

8

SEDUTA DI MARTEDÌ 4 APRILE 1989

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE SILVANO LABRIOLA

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 15,30.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Propongo che venga disposta l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso per l'odierna seduta. Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Audizione del ministro della sanità, senatore Carlo Donat-Cattin.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del ministro della sanità nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla condizione dello straniero in Italia e sui fenomeni di razzismo.

Esprimo rammarico per la non cospicua presenza dei colleghi, causata da circostanze né previste, né prevedibili. Il ministro Donat-Cattin, infatti, è stato improvvisamente avvertito di un improrogabile impegno di Governo e la sua audizione, conseguentemente, è stata anticipata alle 15,30. Di ciò, tuttavia, non è stato possibile informare tutti i membri della Commissione affinché potessero assicurare la propria presenza.

Ritengo, comunque, che si possa procedere ad ascoltare la relazione del ministro della sanità, la quale riveste un obiettivo interesse ai fini del nostro lavoro. Ringrazio sin d'ora il senatore Do-

nat-Cattin per aver aderito all'invito della nostra Commissione a fornire il proprio contributo alla indagine conoscitiva sulla condizione dello straniero in Italia e sui fenomeni di razzismo.

CARLO DONAT-CATTIN, Ministro della sanità. Signor presidente, sono spiacente che, dopo una serie di rinvii dovuti a cause diverse, oggi sia stato costretto ad anticipare, rispetto all'orario previsto, la mia partecipazione a quest'indagine conoscitiva la quale, come ministro della sanità, mi vede coinvolto soprattutto per quanto attiene ai problemi dell'assistenza e delle condizioni sanitarie di donne ed uomini che, pur vivendo nel nostro paese, non hanno la cittadinanza italiana.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, gli stranieri senza passaporto, senza diritto di permanenza e di residenza, o che dispongano di un permesso temporaneo scaduto, si trovano in condizioni non differenti rispetto a quelle degli stranieri legittimamente residenti nel nostro paese; a questi ultimi vengono applicate le garanzie reciprocamente assicurate ai cittadini italiani che si trovano, per ragioni permanenti o transitorie (ma stabilmente o regolarmente), all'estero.

La legge 30 dicembre 1986, n. 943, che contiene norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari immigrati e contro le immigrazioni clandestine, dopo aver stabilito all'articolo 1, per tutti i lavoratori extracomunitari, legalmente residenti in Italia, e per le loro famiglie, la parità di trattamento e la piena uguaglianza di diritti rispetto ai lavoratori italiani, prevede espressamente, in favore dei lavoratori extracomunitari, i diritti relativi all'uso

dei servizi sociali e sanitari, a norma dell'articolo 5 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 633, convertito con modificazioni nella legge 29 febbraio 1980, n. 33.

In base alle suddette disposizioni, le organizzazioni sindacali ed assistenziali hanno rivendicato la parità di trattamento per gli stranieri rispetto ai cittadini italiani ai fini della contribuzione volontaria di malattia e, conseguentemente, l'esonero dal versamento dei contributi in caso di mancanza di redditi dichiarati ai fini dell'IRPEF.

L'interpretazione delle organizzazioni che si occupano dei lavoratori extracomunitari appare agli uffici del Ministero della sanità non fondata, dato che la legge n. 943 del 1986 rinvia espressamente, per quanto concerne il diritto relativo all'uso dei servizi sanitari, all'articolo 5 della legge n. 33 del 1980, cioè alla disciplina generale in materia, la quale prevede per lo straniero residente — che ovviamente non svolga un'attività lavorativa — la possibilità di iscrizione volontaria al Servizio sanitario nazionale dietro pagamento di una quota di partecipazione alla spesa sanitaria rapportata al costo medio *pro capite* annuo delle prestazioni.

Successivamente, a seguito delle sollecitazioni da parte delle organizzazioni per la tutela degli interessi degli immigrati, con il decreto-legge 27 giugno 1987, n. 242, reiterato dal decreto-legge 28 agosto 1987, n. 353, (i due provvedimenti, però, non sono stati convertiti in legge) si è tentato di integrare l'articolo 1 della legge n. 943 del 1986 per quanto concerne la contribuzione di malattia, con la seguente indicazione: « con partecipazione alla spesa sanitaria secondo le misure e le modalità stabilite per i lavoratori italiani disoccupati che risultano iscritti nelle liste di collocamento ». La formulazione della citata disposizione ha suscitato fondate perplessità, in quanto nell'ordinamento vigente in materia di contributi di malattia non esiste più una specifica indicazione per quanto concerne la particolare categoria dei lavoratori disoccupati iscritti nelle liste di collocamento.

Né è previsto per la predetta categoria un esonero dalla contribuzione, che comunque avviene di fatto perché il lavoratore disoccupato non versa contributi di malattia (in quanto questi ultimi sono collegati alla retribuzione). Il lavoratore dipendente italiano disoccupato, scaduto il periodo nel quale ha diritto alle prestazioni economiche di disoccupazione, è assimilato al cittadino non occupato, conformemente al vigente ordinamento suddiviso in categorie, ed è tenuto al versamento di un contributo percentuale sull'eventuale reddito imponibile ai fini IRPEF. In questo caso, però, non vi è reddito, in quanto il disoccupato è privo di salario e può aver terminato di fruire delle prestazioni economiche di disoccupazione o di cassa integrazione straordinaria (nel caso, cioè, del lavoratore che non rientrerà più nell'azienda; tuttavia l'ordinamento è stato recentemente modificato e non ne conosco perfettamente l'ultima versione). Tale lavoratore, pertanto, non versa alcun contributo e quindi è assimilato a chi, iscritto nelle liste di collocamento come disoccupato, è esonerato dal pagamento della contribuzione.

In base a queste disposizioni, prescindendo dalla loro infelice formulazione, i cittadini extracomunitari ammessi in Italia per motivi di lavoro ed iscritti nelle liste di collocamento, se privi di reddito tassabile ai fini IRPEF, sono stati iscritti al Servizio sanitario nazionale senza il versamento di alcuna contribuzione.

La mancata conversione del decreto-legge reiterato, di cui ho parlato prima, ha fatto decadere il beneficio dell'iscrizione, per cui attualmente i soggetti interessati all'iscrizione volontaria al Servizio sanitario nazionale sono tenuti al versamento del contributo previsto per tutti gli stranieri residenti in Italia, pari a 750 mila lire annuali. Devo osservare che il particolare beneficio previsto dai richiamati decreti-legge poi decaduti non poteva essere confermato a regime se non estendendolo anche ai lavoratori comunitari; in caso contrario sarebbe stata evidente una manifesta disparità di trattamento a scapito dei lavoratori CEE, diffi-

cilmente giustificabile di fronte al Trattato di Roma ed ai regolamenti comunitari che, se eccitata davanti alla Corte di giustizia comunitaria, avrebbe certamente visto soccombente il nostro paese.

Attualmente – ed a maggior ragione con la progressiva integrazione europea – potrebbero essere disposti particolari benefici a favore degli immigrati extracomunitari, in quanto la disciplina dovrebbe essere estesa a tutti i lavoratori stranieri, comunitari e non. Con queste premesse e considerato che – come ho già detto – gli immigrati extracomunitari sono a tutti gli effetti equiparati a tutti gli altri stranieri residenti o presenti sul territorio nazionale, è opportuno a questo punto esporre la disciplina assistenziale e contributiva di malattia prevista dalle disposizioni in vigore, illustrando per le diverse categorie di cittadini stranieri i problemi più rilevanti ed urgenti.

I cittadini stranieri presenti o residenti in Italia per quanto riguarda l'assistenza sanitaria si possono raggruppare in un piccolo numero di categorie: stranieri lavoratori legalmente occupati, stranieri rifugiati, stranieri tutelati dalla Convenzione europea di assistenza sociale e medica, stranieri residenti iscritti volontariamente al Servizio sanitario nazionale ed infine stranieri presenti e residenti in Italia non iscritti al Servizio sanitario nazionale. In quest'ultimo gruppo si possono far rientrare anche i cosiddetti clandestini; essi costituiscono una categoria molto numerosa, che crea più problemi delle altre, talvolta anche in relazione a questioni riguardanti l'igiene pubblica e la diffusione delle malattie infettive.

Le convenzioni internazionali (con le organizzazioni internazionali del lavoro della CEE) e la normativa nazionale assicurano allo straniero legalmente occupato in Italia la parità di trattamento con il lavoratore italiano; anch'egli è perciò soggetto al regime contributivo, ha diritto all'iscrizione al Servizio sanitario nazionale (delle cui prestazioni può fruire) ed è esentato dal pagamento delle quote partecipative a seconda che si trovi o meno nelle categorie di reddito più basso.

Sul territorio nazionale è assicurata la piena parità di trattamento sia al cittadino della CEE sia a quello extracomunitario; per quel che concerne l'assistenza all'estero, la parità di trattamento è garantita soltanto al cittadino CEE. In questo senso, se il cittadino CEE occupato presso un'azienda italiana si reca all'estero, per esempio in Jugoslavia o in Arabia Saudita, riceve lo stesso trattamento di cui beneficerebbe il cittadino italiano.

Nei confronti del cittadino extracomunitario permangono invece discriminazioni, alcune delle quali difficilmente superabili perché connesse alla mancanza di convenzioni internazionali di reciprocità. I regolamenti CEE di sicurezza dei lavoratori immigranti e le altre convenzioni bilaterali escludono l'estensione dei benefici convenzionali ai cittadini di altri paesi. Altre discriminazioni nei confronti dei lavoratori extracomunitari sono riscontrabili nella legislazione nazionale, come per esempio nel decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 618, in materia di assistenza all'estero e nell'articolo 3 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, concernente le prestazioni ricevute all'estero presso centri di altissima specializzazione. Queste disposizioni limitano espressamente ai cittadini italiani il beneficio di tali prestazioni (che consiste, per esempio, nella possibilità di recarsi in Francia o a Houston per fare un *by-pass*).

Anche se volute dai regolamenti CEE, le discriminazioni sono incompatibili con l'attuale ordinamento assistenziale italiano, ed in particolare con il principio della parità di trattamento per tutti gli assistiti. Tale principio dovrebbe valere per tutte le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale assicura non solo in Italia ma, ove occorra, anche all'estero. Tuttavia, una piena parificazione del lavoratore straniero a quello italiano in materia di assistenza sanitaria all'estero non appare necessaria perché la Costituzione impone allo Stato solo la tutela del lavoratore italiano all'estero.

Sarebbe necessario enucleare una serie di situazioni che, secondo quanto sosten-

gono gli uffici del Ministero della sanità – personalmente non ne sono del tutto persuaso – non giustificerebbero un'estensione dei benefici al lavoratore straniero. La parificazione potrebbe intanto essere concessa per quanto riguarda il trasferimento per ricevere cure all'estero, sia nei paesi della CEE sia altrove (vi sono, per esempio, pazienti che per determinate malattie si recano in Svizzera, paese che non fa parte della Comunità europea) in caso di carenza dei servizi sanitari italiani. Con una disposizione di legge si potrebbe estendere al lavoratore straniero residente in Italia la possibilità di ottenere l'autorizzazione a trasferirsi all'estero per fruire di prestazioni che il Servizio sanitario non è in grado di assicurare. In questo periodo di notevoli restrizioni economiche, però, è difficile che una disposizione diretta a tal fine possa trovare accoglimento nel programma di Governo.

Le discriminazioni contenute nelle convenzioni internazionali non sono, in verità, riferite solo agli stranieri, ma si estendono anche ad alcune categorie di cittadini italiani che non rientrano nell'ambito di applicazione di quelle stesse convenzioni: invalidi civili e di guerra, pensionati sociali, soggetti assicurati ex articolo 63 della legge n. 833; va rilevato, inoltre, che alcune convenzioni bilaterali escludono i pubblici dipendenti, i lavoratori autonomi ed i liberi professionisti. Per motivi di stretta legittimità queste discriminazioni, se recepite, sarebbero certamente dichiarate illegittime dalla Corte costituzionale (esistono convenzioni internazionali che prevedono il pagamento di servizi e contributi).

Appare opportuno e necessario estendere, ove possibile, con un provvedimento legislativo ed amministrativo a tutti i cittadini italiani assistiti quei benefici che le vigenti convenzioni internazionali limitano ad alcune categorie di lavoratori, ma che non hanno alcuna connessione con l'attività lavorativa, come il diritto alle prestazioni urgenti in caso di temporaneo soggiorno per motivi turistici o di altra natura nei paesi convenzionati e la

possibilità di ottenere l'autorizzazione a trasferirsi per cure in questi paesi.

Un'altra categoria comprende gli stranieri residenti o presenti sul territorio nazionale assistiti in base alle vigenti convenzioni internazionali di sicurezza sociale – multilaterali e bilaterali – di reciprocità, sottoscritte da Italia, Jugoslavia, Svizzera, Austria, Stato di San Marino, Principato di Monaco ed altri paesi. Essi hanno diritto, con le modalità ed i limiti previsti dalle convenzioni stesse, alle prestazioni assicurate in Italia ai cittadini italiani, con oneri a carico delle istituzioni estere competenti, che comportano una corrispondenza ed un contenzioso notevoli.

I cittadini dei paesi CEE residenti in Italia hanno altresì diritto alle prestazioni in forma indiretta erogate dalle USL presso centri altamente specializzati esistenti all'estero.

È necessario prendere in considerazione, inoltre, i cittadini rifugiati, provenienti da paesi europei. In base alla convenzione di Ginevra del 28 luglio 1951, ratificata con la legge n. 722 del 24 luglio 1954 – risalente, quindi, a 35 anni fa – i cittadini stranieri residenti o presenti in Italia ai quali è riconosciuto lo *status* di rifugiato politico hanno diritto, se privi di risorse economiche sufficienti, all'assistenza sanitaria gratuita da parte del Servizio sanitario nazionale. L'articolo 23 della convenzione di Ginevra sancisce, infatti, la parità di trattamento con i cittadini del paese ospitante. L'Italia nel ratificare la convenzione ha posto la cosiddetta riserva geografica sui paesi di provenienza, limitando il riconoscimento esclusivamente ai profughi provenienti dai paesi europei: in concreto, dai paesi dell'Est.

Agli stranieri in attesa del riconoscimento dello *status* di rifugiato politico non sono riconosciuti particolari benefici: questi cittadini, nelle more dell'eventuale riconoscimento di tale *status* da parte della competente commissione, sono assistiti dal Ministero dell'interno nei campi profughi, ma non hanno diritto ai benefici previsti dalla convenzione di Ginevra.

Solo il formale riconoscimento della condizione di rifugiato, da cui consegue la parità di trattamento con i cittadini italiani, comporta per gli interessati il diritto all'iscrizione al Servizio sanitario nazionale con l'esenzione di fatto dal versamento di contributi, atteso che la maggior parte di essi non gode di redditi imponibili ai fini IRPEF. Fino a quando non interviene il formale riconoscimento – in base alla procedura della richiamata convenzione di Ginevra – gli stranieri rifugiati sono soggetti alla generale disciplina prevista per i cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, ai sensi dell'articolo 5 della legge n. 33 del 29 febbraio 1980: ossia hanno diritto esclusivamente, con oneri a proprio carico (che, in realtà, non vengono mai pagati) alle cure urgenti ospedaliere. Questi oneri, che la legge pone espressamente a carico degli interessati, possono essere assunti dal Ministero dell'interno in considerazione dell'eventuale stato di indigenza del rifugiato in attesa di riconoscimento.

I problemi e le disfunzioni emerse con il recente e massiccio afflusso di profughi polacchi hanno reso evidente l'esigenza di modificare la normativa vigente, nel senso di prevedere anche per lo straniero in attesa del riconoscimento dello *status* di rifugiato e privo di risorse economiche sufficienti il diritto a tutte le prestazioni gratuite. Tuttavia, la presentazione in Consiglio dei ministri di una disposizione normativa diretta a rispondere alle esigenze prospettate appare difficoltosa a causa delle già ricordate restrizioni di bilancio.

I rifugiati provenienti da paesi extra-europei, ancorché riconosciuti sotto il mandato dell'Alto commissariato alle Nazioni Unite per i rifugiati, non godono in Italia, ai fini dell'assistenza sanitaria, di particolari benefici: sono equiparati a tutti gli effetti agli altri cittadini stranieri residenti o presenti sul territorio nazionale. Ciò in conseguenza della riserva che fu posta nel 1954. La discriminazione tra rifugiati provenienti da paesi europei, tutelati in base alla convenzione di Ginevra, e da paesi extraeuropei non tutelati

dal punto di vista giuridico è del tutto ingiustificata, almeno per quanto riguarda l'assistenza sanitaria. Sarebbe, quindi, opportuno introdurre un'equiparazione. Il Ministero dell'interno eccepisce che una liberalizzazione di questo tipo – come del resto in altri campi renderebbero il nostro un paese rifugio, esposto ad attività terroristiche di varia natura.

I cittadini stranieri tutelati dalla Convenzione europea di assistenza sociale e medica del 1953 e dalla Carta sociale europea del 1961, se residenti in Italia e privi di risorse economiche sufficienti, hanno diritto alle prestazioni sanitarie urgenti e necessarie al proprio stato i cui oneri sono a carico del Servizio sanitario nazionale. La Convenzione e la Carta ricordate tutelano i cittadini dei paesi facenti parti della CEE con l'aggiunta di Turchia, Norvegia, Svezia e Malta.

Anche se, a stretto rigore, la Convenzione europea medica del 1953 e la Carta sociale europea del 1961 non obbligano lo Stato italiano nei confronti dei soggetti tutelati dall'assistenza sanitaria, se non per le cure ospedaliere e quelle urgenti, ossia le cure già erogate ai cittadini italiani poveri dal sistema assistenziale pubblico prima della riforma, si è ritenuto che fosse più aderente allo spirito della convenzione e delle leggi di riforma garantire agli interessati tutte le prestazioni sanitarie attraverso l'assicurazione volontaria gratuita al Servizio sanitario nazionale.

Conseguentemente, a partire dal 1984, con il decreto ministeriale sulla disciplina e assicurazione volontaria del Servizio sanitario nazionale, è stata prevista la possibilità di iscrizione gratuita al Servizio sanitario nazionale per tutti i cittadini tutelati dalle richiamate convenzioni e privi di risorse economiche sufficienti.

Problema di difficile soluzione si è rivelato quello della individuazione degli aventi diritto, ossia di coloro che possono considerarsi privi di risorse economiche sufficienti. Estrema difficoltà che si presenta, in genere, per tutti i cittadini italiani, tenendo conto che nel riscontrare le liste degli esenti dal *ticket* sanitario, si è

notata una sovrabbondanza di soggetti rientranti, con il sistema della separazione dei beni, nell'ambito delle categorie autonome. Si è rilevata, quindi, una notevole disparità di peso tra le condizioni economiche di talune categorie autonome e quelle di talune categorie dipendenti, di modo che la maggior parte degli esenti risultano appartenere a categorie ritenute benestanti o di condizione media. Lo stesso avviene allorché va giudicato se siano privi o no di risorse economiche sufficienti i soggetti provenienti dai quindici paesi che ho prima elencato e che godono di questo beneficio.

I criteri desumibili dalla legislazione italiana richiamata dalle convenzioni portano a ritenere che lo Stato italiano si sia impegnato ad assicurare alcune prestazioni sociali e sanitarie esclusivamente nei confronti dei cittadini indigenti, ossia di quei cittadini per i quali si siano dimostrate condizioni di povertà senza possibilità per l'ente pubblico erogatore delle prestazioni di rivalsa verso terzi obbligati per legge. Questa delimitazione dei soggetti tutelati - sostanzialmente analoga a quella degli altri paesi firmatari delle convenzioni - era del tutto pacifica prima della riforma sanitaria, in quanto, allora, anche il cittadino italiano non mutuato - ma nel regime di mutua pressoché generalizzata, che copriva il 94 per cento dell'area demografica italiana - aveva diritto alle prestazioni a carico del comune di residenza ed al domicilio di soccorso solo se iscritto nelle liste dei poveri, ossia se risultava privo di risorse economiche sufficienti.

La legge di riforma sanitaria, rendendo obbligatoria, per tutti i cittadini italiani residenti, l'assicurazione presso il Servizio sanitario nazionale ha modificato radicalmente il preesistente ordinamento sanitario basato, per i cittadini italiani poveri, sul domicilio di soccorso, il quale, in pratica, è stato soppresso. Ai fini dell'assistenza sanitaria, dunque, lo stato di povertà non ha più alcuna rilevanza per il cittadino italiano. Assume rilevanza ai fini contributivi solo l'eventuale reddito dichiarato ai fini IRPEF, ancorché nell'ul-

timo decreto sulla sanità si tenti di far ricorso alla dichiarazione di indigenza da parte del sindaco, tenendo conto proprio di queste enormi disparità esistenti tra categoria e categoria.

Nel 1984, per l'individuazione degli aventi diritto, il decreto prevedeva espressamente che fossero considerati privi di risorse sufficienti ai fini dell'assicurazione malattia presso il Servizio sanitario nazionale i soggetti che avessero conseguito un reddito non superiore a 3 milioni e mezzo, somma allora corrispondente all'ammontare della pensione sociale.

In sede di predisposizione del decreto relativo al 1986, si convenne di modificare il predetto criterio per i seguenti motivi: la fissazione di un limite di reddito uguale all'ammontare della pensione sociale comportava una disciplina a danno del cittadino italiano, che in base alle disposizioni dell'articolo 31 della legge n. 41 del 28 febbraio 1986, è tenuto al versamento della contribuzione anche su redditi inferiori. La fissazione di un limite di reddito diverso da quello della pensione sociale, oltreché ad essere del tutto arbitraria, non risulta giustificata rispetto ai principi ed alle disposizioni delle convenzioni che fanno espresso riferimento ad uno stato di effettivo bisogno del cittadino e non al reddito dallo stesso eventualmente percepito. È evidente che si può legalmente essere privi di redditi propri, ma non essere in condizioni di indigenza.

Per soddisfare l'esigenza di prevedere un criterio forse il più possibile conforme alla lettera delle convenzioni, e che non comportasse disparità di trattamento per i cittadini italiani, nel decreto del 1986 si ritenne, pertanto, di subordinare il particolare beneficio di situazioni gratuite al Servizio sanitario nazionale dei cittadini in questione alla percezione, in quanto privi di risorse sufficienti, di sussidi economici da parte del Ministero dell'interno.

Il nuovo criterio risulta, a mio avviso, un po' arbitrario, poiché vi sono persone che non conoscono neanche questa possibilità, e conseguentemente non godono

del particolare sussidio del Ministero dell'interno. Ma vi sono anche soggetti che possono godere trovandosi in particolari posizioni individuali che non corrispondono, però, ad un contesto familiare o di convivenza in cui sia possibile ravvisare una condizione di indigenza.

In ogni caso, quel criterio è apparso più conforme alla lettera e allo spirito delle convenzioni: offrendo maggiori garanzie ed evitando abusi da parte degli interessati, unificava, di fatto, gli interventi di assistenza sociale a quelli di assistenza sanitaria. In realtà, il nuovo criterio ha finito, di fatto, con l'escludere dal beneficio la quasi totalità degli interessati, in quanto il Ministero dell'interno, anche per carenza di fondi, limita i sussidi ai casi di estremo bisogno. Quindi, sono venuti a mancare, simultaneamente, i sussidi al Ministero dell'interno ed il supplemento di sanità.

Appare necessario, quindi, prevedere un criterio più elastico che consenta, rispetto allo spirito delle convenzioni, di individuare i soggetti meritevoli di tutela senza legittimare una generale evasione contributiva: quel criterio del decreto-legge, che si ricerca anche nel recente decreto sui *ticket* e sulla struttura della sanità, che però è rimesso ad un successivo decreto dei ministri dell'interno, delle finanze e della sanità e che dovrebbe riguardare il reddito personale rapportato con quello dei familiari o del convivente. Mi chiedo, comunque, come sia possibile superare il regime della separazione dei beni, dal momento che in questo caso si tratta di godere o no di una esenzione particolare relativa al Servizio sanitario nazionale.

Il decreto n. 663, del 1979, così come integrato dalla legge n. 33, più volte citata, prevede la possibilità, per lo straniero residente in Italia, di assicurarsi volontariamente al Servizio sanitario nazionale, previo versamento di un contributo di partecipazione alla spesa annualmente determinata tenendo conto del costo medio *pro capite* e globale delle prestazioni rese dal Servizio nell'anno precedente.

Gli stranieri iscritti volontariamente al Servizio sanitario nazionale hanno diritto alle prestazioni assicurate dal Servizio stesso esclusivamente sul territorio nazionale. Il contributo deve essere annualmente determinato, con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale, entro il 30 ottobre di ogni anno.

L'attuale disciplina non è stata rinnovata, benché avrebbe dovuto esserlo, per non aumentare il contributo stabilito per il 1986. Oggi, il costo unitario supera il milione di lire, mentre il contributo richiesto è pari al 7,5 per cento dei redditi percepiti e non inferiore, comunque, a 750 mila lire (cioè al costo *pro capite* per il 1985). Il contributo ammonta, invece, a 290 mila lire per gli studenti - categoria che gode in misura maggiore, rispetto alle altre, del trattamento in questione - e a 425 mila lire per le persone collocate alla pari. In sostanza, è previsto un trattamento di favore per le due ultime categorie.

La disciplina generale del 1986 è stata confermata per gli anni 1987 e 1988, per cui è rimasta invariata la previsione di un contributo pari al 7,5 per cento del reddito con il limite di 750 mila lire, anche se i contributi per gli studenti ed i collocati alla pari sono stati elevati, rispettivamente, a 302 mila lire e a 442 mila lire.

L'obbligo della contribuzione minima di 750 mila lire, previsto dal decreto del 1986 e prorogato con direttiva ministeriale per il 1987, attualmente ancora considerato vincolante, è stato rilevato essere del tutto ingiusto nei confronti degli stranieri privi di risorse economiche e, in particolare, di quelli extracomunitari disoccupati (regolarizzati o clandestini) che attualmente costituiscono la categoria di poveri più numerosa.

In assenza di decreti e direttive ministeriali per la determinazione dei contributi e dopo il vano tentativo di presentazione di un schema di disegno di legge in materia, che non è stato accettato in sede di Consiglio dei ministri, è stata appli-

cata, a livello locale, una disciplina assistenziale-contributiva fortemente differenziata. Certe USL, anche in base ad autonome iniziative regionali assunte in via amministrativa, concedono gratuitamente alcune prestazioni urgenti, ovvero tutte le prestazioni, in particolare agli immigrati extracomunitari; la maggior parte delle USL, invece, continua ad applicare la direttiva ministeriale del 1987, iscrivendo al Servizio sanitario nazionale coloro che versano il contributo percentuale sui redditi percepiti, salvo conguaglio attivo e passivo; altre USL, infine, si limitano a richiedere il versamento minimo di 750 mila lire, ovvero quello di 302 mila lire previsto per gli studenti.

Nel 1987, sono intervenuti i decreti-legge 27 giugno 1987, n. 242 e 28 agosto 1987, n. 353, i quali, all'articolo 3, prevedevano l'esonero dal versamento dei contributi per i cittadini stranieri extracomunitari regolarizzati e disoccupati che, pertanto, erano stati iscritti gratuitamente al Servizio sanitario nazionale. In seguito alla mancata conversione in legge dei suddetti decreti-legge, la maggior parte delle USL ha cancellato dagli elenchi gli interessati, diversamente da alcune altre USL che non hanno compiuto tale operazione - in proposito non ho notizie precise in quanto il controllo contabile sulle USL non appartiene al Ministero della sanità, ma alle regioni ed al Ministero del tesoro -.

La mancata conversione in legge dei citati decreti-legge ha posto altresì il problema del recupero del mancato versamento dei contributi da parte di coloro che erano stati iscritti gratuitamente al Servizio sanitario nazionale; tale problema è stato risolto solo in parte dalla legge 16 marzo 1988, n. 81, la quale ha fatto salvi gli effetti dei decreti-legge, non consentendo quindi il suddetto recupero. Comunque, appare necessario sanare l'attuale confusa situazione con una disposizione chiarificatrice, anche in via amministrativa, per evitare azioni di recupero da parte dell'INPS nei confronti dei soggetti non rientranti *stricto iure* nella pre-

visione dei ricordati decreti-legge decaduti.

La generalizzata impossibilità di versare il contributo minimo di 750 mila lire all'anno fa sì che la quasi totalità degli immigrati dai paesi extracomunitari non sia attualmente iscritta al Servizio sanitario nazionale, con la gravissima conseguenza che tali soggetti, compresi i minori, non possono usufruire delle prestazioni di medicina preventiva anche se notoriamente costituiscono, in ragione delle aree geografiche di provenienza, categorie a rischio, specialmente per alcune patologie.

Inoltre, a causa della mancata assistenza medica generica e specialistica, gli interessati si rivolgono alle strutture delle USL quando la malattia è diventata un'urgenza da ospedalizzare, con conseguenze spesso irreparabili, oltre che con rilevanti oneri per il servizio pubblico, visto che le relative spese restano insolute e sono pertanto a carico dello Stato. Tuttavia, il fatto più grave è rappresentato dalla tardiva richiesta di assistenza sanitaria, in presenza di condizioni di salute deteriorate, che potrebbero essere evitate se si intervenisse in tempo.

La situazione descritta impone urgenti modifiche della vigente normativa relativa ai cittadini stranieri residenti sul territorio nazionale.

Per quanto riguarda quelli presenti in Italia e residenti non iscritti al Servizio sanitario nazionale, la legge n. 83 del 1980 prevede il loro diritto alle cure urgenti ospedaliere per malattia, infortunio o maternità, dietro pagamento delle prestazioni in base a tariffe fissate annualmente a livello nazionale, con decreto del ministro della sanità di concerto con il ministro del tesoro; mi risulta, però, che la maggior parte delle relative pratiche comporta soltanto una burocratica perdita di tempo, senza alcun esito positivo.

Nel 1986 le tariffe sono state fissate con decreto ministeriale: 265 mila lire per i ricoveri nelle strutture di cardiocirurgia, ematologia, grandi ustioni, nefrologia (compresi trapianti e dialisi), neurochirurgia, rianimazione, terapia intensiva,

unità coronariche; 185 mila lire per gli altri ricoveri (non sono compresi in tali somme gli oneri relativi a endoprotesi e *pace maker*, il cui costo effettivo è addebitato all'assistito). Per le cure urgenti ospedaliere che non comportino ricovero gli assistiti sono tenuti al pagamento delle singole prestazioni secondo appositi tariffari regionali; nel 1987 le rette sono state elevate con direttiva telegrafica ministeriale, in attesa della emanazione dei decreti n. 276, per ricoveri di alta specializzazione, e n. 192, per gli altri ricoveri.

È stato successivamente proposto uno schema di disegno di legge, che non ha sinora trovato accoglimento da parte del Consiglio dei ministri, per una più organica determinazione (anche attraverso un apposito fondo speciale) della materia di cui ci stiamo occupando; essa, a mio avviso, non ha alcuna possibilità di essere disciplinata in base a criteri di rivalsa in quanto questi ultimi comportano, come accennato, inutili pratiche burocratiche nel 99 per cento dei casi e, inoltre, rendono difficile la cura della salute delle persone interessate.

Gli aumenti di retta sono stati contestati da alcuni, come, per esempio, dall'Assitalia - la quale assicura gli stranieri in base ad una polizza concordata con i Ministeri della pubblica istruzione, dell'interno e della sanità - in quanto non disposti con decreto ministeriale; a seguito di tale recente contestazione vi è l'intenzione di provvedere almeno temporaneamente e per questo limitato fine.

Il regime assistenziale descritto non dà luogo a particolari inconvenienti salvo nel caso dei soggetti privi di risorse economiche sufficienti, che sono la grandissima maggioranza: essi non hanno la possibilità di pagare le prestazioni ed il Ministero dell'interno dovrebbe richiedere le relative somme alle ambasciate ed ai consolati dei paesi d'origine, ma le procedure non vengono neanche attivate per l'evidente impossibilità di recuperarle.

L'unica procedura che è stata riattivata, dopo un periodo di stasi, riguarda non un paese extracomunitario del terzo mondo, ma il Principato di Monaco, il

quale ha una partita di miliardi aperta con l'Italia, derivante da un accordo con i paesi «frontalieri», complicato nella fattispecie dallo spostamento nel territorio del Principato di una clinica cardiocirurgica le cui prestazioni sono convenzionabili con le USL italiane.

Le procedure non vengono attivate per l'evidente impossibilità di recuperare, neanche parzialmente, il credito dagli Stati esteri, poiché la maggior parte degli interessati è emigrata clandestinamente dai paesi di origine (i quali perciò non riconoscono loro alcun diritto), oppure è composta da rifugiati provenienti da paesi extraeuropei o appartenenti alla categoria dei nomadi.

Alcune regioni hanno assunto autonome e limitate iniziative per assicurare direttamente le prestazioni sanitarie necessarie, soprattutto a favore degli immigrati extracomunitari, regolarizzati o meno, degli studenti rifugiati dai paesi extraeuropei e dei nomadi. Nella generalità dei casi, specialmente nelle aree metropolitane come quella di Roma, si calcola che gli stranieri tuttora clandestini siano un centinaio di migliaia. Gli interventi sanitari essenziali sono assicurati da strutture istituite da enti od associazioni religiose gestite da volontari.

Il quadro del regime assicurativo ed assistenziale degli stranieri residenti o presenti sul territorio nazionale mette in evidenza l'esigenza di una modificazione organica del sistema; quest'ultimo, di fatto, finisce per penalizzare od escludere dall'assistenza proprio le categorie più bisognose, per le quali alcuni interventi sanitari (quali quelli di prevenzione) sono essenziali anche nell'interesse dell'igiene pubblica in generale e della salute stessa della popolazione italiana.

Le modifiche legislative dovrebbero riguardare il regime dell'assicurazione volontaria presso il Servizio sanitario nazionale ed il regime assistenziale degli stranieri poveri presenti sul territorio nazionale. Per quanto riguarda il primo, esso non ha conseguito i risultati voluti: il sistema, prevedendo il pagamento di un contributo percentuale sui redditi perce-

piti, tenendo conto del costo medio *pro capite* annuo delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, ha fatto sì che si assicurassero al Servizio soltanto cittadini con reddito superiore ai 10 milioni con una posizione stabilizzata. I cittadini privi di risorse economiche, con reddito inferiore a tale livello o con una posizione di lavoro non stabilizzata, rifuggono dal versamento di questo contributo.

Nel 1988 hanno chiesto l'iscrizione volontaria per sé e per i propri familiari 2.867 stranieri, che hanno versato 2 miliardi 490 milioni di lire, mentre nel 1987 gli iscritti sono stati 2.972 ed i contributi 2 miliardi 531 milioni. Gli iscritti, considerando il nucleo familiare medio composto da 2.215 unità (dato nazionale) possono valutarsi in 2.867 titolari e 8.100 familiari nel 1986 e 2.972 titolari e 6.400 familiari nel 1987. Tale cifra non arriva all'1 per cento su una valutazione media degli stranieri residenti in Italia pari ad un milione.

La ripartizione in relazione al tipo di contribuzione è la seguente: 22 per cento di contributo rapportato al reddito; 64 per cento di contributo minimo pari a 750 mila lire (la media è intorno alle 870-900 mila lire); 14 per cento di contributo pari a 290 mila lire per gli studenti o di 425 mila lire per le persone alla pari. È appena il caso di rilevare che il contributo non copre neanche il 50 per cento della spesa media *pro capite* del Servizio sanitario nazionale: è addirittura insignificante di fronte ad una spesa complessiva pari a 60 mila miliardi.

Lo schema di disegno di legge presentato dal Governo prevedeva una spesa di 400 miliardi, che non ci era parsa una cifra eccezionale anche per i vantaggi che comportava, non solo in termini di sanità degli interessati, ma anche in materia di igiene pubblica e di tutela della salute di tutti coloro che possono venire a contatto (nei luoghi abitualmente frequentati di giorno o di notte) con chi si trova in condizioni di indigenza e di bisogno.

Nel 1988-1989, a fronte del progressivo aumento della spesa sanitaria globale e media per assistito, il contributo medio

pro capite degli stranieri dovrebbe diminuire a seguito dell'estensione ad essi delle disposizioni di cui all'articolo 10 della legge 11 marzo 1988, n. 67; quest'ultimo ha ridotto la misura del contributo previsto all'articolo 31 della legge 28 febbraio 1986, n. 41, dal 7,5 al 6,5 per cento a partire dal 1° gennaio 1988 ed al 5 per cento dal 1° gennaio 1989. La quota del 7,5 per cento era intesa come riferimento al contributo delle categorie dei lavoratori autonomi, che successivamente è diminuito (e, riducendosi in percentuale, si riduce - credo - anche in cifra assoluta).

L'estensione della disposizione ai cittadini stranieri non è obbligatoria; tuttavia il non estenderla comporterebbe dei problemi, anche se il fatto riveste scarsissimo significato dal punto di vista economico. Il gettito complessivo diminuirebbe ulteriormente qualora si ritenesse di ridurre o di sopprimere il contributo minimo. Il sistema è certamente da riformare, ma ciò dovrebbe esser fatto in parallelo con altre disposizioni, per evitare di trovarsi all'interno del Governo di fronte a talune barriere, quali per esempio le esigenze del Ministero dell'interno.

La proposta avanzata dal mio dicastero, rimasta sospesa in seno al Consiglio dei ministri, prevede l'equiparazione degli stranieri residenti ai cittadini italiani ai fini assistenziali e contributivi. In sostanza, tutti i cittadini stranieri residenti in Italia, anche in attesa di legalizzare la propria posizione, sarebbero tenuti all'assicurazione obbligatoria di malattia presso il Servizio sanitario nazionale ed al versamento dei contributi, fatta eccezione per coloro i quali siano privi di reddito.

Per quanto concerne gli stranieri presenti sul territorio nazionale e privi di risorse economiche sufficienti, la soluzione da noi proposta non imponeva loro il pagamento di spese (i cui oneri, per essi insopportabili, in concreto avrebbero finito per ricadere sulla finanza pubblica, senza alcuna possibilità di rivalsa nei confronti dei paesi stranieri), ma ribadiva l'esigenza di stabilire rigidi criteri per in-

dividuare i soggetti meritevoli di tutela. Agli interessati devono, pertanto, essere assicurate gratuitamente, salvo il recupero – ove possibile – delle relative spese presso i paesi d'origine, tutte le prestazioni sanitarie, specie quelle di medicina preventiva.

Il Ministero della sanità è particolarmente preoccupato di quest'ultimo aspetto: pur in mancanza di contributi dovrebbe essere garantita ogni forma di medicina preventiva, da parte sia del medico di base sia dello specialista, agli stranieri che – legalizzati od in attesa di legalizzazione – si trovino nel nostro paese, per non avere un eventuale aggravamento delle loro condizioni di salute (sotto il profilo della loro salvaguardia in qualità di appartenenti alla comunità mondiale) e per non creare focolai di infezione di determinate malattie all'interno della Comunità nazionale.

Le proposte dirette a tal fine trovano, però, un ostacolo nelle notevoli difficoltà economiche che stiamo attraversando in questo periodo, caratterizzato da un passivo della spesa pubblica che si riforma con molta rapidità in rapporto a tutte le manovre di rientro poste in atto.

PRESIDENTE. Desidero ringraziare il ministro Donat-Cattin per averci prospettato un panorama veramente ampio dei problemi e dei nodi esistenti e per averci avvertito delle difficoltà che incontrerebbe un'azione riformatrice. Egli ci ha posti nella migliore condizione per esercitare, per quanto riguarda il settore della sanità, quell'azione legislativa che, come Commissione, riteniamo conseguenziale all'indagine legislativa in corso.

Invito i colleghi a rivolgere al ministro le domande che riterranno opportune ricordando che il tempo a nostra disposizione non è molto in quanto il ministro stesso deve ottemperare ad impegni di Governo.

ADRIANO CIAFFI. Nel ringraziare il ministro per la sua esauriente esposizione, desidero riprendere una delle questioni che egli ha prospettato per ottenere, se

possibile, ulteriori precisazioni. Mi riferisco all'assistenza sanitaria prestata ai cittadini stranieri che si concentrano presso una particolare unità sanitaria locale per motivi di studio, di frequenza universitaria...

PRESIDENTE. È il caso, per esempio, di Perugia.

ADRIANO CIAFFI. ... o di lavoro (determinati dall'esistenza di fabbriche o legati a collaborazioni familiari). Vorrei sapere se il sistema sanitario nazionale interviene a compensare specificatamente il bilancio della USL che provvede a garantire l'assistenza sanitaria o se, invece, questa presenza eccezionale di cittadini stranieri rispetto al numero degli abitanti non venga affatto calcolata.

SILVIA BARBIERI. Ringrazio a mia volta il ministro Donat-Cattin per la sua puntualissima esposizione da cui, tuttavia, emerge più l'insieme delle difficoltà di carattere burocratico, amministrativo e finanziario che si frappongono alla soluzione di un problema così importante come è quello di assicurare un'assistenza sanitaria adeguata agli stranieri che si trovano sul nostro territorio, che non l'esistenza di iniziative concrete, volte ad affrontare tale problema. Ritengo che nel momento in cui arriveremo alla conclusione della nostra indagine conoscitiva l'aspetto oggi in esame sarà tra quelli su cui maggiormente dovrà soffermarsi l'attenzione della Commissione. Credo anche, però, che al di là degli accenni fatti dal ministro ad embrioni di disegni e proposte di legge sulla materia, sarebbe opportuno disporre – pur nella consapevolezza della situazione difficile in cui versa attualmente il Servizio sanitario nazionale, soprattutto dal punto di vista finanziario – di elementi più concreti circa l'avvio di iniziative in questo campo. Penso che abbandonare gran parte delle esigenze che richiedono un intervento alla pur meritoria attività dei privati o dei volontari che svolgono la loro opera all'interno di associazioni religiose, determini una situa-

zione che non può protrarsi ancora a lungo; infatti, stiamo constatando nel corso della nostra indagine come la dimensione della presenza straniera in Italia sia estremamente consistente. Ritengo, pertanto che sia l'esigenza di assicurare un approccio civile del nostro paese nei confronti della presenza straniera sia la possibilità, sottolineata dal ministro, di una ricaduta negativa che questo problema, se trascurato, potrebbe produrre sulla stessa sanità pubblica impongano una più energica accelerazione delle iniziative in questa direzione.

GIOVANNI GEI. Devo dare atto al ministro della notevole chiarezza della sua esposizione da cui si ricavano notevoli elementi di analisi e da cui emerge l'estrema drammaticità della situazione degli immigrati dei paesi extracomunitari; situazione che rasenta la disumanità e che, a mio avviso, non può essere tollerata in un paese civile e democratico come il nostro. Mi premerebbe, pertanto, conoscere i motivi che hanno impedito l'approvazione da parte del Consiglio dei ministri...

PRESIDENTE. Il ministro ha fatto in precedenza riferimento a problemi di copertura finanziaria.

CARLO DONAT-CATTIN, *Ministro della sanità*. In merito all'ipotesi delle unità sanitarie locali caratterizzate da una rilevante presenza di stranieri può avvenire, in primo luogo, che questi ultimi svolgano un lavoro in condizioni di legalità e, quindi, dispongano della residenza. In questo caso le USL, che devono denunciare gli assistiti, possono farlo con riferimento sia ai cittadini italiani sia agli stranieri, differenziando coloro che provengono da paesi – come, per esempio, Francia ed Inghilterra – con cui sono state stipulate convenzioni di reciprocità in base alle quali è possibile ottenere un rimborso per le prestazioni erogate. Esiste un ufficio, denominato di « attuazione della riforma » (il quale è estraneo all'attuazione vera e propria che compete al

Ministero del bilancio e programmazione economica) che cura, oltre alle vecchie mutue dei naviganti, anche i rapporti con gli italiani all'estero e con gli stranieri in Italia provvedendo, quindi, ad ottenere i rimborsi dai diversi servizi sanitari nazionali – per esempio dalla *Sécurité* francese – delle spese sostenute dal nostro paese per le quali esiste, pertanto, una compensazione. Gli stranieri paganti, però, sono pochi; di solito le USL chiedono alle regioni di essere tenute presenti ai fini di una integrazione qualora abbiano una presenza massiccia di stranieri (magari in qualità di studenti universitari come nel caso di Perugia che ricordavamo prima) i quali sostengono un onere limitato. Si deve tenere conto, però, che attualmente la spesa media per assistito si aggira intorno al milione e che su di essa incidono, con un costo tre volte superiore a quello degli altri cittadini, coloro che hanno superato i 65 anni di età. Quindi, la spesa per l'assistenza di un giovane universitario è inferiore alla media nazionale e, pertanto, non determina una grande differenza.

Nel caso di stranieri che svolgono un lavoro illegale o clandestino ci troviamo di fronte alla stessa situazione dei cittadini italiani che esercitano un'attività di questo tipo: vi è un'evasione di contributi che non può essere contabilizzata. Qualche maggiore presenza si registra negli ospedali dove, finora, il sistema è andato avanti a piè di lista. Naturalmente, la questione nascerebbe nel momento in cui venisse accolto l'obiettivo di responsabilizzare le regioni e le unità sanitarie locali, che dovrebbero tenere presenti le prestazioni effettivamente erogate. Di questa situazione si dovrebbe tenere conto ai fini di quelle compensazioni – sempre più rilevanti – che vengono concesse in sede nazionale per le trasmissioni temporanee. Infatti le USL delle località di riviera (come nel caso dei paesi della Liguria o della Romagna) o delle comunità montane il cui numero di abitanti, solitamente modesto, si moltiplica nei periodi di vacanza, hanno calcolato nella ripartizione del fondo una cifra for-

fettaria, che prescinde da riferimenti specifici, per prestazioni diverse, salvo avere poi la compensazione esatta per ciò che riguarda le prestazioni ospedaliere. Queste ultime, infatti, sono calcolate una per una, e quindi compensate allorché vi è uno spostamento da una USL all'altra, anche perché non sono in rapporto soltanto al movimento del periodo estivo, ma anche alle presenze, ad esempio, di un celebre chirurgo, di un celebre medico o di una celebre clinica.

Andando avanti nell'informatizzazione del servizio, si ritiene che sia possibile giungere ad una forma di compensazione, ma saranno necessari alcuni anni, tenendo conto del fatto che la prima rete informativa (il Ministero della sanità, infatti, non ha altro potere se non quello di indirizzo e di coordinamento, ed ha il diritto di essere informato in base ad uno specifico articolo della legge n. 833) si sta formando tra il centro nazionale e le USL. Per ottenere compensazioni più facili è necessario che vi sia una rete informatica traslata da USL a USL ed un carico e scarico che prosegua, informativamente, in questa direzione. In questo modo, dovrebbero essere coinvolti anche gli stranieri, e per il Servizio sanitario nazionale non dovrebbe esservi differenza tra essi e gli italiani; infatti, stante l'indicazione degli stranieri in condizione di pagare, aggiungendo ad essi quelli che non creano problemi perché appartenenti a sistemi sanitari ed assicurativi che hanno accordi di reciprocità in Italia, per

gli altri, per molti anni, si sprecherebbero più soldi nell'andare a cercare qualche contributo di quanti potremmo incassarne. A Roma, ad esempio, mi è stato detto di ospedali e di cliniche ostetriche che non riescono a farsi rimborsare le spese del parto di donne di colore, filippine, eccetera, neanche quando hanno tentato di rivalersi sui datori di lavoro, poiché la risposta è sempre stata che la partoriente non era più a loro carico. Dunque, trattasi di una condizione senz'altro un po' particolare, che merita di essere considerata con la stessa larghezza che si è soliti usare allorché, di fronte a malattie che possono rivelarsi dannose per la collettività, è lo Stato ad assumersi qualsiasi spesa, salvo poi rivalersi in qualche modo.

Per quanto riguarda il dispositivo di legge, per trasmettere un disegno di legge che non è stato portato in Consiglio dei ministri, per ragioni evidenti, posso soltanto richiedere alla Presidenza del Consiglio se sono autorizzato a farlo, anche perché nessuna decisione definitiva è stata presa sulla materia.

PRESIDENTE. Ringrazio anche a nome dei membri della Commissione il ministro Donat-Cattin per il suo intervento.

La seduta termina alle 16,50.