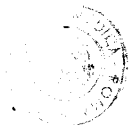


L'OSPEDALE ITALIANO

Giornale di Scienza e di Tecnica Ospedaliera

Organo Ufficiale dell'Associazione Nazionale degli Ospedali Italiani



La crisi ospedaliera

Se consideriamo quanta strada abbiano fatto gli Ospedali italiani in questo ultimo decennio, trarremo motivo non soltanto di entusiastica sorpresa, ma anche di legittimo orgoglio, postochè la loro volontà di perfezionarsi e di moltiplicarsi ha superato ogni possibilità ed ogni ostacolo.

Sotto la spinta delle esigenze sanitarie e l'imperativo categorico della stretta aderenza della tecnica ospedaliera alla incassante evoluzione della scienza igienica e chirurgica, gli Ospedali, che agli albori del Regno d'Italia erano destinati soltanto al ricovero dei poveri derelitti, si sono rinnovati tutti, si sono ampliati, moltiplicati e soprattutto attrezzati di quanto di meglio ha creato la tecnica sanitaria.

Tale miracolo è frutto di fede e di abnegazione di amministratori e sanitari, e di munificenza cittadina, in quanto, fatta eccezione per qualche Ospedale clinico e per l'attrezzatura ospedaliera militare, lo Stato non ha potuto finora intervenire, con mezzi idonei, a risolvere le condizioni finanziarie dei Nosocomi, che han conservato la loro netta caratteristica di istituzioni pubbliche

L'Autore

• Dott. FRANCESCO MOCCI, è Commissario Prefettizio degli Ospedali e Orfanotrofi raggruppati di Forlì.

di assistenza e beneficenza, nè ha adeguato la vigente legislazione alle esigenze ospedaliere.

E, per vero, la legge 17 luglio 1890, n. 6972, ed i relativi regolamenti, non contenevano particolari disposizioni che regolassero il funzionamento degli Ospedali, fatta eccezione per gli articoli 72 e 77 sul domicilio di soccorso e gli articoli 79 e 80 che disciplinavano l'emissione dell'ordinanza di ricovero podestarile e le controversie fra gli enti in materia di spedalità.

Soltanto col Regio Decreto 30 dicembre 1923, n. 2841, sono state emanate le disposizioni di cui agli art. 34, 35, 36, 37 e 38, che limitano l'obbligo dell'assistenza ospedaliera gratuita ai mezzi disponibili, regolano le modalità per l'ammissione dei malati acuti dei feriti e delle donne nella imminenza del parto, pongono a carico dei Comuni del domicilio di soccorso il rimborso delle spese

di spedalità eccedenti le rendite dei nosocomi e fissano norme per il ricupero di tali spese da parte dei Comuni.

Successivamente la legge 3 dicembre 1931, n. 1580, per dare alle Amministrazioni ospedaliere o ai Comuni e alle Province maggiori possibilità di successo per l'azione di rivalsa delle spese di spedalità sui congiunti dei ricoverati tenuti agli alimenti, dettava opportune e dettagliate norme per una azione di ricupero sollecita e rigorosa, analoga alla procedura per la riscossione delle entrate patrimoniali dello Stato.

Anche il recente Regio Decreto 30 settembre 1938, n. 1631, ha dettato norme per l'ordinamento dei servizi sanitari e per il personale sanitario degli Ospedali; ma la legislazione è ancora ben lontana da una completa disciplina giuridica di tutte le principali gravi questioni che ancora assillano gli enti ospedalieri.

• • •

L'attrezzatura degli Ospedali, la loro complessa e meticolosa organizzazione e la presenza di un personale sanitario scelto attraverso il vaglio di pubblici concorsi, hanno attirato sugli istituti pubblici ospedalieri la fiducia, non soltanto della media borghesia, ma anche degli abbienti, i quali frequentano oggi più volentieri i Nosocomi civili che le case private di cura.

In tal modo gli Ospedali si vanno allontanando da quel loro carattere originario di istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza che li portava a svolgere la loro attività unicamente a favore dei poveri; per assumere quello già vasto di istituti di assistenza sanitaria sociale, in quanto, provvedendo alla salute di tutte le classi, tendono alla conservazione della specie ed al miglioramento della razza.

Nè la legge del 1890, nè le successive modificazioni hanno considerato, nè potevano considerare, tale evidente trasformazione, e soltanto nell'art. 83 del recentissimo Regio Decreto 30 settembre 1938, n. 1631, è stabilito che « gli Istituti di cura possono ac-

« cogliere malati paganti in proprio, entro il
« limite di un decimo della loro capacità ricet-
« tiva, stabilendo tariffe di diaria di cure e di
« interventi medico-chirurgici o di altra na-
« tura tali da realizzare un margine destinato
« a beneficio dei fini istituzionali dell'ente ed
« in special modo alla riduzione delle rette
« per i ricoveri di urgenza ».

Tale principio di massima non regola, però, tutti i problemi che sorgono dal ricovero degli abbienti negli Ospedali, sicché ne deriva che, molto spesso, persone notoriamente benestanti ottengono di entrare negli Ospedali con la retta stabilita per i Comuni, sia perchè feriti, e quindi bisognosi del ricovero di urgenza, e sia perchè si sono potuti artatamente provvedere di una ordinanza di ricovero del compiacente Podestà del loro Comune di residenza, verso il quale si siano impegnati di provvedere al rimborso.

Altri abbienti ottengono l'assistenza ospedaliera con rette di favore, entrando a far parte di associazioni politiche o sindacali (Milizia, G. I. L., Mutue, Sindacati, Corpi Militari) che abbiano precedentemente stabilito con l'Ospedale una convenzione a condizioni favorevoli.

Come è difficile classificare gli abbienti, altrettanto lo è classificare i poveri: dato che la legge non ha ancora determinato un criterio certo per stabilire il requisito di povertà del beneficiando, molti Comuni consentono l'assistenza gratuita ospedaliera unicamente a coloro che siano iscritti nell'elenco dei poveri, mentre altri, applicando criteri di maggiore larghezza, emettono, con evidente favoritismo, l'ordinanza di ricovero anche a persone non iscritte in tale elenco, con danno degli istituti ospedalieri.

• • •

Con la « Carta del Lavoro » sono sorte le Mutue, intese ad assistere, in caso di malattia, i lavoratori iscritti alle Associazioni Sindacali.

Organismi potentemente finanziati dai lavoratori e dei datori di lavoro, le Mutue

hanno tentato di crearsi propri Ospedali e propri ambulatori, ma, fortunatamente, il tempestivo intervento del Governo ha evitato il sorgere di tale nuova attrezzatura ospedaliera, che avrebbe definitivamente demolito i tradizionali istituti ospedalieri di natura pia.

Ciò non pertanto la forza finanziaria della Mutua costituisce un peso grave per le istituzioni ospedaliere, sia perchè il colono e l'operaio benestante, entrato a far parte delle Mutue, ha cessato di pagare in proprio, venendo in tal modo a diminuire notevolmente il numero dei semiabbienti che affollavano le camere a pagamento, e sia soprattutto perchè le Mutue esercitano negli Ospedali una azione di imperio, quanto mai deleteria per le finanze degli enti, imponendo tariffe inferiori al reale costo dell'ammalato.

Solo di recente, il Ministero dell'Interno - Direzione Generale della Sanità - in sede di esame delle singole convenzioni fra Mutue ed Ospedali, ha enunciato il giusto principio che la retta che le Mutue devono corrispondere, indipendentemente da un modesto onorario per i sanitari, non deve essere inferiore a quella praticata per i poveri a carico dei Comuni, e cioè al costo dell'ammalato (articolo 34 sub 78 c del Regio Decreto 30 dicembre 1923, n. 2841).

Ma, in assenza di una precisa disposizione di legge, molto difficile riesce agli enti ospedalieri concordare, con le Mutue, rette pari al costo vero dell'ammalato, perchè negli Ospedali bene attrezzati tale costo è certamente superiore a quello che può essere praticato nei piccoli Ospedali e nelle infermerie, sicchè la Mutua può facilmente imporre il grave dilemma: o accettare il ricovero a condizioni non superiori a quelle fatte dai piccoli Ospedali, o sopportare l'esodo dei mutuati, che vengono avviati agli Ospedali o infermerie più economiche.

Inoltre, l'esistenza di convenzioni stipulate precedentemente alle nuove disposizioni ministeriali dà alle Mutue un solido argomento per non adattarsi a corrispondere

rette superiori a quelle finora praticate ed accettate « torto collo » da altri Nosocomi.

Ne deriva che gli istituti ospedalieri incontrano perdite notevoli dal mantenimento dei mutuati, ma allo stesso tempo non possono rinunciare a tali ricoveri, perchè, altrimenti, verrebbe ad assottigliarsi notevolmente il numero dei malati, e le spese generali graverebbero maggiormente sugli scarsi degenti, elevandone il costo, e quindi, l'ammontare della retta.

D'altro canto i grandi Ospedali trovano forte ostacolo ad un sempre maggiore loro attrezzamento tecnico, in quanto ciò porta inevitabilmente ad un aumento del costo dell'ammalato e conseguentemente della retta, mentre tale eventuale aumento trova un limite insormontabile nelle rette praticate dalle Mutue, le quali si basano sul costo dell'ammalato nei piccoli e male attrezzati Nosocomi.

Soltanto chiare e precise disposizioni legislative potranno, quindi, togliere gli Ospedali dalle strettoie imposte dalle Mutue sindacali.

* * *

Il maggiore cespite dal quale attingono tutti gli Ospedali per il loro funzionamento è costituito dalle rette pel mantenimento dei poveri a carico dei Comuni, ma, purtroppo, in ordine alla determinazione di tali rette, grande è la confusione e la incertezza legislativa: basti dire che l'unica disposizione che si riferisce a tale argomento e cioè l'articolo 34 sub. 78 c) del Regio Decreto 30 dicembre 1923, n. 2841, si richiama alle « norme stabilite dal regolamento » mentre è noto che, nè il regolamento amministrativo, nè quello di contabilità in data 5 febbraio 1891, n. 99, nulla stabiliscono al riguardo.

Forse il legislatore del Regio Decreto del 1923 intendeva riferirsi ad un regolamento da compilarsi dopo l'emanazione del Testo Unico prevista dall'articolo 44 del citato Regio Decreto, ma le istituzioni di beneficenza sono ancora prive dell'annun-

ciato Testo Unico e del relativo regolamento.

In così anormali condizioni ed in mancanza di norme precise, la retta per ogni singolo Ospedale non viene determinata in base al costo effettivo dell'ammalato, ma in base a criteri soggettivi ed ambientali, nell'intento di richiamare il maggior numero possibile di ammalati, praticando diarie più basse di quelle degli Ospedali vicini.

Si è così determinata una corsa alla concorrenza fra i diversi Ospedali, che porta a deficit di gestione spesso molto notevoli.

A tale stato anormale si aggiunge che i Comuni, chiamati a rimborsare, salvo rivalsa, le spese di ospedalità, sono tutti debitori di notevoli somme verso gli Ospedali, i quali, mentre sono costretti ad anticipare quanto occorre per vitto e medicinali ai degenti e per stipendi ed onorari al personale medico e di assistenza, non possono incassare i loro crediti, talchè sono costretti ad anticipazioni bancarie, con rovinoso cumulo di interessi, che, in difetto di disposizioni di legge, non vengono normalmente rimborsati.

Tale situazione di inadempienza dei Comuni, in contrasto con la norma di cui all'articolo 91, lettera b) n. 4, del Testo Unico della legge comunale e provinciale, è così grave che spesso riesce inefficace, di fronte alla condizione economica dei Comuni, anche l'emissione del mandato d'ufficio.

Aggiungasi che, in questi ultimi anni, si è andato generalizzando il sistema della liquidazione a stralcio delle passività comunali, a mezzo di istituti di credito, i quali, agendo nei confronti dei Comuni deficitari analogamente a quanto si pratica in materia fallimentare, propongono anche agli Ospedali la tacitazione dei loro crediti di ospedalità con percentuali che non compensano neppure la spesa del vitto somministrato ai malati.

Ne deriva che gli istituti ospedalieri, lungi dall'ottenere gli interessi delle somme anticipate, non riescono a ricuperare che una minima parte delle spese vive sopportate: ciò che porta naturalmente ad intaccare il patrimonio degli enti.

Altro grave problema degli Ospedali è quello relativo al personale medico e di assistenza.

I sanitari, quando non abbiano trasformato gli Ospedali in istituti privati, tendono ad ottenere il maggior rendimento dalla cura degli infermi abbienti, attribuendosi percentuali che talvolta raggiungono l'80% per il primario, il 10% per l'aiuto; il 5% per l'assistente, in modo che nulla resta all'Ospedale neppure per compensarlo del consumo per riscaldamento, luce ed alcool, e dell'ammortamento del prezzo dell'armamentario di ogni sala d'operazione.

Si verifica in tal modo che, anche in modestissimi ospedali di 3ª categoria, i sanitari, e specialmente i chirurghi, possono liquidare compensi annui superiori alle lire 100.000.

Su tali dati di fatto dovrebbe fermarsi l'attenzione del legislatore, il quale con l'art. 83 del recente Regio Decreto 50 settembre 1938, n. 1651, ha bensì stabilito il principio di massima che dall'assistenza dei malati abbienti gli Ospedali debbono «realizzare un margine destinato ai fini istituzionali dell'ente», ma non ha precisato, come sarebbe stato desiderabile, il minimo ed il massimo delle percentuali che, in relazione alla capacità ricettiva degli Ospedali dovrebbero essere liquidate ai sanitari sui proventi per infermi abbienti.

Per quanto concerne il personale di assistenza è da rilevare che, in contrasto con le disposizioni di cui al Capo III del Testo Unico delle leggi sanitarie, che richiedono negli Ospedali la presenza di personale diplomato in scuole convitto professionali per infermiere, la maggior parte dei Nosocomi rigurgita ancora di personale maschile, privo di patente o dotato del così detto «patentino»: personale assunto senza alcuna garanzia di capacità, in vista delle loro esigenze familiari; spesso indisciplinato e scontento, e sempre compensato con salari tre o quattro volte superiori a quello richiesto pel mantenimento di personale religioso e patentato.

* * *

Questa obbiettiva disamina sui maggiori problemi che nel momento attuale assillano l'esistenza degli Ospedali, tende a richiamare l'attenzione del legislatore sulle reali condizioni dei Nosocomi, posto che, anche da un momento all'altro, tali benemeriti istituti potrebbero essere chiamati ad espli-

care la loro opera assistenziale a favore della Patria in armi.

Ed il rimedio che si invoca potrebbe essere uno solo: l'emanazione, ormai matura, del Testo Unico delle leggi sulla pubblica beneficenza, il quale in apposite, nuove e dettagliate disposizioni, dovrà disciplinare accuratamente tutti i cennati problemi, tenendo di vista soltanto l'interesse delle pie istituzioni.

59192



*Esatto da L'Ospedale Italiano,
ottob.-dicembre 1939-XI/III A. II, n. 5-6.*

Roma - Tipografia del Senato del Dott. G. Bardi

~~32455~~



