

(N. 697)

SENATO DELLA REPUBBLICA

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei Senatori **BOCCASSI, BITOSSÌ, DONINI, TIBALDI, BOGGIANO PICO, BOSIA, MINIO, FIORE, FLECCHIA, RISTORI, MASSINI, ZUCCA, RAVAGNAN, FORTUNATI e SIBILLE**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 30 LUGLIO 1954

Assistenza sanitaria gratuita ai non abbienti.

ONOREVOLI SENATORI. — In tutti i Paesi civili del mondo si è da tempo sviluppata una tendenza ad estendere l'assistenza sanitaria — gratuita o assicurativa — a sempre più vaste categorie di persone e, in alcuni di essi, alla intera popolazione.

Nei Paesi dell'Europa occidentale abbiamo un significativo panorama, in questo settore, e non è difficile esemplificare.

In Austria, benchè le condizioni economiche in cui versa questo Paese siano particolarmente difficili, il numero degli assistiti è di 5,5 milioni (su una popolazione di appena 7 milioni), pari cioè al 78,5 per cento della popolazione. In Olanda, oltre il 60 per cento della popolazione gode dell'assistenza sanitaria. In Danimarca le persone assistite sono oltre il 90 per cento dell'intera popolazione. In Gran Bretagna il « National Health Service » instaurato in Inghilterra e Galles con il « National Health Service Act » del 6 novembre 1946 e in Scozia con una legge separata del 21 maggio 1947, provvede all'assistenza sanitaria, compresa la specialistica, all'intera popolazione dello Stato.

Per quanto riguarda l'Unione Sovietica, è da tutti risaputo che l'assistenza gratuita a tutti i cittadini contro le malattie, garantita dall'articolo 180 della Costituzione, è da lungo tempo una realtà e che ogni lavoratore percepisce inoltre, per tutto il periodo di assenza dal lavoro per malattia, dall'80 al 100 per cento del salario.

In Italia, benchè l'articolo 32 della Costituzione faccia obbligo allo Stato di tutelare la salute « come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della società », e di garantire « cure gratuite agli indigenti », e benchè l'articolo 38 della stessa Costituzione disponga che i « lavoratori hanno diritto che siano provveduti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità, vecchiaia, disoccupazione involontaria », ben poco è stato fatto, o si è dimostrato di voler fare negli ultimi anni, per estendere una efficace assistenza sanitaria alle categorie più povere della popolazione.

Secondo l'ordinamento vigente hanno diritto all'assistenza sanitaria i lavoratori dipendenti, i loro famigliari, i pensionati (limitatamente

LEGISLATURA II - 1953-54 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

alle categorie degli statali, dei parastatali e dei dipendenti degli enti locali) e gli iscritti agli elenchi comunali dei poveri.

Per i lavoratori dipendenti e i loro familiari, l'assistenza sanitaria è a carico del sistema assicurativo. L'assicurazione è esercitata da vari centri e cioè: I.N.A.M., Casse mutue aziendali, E.N.P.A.S., I.N.A.D.E.L., E.N.P.A.L.S., E.N.P.D.E.P., ecc., secondo il settore economico nel quale gli assicurati prestano la loro attività. Assicurati e familiari, iscritti ai vari Istituti o Enti, possono essere valutati intorno a 20,2 milioni, di cui il 70 per cento circa all'I.N.A.M., il 16 per cento all'E.N.P.A.S., il 5 per cento all'I.N.A.D.E.L. e così via.

Gli iscritti agli elenchi comunali dei poveri usufruiscono dell'assistenza sanitaria a spese dei Comuni. L'articolo 91, lettera h), della legge comunale e provinciale stabilisce che i Comuni debbono provvedere a:

1) servizio di assistenza medico-chirurgico-ostetrica a beneficio esclusivo dei poveri (è tassativamente vietato ai Comuni dall'articolo 4 del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, istituire condotte sanitarie per la generalità degli abitanti);

2) somministrazione gratuita di medicinali ai poveri;

3) rimborso delle spese di ospedalità agli ammalati poveri appartenenti al Comune per domicilio di soccorso;

4) mantenimento degli inabili al lavoro.

Al 1° novembre 1952 gli iscritti agli elenchi dei poveri, cioè beneficiari di diritto di assistenza sanitaria, erano 3,7 milioni, ripartiti così: Italia settentrionale, 1,2 milioni; Italia centrale, 0,5 milioni; Italia meridionale e insulare, 2,0 milioni.

Perciò, complessivamente, tra assicurati (e familiari) e iscritti agli elenchi dei poveri si raggiunge la cifra di 23,9 milioni pari al 50,5 per cento della popolazione. È evidente la difformità di percentuale di aventi diritto alla assistenza sanitaria tra noi e gli altri Paesi più sopra citati.

Il sistema vigente in Italia esclude da qualunque assistenza sanitaria la maggioranza della popolazione e cioè: tutti i lavoratori indipendenti, artigiani, piccoli commercianti,

piccoli proprietari agricoli, professionisti, studenti (quando non sono figli di assicurati); categorie queste che nella particolare strutturazione della società italiana sono molto numerose. Sono altresì esclusi, se non sono iscritti agli elenchi comunali dei poveri, i disoccupati — massa notevolissima che le valutazioni più prudentziali fanno ascendere ad oltre due milioni di unità — e i pensionati della Previdenza sociale, cioè le persone che si trovano nel maggiore stato di bisogno.

Per meglio comprendere la situazione italiana si può tener presente che secondo la recente inchiesta parlamentare sulla miseria, esistono in Italia 1.357.000 famiglie misere aventi una composizione media di 4,49 membri e che raggruppano quindi 6.093.000 persone, oltre a 1.345.000 famiglie disagiate, composte in media da 4,37 membri, e che raggruppano 5.878.000 persone. (Si veda nel primo volume degli *Atti della Commissione parlamentare d'inchiesta sulla miseria*, la tabella n. 31 a pagina 78). In complesso esistono quindi in Italia circa 12 milioni di persone che fanno parte di famiglie misere o disagiate. Di questi si può calcolare che siano assistiti o assicurati attualmente:

3,7 milioni di iscritti agli elenchi dei poveri;

3,3 milioni di persone facenti parte di famiglie in cui il capo famiglia svolge un lavoro dipendente e fruisce quindi dell'assistenza assicurativa, o è pensionato dallo Stato (1);

7 milioni sono quindi il totale dei membri di famiglie misere e disagiate che sono assistite.

Pertanto, il numero delle persone facenti parte di famiglie misere o disagiate, non assistite gratuitamente nè assicurate, ammonta a 5 milioni. Con il presente disegno di legge si intende di estendere il diritto alla assistenza sanitaria gratuita, a quei 5 milioni di citta-

(1) Le famiglie misere o disagiate il cui capo-famiglia appartiene alla categoria degli operai o manovali, dei lavoratori agricoli, dei subalterni o degli impiegati, sono 1.355.000 con 5,9 milioni di persone. Ma tenendo conto di coloro che comunque non sono assicurati si constata che la cifra degli assistiti, comprendendo in essa anche i pensionati dello Stato, che pure non fanno parte delle categorie considerate, non supera i 3,3 milioni.

dini italiani tuttora privi di qualsiasi forma di assistenza sanitaria, e che non sono in grado di far fronte alla eventualità di una malattia con i propri mezzi.

L'assistenza che viene corrisposta a coloro che hanno oggi diritto presenta inoltre delle carenze, gravissime, specialmente in quella gratuita a carico dei Comuni. Tutta la legislazione in materia di assistenza e beneficenza ai poveri è estremamente frammentaria e incompleta, tenendo conto della complessità della materia e degli innumerevoli casi che in tale campo si verificano.

Non esiste alcuna norma che stabilisca chi è povero. È lasciato alla discrezionalità dei Comuni di stabilirlo ed è pertanto evidente che ogni Amministrazione ha ampia libertà di criteri. Dottrina, giurisprudenza e circolari ministeriali hanno concordemente concluso che per « povertà » in materia di assistenza non deve intendersi la povertà assoluta bensì la povertà relativa e che quindi di tale assistenza non devono beneficiare soltanto gli iscritti agli elenchi dei poveri, ma anche delle persone bisognose che non sono in grado, in quel determinato momento, di far fronte alle spese di assistenza. In pratica succede però che tutti i Comuni, per le loro gravissime difficoltà finanziarie, sono costretti a limitare al massimo il valore dell'assistenza e il numero dei beneficiari; ad esempio, per il recupero delle spese di ospedalità che i Comuni hanno anticipato per legge agli ospedali, per i non iscritti all'elenco dei poveri, anche se in grave stato di bisogno, si esercita ogni genere di pressione e talvolta si giunge anche ad atti coattivi.

Mancando qualunque criterio per la determinazione dei poveri, alcuni Comuni arrivano addirittura a non considerare tale alcun abitante: al 31 maggio 1948, ciò si verificava in 347 Comuni, pari al 4,5 per cento dei Comuni italiani. In tutti gli altri vengono generalmente considerati « poveri » da iscriversi nell'elenco soltanto gli indigenti assoluti.

Ma i criteri restrittivi più gravi vigono nella determinazione del volume dell'assistenza. Questa è, nella maggioranza dei Comuni, limitata alla generica, ed è questo anche l'orientamento della giurisprudenza. Secondo un deliberato del Consiglio di Stato in data 10 giugno 1941 deve intendersi per assistenza medico-

chirurgica quella limitata alla condotta generica, cioè, alla assistenza ordinaria, che può prestare un medico-chirurgo che abbia percorso gli studi ordinari della Facoltà di medicina e non anche corsi speciali complementari per conseguire il diploma di specializzazione di taluni rami della medicina e chirurgia.

La somministrazione gratuita dei medicinali è pure, in pratica, regolata da criteri altamente restrittivi. Secondo l'articolo 66 del « Regolamento sulla assistenza sanitaria, sulla vigilanza igienica e sull'igiene degli abitanti nei Comuni del Regno », è lasciata facoltà ai Comuni di introdurre nei loro locali regolamenti di igiene, norme speciali per la somministrazione dei medicinali ai poveri. In mancanza di tali regolamenti, l'articolo 70 del suddetto Regolamento stabilisce che il medico condotto « ... si limiterà ad ordinare sostanze e preparati compresi nell'elenco e nel formulario adottati dall'autorità municipale per tale servizio ».

Ma questa assistenza sanitaria non soltanto è paurosamente insufficiente, ma è andata progressivamente diminuendo con il peggiorare continuo della situazione finanziaria dei Comuni, così da passare, il numero degli iscritti negli elenchi dei poveri, da 4,5 milioni del 1932 a 3,7 milioni del 1952.

Questa grave situazione finanziaria dei Comuni si ripercuote su tutta la nostra attrezzatura sanitaria. Secondo la relazione dell'onorevole Cotellessa « L'attività dell'Amministrazione della sanità pubblica nel 1949 » su 7.749 Comuni soltanto 3.434 cioè il 44 per cento, erano provvisti di ambulatorio attrezzato; un piano per dotarne tutti i Comuni in cui è più viva la necessità, perchè situati in regioni povere di altre attrezzature sanitarie, comporta una spesa pari a 12 miliardi di lire. Ancora più grave è la situazione degli ospedali generali la cui gestione ricade per la maggior parte sui Comuni e le Opere pie. Dice a questo proposito la già citata relazione, « ... attualmente la disponibilità dei posti-letto è salita a 177.000 ». La consistenza degli ospedali, insufficiente dappertutto, specie nel Mezzogiorno e nelle Isole (dove in alcune Provincie la media dei posti-letto non raggiunge neppure l'1 per mille abitanti) ha preoccupato e preoccupa l'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità,

che ha predisposto un completo piano di assistenza ospedaliera, la cui attuazione richiederebbe l'istituzione di altri 61.643 posti-letto di cui 49.800 nell'Italia meridionale e nelle Isole onde ottenere una disponibilità di almeno 4-5 posti-letto per ogni 1.000 abitanti.

Per la realizzazione di tale programma occorre una somma di lire 75 miliardi, la cui richiesta fu avanzata in un primo tempo al Comitato C.I.R.-E.R.P., ma, non essendo essa stata presa in considerazione, fu successivamente prospettata alla Presidenza del Consiglio la necessità che nel bilancio ordinario dell'A.C.I.S. venisse inserito uno stanziamento di fondi corrispondente alle somme sopra indicate, sia pure ripartite in dieci annualità.

Questo rapido esame della presente situazione indica la urgenza di alcune misure legislative.

È vero che esiste il piano per la riforma della Previdenza sociale, nel quale trovano ampio accoglimento anche le esigenze di una assicurazione generale di tutta la popolazione contro le malattie.

Ma — e non vogliamo qui entrare nelle polemiche sorte su tale materia — si dice che il costo di attuazione della riforma sia tale da non poter essere sopportato dalle presenti condizioni del bilancio italiano. Tale affermazione non può e non deve — in ogni caso — paralizzare ogni iniziativa in questo campo. Al contrario, essa è talmente grave ed allarmante per quanto concerne la possibilità di realizzazione della riforma, che impone l'adozione di misure transitorie che affrontino le punte più acute del problema.

L'intenzione dei proponenti della presente legge è appunto questa: proporre alcune misure le quali portino all'assistenza gratuita contro le malattie un'ampia cerchia di cittadini che attualmente ne sono esclusi e le cui condizioni economiche reclamano, invece, assolutamente un pronto intervento; e nello stesso tempo tenere presenti le condizioni attuali del bilancio, proponendo una spesa relativamente modesta e comunque indubbiamente sostenibile.

Nel presente disegno di legge tutta la materia della assistenza sanitaria gratuita è profondamente rinnovata, secondo criteri democratici.

Gli elementi essenziali del nuovo ordinamento sono i seguenti:

1) entro un certo limite di reddito, il cittadino meno abbiente ha un vero e proprio diritto all'assistenza contro le malattie, e ciò a norma dell'articolo 32 della Carta costituzionale;

2) la cerchia degli aventi diritto in base al reddito complessivo familiare si estende all'incirca a comprendere altri 5 milioni di cittadini, oltre quelli che attualmente sono ammessi alla cosiddetta « assistenza ai poveri »;

3) il riconoscimento del diritto dell'assistenza è garantito attraverso l'introduzione di un procedimento di accertamento rigoroso e democratico;

4) l'assistenza, nel suo pratico esplicarsi (prestazioni sanitarie) è migliorata qualitativamente e secondo criteri uniformi per tutti i Comuni d'Italia;

5) il costo dell'assistenza è ridotto attraverso concrete ed efficaci misure che permettano una gestione di gran lunga più economica di quelle attuali;

6) come soddisfacimento di una esigenza sociale costituzionalmente garantita ai cittadini, la assistenza sanitaria gratuita ai meno abbienti, è un servizio sociale, al cui onere lo Stato deve pertanto far fronte con propri mezzi, anche se i Comuni (i cui bilanci non siano deficitari) possono e debbono in buona parte concorrere a tale spesa, almeno per il momento.

Comunque, è al Comune che viene affidata la piena e autonoma gestione del servizio.

Vediamo ora praticamente come, nel disegno di legge, si concretino questi elementi principali.

Il riconoscimento del diritto all'assistenza per i meno abbienti è fatto discendere dagli articoli 32 e 38 della Costituzione; esso è annunciato nell'articolo 1 del disegno di legge. Ma occorre delimitare con precisi criteri la cerchia di questi « meno abbienti ». Come si sa, nella attuale legislazione manca una norma che stabilisca un qualsiasi preciso criterio per l'ammissione all'assistenza sanitaria gratuita: esiste il concetto di « povero » e « indigente », legato a vaghe idee di carità, di beneficenza, di soccorso, e variamente interpretato

da Comune a Comune. Un simile stato della legislazione appare ormai non solo incompatibile con i principi della nostra Costituzione, ma anche insopportabilmente arretrato rispetto a tutte le legislazioni dei Paesi civili e residuo di epoche ormai superate. Questa mancanza di configurazione giuridica dell'assistenza è diretta conseguenza del fatto che gli ordinamenti attuali sono fondati sulle leggi esistenti che si ispirano al principio della facoltatività della prestazione assistenziale, mentre le norme della Costituzione stanno ad indicare la necessità di un nuovo ordinamento che si ispiri ai principi costituzionali.

Infatti la giurisprudenza in questi ultimi tempi ha elaborato alcuni criteri per la determinazione della figura dell'assistibile dei quali dobbiamo tener conto per estendere l'assistenza al maggior numero di bisognosi, appunto perchè tali criteri trovano corrispondenza in quello che è il fondamento della Costituzione. Questi criteri estendono il concetto di povertà fino « alla mancanza di mezzi per vivere convenientemente » (sentenza della Corte di appello di Torino, 14 marzo 1937), fino alla « non agiatezza » (parere del Consiglio di Stato, 24 settembre 1931). Dunque giurisprudenza, dottrina e sociologi concludono concordemente che per povertà, in materia di assistenza, deve intendersi la povertà relativa, cioè lo stato di bisogno; e pertanto della pubblica assistenza devono beneficiare tutte le persone bisognose che non sono in grado in un determinato momento di far fronte alla spesa di assistenza.

Occorre pertanto stabilire un criterio giuridico ben preciso e determinato non già per classificare « povero » o « indigente » un cittadino, bensì per attribuire a questo un diritto verso l'ente pubblico.

Tale criterio i proponenti ravvisano di poter trovare nella nostra vigente — e recente — legislazione tributaria; la legge 11 gennaio 1951, n. 25, stabilisce che sono esentati dal pagamento della imposta di ricchezza mobile e di quella complementare i cittadini che abbiano un reddito annuo non superiore a lire 240.000, aumentabile di lire 50.000 per ogni membro della famiglia, compresa la moglie.

Con ciò il legislatore ha riconosciuto che praticamente manca a questi cittadini ogni capacità contributiva. E la realtà economica conferma la piena validità di questo dato: un reddito superiore a 20.000 lire mensili, e, rispettivamente di lire 24.000 per una famiglia di due persone, di lire 28.000 per una famiglia di tre persone, di lire 32.000 per una famiglia di quattro persone, è lontano da ciò che è calcolato come minimo vitale (52.000-55.000 lire mensili). In tali condizioni, come pretendere che il cittadino possa affrontare anche le spese derivanti dalle malattie? È possibile negare, in tali condizioni, l'intervento dello Stato?

Ai proponenti, questo limite di reddito è apparso come la condizione che crea il diritto all'assistenza sanitaria gratuita (articolo 2).

Si è definito il nucleo familiare (articolo 3) e si è stabilito che, nel fissare il limite di reddito che conferisce il diritto alla assistenza, si devono sommare i redditi che spettano a tutti i componenti del nucleo. In questo modo rimane bene definito il livello economico dei gruppi familiari ai quali compete l'assistenza gratuita.

Quali conseguenze porta, per quanto concerne il numero degli assistiti, questa fissazione del criterio del reddito come titolo all'assistenza? Secondo il calcolo dei proponenti il numero degli attuali assistiti si accrescerebbe di circa 5 milioni di unità.

È quindi più che raddoppiato il numero delle persone attualmente assistite dai Comuni, e la cifra indica da sola la grande portata di questo disegno di legge.

Sono 5 milioni di cittadini, che si vedono garantita l'assistenza sanitaria dalla quale oggi sono esclusi.

Stabiliti i criteri che conferiscono il titolo alla assistenza sanitaria gratuita, occorre provvedere un preciso provvedimento, uniforme per tutti i Comuni, attraverso il quale tale diritto può essere in concreto riconosciuto.

In questa parte si è cercato di determinare un procedimento semplice, poco costoso, che contenga garanzie per gli interessati, e nel contempo anche per l'Amministrazione.

Il diritto si acquista con l'iscrizione nell'elenco degli assistiti (articolo 5), che è istituito in ogni Comune. Ad esso è proposta una

LEGISLATURA II - 1953-54 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Commissione comunale, nominata dal Consiglio comunale e con adeguate rappresentanze degli stessi aventi diritto alla assistenza.

Questa Commissione ha un duplice ordine di compiti: deliberare sulle iscrizioni nell'elenco e dirigere l'intera attività assistenziale sanitaria gratuita del Comune.

All'interessato è data garanzia contro la delibera negativa della Commissione attraverso il ricorso al Consiglio comunale. Al Comune è data garanzia di indebite iscrizioni attraverso l'obbligo della revisione periodica degli elenchi (articolo 11), degli accertamenti della Commissione (articolo 8), della denuncia dei nuovi redditi (articolo 13), della pubblicità degli elenchi (articolo 9), della possibilità di ricorso concessa ad ogni cittadino contro avvenute iscrizioni (articolo 10), e della revisione annuale dei libretti di assistenza (articolo 12).

Con tutte queste reciproche garanzie tra Comune e cittadino si stabilisce un clima di rapporti giuridicamente definiti in modo serio e preciso, ed è cancellata radicalmente quella atmosfera di rapporti imprecisi, non chiari, non garantiti, che attualmente esiste nella maggioranza dei Comuni, tra i Comuni stessi ed i cosiddetti « poveri » o « indigenti ».

Analoga è l'incertezza e la difformità del trattamento che oggi è usato nei Comuni agli ammessi all'assistenza sanitaria. Indubbiamente in alcuni Comuni essa ha avuto ed ha una estensione sufficiente ed è prestata in modo conforme alle esigenze reali. Ma, come si è già accennato, in molti altri Comuni — certamente la maggioranza — l'assistenza, quando non manca completamente, è esplicata in forma sovente modestissima e insufficiente.

Il presente disegno di legge vuol dare un contenuto il più possibile definitivo ed adeguato alle prestazioni assistenziali sanitarie. L'articolo 14 reca che « a tutti quei cittadini iscritti nell'elenco degli assistiti è prestata l'assistenza sanitaria generica e specialistica, ambulatoriale, ospedaliera e farmaceutica ». Il Comune provvede, quando può, direttamente con i propri mezzi e con il proprio personale sanitario. Altrimenti deve stipulare con istituti e specialisti (articolo 23). Ma, come indicazione di massima, deve essere assicurata una determinata percentuale di medici diretta-

mente dipendenti dal Comune in relazione al numero degli assistiti.

Una esigenza vitale — nelle attuali condizioni della pubblica finanza — è quella di ridurre il più possibile il costo del servizio assistenziale. A tal fine si sono introdotte nel disegno di legge alcune misure le quali rendono di gran lunga più economico il servizio e la sua gestione.

In primo luogo si sono sottratte a certi controlli, peraltro incostituzionali, le deliberazioni dei Comuni relative all'apertura di farmacie comunali (articolo 20); è principalmente a causa dell'effetto ritardatore ed ostruzionistico di tali controlli che finora non si è potuta sviluppare l'iniziativa dei Comuni in questo settore; al contrario, dove ciò è avvenuto (per esempio a Reggio Emilia) gli effetti sono stati ragguardevolissimi.

In secondo luogo, si è stabilito che i Comuni potranno rifornirsi di medicinali direttamente presso i produttori acquistandoli a prezzi di particolare riguardo che saranno stabiliti dall'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica (articolo 21).

Se si pensa che attualmente il prezzo delle vendite al pubblico dei medicinali è tale per cui la percentuale di sconto dal produttore al grossista è del 35 per cento, di cui il 6 per cento rimane al grossista stesso e il 29 per cento va al farmacista si può comprendere quale rilevante diminuzione di spesa comporterà l'applicazione di queste norme.

Attualmente i Comuni si riforniscono, in genere, presso i farmacisti per i medicinali occorrenti agli assistiti e vengono favoriti con uno sconto che non supera, in generale, il 15 per cento.

Per i casi in cui il Comune non disponga di propria farmacia il prelievo avverrà presso qualsiasi farmacia privata che dovrà praticare lo sconto del 20 per cento. Con ciò non si danneggiano i farmacisti, i quali potranno essere compensati del maggiore sconto dalle maggiori vendite.

In terzo luogo, il costo del servizio sarà contenuto dal fatto che, in linea di massima, il Comune provvederà con propri mezzi e personale al servizio stesso (articolo 17), che è inibita ogni nuova assunzione di personale

amministrativo per questo servizio (articolo 19), soprattutto perchè (articolo 16), è prevista la possibilità di una migliore e più razionale utilizzazione delle varie possibilità che offrono le molteplici istituzioni di assistenza e di beneficenza.

Infine, nella impostazione del presente disegno di legge, si introduce un onere di contribuzione a carico dello Stato. L'onere è relativamente modesto (circa 16 miliardi) ed equivale a circa un terzo di quello che permane a carico dei Comuni. Se si considera questo servizio come un servizio sociale (e servizio squisitamente sociale è il servizio assistenziale), l'onere dovrebbe gravare almeno per la maggior parte sullo Stato. Tuttavia la preoccupazione dei proponenti è quella di rendere pienamente realizzabili le misure proposte, e per far questo essi acconsentono che, almeno per il momento, rimanga a carico dei Comuni il cui bilancio non è deficitario una parte dell'intera spesa, rimanendo lo *statu quo* per ciò che concerne l'onere complessivo che grava sui Comuni e che è, ripetiamo, assai superiore a quello che andrà caricato sul bilancio dello Stato. La determinazione della quota di spese spettante a ciascun Comune non può essere fatta con una norma generale, data la difformità delle condizioni dei singoli bilanci comunali. Nella legge possono essere indicati i principi che debbono essere seguiti (articolo 25).

Raffrontato con l'onere che gli altri Stati sopportano per questo titolo di spesa quello che si propone diventa estremamente tenue.

Secondo dati degli ultimi anni, le spese statali per assistenza sanitaria espresse in lire annue per abitante ammontano: in Inghilterra a 11.500 lire nel 1949; in Olanda a 6.250 nel 1948; in Cecoslovacchia a 12.500 nel 1951; in Danimarca a 3.500 lire ancora nel 1944.

In Italia si può ritenere che, per un complesso soddisfacente di prestazioni, il costo dell'assistenza sanitaria gratuita debba essere di lire 5.000 per assistito. Il costo complessivo del servizio ammonterà quindi a circa 43 miliardi e 500 milioni di lire.

Secondo informazioni assunte da fonti competenti e controllate sui bilanci di 25 grandi Comuni italiani, il totale dei Comuni spende attualmente circa 28 miliardi di lire per as-

sistenza sanitaria. Si tenga presente che in tali spese sono comprese (ed hanno talora rilievo preminente) le spese per spedalità non ripetibili per insolvenza dei cittadini; tali spese saranno assorbite come spese normali nella nuova estensione dell'assistenza, la quale comprenderà come aventi diritto tutti quei cittadini che non possono pagarsi il ricovero in ospedale.

Ciò premesso, risulta che, almeno per il primo anno, la spesa a carico dello Stato sarà di circa 15 miliardi e 500 milioni. È un carico non troppo oneroso che si chiede ad un bilancio che si avvicina nella spesa ai 2.500 miliardi di lire.

Nelle disposizioni varie, i proponenti suggeriscono alcune misure che possono facilitare un'efficace realizzazione del servizio di assistenza sanitaria gratuita e migliorare la assistenza sanitaria in genere in Italia.

Si propone, infatti (articolo 29) di modificare la forma del controllo della Giunta provinciale amministrativa sulle deliberazioni dei Comuni relative all'assistenza sanitaria gratuita, sostituendo ai poteri che attualmente essa esercita quelli che la Costituzione (articolo 130) riconosce all'Organo cui spetta il controllo di merito sui Comuni. È un richiamo all'osservanza e alla applicazione concreta della Carta costituzionale che può rendere enormemente più spedita l'azione dei Comuni; si potrà obiettare che questa riforma deve essere effettuata in via generale. È vero, ma esiste appunto alla Camera dei deputati un disegno di legge in questo senso presentato dagli onorevoli Martuscelli, Luzzatto ed altri e se esso verrà approvato prima dell'approvazione del presente disegno di legge, la questione sarà superata.

Si propone inoltre che negli atti ufficiali i cittadini ammessi all'assistenza sanitaria gratuita siano denominati semplicemente « assistiti », con ciò si vuole impedire l'uso dei termini di « poveri » « indigenti » ed altri consimili, che esprimono concetti errati e superati dalla assistenza e sono ovviamente sgraditi agli interessati.

Infine, con l'articolo 27 si solleva il problema di un piano di nuove costruzioni, ammodernamento ed ampliamento degli ospedali,

per modo che siano assicurati, in ogni Provincia, almeno sei posti letto per ogni mille abitanti. Non è questa la sede per trattare più ampiamente la questione. Si è voluto solo indicare questo compito al Governo affinché il Parlamento possa entro breve termine esaminare il grave problema della insufficienza dei posti letto rispetto alla necessità della popolazione.

Questi sono i criteri ispiratori del disegno di legge che si sottopone all'esame del Parlamento.

Lo spirito e la lettera della nostra Costituzione, le gravi necessità di un ingente massa di cittadini bisognosi, le esigenze stesse della dignità civile del Paese, impongono una pronta discussione e una rapida soluzione dei problemi che questo disegno di legge solleva e definisce.

DISEGNO DI LEGGE

CAPO I.

Il diritto all'assistenza sanitaria gratuita ed il suo riconoscimento.

Art. 1.

In attuazione degli articoli 32 e 38 della Costituzione della Repubblica italiana, è istituito in tutti i Comuni il servizio per la assistenza gratuita ai cittadini meno abbienti.

Art. 2.

Hanno diritto all'assistenza sanitaria gratuita per sè e per i componenti il proprio nucleo familiare i cittadini che non godono per legge di una qualunque forma di assicurazione contro le malattie, e che hanno un reddito annuo complessivo inferiore a lire 240.000.

Tale limite di reddito è elevato di lire 50 mila per ogni componente il nucleo familiare, compresa la moglie.

Art. 3.

Sono considerati facenti parte del nucleo familiare ai fini della presente legge:

a) i figli legittimi, legittimati, naturali, adottivi, gli esposti legalmente affidati;

b) il coniuge ovvero la donna che conviva con il capo-famiglia dal quale abbia avuto figli naturali riconosciuti;

c) le figlie nubili;

d) i suoceri viventi a carico, ove non abbiano altri figli tenuti per legge agli alimenti ed in grado di prestarli;

e) i genitori, i genitori adottivi, le persone cui il capo famiglia fu legalmente affidato, e gli avi se conviventi;

f) i fratelli e le sorelle del capo-famiglia se con esso conviventi.

Art. 4.

I redditi eventualmente spettanti a qualsiasi delle persone indicate nel precedente articolo 3 devono essere calcolati nello stabilire il limite che conferisce il diritto all'assistenza gratuita, fissato nell'articolo 2 della presente legge.

Art. 5.

In ogni Comune è istituito un elenco dei cittadini aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita.

Art. 6.

La compilazione, la tenuta e la revisione dell'elenco di cui all'articolo precedente è affidata ad una Commissione per l'assistenza sanitaria nominata dal Consiglio comunale e composta: di cinque membri nei Comuni con popolazione fino a 10.000 abitanti; di nove membri con popolazione da 10.000 a 30.000 abitanti; di tredici membri nei Comuni con popolazione compresa tra 30.000 a 100.000 abitanti; di ventuno membri nei Comuni con popolazione superiore a 100.000 abitanti.

Nei Comuni con popolazione superiore ai 100.000 abitanti dovrà altresì essere nominata dal Consiglio comunale una Sottocommissione composta di cinque membri per ogni ripartizione territoriale del Comune, scegliendo i componenti tra i cittadini residenti nella ripartizione stessa.

La Commissione è presieduta dal membro della Giunta comunale incaricato della direzione dei servizi di assistenza, dell'igiene e della sanità. Un terzo dei componenti la Commissione deve essere scelto tra gli aventi diritto alla assistenza sanitaria gratuita.

Art. 7.

Il diritto all'assistenza sanitaria gratuita si acquista con la iscrizione nell'elenco di cui al precedente articolo 5.

Per ottenere l'iscrizione in tale elenco l'interessato deve presentare alla Commissione comunale per l'assistenza sanitaria una domanda corredata da un atto notorio da cui risultino le condizioni economiche del richiedente, la composizione della sua famiglia e il reddito di ciascuno dei componenti di essa.

Art. 8.

La Commissione per l'assistenza sanitaria esperisce, sia direttamente attraverso i propri membri, sia attraverso le Sottocommissioni, sia avvalendosi degli uffici e del personale del Comune, gli accertamenti diretti a stabilire le effettive condizioni economiche del richiedente.

La Commissione per l'assistenza sanitaria e la sua Sottocommissione hanno il diritto di chiedere notizie ed informazioni relative alle domande loro sottoposte, a qualsiasi ufficio pubblico o persona privata.

Art. 9.

La Commissione per l'assistenza sanitaria, ove ravvisi la sussistenza dei requisiti di legge, provvede entro venti giorni dalla ricezione della domanda, all'iscrizione del richiedente e dei componenti il nucleo familiare nell'elenco degli aventi diritto alla assistenza sanitaria gratuita.

Copia dell'elenco è esposta ogni tre mesi, per la durata di giorni venti, nell'albo pretorio del Comune e presso ogni ufficio sede di ripartizione territoriale del Comune stesso.

Art. 10.

La Commissione per l'assistenza sanitaria entro lo stesso termine di cui all'articolo 9 può respingere la domanda di iscrizione nell'elenco degli assistibili, con deliberazione motivata che deve essere notificata all'interessato entro dieci giorni dalla pronuncia.

Contro la deliberazione l'interessato può ricorrere, entro sessanta giorni dalla notifica, al Consiglio comunale.

Ogni cittadino può ricorrere al Consiglio comunale anche contro l'avvenuta iscrizione di altre persone nell'elenco degli assistiti. Il ricorso va notificato all'interessato e può essere proposto in ogni tempo.

Art. 11.

Entro il mese di aprile di ogni anno, la Commissione per l'assistenza sanitaria deve procedere alla rettifica ed aggiornamento del-

l'elenco degli assistibili depennando tutti coloro nei cui confronti risulti che siano venuti a mancare i requisiti di legge. Alla deliberazione di cancellazione si applicano le disposizioni di cui all'articolo precedente.

Prima di adottare la deliberazione di cancellazione la Commissione deve sentire l'interessato.

Art. 12.

Ad ogni cittadino capo-famiglia iscritto nell'elenco degli assistiti è rilasciato un libretto per l'assistenza sanitaria gratuita.

Tale libretto entro il 15 giugno di ogni anno deve essere presentato al Comune e vi è apposta l'attestazione che il suo titolare è ancora iscritto nell'elenco degli assistiti.

Il libretto stesso deve essere restituito al Comune entro cinque giorni dalla notifica della deliberazione di cancellazione di cui all'articolo precedente.

Art. 13.

L'iscritto nell'elenco degli assistiti ha l'obbligo di portare a conoscenza della Commissione per l'assistenza sanitaria ogni variazione nel reddito proprio al nucleo familiare, che importi perdita del diritto alla assistenza sanitaria gratuita nonchè la avvenuta iscrizione in una qualsiasi forma di assicurazione contro la malattia.

Art. 14.

A tutti i cittadini iscritti negli elenchi degli assistiti è prestata l'assistenza sanitaria generica e specializzata, ambulatoriale, ospedaliera e farmaceutica.

CAPO II.

Organizzazione del servizio di assistenza sanitaria gratuita.

Art. 15.

L'organizzazione, la direzione e il controllo sul servizio di assistenza sanitaria gratuita spetta alla Commissione per l'assistenza sanitaria.

Art. 16.

Alla Commissione per l'assistenza sanitaria compete la vigilanza sulle attività delle istituzioni di assistenza e beneficenza consistenti in prestazioni sanitarie a favore degli abitanti del Comune.

La stessa Commissione, nell'interesse del servizio cui è preposta, può proporre al Consiglio comunale di promuovere le opportune modifiche nel funzionamento e nella destinazione dei beni delle istituzioni aventi per scopo, anche parziale, l'assistenza sanitaria, ai fini di una razionale e conveniente organizzazione di tale assistenza nell'ambito del Comune.

Tali modificazioni potranno essere proposte ed attuate anche se in deroga agli statuti delle istituzioni di assistenza e beneficenza.

Art. 17.

Per lo svolgimento dei propri compiti, la Commissione per l'assistenza sanitaria gratuita si avvale del personale sanitario del Comune, degli ambulatori, degli impianti, delle farmacie e degli ospedali comunali e in genere di tutto quanto è destinato all'assistenza sanitaria del Comune.

Art. 18.

La Commissione per l'assistenza sanitaria propone l'assunzione di personale sanitario e di esercenti le professioni sanitarie ausiliarie nel numero necessario e sufficiente per l'espletamento dei compiti previsti dalla presente legge. Il numero dei medici destinato al servizio di assistenza sanitaria dovrà di massima adeguarsi da un minimo di uno per ogni 2.000 assistiti ad un massimo di uno per ogni 500 con riguardo alle particolari condizioni di ubicazione ed igienico-sanitarie del Comune.

Art. 19.

Per lo svolgimento dei compiti amministrativi connessi al servizio di assistenza sanitaria

gratuita deve essere impiegato il personale già in servizio presso i Comuni ed è fatto divieto di nuove assunzioni.

Art. 20.

La deliberazione del Comune relativa alla istituzione di farmacie comunali non è sottoposta all'autorizzazione prefettizia di cui all'articolo 27 della legge 9 giugno 1947, n. 530, nè al controllo di merito del Prefetto e della G.P.A. ai sensi del testo unico del 15 ottobre 1925, n. 2570, salvo quanto disposto dal successivo articolo 29.

Il parere del Consiglio provinciale di sanità dovrà essere dato entro trenta giorni dalla ricezione delle deliberazioni. Decorso tale termine senza che il Consiglio si sia pronunciato la deliberazione potrà avere corso.

Art. 21.

I Comuni potranno rifornirsi di medicinali per l'approvvigionamento delle proprie farmacie direttamente presso i produttori.

L'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica determinerà i prezzi.

Art. 22.

Nei Comuni nei quali il rifornimento di medicinali non è assicurato dalle farmacie comunali il prelievo dei prodotti farmaceutici da parte degli assistiti avviene presso qualsiasi farmacia privata.

Il Comune effettua il pagamento dei medicinali forniti dai farmacisti privati con lo sconto del 20 per cento sul prezzo di vendita al pubblico.

Art. 23.

Per le prestazioni sanitarie per effettuare le quali non disponga di mezzi propri, il Comune stipula convenzioni con sanitari e con istituti pubblici privati.

Le prestazioni presso sanitari o istituti convenzionati devono essere autorizzate da un sanitario del servizio comunale di assistenza.

CAPO III.

Finanziamento del servizio di assistenza sanitaria gratuita.

Art. 24.

Le spese del Comune per il servizio di assistenza sanitaria gratuita sono considerate a tutti gli effetti spese obbligatorie.

Art. 25.

Il Comune concorre nelle spese dell'assistenza sanitaria gratuita secondo le norme da stabilirsi in relazione alle sue possibilità di bilancio.

La restante spesa è coperta dagli stanziamenti che saranno iscritti in apposito capitolo del bilancio del Ministero dell'interno.

CAPO IV.

Disposizioni finali.

Art. 26.

Resta salva la competenza attribuita dalle vigenti norme ad enti diversi dal Comune per l'assistenza in determinate forme morbose.

Art. 27.

Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge il Governo presenterà al Par-

lamento un progetto di legge per la realizzazione di un piano relativo alla costruzione di nuovi ospedali, e all'ammodernamento ed ampliamento di quelli esistenti, in modo che per ogni Provincia si realizzi il rapporto di almeno sei posti-letto per ogni 1.000 abitanti.

Art. 28.

I cittadini i quali, hanno diritto alle prestazioni del servizio sanitario gratuito sono definiti negli atti e documenti dei Comuni e dalla pubblica Amministrazione col termine « assistiti ».

Art. 29.

Le deliberazioni relative al servizio per l'assistenza sanitaria gratuita quando siano soggette, a norma delle disposizioni vigenti, al controllo della Giunta provinciale amministrativa, possono da questa essere restituite all'Organo deliberante con richiesta motivata da riesame.

Se l'Organo deliberante conferma la propria deliberazione, ovvero se la modifica nel senso indicato dalla Giunta provinciale amministrativa la deliberazione stessa diventa esecutiva.

Se l'Organo deliberante modifica la propria deliberazione in senso non conforme alla richiesta della Giunta provinciale amministrativa, deve inviarla di nuovo alla Giunta stessa che può di nuovo restituirla con le proprie richieste.