

CONSIGLIO REGIONALE DEL TRENINO - ALTO ADIGE
REGIONALRAT TRENINO - TIROLER ETSCHLAND

UFFICIO RESOCONTI CONSILIARI
AMT FÜR SITZUNGSBERICHTE

SEDUTA
113.
SITZUNG
17-5-1967

Presidente: PUPP

Vicepresidente BERTORELLE

INDICE

a) **Disegno di legge n. 62:**
Norme interpretative delle leggi regionali 23 gennaio 1964, n. 2 e n. 3, contenenti norme sull'ordinamento degli uffici centrali e sullo stato giuridico e trattamento economico del personale della Regione;

b) **Disegno di legge n. 74:**
Norme integrative per il personale regionale

pag. 3

Proroga dei termini stabiliti dal Regolamento interno per l'esame dei disegni di legge da parte delle Commissioni legislative

pag. 3

a) **Mozione n. 14 dei cons. reg. Benedikter, Volgger, Kapfinger ed altri sulla situazione finanziaria delle Casse mutue provinciali di malattia;**

b) **Mozione n. 15 dei cons. reg. Bertorelle, Vinante, Bolognani ed altri sulla situazione finanziaria delle Casse mutue provinciali di malattia**

pag. 4

INHALTSANGABE

a) **Gesetzentwurf Nr. 62: « Auslegungsbestimmungen zu den Regionalgesetzen Nr. 2 und Nr. 3 vom 23. Jänner 1964 über die Zentralämterordnung sowie Rechtsstellung und Besoldung des Personals der Region »;**

a) **Gesetzentwurf Nr. 74; « Ergänzungsbestimmungen für Regionalbedienstete »**

Seite 3

Verlängerung der von der Geschäftsordnung vorgesehene Fristen für die Behandlung der Gesetzentwürfe durch die gesetzgebenden Kommissionen

Seite 3

a) **Beschlußantrag Nr. 14 über die finanzielle Lage der Wechselseitigen Landeskrankenkassen, vorgelegt von den Regionalratsabgeordneten Benedikter, Volgger, Kapfinger u.a.;**

b) **Beschlußantrag Nr. 15 über die finanzielle Lage der Wechselseitigen Landeskrankenkassen, vorgelegt von den Regionalratsabgeordneten Bertorelle, Vinante, Bolognani u.a.**

Seite 4

Ore 10.20.

PRESIDENTE: La seduta è aperta. Appello nominale.

de CARNERI (Segretario questore - P.C.I.): *(fa l'appello nominale)*.

PRESIDENTE: Lettura del processo verbale della seduta 16-5-1967.

de CARNERI (Segretario questore - P.C.I.): *(legge il processo verbale)*.

PRESIDENTE: Osservazioni al verbale? Nessuna il verbale è approvato.

Passiamo alla trattazione del punto 3) dell'ordine del giorno:

Disegno di legge n. 62: « Norme interpretative delle leggi regionali 23 gennaio 1964, n. 2 e n. 3, contenenti norme sull'ordinamento degli uffici centrali e sullo stato giuridico e trattamento economico del personale della Regione;

disegno di legge n. 74: « Norme integrative per il personale regionale ».

Questi disegni di legge vengono trattati in seduta riservata.

(Segue seduta riservata).

(Ore 10.30).

Ore 11.05.

PRESIDENTE: Prego i signori consiglieri di prendere posto. Prego distribuire le schede per la votazione del disegno di legge.

(Segue votazione a scrutinio segreto).

Esito della votazione:

39 votanti

26 sì

8 no

5 schede bianche.

La legge è approvata.

Ora passiamo alla trattazione dell'altro punto all'ordine del giorno: « **Proroga dei termini stabiliti dal Regolamento interno per l'esame dei disegni di legge da parte delle commissioni legislative** ».

Il Presidente della II commissione, Benedikter, ha chiesto una proroga fino al 15 di giugno per i seguenti disegni di legge:

n. 3: « Norme per l'applicazione dell'imposta sugli incrementi di valore delle aree fabbricabili e del contributo di miglioria specifica »;

n. 9: « Incarichi per consulenze collettive specializzate e modifiche alla legge regionale 5 gennaio 1954, n. 1 »;

n. 55: « Modifiche ed integrazioni alle leggi regionali 6 aprile 1956, n. 5, e 19 settembre 1963, n. 28, sulla composizione ed elezione degli organi delle amministrazioni comunali »;

n. 58: « Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 21 ottobre 1963, n. 29, contenente norme sull'ordinamento dei comuni »;

n. 63: « Distacco della frazione di Piazzo del comune di Pomarolo e sua aggregazione al comune di Villa Lagarina »;

n. 79: « Norme per il coordinamento della legge regionale 11 settembre 1961, n. 8, e successive modificazioni, con il decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 »;

n. 80: « Estensione dell'assistenza di malattia ai lavoratori residenti nel Trentino-Alto Adige emigrati all'estero ed ai loro familiari »;

n. 81: « Aggregazione al comune di Trento dei comuni di Baselga di Vezzano e Vigolo Baselga »;

n. 84: « Modifiche alla legge regionale 25 agosto 1962, n. 14, e successive modificazioni, concernenti norme di integrazione alle provvidenze statali per i ciechi civili »;

n. 85 « Autorizzazione di un limite di impegno di lire 50 milioni per la concessione di contributi a favore degli ospedali civili della Regione, a sensi della legge regionale 5 settembre 1966, n. 17 »;

n. 88: « Contributo straordinario a favore dei comuni per gli oneri derivanti da minori introiti tributari in dipendenza delle alluvioni dell'autunno dell'anno 1966 ».

Io prego, per alzata di mano, di dare alla commissione questa proroga: il termine è prorogato.

Passiamo al prossimo punto dell'ordine del giorno, due mozioni che abbiniamo assieme:

Mozione n. 14 dei consiglieri regionali Benedikter, Volgger, Kapfinger ed altri sulla situazione finanziaria delle Casse mutue provinciali di malattia;

Mozione n. 15 dei consiglieri regionali Bertorelle, Vinante, Bolognani ed altri sulla situazione finanziaria delle Casse mutue provinciali di malattia.

La mozione n. 14 dice:

Le Casse mutue provinciali, istituite come enti autonomi, in base all'art. 6 dello Statuto di autonomia, con legge 20 agosto 1954, n. 25, assistono più della metà della popolazione delle due province (nella provincia di Bolzano: 165.407 assicurati in forma diretta, 202.639 aventi diritto all'assistenza) e costituiscono perciò la maggiore istituzione sociale delle province ed una grande conquista dell'autonomia.

Con legge n. 18 del 1959 (Esenzione dai contributi assicurativi nelle zone montane), n. 22 del 1962 (personale domestico, apprendisti e lavoratori a domicilio) e n. 23 del 1962 (lavoratori dell'agricoltura), la Regione ha ampliato il numero delle categorie assicurate ed in corrispondenza esteso le prestazioni, provvedendo finora solo alla copertura di una parte delle spese supplementari. Tali spese ammontano per la provincia di Bolzano a circa 1 miliardo di lire per gli anni 1964, 1965 e 1966. In aggiunta al passivo dovuto alle spese supplementari scoperte derivanti da leggi regionali, le Casse mutue provinciali hanno un enorme deficit (per la provincia di Bolzano: circa 900 milioni): in tal modo il disavanzo totale supera notevolmente i valori patrimoniali (provincia di Bolzano: circa 500 milioni).

Lo Stato è di recente intervenuto con un

contributo una tantum di 45 miliardi di lire per sanare il deficit dell'INAM.

Tutto ciò premesso, il Consiglio regionale esprime la sua apprensione sulla situazione patrimoniale delle Casse Malattia, che mette in pericolo l'intero sistema di assicurazione malattia, ed

i m p e g n a

la Giunta regionale a stanziare, nel bilancio preventivo per il 1967, adeguati contributi supplementari in favore delle Casse Malattia di entrambe le province, affinché queste possano coprire le spese supplementari loro derivate dalle leggi regionali; oltre a ciò a prevedere, nella prima variazione al bilancio del 1967, un contributo una tantum per ognuna delle due Casse Malattia, contributo la cui consistenza sia sufficiente a garantire il funzionamento delle Casse stesse.

La mozione n. 15 dice:

IL CONSIGLIO REGIONALE

Premesso che le Casse M.P.M. di Trento e di Bolzano si trovano da qualche anno in preoccupante situazione deficitaria di bilancio;

Che tale fatto determina ripercussioni non solo all'interno delle Casse, ma anche nel settore degli Ospedali, i quali non possono attendere più oltre il pagamento delle rette ospedaliere accumulate in questi ultimi anni;

Che nonostante l'incremento dei contributi assicurativi per i nuovi iscritti alle Casse e per l'aumento delle retribuzioni, si deve registrare un aumento assai più considerevole delle prestazioni ed in particolare per l'aumento delle rette ospedaliere e per il consumo dei medicinali;

Che non sempre l'incremento della spesa sembra giustificato a causa di abusi che si verificerebbero per quanto riguarda medicinali, ricoveri ospedalieri, indennità di malattia, iscri-

zioni di lavoratori aventi diritto ad altre forme assicurative, per cui si può ritenere che un maggior controllo da parte degli organi ispettivi delle Casse potrebbe ridurre gli abusi e quindi la spesa;

Che le Leggi Regionali emanate dal 1959 in poi che provvedevano a compensare le Casse delle minori entrate conseguenti alle provvidenze previste nelle Leggi stesse, dovrebbero essere ora riesaminate per accertare se e in che misura i contributi previsti a suo tempo a favore delle Casse corrispondono all'espansione dell'assistenza e all'aumento degli assicurati delle categorie beneficiarie;

Consapevole dell'importanza assunta, nella nostra regione, dall'assicurazione di malattia gestita dalle Casse istituite a norma dell'art. 6 dello Statuto e della preziosa attività da esse svolta, nonché dell'impegno che le categorie interessate (rappresentate nel Consiglio di Amministrazione, che per la prima volta nel nostro Paese prevede una maggioranza assoluta dei lavoratori) hanno sempre avuto nella Amministrazione delle Casse;

i m p e g n a

la Giunta Regionale e per essa l'Assessore competente alla Previdenza a svolgere uno studio e a riferirne i risultati assieme alle proposte, al Consiglio netro 60 giorni, allo scopo di:

- 1) *accertare le possibilità di maggiori e migliori poteri ispettivi delle Casse onde evitare le evasioni contributive e gli abusi nella erogazione delle prestazioni;*
- 2) *accertare le modificazioni intervenute dal momento dell'approvazione delle leggi regionali a favore delle Casse di Malattia ad oggi nel numero degli assicurati e nella entità delle prestazioni, onde proporre al Consiglio eventuali maggiori stanziamenti nelle leggi stesse;*

- 3) *prevedere, in considerazione delle migliori prestazioni concesse dalle Casse, nelle forme ritenute più opportune, una maggiore compartecipazione delle categorie interessate agli oneri delle Casse;*
- 4) *esaminare se gli oneri di gestione delle Casse sono proporzionati alle entrate contributive e al volume delle prestazioni.*

Le due mozioni sono abbinate, pertanto la procedura è la seguente: parlano i presentatori delle mozioni senza limite di tempo, poi parlano i gruppi, ciascun gruppo ha diritto a parlare due volte, può parlare per l'una e per l'altra, come tempo però è limitato al massimo di 20 minuti alla volta, poi la Giunta prenderà posizione.

La parola al cons. Benedikter, primo presentatore della mozione del gruppo della S.V.P.

BENEDIKTER (S.V.P.) Meiner Ansicht nach ergänzen sich die beiden Beschlußanträge ausgezeichnet und enthalten zusammen alles, was diesbezüglich zu sagen ist, ohne auf Einzelheiten eingehen zu müssen, die den Regionalrat in einer solchen Debatte sowieso nicht interessieren. Ich glaube, man kann davon ausgehen, daß die in diesen Beschlußanträgen enthaltenen Angaben stimmen. Nur eine Angabe in unserem Beschlußantrag, in der von einer Milliarde die Rede ist — denn in der Provinz Bozen betragen die aus den Regionalgesetzen entstandenen Mehrlasten für die Jahre 1964-65-66 ca. 1 Milliarde —, muß in 865 Millionen korrigiert werden, weil inzwischen eine Erhöhung der Beiträge rückwirkend erfolgt ist. Im übrigen stimmen die Angaben genau und ich möchte daher nicht weiter darauf eingehen und irgendwie den Haushaltsvoranschlag 1967 oder die Haushaltsabrechnung 1966 der Landeskrankenkasse von Bozen hier erläutern, da ich

annehme, daß das Nähere in diesem Falle sehr vielen Regionalratsabgeordneten weitgehend bekannt ist. Ich möchte vorschlagen, daß der Assessor in seiner Stellungnahme auf die folgenden Punkte, die mehr oder weniger in beiden Beschlußanträgen aufgeworfen werden, eingehen möge.

Der erste Punkt ist, ob die Region gewillt und in der Lage ist, die Mehrkosten zu übernehmen, die den Kassen durch die Regionalgesetze, welche gewisse Leistungen für bestimmte Kategorien neu eingeführt oder erhöht haben, entstanden sind. Dieser Punkt scheint mir der einwandfreieste, denn wenn die Region schon Gesetze macht, wodurch den Krankenkassen gewisse Lasten aufgebürdet werden und die Krankenkassen nicht, wie ursprünglich angenommen, über eine so große finanzielle Elastizität zwischen Einnahmen und Ausgaben verfügen, sodaß sie einen Teil dieser Mehrbelastung selber verkraften können, dann müßte die Region die durch ihre Gesetze verursachte Belastung auch zur Gänze übernehmen. Das erscheint mir als eine Notwendigkeit.

Der zweite Punkt, der getrennt vom ersten behandelt werden sollte, ist die Frage der Kontrolle über die Tarife der Krankenhausbehandlung. Es heißt hier in verschiedenen Dokumenten und Äußerungen sowohl des Präsidenten des Regionalausschusses als auch des Assessors, der Landesausschuß sei gewissermaßen schuld, daß so hohe Tarife für Krankenhausbehandlung zugelassen werden, denn er genehmige ja die Beschlüsse. Dazu muß ich sagen, daß der Landesausschuß hier eine reine Gesetzmäßigkeitskontrolle ausübt, aber gesetzlich keine Handhabe hat, um zu sagen: Nein, das Krankenhaus soundso darf nicht von 3.000 auf 4.000 oder von 4.000 auf 5.000 erhöhen. Er kann überprüfen, ob diese Erhöhung begründet oder ob sie eine rein willkürliche ist.

Bei all diesen Erhöhungen wird einwandfrei nachgewiesen, daß der finanzielle Bedarf da ist, und zwar, abgesehen von der Erhöhung der Lebenshaltungskosten, hauptsächlich im Zusammenhang mit Umbauten und Neubauten. Jedenfalls ist die Begründung dafür gegeben. Es handelt sich nicht um einen willkürlichen Akt, durch den sich die Krankenhäuser irgendwie bereichern. Die Frage besteht darin, ob gewisse Auslagen der Krankenhausverwaltungen — seien es Gemeinden oder eigene Körperschaften — als Grundlage für die Erhöhung der Tarife hergenommen werden dürfen. Die Frage ist, ob z.B. ein Neu- oder ein Umbau usw. — soweit er nicht durch Beiträge der öffentlichen Hand gedeckt ist — auf die Tarife abgewälzt werden darf. Hierzu möchte ich sagen, daß ich auch der Ansicht bin, daß diese Erhöhungen an sich den allgemeinen Lebenshaltungskosten nicht Rechnung tragen, und daß diese Tarife zu hoch sind, wenn man davon ausgeht, was der einzelne — sollte er nicht versichert sein — oder auch die Krankenkassen auf Grund des derzeitigen Standes der Beiträge verkraften können. Sie sind einfach zu hoch. Aber der Landesauschuß kann nicht aus Gründen der Gesetzmäßigkeit einen solchen Beschluß annullieren; er müßte dies mit irgendeiner gesetzlichen Bestimmung begründen können. Und auch die beratende Kommission, die nicht auf Grund eines Gesetzes, sondern « de facto » von der Region eingesetzt wurde, um diese Tarife zu beurteilen, kann — abgesehen davon, daß sie in den meisten Fällen die Erhöhung befürwortet hat — einen Grund für die Annullierung liefern, auch wenn sie die Erhöhung nicht befürwortet und der Ansicht ist, daß die Tarife zu hoch sind. Das ist noch kein Grund, um im Wege der Gesetzmäßigkeitskontrolle den Beschluß zu annullieren. Hier müßte anders durchgegriffen werden, und zwar ist eine Koor-

dinierung zwischen den Krankenhaustaggeldern einerseits und der Leistungsmöglichkeit der Krankenkasse notwendig. So kann es nicht weitergehen. Ich weiß, daß im Zusammenhang mit dem sogenannten Krankenhausreformgesetz, dessen Verabschiedung seitens der Kammer bevorsteht, und auf das dann ein Regionalgesetz folgen wird, ein Fonds — also in der Region ein Regionalfonds — geschaffen werden soll, womit die Krankensbaubauten, d.h. alles, was man als Investitionen hinsichtlich der Entwicklung der Krankenbetreuung ansehen kann, finanziert werden soll and womit eigentlich die Voraussetzung gegeben ist, daß diese Auslagen nicht mehr den Verwaltungen zur Last fallen und daher nicht auf die Tarife abgewälzt werden können. Aber auch wenn das der Fall ist, müßte mit diesem kommenden Regionalgesetz ein Organ geschaffen werden, das in einer vergleichenden Beurteilung über die Zumutbarkeit gewisser Krankenhaustaggelder sowohl gegenüber Privaten als auch gegenüber den Krankenkassen den Ausgleich schafft. Denn wenn einer Erhöhung zugestimmt wird, dann müßten auch dementsprechende Mehreinnahmen für die Krankenkassen geschaffen werden und diese Mehreinnahmen können ja nur durch eine Erhöhung der normalen Einnahmen der Krankenkassen erzielt werden, d.h. wiederum durch eine Erhöhung der Beiträge der Arbeitgeber, was auch nicht so ohne weiteres in Frage kommt. Es muß daher gesetzlich bestimmt werden, daß ein Organ über die Zulässigkeit dieser Erhöhungen anhand klarer Richtlinien, die im Gesetz enthalten sind, entscheidet und damit auch dem Landesauschuß die Grundlage zur Gesetzmäßigkeitskontrolle liefert. Es könnte auch so sein, daß die im Gesetz enthaltenen Richtlinien nicht von einem dritten Organ gehandhabt werden, sondern vom Landesaus-

schuß; man könnte auch das machen. Jedenfalls muß diese Koordinierung zwischen Krankenhaustaggeldern einerseits und zumutbaren Krankenkassebeiträgen andererseits gesetzlich geregelt werden.

Ein dritter Punkt: In unserem Beschlußantrag wird angedeutet, man solle die Verantwortung der Versicherten hinsichtlich der Gebarung der Krankenkasse verstärken. Im Beschlußantrag der Mehrheitsparteien ist dies deutlicher ausgeführt, indem es heißt: Eine stärkere Mitbeteiligung der interessierten Arbeitnehmerkategorien an den von den Kassen zu tragenden Lasten soll angestrebt werden. Wir schließen uns dieser genaueren Forderung hundertprozentig an. Wir wissen ja, die Verwaltung der Kasse obliegt in der Mehrheit den Arbeitnehmerkategorien und es wurde in diesem Zusammenhang unter anderem schon eine gewisse finanzielle Beteiligung der Versicherten beim Kauf der Medikamente angeregt. Ich weiß, daß dies vom Bozner Verwaltungsrat der Landeskrankenkasse schon angeregt worden ist. Das wäre eine Maßnahme, die sich bestimmt vorteilhaft auswirken würde, nicht nur finanziell, sondern auch was das Verantwortungsbewußtsein hinsichtlich der Beanspruchung der Krankenkassen betrifft.

Schließlich der vierte Punkt: eine Verstärkung der Kontrolle, sei es hinsichtlich der Einhebung der Beiträge, um also Hinterziehungen zu vermeiden, sei es hinsichtlich eines Mißbrauches in der Beanspruchung von Kassenleistungen. Meiner Beurteilung nach ist auch hier notwendig, diese Kontrollmöglichkeit seitens der Krankenkassen mittels eines Gesetzes — und ein solches wurde ja vor rund einem Jahr vom Regionalassessor eingebracht, ist aber dann auf Wunsch desselben liegengeblieben, um noch gewisse Entwicklungen auf gesamtstaatlicher Ebene abzuwarten — zu verstärken und die

Krankenkassen mit denselben Inspektions- und Kontrollbefugnissen auszustatten, wie sie auf gesamtstaatlicher Ebene das INAM innehat; hierzu ist es notwendig, gewisse Bestimmungen aus dem Staatsgesetz zu übernehmen.

Das wären nach meiner Ansicht die vier Punkte, zu denen der Regionalausschuß, bzw. der Regionalassessor Stellung nehmen sollte.

Ergänzend möchte ich noch auf einige Punkte hinweisen. Ein besonders Problem für die Krankenkasse Bozen, das sich in einer Mehrbelastung auswirkt und nur für die Krankenkasse Bozen besteht und nicht für die Krankenkasse Trient, ist die Frage der Krankenbetreuung der Arbeitnehmer, die in der Provinz Bozen gearbeitet haben und die sich bei Erreichung des Pensionsalters in ihre Heimat, in die Provinz Trient, wieder zurückbegeben haben. Diesbezüglich ist ein Streit im Gange zwischen den Krankenkassen Bozen und Trient, wobei die Krankenkasse Trient auf dem Standpunkt steht, daß für die weitere Krankenbetreuung dieser pensionierten Arbeitnehmer, auch wenn sie wiederum in der Provinz Trient ansässig sind, die Krankenkasse der Provinz Bozen zuständig bleibt. Dies bedeutet eine Mehrbelastung von rund 120 Millionen jährlich, wogegen sich die Krankenkasse Bozen sträubt, weil sie auf dem Standpunkt steht, daß nach dem Regionalgesetz das Territorialprinzip gilt, d.h. der Arbeitnehmer wird in die Krankenkasse — gemäß Art. 15 des Regionalgesetzes vom Jahre 1954 — jenes Territoriums eingetragen, in welchem er seine Arbeit leistet, dementsprechend, wo er ansässig ist. Auf diesem Prinzip baut tatsächlich die Regionalgesetzgebung auf, da hier ein territorialer Unterschied gemacht werden muß, im Gegensatz zur INAM, die ja keine territorialen Unterscheidungen zwischen den verschiedenen Provinzen kennt. Ich wüßte auch nicht, welches ande-

re Unterscheidungsmerkmal, welchen anderen Grundsatz man in diesem Streit als Entscheidungsgrundlage anwenden könnte, wenn nicht die Ansässigkeit. Es ist gar nicht denkbar, daß man gewissermaßen das Personalprinzip anwendet, indem man sagt: Wer in einer Provinz gearbeitet hat und dann in einer anderen Provinz seinen Lebensabend verbringt, bleibt zu Lasten der Krankenkasse der ersteren Provinz. Das ist einfach undenkbar; dieser Streit ist eigentlich schon von einem späteren Regionalgesetz entschieden worden, in dem es heißt, daß diejenigen Pensionierten, die in der Provinz, in der sie gearbeitet haben, in Pension gehen, auch weiterhin von der Krankenkasse dieser Provinz betreut werden müssen. Wenn sie sich aber früher in die andere Provinz begeben, dann gilt dieser Grundsatz nicht. Dieser Streit ist daher eigentlich schon entschieden worden, und zwar im Sinne des Standpunktes der Krankenkasse Bozen, durch ein Regionalgesetz vom 19. August 1965. Also nur diejenigen, die nach der Pensionierung ihren Wohnsitz in die andere Provinz verlegen, werden weiter auf Kosten der Krankenkasse betreut, in welcher sie die Pensionierung erreicht haben, nicht aber die anderen. Und mir kommt vor, daß in diesem Fall schon die Region entscheiden soll und nicht das Ministerium, das schon einmal angerufen wurde, denn hierbei geht es doch um die Anwendung von Regionalgesetzen. Es ist ganz klar, daß hier die Region die undankbare Aufgabe übernehmen muß, eine Entscheidung zwischen den beiden Kassen zu treffen, und ich glaube, daß gar kein anderer Weg möglich ist als jener der Durchführung des Territorialprinzips in diesem Sinne. Denn wenn man anders entscheiden würde, dann würde für das gesamtstaatliche Institut die Voraussetzung geschaffen, auch in diesem Sinne vorzugehen. Und das würde den beiden

Kassen und damit der Region insgesamt viel mehr Geld kosten, als wenn die Region etwa morgen ausnahmsweise wieder der einen oder andern Kasse aus objektiven Gründen zuhillekommt. Denn wenn die INAM nach dem Grundsatz verfahren würde, daß, wer in den Provinzen Bozen und Trient, sagen wir, den größten Teil seiner aktiven Zeit gearbeitet hat und dann seinen Wohnsitz in eine andere Provinz verlegt, in der Pensionszeit trotzdem weiter von diesen Krankenkassen versorgt werden muß, würden wir sicher rein finanziell schlechter abschneiden, als wenn wir auf dem Standpunkt bleiben, den das Staatsgesetz gegenüber den Kassen eingeführt hat, nämlich, daß der Wohnsitz ausschlaggebend ist. Also auch dieser Punkt, der einer der Gründe für die defizitäre Lage der Krankenkasse Bozen ist, müßte ein für allemal von der Region entschieden werden.

Zum Schluß muß ich in diesem Zusammenhang auch noch folgendes vorbringen: Am 14. Februar hat die Talgemeinschaft Vinschgau, die das Krankenhaus von Schlanders verwaltet, eine EntschlieÙung gefaßt, in der sie feststellt, daß durch die verspäteten Zahlungen der Tagegelder von seiten der Krankenkassen die Krankenhausverwaltung in Schlanders in immer größere Schwierigkeiten gerät. So beträgt der Außenstand bei der Landeskrankenkasse 70 Millionen und bei der Bauernkrankenkasse 108 Millionen. Die Bauernkrankenkasse schuldet dem Krankenhaus von Schlanders die Taggelder seit dem 1. Oktober 1965, und seit dem 13. August 1966 hat die Bauernkrankenkasse überhaupt keine Zahlungen mehr geleistet. Es heißt in dieser Resolution noch: Falls nicht in allernächster Zukunft etwas geschieht, wäre im Krankheitsfalle die direkte Betreuung der bäuerlichen Bevölkerung ernstlich in Frage gestellt. Dies gehört zur Koordi-

nierung der Taggelder der Krankenhäuser mit den zumutbaren Beiträgen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer an die Krankenkassen, bzw. mit deren finanziellen Leistungsfähigkeit.

Ich hoffe, daß der Regionalassessor seit Einbringen dieser Beschlußanträge — unser Beschlußantrag reicht ja zurück auf den 25. Januar, der zweite auf den 4. Februar — Zeit gehabt hat, sich zu überlegen, welche für die Region tragbaren Maßnahmen von seiten des Regionalausschusses ergriffen werden können.

(A mio avviso le due mozioni si integrano benissimo l'una con l'altra e contengono tutto quanto, in relazione ad esse, vi è da dire, senza dover entrare in particolari, che in un dibattito del genere non interessano comunque il Consiglio Regionale. Penso che essendo i dati riportati nelle mozioni esatti, ci si possa basare senz'altro su di essi. Uno solo fra quelli contenuti nella nostra mozione, e precisamente quello in cui si parla di 1 miliardo — a tanto assomma infatti l'eccedenza delle spese per gli anni 1964-65-66, relative alle leggi regionali di finanziamento — va corretta in 865 milioni, poiché nel frattempo si è avuto un aumento retroattivo dei contributi. Essendo per il resto i dati del tutto esatti non desidero, in merito, dilungarmi oltre in chiarimenti circa il preventivo del bilancio 1967 o relativi al conteggio del bilancio 1966 della Cassa Mutua provinciale di Bolzano, in quanto suppongo che molti fra i consiglieri regionali ne siano, in questo caso, largamente edotti. Proporrei invece al signor Assessore di voler, nella sua presa di posizione, entrare in merito ai punti che citerò qui di seguito e che vengono più o meno avanzati in entrambe le mozioni.)

Punto primo: si tratta di sapere se la Regione è disposta oppure è in grado di sobbarcarsi le spese eccedenti venute a gravare sulle Mutue, causa quelle leggi regionali in confor-

mità delle quali sono state introdotte o aumentate certe prestazioni per determinate categorie. Questo punto mi sembra il più ineccepibile in quanto, visto e considerato che è la Regione ad emanare leggi che comportano l'aggravio di determinati oneri mutualistici e che le Mutue non dispongono, fra entrate ed uscite, di una elasticità finanziaria tale da poter far fronte, almeno in parte, come originariamente previsto, a questa maggiorazione di spese, spetterebbe ovviamente alla Regione addossarsi per intero il maggior onere finanziario dovuto appunto alle sue leggi. Personalmente ritengo questa una necessità.

Il secondo punto, che andrebbe trattato separatamente dal primo, è la questione relativa al controllo sulle tariffe ospedaliere. È detto in diversi documenti e dichiarazioni, sia del Presidente della Giunta regionale come pure dell'Assessore, che la colpa per la concessione di così elevate rette ospedaliere sia da attribuirsi, in certo qual modo, alla Giunta provinciale in quanto è questa che approva le delibere. Personalmente voglio precisare che la Giunta provinciale esercita soltanto un controllo di legittimità, ma non ha la facoltà giuridica di poter dire: « No, all'ospedale X non è consentito aumentare la retta giornaliera da 3.000 a 4.000 oppure da 4.000 a 5.000 lire; la Giunta provinciale può infatti soltanto esaminare se tale aumento sia giustificato o se sia puramente arbitrario. Dai controlli, comunque, emerge sempre che tutti gli aumenti in parola sono inequivocabilmente determinati dal disagio economico in cui versano le amministrazioni ospedaliere, fabbisogno, che a prescindere dal caro-vita, va soprattutto messo in relazione alle spese per la ricostruzione e nuove costruzioni. È evidente dunque che non si tratta di un'azione arbitraria tendente, in qualche modo, ad arricchire gli ospedali. È da vedere ora se certe spe-

se, cui sono soggette le amministrazioni ospedaliere, sia che si tratti di Comuni che di Enti privati, possano essere prese quale base per l'aumento delle tariffe, ovvero se i costi relativi, ad esempio, alle ricostruzioni o costruzioni ex novo, etc. possano, per quella parte non coperta dai contributi della pubblica amministrazione, venire scaricati sulle tariffe. A tal proposito vorrei dire come io pure sia dell'avviso che consentendo a questi aumenti non si è tenuto di per sé in alcun conto il generale costo della vita e che considerando le spese cui si trovano a dover far fronte i singoli pazienti — intendo quelli non assicurati —, nonché le Casse Mutue delle quali è nota l'attuale situazione relativa ai contributi, le tariffe sono in effetti troppo elevate. Ciò malgrado la Giunta provinciale non può, fondandosi semplicemente sul principio della legittimità, annullare una tale deliberazione, ma dovrebbe, per farlo, potersi avvalere di una qualche norma di legge. Neppure la Commissione Consultiva — istituita non in conformità di una legge, ma nominata de facto dalla Regione allo scopo di esaminare dette tariffe, — potrebbe, a prescindere dal fatto che nella maggior parte dei casi si è dimostrata favorevole agli aumenti, motivare un annullamento, e ciò anche qualora non approvasse tali aumenti e considerasse troppo elevate le tariffe in parola. Sono, in base alla sola facoltà del controllo di legittimità, motivi insufficienti per un annullamento della delibera. Qui si dovrebbe intervenire in altra maniera, necessiterebbe cioè un coordinamento fra le rette ospedaliere da un lato, e le possibili prestazioni della Cassa Mutua dall'altro. Non si può assolutamente andare avanti così. So che in relazione alla cosiddetta legge sulla riforma ospedaliera, di cui è imminente l'approvazione da parte della Camera ed alla quale farà poi seguito una legge regionale, dovrebbe venire istituito un fondo —

ovviamente un fondo regionale — con cui finanziare i lavori di ripristino o costruzioni ospedaliere, vale a dire, con cui finanziare tutto quanto possa essere considerato un investimento necessario ai fini di una espansione in campo ospedaliero; ciò facendo verrebbe quindi a sussistere il presupposto che trovandosi le amministrazioni ospedaliere sgravate da tali oneri, gli stessi non potrebbero più venire caricati sulle tariffe. Ritengo tuttavia che si dovrebbe, con questa futura legge regionale, dar vita ad un Organo che con una valutazione comparativa circa la sopportabilità degli oneri derivanti da certe rette ospedaliere, sia a pazienti non assicurati che alle Casse Mutue, provveda in merito alla necessaria equiparazione. Poiché, qualora venisse approvata la maggiorazione delle tariffe, si dovrebbe pure offrire alle Mutue la possibilità di maggiori introiti, che potrebbero per altro conseguirsi solo aumentando ancora i contributi che i datori di lavoro sono tenuti di versare alle Mutue; probabilità questa, pressoché fuori discussione. Pertanto si deve, mediante disposizione di legge, preporre un Organo a decidere, in base a precise direttive giuridiche, sulla ammissibilità di tali aumenti, provvedimento questo sul cui principio potrà fondarsi anche la Giunta provinciale per esercitare il controllo di legittimità. Potrebbe andar bene anche un'altra procedura e cioè che le norme di legge venissero applicate direttamente dalla Giunta provinciale anziché da un terzo organo. Certo è che in un modo o nell'altro si deve, in ogni caso, provvedere a che il coordinamento fra le rette ospedaliere e l'entità delle sovvenzioni alle Casse Mutue venga regolato per via legale.

Punto terzo: Nella nostra mozione è fatto cenno alla necessità di addossare agli assicurati una maggiore responsabilità nei confronti dell'amministrazione mutualistica; ciò emerge an-

cor più chiaramente dalla mozione dei Partiti di maggioranza, i quali dicono infatti: « Si deve mirare ad una più consistente compartecipazione da parte dei lavoratori, negli oneri gravanti sulle Casse Mutue. Noi ci associamo incondizionatamente a tale specifica richiesta. È noto che l'amministrazione mutualistica rientra, per la maggior parte, negli obblighi delle categorie dei lavoratori, e che in merito venne a suo tempo sollecitata appunto una certa compartecipazione finanziaria degli assicurati, nell'acquisto dei medicinali. Mi risulta che una proposta in tal senso è già stata avanzata dal Consiglio d'amministrazione della Cassa Mutua provinciale. Questo provvedimento, avrebbe senz'altro ripercussioni favorevoli non soltanto sotto il profilo finanziario, bensì anche su quanto concerne il senso di responsabilità nelle esigenze delle Mutue.

Infine punto quarto: un rafforzamento del controllo, sia per evitare, relativamente alla riscossione dei contributi, delle malversazioni, che per evitare abusi nelle richieste di assistenza medica. A mio giudizio tale possibilità di rafforzamento da parte delle Mutue, dovrebbe essere riconosciuto legalmente, mediante quelle leggi cioè, il cui progetto venne presentato dall'assessore regionale esattamente un anno fa e che poi, per desiderio dello assessore stesso, rimase a giacere in attesa di ulteriori sviluppi in campo nazionale. Si dovrebbe inoltre, su scala nazionale, conferire alle Mutue le stesse facoltà di controllo ed ispezione di cui è investita in campo nazionale l'INAM.

Questi sarebbero, a mio avviso, i 4 punti su cui la Giunta regionale, nella fattispecie il competente assessore regionale, dovrebbe prendere posizione.

Vorrei ora, a complemento, menzionare ancora alcuni punti. Un problema che riveste particolare importanza, in quanto comporta

una maggiorazione di spese solo per la Mutua di Bolzano e non anche per quella di Trento, consiste nella questione concernente l'assistenza medica a quei lavoratori che, dopo aver prestato la propria opera in provincia di Bolzano ed aver quivi raggiunto i limiti d'età per il collocamento a riposo, sono rientrati nella località di residenza, ossia a Trento. A tal proposito vi è in corso una divergenza fra la Mutua di Bolzano e quella di Trento, e nella contestazione la Mutua di Trento sostiene che l'assistenza medica ai lavoratori che, una volta pensionati, tornassero a risiedere in provincia di Trento, resterebbe comunque spettanza della Mutua di Bolzano. Ciò comporterebbe un onere supplementare di 120 milioni, sopraccarico questo, cui la Cassa Mutua di Bolzano si oppone in quanto sostiene che sia applicabile, a norma della legge regionale, il principio territoriale, vale a dire che il lavoratore deve essere iscritto all'Ente mutualistico del territorio in cui lavora, quindi a seconda di dove risiede. La legislatura regionale si fonda infatti su tale principio, inquanto è necessaria in questo caso una distinzione territoriale, contrariamente alle norme dell'INAM che non fa invece alcuna distinzione territoriale fra le diverse provincie. D'altronde non saprei proprio su quale altro indice differenziale, su quale altro principio ci si potrebbe fondare nella risoluzione di questa controversia, se non sulla località di residenza. Sarebbe del tutto inammissibile attenersi, in certo qual modo, al principio che riguarda il personale, e che dice: Chi, dopo aver prestato la propria opera in una provincia, si ritira a trascorrere la vecchiaia in un'altra provincia, resta, ai fini della pensione, a carico dell'Ente mutualistico della prima provincia. Ciò è semplicemente inconcepibile. Questa controversia può in effetti considerarsi risolta in base alle norme di una susseguente legge regionale in cui è detto

che coloro, i quali vadano in pensione nella stessa provincia nella quale hanno lavorato, mantengono il diritto all'assistenza mutualistica da parte di quella provincia. Tale regola, di contro, non vale qualora gli interessati si trasferiscano in un'altra provincia prima di aver maturato la pensione. Per quanto concerne quindi il punto di vista della Mutua di Bolzano, questa controversia può praticamente considerarsi risolta in base alla legge regionale del 19 agosto 1965. Dunque solo coloro, ripeto, che si trasferiranno in un'altra provincia dopo il pensionamento, resteranno a carico dell'Ente mutualistico presso il quale hanno maturato la pensione. E credo che in questo caso sia la Regione a dover decidere e non il Ministero, già una volta interpellato in proposito, inquanto si tratta qui, in effetti, dell'applicazione di leggi regionali. È chiaro che tocca alla Regione assumersi l'ingrato compito di risolvere la vertenza fra le due Casse Mutue, e ritengo non sussista al riguardo altra possibile via se non l'applicazione del principio territoriale, poiché, decidendo diversamente, si creerebbero per l'INAM le premesse che le consentirebbero di non attenersi al principio territoriale. Ciò verrebbe, nel complesso, a costare ad entrambe le Mutue, ed ovviamente alla Regione, assai di più che se in un domani la Regione intervenisse, in via eccezionale e per motivi d'obiettività, a favore di una o dell'altra Cassa. Infatti, qualora l'INAM dovesse attenersi al principio, secondo cui coloro che dopo aver svolto, diciamo per la maggior parte del tempo, la propria attività nelle provincie di Trento e Bolzano, si trasferissero in altre provincie, conservando tuttavia il diritto di assistenza da parte delle Mutue in parola, ne resteremmo finanziariamente assai più svantaggiati che non mantenendo il punto di vista sostenuto nella legge nazionale relativa alle Mutue, ovvero considerando determinante, ai fini

della pensione, il luogo di residenza. Anche questo punto dunque, che rappresenta uno dei motivi della situazione deficitaria in cui versa la Mutua di Bolzano, dovrebbe, dalla Regione, venire risolto una volta per tutte.

Concludendo devo, in tal connessione, far presente ancora quanto segue: Il 14 febbraio la Comunità di Valle della Val Venosta, che amministra l'ospedale di Silandro, ha preso una risoluzione in cui è detto che causa il ritardato pagamento delle rette ospedaliere da parte delle Casse, l'amministrazione ospedaliera di Silandro versa in sempre più gravi difficoltà finanziarie. Infatti il suo credito presso la Cassa Mutua provinciale ammonta a 70 milioni ed a 108 milioni quello presso la Cassa Mutua Rurale. Quest'ultima deve, fin dal 1° ottobre 1965, l'importo delle rette ospedaliere all'ospedale di Silandro, e dal 13 agosto 1966 non ha più effettuato pagamenti di sorta. Nella risoluzione in parola è detto inoltre: Qualora nell'immediato futuro nulla dovesse accadere, diverrebbe assai problematica, in caso di malattia, l'assistenza diretta, alla popolazione rurale. Ciò rientra nel coordinamento fra rette ospedaliere ed i presumibili contributi spettanti alle Mutue da parte dei lavoratori e dei datori di lavoro, nella fattispecie dalla capacità finanziaria di questi contribuenti.

Spero che l'assessore regionale abbia trovato il tempo, dacché vennero presentate le mozioni in parola, — la nostra risale al 25 gennaio e l'altra al 4 febbraio — di esaminare quali possano essere, per la Regione, le misure più opportune da prendersi da parte della Giunta regionale.)

PRESIDENTE: La parola al Vicepresidente avv. Bertorelle.

BERTORELLE (Vicepresidente Consiglio regionale - D.C.: Signor Presidente e si-

gnori colleghi, noi stiamo esaminando due mozioni, l'una presentata dai colleghi della S.V.P., l'altra presentata da elementi della maggioranza, che per altro si integrano l'una con l'altra; direi che il fatto della presentazione di due mozioni in questo caso sia servito a far conoscere tutti gli aspetti del problema. La mozione presentata dalla S.V.P. insiste particolarmente sul problema del finanziamento, parte cioè dalla premessa che c'è un deficit, che gran parte del deficit dipende dal fatto che la Regione non ha dato contributi sufficienti sulle leggi per le quali aveva richiesto prestazioni particolari, e conclude dicendo che occorre che questi contributi vengano aumentati anche in relazione a quel prospetto che la cassa ha fatto conoscere, cioè delle differenze fra i contributi avuti e le prestazioni, quindi le spese erogate. Noi siamo convinti che quand'anche la Giunta regionale dovesse liquidare completamente le casse delle spese che esse sostengono per le prestazioni contenute nelle leggi approvate dal Consiglio regionale, con ciò una situazione deficitaria notevole ci sarebbe ugualmente, perché la situazione deficitaria degli enti mutualistici ha carattere generale, come poi dirò, e quindi anche le nostre casse ne risentono. L'INAM presenta un deficit di esercizio di 75 miliardi, dai dati che abbiamo saputo recentemente, è una cifra che non è stata mai toccata ed è una cifra che si è aggravata in questi ultimi tempi, sia alla Cassa malati, sia all'INAM in campo nazionale. È un fenomeno che riguarda questi ultimi anni. Prima non è che ci fosse un pareggio, ma c'era una situazione certamente migliore di oggi, quindi qualche cosa è successo in questi ultimi anni.

Io vorrei cercare di analizzare tale situazione, che ha portato le nostre Casse a questo deficit.

Noi desideriamo con questa mozione dare

un contributo modesto, per quanto possibile efficace, all'azione che la Giunta dovrà svolgere. Il problema fondamentale per me è questo: l'espansione delle prestazioni, alla quale non corrisponde una analoga espansione del numero degli assicurati e dell'ammontare dei contributi. Le prestazioni sono aumentate in modo eccezionale, non nello stesso modo sono aumentati il numero degli assicurati e i contributi. E, guardando un appunto che ho voluto prendere, posso comprovare questa affermazione. Guardo la variazione nel numero degli assicurati e prendo ad esempio 6 anni, 1961 - 1966: fissando il numero degli assicurati a 100 nel 1961 e calcolandoli in 156.000, cifra tonda, vedo che nel 1962 - 63 - 64 l'indice aumenta a 104, il numero degli assicurati è aumentato a 160.000; nel 1965 l'indice aumenta a 107, perché gli assicurati sono aumentati a 165.000 e nel 1966, un dato provvisorio dice che sono 171.000 gli assicurati, l'indice aumenta a 111. Quindi in 6 anni l'indice degli assicurati aumenta da 100 a 111 in una maniera assai modesta, viceversa l'entità delle prestazioni aumenta notevolmente.

E prendo per gli stessi anni lo stesso indice 100, guardo per esempio l'assistenza ospedaliera; nel 1961-771 milioni, nel 1962-929 milioni, nel 1963 - 1.180.000.000, nel 1964 - 1.517.000.000, nel 1965 - 1.803.000.000, nel 1966 - 2.050.000.000. L'indice mi passa da 100 a 266, è una cifra spaventosa. Guardo per confermare un'altra voce, non vorrei portarle tutte, ma quella dell'assistenza farmaceutica penso che è quella più interessante: 1961-470 milioni, 1962 - 659 milioni, 1963 - 835 milioni, 1964 - 977 milioni, 1965 - 1.177.000.000, 1966 - 1.330.000.000, provvisorio. L'indice va da 100 nel 1961, a 140 nel 1962, a 178 nel 1963, fino ad arrivare a 283 nel 1966.

Un altro dato chiaro è quello della assi-

stenza medica, che parte da 386 milioni nel 1961, 477 milioni nel 1962, 640 milioni nel 1963, 846 nel 1964, 1.057.000.000 nel 1965, 1.180.000.000 nel 1966; dall'indice 100 nel 1961 arrivo all'indice 305. Così potrei continuare per altre voci.

Adesso guardiamo quelle che sono le variazioni sull'incremento dei contributi, perché anche i contributi sono aumentati. Nel 1961, contributi assicurativi, 2.007.000.000, nel 1962 - 2.440.000.000, nel 1963 - 3 miliardi e 9 milioni, nel 1961, 1962, 1963 è da aggiungere poi quella quota di pensionati che era di 350 milioni nel 1961, 448 nel 1962, 648 nel 1963; nel 1964, in virtù di una legge dello Stato, questi contributi vengono assorbiti nell'assicurazione di malattia e pagati dai datori di lavoro. Nel 1964 - 4.728 milioni, nel 1965 - 5.326 milioni, nel 1966 - 5.690 milioni. L'indice però qui è assai minore di quello che riguarda l'incremento della prestazione, parte cioè dall'indice 100 nel 1961 per arrivare a 155 nel 1963, a 225 nel 1965, a 241 nel 1966, contro i 280, 305 dell'aumento delle prestazioni. In effetti quindi sono aumentate le prestazioni ma non sono aumentati nello stesso modo gli assicurati e non sono aumentati nello stesso modo il numero dei contributi; le prestazioni sono aumentate in modo assai più alto e più forte degli assicurati e dei contributi.

Quali sono le cause di questa espansione? Ci sono dei problemi generali, problemi di carattere congiunturale generale: l'aumento della disoccupazione e della sottoccupazione in questi ultimi anni, dopo il famoso boom, disoccupazione e sottoccupazione che ha portato ad un aumento degli oneri sociali. Effettivamente chi è disoccupato, chi è sottoccupato approfitta più volentieri della assistenza di malattia, come anche di tutte le altre forme previdenziali. Le Cas-

se sopportano quindi gli oneri anche della disoccupazione e della sottoccupazione.

Io non so se ricorda l'assessore quando nel 1961 ci fu quella crisi alla Lancia, crisi che portò al ridimensionamento di tutto lo stabilimento e al licenziamento di 400 operai improvvisamente. Per fortuna le cose poi cambiarono e furono riassunti altri 400, oltre a quelli disoccupati. La Cassa malati in quel periodo su 400 disoccupati ne aveva 300 in assistenza. La Cassa malati ha sopportato le conseguenze della crisi di una azienda, i lavoratori, in ultima analisi, hanno sopportato coi loro contributi, perché sono sempre soldi dei lavoratori, la conseguenza di una situazione congiunturale in una determinata azienda. E lo stesso si può dire per altri casi, per esempio il cotonificio S. Antonio e altri stabilimenti. Faccio osservare che io mi riferisco a dati della provincia di Bolzano, perché sono quelli di cui ho un po' più conoscenza, però posso dire che il fenomeno è tanto in provincia di Trento quanto in provincia di Bolzano, e i dati della situazione finanziaria dei bilanci delle Casse sono uguali per l'uno e per l'altro caso.

Direi che causa dell'espansione è anche l'elevato tenore di vita, una persona che sta meglio cura di più la sua salute, talvolta arriva alla mania della cura della propria salute, come vediamo nel campo dei medicinali.

Il parto, che una volta avveniva quasi esclusivamente in casa, adesso avviene quasi esclusivamente in clinica, anche se la casa porta tutti quei confort che potrebbero consentire un parto in casa, ma ormai il parto avviene esclusivamente, ed è una cosa molto buona per un sacco di ragioni che è inutile qui dire, avviene quasi esclusivamente in clinica. Naturalmente clinica vuol dire ospedale, ospedale vuol dire pagamento di una retta, retta che poi, come vedremo, è in continuo aumento. L'aumento delle

rette ospedaliere porta l'espansione delle prestazioni; l'aumento della retta ospedaliera è un dato di fatto di questi ultimi anni. Gli ospedali sono ormai in un clima ben diverso di quello che erano una volta, adoperano i mezzi più moderni di terapia, adoperano gli apparecchi più costosi, e tutte queste cose naturalmente richiedono spese, adoperano medici specializzati che lavorano in equipe nei diversi settori; alle tradizionali specializzazioni di ospedali che prima erano medicina, chirurgia, ostetricia, adesso sono aggiunte un'infinità di specializzazioni, e questo è naturalmente un progresso di tenore di vita, un progresso sanitario, al quale tutti andiamo incontro, ma che costa notevolmente.

C'è il costo del personale infermieristico che essendo preparato meglio, deve essere pagato meglio, c'è il costo del rinnovamento degli ospedali e dei reparti.

Ma anche il sistema attuale della mutualità di malattia favorisce la corsa alla spesa. Sta cambiando tutto anche in questo settore. Il tradizionale medico di famiglia sta per scomparire, il medico di famiglia conosceva tutte le persone della famiglia, sapeva le malattie di ciascuno, sapeva quali medicinali adoperare per ciascuno, ordinava il ricovero in ospedale soltanto nel caso in cui fosse estremamente urgente e necessario e indispensabile e indilazionabile, in tutti gli altri casi non ordinava il ricovero in ospedale, e non ordinava neanche un cumulo di medicinali, perché sapeva benissimo che il tale disturbo della tal persona della tal famiglia poteva essere curato con quella semplice polverina o con quella semplice medicina. Il medico di famiglia è scomparso ed è entrato il medico della mutua; il medico della mutua arriva ad avere 1.000-2.000 assicurati a suo carico, riceve per ognuno un compenso annuo fisso, e lui sa che se li cura bene o se li cura male quelli ci sono e quelli restano; quelli devono essere fe-

deli, affezionati clienti perché in base a quelli, qualunque sia la sua attività, lui riceverà un impegno forfettario. Ma il medico è assillato anche da tutti questi assicurati dalle visite di giorno e di notte, perché evidentemente si ricorre di più quando si sa che tutta la assicurazione è gratuita, deve alzarsi continuamente, il medico deve visitare un mucchio di persone nel più breve tempo possibile. Allora cosa fa? Diventa istintiva la difesa del medico. Abbiamo qui due medici in aula e potranno dirci se questo corrisponde o no ed eventualmente smentirmi, ma io penso che un medico, che si trova di fronte ad un ambulatorio di 15-20 persone, che deve liquidare in un periodo di un'ora, un'ora e mezza, come può fare una diagnosi completa della malattia di questi mutuatati? Allora cerca i sintomi, per ogni sintomo ordina una medicina, e così se la cava molto più facilmente; per ogni sintomo una medicina, questa medicina può darsi che arrivi a colpire il sintomo giusto e a togliere quindi la malattia. Anche per ciò, quindi, ricorso esagerato ai prodotti farmaceutici, e non mi sento in questo di dare la colpa neanche al medico, perché, come dicevo prima, l'azione del medico è una difesa istintiva contro un sovraffollamento del suo ambulatorio, ed egli cerca in qualche modo di accontentare un po' tutti nel modo migliore. Lo stesso medico non può seguire con pazienza un malato, non può seguirlo come faceva una volta il medico di famiglia, andando ogni giorno a trovarlo per 15-20 giorni, quando vede che la malattia raggiunge una fase un po' più acuta ordina senz'altro il ricovero in ospedale, di qui un aumento spropositato dei ricoveri in ospedale. Neanche qui non mi sento di dire che un medico fa male a ordinare un ricovero ospedaliero, perché il ricovero in ospedale è sempre una cosa buona, perché l'assicurato si trova in un ambiente certamente più cu-

rato, più addetto che non nell'ambiente familiare, ma naturalmente il ricorso esagerato all'ospedale aggrava i costi della assicurazione di malattia. Il paziente poi si abitua all'uso e anche all'abuso dei medicinali e sarà indotto ad aver fiducia soltanto nel medico che gli prescrive molti medicinali. Il ricorso al medicinale quindi aumenta paurosamente i costi.

Gli ospedali. Gli ospedali aumentano le rette e nessuno lo può impedire. Lo accennava prima il collega Benedikter, quando l'ospedale decide di aumentare le rette, arriva la deliberazione in Giunta provinciale, la Giunta provinciale ha soltanto un controllo di legittimità sugli atti degli enti soggetti al controllo, invita l'ospedale a rivedere i costi, può indicare le ragioni per cui il costo si ritiene spropositato, ma se l'ospedale insiste la Giunta provinciale, l'organo di tutela, non ha motivi, non ha ragioni per annullare la deliberazione. Sicché, in ultima analisi, l'aumento dei costi è rimesso unicamente e solamente alla discrezione dell'ospedale, il quale fa l'aumento della retta senza interpellare la Cassa di malattia, senza un controllo che sia concreto, perché si risolve soltanto in un controllo attraverso il riesame dell'ente tutorio, e quindi è indotto ad aumentare i costi per quanto possibile per far fronte alle necessità che ha. La commissione consultiva che è stata esaminata in sede regionale ha un compito molto importante, ma rimane sempre commissione consultiva che dà pareri che vengono ascoltati in tanto in quanto ci sia la volontà di ascoltarli. L'aumento delle rette è un dato anche questo eccezionale, l'ospedale di Bolzano che il 28-2-1965 faceva pagare 4.500 la retta di classe, è passato a 5.700 e con l'ultimo aumento supera le 6.000; l'ospedale civile di Bressanone che alla stessa epoca faceva pagare 3.000, ora fa pagare 4.500, Brunico da 3.600 a 4.500. L'ospedale a prezzo più basso è quello di S. Can-

dido che fa pagare 4.200. Anche qui, nel giro di due anni, aumenti che vanno fino al 50% della retta. Qui c'è da considerare anche il periodo di degenza, perché ci sono degli ospedali nei quali il periodo di degenza è limitato, altri in cui è assai più grosso. Da una tabella della Cassa malati risulta, ad esempio, che le giornate di degenza media dell'ospedale civile di Bolzano, di Merano, di Bressanone, di Brunico, sono dalle 11 alle 12 giornate per malattia; ci sono però delle cliniche, come per esempio la clinica privata S. Maria dove la durata è di 4 giorni e mezzo. Quindi si passa anche qui da limiti alti a limiti assolutamente bassi. Come si spiega questo? Nella clinica privata l'assicurato è soggetto alla forma indiretta, cioè l'assicurato paga e poi si fa rimborsare, e allora si è indotti ad uscire il più presto. Nell'ospedale viceversa, rimborso diretto, c'è più opportunità di mantenere il mutuato in ospedale.

Voglio dire qualche cosa adesso della farmaceutica. Anche qui potrei citare infinite cose, potrei ricadere in luoghi comuni, il fatto è che noi siamo diventati dei mangiatori di medicina. L'industria farmaceutica italiana è veramente all'altezza dell'industria italiana, sa presentare i prodotti in un modo assolutamente eccezionale, per cui la persona sa che per quel tal disturbo c'è subito pronta quella tal medicina, che c'è quella bella illustrazione, quella bella etichetta, quella bella confezione, in tutti i modi viene invogliato l'assicurato, il mutuato, il lavoratore, a prendere queste medicine. Guai al medico che non si adegua a questo sistema. In Italia sono spesi 250 miliardi all'anno in medicinali. È una cifra spaventosa, si direbbe che siamo diventati un popolo di malati cronici, e pare anche che questi 250 miliardi siano spesi per un 17% in malattie stagionali, vedi Aspro, Aspirina ecc. ecc., mentre un altro 17% verrebbe speso per disturbi digestivi, vedi An-

tonetto, vedi tutte le altre pillole che servono a favorire il deflusso dei cibi, perché mangiamo di più di una volta, stiamo bene e mangiamo meglio. Però sono soldi che vengono presi alla mutualità, sono 250 miliardi che non vengono da un fondo di aiuti internazionali, non vengono da determinate fonti, vengono dai lavoratori, attraverso il prelievo dalla loro paga. Dirò dopo come è la situazione.

In questa situazione quindi è facile per chi tratta questo argomento dire che bisogna stroncare gli abusi. Abusi ce ne sono, lo sappiamo tutti, ce ne sono in ogni posto del nostro paese. C'è l'abuso di persone che si iscrivono alle Casse pur non avendo diritto al beneficio della Cassa, c'è l'abuso di coloro che si iscrivono alle Casse avendo diritto ad un'altra forma di assicurazione, e sono cioè i casi di assicurazione fittizia, alla quale non corrisponde un rapporto di lavoro, e ci sono dei casi di lavoratori, i quali sarebbero artigiani, commercianti o, meglio ancora, coltivatori diretti, che si iscrivono alla Cassa perché lo trovano molto conveniente. Se ciascuno pensa alla differenza che c'è fra l'assicurazione coltivatori diretti e l'assicurazione della Cassa malati, capisce subito che la assicurazione più conveniente è quella della Cassa malati. La coltivatori diretti fa pagare un contributo annuo che diventa consistente oggi, la coltivatori diretti dà prestazioni limitate, la Cassa malati non fa pagare una lira, perché oltre ai 700 metri c'è l'esenzione totale dei contributi assicurativi, e dà tutte le prestazioni, la scelta è inevitabile. Credo però che le Casse malati dovrebbero in tutti i modi stroncare gli abusi di iscrizione di persone che avrebbero diritto ad altra forma di assicurazione e che si iscrivono alle Casse. C'è poi l'abuso di coloro che non sono iscritti, perché sono ancora molti, purtroppo, nel 1967 i lavoratori che non vengono iscritti da parte dei da-

tori di lavoro alle Casse di malattia. C'è l'abuso dei medicinali, c'è l'abuso per i ricoveri ospedalieri, c'è l'abuso per una indennità di malattia per giornate lavorative perdute a carico della cassa. Si dice che se i medici dessero un giorno di meno di riposo ai mutuatati risparmierebbero 300 milioni all'anno, se cioè mettessero assieme tutte le giornate di riposo e a ciascun medico dicessimo: riduci il riposo di un giorno soltanto a ciascun lavoratore, si risparmierebbe qualche cosa come 300 milioni all'anno a questo riguardo. Cifre spaventose. È necessario quindi un controllo maggiore, è necessario che da questo Consiglio parta anche una indicazione, un convincimento per le Casse perché i controlli vengano esercitati nell'interesse dei lavoratori stessi, perché ai controlli partecipino i lavoratori stessi, perché questi abusi, anche se fatti da lavoratori, ricadono esclusivamente sulle spalle dei lavoratori. Ed è quindi una cosa assolutamente assurda, da incoscienti, consentire che abusi possano essere fatti e continuino ad essere fatti come oggi. È vero che le leggi regionali prevedono oneri a carico delle Casse, è inutile che io stia qui a spiegarlo, l'assessore ne è informato, potrà eventualmente informare il Consiglio di quali sono le situazioni attive e passive di ciascun settore, quali sono cioè i contributi che le Casse ricevono dalla Regione e quali sono le spese che esse sostengono per svolgere quei servizi che la Regione ha ordinato ad essi di svolgere.

Direi però che questo discorso va ridimensionato in un certo senso. Ad esempio per il settore agricolo il discorso non vale, perché ricordo che nel 1959, quando noi abbiamo fatto quella legge in base alla quale la Regione si assumeva una parte della spesa corrispondente al minor introito per i contributi mancanti per le zone agricole oltre i 700 metri, siamo stati il primo e l'unico ente che ha provveduto ad

intervenire a favore di Casse, perché in campo nazionale lo Stato non ha fatto nessuna legge e l'ha considerato come un dovere della Cassa esentare tutti i contadini, tutti i lavoratori agricoli che vivono oltre i 700 metri. Quindi qui il discorso della equivalenza fra le entrate e le uscite a stretto rigore non si dovrebbe fare, perché sappiamo che in effetti questi danni notevoli ci sono, questa corrispondenza tra entrate ed uscite manca completamente, e quindi è necessario che l'ente intervenga.

Per gli altri la nostra mozione dice alla Giunta: esaminate, controllate le singole situazioni, vedete se i contributi previsti con la legge ora non sono più corrispondenti agli oneri che le Casse assumono, e quindi intervenite. Qui c'è da dire anche, per completezza di discorso, che quelle prestazioni di favore, che noi come Regione abbiamo previsto a carico della Cassa per determinate categorie, sono state nel frattempo in parte anche assunte in campo nazionale, quindi non rappresentano più un effettivo vantaggio di quelle che sono le prestazioni nostre rispetto alle prestazioni dell'INAM. Per singole situazioni le prestazioni delle Casse sono certamente maggiori, migliori, di quelle che sono le prestazioni dell'INAM.

E vengo alla conclusione, quali sono le proposte che la nostra mozione propone. Anzitutto noi proponiamo che l'assessorato svolga un serio studio a questo riguardo; noi non chiediamo commissioni, perché sappiamo come sono le commissioni, le quali si disperdono magari in lunghe attività con scarsa costruttività; crediamo che la Giunta regionale possa disporre degli elementi necessari, delle persone necessarie, eventualmente ne prenderà altre, per svolgere un serio e documentato studio da far conoscere anche al Consiglio, che ha il dovere e il diritto di prendere conoscenza di una situazione che interessa l'assicurazione dell'85%

di tutta la nostra popolazione. Quindi lo studio dovrebbe riguardare: 1) proposte di carattere finanziario: adeguamento dei contributi regionali alle casse malati sulle leggi che hanno già previsto determinati contributi annui, bilancio per bilancio, alle casse malati, tenendo conto che il tempo è passato e che le prestazioni sono aumentate nel frattempo; eventualmente prevedere un contributo una tantum per sanare in tutto o in parte il deficit di bilancio; mutui agevolati con fidejussione per sanare i deficit arretrati. Questo lo dico perché in campo nazionale si sta ormai concludendo una certa operazione che il Governo ha condotto, e che non è la concessione dei 45 miliardi all'INAM di cui parlava la mozione della S.V.P., ma un sistema che prevede mutui a tasso agevolato e con fidejussione e garanzia da parte dello Stato. Io penso che se lo Stato fa una simile cosa per l'INAM altrettanto deve fare la Regione e che l'onere e che il rischio al riguardo non sia assolutamente notevole.

2) Proposte di carattere organizzativo. Per le Casse è stata estesa recentemente una legge che opera in campo nazionale e che consente alle Casse stesse di istituire dei servizi ispettivi allo stesso modo che viene concesso per l'INAM e per gli altri enti previdenziali. Di questa possibilità che prima non esisteva, io direi che le Casse devono avvalersene notevolmente; i controlli sono sempre utili e sempre salutari, non significano aprioristicamente sfiducia nei confronti dei lavoratori, di datori di lavoro, di medici ed altri, significano far sentire in ogni momento la presenza dell'ente che sborsa miliardi e che deve essere presente in ogni situazione nella quale c'è possibilità di abuso. Il problema degli abusi è assai delicato, io potrei qui parlarne a lungo, ma non credo che potrebbe essere molto utile il discorso, e non vorrei neanche generalizzare. L'Inghilter-

ra, la grande e democraticissima Inghilterra, dove tutti quanti dicono che non c'è alcuna confusione, — infatti quando si deve andare al cinema c'è tutta una fila lunghissima di due chilometri e nessuno ha il coraggio di passare avanti all'altro —, la grande Inghilterra, dopo che il piano Beveridge per la protezione totale è stato approvato, ha dovuto stringere le fila perché si è accorta, ad esempio, che di alcune prestazioni integrative veniva fatto un abuso notevole, — parrucche, occhiali, protesi, protesi dentarie —; approfittando del fatto che queste prestazioni eran gratuite, tutti quelli che naturalmente erano pelati si mettevano la parrucca, o tutti quanti andavano a farsi la protesi dentaria. Non c'è quindi da scandalizzarsi, ma io direi, e in questo sono d'accordo anche con quanto diceva prima il collega Benedikter, che occorre affiancare all'azione di vigilanza, all'azione di repressione, anche un'azione di educazione. Io ho sempre avuto fiducia in queste azioni di educazione, non credo assolutamente che la mentalità dei nostri lavoratori sia « tanto, paga il Governo » anche quando si tratta di soldi delle Casse che poi son loro soldi; si tratta però di far capire il perché e come è opportuna e necessaria questa attività di vigilanza, occorre cioè che tutti i lavoratori si rendano conto che l'assistenza di malattia è pagata coi loro soldi. Qui mi riferisco a quel concetto che, mi pare, ormai è entrato nella dottrina previdenziale, che cioè il contributo è salario differito e che quindi nel momento in cui, alla fine del mese, il datore di lavoro compila il GS2 e mette a carico suo un 10% e a carico del lavoratore lo 0,15%, sperequazione enorme a prima vista, non fa altro che attribuire il 10,15% a carico del lavoratore, anticipando in questo modo una parte di salario che sarebbe dovuta al lavoratore per le esigenze previdenziali del domani o di quelle che si possono ve-

rificare in caso di malattia. In questo senso è proprio un luogo comune dire « pagano i datori di lavoro », no, anticipano i datori di lavoro, paga tutto il lavoratore in quel concetto di salario differito che ormai è entrato nella dottrina previdenziale. Quindi quando tutti i lavoratori si rendessero conto che lo 0,15% della loro paga che è stato tolto è soltanto una piccolissima parte e che il resto, il 10% che corrisponde a 2-3-4-5.000 lire è stato anche tolto per anticipare quello che il lavoratore avrebbe il diritto di avere per le necessità previdenziali, si sarebbe fatta una cosa molto importante. Il passo quindi per comprendere che non si può abusare dei fondi costituiti con salario e stipendio dei lavoratori è breve e questo è un convincimento che dovrebbe esser messo in testa a tutti i nostri lavoratori. I sindacati dovrebbero fare un'opera di educazione, che sarebbe senz'altro importante, ma dovrebbe essere fatta non demagogicamente, ma concretamente per spiegare con dati alla mano che cos'è tutto il sistema previdenziale, come e perché il contributo assicurativo è parte di salario, come pure, ed è una conseguenza questa, dovrebbe esser fatta un'azione di educazione per la vigilanza. Non so se qualcuno di voi abbia mai partecipato a una mutua aziendale integrativa o abbia mai visto il funzionamento delle mutue aziendali integrative. C'è l'assicurazione di malattia e poi ci sono, nell'ambito di alcune aziende, specialmente le più grosse, delle mutue aziendali che hanno carattere integrativo, che intervengono, ad esempio se l'indennità giornaliera è del 60%, intervengono per pagare la differenza del 40%, che intervengono in determinati casi per integrare la parte del danno subito dal lavoratore che non è risarcito dalla mutua. Orbene, questo fondo è costituito con contributo paritetico di lavoratori e di datori di lavoro, e io non so se nessuno di voi

ha notato mai l'attenzione, la vigilanza che i lavoratori hanno sulle spese di questo fondo, vigilanza che arriva a un punto tale da denunciare quel collega o quel compagno di lavoro, che abbia approfittato di questo fondo, che si sia messo in malattia mentre poi è andato a fare una gita. Se questa vigilanza avviene nelle mutue aziendali interne, nelle quali è evidente il contributo offerto pro lavoratore e pro datore di lavoro per la formazione del fondo complessivo, perché non si deve arrivare ad una stessa vigilanza anche nel campo della assicurazione obbligatoria generale? Perché non devono i nostri lavoratori rendersi conto che tutti gli abusi, quelli che fanno essi e quelli che fanno i loro compagni di lavoro, si traducono nient'altro che in un danno per la loro categoria? Quindi vigilanza sì da parte della Cassa malati assieme a tutti i suoi organi ispettivi, ma vigilanza anche dei lavoratori.

Proposte di carattere normativo. La nostra assicurazione di malattia ha visto per la prima volta nel nostro paese una leggera partecipazione degli assicurati nel costo delle prestazioni. Quando un nostro assicurato va in farmacia a prendere un medicinale che costa 10.000 lire sborsa 100 lire. Questa è una innovazione molto importante, che ha avuto efficacia notevole in passato quando sembrava che tutto fosse gratuito e 100 lire avevano il suo peso. Era un motivo di maggiore prudenza nella spesa dei medicinali. In Germania per le visite mediche, ad esempio, viene dato un blocchetto che contiene 10 visite mediche generiche e 5 visite mediche specialistiche, il blocchetto costa 100 lire. È una cifra simbolica, però il lavoratore sa che qualche cosa di sua tasca ha sborsato anche nel chiedere il blocchetto. Nel momento in cui ha fatto le 10 visite generiche e le 5 visite specialistiche si presenta alla cassa, prende un altro blocchetto che le viene dato, sborsa altre 100

lire; 100 lire sono poche, però hanno la loro funzione. Guardate che, per esempio, la Svezia, che è sempre stata considerata paese all'avanguardia, per le visite mediche prevede la partecipazione del 30% nella spesa se il medico è di stato e del 50% se il medico è privato. Tutti gli stati in Europa prevedono la partecipazione nella spesa farmaceutica, eccetto l'Olanda e l'Inghilterra. Quindi il concetto della partecipazione dell'assicurato alla spesa, che valga anche a limitare gli abusi, l'eccessivo consumo di medicinali o l'eccessivo abuso di visite mediche è utile, l'abbiamo già sperimentato e va quindi seguito. Io direi però a questo riguardo che le 100 lire, che sono state stabilite nel 1954 oggi non hanno più quel valore e quindi vanno equiparate alla moneta attuale; si faccia il calcolo semplicemente di quello che era il valore delle 100 lire nel 1954, di quello che è il valore delle 100 lire nel 1967, e si traggano le debite conseguenze.

Il Ministro della sanità Mariotti, socialista, questa proposta la continua a fare, se volete vi cito tutti gli articoli di giornale nei quali il Ministro Mariotti propone ciò per tutto il territorio nazionale. La Corte dei conti nell'esame degli atti del bilancio dell'INAM e degli altri enti previdenziali, lo ha suggerito, e i sindacati stessi — io ho visto una deliberazione della Cassa malati di Bolzano firmata dai sindacati della CISL, della CGIL, della UIL e della SGB —, tutti concordi dicono: una partecipazione dell'assicurato ci deve essere e adeguata alle spese, per esempio, dei medicinali. Se quindi il nostro Ministro della sanità lo ha detto, se ce lo ha suggerito la Corte dei conti, se lo dicono gli stessi rappresentanti sindacali, facciamolo, senza avere molta paura in questo.

NICOLODI (Assessore suppl. previdenza sociale e sanità - P.S.U.): Quando ho chiama-

to io i sindacati mi hanno detto di no.

BERTORELLE (Vicepresidente Consiglio regionale - D.C.): Io però ho guardato, c'è un atto, che è in mano anche dell'assessore, ed è la deliberazione con la quale decidono di sottoporre alla Giunta regionale la situazione deficitaria della Cassa. Tra i rimedi indicati dalla delibera c'è anche questo, e si dice, se poi non è vero lo si rettifichi, che la delibera è stata presa ad unanimità. Io lo devo ritenere come una prova chiara, diretta, di volontà delle organizzazioni sindacali, che espongono il loro punto di vista.

Direi infine, per quanto riguarda le proposte, che una maggiore assistenza va data per le malattie di lunga durata. Per le malattie di breve durata, quelle malattie che sono occasionali, frequenti, frequentissime, anche se non sono indennizzate al 100%, nessun danno ne risente il lavoratore; le malattie invece di lunga durata, che prevedono degenza, ricovero, operazioni, devono essere integrate e aiutate di più. Si arriva all'assurdo che per le piccole malattie c'è una protezione totale, mentre per le grandi malattie, le più costose, non c'è una protezione se non assolutamente parziale, e questa è una cosa che non dovrebbe assolutamente essere consentita.

Concludo. Arrivati a questo punto viene spontaneo di dire: è il sistema che non va, si deve cambiare sistema, dal sistema mutualistico si deve passare al sistema della protezione totale. Questo è un problema che riguarda il futuro, questo è musica dell'avvenire. Lo so che è facile chiudere la bocca a coloro i quali protestano dicendo: non preoccuparti, faremo una protezione totale, cambierà tutto. È facile per noi dire: signori, quando vi sarà la protezione totale? quanti anni passeranno? è giusto che venga? Quindi c'è una questione di merito e c'è una questione di tempo, ma nel frat-

tempo noi non possiamo chiudere la bocca a tutti coloro che protestano, alle Casse che chiedono l'intervento nostro, dicendo soltanto: verrà una nuova riforma, e sarà una riforma totale e generale. C'è anche da dire — e io non voglio qui fare un discorso se sia preferibile un sistema di assicurazione pura e semplice come quello di adesso, sistema mutualistico, o un sistema di protezione totale —, ma c'è anche da dire se è possibile applicare un sistema di protezione totale in un paese povero, a differenza di quanto è stato fatto in paesi ricchi. È stato fatto in Inghilterra, parzialmente anche in Svizzera, ma sono paesi certamente diversi dal nostro. Protezione totale in sostanza che cosa significa? Non è la panacea di tutti i mali, ma che vengono ripartite fra tutti le risorse del paese a scopi previdenziali. Può darsi che sia un bene, però è una cosa che tutti dovremmo vedere, può darsi che sia anche un male, perché le risorse sono quelle che sono e non è che con la protezione totale le risorse aumentino, con la protezione totale si riesce soltanto a richiamare le risorse di tutti i cittadini del territorio nazionale, non soltanto di quelle categorie. Ma, premesso che oggi ormai il mondo del lavoro si identifica quasi completamente col mondo di tutti i cittadini del nostro paese, perché i lavoratori assicurati superano l'80-85%, i conti non cambiano di molto. In ogni caso, a parte il discorso che si può fare e che si farà, c'è anche il problema di oggi: oggi si deve cominciare anzitutto col mettere ordine agli enti previdenziali, si deve cominciare con unificare i contributi, si deve cominciare con unificare anche gli enti che svolgono le assicurazioni previdenziali in genere, e con ciò non voglio certo dire che conseguenza è anche la fusione della Cassa malati, dell'INAM e degli altri enti. La Cassa malati l'abbiamo costituita e siamo fieri della sua autonomia, perché per la prima volta in terri-

torio nazionale alla amministrazione della Cassa di malattia ci sono i lavoratori in maggioranza. Questa è stata una conquista notevole, le situazioni che oggi si vedono discutere non derivano da una situazione particolare, ma derivano dalla situazione generale dell'assicurazione di malattia, e quindi non è giusto né lecito attribuire alla situazione nostra cause che non hanno niente a che fare con essa. Certo che una Cassa di malattia trova difficoltà di funzionare quando il 60-65% della spesa viene dal settore dell'industria, che è presente col 40% degli assicurati, quando lo 0,8% della spesa viene dal settore dell'agricoltura che è presente con il 12% degli assicurati, quando cioè ci sono queste sperequazioni notevoli nel corpo che costituisce la Cassa malati stessa. Ricordo che la previdenza sociale, la quale era uno degli enti che aveva sempre avuto larga disponibilità di mezzi, tanto da prestarli a tutti gli altri enti e di fare anche una forma di investimento edilizio notevole, è entrata in crisi e si trova attualmente in crisi, con difficoltà ormai tra le entrate e le uscite, quando è stata estesa con legge dello Stato la contribuzione volontaria a tutti quelli che hanno versato anche un minimo di contributi. L'aver ammesso alla contribuzione volontaria per maturare il diritto alla pensione un sacco di persone che aveva lavorato solo il periodo di una settimana nella loro vita e per tutto il resto avevano fatto altre attività, di commercianti ecc., non è stato un bene, secondo me, perché ha fatto maturare un'infinità di pensioni, e oggi noi vediamo la conseguenza di una infinità di pensioni maturate con un minimo di contributi, e proprio quelli che hanno la pensione minima di 15.000 lire sono i primi a protestare sulle piazze perché la pensione è troppo bassa. Ma dovremmo pur aver anche il coraggio di dire che a molte di queste persone il periodo di lavoro è stato una brevissima pau-

sa della loro vita, che magari ha coinciso soltanto con settimane! Io conosco dei casi di persone che hanno lavorato due settimane nella loro vita e che da questo hanno maturato il diritto alla pensione. Ora, se questa è mutualità io veramente non so cosa dire.

Non è detto quindi che i mali al sistema mutualistico vengano superati col sistema della protezione totale. Per me una delle cose più gravi e più significative è questa: che, pur essendo un sistema mutualistico quello del quale noi parliamo, della Cassa malati, la presenza dei lavoratori non è sufficiente nei consigli di amministrazione e nella vita delle Casse, sono presenti sì e sono presenti in maggioranza, ma non è che esercitino quel peso che noi vorremmo e ci saremmo aspettati. Lo posso dire io che nel 1954 ho fatto ogni sforzo per portare al Consiglio l'approvazione di quella legge sulla ricostituzione delle Casse di malattia. Effettivamente noi ci saremmo aspettati dalla presenza dei sindacati dei lavoratori un'incidenza maggiore nella vita della Cassa, purtroppo succede che anch'essi si lasciano prendere dal meccanismo burocratico della Cassa, e non svolgono quella attività che sarebbe doveroso e fondamentale e primaria per la vita della Cassa con la loro presenza viva e costante.

L'auspicio quindi che noi vogliamo ribadire, alla conclusione di quella illustrazione della mozione, è anche questo: che non solo si chiami la Giunta regionale in causa perché paghi, non solo si chiamino gli organi delle Casse di malattia ad una maggiore vigilanza e sorveglianza, non solo si richiamino i lavoratori ad un maggior senso di responsabilità nell'andamento della Cassa di malattia che è di loro proprietà, ma che si richiamino anche i sindacati presenti alla loro funzione primaria nello svolgimento della Cassa. La Cassa spetta in maggioranza a loro, ma loro devono approfitt-

tare di questa maggioranza per far sentire il loro peso nella gestione della vita della Cassa. In questo modo noi pensiamo che anche le situazioni di deficit potranno essere superate e che le Casse potranno ritornare a quella tranquillità che le contraddistingueva negli altri anni, rispetto a quella che è la situazione dell'INAM.

PRESIDENTE: Ora può parlare uno per gruppo per 20 minuti, naturalmente uno può parlare per 40 minuti o due volte per 20 minuti. La parola al cons. Gouthier.

GOUTHIER (P.C.I.): Signor Presidente, signori colleghi, ritengo che le mozioni presentate dalla S.V.P. e dai partiti di maggioranza, così come le argomentazioni svolte dai colleghi che mi hanno preceduto, presentino delle questioni di indubio interesse e di indubbia gravità. Dico subito che, per certi motivi, condivido anche l'impostazione fatta dal vicepresidente del Consiglio collega Bertorelle, per certi motivi, per la sottolineatura cioè con cui si è voluto esattamente, a mio avviso, collegare il problema locale della Cassa malati al problema generale dell'assistenza sanitaria su scala nazionale. Certamente se noi oggi ci limitassimo qui a rivedere le bucce dei vari bilanci della Cassa malattia di Trento e di Bolzano, se ci limitassimo cioè a un'analisi locale o localistica, faremmo delle considerazioni in gran parte velleitarie e non coglieremmo la sostanza del problema. È noto, e lo confermano studi scientifici ormai diffusi ovunque, che la spesa sanitaria cresce praticamente in ogni paese del mondo, tanto è vero che si è tentato ormai di individuare quelle che sono delle leggi di tendenza oggettive che determinano l'aumento della spesa sanitaria, leggi di tendenza che si sono identificate nei fattori demografici, cioè nell'aumento della popolazione e nella maggiore lon-

gevità della popolazione, nei fattori sociali, per cui il cittadino attribuisce maggiore importanza alla propria salute, nei fattori morbigeni, cioè all'incremento di un certo tipo di malattia, a fattori terapeutici, cioè all'aumento delle spese relative agli impianti terapeutici che vengono richiesti dal progresso diagnostico. Sono leggi oggettive che vengono confermate nel nostro paese dal rapidissimo aumento della popolazione assistita, che dal 48,6 per cento relativo ai 47 milioni del 1952 è passata al 90 per cento dei 52 e rotti milioni di abitanti del 1965, e le spese dal 1952 al 1965 per i consumi sanitari sono salite da indice 100 a indice 200-227.

Ora, anch'io voglio sottolineare che se noi oggi discutiamo del deficit delle nostre Casse, deficit che può pregiudicare la erogazione dei sussidi economici, che crea e può aggravare le difficoltà con gli ospedali, con le cliniche, con le farmacie, ci troviamo di fronte a cause di carattere generale e a cause di carattere particolare. Fra le cause di carattere generale noi possiamo indicare questa, che l'assistenza malattia è in crisi perché viene assicurato il rischio di malattia, ma viene trascurata completamente la prevenzione, perché nel nostro paese vi sono decine e decine di enti mutualistici cronicamente deficitari, che spezzettano e quindi rendono antieconomica l'assistenza. E quando io faccio questa considerazione non voglio minimamente infirmare la piena, grande validità dell'istituto autonomistico e dell'assetto autonomistico che è stato dato alla nostra Cassa di malattia, ma io vorrei attirare l'attenzione dei colleghi su una circostanza che è stata accennata solo di sfuggita, e da un angolo visuale, a mio avviso, incompleto: quello della spesa per i medicinali. Giustamente è stato sottolineato il fatto che questa spesa viene aumentando in proporzione geometrica. Però io vorrei sottoli-

neare che la disciplina legislativa nel settore dei medicinali è vecchia di oltre un terzo di secolo, che vi è un ammasso, per così dire, di oltre 16.000 specialità di medicinali in 26.000 confezioni, che vi sono 100 ripetizioni dello stesso prodotto. Lo stesso Ministero della sanità ammette che il valore della sostanza medicinale è pari solo all'11 per cento o al 13 per cento del prezzo finale del prodotto. Da noi giustamente si dice che in Italia di medicina si muore, è veramente il nostro paese il *regno del bengodi* per l'industria farmaceutica. Il servizio sanitario inglese, che comprende quasi 42 milioni di cittadini, nel 1964 ha speso 171 miliardi; l'INAM con 26 milioni di assistiti 200 miliardi per quanto riguarda le spese dei medicinali, quando studi e statistiche recenti e serie confermano che per le necessità curative sarebbero sufficienti poco più di 300 farmaci. Per le spese di pubblicità, per il piazzamento sul mercato di questi farmaci si spendono 80 miliardi, quando per la ricerca scientifica se ne spendono 15, si devono tenere in vita 16.000 propagandisti. Nel 1963, 1039 aziende farmaceutiche hanno realizzato un fatturato globale di oltre 284 miliardi, e 21 di queste aziende, pari al 2 per cento del totale, hanno incassato il 40 per cento del fatturato. Signori colleghi, noi non possiamo sottacere questa situazione di carattere generale, che è determinante in modo gravoso sull'incremento della spesa per i medicinali. Noi non possiamo abbandonarci soltanto all'ironia della corsa verso l'aspirina, verso le pillole, verso medicinali di uso corrente, verso l'abuso che la massa dei consumatori farebbe di questi medicinali, se contemporaneamente non abbiamo il coraggio di denunciare e di mettere il dito sulla piaga, sullo scandaloso mercato dei medicinali nel nostro paese, sull'esigenza veramente di fare un po' di ordine, un po' di piazza pulita nella produzione,

nella riorganizzazione della produzione al fine di eliminare sopraprofiti di monopolio che incidono in maniera determinante sul prezzo dei medicinali. E sono professori universitari che sottolineano con chiarezza questo aspetto di un'industria, dice il Baldi, di « un'industria farmaceutica esercitante una sfacciata e allucinante pubblicità dei suoi prodotti ed insidiane, con prospettive di facili guadagni, la moralità professionale dei sanitari. Vi è un vero e proprio bombardamento reclamistico, effettuato con tutti i mezzi, auditivi e visivi, oggi usati dai persuasori palesi o occulti, che convince i cittadini a ricercare solo nel farmaco un po' di salute o illusione di salute in gocce o pillole ». Ho sentito prima ironizzare appunto sul cittadino comune che corre alla pillola, che corre alla goccia, ma non possiamo farne soltanto un fatto individuale del povero operaio o del povero lavoratore che è bombardato, attraverso la radio, la televisione, la pubblicità, da una pubblicità insistente ed assordante. È veramente questo del prezzo dei prodotti farmaceutici un problema di fondo. Se noi ci avviciniamo alla situazione locale, noi vediamo che la Regione estende l'assistenza attraverso proprie leggi, però non provvede la Regione stessa alla completa copertura dei bisogni finanziari che col varo di nuove leggi si vengono aprendo. Il consiglio di amministrazione è scarsamente autonomo nelle sue decisioni, che sono fortemente limitate dalla legge, dal regolamento regionale, ed è, signor assessore, da sottolineare anche il fatto di un costante appesantimento burocratico del funzionamento delle Casse di malattia. Fra l'assistito e il medico non c'è una dinamica serena, agile, svelta, una reciproca comprensione, il rapporto tra assistito e medico è un rapporto di reciproca fiducia, ma un rapporto immerso nell'anonimato molto spesso quallido.

C'è tra il medico e l'assistito molte volte

il diaframma di vetro, con dietro un funzionario che discute con l'assistito; i medici sono inoltre non adeguati per numero alle esigenze e, giustamente diceva il collega Bertorelle, la visita si svolge in modo frettoloso e la sintesi finale della visita è la prescrizione di quella pillola o di quelle gocce di cui dicevo prima. Errato sarebbe dare la responsabilità se non in casi limitati, se non in casi che, rispetto alla generalità del fenomeno, non hanno un'incidenza sostanziale, dicevo che sarebbe errato dare una responsabilità al così detto abuso dei lavoratori, così come errato sarebbe dire che la responsabilità ricade sul medico. Certo ci sono alcuni medici che ritengono che il sistema mutualistico comprima la libertà professionale, e quindi sospettano, sono in posizione di non immedesimazione ma di contestazione verso il sistema mutualistico. Ebbene, noi pensiamo che gli organi regionali, nella limitatezza delle dimensioni dell'area in cui sviluppano le loro funzioni, debbano promuovere, assieme a un incremento e a una accentuazione delle disponibilità dell'apparato sanitario, anche un'opera educativa attraverso la discussione serena e pacata dei problemi di fondo, con tutti gli interessati, sia la classe medica, sia degli assistiti. Un ritorno indietro a una professione medica puramente individualistica, non collegata alle esigenze di massa, che a loro volta sono collegate alla dinamica della società odierna, è impensabile ed è assurdo; è impensabile ed è assurdo perché da più parti ormai si sottolinea l'esigenza di arrivare a un sistema di sicurezza sociale generale.

Dico questo perché veramente non credo che meccanismi come quelli ventilati dal collega Bertorelle pochi minuti fa, cioè l'aumento delle 100 lire sulle ricette, possano responsabilizzare e possano in un certo qual modo sanare la situazione dei bilanci.

L'introito che deriva da un aumento delle

100 lire per ricetta sarebbe irrisorio rispetto ai bisogni, rispetto al deficit delle Casse di malattia, così come una azione che punti esclusivamente sull'educazione, sulla consapevolezza psicologica, anche questa sarebbe un'azione in sé e per sé utile, però guai a considerarla come determinante per la responsabilizzazione dei singoli e per la soluzione dei problemi di fondo. E quindi mi riallaccio a quanto dicevo prima, il problema delle difficoltà dell'assistenza sanitaria ed il problema dell'aumento fatale, costante, della spesa per la sanità da parte degli assistiti, non è qualcosa che si ricollega alla cattiveria o alla volontà di abuso di questo o di quell'assistito, — certo, nella massa c'è sempre chi abusa, chi vuol fare il furbo come si suol dire —, se noi ci troviamo di fronte ad un fenomeno costante in tutto il mondo, una deduzione che volesse far perno su rimedi educativi veramente sarebbe vana e sarebbe illusoria. E non è un caso che il Petrilli, a conclusione delle lezioni tenute 12 anni or sono all'Università di Roma sugli aspetti economico e finanziari dell'assicurazione, diceva che la situazione andrà acuendosi man mano che il campo di applicazione dell'assicurazione sociale di malattia tenderà a dilatarsi fino a comprendere tutta o quasi la popolazione italiana. Ecco, in quel momento il passaggio da una forma assicurativa ad una forma assistenziale risolverebbe tutti i problemi, anche quello relativo al finanziamento, perché questo avverrebbe in forma fiscale e in proporzione al reddito di ognuno, il che consentirebbe fra l'altro che ne fossero esonerate le classi più modeste.

È una legge oggettiva verso la quale dobbiamo muoverci, perché, ripeto, il ricorso a espedienti servirebbe a poco. L'assessore può dire « ma non è di nostra competenza varare un sistema nuovo, un sistema generale di sicurezza sociale », è vero non è di nostra com-

petenza certamente, però è di competenza della Giunta e dell'assessorato sollecitare al centro la via, indicare la via che fatalmente si deve percorrere su scala nazionale anche per risolvere i problemi della Cassa di malattia locale. Anche perché se si parla coi lavoratori, — e i sindacalisti lo sanno molto meglio di noi —, è diffuso e aumenta il desiderio di un incremento del sussidio di malattia, aumenta l'esigenza di un'ulteriore spesa cioè, c'è la rivendicazione diffusa di eliminare i tre giorni iniziali di carenza, c'è la richiesta di effettuare visite periodiche ed esami vari ai soggetti assicurati, al fine di prevenire le malattie; c'è l'esigenza di erogare l'assistenza sanitaria e farmaceutica senza limiti di durata, di migliorare l'assistenza integrativa, in particolare di elevare il concorso per le protesi dentarie ad almeno l'80% della spesa. Ebbene, se i lavoratori, se i sindacati si muovono in questo senso, senso che è destinato a gravare ancora di più, e che fra non molti anni sarà vano contestare puramente e semplicemente, ebbene dobbiamo per forza muoverci nel senso in cui dicevo prima: una riforma di carattere generale. Certo la Regione deve curare con maggiore attenzione, con maggiore ocularità le sue entrate e l'esatta applicazione del servizio. Ci sono esempi di infortuni che, quando non richiedono il controllo dell'ispettorato del lavoro, vengono scaricati sulla Cassa di malattia, e certo un'azione di controllo, di ocularità rivelerebbe che la Cassa di malattia è gravata di oneri che per la legge non le competono, perché ci sono delle aziende e delle imprese che, per evitare la tassa sugli infortuni, che è proporzionale al numero degli infortuni, appunto cercano di scaricarli sulla Cassa di malattia. E ci sono problemi come quelli delle malattie croniche che rappresentano una emorragia costante per la Cassa di malattia; anche qui ci sarebbe una soluzione nella anticipazione della

pensione, perché se la malattia è cronica direi che la prosecuzione della assistenza ha una funzione praticamente non più di assistenza medica in sé e per sé, ma di possibilità all'ammalato cronico di continuare a tirare avanti.

Per questo, e concludo, noi, pur non condividendo in tutto e per tutto l'impostazione che è stata data dai colleghi della S.V.P., impostazione limitata, localistica, votiamo a favore, e il nostro voto ha il senso di sollecitare la Giunta ad esaminare in modo approfondito tutta la questione e di spingere al centro, per far valere quelle istanze di riforma generale di cui prima ho detto.

PRESIDENTE: La parola al consigliere Jenny.

JENNY (S.F.P.): Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Als Vertreter der Sozialen Fortschrittspartei Südtirols freue ich mich ganz besonders, daß das Thema der Krankenversicherung hier debattiert wird. Innerhalb unserer Partei ist gerade dieses Thema immer wieder besprochen worden und stellt eine der wichtigsten Fragen dar, die die Bevölkerung interessieren und über die sie von uns eine konkrete Antwort erwartet. Ich möchte gleich zu Beginn betonen, daß es in dieser Frage nicht, wie es hier so oft der Fall ist, nur bei Gesprächen bleiben darf, sondern in so einem wichtigen Problem müssen konkrete Entscheidungen getroffen werden. Wir sind der Meinung, daß das Problem der Krankenversicherung von besonderer Bedeutung ist und ich möchte gleich betonen, daß ich die Art und den Beschlußantrag der Südtiroler Volkspartei ablehne, und zwar nicht aus einer vorgefaßten Opposition, sondern weil dieser Beschlußantrag an der Kernfrage vorbeigeht. Der Beschlußantrag der SVP

sagt eigentlich folgendes: Ersetzt das Defizit der Krankenkasse mit Regionalgeldern! Das heißt: Ersetzt das Defizit der Krankenversicherung mit unserem Steuergeld! Nun, ich weiß als Arzt selbst, daß die Krankenversicherung heute große finanzielle Anforderungen stellt und daß sie Subventionen benötigt, um ihren Pflichten nachzukommen. Aber man kann nicht einfach ein Defizit mit Steuergeldern auffüllen, wenn man effektiv nicht nur die finanzielle, sondern auch die soziale und wirtschaftliche Seite des Problems sehen will. Die Krankenversicherung ist ja ein Schutz für uns. Sinn und Zweck derselben ist es, dem kranken Bürger einen Kostenausgleich für seine ärztlichen und medikamentösen Ausgaben zu sichern. Daher müssen wir uns, bevor wir die Steuergelder, d.h. die Gelder der Allgemeinheit, einsetzen, fragen: Erfüllt die Krankenversicherung ihre Aufgaben? Denn bevor ich einen Organismus finanziere, muß ich mich, besonders als demokratischer Sozialist, fragen: Wie erfüllt dieser Organismus seine Aufgaben für die Allgemeinheit? Kann man da etwas verbessern? Und sehen Sie, da ist sehr viel zu verbessern. Und das ist ebenso wichtig, wie die rein finanzielle Seite, denn man kann es ruhig offen aussprechen: Die Kassen sind heute bürokratisch überforderte Maschinerien, die unter anderem auch die ärztliche, medikamentöse Versicherung des Kranken übernehmen. Diese Organismen führen ein bürokratisches Eigenleben, das noch dazu verschlechtert wird, indem dieselben manchmal zu parteipolitischen Proporzspekulationen mißbraucht werden. Das ist die Wahrheit des heutigen Kassensystems. Ich muß immer wieder lachen, wenn man z.B. sagt, wir lehnen uns an die INAM an: an ein vollkommen bankrott System. Ja, wer von uns kann sich im Privatleben auf einen Bankrotteur ausreden und sagen, ich richte mich nach dem-

selben? Einer der wenigen Organismen, die eine gewisse, echte Autonomie genießen könnten, wäre die Krankenversicherung, daher wundere ich mich immer, daß wir aus dieser Krankenversicherung nicht mehr zu machen imstande sind, als schwer defizitäre, schlecht funktionierende Unternehmen, die weder den Kranken, für den sie bestimmt sind, noch den Arzt befriedigen; ich weiß eigentlich nicht, wen sie befriedigen, vielleicht die Beamtenschaft, aber auch daran zweifle ich. Die Verbesserung dieses Systems wäre unsere Aufgabe und in erster Linie eine der Fragen, die sich die Politiker stellen müssen. Ich weiß noch, wie sehr wir dieses System, noch bevor ich in diesen Regionalrat gewählt worden bin, kritisiert haben. Und ich möchte gleich sagen, daß ich hier nicht ärztliche Standesorganisationen vertrete. Ich habe diesen Standesorganisationen immer wieder vorgeworfen, daß sie sich erst dann wehren, wenn ihre finanziellen Interessen im Spiel wären und daß sie nie imstande gewesen wären, klare Alternativ-Vorschläge vorzulegen. Jedenfalls, um das Problem in seiner Substanz zu erkennen, müssen wir uns fragen: Wie kann man das Funktionieren der Kassen verbessern? Denn daß diese Kassen nicht gut funktionieren, davon können Sie sich überzeugen, wenn Sie sich einmal an einem Vormittag in irgendein Ambulatorium setzen und zusehen, wie dieser Betrieb vor sich geht, und, auch wenn Sie von der Medizin nicht viel verstehen, werden Sie erkennen, daß man so nicht arbeiten kann. Ein Massenbetrieb mit vollkommen ungenügender Betreuung des Kranken! Es kommt einem vor wie eine Art Auslösung. Das ist keine Krankenkassenbetreuung! Es ist hier schon gesprochen worden, ob der Arzt oder die Bürokratie allein daran schuld ist. Ich sage noch etwas viel Wesentlicheres: Das System ist schuld daran! Und dafür gibt es

viele Beispiele; ich kann sie hier nicht im einzelnen erwähnen. Das System z.B. der ganzen Facharztbetreuung. Ich greife dieses heraus, weil ich es am besten kenne. Es ist vollkommen unwirtschaftlich, daß z.B. in den Kassennambulatorien vorwiegend die fachärztliche Betreuung gegeben wird. Dies mag bürokratisch praktisch sein, ist es aber nicht für den Kranken. Der Kranke geht lieber in die Praxis des Arztes, als sich einem anonymen Durchschleusverfahren anzuvertrauen, das sehr schnell, zum Teil oberflächlich, zum Teil ungenügend arbeitet. Diese Probleme müssen effektiv besprochen und behandelt werden. Es ist nicht so, daß sie unlösbar wären. Wenn man erkennt, daß das System schlecht funktioniert und absolut niemanden befriedigt, dann sehe man sich etwas um, wie es anderswo ist. Da braucht man nur einmal 150 Kilometer nach Norden oder 200 Kilometer nach Westen zu fahren. Es ist ganz gleich, wo man hinfährt, jedenfalls sieht man andere Möglichkeiten. In Österreich und in der Schweiz ist die soziale Belastung sei es des Arbeitnehmers wie des Arbeitgebers geringer, aber die Leistungsfähigkeit der Kassen weitaus größer. Da besteht gar kein Zweifel. Und es ist sogar so — und das wird alle erstauen —, daß die Nordtiroler Krankenkasse in den letzten drei Jahren ein Aktivum von 20 Millionen Schillingen erarbeitet hat, das sind 500 Millionen Lire. Dabei hat sie bessere, befriedigendere Leistungen erzielt, als sie die hiesige Krankenkasse jemals erricht hat. Und damit wir uns nicht in sterilen Debatten und akademischen Reden verlieren, möchte ich vorschlagen, einige Leute zu bitten — und ich würde mich freuen, wenn ich selber dabei wäre —, einmal nach Zürich, nach Innsbruck oder nach München zu fahren, um sich erklären zu lassen, wie dort das Krankenkassensystem funktioniert.

Zurückgekehrt, soll nicht fruchtlos weiterdebattiert werden, sondern es sollen die aufgezeigten Grundprinzipien angewendet werden. Natürlich kann man solche Systeme, wie der Kollege Bertorelle sehr richtig gesagt hat, nicht ohne die Voraussetzung einer gewissen staatsbürgerlichen Mentalität anwenden. Und die muß man schaffen. Ich muß sagen, da fehlt es in Italien am größten, was sehr bedauerlich ist. Wir wissen, daß in Italien sozusagen alles, was staatliches Eigentum ist, eigentlich niemandem gehört; z.B. rennt jeder, wenn er kann, quer durch die öffentlichen Parks, denn da sie ihm ja nicht gehören, ist ihm das völlig gleichgültig; so wenig hat er Respekt vor der Öffentlichkeit oder vor dem öffentlichen Geld. Und das erstreckt sich nicht auf die kleinen Leute; wenn Sie nach Rom gehen, sehen Sie diese Einstellung proportionell gesteigert. Diese Mentalität zu erziehen, sollten sich auch die Politiker zur Aufgabe stellen. Denn wenn z.B. der Arzt dem Kranken über das Kassensystem zwei Tage mehr gibt oder drei Visiten mehr aufschreibt, dann wird das hier als Kavaliersdelikt behandelt, was ein Witz ist. De facto ist, ehrlich gesagt, kein Unterschied, ob ich am Obstmarkt eine Orange stehle oder ob ich Geld der Öffentlichkeit veruntreue. Im Prinzip ist das haargenau dasselbe. Und ich verstehe nicht, warum das eine ein Kavaliersdelikt sein soll und das andere ein Vergehen. Aber so werden die Sachen behandelt. Auf Grund des Systems der sogenannten Wahl des Arztes ist es ja auch immer wieder möglich, eine Art Erpressung auszuüben: « Schreiben Sie mir das auf, sonst wähle ich das nächste Mal einen anderen Arzt ». Auch hier fehlt es an staatsbürgerlichem Bewußtsein.

Und jetzt komme ich noch auf einen wesentlichen Punkt. Ich sage es Ihnen klipp und klar: Mit der Steigerung der Kontrolle wächst

das Durcheinander; kontrolliert wird weniger als je. Ich glaube, der Herr Mastrella hat weiß Gott wieviel Kontrollen gehabt — trotzdem hat er eine Milliarde auf die Seite gebracht. Diese Mentalität, die in Italien so gang und gäbe ist, nämlich durch Kontrollen die Sachen zu verbessern, ist zu einem völligen Versagen verurteilt. Ich habe selbst in der Schweiz gearbeitet und da habe ich einmal gefragt: « Sie haben doch ein sehr liberales System: Der Arzt schreibt auf, am Ende der Behandlung schickt er den Schein ein, die Kasse honoriert. Wie kontrollieren Sie das? » Da hat der Befragte gesagt: « Ganz einfach. Wir nehmen von vorneherein an, daß jeder Mensch anständig ist, die anderen sind Ausnahmen. » Bei uns ist das Umgekehrte der Fall. Bei uns nimmt man an, daß jeder ein Gauner sei, bis das Gegenteil bestätigt ist. Und bei einer solchen Mentalität braucht es viele Kontrollen, die sich gegenseitig so kontrollieren, daß keiner mehr weiß, was kontrolliert worden ist. Also mit der Kontrolle — ich möchte es wiederholen — ist es nicht getan, sondern es braucht eine Erziehung. In der Schweiz ist es so: Wenn bei Stichproben festgestellt wird, daß Ungehörigkeiten, Gesetzesverletzungen vorgekommen sind, dann wird automatisch der Kontrakt zwischen Arzt und Kasse gelöst, was für den Arzt ein solcher Schlag ist, daß er ihn kaum riskiert. Warum sollte nicht einmal eine solche Mentalität in unseren Gesetzen eingeführt werden? Warum nicht einmal von dieser Basis ausgehen, anstatt immer diese Idee der Kontrollen zu verfolgen? Weil es sonst bei derart vielen Kontrollen nicht mehr so viel über Skandale in den Zeitungen zu berichten gäbe.

Es wurde auch noch von den Medikamenten gesprochen: auch hier ein Konzept, das ich als demokratischer Sozialist durchaus bejahe, obwohl manche Leute aus demagogi-

schen Gründen sich auf den Sozialismus berufen, um das Gegenteil zu behaupten. Eine gewisse Mitbeteiligung des Kranken ist durchaus zu verantworten und zu verlangen. Die Krankenkasse ist keine « Tombola », kein Schlaraffenland; es handelt sich dabei um das sauer verdiente Geld der Versicherten, der Arbeitnehmer, das investiert wird. Wer glaubt, an der Krankenkasse seine Faulheit oder seine Ignoranz oder seine, möchte ich sagen, eingebildeten Krankheiten heilen zu können, der gehört bestraft; da besteht gar kein Zweifel. So ist es auch in den kommunistischen Ländern: obwohl alle diese Dinge verstaatlicht sind, funktionieren sie aus dem einen Grund, weil ab und zu einer vielleicht in die Mongolei oder nach Karaganda hinunter versetzt wird. Bei uns ist es ja so, daß die Strafversetzung von Siracusa nach Trient erfolgt und das ist immerhin noch keine große Bestrafung. Jedenfalls, das Ziel, das hier erreicht werden muß, ist eine gewisse Leistungsfähigkeit, eine gewisse Wirtschaftlichkeit der Kasse, beruhend auf dem staatsbürgerlichen Bewußtsein aller. Bestrafung muß natürlich sein. In der Schweiz wird der Kontrakt automatisch gelöst. Dort heißt es: « Mein lieber Herr Doktor, Sie sind für unsere Kasse nicht mehr tragbar. » So etwas einzuführen, wird schwierig sein, da mache ich mir gar keine Illusionen, aber als Politiker, glaube ich, haben wir die Pflicht, der Bevölkerung diesbezüglich andere Möglichkeiten bzw. Verbesserungen zu bieten und dazu müssen wir solche Wege gehen. Mit dem Auffüllen durch Steuer-gelder, die wir alle zahlen, ist die Frage nicht gelöst. Leider aber ist es so, daß die meisten sich sagen, es ist ja sowieso Geld der Allgemeinheit und das Prinzip der Verantwortung, das meiner Ansicht nach eines der wichtigsten Prinzipien in der öffentlichen Verwaltung ist, wird deshalb bei uns dauernd mißachtet. Die-

ses Prinzip muß geschaffen werden, auch dem Arzt gegenüber. Auch der Arzt muß wissen, daß man nicht mit Nachgeben, nicht mit Aufschreiben von zwei Visiten mehr, ein ungenügendes System ausgleichen kann; auch er kann sich nicht darauf berufen: « Ich werde schlecht bezahlt, ich muß mir auf diese Art helfen. » Das sind keine Entschuldigungen. Weder der Versicherte noch der Arzt können sich auf diese Art ausreden. Es wäre hier sehr viel zu sagen. Ich habe manches angedeutet. Auch die Liberalisierung innerhalb der Kasse wäre zu nennen. Die Kassen sind z.B. zum Teil zu Cliquenwirtschaften geworden. Auch hier muß das Prinzip des Wettbewerbs in der Leistungsfähigkeit aufgenommen werden. Alle Ärzte müssen zu den Kassen zugelassen werden. Das würde die Konkurrenz hervorrufen und würde zu einer Verbesserung der Leistungen zwingen, zumindestens von seiten des Arztes. Ich hoffe, daß vielleicht noch einmal in diesem Rahmen von diesen Dingen gesprochen wird; ich habe jetzt nur die Art, wie man die Probleme angehen soll, dargelegt. Mit dem reinen Behaupten, die Medikamente seien zu teuer, was ja stimmt, sehe ich aber keine Möglichkeit — außer man macht eine Revolution, wozu aber auch die Kollegen Kommunisten schon lange nicht mehr bereit sind —, wie man dieselben effektiv verbessern oder verbilligen könnte. Wir haben ja schon x-mal gesagt: der Patient soll sich beim Kauf der Medikamente mitbeteiligen! Ich würde vorschlagen: Alle jene Medikamente, die für die Bevölkerung wirklich wichtig sind, sollen gratis sein. Bei der unendlichen Zahl von Tabletten, die weder schaden noch nützen — d.h. die meistens nur den Herstellern nützen —, soll der Patient ruhig etwas beitragen. Wenn wir nach großzügigsten Maßstäben alle wichtigen Medikamente und auch die Antibalypille, die manches Pro-

blem in Italien lösen würde, in die Gratiskategorie aufnehmen, dann hätten wir schon einen Fortschritt gemacht. Aber solange wir hier nur herumreden und die Steuergelder und die Kontrollen verstärken wollen, gehen wir am Wesen des Problems vollkommen vorbei. Meine Zeit ist nun überschritten und ich hoffe, daß es ein andermal noch möglich sein wird, ein paar konkrete Initiativen vorzuschlagen. Ich sage nur noch, es gibt in unserer unmittelbaren Nachbarschaft Beispiele, die sich in der Praxis absolut bestätigt haben und nachahmenswert sind.

(Signor Presidente! Signore e Signori! Quale rappresentante del Partito Social-Progressista Sudtirolese, mi rallegro in maniera del tutto particolare per il fatto che il problema delle Mutue venga discusso in questa sede. È un tema sul quale si è abbondantemente parlato in seno al nostro Partito e rappresenta una delle questioni fondamentali per la popolazione, al quale si aspetta da noi una concreta sottoposta in merito. Vorrei già inizialmente sottolineare che un problema tanto importante non va trattato a parole (come qui si suole fare così spesso), ma deve avvalersi di fatti, di concrete decisioni atte a risolverlo. Premesso dunque che a nostro avviso la questione delle Mutue riveste una importanza del tutto particolare, voglio subito sottolineare che mi oppongo sia al sistema della S.V.P. che alla sua mozione, e ciò non per un preconcetto ma perché in questa mozione si sorvola su quello che rappresenta il nocciolo della questione. Infatti nella mozione è propriamente detto quanto segue: Supplite al deficit delle Casse con fondi regionali! In parole povere: Calmate il deficit con il denaro dei contribuenti! Io, come medico, so quali grosse esigenze finanziarie abbiano oggi gli Enti mutualistici e quanto gli stessi necessitino di sovvenzioni onde poter far fronte

a tutti i loro impegni. Ma non ci si può semplicemente limitare a colmare un deficit mediante fondi fiscali qualora si intenda considerare il problema non solo sotto il profilo finanziario, ma anche sotto quello sociale ed economico. Le Mutue rappresentano per noi una sicurezza sociale ed il loro fine consiste nel garantire al cittadino che abbia necessità di cure mediche, una compensazione sulle spese sostenute per medico e mediana. Non possiamo pertanto intervenire con fondi fiscali, vale a dire con il denaro della collettività, senza porci a priori la domanda: Ma assolvono le Mutue ai propri compiti? Infatti, prima di finanziare un Ente, trovo logico, specie quale social-democratico, di chiedere: Come assolve questo Organo ai propri compiti nei confronti della comunità? È possibile apportare un qualche miglioramento? Già, perché si da il caso che ci sia parecchio di riformare e che sotto questo profilo la cosa sia altrettanto importante di quanto lo è sotto l'aspetto puramente finanziario poiché, e lo si può in tutta tranquillità dichiarare apertamente, le Mutue sono regolate, oggi come oggi, da un esagerato meccanismo burocratico che si estende, fra l'altro, anche all'assistenza terapeutica del malato. Questi Enti si avvalgono di una burocrazia tutta propria, aggravata ancor più dal fatto che ci si serve qualche volta di tali istituzioni per condurre una speculativa politica di parte nei confronti della proporzionale etnica. Ecco la verità sul sistema su cui si impernano oggi giorno le Mutue. Non posso non ridere ogni qualvolta sento dire, ad esempio, che noi ci conformiamo all'INAM, visto che il suo sistema è un completo fallimento. Infatti chi di noi nella vita privata taccerebbe qualcuno da fallito per poi ricalcarne le orme nelle proprie azioni? Una delle poche istituzioni che potrebbero godere effettivamente di vera autonomia

sarebbe proprio la Mutua, per cui continuo a meravigliarmi che noi non si sia in grado di far sì che queste Casse Mutue non si limitino ad essere degli Enti deficitari e tanto mal funzionanti da non soddisfare nè il malato, alla cui assistenza sono preposti, e nemmeno il medico; a dire il vero non so proprio chi soddisfino: forse i funzionari, ma ne dubito, dubito anche di questo. Sarebbe compito nostro migliorare tale sistema, e sarebbe precipuo compito degli uomini politici adoperarsi per la soluzione del problema. Ricordo ancora quanto, ancor prima che venissi eletto nel Consiglio regionale, noi si criticasse il sistema in parola, e vorrei subito precisare che io non rappresento in questa sede alcuna organizzazione medica di categoria. A tali organizzazioni ho sempre rimproverato il fatto che si ribellino e protestino solo allorquando sono in gioco i loro interessi finanziari, ed ho loro rimproverato, inoltre, di non essere mai state in grado di sottoporre valide alternative. Comunque, vagliando il problema nella sua sostanza, è d'uopo chiedersi: Come si può migliorare la funzionalità delle Casse Mutue? Basterà infatti che vi sediate una mattina in un qualsiasi ambulatorio e seguiate lo andazzo, per sincerarvi, pur non essendo competenti in materia, che non si può lavorare in tal modo: un esercizio di massa con una assistenza sanitaria assolutamente insufficiente. Sembra di vedere qualcosa di simile ad una estrazione a sorteggio. No, una cosa del genere non può definirsi assistenza mutualistica. Si è già discusso in questa sede se la colpa possa risiedere nel medico o esclusivamente nella burocrazia. Ebbene io sostengo invece che fundamentalmente la colpa va ricercata nel sistema, e ciò è comprovato da parecchi esempi che non posso esporre in modo particolareggiato. Mi soffermerò per intanto sull'assistenza sanitaria specialistica, della quale

mi intendo maggiormente. È del tutto antieconomico che, ad esempio, negli ambulatori delle Mutue prevalga appunto l'assistenza medico-specialistica. Questo potrà essere agevole sotto il profilo burocratico, ma non certo per il malato, il quale preferisce senz'altro recarsi nell'ambulatorio del medico anziché affidarsi ai servizi sanitari interni delle Casse, servizi cui si procede in maniera anonima ed affrettata nonché superficiale e pertanto insufficiente.

Questi problemi quindi vanno effettivamente discussi e trattati, in quanto non è detto che siano insolubili. Se si riconosce che il sistema è mal funzionante e pertanto insoddisfacente per tutti, ebbene è il caso di guardarsi un po' attorno per vedere come si procede altrove. Basterebbe soltanto recarsi per una volta 150 Km. al nord o 200 Km. ad ovest, non ha importanza; ciò che conta è che in ogni caso ci si potrebbe ragguagliare su altri possibili sistemi. In Austria ed in Svizzera l'onere sociale, sia del lavoratore che del datore di lavoro, è inferiore al nostro ma l'efficienza delle Casse è di gran lunga superiore, questo è indubbio. Si è verificato addirittura — e ciò stupirà tutti — che la Cassa Mutua Nordtirolese abbia negli ultimi tre anni registrato un attivo di 20 milioni di scellini, pari a 500 milioni di lire, ottenendo nel contempo prestazioni migliori e assai più soddisfacenti di quanto abbia mai conseguito la locale Cassa Mutua. Al fine di non perderci in sterili dibattiti ed in accademici eloqui, proporrei che alcuni di noi — e vi parteciperei volentieri io stesso — si recassero una volta a Zurigo o ad Innsbruck, oppure a Monaco, onde farsi spiegare il sistema ivi adottato per la funzionalità delle Casse in parola. Rientrati che fossero, non si dovrebbe continuare con gli infruttuosi dibattiti bensì passare subito all'applicazione dei principi basilari di cui si fosse preso nota. È ovvio

che, come giustamente affermato dal collega Bertorelle, non si potrebbero varare nuovi sistemi senza la premessa di una certa forma mentis da parte del cittadino, cosa questa che manca e che bisogna pertanto creare. Devo proprio dire che in Italia vi è una grossa deficienza in tal senso, il che è assai deplorabile. Si sa che in Italia tutto quanto è, per così dire, proprietà dello Stato, non appartiene in effetti a nessuno; così, ad esempio, ognuno non appena può, attraversa i giardini pubblici camminando con la massima disinvoltura sulle aiuole anziché sugli appositi vialetti, tanto non è roba sua, il che denota il poco rispetto verso la proprietà pubblica ed il pubblico denaro. E tale mentalità non alberga solo in seno al popolino ma si estende oltre, proporzionalmente all'estensione della città, come potreste rilevare andando a Roma. Dare una svolta a questa forma mentis è anche esso un compito che dovrebbero prefiggersi gli uomini politici. Allorché, ad esempio, il medico, non attenendosi al sistema mutualistico, assegna al malato due giorni di malattia in più o gli prescrive tre visite supplementari, ciò viene considerato un particolare del tutto trascurabile. Francamente detto, non vi è de facto differenza alcuna, sia che si rubi un frutto sulla bancarella del mercato, sia che ci si appropri del denaro pubblico. Il principio della illegalità è applicabile equivalentemente in entrambi i casi, per cui non comprendo, tornando ad hoc, perché l'una sia una semplice mancanza e l'altro invece una grave trasgressione. Comuneque è così che vengono trattate le faccende. Infatti in base al sistema della cosiddetta scelta del medico, è pur sempre possibile servirsi di una specie di ricatto: « Mi prescriva quanto le chiedo altrimenti mi scelgo, la prossima volta, un altro medico ». Anche in ciò si rispecchia la mancanza di una coscienza civica.

Ed eccomi giunto ad un altro punto di essenziale importanza. Lo dico chiaro e tondo: Intensificando il controllo aumenta la confusione, e la confusione, a sua volta, riduce la possibilità di controllo. Guardiamo il caso del Mastrella il quale, credo, avrà avuto senz'altro Dio sa quanti controllori, ed è riuscito ciò malgrado a sottrarre la bellezza di un miliardo. La mentalità di uso corrente in Italia, mentalità orientata cioè a migliorare le cose attraverso i controlli, non è che una condanna al completo fallimento. Ho lavorato personalmente in Svizzera ove, in merito ai controlli, ho chiesto una volta: « Nel vostro sistema, davvero assai liberale, in base al quale il medico prescrive e quindi, a cura ultimata, inoltra certificato di malattia, e la Cassa provvede al pagamento come avviene il controllo »? Mi venne risposto: « Partiamo molto semplicemente dal presupposto che tutti i cittadini siano onesti e che i disonesti rappresentino l'eccezione ». Da noi, di contro, si suppone che ognuno sia un furfante sino a che venga dimostrato il contrario. Una concezione del genere richiede parecchi controllori i quali, occupati a controllarsi a vicenda, finiscono col non sapere più cosa sia stato controllato e cosa no. Dunque — torno a ripeterlo — con il controllo non si risolve nulla, ed occorre invece educare le coscienze. In Svizzera si procede così: Se qualche saltuaria verifica mettesse in luce scorrettezze o violazioni alle norme di legge, verrebbe automaticamente sciolto il contratto fra medico e Mutua e questo equivarrebbe per il medico ad un colpo troppo forte, per cui difficilmente si esporrebbe a simile rischio. E perché dunque non potrebbero anche le nostre leggi fondarsi una volta tanto su tali principi? Perché non uniformarsi a questa mentalità, a queste concezioni, anziché restare fossilizzati sulla idea dei

controlli? Fors perché con quel po' po' di controlli i giorni resterebbero a corto di scandali.

Si è riparlato pure delle medicine ed anche su questo io, quale socialista democratico, ne condivido pienamente il concetto, sebbene vi siano persone che per motivi di carattere demagogico si richiamano proprio al socialismo per esprimere l'opposto. Si deve senz'altro esigere dagli ammalati una certa compartecipazione e risponderne. La Cassa Mutua non è il Paese di Bengodi, nè una specie di tombola; vi viene investito il sudatissimo denaro degli assicurati, dei lavoratori. Chi ritiene di potersi servire della Mutua per curare la propria pigrizia, la propria ignoranza o, diciamo pure, le proprie malattie immaginarie, va punito, su questo non vi è dubbio. Infatti pure nei Paesi comunisti, malgrado sia tutto statalizzato, le cose funzionano proprio perché forse di tanto in tanto qualcuno viene, per punizione, trasferito in Mongolia o nel Kasakistan. Da noi invece un eventuale provvedimento punitivo si limiterebbe al trasferimento da Siracusa a Trento, il che non è davvero una grossa punizione. In ogni caso il fine che deve essere conseguito in una determinata potenzialità di rendimento ed in una certa economicità mutualistica basata sulla coscienza civica di ogni cittadino. E non deve mancare ovviamente la disciplina punitiva. In Svizzera, ripeto il contratto viene automaticamente rescisso con una motivazione assai concisa: « Mio caro dottore la sua attività non collima più con le nostre esigenze ». Certo sarà difficile introdurre un sistema del genere e non mi creo al riguardo soverchie illusioni, comunque ritengo sia nostro dovere, quali uomini politici, offrire alla popolazione altre possibilità, nella fattispecie procedere ad una riforma, in quanto non è colmando i vuoti con il denaro delle tasse che noi tutti paghiamo, che si risolve il problema. Sta di fatto purtrop-

po che causa quella mentalità tanto diffusa, secondo cui ci si trincerava dietro il pensiero che, bene o male, si tratta del denaro pubblico, si viene sempre meno a quel principio, il quale fondato sul senso di responsabilità, è a mio avviso il più importante in una pubblica amministrazione. Bisogna inculcarlo tale principio, anche nel medico, poiché anch'egli deve rendersi conto come non sia possibile livellare o colmare le lacune dovute ad un sistema inefficiente, cedendo alla pressione del malato o prescrivendo un paio di visite in più. Neanche il medico può trincerarsi dietro ad una scappatoia tipo: « Visto che mi pagano male devo pur aiutarmi in qualche modo ». Non sono scusanti queste, e ne il medico, nè l'ammalato possono accampare simili pretesti. Quanto da me ora citato non è che una parte del molto che ci sarebbe ancora da dire in merito, non esclusa la faccenda della liberalizzazione nell'ambito delle Casse Mutue. Le amministrazioni mutualistiche, ad esempio, sono divenute in parte delle consorterie, per cui anche in questo campo va adottato il principio della competitività nel rendimento, ossia tutti i medici devono essere ammessi a prestare la propria opera in seno alle Mutue. Ciò promuoverebbe la concorrenza costringendo così i medici a migliorare le prestazioni. Spero che sulla faccenda si vorrà, nel quadro delle mie argomentazioni, discutere ancora una volta; per adesso ho solo voluto esporre la maniera con cui andrebbe trattato il problema. Non vedo come sarebbe possibile, mediante la semplice affermazione che i medicinali sono troppo costosi — il che è vero —, migliorare o ridurre il prezzo, a meno che non si voglia fare una rivoluzione, la qual cosa non rientra più da lungo tempo negli intendimenti dei colleghi comunisti. Non so quante volte è stato ribatito che il paziente dovrebbe, nell'acquisto dei medicinali, partecipare alle spe-

se. Io proporrei che tutti quei medicinali ritenuti veramente indispensabili per la popolazione, fossero concessi gratuitamente. Considerando l'enorme consumo di compresse relativamente efficaci, che si dimostrano utili più che altro ai produttori di farmaceutici, è giusto che il paziente contribuisca in parte alla spesa. Qualora, adottando misure oltremodo generose, includessimo nella categoria dei medicinali gratuiti tutte le medicine veramente importanti, comprese le pillole anticoncezionali che risolverebbero qui in Italia diversi problemi, potremmo dire di aver fatto un bel passo avanti. Ma finché ci si limiterà a discutere a vuoto ed a fossilizzarsi sull'aumento delle tasse e dei controlli, non faremo che aggirare la questione. Il tempo a mia disposizione è scaduto, spero comunque di poter in un'altra occasione proporre ancora un paio di concrete iniziative. Aggiungo solo che vi sono nei Paesi limitrofi degli esempi dimostratisi in pratica assolutamente positivi ed ai quali ci si potrebbe senz'altro conformare.)

PRESIDENTE: La parola al consigliere Agostini.

AGOSTINI (P.L.I.): Signor Presidente, ho ascoltato con molta attenzione gli illustratori delle due mozioni, in particolare devo premettere che purtroppo a me sembra che la discussione è un po' uscita da quello che è l'argomento specifico e si è un tantino politicizzata, attraverso discussioni che hanno toccato punti prettamente politici e anche sindacali. Io desidero ridimensionare, per quanto riguarda il gruppo liberale, la questione a quella che è l'attuale situazione, direi drammatica delle Casse malattia, ed in particolare al primo punto della mozione presentata da Bertorelle, Vinan-

te e Bolognani. Il dott. Bertorelle, già assessore all'attività sociale e sanità, ha messo il dito sulla piaga, dimostrando come il deficit delle Casse malattia sia un deficit che cresce enormemente di anno in anno, perciò riteniamo che sia sotto questo aspetto anzitutto che va affrontato immediatamente il problema, problema affrontato dal primo punto della mozione, là dove impegna la Giunta regionale ad accertare le possibilità di maggiori e migliori poteri ispettivi alle casse, onde evitare le evasioni contributive e gli abusi nella erogazione delle prestazioni.

Il gruppo liberale si soffermerà solo su questo punto, perché, ripeto, è quello che abbisogna di una immediata soluzione. La proposta, in brevi parole, è questa: la Cassa malattia di Bolzano, — io mi riferisco naturalmente a quella di Bolzano non conoscendo la situazione di quella di Trento, ma ritengo che sia analoga a quella di Bolzano —, deve immediatamente costituire un efficiente servizio ispettivo, aumentando gli elementi del personale che attualmente ha a disposizione; e questa soluzione è favorita in particolare dal fatto che anche alle Casse di malattia ora è stata concessa la facoltà di ispezionare le ditte, alla pari degli organi già costituiti dell'INPS e dell'ispettorato del lavoro. L'organo che la Cassa di malattia deva ampliare e perfezionare per renderlo appunto efficiente, deve accertare in particolare due punti, toccati dal Vicepresidente Bertorelle, e un altro che aggiungerò io. Questo servizio dovrà in effetti accertare:

- 1) le evasioni contributive, in collaborazione con gli organi paralleli dell'INPS e dell'ispettorato del lavoro;
- 2) controllare attraverso un settore del servizio ispettivo, attraverso cioè dei medici, ad hoc destinati, i medici fiduciari delle cas-

se, là dove si largheggia troppo nella denuncia della durata della malattia dei lavoratori. Il collega Bertorelle ha sotto solo questo aspetto denunciato un deficit di circa 300 milioni, solo se per ogni durata di malattia i medici detraessero una sola giornata; io in questo concordo pienamente con quanto ha dichiarato il collega Bertorelle. Ma un altro punto che non è stato toccato qui è che il gruppo liberale oggi denuncia e ne propone i rimedi, è l'accertamento delle responsabilità in materia di infortuni derivanti dagli incidenti della circolazione stradale.

È noto che le Casse malattia hanno il diritto di rivalsa nei confronti di chi è responsabile di incidenti di qualsiasi genere in cui siano compromessi i lavoratori assistiti dalle Casse. Purtroppo avviene, proprio per la carenza ancora del servizio ispettivo della Cassa, che molte responsabilità non possono essere accertate e che quindi la Cassa debba assumersi in proprio il danno rilevante dalla rivalsa, spese di rivalsa che, ripeto, aumentano freneticamente ogni anno e contribuiscono in misura notevolissima all'aggravarsi del deficit della Cassa malattia. Perciò la Cassa malattia dovrebbe in particolare rafforzare il personale destinato al servizio ispettivo, attraverso la assunzione di medici per controllare i medici, e questo personale potrebbe essere prelevato da ex carabinieri o ex agenti di polizia, che già conoscono la materia per essere stata oggetto del lavoro prima del loro pensionamento, per poter effettuare controlli, in collaborazione anche con gli organi della polizia stradale e dei carabinieri, per accertare appunto le responsabilità effettive per poter poi perseguire i responsabili. Si tratta di centinaia e centinaia di milioni all'anno che vengono a gravare sui bilanci della Cassa. Aggiungo qualche cosa di

più, e cioè che le spese che indubbiamente ne deriveranno per il rafforzamento del servizio ispettivo verranno colmate in grandissima misura dal guadagno che la Cassa ne ricaverebbe attraverso l'accertamento di queste nuove responsabilità, che oggi non è in condizione di accertare.

Il gruppo liberale, dopo questa unica proposta, che è quella di immediata soluzione, dopo aver esaminate le due mozioni, dichiara di accettare, per le proposte concrete che contiene, la mozione Bertorelle, Vinante, Bolognani.

PRESIDENTE: La parola al consigliere Mattivi.

MATTIVI (D.C.): Qui nelle varie mozioni abbinate si parla di rapporti fra le Casse di malattia provinciali di Trento e di Bolzano e la Regione, soprattutto in particolare su quelle leggi regionali, n. 18, mi sembra, n. 22, n. 23, che maggiormente influiscono su determinati deficit delle Casse stesse. Però è meglio inquadrare il problema delle due Casse di malattia nel problema generale dell'assistenza mutualistica in Italia. Si dice giustamente che le Casse mutue sono troppe, effettivamente sono circa 40 le più importanti, ma arrivano fino a 200 circa, ed è giusto coordinarle, riunificarle; si dice che tutti i cittadini, lo prescrive la Costituzione hanno diritto all'assistenza di malattia, ma che queste varie casse di malattia non la danno sufficientemente, perché la danno se i cittadini sono in determinate situazioni e in altre no, e non tutti i cittadini sono assicurati. Si dice che dobbiamo fare lo stato di sicurezza sociale, e che la manifestazione dello stato di sicurezza sociale è questa unità sanitaria locale, espressione periferica, espressione decentralizzata dello stesso sistema. Tut-

te cose giuste, come è stato detto anche dal nostro Vicepresidente Bertorelle, però oggi esistono le Casse malattia così come sono, coi loro vantaggi, coi loro svantaggi, coi loro deficit. È in via di approvazione alla Camera la legge ospedaliera, che si rende necessaria oggi, ma chi sopporterà il peso della legge ospedaliera saranno ancora le mutue, aggravando i deficit; oggi esistono anche delle mutue che deficit così non ne hanno ma dovranno sopportare il peso anche delle leggi ospedaliere. Oggi si gioca tutto sul sistema mutualistico. È difficile, io credo, come è stato detto giustamente anche dal Vicepresidente Bertorelle, in uno Stato povero come il nostro passare improvvisamente da uno stato mutualistico a uno stato di sicurezza sociale, fiscalizzando gli oneri sociali, soprattutto anche perché oltre a questo grave peso economico che verrebbe a ricadere sullo Stato e su tutti i cittadini improvvisamente, impoverendo maggiormente la nazione, c'è ancora da discutere su questo sistema di sicurezza sociale. In via generale si è d'accordo, ma nei particolari c'è ancora da discutere, credo a livello di partiti, secondo visioni ideologiche. Vediamo che l'unità sanitaria locale non è ben spiegata oggi nelle sue intime strutture; i rapporti col centro, questa libertà decisionale della periferia non è ben specificata e non si comprende; la libertà finanziaria, questa autonomia finanziaria dell'unità sanitaria locale non è ancora ben studiata e sicuramente darà origine a delle discussioni a livello di partito. Nell'unità sanitaria locale i rapporti tra medicina nazionalizzata e libera professione vanno curati, perché io credo che i rapporti tra libera professione e medicina nazionalizzata o regolamentata devono impedire un declassamento della medicina stessa e far sì che i cittadini non soffrano di questo declassamento. Però oggi si dice che si può arri-

vare allo stato di sicurezza sociale distruggendo le mutue, cioè aggravando il loro caos economico, e questo mi sembra assurdo, sia per il grave onere economico che ricade sullo Stato, sia anche perché non sono ancora ben totalizzati i sistemi, e soprattutto perché arriverebbe a questo stato di sicurezza sociale quella mentalità che ancora non è preparata nei nostri mutuati, nei nostri cittadini e anche nei medici stessi. Quindi bisogna prima rafforzare, unificare, coordinare, quello stato mutualistico che oggi abbiamo, perché, ripeto, si può passare allo stato di sicurezza sociale in un secondo tempo, dopo aver avuto un sistema mutualistico efficiente e maggiormente ampliato. Io credo che si potrà passare dall'uno all'altro quando il sistema mutualistico sarà stato ben regolamentato, perché così come è oggi non va. Io direi oggi, affinché non si introduca in questo sistema di sicurezza sociale questa coscienza sanitaria non ancora rafforzata nei cittadini, direi che occorre la partecipazione dell'assicurato alle spese farmaceutiche, e se è possibile anche alle spese delle visite mediche. Non si può neppure insistere sul medico di fiducia, sul medico mutualistico di diventare un medico fiscale, credendo così di risolvere la situazione deficitaria delle Casse, perché è impossibile al medico trovare un altro sistema nelle visite degli ammalati. Il medico al mattino vede un numero grande, enorme, di assicurati che vengono per farsi visitare, ma io credo che nella maggior parte di questi assicurati non vi è la certezza di essere in malattia, e ricorrono al medico proprio perché il medico è gratuito, proprio perché le medicine vengono date gratuitamente. Al medico ricorrono quindi degli ammalati veri e dei falsi ammalati. Si pretende oggi dal medico che faccia da psicanalista, che distingua cioè il vero ammalato dal falso ammalato, e che successivamente faccia la dia-

gnosi della malattia — e questo comporterebbe al medico un lavoro che supera le 24 ore sulle 24 —, oppure il medico potrebbe adottare un altro sistema, il sistema di non credere a nessuno, ma un medico di fiducia non può far questo se non con grave rischio. Ripeto, oggi bisogna che l'assicurato che si reca dal medico debba aver fatto dentro di sé un esame veramente approfondito per vedere se è nello stato di malattia o no, e credo che a questo si possa arrivare attraverso la compartecipazione alle spese.

Insisto nel dire che si può, attraverso questo sistema mutualistico di compartecipazione degli assicurati alle spese, arrivando al 100% della popolazione assicurata e riunificando determinate mutue, si può arrivare successivamente alla tappa dello stato della sicurezza sociale. La nostra legge regionale n. 25 del 1954, all'art. 27 dice: « Con un apposito provvedimento di legge potranno venire stabilite tariffe particolari per l'assicurazione facoltativa per appartenenti alle seguenti categorie: pensionati, artigiani, piccoli esercenti ecc. ».

Questo articolo dice che con apposito provvedimento di legge potrebbe venire ampliata l'assistenza. Si potrebbero ammettere allora all'assicurazione facoltativa ex lavoratori, ai quali la Regione dà il contributo di 5.000 lire mensili, i poveri del comune, — ho parlato a questo proposito con alcuni assessori comunali all'assistenza e si dice che se la Cassa di malattia potesse assistere i poveri i comuni stessi sarebbero disposti a pagare quel quid che verrebbe stabilito —, i liberi professionisti oggi vsiti, i disoccupati, gli emigranti ed altri. Naturalmente occorre la compartecipazione dei comuni, della Regione almeno in parte. Questa assistenza può anche essere gradua-

le, cioè riferita ai grandi rischi, quale l'ospedale, la specialistica, il ricovero per parto, e in un secondo tempo ampliarla maggiormente. Quindi c'è nella nostra legge regionale la possibilità di ampliare maggiormente il sistema mutualistico a tutte le categorie.

Come c'è da studiare a fondo l'art. 6 del nostro Statuto, il quale dice a un certo momento che la nostra Cassa di malattia non deve dare prestazioni inferiori a quelle che dà l'INAM in campo nazionale, naturalmente aumentando le prestazioni si giustifica così una partecipazione maggiore alle spese dell'assicurato, sia nel campo dei medicinali che nel campo della visita medica. In effetti le nostre Casse di malattia di Trento e di Bolzano oggi ai loro assicurati danno maggiori prestazioni dell'INAM in campo nazionale, ecco perché è giustificato la compartecipazione di 100 lire per ricetta. Noi sappiamo che la Cassa di malattia dà i 180 giorni di ricovero per ogni assicurato, ma non li assomma, come fa l'INAM in campo nazionale, alla diaria, a quei giorni di indennità di cui l'assicurato gode anche fuori dal ricovero ospedaliero. Naturalmente i 10 giorni di ricovero per parto sono in più dei 180 giorni. I familiari che godono delle prestazioni della Cassa di malattia sono in numero maggiore di quelli in campo nazionale, possono essere incluse le sorelle nubili, le madri nubili ecc.

La diaria in campo regionale in queste indennità di malattia è data anche nelle festività e rispettivamente nelle domeniche, cosa che in campo nazionale questo non avviene.

Le leggi speciali, la n. 18, la n. 22 e la n. 23, e rispettivamente le ultime leggi approvate l'anno scorso, ampliano le prestazioni riguardo agli assicurati.

Il perché della mozione è dovuto proprio a questo sbilanciamento, a questo aggravamento di deficit che hanno le Casse di malattia og-

gi per queste determinate leggi, e bisogna approfondire l'esame, vedere di quanto la legge regionale influisce sul deficit e cercare di sanarlo; ciò mi sembra doveroso. Le Casse di malattia oggi sono in deficit perché le aliquote contributive date sia dai datori di lavoro che dai lavoratori non sono aumentate in proporzione agli aumenti soprattutto delle rette ospedaliere; infatti per variare quelle aliquote è necessaria una legge nazionale. Un altro motivo è dovuto alla limitazione nell'aumento degli assicurati stessi in fase attiva; infatti causa la congiuntura i lavoratori non sono aumentati negli ultimi anni in proporzione degli anni precedenti, e poi per il blocco che i lavoratori hanno oggi nei loro salari.

Negli ultimi quattro anni, alla Cassa di malattia di Trento il deficit per le leggi 22 e 23 è di circa 450 milioni in totale; sulla legge dei pensionati il deficit pesa per circa 150 milioni; per la possibilità per alcuni di arrivare al pensionamento, indipendentemente anche da determinati contributi, — legge del 1920-1926 —, l'aumento nel 1966 a Trento di pensionati è stato di circa il 9%; sono 3.900 pensionati che gravano sulla Cassa e noi sappiamo che i pensionati gravano maggiormente medicinali, e spese del medico. Sono invece aumentate le forze lavorative attive vere e proprie di 180 lavoratori.

In sostanza, e termino, cosa si richiede oggi con le nostre mozioni? Si richiede, al di là di temi etnici, di provincialismi, e di temi di carattere nazionale, come lo stato di sicurezza sociale, un interessamento maggiore delle varie categorie, cioè che vi sia una cointeressenza di tutte le categorie alle spese della Cassa di malattia, con un intervento diretto nelle spese dei medicinali e se possibile, anche delle visite mediche, snellendo i servizi. Un secondo interessamento per ampliare possibilmente il

numero dei nostri assicurati, preparandoci successivamente allo stato di sicurezza sociale Interessamento dunque della Regione, mi ripeto, alle spese maggiori che sono date dalle leggi speciali regionali, che maggiormente incidono sul deficit della Cassa di malattia. E poi, riagganciandomi ai ragionamenti del cons. Benedikter, interessamento dei rapporti tra ospedali e mutue, in quanto la commissione regionale, l'abbiamo sentito e lo sappiamo, ha soltanto carattere consultivo e opera soltanto limitatamente nel tempo, mi sembra 10-15 giorni; vedere dunque se è possibile che questa commissione regionale si interessi all'aumento delle rette durante tutto l'anno, e non solo abbia carattere consultivo, ma dia alle Giunte provinciali determinate regole alle quali la Giunta provinciale poi deve attenersi.

Il cons. Benedikter ha posto il tema riguardo ai pensionati che hanno maturato il diritto alla pensione in provincia di Bolzano e che volendo risiedere in provincia di Trento, hanno un periodo di mancanza di assistenza da parte della Cassa di malattia di Trento; è una questione che giustamente noi dobbiamo approfondire e definire, perché questo naturalmente incide molto sull'assistenza ai nostri pensionati. Va bene prendere in considerazione il territorio, ma noi sappiamo d'altra parte che per i pensionati dell'INAM che vengono a stabilirsi nelle province di Trento e di Bolzano, è l'I-

NAM stesso che fa fronte alle spese, noi sappiamo che le nostre casse sono dette Casse di malattia provinciali di Trento e di Bolzano, e non è la Cassa di malattia regionale del Trentino-Alto Adige. Quindi la differenza che esiste fra la cassa provinciale di Trento e l'INAM, rispettivamente fra la cassa provinciale di Bolzano e l'INAM è la stessa differenza giuridica che esiste fra la Cassa provinciale di Trento e quella di Bolzano.

Si faccia quindi uno studio particolare da parte dell'assessorato al riguardo e in un determinato numero di giorni ci dia una risposta.

Il nostro Presidente del Consiglio regionale Pupp ci ha mandato negli ultimi giorni una nota che dice: « con l'occasione si rende noto che l'Ufficio di Presidenza nei prossimi giorni firmerà una convenzione tra la Cassa malattia provinciale di Trento per assicurare i consiglieri regionali »; quindi se per noi stessi, consiglieri regionali, abbiamo visto la necessità di godere dell'assistenza di malattia, questo problema deve essere sentito anche per tutti i nostri cittadini della regione.

PRESIDENTE: La seduta è tolta, si riprende domani mattina alle ore 10.

(Ore 14).