

SENATO DELLA REPUBBLICA

VII LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE

(Igiene e sanità)

22° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI GIOVEDÌ 5 OTTOBRE 1978

Presidenza del Presidente OSSICINI

INDICE

DISEGNI DI LEGGE

IN SEDE DELIBERANTE

« Modifica all'articolo 5 della legge 29 luglio 1975, n. 405: istituzione dei consultori familiari » (1346) (Approvato dalla Camera dei deputati)
(Discussione e rinvio)

PRESIDENTE Pag. 295, 297
MAFAI DE PASQUALE Simona (PCI), relatore
alla Commissione 295

La seduta ha inizio alle ore 12,15.

C I A C C I , segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

IN SEDE DELIBERANTE

« Modifica all'articolo 5 della legge 29 luglio 1975, n. 405: istituzione dei consultori familiari » (1346) (Approvato dalla Camera dei deputati)

(Discussione e rinvio).

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Modifica all'articolo 5 della legge 29 luglio 1975, n. 405: istituzione dei consultori familiari », già approvato dalla Camera dei deputati.

Prego la senatrice Simona Mafai De Pasquale di riferire alla Commissione sul disegno di legge.

M A F A I D E P A S Q U A L E S I - M O N A , relatore alla Commissione. L'articolo 5 della legge 405, di cui il Governo pro-

12^a COMMISSIONE

22° RESOCONTO STEN. (5 ottobre 1978)

pone la modifica, stabiliva che i finanziamenti dei consultori familiari fossero divisi tra le regioni per un 50 per cento in proporzione alla popolazione residente e per un altro 50 per cento in proporzione ai tassi di natalità e di mortalità infantile di ogni regione rilevati dall'ISTAT nel penultimo anno precedente la distribuzione.

Scopo di tale suddivisione differenziata era quello di favorire le regioni con più alto indice di natalità e di mortalità infantile, esaltando quindi le funzioni dei consultori familiari relative sia al controllo delle nascite, sia alla prevenzione delle gravidanze a rischio.

Nella applicazione, però, tale criterio apparentemente logico ed adeguato alle finalità sociali della legge, si è dimostrato — per usare un termine alla moda — alquanto « perverso ».

Infatti due regioni con popolazioni assai diverse tra loro possono registrare un identico, o quasi, tasso di natalità e mortalità infantile; ed incassano sulla prima metà del fondo una somma differenziata in proporzione al numero degli abitanti, ed una somma identica nella seconda metà; in tal caso viene premiata la regione con minore popolazione senza che ciò corrisponda ad una esigenza sociale.

Ma il caso più clamoroso si manifesta quando una regione piccola registra un tasso di natalità e mortalità infantile molto elevato; in questo caso di fronte ad una suddivisione proporzionale alla popolazione sulla prima trancia del finanziamento, essa riceve sulla seconda finanziamenti troppo clamorosamente elevati rispetto a regioni più popolate.

Dalla tabella fornitaci dal Ministero e che si riferisce alla prima ripartizione del fondo per i consultori (che fu di cinque miliardi, cioè metà del fondo annuale stabilito dalla legge) possiamo enucleare alcuni esempi.

Ecco il Molise confrontato con la Toscana.

La prima regione ha una popolazione pari a circa un decimo della seconda: Molise 328.319 abitanti (dati del 31 dicembre 1974) e Toscana 3 milioni 552.196 abitanti. Sulla prima trancia del finanziamento il Molise riceve una cifra pari a circa il dieci per cento

del finanziamento alla Toscana. 14.754.215 di fronte a 159.596.600; ma sulla seconda metà del finanziamento incassa una somma superiore. 115.590.000 di fronte a 106.373.040. Certo gli indici di natalità e di mortalità infantile (dati del 31 dicembre 1973) sono assai più alti nel Molise che in Toscana (natalità: Molise 13,4 per mille, Toscana 12,9 per mille; mortalità infantile: Molise 22,1 per mille, Toscana 19,8 per mille). È quindi giusto che la regione più povera e meno attrezzata dal punto di vista igienico-sanitario abbia ricevuto un finanziamento proporzionalmente maggiore, ma la misura è stata eccessiva.

Una più attenta definizione del metodo di suddivisione del finanziamento per i consultori è tanto più urgente in quanto, dopo la travagliata approvazione della legge 194, si tratta ora di distribuire alle regioni non più soltanto i dieci miliardi annui previsti dalla legge del 1975, ma una cifra sestuplicata: i dieci miliardi della 405 più i cinquanta miliardi della 194, che l'articolo 3 della legge suddetta prevede siano divisi secondo i criteri dell'articolo 5 della 401 di cui ci stiamo occupando; è giusto quindi fare il possibile perchè tale distribuzione corrisponda a criteri obiettivi di equità e insieme alle finalità sociali delle due leggi.

Evidentemente una modifica si impone. Il Governo ha proposto, e la Commissione sanità della Camera ha approvato il 28 luglio 1978, di distribuire la seconda metà del fondo « in proporzione alla somma del numero complessivo dei nati vivi e del numero dei morti nel primo anno di vita nel territorio di ciascuna regione ».

Tale criterio dà obiettivamente meno rilievo alla drammaticità della diversa situazione delle regioni italiane rispetto ai problemi della natalità e della mortalità infantile, messi così fortemente in luce dagli estensori della legge 405, fino ad annullarli quasi completamente.

Infatti il numero complessivo dei nati e dei morti nel primo anno di vita è proporzionale alla popolazione e la differenza di tasso di natalità incide in misura irrisoria sulla cifra assoluta. Per restare sempre alle due regioni prese ad esempio e riferendomi ai dati

del '77, la Toscana registra 36.149 nati vivi più 538 morti nel primo anno di vita con una cifra complessiva di 36.687 unità; il Molise 3.875 più 44 uguale 3.919 modificando di poco la percentuale corrispondente tra gli abitanti delle due regioni. Cionondimeno l'indice di mortalità è molto alto. Quindi il criterio proposto dal Governo ed accettato dalla Commissione non dà, a mio parere, una risposta adeguata a queste problematiche.

A tali considerazioni potrebbe contrapporsi una obiezione: l'accumulo di stanziamenti a favore di regioni che hanno un'antica carenza di strutture civili e di personale qualificato ed anche diversi livelli di sensibilità culturale di fronte a questi problemi, il che si traduce in un aumento di residui passivi, cosa che il paese soprattutto oggi non può permettersi. Si è perciò tentati di dire: diamo i soldi a chi li spende presto e bene.

Eppure, se vogliamo operare per modificare certe distorsioni nello sviluppo del paese, non possiamo seguire questo orientamento; dobbiamo al contrario essere ben fermi nelle scelte di riequilibrio che operiamo e non fare marcia indietro in nome della efficienza, di fronte alle prime difficoltà. Si tratta semmai di studiare come si possano aiutare anche tecnicamente certe regioni a superare le loro difficoltà realizzative.

Per ciò che riguarda la materia che trattiamo oggi, è giusto rilevare che gli indici di natalità ed anche quelli di mortalità infantile sono in progressiva diminuzione nel nostro paese. Negli ultimi cinque anni l'indice della natalità è sceso di quasi tre punti (—2,7), quello della mortalità infantile di oltre otto punti (—8,6). Ma la forbice tra regione e regione è ancora altissima: di quasi 10 punti per l'indice di natalità (Campania 18 nati per mille abitanti e Liguria 8,6 per mille), di oltre 14 punti per la mortalità infantile (Cam-

pania 23,7 per mille, Val d'Aosta 25 per mille, Umbria 9,6 per mille).

Occorre dunque tenere ancora conto di queste diversità specie nel meccanismo di spesa di leggi che devono costituire i principali strumenti di intervento della società, tendenti a ridurre queste sperequazioni. Propongo quindi un breve rinvio della discussione per esaminare la possibilità di proporre un criterio più adeguato a queste esigenze che, evitando le esagerazioni verificatesi nel passato, salvaguardi però la preferenza data dai legislatori della 405 a favore delle regioni più depresse e più prolifiche: cioè essenzialmente delle regioni meridionali, con la sorprendente eccezione della Val d'Aosta.

Si potrebbe, per esempio, in modo molto semplice mantenere il medesimo meccanismo modificando la proporzione della divisione del fondo; stabilire che l'80/85 per cento del fondo sia dato sul criterio della popolazione ed il 20/15 per cento restante sulla base dei due tassi di natalità e di mortalità infantile o di altro criterio da studiare, verificandone in anticipo gli effetti con l'aiuto, naturalmente, della esperienza del Ministero, che non tolga però questa caratteristica di premio, di agevolazione alle regioni più piccole, con il più alto indice di natalità e con il più alto indice di mortalità infantile.

P R E S I D E N T E . Aderendo alla richiesta della senatrice Simona Mafai De Pascuale, se non si fanno osservazioni, il seguito della discussione del disegno di legge è rinviato ad altra seduta.

La seduta termina alle ore 12,35.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Il consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici
Il Direttore DOTT. GIOVANNI BERTOLINI