



DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori PORETTI, BONINO e PERDUCA

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 15 LUGLIO 2009

Modifiche all'articolo 63 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di abolizione dell'obbligo di iscrizione al Servizio sanitario nazionale per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie

ONOREVOLI SENATORI. - Il presente disegno di legge ha l'obiettivo di consentire, ad ogni cittadino, la possibilità di scegliere liberamente tra l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale (SSN) pubblico o ad assicurazioni sanitarie private, migliorando così costi e servizi. La proposta punta a introdurre la libertà di scelta tra l'iscrizione al SSN o ad un'assicurazione privata, mantenendo comunque fermo l'obbligo per tutti di avere una forma di assicurazione sanitaria.

Pubblico e privato verrebbero quindi messi in concorrenza. In particolare, si pensa che la concorrenza tra le assicurazioni private porterebbe a una drastica riduzione dei costi delle prestazioni mediche (in Italia molto più alti che negli altri Paesi europei).

Il venire meno dell'obbligo generalizzato di iscrizione al SSN non farebbe decadere automaticamente l'erogazione del servizio pubblico, ma solo il regime di monopolio in cui esso opera.

Chi scegliesse una forma di assicurazione privata non sarebbe più obbligato a far affluire allo Stato il contributo di legge per l'assistenza di malattia, anche se continuerebbe a finanziare il SSN attraverso il prelievo fiscale generale.

Lo scopo del presente disegno di legge è, insomma, quello di creare le condizioni per un'effettiva competitività nel campo sanitario tra pubblico e privato, così come all'interno del pubblico e all'interno del privato.

Ne deriverebbe una riqualificazione complessiva dell'offerta di assistenza medica. Nel settore pubblico, l'introduzione di forme di concorrenza interna comporterebbe una razionalizzazione delle strutture, una responsabilizzazione del personale, la valorizzazione della professionalità e una drastica riduzione degli sprechi. Per non perdere clienti, e

quindi incassi, le strutture sanitarie pubbliche dovrebbero entrare nello spirito della logica di mercato, diventando vere e proprie aziende erogatrici di servizi. Sarebbe loro interesse affidarsi a persone competenti e capaci, adottare una gestione più trasparente e procedure più agili, creare ambienti più gradevoli e accoglienti al posto degli «ospedali *lager*», umanizzare e personalizzare le prestazioni affidandosi, a volte, anche per abbattere i costi, all'assistenza domiciliare.

Tutti questi miglioramenti andrebbero a vantaggio dell'utente. Una volta che le assicurazioni fossero libere di scegliere e contrattare qualità e costo delle prestazioni nella gara tra pubblico e privato, questi dovrebbero entrare in competizione per venire incontro alla domanda, prevedendo una serie di servizi più ricchi, articolati, precisi ed efficienti per il paziente da loro ricoverato. Essi saprebbero che, di fronte all'insoddisfazione di quest'ultimo, l'assicurazione potrebbe annullare il contratto, per rivolgersi altrove.

Effetti collaterali potrebbero anche esserci nella rivalutazione delle terapie non convenzionali che oggi, anche quando valide, sono delegittimate ed emarginate dalla monocultura dominante nelle università e negli ambienti medici. Potrebbero infine essere stroncati quei vergognosi fenomeni di malcostume e di affarismo che si hanno nell'ambito dell'attuale mercato protetto della sanità e dell'assistenza privata, proprio a causa della mancanza di una reale concorrenza con il settore pubblico e all'interno dello stesso settore privato.

Anche la formazione universitaria e infermieristica dovrebbe diventare meno astratta e adeguarsi alle concrete necessità operative della pratica terapeutica quotidiana. Da ciò

troverebbero vantaggio proprio i più bisognosi che non possono permettersi cliniche di lusso e sono obbligatoriamente sottoposti a quello che è stato definito, più che un servizio, un «disservizio» pubblico, meritandosi l'appellativo di «malasanità».

Il SSN si giustifica con l'intento nobilissimo di garantire a tutti, e soprattutto ai meno abbienti, un'assistenza sanitaria di buon livello. Ma la pratica attuativa ha provocato nei fatti una disuguaglianza: chi può, i ricchi, coloro che possono pagare due volte (una volta con le imposte e la seconda quando esborsano le laute rette delle cliniche private) si rivolgono altrove, non vanno nell'ospedale pubblico: oltre la metà degli aventi diritto all'assistenza pubblica fa ricorso alle prestazioni dei privati. È il segno del fallimento dell'attuale servizio sanitario. Si aggiunga che al suo interno i costi previdenziali e gli oneri aggiuntivi incrementano ulteriormente il costo del lavoro e alimentano la disoccupazione.

Sicuramente, la riforma del 1978 ha fallito anche per altre ragioni: i ritardi nell'emanazione delle norme regionali di attuazione e nell'adozione degli atti di programmazione,

ritardi provocati dalle potenti *lobby* mediche e private; la lottizzazione delle aziende sanitarie locali (ASL), i cui comitati di gestione erano di nomina politica, almeno fino ad alcuni anni fa; l'esplosione incontrastata della spesa, attribuibile alla deresponsabilizzazione delle regioni e delle stesse ASL; la rigidità amministrativa e gestionale che è tipica di ogni apparato burocratico pubblico, e così via.

Il compito dello Stato dovrebbe e dovrà essere, con la riforma che si prefigge il presente disegno di legge, quello di garantire davvero a tutti la salute «come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività» (secondo quanto recita l'articolo 32 della Costituzione), operando per rimuovere le cause delle malattie, quali, ad esempio, l'inquinamento, le sofisticazioni alimentari e non alimentari, il degrado ambientale, le cattive condizioni igieniche delle città e dell'ambiente, l'emarginazione, la violenza urbana e sociale. Insomma, prevenire più che curare: perché, come è noto, un organismo sociale deteriorato alimenta le patologie individuali.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. All'articolo 63 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il secondo comma è sostituito dal seguente:

«I cittadini adempiono all'obbligo previsto nel primo comma, alternativamente:

a) mediante assicurazione presso il Servizio sanitario nazionale, con il pagamento dei contributi stabiliti ai sensi del presente articolo;

b) mediante iscrizione presso un istituto mutualistico di natura pubblica, nei casi previsti dalla legge;

c) mediante stipulazione di assicurazioni presso soggetti abilitati, con garanzia di una copertura assicurativa almeno equipollente a quella prestata dal Servizio sanitario nazionale ai sensi della lettera *a)*»;

b) al terzo comma, le parole: «i cittadini di cui al comma precedente» sono sostituite dalle seguenti: «i cittadini di cui alla lettera *a)* del secondo comma»;

c) è aggiunto, in fine, il seguente comma:

«Con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, sono emanate le disposizioni per l'accertamento dell'osservanza dell'obbligo di assicurazione previsto dal presente articolo e per l'attuazione della lettera *c)* del secondo comma».