



Dott. FERNANDO GAZZETTI

PRINCIPI TEORICI DELLA MUTUALITÀ

VIII.

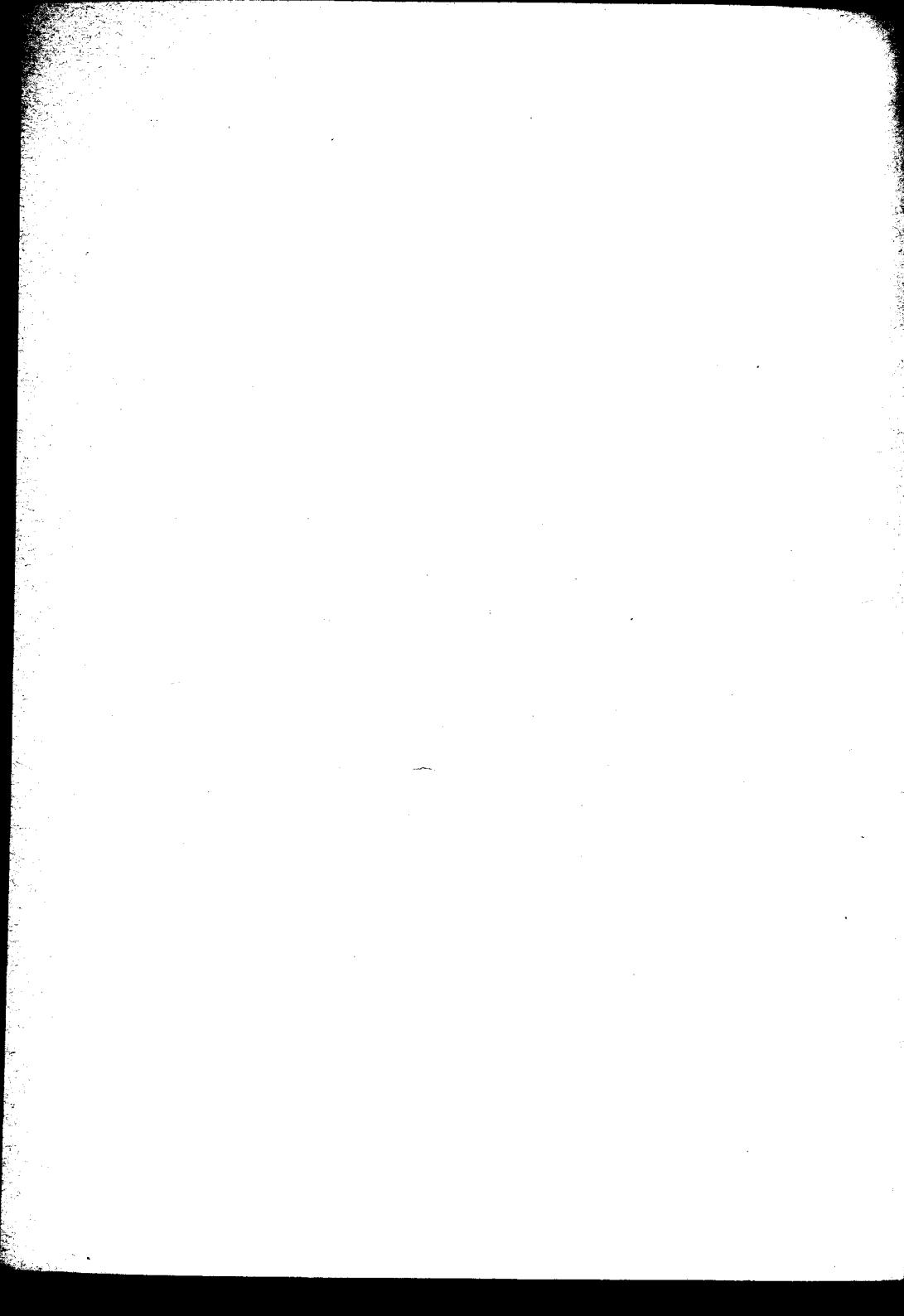
LE MUTUE IN AZIONE

(Libera professione, medici ospedalieri, farmacie)

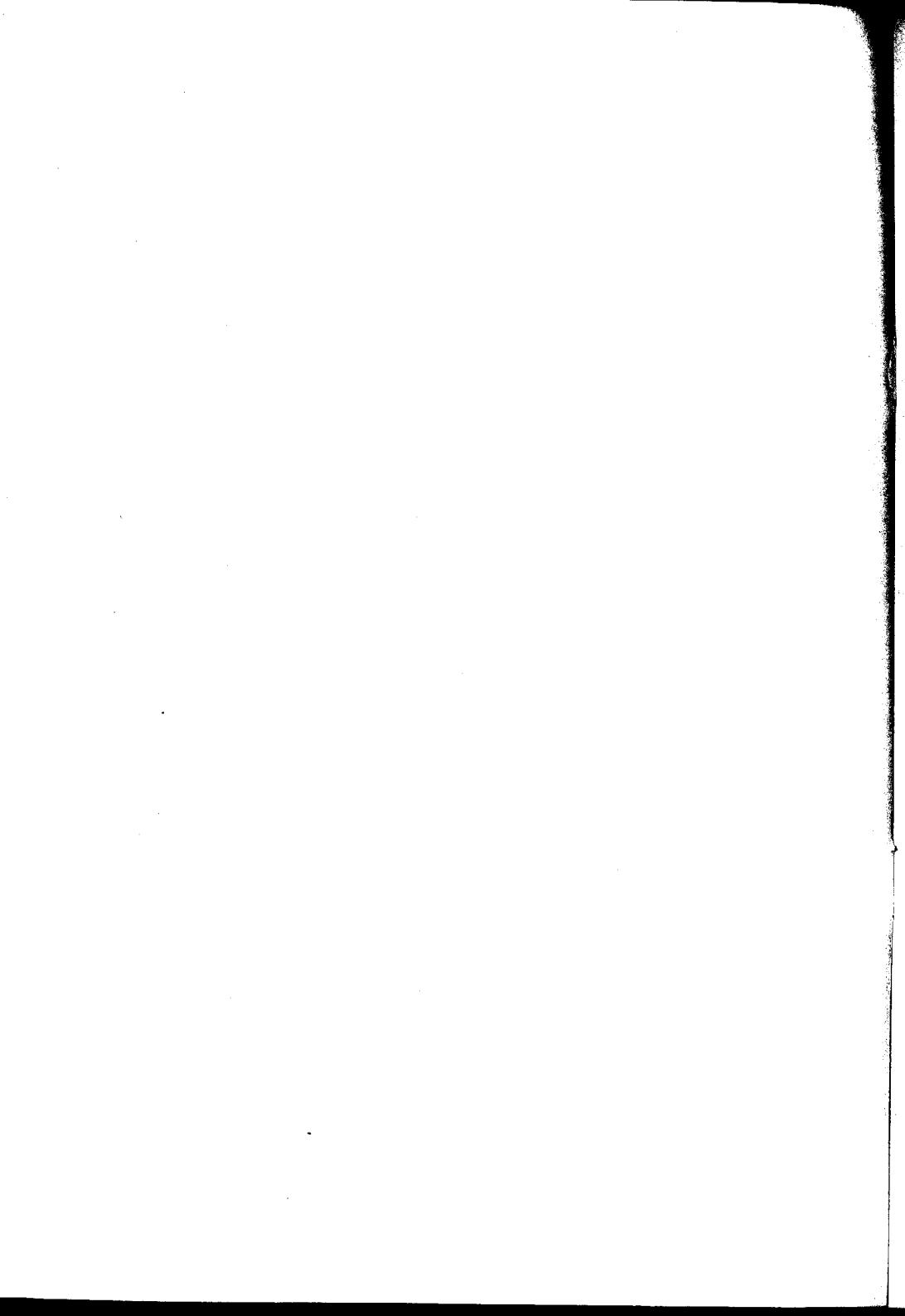
Estratto da "Le Forze Sanitarie", Anno VIII - N. 21, del 15 novembre 1939-XVIII



STABILIMENTO TIP. «EUROPA» - ROMA, VIA S. MARIA DELL'ANIMA, 45







Dott. FERNANDO GAZZETTI

PRINCIPI TEORICI DELLA MUTUALITÀ

VIII.

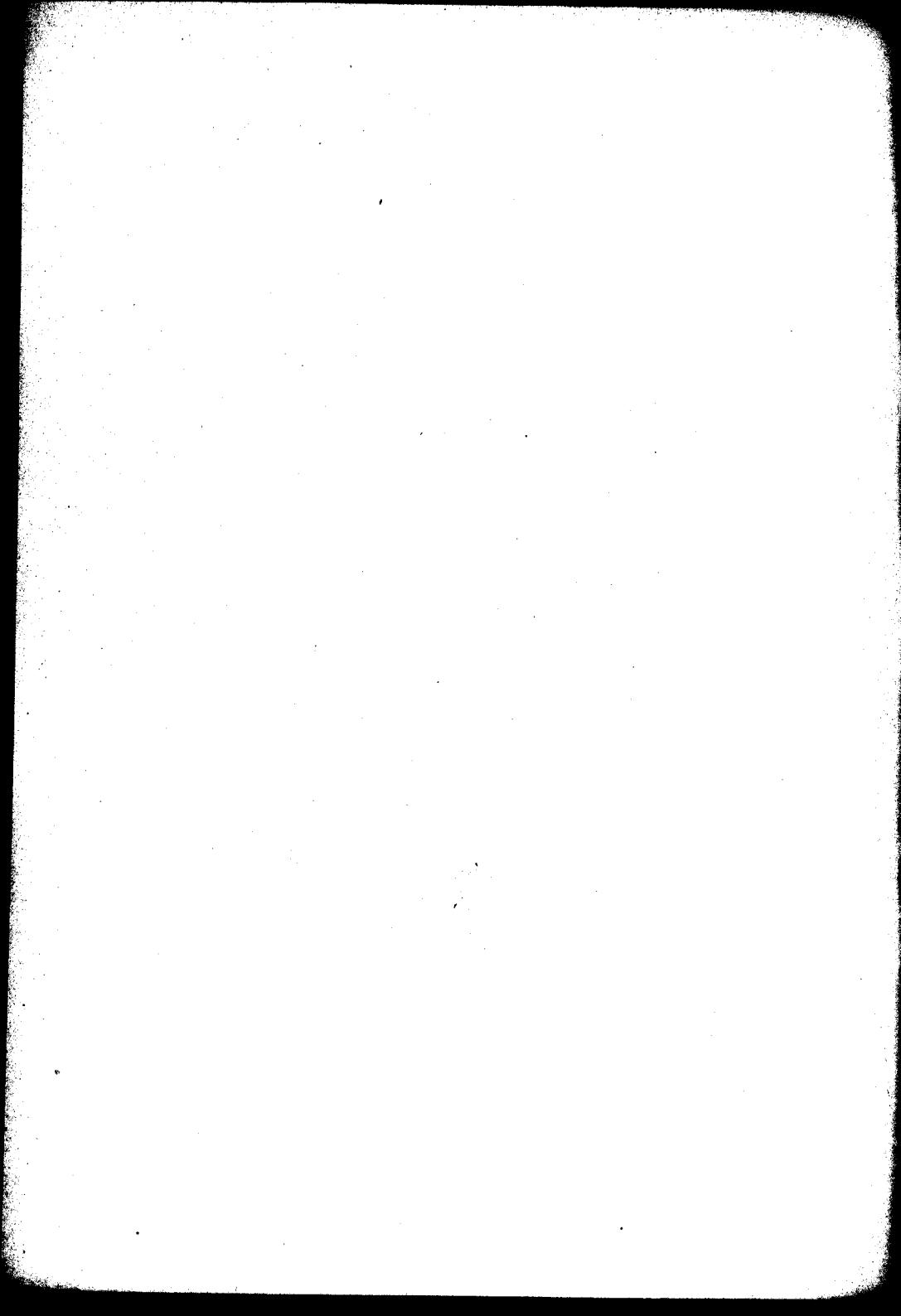
LE MUTUE IN AZIONE

(Libera professione, medici ospedalieri, farmacie)

Estratto da "Le Forze Sanitarie", - Anno VIII - N. 21, del 15 novembre 1939-XVIII



STABILIMENTO TIP. «EUROPA» - ROMA, VIA S. MARIA DELL'ANIMA, 45



Le proposte e le conclusioni, cui siamo pervenuti dopo la precedente disamina economica, sono l'unico mezzo atto a creare condizioni favorevoli ad un *efficiente* svolgimento della professione di medico.

Si è detto efficiente, poichè vi sarebbe un mezzo per normalizzare, a tutti i costi, l'esercizio di questa professione, e precisamente sarebbe l'istituzione del medico di Stato, cioè la burocratizzazione del medico. Si potrebbe tornare, in altri termini, alla condotta piena generalizzata. Va da sè che almeno all'inizio della trasformazione dell'attuale sistema con il nuovo (che è poi un ritorno all'antico), vi sarebbe una crisi inevitabile: ma a parte ciò, anche se, per questa via, dopo la crisi di passaggio si raggiungesse un soddisfacente servizio assistenziale, almeno dal punto di vista formale, vi è da ritenere come inevitabile un abbassamento pauroso della categoria dal punto di vista intellettuale e culturale, oltreché una marcata «proletarizzazione» di essa, con tutti gli effetti facili a immaginare. Infatti questo provvedimento allontanerebbe prima di tutto dalla professione le migliori energie, in quanto non succederebbe come adesso che a questa professione si avviano i giovani più preparati e intellettualmente dotati; poi, venendo a mancare quella concorrenza fatta a base di migliore attrezzatura professionale e intellettuale, si originerebbe quella specie di quiete nirvana, cui dan luogo immancabilmente il posto assicurato per la vita, gli aumenti di stipendio in base all'anzianità e via dicendo. Non possiamo quindi credere che le esigenze della salute pubblica siano compatibili con l'involuzione intellettuale e con il disinteresse verso i problemi scientifici della professione (specie in questo campo in cui vi è un notevole fermento di studi), propri di sistematiche sifatte.

E' noto che le professioni e le arti hanno bisogno, per il loro sviluppo, del regime duro della selezione e delle piccole lotte condotte giorno per giorno. Ma, ad onor del vero, sono convinti di queste cose non solo i medici, ma anche — tranne qualche miope contabile — i dirigenti delle Mutue, poichè per esempio a questo timore si deve l'introduzione del principio della

libera scelta del medico da parte del mutuato o assicurato che dir si voglia, nell'importante settore della mutualità industriale.

Ma è opportuno seppellire la questione che non merita evidentemente ulteriori parole, e tornare ai problemi attuali della mutualità.

Al sorgere o meglio all'estendersi dell'esperimento mutualistico in Italia, le condizioni dell'esercizio della professione medico-chirurgica erano quelle già indicate nei precedenti articoli e precisamente si aveva un mercato in regime di libera concorrenza con una marcata tensione a causa di un'offerta sovrabbondante per i motivi a suo tempo lumeggiati. Naturalmente la libera concorrenza, che è ampiamente provata da quel sistema che va sotto il nome di zuinaggio, trovava delle limitazioni:

1) Nel fatto che alcuni medici specialisti, i quali costituiscono, per servirci di un'immagine giudiziaria, delle Corti d'appello per i casi patologici più gravi e complicati, esercitano in regime di monopolio.

2) Nel fatto che molti medici — si parla specialmente dei titolari di condotte — sono impiegati del Comune, e quasi sempre unici ad esercitare la libera professione rispetto ai non iscritti nell'elenco dei poveri, sparuti di numero e in condizioni economiche disagiate. Nei Comuni più grossi, dove i titolari della condotta erano più d'uno, il libero esercizio della professione avveniva in regime di libera concorrenza, spesso resa più aspra dal fatto che qualche medico si trovava in condizioni di privilegio rispetto agli altri.

3) Un'altra limitazione importante è costituita dal fatto che le prestazioni professionali dei medici non sono giudicate, a torto o a ragione, servizi standardizzati, in quanto l'ammalato, entro certi limiti, passa sovra a considerazioni finanziarie, pur d'averne al suo capezzale *un medico di fiducia*.

4) Come elemento mitigatore — ci si riferisce qui specialmente alle città — va ricordata l'ubicazione dell'ambulatorio o del domicilio del medico, cioè la distanza (che è un costo) tra il medico e l'ammalato. Né va

dimenticato come elemento mitigatore il fatto che la parcella di solito viene dopo l'esito della malattia.

Iniziato l'esperimento mutualistico, si collettivizzarono grandi quote di clientela, e la domanda come espressione individuale declinò, aggravando la condizione economica della categoria (contrazione di lavoro professionale e a volte disoccupazione totale). Alla Mutua, come ente monopolizzatore della domanda medica, fu agevole in tali condizioni trovare dei medici disoccupati o quasi — specialmente tra i neo-laureati — disposti a vendere le loro prestazioni d'opera alle remunerazioni fissate unilateralmente dalla Mutua stessa, nella quasi generalità dei casi, in regime di monopolio. E ciò è provato ampiamente dall'esame delle retribuzioni mensili corrisposte ai medici, e dei compensi-oraria per le prestazioni negli ambulatori sociali, da parte delle Casse mutue, prima che l'organizzazione sindacale iniziasse l'azione di tutela degli interessi economici della categoria. Si è avuta occasione di constatare che i compensi per visite a domicilio — nel caso dei medici fiduciari — subivano riduzioni anche di 4/5 rispetto a quelli che si avevano in regime di libera concorrenza, e i medici sanno benissimo che in un'ora di lavoro negli ambulatori delle Mutue, compensata tra le 10-20 lire, il sanitario è stato costretto a visitare anche oltre i venti ammalati. I conti tornavano per la Mutua alla fine del bilancio, anche se gli ammalati erano visitati troppo frettolosamente con le conseguenze facili a immaginare, e il medico era sottoposto ad un lavoro troppo frettoloso per essere proficuo.

Questi compensi sono discesi a limiti inspiegabili, per la ragione che, come sempre accade in tali circostanze, si verificò una concorrenza sfrenata tra i medici per avere incarichi mutualistici; concorrenza che trova la sua spiegazione nel fatto che sia i medici già affermati sia quelli giovani consideravano quest'incarico come affari speciali. In altre parole un medico che esercitava nel centro della città, trovava conveniente assumere un incarico a bassa rimunerazione da parte delle Mutue dell'industria per l'assistenza sanitaria agli operai che vivono di regola nei quartieri periferici e che perciò non facevano parte della sua clientela, dato che su queste prestazioni professionali supplementari — secondo quanto è stato detto nei precedenti articoli — gli era possibile non caricare la quota parte di spese generali. Il medico giovane poi, che ancora non aveva una clientela, non aveva altra scelta e considerava, d'altra parte, l'incarico come una base, da cui partire con maggiore tranquillità o minore preoccupazione per formarsi la sua libera clientela. Ma questa specie di ragionamento, alla lunga mostrava la sua fallacia, in quanto per effetto dell'estendersi della mutualità il campo della libera professione veniva a restringersi, con l'inevitabile conseguenza che la concorrenza anche in questo settore veniva a farsi più aspra, con la conseguenza che i compensi per le prestazioni alla libera clientela declinavano, così che il reddito della categoria, considerata come un tutto, si riduceva per il minor gettito anche della fonte prin-

cipale. Naturalmente con il progredire del fenomeno della collettivizzazione della clientela gli interessi ad essere maggiormente e più direttamente colpiti furono, naturalmente, quelli dei medici che avevano la loro clientela nelle classi, tra le quali l'esperimento mutualistico si veniva attuando.

Ma i medici generici non furono i soli ad essere colpiti nei loro interessi; anche per i medici ospedalieri dobbiamo registrare una situazione insostenibile creata dalle convenzioni che le Mutue hanno concordato con le singole amministrazioni ospedaliere per il ricovero dei mutuati ammalati. In questi casi è avvenuto un incredibile fatto, e precisamente che le amministrazioni degli ospedali, non si sa per quale divina o umana investitura, hanno assunto la rappresentanza degli interessi dei loro medici negli accordi, con il risultato che le prestazioni professionali, come vedremo con un esempio, sono state pattuite come gratuite. E' facile spiegarci la cosa.

Gli ospedali, come tante imprese del genere, hanno, dalla costruzione, una capacità determinata; in altre parole sono stati organizzati per dare, in tempi normali, l'assistenza a un numero determinato di ammalati. Ma naturalmente è raro che questa capacità sia sfruttata al massimo, anzi vi è in essi — è da presumere — una sovraccapacità cronica rispetto al flusso dei ricoverati.

Se d'altra parte esaminiamo i costi dell'assistenza ospedaliera, noi vediamo che la maggioranza sono « costi costanti » — locali, stipendi dei medici, delle infermiere, spese d'amministrazione, luce e via dicendo — per la qual cosa le amministrazioni ospedaliere hanno considerato le proposte delle Mutue come affari ai quali si potevano praticare prezzi discriminati, e precisamente — dato che si trattava nella generalità, di malati che altrimenti non sarebbero stati ricoverati o tutt'al più a spese dei Comuni che non pagano — era sufficiente per esse che la Mutua pagasse solo qualche cosa in più delle spese specifiche imputabili a ciascun degente, senza cioè caricare la quota-parte di spese generali e senza tener conto della prestazione del medico. Che ciò sia vero lo prova il fatto che la retta giornaliera pattuita in tali accordi oscilla intorno alle 15 lire, che sono appena sufficienti a coprire i costi relativi al vitto e alle altre spese specifiche imputabili al ricovero di ciascun malato. Invano si potrebbe sostenere come in tale cifra possa essere stato tenuto presente il compenso per un'operazione chirurgica anche di lieve entità.

Non ci soffermeremo per il momento sull'azione svolta personalmente dal sen. BASTIANELLI, Commissario del Sindacato nazionale fascista dei medici, per lenire questa condizione assurda di cose, basterà solo accennare che si deve a lui se nel nuovo regolamento ospedaliero è stato incluso l'art. 82 che sancisce l'obbligo per le amministrazioni ospedaliere di fissare negli accordi del genere un compenso fisso per ogni ricoverato, a carico di enti mutualistici, da devolvere ai medici. Vedremo in altra occasione quali siano i risultati raggiunti in questo settore.

Nel settore farmaceutico è avvenuto qualche cosa di simile. Si premette che l'esercizio delle farmacie in Italia è in regime di cartello e a prova della precedente asserzione ricorderemo che le farmacie si aprono in base al criterio di una per cinquemila abitanti, che il commercio delle specialità medicinali è sotto quello che gli economisti chiamano (1) «commercio esclusivo di cartello» e che i prezzi delle sostanze medicinali e i compensi per le prestazioni professionali dei farmacisti vengono fissati dal Ministero dell'Interno (tariffa ufficiale). Orbene, collettivizzata la clientela, la Mutua ha stipulato particolari contratti con singole farmacie convogliando verso ciascuna di esse i mutuati. E' evidente che anche in questo caso, la farmacia che si vedeva in tal maniera raddoppiare e triplicare la clientela, poteva non solo ribassare i prezzi, in quanto le spese generali (fitto di locali, personale, tasse, luce, ecc.) si riversavano su una accresciuta quantità di vendite, ma poteva addirittura considerare le vendite di medicinali ai mutuati — che non facevano parte della clientela normale — come affari discriminati, sui quali quindi poteva non caricare la quota-parte delle spese generali, stante la possibilità di tenere distinte le due classi di affari. Si son visti in tal modo sconti sulle specialità medicinali e sulle sostanze della tabella A addirittura inspiegabili a prima vista, se non si teneva conto che erano gli affari ordinari, e cioè la clientela non mutuata che veniva a sopportare quasi esclusivamente il carico delle spese generali della farmacia. Questi sconti fortissimi hanno fatto pensare che le farmacie fossero delle miniere d'oro, e hanno costituito un ostacolo difficile da smantellare allorquando si procedè alla prima convenzione nazionale per le forniture dei medicinali ai mutuati dell'industria, in quanto i dirigenti di tali Mutue non comprendevano il meccanismo dei prezzi discriminati praticati dalle farmacie, credendo semplicisticamente che gli sconti loro accordati potevano essere generalizzati. L'errore è evidente, anzi la stessa politica dei prezzi discriminati apparve, con l'estendersi dell'esperimento mutualistico, come una manovra che arrecava danni alla categoria considerata come un tutto, in quanto la «normale clientela» che sosteneva l'esercizio delle farmacie veniva a diminuire con l'estendersi stesso della mutualità. Alle stesse farmacie, che avevano contratti con le Mutue, apparve che, propagandosi il movimento verso la mutualità, non era più possibile la politica dei prezzi discriminati, dato il flusso invisibile ma continuo delle vendite dagli affari normali a quelli speciali.

Ma la situazione che era venuta aggravandosi: sempre più, con il risultato che numerose farmacie avevano dovuto essere chiuse, fu arginata in tempo e parzialmente mitigata con le convenzioni nazionali stipulate dal Sindacato nazionale dei farmacisti dapprima con la Federazione delle Mutue dell'industria e, suc-

(1) A tale proposito ricordiamo che esiste un accordo economico tra la Federazione nazionale industriali chimici, la Fede-

cessivamente, con gli altri enti assistenziali. Ci sia consentito di ricordare l'opera svolta dal sottoscritto in quella occasione, esplicata specialmente nel lumeggiare questi concetti, e nel mettere in luce il contrasto di tali sistemi con l'ordinamento corporativo.

Per le ostetriche le cose sono andate un po' meglio, solamente per il fatto che l'assistenza ostetrica è stata accordata ai mutuati solo in qualche provincia. Infatti solamente la Sanitaria «Arnaldo Mussolini» si ostina tuttora in questi metodi di organizzazione assistenziale.

A questo punto qualcuno potrebbe obiettare che le condizioni economiche dei medici italiani sono cattive, ma non disastrose come la precedente disamina farebbe supporre. Ebbene è facile rispondere che se il quadro non si è colorito di tinte tragiche, ciò si deve ai seguenti motivi che han fatto da elementi mitigatori:

1) bisogna ricordare, prima di tutto, l'azione svolta dalla Confederazione Professionisti e Artisti, attraverso il Direttorio del P.N.F. (vedi *Foglio d'Ordini* dell'11 novembre 1934) per l'istituzione di condotte mediche in tutti i Comuni, per l'abolizione del servizio a scavalco e per l'equa distribuzione degli incarichi professionali;

2) l'impiego di medici in Africa Orientale, nelle terre colonizzate della Libia, e i richiami in servizio militare per le esigenze della guerra spagnola;

3) l'esclusione dei medici stranieri, anche se laureati in Italia, dall'esercizio della professione in Italia (tranne naturalmente i sudditi di quei Paesi con i quali esiste un accordo di reciprocità);

4) i nuovi incarichi sanitari istituiti per la politica sociale del Regime;

5) espulsione dei medici ebrei, calati in Italia dopo la guerra;

6) lavoro supplementare a opera delle Mutue. Indubbiamente la mutualità ha creato del lavoro addizionale per i medici — come pure per le farmacie — in quanto ha vivificato la domanda d'assistenza da parte di molte categorie a basso reddito, operai dell'industria o dell'agricoltura.

Ed ora, affinché non ci si faccia l'addebito di non essere imparziali, accenneremo ai mezzi, non tutti leciti, ai quali qualche medico è stato costretto, dalla forza delle circostanze, a ricorrere. Si tratta cioè del comparaggio (accordi tra produttori di specialità medicinali e medici), delle cure prolungate o delle visite fatte oltre il necessario. Anche questi sono stati elementi mitigatori, anche se non sono sistemi giustificabili.

razioni commercianti prodotti chimici e il Sindacato nazionale fascista dei farmacisti, nel quale sono state determinate, tra l'altro, le percentuali spettanti a ciascuna categoria sul prezzo di etichetta delle specialità medicinali.



57810

334270

