

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

# Le maglie troppo larghe della rete ospedaliera

La media dei posti letto dovrebbe essere di circa uno per ogni cento abitanti; in Italia è la metà. Ma vi sono delle regioni dove non si arriva all'uno per mille. Residui medioevali e speculazione capitalistica si intrecciano nell'organizzazione ospedaliera: lazzaretto od opera pia o clinica privata tengono

ancora il posto di una organizzazione avanzata, moderna, al servizio di tutta la nazione. E questo mentre si modificano rapidamente e profondamente l'ambiente sociale in cui essi sono chiamati ad operare, i metodi di cura e persino il quadro delle malattie e le cifre della loro diffusione nel paese.



NEL MEDIOEVO, l'ospedale era quasi un lazzaretto, ove gli infetti venivano isolati per impedire il contagio degli altri, e le cure si limitavano a rendere meno doloroso il trapasso. I malati meno gravi, e le loro famiglie, preferivano le cure domiciliari, con la ricetta del medico di fiducia e l'assistenza diurna delle madri e delle spose. La moderna medicina, invece, con il progresso scientifico che può debellare quasi ogni malattia, richiede indagini speciali di laboratorio, costose e ingombranti attrezzature terapeutiche che è possibile riunire soltanto negli ospedali; si tende, quindi ad estendere il ricovero degli infermi anche a meno gravi malattie. Si calcola, nei trattati di igiene, che in uno Stato occorrono, per queste nuove funzioni, circa 1 letto ospedaliero per ogni cento abitanti.

Dalla tabella che pubblichiamo risulta non solo che la media nazionale è circa la metà del necessario, ma che in certe regioni, specie del centro e del sud, gli ospedali esistenti coprono appena uno o due decimi del fabbisogno. Così in Lucania (0,7 per mille), così in Sicilia (1,4), Calabria (1,5), Umbria (3,7), Abruzzi (2,3), Puglia (2,8) e così via.

ANCHE I MEDICI, in Italia, sono territorialmente distribuiti in modo sproporzionato alle esigenze delle singole zone. Essi sono circa settantamila, e tutti i giornali di categoria affermano (ma lo dicevano, con le stesse parole, anche mezzo secolo fa, quando erano settemila) che esiste una «plethora», cioè una sovrabbondanza

di medici. «La Stampa» del 24 maggio 1957 ha documentato che suore e preti, in Italia, sono circa il doppio, ed ha insinuato che gli italiani abbiano più a cuore la salute dello spirito che quella del corpo. Per tutelare seriamente quest'ultima, in ogni caso, non basterebbero centomila medici: si pensi alla loro concentrazione nelle grandi città, mentre numerosi comuni non hanno alcun medico, e circa 5.000 ne hanno uno solo; che esistono in tutta Italia solo 2.500 dentisti, mentre ne occorrerebbero almeno 15.000; che in grossi comuni non solo del sud, ma anche di zone non «depressate» (in provincia di Arezzo, ad esempio: Bibbiena, 10.000 abitanti; San Sepolcro, 11.000 abitanti; San Giovanni Valdarno, 11.000 abitanti), non risiede né un pediatra, né un radiologo, né un otorinolaringoiatra; che la figura del «medico di fabbrica», necessarissima nell'industria moderna, è sconosciuta nella quasi totalità delle aziende; che nel passaggio dalla semplice cura delle malattie alla loro prevenzione, aumenta il fabbisogno di sanitari qualificati: e si vedrà, allora, come non ci sia plethora, ma carenza di medici e di personale sanitario intermedio.

Lo stesso discorso, valido per gli ospedali e per i medici, può essere fatto per gli ambulatori, i dispensari, gli uffici igienici, i laboratori di profilassi, e così via. Un discorso che si conclude con l'esigenza di pianificare, redistribuire, accrescere e rammodernare le forze sanitarie italiane, come attrezzature e come uomini.

ACCANTO a un sistema di mutua pieno di ruggine e di difetti, ma tuttavia almeno quantitativamente avanzato, l'Italia possiede una attrezzatura sanitaria che presenta altrettante se non più gravi contraddizioni.

Posti letto negli ospedali, ambulatori, preventori, convalescenziari, cliniche sono nettamente insufficienti in senso assoluto, ma ancor di più lo sono se si guarda alla loro distribuzione regionale, alle differenze tra nord e sud, tra città e campagna: questa è cosa nota, e che qui accento documentiamo con rigore delle cifre ufficiali. Ma questo è solo un aspetto per così dire tradizionale della questione. Ve n'è però un altro che di anno in anno rende più grave la situazione.

Sono in corso modificazioni profonde in tutta una serie di settori direttamente connessi con queste strutture sanitarie: vanno cambiando, attraverso l'accresciuta prestazione mutualistica, la coscienza sanitaria e quindi i bisogni di larghi strati della popolazione (si pensi, per fare l'esempio più semplice, all'accresciuto numero dei parturienti in ospedale); vanno cambiando i metodi di cura, spesso in modo radicale; va cambiando persino il quadro delle malattie.

EBBENE, di fronte a tutto questo, la legge sanitaria italiana è ancora quella del 1890 essa considera ancora implicitamente immutabile il quadro sociale nel quale, secoli e secoli prima sono nati gli ospedali e le confraternite di pubblica assistenza, limitandosi a inserirvi egualmente nello Stato unitario: opera pia e lazzaretto, piuttosto che luogo di cura, l'ospedale non è in molti casi che un relitto del medioevo. Ne serbano le tracce i suoi stessi statuti e la sua amministrazione, fondata quasi sempre sulle rendite del campicello, sui lasciti, sui sussidi; tanto che, quando anche la spesa pubblica sia in esso ormai predominante, lo Stato o il Comune o l'ente vi fanno piuttosto la figura di uno dei tanti benefattori; e quello che potrebbe essere l'aspetto positivo dell'autonomia, diventa invece elemento di decadenza e di abbandono.

La cosa si è aggravata in questi dieci anni di predominio clericale. Le poche prerogative degli enti locali sono state soffocate: i prefetti hanno fatto e rifiutato Consigli d'amministrazione, modificato statuti, ecc.; mentre potenti interessi economici e soprattutto confessionali moltiplicano le cliniche private, spesso porta a porta e in diretta concorrenza con gli istituti pubblici. Oggi, contro 1123 ospedali in tutta Italia, esistono 849 cliniche, in gran parte in mano a gruppi clericali, che si arricchiscono mentre gli ospedali pubblici sono sempre più insufficienti e vantano enormi ma inesigibili crediti verso i Comuni e gli enti mutualistici.

Ed è qui la seconda linea di tendenza: accanto al medioevo, il capitalismo sanitario, inestricabilmente intrecciato in contrasto tra loro. Di qua, una totale incapacità del sistema di adeguarsi alle

nuove strutture della società italiana e ai nuovi metodi di terapia. E' necessario oggi possibile farlo, combattendo su due fronti: contro i residui di medioevo e contro la speculazione privata, contro la elemosina della salute come contro lo sfruttamento della malattia. Le linee sono chiare: da un lato, migliore articolazione, decentramento, democrazia degli istituti, in modo che essi possano adeguarsi alle necessità luogo per luogo; dall'altro lato, più esatto coordinamento, nell'interesse generale della società. Questo è possibile solo se si pone alla base di tutto il sistema ospedaliero e mutualistico — il principio che la prevenzione non solo è parte integrante della assistenza, ma costituisce un reale risparmio di fondi. L'INAM che nega al sospetto malato di tifo il chiarimento prima di avere una diagnosi sicura, finisce con lo spendere il doppio quando la malattia è, nel frattempo, esplosa; così come all'insieme della società il trasporto e la cura del malato in ospedali lontani decine e decine di

chilometri costa di più che una efficiente rete di ambulatori e preventori.

E' giusto, come affermano la Federazione degli Ospedali e la CISL, un recentissimo prese di posizione, che gli ospedali possano costituire la base di un sistema sanitario nazionale; ma a condizione che la loro distribuzione, la loro organizzazione interna e la spesa pubblica in questo settore vengano rivedute.

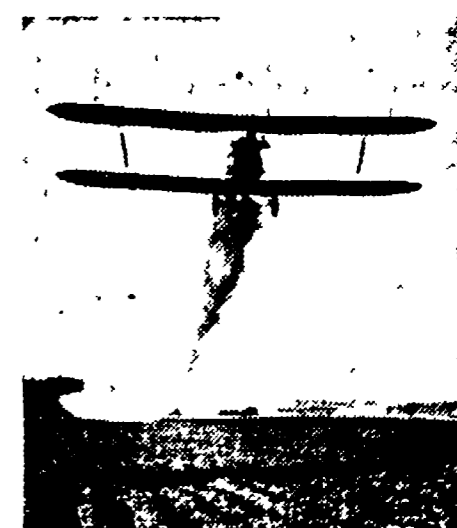
MOLTO potranno fare in questo campo le forze interessate: i sindacati dei lavoratori, gli ospedalieri, i medici, lo Stato, i Comuni, le Province, le Regioni. E non si tratta solo di denunciarle, ma di agire, con una visione chiara degli interessi nazionali.

Questa inchiesta è a cura di GIOVANNI BERLINGUER e BRUNO SCHACHERL. Nella prossima puntata: I pirati delle malattie

## Malattie che salgono malattie che scendono

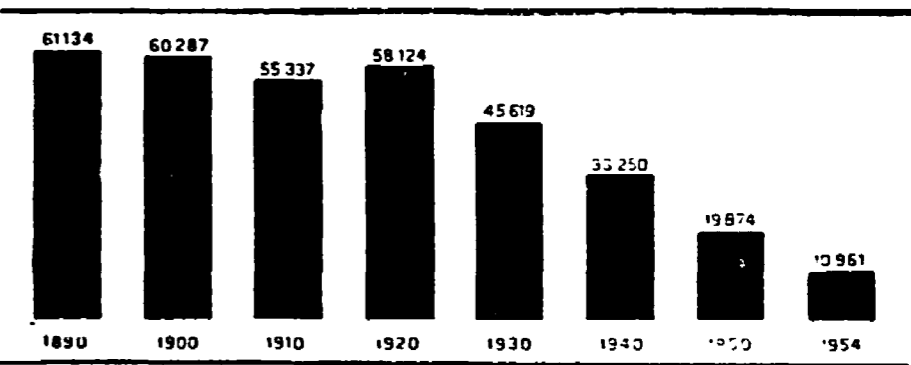
Lotta alla malaria che non esiste più

IL 20 MAGGIO di quest'anno, l'Istituto di Malariologia che ha sede nel Policlinico di Roma ha inaugurato un corso di specializzazione per medici; la notizia, apparsa sui quotidiani, sembra del tutto normale. Si prevedono lezioni, esercitazioni, visite di istruzione, tasse di frequenza e un diploma finale. La notizia apparirebbe normale, se non fosse per un piccolo particolare: che in Italia, oramai, nessuno si ammala di malaria. I casi denunciati, che nel 1902 erano ben 177.916, lo scorso anno sono stati 21, quasi tutti recidivi e a non è primario. Grazie al chinino di Stato e al D.D.T., la malattia è stata vinta; sarà tuttavia più difficile vincere le incrostazioni burocratiche del sistema sanitario italiano.



L'operazione antimalarica fu condotta in Sardegna ed altri mezzi più radicali: furono impiegati persino gli aerei per spargere il D.D.T.

La t.b.c. può essere debellata



DECESSI per tubercolosi, grazie alle cure moderne e all'ottima rete di centri, dispensari e sanatori che si è creata in Italia, sono stati diminuiti di decine recenti, come risulta dalle cifre del grafico qui sopra, che dà il numero dei morti per t.b.c. negli anni sottosegnati.

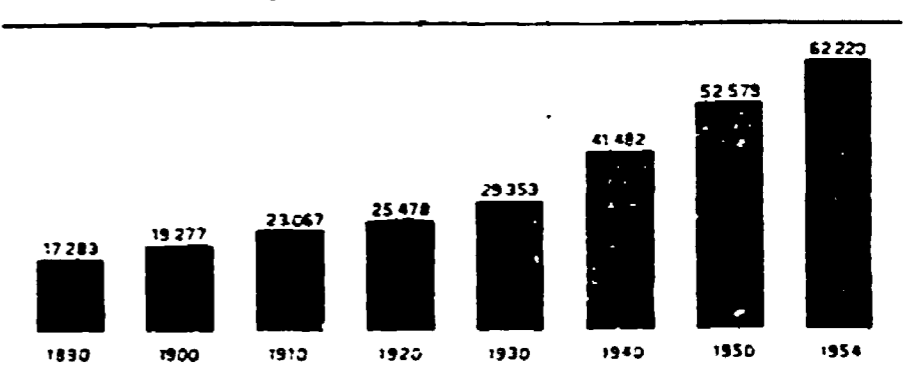
La cifra di 10.961 è ancora elevata, soprattutto se si considera che il numero dei nuovi casi non diminuisce con uguale ritmo (8.576 nell'anno 1953, e 8.620 nel 1955). Chi si ammala guarisce oggi più facilmente; ma ancora, la malattia attecchisce sui denutriti, sugli abitanti dei tuguri e delle case sovraffollate, sugli operai massacrati dal lavoro. Ecco perché il segretario generale della Federazione antimicrobica ha potuto dichiarare: «La lotta contro la tubercolosi si identifica oggi nella lotta per l'elevamento del tenore di vita nel senso più vasto della parola».

Più tifo in Italia che in metà del mondo

L'ITALIA ha più casi di tifo di tutte le nazioni del Patto Atlantico e di alcuni grandi paesi dell'altro emisfero meridionale. Nel 1955 sono state registrate 19.551 denunce di questa malattia, e nel 1956 si è superata la punta di ventimila casi. Nelle altre nazioni, la febbre tifoidea va scomparendo. Ecco le cifre: Francia 3.951, Germania Occid. 3.627, Belgio 235, Austria, 608, Olanda 162, Portogallo 2.691, Inghilterra 101, Svezia 110, Svizzera 90, Giappone 2.521, Canada 367, USA 2.252, Australia 211; totale, 16.331.

I microbi nostri non sono più agguerriti e più resistenti di quelli stranieri. Ma il clima, le condizioni di vita, i servizi igienici delle abitazioni, l'igiene alimentare sono in Italia alleati dei microbi. Il Censimento ha fatto conoscere che un buon terzo degli italiani non ha acqua pura per lavarsi e neppure per bere.

La pavorosa ascesa del cancro



ALCUNE MALATTIE scompaiono, altre invece aumentano in grave proporzione. Si tratta delle malattie del cuore e delle arterie, ma in primo luogo dei tumori. I decessi per cancro e altre neoplasie sono aumentati — come risulta dalla tabella qui sopra — nella stessa misura in cui decrescevano i decessi per tubercolosi.

Gran parte dell'opinione pubblica oscilla, quando pensa ai tumori, fra il più nero fatalismo e la più superficiale credulità. Pensa che sia un male che non perdona, o si fida dell'ultimo portento o ritrova che un'irresponsabile propaganda lancia in soccorso ai disperati. Eppure, già con i mezzi di cura che abbiamo, chirurgia o radioterapia, si è documentato che in due terzi dei casi, purché diagnosticati precocemente, si può avere la guarigione definitiva. Per una diagnosi precoce di massa è però necessaria un'organizzazione grandiosa, mezzi imponenti e un netto orientamento verso la prevenzione.

## DOCUMENTI

### Il servizio sanitario nazionale in Inghilterra



Un ambulatorio di fabbrica del Servizio sanitario nazionale inglese

TRA I PAESI CAPITALISTICI, l'Inghilterra ha leggi sociali fra le più avanzate. Per le pensioni, i sussidi di disoccupazione, l'assistenza agli invalidi, fin dal secolo scorso furono approvate dal Parlamento, in seguito a grandi movimenti sindacali e a campagne di opinione, norme assai progredite.

Dal 6 novembre 1946, anche nel campo sanitario l'Inghilterra si è posta all'avanguardia fra gli Stati borghesi, con la legge istitutiva del National Health Service (servizio nazionale di sanità). Questa legge è in vigore da dieci anni, ed ormai l'esperienza ha collaudato, pur modificandolo in alcune sue parti,

un sistema che al suo sorgere venne definito utopistico.

GLI ASPETTI ESSENZIALI del sistema sono i seguenti:

- 1) Chiunque si trovi sul territorio dell'Inghilterra ha diritto alle prestazioni sanitarie. Salariati e lavoratori indipendenti, e perfino gli stranieri di passaggio sono trattati allo stesso modo.
- 2) La durata dell'assistenza è illimitata, e dipende solo dal corso della malattia. Sono comprese nel sistema le spese per il medico, per i medicinali, per il ricovero ospedaliero e per gli apparecchi di protesi. Anche il trasporto in

ambulanza, per i malati che non possano usufruire di altri mezzi, è gratuito.

- 3) Le autorità sanitarie locali, oltre a provvedere alle cure, hanno l'incarico dei servizi di prevenzione delle malattie: vaccinazioni contro il vaiolo e la difterite per tutti, vaccinazione contro la tubercolosi per gli scolari, sistemazione in altre famiglie dei figli di persone malate di tubercolosi, e così via.
- 4) Il malato partecipa direttamente alle spese nei casi seguenti: deve pagare l'iscrizione (circa 100 lire) per ogni ricetta del medico, deve contribuire per l'opera del dentista, dell'oculista e per l'acquisto di apparecchi ortopedici. Gli occhiali,

ad esempio, vengono forniti gratuitamente ai malati ricoverati in ospedale e ai ragazzi fino ai 16 anni.

- 5) L'assistenza sanitaria è gestita dal Ministero della Sanità e da organismi decentrati di questo Ministero. Essa è svincolata dalla parte «assicurativa» della sicurezza sociale: l'indennità malattia, ad esempio, viene pagata dagli uffici del Ministero delle Pensioni delle Assicurazioni Sociali, ed è soggetta a restrizioni più ampie di quelle delle prestazioni sanitarie: non si ha diritto ad essa per i primi tre giorni di malattia, l'ammontare si riduce dopo otto settimane di ricovero ospedaliero, ecc.

Come sono ripartiti i contributi per le assicurazioni sociali (in milioni di sterline, per un anno; il servizio sanitario è finanziato sul bilancio statale).

LAVORATORI	246
PADRONI	202
STATO	70
VARIE	36