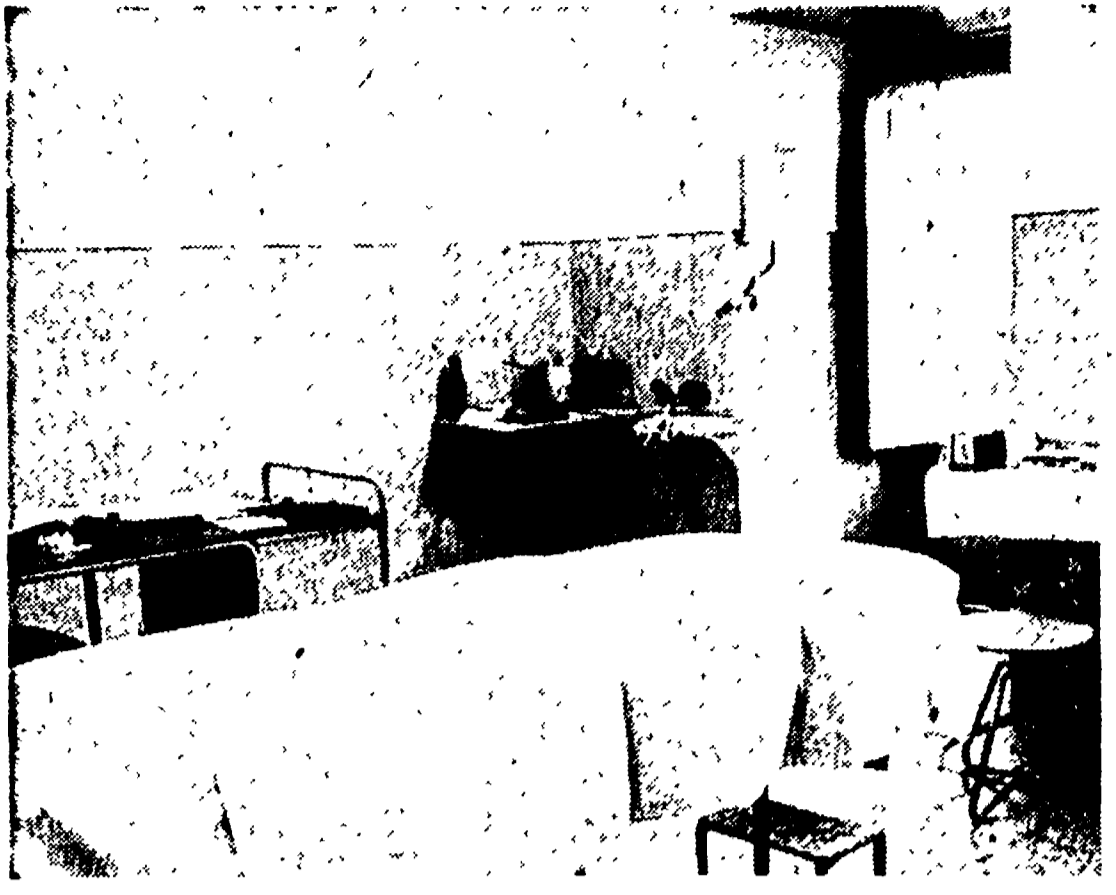


LA NOSTRA INCHIESTA SULL'ORGANIZZAZIONE E LE PROSPETTIVE DELL'ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA



Uno delle centinaia di ambulatori che l'INAM gestisce per i suoi mutuali

NEI MEANDRI DELL'I.N.A.M.

L'INAM è il maggiore degli istituti assistenziali italiani. Praticamente, poiché sotto la sua giurisdizione ricadono tutti i lavoratori dipendenti dei settori della industria, dell'agricoltura, del commercio, del credito, delle assicurazioni, dei servizi tributari in appalto, i pensionati della Previdenza sociale, e i familiari di tutte queste categorie, un italiano su due ha il suo cartellino nei capaci schedari dell'Ente, un italiano su due si rivolge ad esso per la propria salute.

L'INAM è dunque il miglior punto di osservazione per chi vuole gettare uno sguardo meno superficiale nei meandri dell'organizzazione sanitaria nazionale. Nella relazione sul bilancio 1956, pronunciata dal presidente prof. Petrilli — membro della direzione nazionale della DC e responsabile in seno a questa anche dei Gruppi aziendali davanti a tutti i dirigenti degli organi periferici dell'Ente, a Segni, Vigorelli e un'altra mezza dozzina di autorità governative, si leggono delle cifre che da sole forse non sembrano dire un gran che, come le cifre di tutti i bilanci, ma che, se si vanno ad interpretare alla luce dell'esperienza di ogni giorno dei medici e dei malati, rivelano già parecchio della verità.

Ufficialmente, il bilancio dichiara — su una cifra complessiva di quasi 180 miliardi di spesa — un totale di 15 miliardi e mezzo per le «spese generali». Ma questa somma comprende — per ammissione esplicita — soltanto le spese per le sedi e per il personale amministrativo (10.156 dipendenti, i quali del resto hanno seri motivi di scontento per il trattamento e per le stesse condizioni di lavoro: si ricordi il recente imponente sciopero della categoria); e appare chiaro che una parte notevole delle spese comprese sotto altre voci sono in realtà anch'esse «spese generali», cioè costo della burocrazia. Affacciamoci per esempio in un comune ambulatorio dell'INAM. In una stanza soffocata di fumo e sulla cui porta si allineano centinaia di malati o di familiari, tre medici stanno «lavorando». La loro giornata lavorativa va dalle otto del mattino alle 14.30 del pomeriggio. In questo periodo di tempo essi eseguono 40 visite di controllo e appongono 150 viti su altrettanti libretti di mutui. Che cosa significa visita di controllo? Può essere considerata questa una operazione sanitaria? Può forse essere paragonata al tradizionale consulto, dove il medico generico o lo specialista chiedono l'aiuto di uno specialista ancor più qualificato per poter dare al malato la sicurezza che nulla resterà di inattesa pur di ridonargli la salute? No certamente. Il compito della visita di controllo è solo quello di constatare se per caso un altro medico non abbia deliberatamente falsificato il proprio giudizio sullo stato di salute dell'assistito o sulla cura da prescrivergli. E' cioè, una

operazione puramente fiscale, il cui costo dunque non può essere valutato se non come una «spesa generale». Altrettanto si dica, e peggio, per l'operazione del «visto».

La situazione è — oltretutto — umiliante per gli stessi professionisti. La stanza dove essi passano sei ore e mezzo al giorno viene chiamata, in gergo, dai mutui e dagli altri medici, il «vegnio». Il giorno in cui ci siamo affacciati in questo ambulatorio romano, dopo aver assistito per una buona ora ad interminabili questioni che i tre sanitari erano chiamati a risolvere per ciascun caso, a contestazioni e preghiere, a vere e proprie «vertenze» ogni volta complicate dalla infità delle disposizioni burocratiche, è accaduto un episodio che ci è apparso estremamente significativo. Una signora, stretta da ore nella calca della gente in attesa, improvvisamente è svenuta. Trasportata nella saletta di pronto soccorso, siccome lì per lì non c'era altro dottore disponibile, a prestarle soccorso è stato chiamato uno dei tre medici, diciamo così, fiscali; in quell'istante, ci è parso che egli si liberasse dal pesante abito burocratico che la mansione impostagli gli fa indossare ogni giorno, e ritornasse ad essere quello che la sua vocazione e la sua professione vogliono che sia. Era, in definitiva, l'unico momento della sua giornata-INAM in cui egli facesse il medico.

Galenici e specialità

MA QUESTO è solo un aspetto; in realtà tutte le spese di gestione degli ambulatori non sono iscritte sotto la voce «spese generali» e non lo è tutta l'infinita serie di operazioni burocratiche che l'attuale struttura dell'Ente richiede prima che la sua prestazione «netta» giunga al malato. Un calcolo prudente e obiettivo ci permette di affermare che in realtà un terzo dell'enorme somma che l'Ente amministra si perde per la strada. Si sa per certo che l'unica spesa «netta» indicata in bilancio è quella per i medicinali: si tratta, nell'ultimo anno, di 41 miliardi e mezzo, cifra enorme, che supera di oltre quattro volte quella di cinque anni fa.

Eppure, c'è tuttora una parte dei mutui, 4.300.000 su 19 milioni, che non gode dell'assistenza farmaceutica; a parte i coltivatori diretti, e altre categorie che non sono iscritte all'INAM, si tratta, per esempio, della vastissima categoria dei braccianti occasionali ed eccezionali, tipica della struttura sociale di molte regioni soprattutto del Mezzogiorno. Eppure, prima che uno dei tanti nuovi farmaci che in questi anni la scienza viene scoprendo possa romper la barriera burocratica che gli oppongono il fiscalismo e il burocratismo dell'Ente, passano anni ed anni. Si è dovuta determinare, in un passato neppure lontano, una situazione totalmente insostenibile prima che l'Ente rinunciasse al principio della prescrizione dei soli medicinali «galenici» e cominciasse con estrema cautela ad ammettere un numero ristretto di specialità, mentre ormai la medicina moderna va avanti solo sulla base di specialità sempre più perfezionate. Non diciamo che si sia rimasti alla fase delle caserme italiane di buona memoria, dove le uniche prescrizioni consistevano nell'olio di ricino, e nei più gravi, nel chinino; certo però che la lamentela è generale, e giustificata.

Accade così che uno si ammali, sappia lo perché è cosa di dominio pubblico, o perché il medico, secondo «scienza e coscienza» glielo ha detto) che esiste un medicinale che potrebbe guarirlo nel giro di poche ore, e sia costretto invece, per fratre dell'assistenza a cui ha diritto per i contributi che ha versato, a curarsi con mezzi molto più antiquati, lenti e incerti: il che finisce tra l'altro, col costare di più non solo a lui ma allo stesso Ente. Esempio: i cortisonici per le malattie reumatiche, applicati già dal 1949 con effetti spesso miracolosi, ancora non sono entrati nella lista dei medicinali consentiti dall'INAM. La soluzione di questo problema dei medicinali è certo cosa complessa, che non dipende solo dall'Ente, ma in primo



Un ambulatorio romano dell'INAM. In questi giorni, i mutui fanno la coda soltanto per farsi vedere le ricette rilasciate dai medici in sciopero

luogo dal predominio dei monopoli farmaceutici e dalla loro influenza sugli organi dello Stato. Ma di ciò ci occuperemo in un successivo articolo.

Il feroce Saladino

SE L'ELENCO delle medicine e bloccato, l'elenco delle malattie conosciute dall'INAM si è accresciuto recentemente di un nuovo termine: l'iperpotulazione. Anche se la parola assomiglia vagamente a mali seri come l'ipertensione non vi spaventate: E' una malattia che non colpirà mai voi. E' una malattia professionale dei medici mutualistici. Cosa significa que-

derarsi all'altra metà. Si tratta della cosiddetta quota capitaria in parole meno emetiche, essa significa che il medico verrebbe retribuito dall'Ente, invece che sulla base del numero delle visite effettuate, con un tanto per ciascuno degli assistiti che lo hanno prescelto come proprio medico di fiducia. Non è tale sistema sia da respingere in linea di principio; ma è certo che la sua applicazione indiscriminata darebbe luogo ad una tale serie di inconvenienti, di contrasti e di contraddizioni, che alla luce dei fatti si è dimostrata praticamente impossibile. Vero è che — come risulta dalla stessa relazione dell'INAM — quasi la metà delle prestazioni mediche dell'Ente vengono retribuite con tale sistema liberamente accettato da un certo numero di medici: si tratta, per lo più dei sanitari residenti nei piccoli centri, per i quali la «quota capitaria» ha rappresentato non solo e forse non tanto un concreto vantaggio retributivo (la cosa probabilmente nella maggioranza dei casi non è neppure vera), quanto un contributo all'allargamento della mutualità a zone e strati nuovi di popolazione, e quindi ad una coscienza sanitaria più diffusa.

Ma anche qui — come a maggior ragione nelle città — il sistema prescelto dall'Ente rivela i suoi invalicabili limiti burocratici. Cioè, non è vero che nel mentre la mutualità si viene allargando, sorgono nuovi ambulatori in misura adeguata, si stimolano le iniziative sanitarie e assistenziali degli Enti locali, si allargano insomma le strutture. Su tutto, dominano invece lo accentramento e la burocrazia. Ecco perché la maggioranza dei medici respinge la «quota capitaria», perché vede in essa un nuovo strumento fiscale, una degradazione non tanto della «libera professione» (che in fondo è solo il sogno di pochi nostalgici o di coscienti mezzatori politici) quanto della professione senza aggettivi, anche in quella che essa fa di umano e di profondamente sociale per la quotidiana vicinanza e fraternità con i lavoratori assistiti.

Insomma, si manifesta da tutte le parti una spinta perché gli Enti mutualistici ritrovino la strada maestra sulla quale essi erano sorti dal sacrificio e dalle lotte dei lavoratori, inquadrandosi nelle nuove e più complesse esigenze di una società che, malgrado tutte le resistenze, dovrà diventare quella di una Repubblica fondata sul lavoro e sulla strada della democrazia, del controllo dal basso, dell'iniziativa popolare.

Un'altra malattia professionale ha già colpito quasi la metà dei medici mutualistici italiani e minaccia di estenderla alle stesse, una specie di cambio delle figurine come ai tempi del feroce Saladino.

UN'ALTRA MALATTIA professionale ha già colpito quasi la metà dei medici mutualistici italiani e minaccia di estenderla alle stesse, una specie di cambio delle figurine come ai tempi del feroce Saladino.

Ora, nessuno può negare che è stato proprio l'attuale sistema a creare i fattori oggettivi che sono spingere all'abuso: per quanto riguarda i medici, perché il motivo è che ad essi le visite sono compensate in modo irrisorio, e per di più capita loro come regola di vedersi defalcate dall'INAM cifre ingenti per visite effettuate o medicinali prescritti al di là di certi limiti; oppure, in taluni casi — come per esempio quello della ENPAS dove vige il sistema del rimborso — può accadere che il medico voglia favorire il malato al quale l'Ente rimborserebbe solo una piccola quota delle spese effettivamente sostenute; e per quanto riguarda le medicine, il motivo è che, posto di fronte a una scelta tra il suo dovere di medico e le limitazioni imposte dall'Ente, il medico spesso sceglie il primo. Si è creato così tutto un sistema privato di accordi tra assistiti, medici e farmacisti, per cui, per esempio, pur di curare il suo paziente con estratti epatici, che costano mettano 3000 lire, un medico faccia la ricetta per sette fiale di penicillina, e il farmacista, d'accordo con lui, accetti il cambio.

Non siamo certo noi che sosteneremo la legalità e l'opportunità di tali sistemi. Ma non sono neppure i rimedi dell'Ente che possono eli-

Le mutue aziendali e la salute del capitale

CIRCA TRECENTO sono le mutue aziendali o inter-aziendali sparse nelle varie città d'Italia, soprattutto nei maggiori centri industriali. Storicamente, esse dovrebbero essere le eredi delle antiche e spontanee mutue operaie, sorte dall'organizzazione degli operai e degli impiegati di una determinata fabbrica negli anni di sviluppo del movimento socialista. In realtà, tutte o quasi tutte hanno subito profonde modificazioni nel corso della loro storia; molte di esse furono soppresse dal fascismo e risorsero solo dopo la liberazione, e quelle che allora riuscirono a riprendere la originaria struttura democratica, furono poi via via con varie mezzi assorbiti dall'organizzazione dell'azienda stessa a sottoposte a tali limitazioni o controlli da snaturarne la vera funzione e da impedire la piena attività. Per un giuridicamente la loro natura non è chiara. Una legge prescrive che esse dovessero continuare tutte nell'INAM, ma per l'anno 1953, poi, cominciarono ad essere tollerate per le ricomposizioni di fatto.

COME FUNZIONANO, e quali vantaggi danno intanto a esse assistiti? Esaminiamone ancora una, quella che senza dubbio è oggi la migliore in tutto il paese: la M.I.F. Mutua Aziendale Lavoratori Fiat, alla quale sono iscritti 77.318 lavoratori dipendenti del grande monopolio torinese e da allora date ad essa assenti, tra cui la R.I.T., la Microelettronica e qualche altra, e 100.236 loro familiari; complessivamente, dunque, quasi 180.000 persone.

La sua storia è tipica: nata dalle prime mutue sorte nell'entro dopoguerra (nel '21 quella degli impiegati, nel '22 quella degli operai) sciolte nel 1926 dal fascismo, essa rinacque nel 1945

notevolmente migliore di quelle degli enti pubblici, anche se la assistenza non può certo ancora dirsi completa perché sussistono limitazioni per specialità mediche e per una serie di altre provvidenze. Ma per capire come ciò avvenga, basta vedere la mutua della Fiat nel quadro della città. L'INAM di Torino, che assiste 600.000 lavoratori, dispone di 13 ambulatori, di un medico su ogni 1.000.000 assistiti, e spende localmente circa sei miliardi di lire che mensa ogni anno di contributi (il bilancio dell'INAM è nazionale, e le somme risparmiate nelle province più ricche non bastano neppure a compensare il deficit di quelle più povere); la M.I.F., con una cifra di assistiti che è di tre volte e mezzo inferiore, dispone di 19 ambulatori in città e di 39 nella regione, di un medico ogni 700.000 iscritti e di ben tre miliardi da spendere. Data il livello delle retribuzioni medie alla Fiat, e tenendo conto che alla mutua va quel 6 per cento dello stipendio impiegati e quel 1 per cento del salario operaio che le altre aziende versano all'INAM, la somma spesa dalla M.I.F. è pari a quella che essa stessa preleva dal salario (si calcolano 40 mila lire per dipendente), sì che quel poco che vi aggiunge la Fiat va esclusivamente a vantaggio delle attrezzature.

IN QUESTO senso, le mutue aziendali rappresentano un notevole vantaggio per i loro assistiti. E tuttavia, così come è stata tentata trasformandola nelle mani del padronato, esse contengono in sé un elemento permanente di crisi. Il loro male ha lo stesso nome di quello dell'INAM, anche se meno apparente: si chiama mancanza di democrazia. Rispetto al caso tipo della M.I.F. — a strumento del padronato, esse erogano un'assistenza migliore



TORINO — La sede centrale della M.I.F. in via Carlo Alberto

con una struttura apertamente democratica, ed ebbe un largo sviluppo fino al maggio 1951, quando, con un «ukase» personale di Volletti, il suo consiglio fu sciolto e sostituito con uno «partitico».

IN BREVESSIMO volge il tempo, la Mutua diventò allora una appendice diretta dell'azienda, la quale, come vedremo, se ne serve non solo per garantire una più sicura riproduzione della forza lavoro, ma anche per controllare uno per uno i dipendenti, che malata, ogni ricetta, ogni fase della loro vita familiare è così iscritta nel casellario, e rigidamente controllata. E non è che da allora l'assistenza elargita dalla M.I.F. sia migliorata; anzi, per tutta una serie di prestazioni, che sono poi quelle particolari che costano meno al maggior vantaggio della mutua rispetto all'INAM, esse sono diminuite: contenzionieri, coliche, esami radiologici, iniezioni endovenose, ossidi steroidei, ecc. Eppure le stesse statistiche della Fiat dicono che le malattie sono largamente aumentate, tanto che oggi almeno il 60 per cento degli operai cade malato una o più volte l'anno, mentre qualche anno fa la media era solo del 40 per cento.

E' vero però che vi è in essere, sin dai tempi dell'amministrazione democratica della M.I.F. un livello di prestazioni

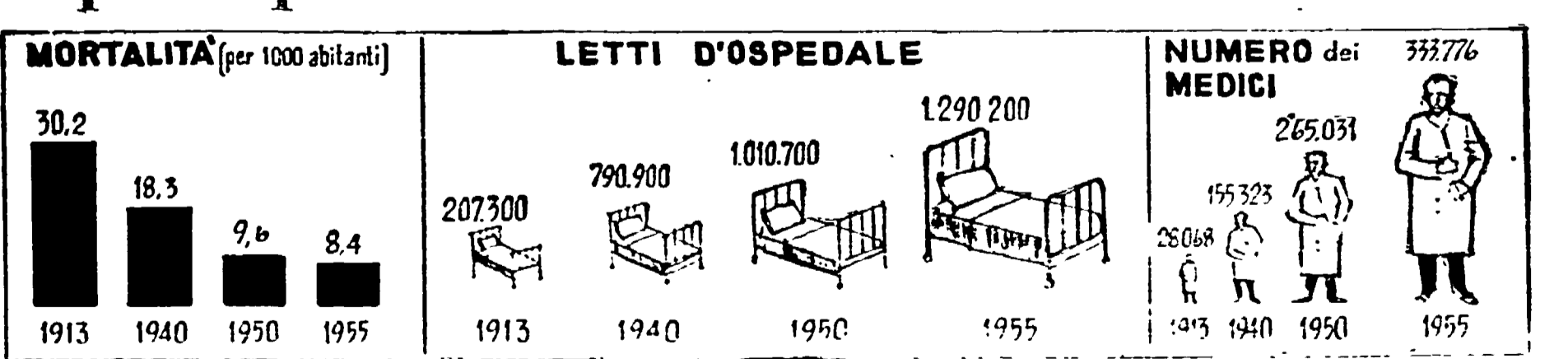
Nei prossimi giorni:

- La distribuzione degli ospedali nel nostro Paese
- L'assistenza sanitaria, i Comuni, le Province e le Regioni
- Malattie che scompaiono e malattie che aumentano
- Il "piano Beveridge" e il sistema di sicurezza sociale in Cecoslovacchia
- I vampiri delle medicine

Questa inchiesta è a cura di
GIOVANNI BERLINGUER
e BRUNO SCHACHERL

DOCUMENTI

I principi dell'assistenza sanitaria in U.R.S.S.



- Nell'Unione Sovietica, l'assistenza sanitaria è regolata dai seguenti principi:
- 1) UNITA in un sistema statale decentrato secondo le esigenze locali, ma organizzato con prestazioni e metodi uguali per tutto il territorio e per tutte le categorie;
 - 2) PIANIFICAZIONE delle attrezzature e degli stanziamenti di bilancio, secondo il tipo delle malattie e lo sviluppo economico e sanitario delle varie zone;
 - 3) GRATUITA del servizio medico generico, specialistico, farmaceutico e ospedaliero;
 - 4) PREVENZIONE delle malattie, prima che cura, attraverso il miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini e un sistema di «dispensari» che individuano le forme morbide al loro inizio;
 - 5) AUTOGOVERNO dei lavoratori, attraverso i Soviet e una diretta rappresentanza in tutti gli organi locali della sanità.
- Le cifre documentate dai grafici che pubblichiamo sono da sole indicative dei risultati ottenuti da un sistema sociale nuovo e da un'organizzazione sanitaria basata su un indirizzo moderno e scientifico.