a perfezionare la propria cultura ed a rendere sempre più efficiente la propria attività.*

Dobbiamo dare atto alle Mutue agricole della tendenza da esse mostrata di voler corrispondere premi di servizio ai medici fiduciari, e di istituire per essi borse di studio, dimostrando così una iniziata comprensione dei loro e dei nostri bisogni.

Per ciò che riguarda la *libera scelta* essa dovrebbe essere esclusivamente *sindacale e limitata entro confini molto prossimi a quelli della condotta*, e ciò allo scopo di impedire una inutile lotta professionale e di dare al medico una maggiore autorità di fronte all'assistito. *Il mezzo di trasporto dovrebbe essere poi considerato*

a parte ed io debbo qui ringraziarVi a nome dei medici mutualistici perchè so ciò che Voi avete fatto e quanto state facendo per ottenere questo giusto diritto, lottando contro forze che potrebbero apparire anche soverchianti, e non accettando, come avete fatto, il *contratto nazionale con cifra onnicomprensiva*.

Una necessità, infine, da noi sentita è quella di una *maggiore autonomia della funzione del medico*, troppo spesso vincolata da indirizzi economico e da burocratizzazione da parte degli uffici delle mutue, e non tanto da quelli sanitari, quanto dagli amministrativi.

I problemi dell'assistenza ambulatoria.

Essi non hanno caratteristiche regionali ma presentano gli stessi aspetti nazionali a Voi noti. Debbono però esserVi segnalati ugualmente. Noi sentiamo anche qui come nelle altre provincie d'Italia l'errore della creazione da parte della mutua dei centri di accertamento, i quali costituiscono spesso doppioni inutili, e talvolta dannosi, dei policonsultori e degli ambulatori ospitalieri.

Dobbiamo riconoscere serenamente che la mutua dell'agricoltura ha modificato questa sua tendenza a creare istituti del genere, tendendo a fruire maggiormente di quelli già esistenti. Ma in alcune zone, dove già erano stati istituiti, essi permangono in funzione. In questi specialmente rileviamo, attraverso la nomina di specialisti compensati ad ore, la mancanza completa di una scelta sindacale applicata nell'assistenza domiciliare, mancanza che *provoca troppo spesso lo scontento degli assistiti e quello degli specialisti* non ingaggiati, che vedono estremamente ridotta la loro attività professionale. Si aggiunga che il *compenso orario*, poco adattabile alle prestazioni specialistiche come del resto a tutte le prestazioni mediche, *frustra notevolmente l'efficacia dell'assistenza*.

Dobbiamo anche segnalarVi che per alcune assistenze specialistiche praticate in ambulatori privati, è insorta fra i medici una riprovevole concorrenza tariffaria sulla quale la mutua ha spesso impostato la soluzione dei suoi problemi economici, accettando e preferendo quegli istituti che offrivano esami e cure con minore spesa non considerando la qualità dell'assistenza e finendo così col consumare quasi inutilmente il denaro. Tale inconveniente, che si è verificato specialmente per gli esami radiologici praticati in istituti privati ed in piccoli ospedali talvolta da radiologi non specializzati, è stato solo in parte corretto e se da un lato deve essere segnalato alla mutua, dall'altro interessa *fondamentalmente la moralità della nostra professione*.

Le proposte che noi Vi avanziamo per le necessità sentite della assistenza ambulatoria sono le seguenti: *Scelta sindacale degli specialisti su albo compilato dal Sindacato dei medici. Maggiore estensione dell'assistenza nei policonsultori statali ed ospitalieri che offrono sufficienti garanzie di funzionamento tecnico e di serietà. Creazione in ogni provincia di collegi di consulenza composti di universitari e di primari ospi-*

talieri, destinati all'esame ed alle cure dei malati più importanti, ai consulti, alla sorveglianza dei servizi ambulatori.

Anche su queste proposte mi risulta che la mutua dell'agricoltura tende ad aderire a questi sani principi e sarà bene sollecitare da essa la maturazione di questi concetti.

I problemi dell'assistenza ospitaliera.

Nella maggior parte delle nostre provincie esiste plethora di medi e piccoli ospedali e di case di cura. Questi nosocomi, per ragioni di vita economica (poichè traevano possibilità di esistenza quasi esclusivamente dai ricoverati agricoli), si sono trovati nella necessità di lottare fra loro istituendo una *concorrenza spiacevole* alla quale hanno necessariamente aderito i sanitari vincolati agli ospedali ed alle case di cura. Tale concorrenza è risultata a prevalente danno dei grandi ospedali e dei policlinici che non hanno potuto ridurre le proprie rette per ovvie impossibilità di gestione. Se noi esaminiamo il lato tecnico dell'assistenza dobbiamo riconoscere che, pur esistendo piccoli ospedali e case di cura attrezzati convenientemente, sia dal lato del personale sanitario, sia da quello dei mezzi a disposizione, e quindi adatti ad una assistenza efficace, esistono anche numerose case di cura e piccoli ospedali incompletamente organizzati e non del tutto adatti ad una assistenza totalitaria. E' ovvio che il grande ospedale, con i suoi reparti di specialità e con il suo personale che ha subito i crismi di concorsi e di esperienza, offrano le migliori garanzie per il mutuato; e ci appare ingiusto che proprio essi rimangano esclusi o semivuoti per ragioni esclusivamente economiche. Da ricerche da me eseguite l'indice medio di ricovero nei piccoli ospedali delle nostre provincie è risultato di 4,5; quello delle case di cura ha oscillato da 3 a 7; quello dei grandi ospedali non ha superato il 2,5; ed in quest'ultimo vanno compresi numerosi casi ricoverati d'urgenza senza la preventiva autorizzazione della mutua o addirittura contro il parere della mutua stessa. Sulla questione dei piccoli ospedali e delle case di cura qualche chirurgo parlerà e Voi potrete, dalla discussione, trarre elementi utili.

Altro fenomeno degno di rilievo è quello che riguarda la *durata e limitazione delle degenze* per le quali la mutua tende a fissare norme spesso non adattabili alle necessità pratiche, e diciamo così patologiche dell'assistito. Debbo però riconoscere che molti uffici provinciali si vanno orientando verso la accettazione di criteri tecnico-assistenziali più rispondenti alle necessità. Ed anche per ciò che riguarda la mancata accettazione da parte della mutua di certe forme di assistenza (tubercolosi, cancro, malattie infettive, ecc.), in talune provincie si delinea fortunatamente la volontà da parte dei dirigenti mutualistici di assumere temporaneamente questi oneri salvo rivalsa presso gli istituti di competenza.

Per i compensi ai sanitari ospitalieri e per la ripar-

azione di essi da Voi fissata in collaborazione col Pubblico impiego, i medici ospitalieri, pur riconoscendo la esiguità del compenso, hanno disciplinatamente aderito e Vi segnalano solo il sistematico ritardo nei pagamenti per cui in alcuni casi le prestazioni sanitarie del 1939 non sono state ancora pagate.

Le proposte che noi dobbiamo avanzare su questo argomento dell'assistenza ospitaliera sono le seguenti: *Classificazione tecnico-sindacale e non economica dei nosocomi di ogni provincia da parte degli uffici sanitari della mutua, dei Sindacati provinciali dei medici e dei rappresentanti la sanità dello Stato, in modo che si adottino criteri di valutazione non solo ambientale e numerica ma anche tecnico-specialistica delle varie branche, non esclusa la efficienza scientifico-professionale dei sanitari. Distribuzione dei malati proporzionale al numero dei letti dei nosocomi e delle case di cura ed orientata particolarmente verso le possibilità tecniche dell'assistenza. Convenzioni ospitaliere con rette nazionali per le diverse categorie degli ospedali e delle case di cura in modo da eliminare la riprovevole concorrenza. Per i sanitari il raggiungimento anche in questa attività di un compenso misto capitarario ed a notula con corresponsione di premi basata sulla assistenza medico-chirurgica particolare, sul funzionamento del servizio, ecc.*

Questi i problemi più importanti che interessano i Sindacati medici dell'Italia centrale e che Voi conoscete in gran parte.

Essi ci conducono a conclusioni che escono dal limite richiesto per diventare nazionali e che Voi sarete lieto di ascoltare in quanto rappresentano le direttive fondamentali della Vostra attività di Capo: *Nell'interesse dell'assistito: estensione totalitaria della assistenza e perfezionamento culturale del medico nella patologia del lavoratore. Per il medico: creazione del compenso fisso capitarario-notula tendente a premiare i migliori ed a stimolare lo studio e la sana professione. Per le necessità di vita degli enti mutualistici: responsabilità diretta del Sindacato e del Pubblico Impiego nell'indirizzo tecnico dell'assistenza.*

Il segretario provinciale del Sindacato di Firenze, prof. U. L. TORRINI, legge quindi la seguente relazione su

I PROBLEMI SINDACALI DI CATEGORIA

Dalla XXIX dichiarazione della Carta del Lavoro ha preso origine l'assicurazione obbligatoria delle malattie in genere attraverso le Casse mutue di malattia provinciali ed aziendali.

Tale incommensurabile previdenza sociale fino ad ora riservata al solo individuo produttore oggi è estesa anche nel settore dell'industria a tutti i famigliari facenti a lui carico. Conquista della più alta importanza sociale perchè tende a potenziare l'Impero attraverso la sanità della Razza ed a valorizzare la Nazione con l'avvantaggiare la capacità di lavoro e quindi di rendimento del cittadino produttore.

Però questo nuovo assetto assistenziale ha portato un rivoluzionamento nell'esercizio professionale sanitario gravando anche la mano sulle condizioni economiche dei medici che hanno veduto ridotto ai minimi termini il campo della libera professione che era sempre stata a base delle loro attività.

Le cifre che riporto, che non sono assolute ma che si avvicinano con grande approssimazione alla realtà, danno un quadro di quanto ho esposto nei riguardi della provincia di Firenze. I mutuatî agricoli (coloni, mezzadri e braccianti) ascendono a circa 200-230 mila; quelli dell'industria e loro famigliari a circa 360-400 mila; a questi vanno aggiunti gli assistiti dalla Mutua « Arnaldo Mussolini », da quella dei Salariati dello Stato (« Umberto I ») e di altre piccole Mutue volontarie, e si vede come i cittadini aventi diritto all'assistenza mutualistica ascendono a circa 650 mila sugli 850 mila abitanti che conta la provincia. Al residuo numero di circa 200 mila abitanti che rimangono al libero esercizio vanno sottratti i mutuatî dipendenti dal Commercio e quelli facenti capo all'Associazione del Credito e dell'Assicurazione, oltre che i poveri facenti carico ai comuni, e vediamo questa cifra ridursi ancora notevolmente.

Il medico, elemento principale ed indispensabile di questa realizzazione sociale, pur conscio delle miserrime condizioni offertegli dalle Casse Mutue di malattia, non ha contrattato davanti a questa conquista del Fascismo, ma generosamente ha offerto la sua collaborazione con grande spirito di abnegazione. Egli ha sentito ancora che la sua opera è una missione e come sempre, in pace ed in guerra, egli si è trovato senza esitazione al suo posto di battaglia anche in questa attuazione corporativa. Egli ha prestato e presta l'opera sua col suo abituale motto: « Prima il dovere e poi i diritti se ed in quanto vi sono ».

I diritti da parte del medico esistono ed in modo preponderante ed ora che il sistema assistenziale attraverso la fattiva collaborazione di questi è in piena attuazione, come lo volle il Duce, i sanitari attendono provvedimenti di equità per l'opera che essi svolgono ed hanno svolto finora con notevoli sacrifici.

Siamo ben convinti che queste dure condizioni fatte ai medici dalle Casse Mutue di malattia hanno origini lontane, dall'epoca e dal modo di origine della mutualità assistenziale. Le Casse Mutue di malattia erano organismi perfettamente costituiti dal lato amministrativo, quando la forma assistenziale divenne obbligatoria, e furono pronte a mettere a disposizione del legislatore la loro asserita esperienza in tale campo, prospettando forse dati erronei che hanno falsato la realtà contingente. In quei momenti il medico non sentiva, o non conosceva, e non voleva conoscere, il concetto del sindacalismo corporativo cosicchè la discussione avvenne in condizioni di disparità enormi e le Casse Mutue conquistarono delle forze ben protette che oggi dobbiamo gradatamente riconquistare all'equa collaborazione. Ma a queste conquiste da parte delle Mutue non è rimasto estraneo il medico, anzi molto vi ha con-

corso per mancanza di disciplina ed anche per scarso senso di dignità professionale offrendo l'opera sua a concorrenza per tema che altri gli portasse via il posto. Con tale atteggiamento quei sanitari hanno fatto credere a chi doveva giudicare che le condizioni proposte dalle Mutue dovessero essere realmente assai remunerative se si facevano offerte al ribasso pur di essere prescelti.

Non sto a ripetere le condizioni attuali del medico perchè sono state enumerate e discusse e Voi, nostro Segretario nazionale, bene le conoscete e ne siete perfettamente compenetrato. So quanta fatica ed energia avete speso e spendete per rimontare le posizioni perdute. La categoria medica fiorentina confida sulla fattiva energica opera Vostra per raggiungere condizioni di equità. Conosco il Vostro concetto che ci dà pieno affidamento: la direzione tecnica ai tecnici.

Fiduciosi che in tempo, poichè le difficoltà sono molte, relativamente breve, potremo ritrovare il giusto equilibrio fra lavoro e compenso, desidero prospettare alcuni inconvenienti che il sistema mutualistico oggi in vigore presenta anche a danno dei mutuatî stessi.

Argomento assai importante perchè il nostro animo, la nostra gravosa collaborazione deve e vuol tendere a conseguire la vera completa assistenza del cittadino lavoratore.

Il modo di remunerazione del sanitario ha una grande importanza economica per il sanitario, ma la ha altrettanto grande dal lato del normale espletamento del servizio assistenziale.

Il sistema di remunerazione del medico a quota capitaria, a ciclo annuo, si presta a notevoli inconvenienti che talora possono essere anche gravi. Con questo metodo in molti casi non rimane contento nè l'assistito, nè il medico, nè la Mutua stessa. Il mutuato, che sa di avere diritto all'assistenza piena, aumenta le sue esigenze e di giorno e di notte richiede il medico anche quando in altri momenti ne avrebbe fatto a meno, e se le cose non vanno secondo i suoi desideri si lamenta con le Casse di malattia che lanciano i loro strali contro il medico. Il sanitario, che qualche volta riconosce che la richiesta di visita non è stata giustamente motivata, ne rimane urtato e rimane sospettoso, ed ammette anche che in qualche raro caso possa procrastinare qualche prestazione. Da ciò contrasti, qualche volta non lievi, fra medici e Casse Mutue. Inoltre le Casse Mutue di malattia vedono in ogni richiesta di ospedalizzazione più che la necessità terapeutica il desiderio del medico di scaricarsi del lavoro per il quale è stato pagato fortemente. Quindi atmosfera se non di vera diffidenza, di sospetto diffidente da tutte le parti.

Ed allora il rimedio? La remunerazione del medico deve essere, come il Segretario nazionale ha esposto, a notula ed a notula piena. E' vero che le Casse Mutue rigettano questo sistema economico, che corrisponde alla normale remunerazione delle prestazioni d'opera, perchè allegano che il medico si approfitterebbe di questa loro concessione. Le Mutue di malattia non vo-

glio riconoscere che hanno nelle mani un controllore più fiscale di tutti i loro medici ispettori nella persona del mutuato stesso. Chiamino il mutuato a partecipare, in misura minima, nella remunerazione del medico e l'assistendo non abuserà nelle richieste di prestazioni, ma controllerà anche che il medico non faccia più visite del necessario, e tanto meno ne segni delle non fatte. Si faccia pagare al mutuato una lira per ogni prestazione normale, e qualche cosa di più, proporzionalmente, per prestazioni speciali, e il controllo è automaticamente stabilito.

Non si dica che l'operaio non deve essere vessato economicamente; questo ragionamento oggi, in regime corporativo, sa di demagogico. Le Casse malattia pagano all'assistendo una diaria per giornata di malattia, si aumenti di una percentuale, che gli attuari stabiliranno, questa diaria di malattia ed il mutuato potrà pagare la sua piccola tangente al medico senza il minimo aggravio ed avrà il vantaggio di scegliersi, malattia per malattia, quel medico che più gli ispira fiducia.

La Cassa malattia non ne avrà, d'altra parte, alcun onere maggiore dell'attuale, perchè quella percentuale della quale aumenteranno la diaria di malattia rappresenterà appunto quella quota che il mutuato rilascia per la prestazione medica e che la Cassa a sua volta sborserà in meno sull'onorario stabilito per ogni singola prestazione. Quindi mentre da un lato aumenta la diaria al mutuato, dall'altro in misura equivalente diminuisce la remunerazione.

L'attuale sistema nel campo delle specialità, non assolve pienamente il suo compito. Non è più possibile oggi che le specialità siano considerate come elementi complementari e direi quasi di lusso clinico, queste rappresentano branche della scienza e della pratica medica con individualità organica indispensabili per la conquista della sanità della Razza. Si pensi all'ostetricia e ginecologia, all'otorinolaringologia, alla dermosifilopatia, all'oculistica, alla radiologia, ecc., e si vedrà come siano elementi indispensabili non solo alla diagnostica ma bensì alla terapia se voglia realmente provvedere alla salute pubblica.

Il disposto nazionale delle Casse Mutue stabilisce che queste prestazioni debbano essere concesse solo negli ambulatori delle Mutue stesse. Questa limitazione è in contrasto con gli impegni presi dalle Casse malattia verso il cittadino produttore obbligatoriamente associato, perchè le disposizioni della Carta del Lavoro e la Convenzione nazionale sanciscono che l'assistenza deve essere totalitaria. Ed allora tutti quegli individui che sono costretti a letto, non debbono fruire di questo loro diritto? Debbono essere tutti ospitalizzati anche quando ciò non risulti indispensabile? Ma questa disposizione contravviene anche al postulato della libera scelta che deve avere il malato verso chi affidare la cura della propria salute, perchè gli ambulatori delle Mutue sono pochi e gli specialisti ivi compresi sono ancora meno, quando non sono unici, e quindi il sanitario finisce per non essere scelto, ma obbligato. Per

onor del vero debbo dichiarare che qui nella provincia, per la comprensione dei dirigenti locali, abbiamo potuto mitigare, sia pure attraverso freni più o meno stretti, questa deficienza.

Permettete, illustre Segretario nazionale, che avanzi un dubbio che sorge a noi seguendo lo svolgimento dell'applicazione del patto nazionale. Si ha la sensazione che la direzione centrale delle Casse di malattia si preoccupi più di ragioni economiche che di dare una reale assistenza qualitativa al suo associato. Infatti vediamo boicottati i maggiori istituti ospitalieri che sono i meglio attrezzati per personale tecnico, per mezzi terapeutici e di indagine, per convogliare invece gli ammalati ad ospedali di provincia od anche a semplici infermerie che molte volte non hanno personale sufficiente all'assistenza di un numero accresciuto di curandi, oppure a case di cura, sorte a scopo speculativo, dove il più spesso manca quella completa attrezzatura che un ospedale deve avere per poter rispondere alle necessità di indagine e di terapia.

E tutto questo per risparmiare qualche lira sulla diaria giornaliera e anche per eludere la convenzione sottoscritta che impone di dare ai sanitari quel compenso che il Ministero delle Corporazioni, attraverso il Vostro attivo interessamento, ha riconosciuto giusto e doveroso.

Perchè le case di cura non debbono essere tenute a rispettare il concordato nazionale e non debbono esigere il compenso di cura stabilito per i medici? Come ricompensano, queste case di cura, l'opera del medico? Sottraendo forse una quota-parte della diaria giornaliera che viene loro corrisposta? Se così fosse debbono fare delle economie che non possono essere sicuramente a vantaggio del mutuato che è affidato alle loro cure.

Il mutuato paga i suoi contributi per acquistare il diritto di aver sanato il suo corpo nel miglior modo e nel minor tempo possibile.

Diritto dell'associato che è anche e maggiormente un diritto nazionale, perchè un infermo, finchè tale, è un peso economico per la società anziché un produttore.

Sono sicuro che tale direttiva in ultima analisi si risolve in danno economico anche per la Cassa malattia stessa.

Ho creduto fare queste segnalazioni perchè tali deficienze del sistema attualmente in vigore danneggiano il concetto della sanità della Razza voluto dal Regime. Poichè non ci si può limitare alla critica quali sono i rimedi?

Il Segretario nazionale nella sua relazione al Consiglio nazionale lo ha prospettato. La direzione tecnica centrale della mutualità assistenziale deve essere affidata ad un comitato medico e non a dei puri finanziari. In provincia dovrebbe esistere un piccolo comitato tecnico costituito da sanitari non alle dirette dipendenze dei gestori delle mutue di provincia, perchè provvedano con vera mentalità medica e non con animo fiscalistico che i superiori spesso impongono.

Questi comitati provinciali potrebbero in unione al Sindacato non solo provvedere alla giusta applicazione delle disposizioni emanate dal Centro, ma divenire i segnalatori di quelle peculiari contingenze locali che possono consigliare modificazioni e temperamenti spesso utili e talvolta necessari nelle singole provincie.

Dal lato culturale il Sindacato si è affiancato alla Accademia medico-fisica fiorentina in collaborazione con la quale ha svolto e svolgerà temi di attuazione pratica.

Le Assisi mediche, sotto la direzione del clinico medico prof. GREPPI, terranno la seduta annuale venerdì 31 maggio.

Inizia la discussione il prof. LUIGI STOPPATO, il quale chiede: che sia riveduto l'accordo fra Mutue e istituti privati di cura nel senso che, anche per i malati curati in detti istituti, sia corrisposto a parte il compenso ai sanitari; che sia posto un limite alla libertà di contrattazione fra Mutue e ospedali, nel senso che, qualora non si arrivi ad un rapido accordo, intervengano le superiori autorità a risolvere equamente il dissidio.

Il dott. MARIO AUGUSTO CASANUOVA espone i seguenti rilievi: Il Ministro LANTINI disse che il medico è protagonista dell'assistenza mutualistica, sia dal punto di vista tecnico sia da quello organizzativo. Lo è quanto è protagonista del lavoro agricolo il somaro che tira un carro di fieno. I dirigenti delle Mutue dichiarano esplicitamente, e dimostrano, di fare a meno del Sindacato e non interpellano i medici, limitandosi a dare ordini.

Accordi fra Agricole e Industria per i poliambulatori: i medici non sono stati avvertiti dell'aumento di lavoro; nessun compenso; è stato chiesto da oltre un mese l'aumento di orario, ma Roma non ha risposto.

Interventi operativi ambulatoriali: Quali limiti ci sono? E la responsabilità? Sono stati forniti ferri anti-quali e pericolosi.

Gli specialisti sono assunti per prestazioni professionali, quindi niente ferie e niente liquidazione in caso di licenziamento. Eppure in alcune Mutue il posto ci è stato dato dietro concorso per titoli.

Gli interventi dovrebbero essere pagati, se fatti al proprio ambulatorio, a metà della tariffa nazionale (che però non esiste ancora per gli specialisti), tuttavia la Mutua dell'Industria non dà più di 120 lire.

Le Mutue aziendali, che hanno poche spese e pochi impiegati da mantenere, vanno benissimo, attuano l'assistenza totalitaria e danno sussidi di malattia, oltre a pagare il medico regolarmente. Perché le altre non possono fare lo stesso?

Il dott. PIETRO DI PACE, segretario provinciale del Sindacato di Pisa, presenta poi il seguente memoriale: La comunicazione fatta ai medici fiduciari delle Mutue, nella riunione del 4 maggio u. s., degli accordi integrativi provinciali per l'assistenza ai familiari, ha dato luogo ad una vivace discussione dalla quale sono emersi i seguenti elementi che riteniamo doveroso segnalare:

1. - *Esiguità degli onorari corrisposti ai medici in rapporto a quanto le Mutue incassano per l'assistenza ai familiari.* — In questa provincia, dai dati desunti da sicura fonte, la somma che sarà incassata dalle Mutue interprofessionali, per questo titolo, è di lire un milione e 400 mila; i familiari della interprofessionale da assistere sono circa 50 mila; l'importo per i medici sarà in conseguenza di lire 450 mila; circa un milione rimarrà quindi alla Mutua.

Incidentalmente segnaliamo che le Mutue agricole hanno chiuso i bilanci 1938-1939 con un avanzo netto di lire seicentomila annue.

Infine, l'esame dei bilanci delle Mutue Industria nel capitolo che riguarda la retribuzione dei medici per l'assistenza agli iscritti, con il sistema del pagamento a notula senza limite cautelativo (attualmente in vigore), dimostra che non ostante tutte le decurtazioni e con l'esercizio dei più severi controlli, l'importo complessivo delle notule è superiore alla cifra forfetaria di lire 11. Ciò è dovuto essenzialmente ad una maggiore richiesta di prestazioni da parte degli iscritti, i quali se non per altro vi sono costretti per avere la certificazione che consenta loro la riscossione dei sussidi di malattia: si prevede che una maggiore richiesta da parte dei familiari sarà strettamente legata alla maggiore morbilità dei bambini e dei vecchi.

2. - *La constatazione di una forte diminuzione fra il compenso attuale e quello percepito in precedenza.* —

In provincia di Pisa la maggior parte dei condotti e dei pratici seguiva la consuetudine di praticare il sistema degli « affitti ». La quota in uso era da L. 10 a L. 15, a seconda delle località più o meno disagiate. Da questa cifra erano escluse le visite di notte, d'urgenza, e gli interventi chirurgici di qualsiasi genere, che venivano retribuiti a parte. L'attuale sistema che stabilisce una quota forfetaria di L. 9 per tutte le prestazioni provoca quindi una forte diminuzione dei redditi in contrasto con:

a) gli aumenti della vita, specialmente in rapporto ai mezzi di trasporto;

b) gli aumenti della pressione fiscale, che fra i professionisti ha raggiunto il 50 e talora il 60% di aumento;

c) l'applicazione della tassa sull'entrata per la quale non è a noi concesso il diritto della rivalsa e quindi viene a gravare con cifre non indifferenti.

Così stando le cose e ad evitare che, come fortemente temiamo, la classe medica possa rimanere insensibile agli appelli di disciplina sindacale, orientarsi verso abusivismi, astenersi dal compiere il servizio con diligenza e con zelo, non seguire il movimento culturale atto a migliorare il proprio patrimonio scientifico. Vi preghiamo di esercitare tutta la Vostra autorevole influenza sugli organi competenti, perchè si addivenga all'abolizione dei sistemi forfetari, dei limiti cautelativi, adottando, con il sistema della libera scelta, quello della retribuzione a notula con tariffe convenzionate secondo le esigenze del momento e del medico.

Alla discussione prendono ancora parte i dottori ANGELINI, LATERZA, ATTORRE, ZUCCONI, MONETTI, MANGANI, LAZZERINI. Essa è conclusa dal Segretario nazionale, di cui riassumiamo il discorso, vivamente applaudito al suo termine.

PARLA IL SEN. RAFFAELE BASTIANELLI

Ringrazia innanzi tutto il rappresentante della Regia Università di Firenze, ed i professori, la cui presenza sta a dimostrare quanto a cuore stiano a loro anche i problemi sindacali oltre che quelli dell'alta cultura medica. E' la prima volta che si vede questa dimostrazione di solidarietà tra professori universitari e liberi professionisti, e questo fa ben auspicare per il futuro e per le altre Università italiane che abitualmente dimostrano un agnosticismo per i nostri problemi di classe non certo lodevole e, soprattutto, dannoso anche ai loro interessi presenti e futuri.

Il sen. BASTIANELLI si compiace vivamente per l'organizzazione del riuscitissimo raduno che ha dato una magnifica prova di disciplina e di meditata volontà a raggiungere, in piena reciproca collaborazione, alte mete nell'interesse della pubblica salute e della posizione materiale e morale dei medici.

« Sono tanti i problemi rinviviti questa mattina nelle relazioni SALOTTI e TORRINI e nella discussione che ne è seguita: problemi grandi e piccoli, oramai tutti noti, ed i cui aspetti molteplici sono complessi e di difficile soluzione. Siamo ancora lontani da tutto quello che forma il programma da me tante volte illustrato, però le realizzazioni si susseguono lentamente ma sicuramente. Tutto quanto è dato per l'assistenza dev'essere speso per l'assistenza, la quale dev'essere completa, totalitaria, e la sua direzione tecnica dev'essere affidata ai medici. E' mia opinione che, colle ingenti somme che ogni anno si raccoglieranno dai datori di lavoro e lavoratori, si potrà fare un'assistenza sempre più completa, sempre più tecnicamente proficua per la salute dei lavoratori a noi affidati. Tutto questo sarà possibile soltanto quando la sezione tecnica delle Mutue sarà di esclusiva pertinenza del medico ».

Il sen. BASTIANELLI non approva in pieno l'espressione di SALOTTI che vorrebbe creare la figura del « medico mutualista ».

Il medico innanzi tutto e soprattutto dev'essere medico e poi medico sociale, medico mutualista; il medico che è realmente medico è anche medico sociale, medico mutualista.

L'O., dopo aver risposto ad altri quesiti scaturiti dalla discussione, passa ad illustrare il suo pensiero sulla coscienza nuova che occorre creare nell'assistito in regime mutualistico. Egli soggiunge che è compito

del medico oltre che curare, anche di educare gli assistiti e creare quella che dicesi " coscienza del mutuatista ". Questa vasta e penetrante opera di propaganda va fatta con tenacia e con convincimento e servirà ad eliminare gran parte della mala fede che è fonte di sperperi di energie e di denaro. Occorre creare uno stato di reciproca serena fiducia tra medici, amministratori e mutuatisti, fattore questo decisivo e quindi vittorioso per la soluzione dei molteplici problemi isolati che oggi fanno apparire l'assistenza mutualistica come una istituzione dannosa ai medici ed in parte anche alla salute pubblica.

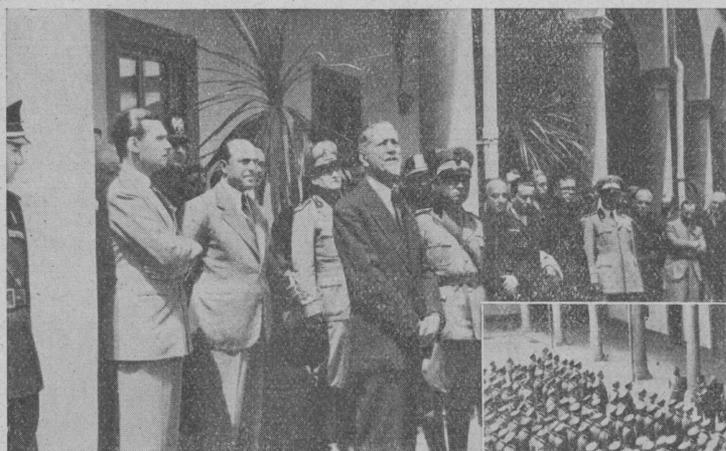
Il sen. BASTIANELLI termina il suo discorso colla piena fiducia che il problema delle mutue non soltanto nei suoi aspetti particolari e contingenti, bensì nei suoi termini fondamentali di problema nazionale giungerà gradatamente a quella soluzione completa che è reclamata dalla tutela sanitaria integrale del popolo che lavora, ed invoca una più stretta collaborazione tra medici liberi professionisti, sindacati provinciali e Sindacato nazionale, allo scopo non soltanto di conoscere tempestivamente tutti gli aspetti localistici dell'assistenza, ma anche di creare nella categoria una bene informata e vigile coscienza sindacale e di accrescere la preparazione professionale che è la condizione prima per una sua più alta considerazione sul terreno nazionale.

Infine il sen. BASTIANELLI, salutato da una vibrante manifestazione di simpatia e di plauso, promette di dare tutta la sua energia perchè siano salvaguardati i diritti del medico specialmente quando essi si identificano con quelli della dignità professionale e della salute del popolo.

Il prof. BOCCHETTI comunica, quindi, che il raduno sindacale di Firenze si chiuderà con una cerimonia altamente significativa. Il Segretario del Sindacato nazionale, seguito da tutti i medici presenti, porterà una corona di alloro al monumento al Medico morto in guerra, eretto da tutti i medici d'Italia, nella Scuola di Sanità militare.

« E' bene ricordare che questo monumento, che è tra i più belli di quanti in questo ventennio sono stati eretti in Italia, ricorda a noi ed a tutte le future generazioni l'eroismo ed il sacrificio di ben 400 medici morti in guerra: numero questo da non dimenticare, che ha messo il medico al secondo posto di onore nella gloriosa statistica di morte della grande guerra. Presto saranno incisi sullo stesso monumento i nomi dei quaranta medici morti in Africa e nella Spagna e così nel ricordo e nella riconoscenza dei posteri si ravviveranno le nobili ed eroiche figure delle tre guerre, in cui la stessa legge si è fatta sangue per la grandezza della Patria ».

ALLA SCUOLA DI SANITÀ MILITARE DI FIRENZE



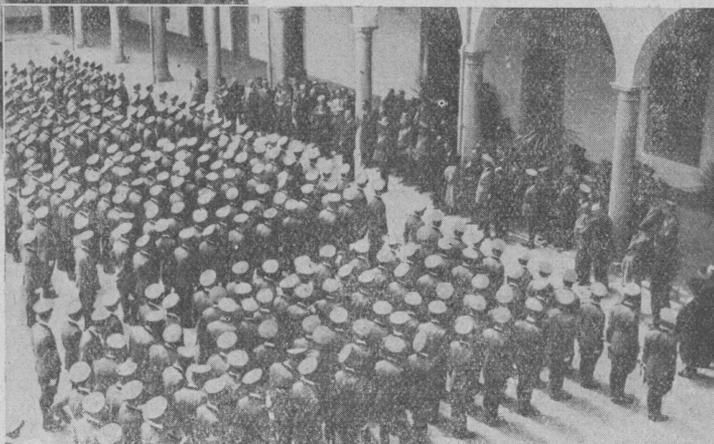
Subito dopo la chiusura del Convegno sindacale interprovinciale di Firenze, il sen. BASTIANELLI, seguito da oltre trecento medici, si reca alla Scuola di Sanità militare. Qui viene incontro il direttore della scuola, col. medico prof. ALFREDO GERMINO. Nell'ampio Chiostro del Maglio ove ha sede il suggestivo monumento sono schierati i professori insegnanti della scuola e gli allievi ufficiali medici, circa seicento, tutti in armi e inquadrati in un solo battaglione.

La cerimonia è quanto mai solenne e commovente nella sua austerità militare. Il sen. BASTIANELLI depone una corona di alloro sul monumento e dopo un momento di raccoglimento si porta di fronte al battaglione dei medici fermi nella rigida posizione di attenti. Il direttore della scuola pronuncia le seguenti parole:

« Del prof. BASTIANELLI, del Capo di noi tutti medici, non vi è presentazione; siamo noi che ci presentiamo a Lui, per ringraziarlo di averci apportato con la

Sua presenza un messaggio di fede e dato l'esempio per una meditazione più obbiettiva e serena sui fatti.

« Egli ha dedicato l'ora migliore della sua giornata di oggi per compiere un rito che è espressione di riconoscenza per i nostri Caduti, ai quali va il ricordo perenne, esaltato oggi da quello per i nostri colleghi di ambo le parti, caduti ieri, che



cadono oggi, mentre adempiono la loro missione: esempio insuperabile di solidarietà fra gli uomini ».

Il sen. BASTIANELLI pronuncia brevi parole di ri-



sposta, in cui esalta la missione del medico in pace e in guerra: missione sempre ricca di responsabilità, che impegna tutte le forze fisiche e le energie morali dell'individuo, e della quale la Classe medica italiana si è sempre dimostrata degna fin qui e sempre sarà degna, quali che siano i compiti che l'attendono nel futuro anche prossimo.

Alfredo Germino



