

SENATO DELLA REPUBBLICA

V LEGISLATURA

11^a COMMISSIONE

(Lavoro, emigrazione, previdenza sociale)

62° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI GIOVEDÌ 2 DICEMBRE 1971

Presidenza del Vice Presidente **POZZAR**

INDICE

DISEGNI DI LEGGE

IN SEDE DELIBERANTE

Discussione e approvazione:

« Diritto degli assistiti dall'Ente nazionale di previdenza e assistenza per i dipendenti statali e dall'Ente nazionale di previdenza per i dipendenti da enti di diritto pubblico all'assistenza sanitaria diretta opzionale » (2006) (Approvato dalla Camera dei deputati):

PRESIDENTE	Pag. 755, 757, 759 e passim
BRAMBILLA	757, 760
COPPO, relatore alla Commissione	756, 757, 758
DE MARZI, sottosegretario di Stato per il lavoro e la previdenza sociale	758
TORELLI	757

La seduta ha inizio alle ore 10,30.

Sono presenti i senatori: *Abbiati Greco Casotti Dolores, Brambilla, Coppo, De Vito,*

Di Prisco, Fermariello, Maccarrone Pietro, Palazzeschi, Pozzar, Ricci, Robba, Torelli, Varaldo, Vignola e Vignolo.

Interviene il sottosegretario di Stato per il lavoro e la previdenza sociale De Marzi.

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

IN SEDE DELIBERANTE

Discussione e approvazione del disegno di legge:

« Diritto degli assistiti dall'Ente nazionale di previdenza e assistenza per i dipendenti statali e dall'Ente nazionale di previdenza per i dipendenti da enti di diritto pubblico all'assistenza sanitaria diretta opzionale » (2006) (Approvato dalla Camera dei deputati)

P R E S I D E N T E. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge:

« Diritto degli assistiti dall'Ente nazionale di previdenza e assistenza per i dipendenti statali e dall'Ente nazionale di previdenza per i dipendenti da enti di diritto pubblico all'assistenza sanitaria diretta opzionale », già approvato dalla Camera dei deputati.

Comunico che è pervenuto dalla Commissione bilancio e programmazione economica il seguente parere:

« La Commissione bilancio e programmazione economica comunica di non opporsi all'ulteriore corso del disegno di legge. Essa fa peraltro presente che l'utilizzazione del conto speciale per il ripiano delle gestioni mutualistiche e per l'avvio della riforma sanitaria, per la copertura di oneri non direttamente connessi con la finalità per la quale il fondo è stato istituito configura un comportamento, da parte del Governo, che non tiene conto degli impegni da esso assunti al momento della istituzione del conto sopra ricordato.

Su tale aspetto si richiama quindi l'attenzione della Commissione di merito per ogni valutazione che essa ritenga opportuno esprimere ».

Prego il senatore Coppo di riferire alla Commissione sul disegno di legge.

C O P P O, *relatore alla Commissione.* Il disegno di legge n. 2006 presentato dal Governo nel marzo del 1971 e approvato dalla Camera nella seduta del 25 novembre ultimo scorso, riguarda la possibilità per gli assistiti dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza per i dipendenti statali e dell'Ente nazionale di previdenza per i dipendenti da enti di diritto pubblico, di usufruire dell'assistenza sanitaria in forma diretta opzionale. Questa esigenza era sentita da molto tempo e ha trovato una risposta quando si è posta mano alla riforma sanitaria, di cui questo provvedimento viene a rappresentare una fase preliminare.

La prima finalità del provvedimento è di allineare i dipendenti statali e da enti di diritto pubblico agli altri lavoratori dell'industria, del commercio, dell'agricoltura, eccetera. A questa prima finalità se ne aggiunge una seconda che mi sembra ugualmente im-

portante e ugualmente inquadrabile nel disegno di riforma sanitaria: la possibilità da parte degli assicurati di questi due enti di fruire della rete ambulatoriale dell'INAM, risolvendo quella questione, che si trascinava da anni, della costituzione da parte dei singoli enti di proprie organizzazioni di carattere ambulatoriale. Si vuole ora affermare il principio base che l'ambulatorio deve essere a disposizione di tutti i cittadini, dal momento che a tutti i cittadini si rivolgerà il servizio sanitario.

Altrettanto positive sono le direttive che il provvedimento dà in ordine al sistema di convenzionamento. I due Enti stipuleranno con le organizzazioni professionali e sindacali dei medici e dei farmacisti apposite convenzioni per la diretta erogazione dell'assistenza medica generica domiciliare, specialistica e farmaceutica, ma al fine di garantire la necessaria uniformità di trattamento le convenzioni, a parità di prestazione professionale, dovranno essere conformi per gli aspetti economici e, ove possibile, per gli aspetti normativi a quelle stipulate dall'INAM. Viene eliminata in tal modo la cattiva abitudine di ricorrere ad una serie di negoziati tra le categorie dei medici e dei farmacisti e gli Enti, creando situazioni difformi.

Per quanto riguarda la parte economico-finanziaria del provvedimento, vi è da dire che il maggiore onere complessivo per l'erogazione dell'assistenza diretta opzionale è difficilmente valutabile perchè si deve tener conto della spesa del passaggio all'assistenza diretta, del numero degli assistiti e del tipo particolare di assistenza erogata dai due Enti. Mi sembra, dunque, che il sistema contributivo adottato sia nel giusto; probabilmente l'aliquota di equilibrio non è definitiva e potrà anche essere modificata, ma quello che conta è il passo avanti che si è fatto nei confronti della situazione contributiva dell'ENPAS che era arrivata a toccare punte veramente preoccupanti. Dobbiamo notare poi che in questo primo esercizio lo Stato mette a disposizione una cifra abbastanza consistente, sufficiente ad assicurare sia l'attuazione del nuovo sistema di erogazione delle prestazioni sia l'equilibrio della

gestione, tenuto conto anche degli oneri organizzativi di primo impianto.

Per concludere, è difficile poter dare un giudizio sul maggior costo del sistema anche perchè è difficile sapere quanto fosse in realtà il « pagato » dall'ente e « l'integrato » dall'assistito nella situazione precedente; infatti in un sistema a rimborso qualcuno riesce a farsi pagare il totale della spesa, qualcun altro riesce a farsi rimborsare più del totale, ma c'è anche chi non riesce a farsi rimborsare neanche una piccola parte di quello che ha speso. Evidentemente il nuovo sistema costa di più, ma consentirà a tutti di usufruire dell'intero costo del servizio; quindi questa sistemazione può essere una sistemazione abbastanza vantaggiosa, considerando anche che permette ai due enti di rimettersi in posizione di marcia per partecipare poi al disegno più generale della riforma sanitaria nazionale.

Vorrei ancora osservare che alla Camera dei deputati si è a lungo dibattuto sulla decorrenza, che era stata prevista al 1° maggio 1972, per giungere infine ad una formula di compromesso: praticamente l'assistenza diretta entrerebbe in funzione dal 1° luglio 1972, mentre il sistema contributivo dal 1° gennaio 1973. Non è il caso di riaprire questa discussione; infatti, al punto in cui siamo, se approvassimo oggi il disegno di legge i due Enti avrebbero a disposizione soltanto pochi mesi per dare luogo a tutti gli adempimenti di carattere esecutivo.

Desidero infine esprimere il mio pensiero per quanto riguarda il parere espresso dalla 5^a Commissione. Non riesco a comprendere infatti sulla base di quali argomenti si sia potuto affermare che il conto speciale per il ripiano delle gestioni mutualistiche e per l'avvio della riforma sanitaria esistente presso il Ministero del tesoro non riguarda direttamente anche la copertura degli oneri di queste due Casse. Probabilmente l'estensore del parere si riferisce al fatto che è stata data una particolare sottolineatura alla situazione degli ospedali. Al riguardo, vi è però da rilevare che, evidentemente, quando si tratta di ripianare gestioni mutualistiche vengono presi in considerazione non solo i debiti che riguardano gli ospedali, ma an-

che quelli che riguardano gli altri settori delle gestioni. Vi è quindi un collegamento diretto con le finalità per le quali il predetto fondo è stato istituito.

P R E S I D E N T E . Dichiaro aperta la discussione generale.

T O R E L L I . Vorrei fare una domanda al relatore, forse un po' ingenua perchè in questa materia non sono molto ferrato: hanno diritto di opzione anche le categorie speciali convenzionate con l'ENPDEDP o con l'ENPAS? Cioè anche queste categorie possono usufruire delle facilitazioni previste dal disegno di legge?

C O P P O , relatore alla Commissione. Si dovrà esaminare questo aspetto del problema. Non so se le categorie speciali vorranno accettare il nuovo sistema.

T O R E L L I . In caso di accettazione le singole Casse dovranno introdurre nelle rispettive convenzioni quanto qui è previsto.

C O P P O , relatore alla Commissione. Credo che le Casse particolari convenzionate con questi Enti, potranno chiedere l'assistenza diretta prevista dal presente disegno di legge qualora ne abbiano convenienza e possibilità.

B R A M B I L L A . Farò una brevissima dichiarazione a nome del Gruppo comunista. Non ci sentiamo di approvare questo disegno di legge e per questo ci asterremo dalla votazione. Il senatore Coppo si è riferito ad un momento del dibattito avvenuto alla Camera dei deputati che riguardava il problema dello slittamento dei tempi, che ha la sua importanza.

Mi sembra tuttavia che il disegno di legge richiami una evidente responsabilità da addebitarsi in primo luogo a chi si è fatto promotore di un provvedimento che allontana la soluzione del problema generale dell'assistenza in quanto il provvedimento stesso ritarda, a mio avviso, e non anticipa l'avvio della riforma sanitaria.

In sostanza noi ci troviamo ancora una volta di fronte ad un metodo poco lodevole, al quale si ricorre troppo di frequente in sede legislativa per tacitare il profondo malcontento esistente presso una vasta categoria di lavoratori, che ha espresso con lotte e manifestazioni la sua volontà di avere un sistema di assistenza diretta nel quadro di una reale riforma sanitaria, che invece non riesce ancora a realizzarsi. Il ritardo non è determinato soltanto da difficoltà di ordine economico (anche se non si può negare che queste esistono e richiedono una scelta fondamentale da parte dello Stato), ma anche da ragioni di altro genere, da incrostazioni, direi quasi, di interessi, di privilegi che sono una caratteristica ormai acquisita dall'attuale sistema mutualistico, che deve essere quindi decisamente superato.

Provvedimenti di questo genere, dunque, non risolvono la questione, ma ne ritardano — ripeto — la soluzione creando una situazione ancora più complessa e difficile. La opzionalità dell'assistenza diretta, che comporta ovviamente il permanere dell'assistenza indiretta, non costituisce altro che una complicazione ulteriore per la gestione amministrativa degli enti con l'appesantimento delle gestioni sotto il profilo economico e tecnico.

Per questi motivi noi riteniamo di non poter dare la nostra approvazione al disegno di legge in esame e preannunciamo pertanto, fin da adesso, che ci asterremo dalla votazione. E questa nostra astensione deve essere considerata non solo elemento di stimolo nei confronti del Governo, ma anche elemento di critica severa per i ritardi eccessivi che vengono frapposti all'elaborazione di un sistema di sicurezza sociale nel campo dell'assistenza malattia e sanitaria in generale.

C O P P O , *relatore alla Commissione.* Desidero dire qualcosa al riguardo delle osservazioni fatte dal senatore Brambilla. Evidentemente, ognuno è libero di assumere la posizione che ritiene opportuna e l'astensione che l'onorevole collega ha preannunciato, anche a nome del Gruppo al quale appartiene, con le precisazioni che l'hanno accompagnata, ha indubbiamente un suo significa-

to; vorrei peraltro osservare che la reale situazione nella quale ci troviamo è che il Governo, malgrado le innumerevoli riunioni (non si tratta infatti di consultazioni episodiche), non è stato ancora in grado di definire un testo di riforma generale che preveda l'istituzione del servizio sanitario nazionale. Dirò di più: le sollecitazioni che nel contempo mi sono pervenute da parte dei sindacati (ed intendo con questo non i sindacati di categoria, ma le confederazioni) sono tutte nel senso di pervenire al più presto all'approvazione del provvedimento in discussione. Questo vuol dire che gli stessi sindacati, patrocinatori del servizio sanitario nazionale, si rendono conto che il presente disegno di legge non è con quello contrastante, ma anzi sostanzialmente utile alla sua realizzazione in quanto evita il crearsi di una situazione ancora più difficile agli effetti del traguardo che nel prossimo anno si dovrà comunque raggiungere.

Per questi motivi io ritengo che il disegno di legge in esame debba essere senz'altro approvato. Invito quindi gli onorevoli colleghi a voler dare ad esso la loro adesione, rinnovando nel contempo al Governo il mio auspicio — già più volte peraltro avanzato — di vedere al più presto realizzata una completa ed organica riforma sanitaria.

D E M A R Z I , *sottosegretario di Stato per il lavoro e la previdenza sociale.* Desidero innanzitutto rivolgere un particolare ringraziamento alla Commissione per la sensibilità che ha dimostrato nel mettere tempestivamente all'ordine del giorno il disegno di legge in esame rendendosi conto del carattere di particolare urgenza che esso rivestiva e per la collaborazione offerta, che ci ha consentito di pervenire sollecitamente alla sua definizione prima della prossima interruzione dei lavori parlamentari.

Per quanto riguarda in particolare l'articolo 3 del disegno di legge, dirò che anche io sono del parere del relatore che il conto speciale per il ripiano delle gestioni mutualistiche e per l'avvio della riforma sanitaria, sulla cui utilizzazione si sono appuntate le critiche della 5^a Commissione, sia col-

11^a COMMISSIONE

62° RESOCONTO STEN. (2 dicembre 1971)

legato, nella sua generale destinazione, ai fini particolari del presente disegno di legge.

P R E S I D E N T E . Poichè nessun altro chiede di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

Passiamo ora all'esame e alla votazione degli articoli di cui do lettura:

Art. 1.

A decorrere dalla data del 1° luglio 1972 i soggetti ammessi a fruire dell'assistenza sanitaria gestita dall'ENPAS e dall'ENPDEDP hanno diritto di optare per l'erogazione, da parte dell'ente stesso, delle seguenti prestazioni in forma diretta:

- a) assistenza sanitaria generica ambulatoriale e domiciliare;
- b) assistenza sanitaria specialistica ambulatoriale e domiciliare;
- c) assistenza farmaceutica;
- d) assistenza ostetrica.

Per le altre prestazioni sanitarie, nonchè per coloro che non intenderanno avvalersi del diritto di opzione, l'assistenza sanitaria continuerà ad essere erogata secondo il sistema e nelle forme previste dall'ENPAS e dall'ENPDEDP all'entrata in vigore della presente legge, migliorando adeguatamente i rimborsi per prestazioni mediche.

L'opzione, da esercitarsi dall'assicurato per sè e per il nucleo familiare assistibile, ha validità per tutto l'anno solare e si intenderà automaticamente rinnovata ove non venga revocata entro il 30 novembre di ciascun anno.

Per l'esecuzione di quanto previsto dal primo comma del presente articolo, l'ENPAS e l'ENPDEDP sono autorizzati a stipulare apposite convenzioni con le organizzazioni professionali e sindacali delle categorie sanitarie interessate. Dette convenzioni, a parità di prestazioni professionali, dovranno essere conformi, per gli aspetti economici e, ove possibile, per quelli normativi, alle analoghe convenzioni stipulate dall'INAM.

(*E approvato*).

Art. 2.

Per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali, l'ENPAS, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvederà a stipulare con l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie convenzioni per l'utilizzazione in comune dei rispettivi ambulatori, nonchè del personale addetto.

Analoghe convenzioni potrà stipulare l'ENPDEDP, entro lo stesso termine e con lo stesso Istituto, per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali.

(*E approvato*).

Art. 3.

Per l'anno 1972, ai fini della copertura degli oneri conseguenti all'attuazione delle norme di cui all'articolo 1 e del conseguente equilibrio della gestione sanitaria per l'anno medesimo, è autorizzato l'apporto globale a carico dello Stato, a favore dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza per i dipendenti statali (ENPAS) di lire 115 miliardi.

All'onere di cui al precedente comma, si provvede con l'entrata derivante dal prelievo di corrispondente importo dal conto corrente infruttifero di tesoreria intestato « Ministero del tesoro - Conto speciale per il ripiano delle gestioni mutualistiche e per l'avvio della riforma sanitaria ».

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

(*E approvato*).

Art. 4.

A decorrere dal 1° gennaio 1973, l'aliquota del contributo dovuto per l'assistenza sanitaria all'Ente nazionale di previdenza e assistenza per i dipendenti statali è elevata, per il personale in servizio, dal 5,60 per cento al 6,60 per cento, di cui il 5,60 per cento a carico dell'Amministrazione e l'1 per cento a carico del dipendente.

