

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XI LEGISLATURA —

N. 462

DISEGNO DI LEGGE

**d'iniziativa dei senatori DIONISI, GRASSANI, LIBERTINI,
COSSUTTA, LOPEZ, SALVATO, MERIGGI, CROCETTA, VINCI
e FAGNI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 14 LUGLIO 1992

Modifiche alle norme in materia di assistenza sanitaria
recate dall'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412

ONOREVOLI SENATORI. — Se la struttura istituzionale delle unità sanitarie locali ha mostrato tutta la sua incapacità di abbattere e riorganizzare poteri, di modificare funzioni, comportamenti, criteri di gestione e di spesa, le scelte politiche dei Governi che si sono succeduti dal 1978 ad oggi, il rifiuto della programmazione, la sottostima della spesa sanitaria ed il ripiano del *deficit* a consuntivo di ogni gestione hanno ridotto il tema della assistenza sanitaria ad una questione soltanto finanziaria e di bilancio ed hanno rappresentato il vero impedimento a che il Servizio sanitario nazionale potesse soddisfare i bisogni di salute nuovi e crescenti dei cittadini.

In questi ultimi anni la complessa questione del debito pubblico e la necessità del controllo della spesa è stato un monotono pretesto per la compressione del servizio sanitario e del diritto alla salute più che della spesa sanitaria. L'introduzione ed il successivo inasprimento dei *tickets*, si è peraltro dimostrato strumento inadeguato al contenimento della domanda di prestazioni sanitarie, in assenza di un rigoroso e doveroso intervento sulle cause strutturali della spesa e sui meccanismi di distorsione del mercato che sono anche fonte di corruzione per quanto attiene ad esempio alla funzione di medico, che agisce sia sul versante della domanda che su quello

dell'offerta sanitaria ed è oggettivamente cointeressato alla crescita dei consumi di merci (farmaci, presidi terapeutici diversi, tecnologie, eccetera) e servizi.

È vero che il Servizio sanitario nazionale disegnato con la legge n. 833 del 1978 ha sostanzialmente disatteso le aspirazioni di salute dei cittadini ed ha sviluppato una diffusa insoddisfazione negli utenti e negli operatori. Le barriere burocratiche hanno reso difficile l'accesso al servizio. Insopportabile è ancora la contraddizione tra il costo del servizio e la partecipazione alla spesa da parte degli utenti ed i tempi di attesa e la qualità delle prestazioni ricevute. L'impetuoso sviluppo tecnologico con il suo potenziale di modernizzazione dell'intero sistema, di qualificazione delle prestazioni, di democratizzazione del rapporto tra operatori ed utenti stride con il basso livello delle prestazioni a volte ricevute ed il permanere dei vecchi poteri e della subalternità degli utenti agli operatori ed alle strutture. Il clientelismo che ha caratterizzato le gestioni delle unità sanitarie locali, lo statalismo e l'illusione di poter controllare ogni momento del rapporto tra gli utenti, gli operatori e le varie strutture del Servizio sanitario nazionale hanno creato discriminazioni ed insopportabili rigidità e gabbie burocratiche, hanno mortificato le aspirazioni all'autonomia funzionale, alla progressione economica ed al riconoscimento della maggiore professionalità e dei titoli acquisiti, in un momento di grande dinamismo del corpo sociale e di crescita dei movimenti del volontariato tesi alla rappresentanza diretta dei diritti dei cittadini.

Partire da questa critica vuol dire porre le basi di un superamento dello statalismo che ha caratterizzato la gestione della sanità come quella di altri servizi sociali e ripensare un nuovo assetto istituzionale della unità sanitaria locale, e nuove forme di gestione e di controllo. Ma al fine di razionalizzare l'uso delle risorse e delle strutture sanitarie, moralizzare i comportamenti degli utenti e degli operatori, superare il consumismo, contenere la spesa sanitaria per giungere finalmente ad un rapporto accettabile tra i costi ed i benefici del Servizio sanitario nazionale, è necessario affrontare definitivamente i nodi strutturali della spesa ed al contempo restituire ai cittadini la completa garanzia del diritto alla salute.

Per questo, con il disegno di legge che vi presentiamo, vogliamo abolire ogni forma di partecipazione diretta dei cittadini alla spesa per le prestazioni sanitarie ricevute per ripristinare l'eguaglianza di tutti rispetto alla salute recuperando così un principio fondamentale dello Stato sociale moderno, e pervenire al recupero delle mancate entrate, al contenimento della spesa ed alla moralizzazione del Servizio sanitario attraverso la revisione del Prontuario farmaceutico, che elimini dalla gratuità i farmaci superflui e la responsabilizzazione degli operatori sanitari, con l'introduzione della gestione per *budget* e di una pratica sanitaria per protocolli diagnostici e terapeutici, ripristinando, infine, la centralità del medico di famiglia permettendo a questi anche la gestione nei propri ambulatori della medicina specialistica convenzionata.

DISEGNO DI LEGGE**Art. 1.**

1. È abolita qualsiasi partecipazione a carico dei cittadini per tutte le prestazioni sanitarie erogate da Servizio sanitario nazionale e/o dalle strutture sanitarie private con esso convenzionate. Entro il 30 dicembre 1992 il Ministro della sanità, avvalendosi della Commissione consultiva del farmaco e sulla base delle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, provvede alla revisione del Prontuario farmaceutico riclassificando i farmaci nelle seguenti tre fasce:

a) farmaci necessari la cui efficacia sia rigorosamente scientificamente documentata;

b) farmaci la cui efficacia sia rigorosamente scientificamente documentata, ma superflui o di conforto;

c) farmaci la cui efficacia non è stata rigorosamente scientificamente documentata, ma inutili o potenzialmente dannosi.

2. Per i farmaci delle fasce b) e c) di cui al precedente comma 1 per il primo anno la partecipazione dei consumatori è del 50 per cento, per il secondo anno è del 75 per cento, oltre il terzo anno il costo è a totale carico dell'assistito.

3. I medici di famiglia gestiscono le attività sanitarie a favore dei propri assistiti sulla base di un *budget* assegnato a ciascun medico calcolato sulla spesa media di un cittadino per la medicina di base nell'anno precedente, aumentata del tasso d'inflazione reale moltiplicato il numero degli assistiti a carico, e corretto dalla incidenza della popolazione ultrasessantacinquenne.

4. I medici di famiglia che per due gestioni consecutive e superano il *budget* prefissato di oltre 3 per cento sono esclusi automaticamente dal rapporto di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

5. I medici di famiglia operano sulla base di protocolli di diagnosi e di cura elaborati da una Commissione nazionale operante presso il Ministro della sanità di cui fanno parte un farmacologo, due rappresentanti dei medici di famiglia, due primari ospedalieri e due titolari di cattedra universitaria di clinica medica.

6. I componenti della Commissione sono estratti a sorte dai rispettivi ruoli ed elenchi professionali.

7. I medici di famiglia possono gestire nel loro ambulatorio le diverse fasi della prenotazione e della erogazione delle prestazioni di medicina specialistica avvalendosi di specialisti convenzionati con il Servizio sanitario nazionale.