

N. 1252-971-1105-1145-1271-A-bis

CAMERA DEI DEPUTATI

RELAZIONE DELLA XIV COMMISSIONE PERMANENTE (IGIENE E SANITÀ PUBBLICA)

(RELATORE: RAUTI, *di minoranza*)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SANITÀ
(DAL FALCO)

DI CONCERTO COL MINISTRO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE
(ANSELMI TINA)

COL MINISTRO DELL'INTERNO
(COSSIGA)

COL MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA
(BONIFACIO)

COL MINISTRO DEL TESORO
(STAMMATI)

COL MINISTRO DEL BILANCIO
E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA
(MORLINO)

COL MINISTRO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE
(MALFATTI)

E COL MINISTRO DELL'INDUSTRIA, DEL COMMERCIO E DELL'ARTIGIANATO
(DONAT-CATTIN)

Istituzione del Servizio sanitario nazionale

Seduta del 16 marzo 1977

E SULLE

PROPOSTE DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

TRIVA, ABBIATI DOLORES, ARNONE, BERLINGUER GIOVANNI, BISIGNANI, BRUSCA, CARLONI ANDREUCCI MARIA TERESA, CASAPIERI QUAGLIOTTI CARMEN, CHIOVINI CECILIA, GIOVAGNOLI ANGELA, MARRAFFINI, MILANI ARMELINO, MILANO DE PAOLI VANDA, PALOPOLI, SANDOMENICO, TESSARI GIANGIACOMO

Presentata il 22 dicembre 1976

Istituzione del servizio sanitario nazionale

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

GORLA, CASTELLINA LUCIANA, CORVISIERI, MAGRI, MILANI ELISEO, PINTO

Presentata il 3 febbraio 1977

Istituzione del Servizio nazionale sanitario e sociale

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

TIRABOSCHI, BALZAMO, ACHILLI, DI VAGNO, COLUCCI, FELISETTI, FERRI, GIOVANARDI, MAGNANI NOYA MARIA, NOVELLINI, SALADINO, SALVATORE, FERRARI MARTE, CRESCO, FRASCA

Presentata l'11 febbraio 1977

Istituzione del servizio sanitario nazionale

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

ZANONE, BOZZI, COSTA, MALAGODI, MAZZARINO

Presentata il 18 marzo 1977

Istituzione del servizio sanitario pubblico

Presentata alla Presidenza il 9 dicembre 1977

RELAZIONE DI MINORANZA

ONOREVOLI COLLEGHI! — La complessità dei problemi e la vastissima serie di « interrelazioni » che sono insite nel testo che viene al nostro esame, ci autorizzano a qualche considerazione introduttiva che può valere — almeno, questo, è nelle nostre intenzioni — a far svolgere il necessariamente meditato e approfondito dibattito sulla « Istituzione del servizio sanitario nazionale », più comunemente nota, a livello di pubblica opinione, come « riforma sanitaria » non nella campana di vetro — isolata ed isolante — delle facili affermazioni di principio, o peggio ancora degli *slogan* più o meno demagogici, ma nel contesto (non evitabile, in concreto, quando dalla teoria si voglia passare ai fatti) della situazione generale del Paese. Che il nostro abbia bisogno di riforme, e le più incisive possibili, non è certo la nostra parte politica a negarlo; c'è anzi ed addirittura, a nostro avviso, la più vasta necessità di rinnovare strutture, metodi di gestione della cosa pubblica e le tante altre cose ancora che più non funzionano o funzionano sempre meno. Ma quando di « riforma » si parla nel senso di continuare ad andare lungo la strada che proprio le strutture non funzionanti stanno lì ad indicare o comunque a condizionare, allora il discorso è diverso; e anche chi, come noi, è portatore di for-

mule, al limite strategico, alternative di rinnovamento dello Stato, non può non sentire — e far sentire — la necessità di un momento documentato di riflessione su quanto, spacciandosi per nuovo e tale presentandosi nella sua etichettatura, in effetti e in realtà altra conseguenza non lascia intravedere che una prosecuzione lungo « linee » già ampiamente dimostrate logore nell'esperienza concreta e che da tali difetti non si emendano proiettandosi in una sorta di fuga in avanti che, per di più, prescinde dalla valutazione realistica della situazione, generale appunto, del nostro Paese.

La cosiddetta « riforma sanitaria » non viene ad essere inserita, infatti, in una collettività sociale dalla florida, o anche dalla normale, vita economica; né facendo riferimento a « strutture », ancoranti dal punto di vista decisionale (regioni ed enti locali in genere, per limitarsi a due riferimenti soli, fra i tanti che potremmo fare), che godano, per restare in argomento, di buona, e neanche mediocre, salute; né, ancora, ha dalla sua — come retroterra che non può non essere definito indispensabile, al di là di ogni calcolo preventivo che, come tutti i calcoli preventivi di questo periodo « febbrile » della nostra esistenza nazionale, è destinato fatalmente ad essere

scavalcato rapidamente nella prassi — né ha dalla sua, si diceva, un solido retroterra di disponibilità finanziarie.

Ci sia consentito qui di richiamare — come introduzione inevitabile nei termini in cui fa riferimento a concreti dati di fatto — che proprio nei giorni scorsi l'annuale « Rapporto sulla situazione sociale del paese », reso noto a cura del CENSIS, ha riassunto l'Italia come un Paese che « galleggia sulla crisi »; e su una brutta, profonda, gravissima crisi. Con la considerazione, che anch'essa ci pare doverosa, che se zattera siamo, se siamo tutti su una sorta di zattera, massima deve essere la cura del legislatore nell'introdurre elementi di non meditata « turbativa », che nel successivo giuoco delle interrelazioni sociali, professionali, di categoria e finanziari, potrebbero diventare traumatici, laceranti o addirittura dirompenti.

Drammatizziamo? Enfatizziamo? Non crediamo. È proprio in quel recentissimo « Rapporto » — preceduto da altri analoghi, negli anni scorsi — che si deve cogliere il senso del momento, della fase, diremmo del « ciclo » che sta vivendo e attraversando l'Italia, giunta al termine di un periodo di sviluppo e di crescita che adesso è sin troppo facile definire — come per primi facemmo — squilibrato, erroneo nelle impostazioni di fondo e motivazioni di base, addirittura « selvaggio » in certe sue articolazioni (si pensi, e anche qui l'indicazione è ampiamente riduttiva, ai fenomeni del congestionamento industriale al Nord, allo spopolamento — non solo numerico e quantitativo, ma qualitativo — delle campagne, al conseguente agonizzare dell'agricoltura e, più vastamente, del « mondo » rurale, alla vera e propria patologia dell'urbanizzazione, che venne addirittura resa « mitica », a suo tempo, ai tempi del cosiddetto « miracolo economico », all'insegna dell'edonismo e del consumismo più superficiali).

Questa « sensazione di tempi penultimi » questa sensazione di « istituzioni che stanno sprofondando », questa sempre più diffusa abitudine a vivere, da parte della maggioranza degli italiani, « in una sorta di ripiegamento quotidiano » che caratterizza tutta la società italiana dei nostri giorni — sono, ancora, concetti, tesi del « Rapporto » o che il contenuto del « Rapporto » autorizza — fanno da quadro certo non incoraggiante a chi deve porre mano alla revisione, tra le tante che pur ne avreb-

bero egualmente bisogno, delle strutture sanitarie.

Perché tale revisione avviene — e non può non avvenire secondo la « logica del sistema » — facendo riferimento ad altre strutture (da quelle ospedaliere a quelle mutualistiche, da quelle tecnico-scientifiche a quelle degli enti locali) che sono ampiamente in crisi; ciascuna per conto suo, si badi bene. Non è — intendiamo dire — mettendo tutti insieme, nello stesso carrozzone, tutti i « malati », che si facilita la loro guarigione; al massimo, gli interessati si rivolteranno nello stesso letto; e questo tipo di « assiemaggi », tanto facili quanto diletteschi, per far riferimento ad altri settori della vita nazionale, creano poi, come l'esperienza dovrebbe pur insegnar, situazioni tipo EGAM, autentici pozzi senza fondo di sperpero pubblico.

Né vale, a nostro avviso, il fervido, insistente richiamo a una specie di « dovere costituzionale » di provvedere a una « riforma » siffatta, come sostiene la maggioranza; e ciò per una duplice osservazione; anzitutto, che essendosi ormai aspettato trent'anni a « realizzare » certe indicazioni della Carta costituzionale e, in specie, il « preciso dettato sancito dall'articolo 32 della Costituzione », si poteva senza alcun delitto di lesa Costituzione attendere ancora — facendo « altro » che questa riforma, aggiungiamo subito —; e poi perché gli italiani non « garantiti » sanitariamente dalle attuali strutture erano, sono, una minoranza (e temiamo molto che una qualche minoranza resti, in ogni caso, esclusa anche dopo la riforma che ci si propone, per effetto dei suoi difetti, sui quali più avanti avremo modo di entrare in dettaglio).

La crisi in Inghilterra.

E neanche ci pare che si sia tenuto conto — al di là dei generici e quasi ritualistici riferimenti di comodo — a quelle che sono state, e sono, le esperienze straniere.

Di solito, quando si parla di servizi sanitari nazionali, il pensiero corre al *National Health Service*, che è stato, e rimane tuttora, l'esempio più coerente ed organico nel settore. Ebbene, è proprio dall'Inghilterra che giungono notizie documentate su un grave stato di crisi di questo tipo di strutture che quando vennero create, e cioè nel 1948, vennero definite dal ministro del-

la sanità Bevan la realizzazione più clamorosa dello « Stato provvidenza », allo scopo di « trattare egualmente ricchi e poveri ».

Anche in Inghilterra, come si ricorderà, i medici furono inizialmente contrari - e vennero, ovviamente, accusati di difendere solo « egoismi settoriali » - e finirono con l'accettarle solo dopo vari *referendum* promossi dalla « British Medical Association » (BMA). E corsero poi le prime cifre: nell'anno di inizio del NHS, il bilancio era di 400 milioni di sterline (3,5 per cento del reddito nazionale); le ricette mediche, in dodici mesi, 187 milioni, le paia di occhiali concessi, 5 milioni, e le cure dentarie avevano avuto otto milioni e mezzo di clienti; il tutto, gratuitamente.

Adesso, abbiamo avuto modo di leggere che dopo 28 anni, il « National Health Service » è diventato « una gigantesca amministrazione che occupa 850.000 persone, con un bilancio annuo di quattro miliardi e mezzo di sterline, al quale ogni salariato contribuisce con la ritenuta del 5,5 per cento sullo stipendio o salario lordo » ma che le ruote di questo colossale ingranaggio « cominciano da qualche anno a scricchiolare » e sono stati ancora una volta i medici a gettare il grido d'allarme denunciando « che essi non contano nulla » e che l'ultima « riforma » introdotta nel NHS ha peggiorato la situazione, perché il servizio sanitario « ha un tal numero di burocrati da pagare ogni mese, che consacra sempre meno denaro, alla ricerca medica e alle strutture ospedaliere ».

La « massificazione » delle strutture ha provocato, tra l'altro, una serie di fenomeni indotti che oggi vedono tutti scontenti nel NHS: medici, ammalati, dipendenti del servizio; sicché è diventato di dominio pubblico il fatto che molti medici inglesi emigrano alla prima occasione favorevole - specie verso gli USA, l'Australia e il Canada - mentre i « pazienti » sono costretti a diventare sempre più tali in interminabili « liste d'attesa », mentre alla dequalificazione delle prestazioni fa riscontro l'afflusso crescente di medici stranieri, molti dei quali provengono dalle ex-colonie britanniche. Nel 1975, fece scalpore una « situazione », che però non era la sola, anche se venne rappresentata come un caso-limite: sui 19 candidati ad un posto di chirurgo in un ospedale di Bristol, non si presentò, come candidato, neanche un medico inglese; ve ne furono, 8 indiani, 4 egiziani, 3 iracheni, 2 siriani, un pachistano ed un

nigeriano; e attualmente, il 40 per cento dei « juniors doctors » ospedalieri d'Inghilterra, sono stranieri.

Cosa c'è di male? ci si potrebbe obiettare. Purché si tratti di bravi medici. Non si trattava di bravi medici: quando, nel giugno del 1975, le autorità sanitarie - sommerse da proteste e denunce - si decisero finalmente ad effettuare un esame di idoneità per i tanti medici stranieri, il 64 per cento dei candidati venne respinto « la maggior parte, è vero, per insufficienza nella lingua », ma con una preoccupante percentuale di scarsissima preparazione.

Una riforma della gestione?

In effetti - e sempre procedendo per rapidi « appunti », come ci costringe anche la inconsueta rapidità con la quale si è giunti, pur in presenza di un testo ponderoso da unitariamente riguardarsi dal momento in cui la nostra Commissione ne ha terminato la stesura, alla discussione in Aula - c'è da chiedersi se si tratta di riforma « della » sanità o non piuttosto di una riforma della gestione amministrativa della sanità. Perché, nel primo caso, avrebbe dovuto essere privilegiato l'orientamento volto a creare strutture più moderne e funzionali in relazione alle possibilità di assistenza che i progressi della medicina rendono fattibili, di contro alla tendenza ad « accorpate » l'esistente, scaricando sulle regioni e sulle unità sanitarie locali deficienze pregresse alle quali difficilmente porrà rimedio un avvenire ancora dai contorni vaghi, incerti.

Così a nostro avviso non è certo casuale la composizione prescelta per il Consiglio sanitario nazionale che (articolo 8) ha funzioni di consulenza e di proposta nei confronti del Governo « per la determinazione delle linee generali della politica sanitaria nazionale e per l'attuazione dei compiti del servizio sanitario nazionale ». In un organismo di tanto rilievo, nulla è la presenza di medici « in quanto tali », di contro a quella delle regioni, dai « rappresentanti » dei ministeri e di altri « tecnici », del settore, ovviamente, ma in quanto ricoprenti cariche ed esercenti funzioni che ne fanno « proiezioni » delle rispettive, anche se qualificate, strutture burocratiche. C'è solo un accenno alla « possibilità » che il Consiglio sanitario nazionale si avvalga « per la trattazione di problemi particolari, di esperti esterni »; e

c'è allora da sperare che qualche medico sia utilizzato almeno a questo livello; mentre, *boutades* a parte, sarebbe stato preferibile stabilire che i rappresentanti delle regioni e quelli ministeriali fossero almeno scelti tra gli esercenti di una professione sanitaria, avendosi cura e riguardo a che, sempre nel Consiglio sanitario nazionale, fossero altresì comunque rappresentate le varie « componenti » della sanità nazionale, globalmente e correttamente intesa, sia riguardo alle branche di specialità sia alle varie categorie professionali; ciò per le diverse « esperienze » che ognuno di essi avrebbe potuto apportare dagli specifici campi di attività: universitari, ospedalieri, medici condotti, FNOM, medici legali e della sanità militare, specialisti in malattie infettive, tossicologia, neuropsichiatria, pediatria, ematologia; oltre, beninteso, ai rappresentanti delle categorie paramediche, che tanta importanza hanno in una davvero moderna e funzionale, e cioè « organica », struttura sanitaria.

E a questo punto non si può non ricordare un « precedente », che corre irresistibilmente alla memoria, nel leggere e nell'ascoltare accenni di carattere quasi trionfalistico sulla progettata riforma al nostro esame; il precedente, rappresentato dal coro enfaticamente che accompagnò, nel 1974, il trasferimento alle regioni dell'assistenza ospedaliera, quando si fece credere a molti, a moltissimi, che sarebbe stata risanata la già allora grave crisi nel settore. Ma il settore era in crisi e in crisi è rimasto; anzi, è andato sempre peggio. Di ospedali nuovi se ne sono visti pochi, di contro a carenze generali — e specifiche — che si sono andate aggravando; di contro alle spese, che sono nel frattempo cresciute a dismisura, fino a giungere a situazioni che non è esagerato definire drammatiche: indebitamento alle stelle, prestazioni sempre meno qualificate, lungodegenze diventate un fatto cronico, « congestionamenti » di malati in alcune strutture, specie nei centri maggiori, e scarsa utilizzazione di potenzialità esistenti altrove, per non parlare del malinconico, tristissimo capitolo della mancata utilizzazione delle più moderne attrezzature scientifico-tecnologiche, che sono state spesso acquistate ma quasi altrettanto spesso sono rimaste « imballate » a deteriorarsi. Senza contare che gli ospedali (ma noi lo mettiamo sul « conto », perché sta sul conto di tanti cittadini italiani che ne hanno vissuto e ne vivono le gravi conseguenze) che per-

fino gli ospedali sono diventati centri permanenti o addirittura « promozionali » di disordine politico cronico e di accesa conflittualità permanente; luoghi, « strutture », appunto, dove tutti si occupano di tante cose ma il malato è il più dimenticato, è diventato qualcosa di quasi secondario e pleonastico, con la scena tutta occupata dalle dimostrazioni e dalle « assemblee », dai cortei più o meno « selvaggi » dei dipendenti, dalle ricorrenti, angosciose crisi per il pagamento degli stipendi e delle forniture, sempre sull'orlo della paralisi, del collasso, del blocco totale.

Fu quella, per noi una grossa « operazione » deviante e mistificatoria; e non vorremmo che adesso lo stesso accadesse in un quadro di riferimento indubbiamente più ampio qual è questo della riforma sanitaria in genere.

Ma su questo, anche su questo, ci sarà certo modo e occasione di tornare ampiamente in sede di dibattito.

Qui, interessano piuttosto, ed ovviamente, le linee di fondo o, se si preferisce, i problemi di principio: che, per noi, ancora una volta vedono lo Stato, o se si preferisce le strutture centrali, al centro di una crisi grave — anche perché viene da lontano, da tanti fattori e al tempo stesso da tante omissioni di questo trentennio post-bellico — che non interviene per risanare e far tornare a funzionare tutto quello che « non va » ma, non sapendo più cosa esattamente fare e negli ospedali e nelle mutue, pone mano all'improvvisamente ricordato impegno costituzionale e getta tutto sulle spalle — ma quanto non sono fragili! quanto non già oberate di compiti, e quanto prive di competenza! — delle regioni; e cede ancora di più a quella che non possiamo non definire la « moda dei nostri giorni », facendo delle unità sanitarie locali non dei momenti o delle strutture di organica, qualificata « partecipazione », ma dei luoghi destinati inevitabilmente a diventare altri focolai di politicizzazione, di partitizzazione, di lottizzazione di poteri, di generico e quindi demagogico assemblearismo.

Abbiamo già avuto modo di riferire l'amara considerazione che intorno a questo « spirito prevalente » della cosiddetta riforma, ebbero ad avanzare qualificati esponenti del mondo medico, e non in nome e per conto della loro « categoria » — che, pure, noi intendiamo difendere, al di là delle facili e farsesche denigrazioni oggi correnti — ma in rappresentanza dell'inte-

resse di tutti; quando, dunque, dissero che il frutto più evidente della riforma, che non può non risentire del clima da « compromesso storico » in cui viene fuori, sarebbe stato la nascita del « medico impiegato », destinato a sostituire il « medico a convenzione »; e questo, almeno, per la maggioranza degli utenti del servizio sanitario nazionale e proprio di coloro che hanno più urgenza o più bisogno di cura.

Le nostre linee direttrici, abbiamo già avuto modo di enunciarle nel dibattito del luglio scorso; e ad esse ci rifacciamo, pur prendendo atto della risposta che ebbe a darci al riguardo, concludendo il dibattito il Presidente del Consiglio, che abbondò, invece, in speranze e fece mostra, come sempre, di ottimismo:

1) evitare ad ogni costo la politicizzazione delle strutture sanitarie; il fenomeno è già in atto, ad ogni livello, nelle strutture attuali ed andrebbe bloccato, non facilitato, indotto, quasi « istituzionalizzato », come invece ci sembra si corra il rischio di fare;

2) recuperare la funzionalità delle strutture sanitarie, dal livello decisionale del Consiglio sanitario nazionale a quello delle unità locali, attraverso la utilizzazione delle competenze e delle specializzazioni, a cominciare dai medici e dal personale paramedico. Ogni altra « componente » è sì utile, ma indispensabile ci pare la presenza — con relativo « spazio operativo » e decisionale — di chi più di altri (e certo più delle « provenienze » politiche, partitiche o meramente e genericamente sindacali) all'andamento concreto del settore può portare un non sostituibile contributo di preparazione e anche, se ci si consente, un « attaccamento », in termini di « valori », come prestazioni che non siano soltanto tecniche ma discendendo da una libera scelta devono pur conservare qualcosa di quel che un tempo non esitava a definirsi, e a qualificarsi, come « missione » verso il proprio simile, infermo e bisognoso di cure;

3) razionalizzare l'impegno finanziario nel settore. Occorrerà discutere molto di cifre, nel dibattito che si apre, a cominciare dalle cifre relative agli ospedali e alla gestione mutualistica; occorrerà porre molta attenzione al fenomeno in atto, e che sembra inarrestabile, della crescita di tale impegno: diventata di tale « andatura » da vanificare in partenza, da rendere davvero

utopistici, per non dire di più e di peggio, tutti i discorsi che si vanno facendo sulla sanità in genere; perché non è che si corra il rischio, è che si va incontro alla più assoluta mancanza di disponibilità non solo per costruire nuovi ospedali, nuove strutture sanitarie in genere, ma perfino di gestire correttamente, decentemente, l'esistente;

4) impegno, da considerarsi ormai prioritario a causa dei gravi ritardi accumulati, nel settore della preparazione e qualificazione professionale del personale paramedico, nel quale — e in questa sede basti appena l'accenno — l'Italia ha solo « primati negativi », che fanno di sottosviluppo; e anche qui, ci si consenta l'osservazione, continuando a correre demagogicamente in avanti, nel presunto « avanti », all'insegna dell'impoverimento delle carriere, delle retribuzioni e delle funzioni; nella « guerra al merito » e alle capacità; nella corsa all'appiattimento indiscriminato che poi premia, e finisce con il privilegiare, solo i più carrieristi, i meno dotati, i meno capaci;

5) sforzo deciso per un adeguamento delle strutture sanitarie italiane sotto lo aspetto della prevenzione e della profilassi sociale. Tema affrontato, sì, nell'articolato ma in modo del tutto inadeguato alla gravità della situazione; una situazione che vede l'Italia avere uno « schermo » sempre più fragile di fronte a tanti rischi gravi di carattere igienico, come tante cifre drammatiche, tante statistiche preoccupanti non si stancano di ripeterci.

Molti sono, dunque i « nodi » ancora da sciogliere; molti i problemi da chiarire, in questo che è senz'altro uno dei più impegnativi, ed anche appassionanti, dibattiti che la Camera sta per affrontare. È nel nome non solo delle categorie qualificate, professionali, dei loro diritti-doveri che il MSI-DN lo imposta e lo affronta, ma anche e soprattutto tenendo conto di quel bene primario per tutti che è la salute; un bene che non certamente noi abbiamo trascurato, emarginato o addirittura dimenticato in questi trent'anni ma sibbene le forze che da tanto tempo gestiscono il potere e sul potere, sulle sue articolazioni concrete, hanno avuto sempre il modo di ampiamente incidere.

RAUTI, *Relatore di minoranza.*