

SENATO DELLA REPUBBLICA

III LEGISLATURA

(N. 1636-A)

RELAZIONE DELLA 10^a COMMISSIONE PERMANENTE

(LAVORO, EMIGRAZIONE, PREVIDENZA SOCIALE)

(RELATORE MONALDI)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

presentato dal Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale

di concerto col Ministro di Grazia e Giustizia

col Ministro del Tesoro

e col Ministro della Sanità

NELLA SEDUTA DELL'11 LUGLIO 1961

Comunicata alla Presidenza il 26 aprile 1962

Trasferimento all'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie
dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi

ONOREVOLI SENATORI. — Col disegno di legge 1636 s'intende trasferire la gestione dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi dall'I.N.P.S. all'I.N.A.M. Dice la relazione che accompagna il disegno di legge che il provvedimento tende a precostituire le basi per l'unificazione dell'assistenza contro le malattie e a dare maggiore funzionalità, specie per quanto concerne l'erogazione e l'efficienza delle prestazioni.

Sarebbero dunque avanti a noi due finalità da conseguire: semplificare il sistema; potenziare il sistema. Più volte nella Commissione Lavoro e Previdenza sociale e in Aula, nelle relazioni ai bilanci e nelle discussioni di leggi, nel corso delle tre legislature della Repubblica è stato sollecitato il cammino verso questi traguardi. Certamente quindi non mancherà il contributo fattivo del Senato per porsi sulla strada indicata. Ed è per agevolare l'opera che il tema verrà trattato con una certa ampiezza, così da dare elementi idonei a formulare un giudizio sull'attuale situazione e additare metodi, strumenti, mezzi per perfezionare un istituto che in oltre trent'anni ha svolto un lavoro fatto di umanità, di scienza, di solidarietà, che giustamente viene additato per le sue alte benemeritenze e che oggi può sospingersi verso mètte più lontane.

PARTE I

L'ATTUALE ORDINAMENTO DELL'ASSISTENZA ANTITUBERCOLARE

1. — L'ORGANIZZAZIONE BUROCRATICA DELL'I.N.P.S. PER LE PARTI ATTINENTI ALLA ASSICURAZIONE CONTRO LA TUBERCOLOSI.

L'organizzazione burocratica creata dall'I.N.P.S. per la gestione dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi si divide in centrale e periferica.

L'organizzazione centrale comprende:

a) Servizio gestione case di cura. Tale servizio si articola in 7 Uffici: « Studi »,

« Amministrazione e funzionamento delle case di cura e ricovero », « Programmi per la manutenzione e gli approvvigionamenti », « Controllo attività case di cura », « Personale a rapporto di impiego », « Personale religioso a rapporto di lavoro », « Movimento malati »: impiegate circa 200 unità;

b) Ufficio dell'assicurazione contro la tubercolosi. Tale Ufficio — che fa parte del Servizio prestazioni obbligatorie — tratta le questioni di carattere giuridico e assicurativo della gestione, le istanze e i ricorsi presentati dagli assicurati e svolge anche compiti di segreteria del « Comitato speciale per la tubercolosi »: impiegate 25 unità;

c) Ufficio tubercolosi del Servizio sanitario. Questo Ufficio tratta i problemi sanitari dell'assicurazione contro la tubercolosi dal punto di vista dell'organizzazione, dell'assistenza e del personale: impiegate 10 unità;

d) Ufficio manutenzione delle istituzioni sanitarie. Tale Ufficio fa parte del Servizio tecnico e si occupa unicamente dei lavori relativi agli immobili e agli impianti delle case di cura: impiegate 11 unità;

e) Servizio provveditorato: impiegate 70 unità;

f) Servizio ispettorato: impiegate 30 unità;

g) Servizio legale: impiegate 7 unità;

h) Tutti gli altri compiti e adempimenti che non siano specificamente attribuiti agli organi burocratici di cui alle precedenti lettere sono affidati ai vari Servizi della Direzione generale dell'I.N.P.S., secondo la rispettiva competenza (Servizio contabilità, Servizio personale, eccetera).

L'organizzazione periferica comprende:

a) Ispettorati compartimentali. Agli Ispettorati compartimentali, oltre i compiti ispettivi concernenti le varie assicurazioni gestite dall'I.N.P.S., sono affidati anche la vigilanza diretta delle istituzioni sanitarie della gestione tbc e il controllo in genere in materia sanitaria, amministrativa e tecnico-immobiliare della gestione stessa. Presso gli Ispettorati compartimentali pre-

stano la loro opera elementi specializzati (ingegneri, geometri, tecnici, medici): impiegate circa 85 unità;

b) Sedi provinciali. Presso ciascuna delle sedi provinciali dell'I.N.P.S. esiste un « settore tbc » che si occupa dell'accertamento del diritto alle prestazioni e della trattazione delle singole pratiche di assistenza: complessivamente impiegate circa 500 unità.

* * *

Come è facile intendere attraverso i menzionati riferimenti, si tratta di un'organizzazione estremamente complessa che, oltre a numerosi specifici uffici al centro e in periferia, si appoggia su tutti i gangli dell'edificio previdenziale. E non è a sottacere che oltre trenta anni di gestione hanno consentito all'I.N.P.S. di preparare e selezionare gli uomini, di creare le competenze, di distribuire i compiti così da poter rispondere in ogni tempo e in ogni luogo alle esigenze organizzative.

Questa considerazione non può non suscitare perplessità sull'utilità del trasferimento all'I.N.A.M., stante il fatto che la strutturazione di questo Istituto è del tutto diversa e certamente non pronta a recepire certe attribuzioni che sino ad ora gli sono state estranee. Senonchè a questo punto vien fatto di domandarsi quali siano i motivi per i quali l'I.N.P.S. ha dato all'organizzazione burocratica della gestione tubercolosi una struttura tanto complessa.

Una parte dell'organizzazione attiene alla funzione delle case di cura gestite in proprio dall'Istituto. Non è a dubitare però che, indipendentemente dalla situazione in atto, questa parte, ove avesse avuto vita a sè stante, avrebbe potuto inquadrarsi in una cornice di estrema semplicità, essendo già, tra l'altro, ogni casa di cura dotata di propri uffici amministrativi. Comunque, anche nelle condizioni attuali non è la funzione delle case di cura il fattore che più impegna l'organizzazione burocratica della Gestione, sibbene la necessità di accertare di volta in volta il diritto dei soggetti dell'assicurazione alle prestazioni.

Questa necessità sorge da tre situazioni:

l'ordinamento assicurativo della tubercolosi non assiste il soggetto protetto nel primo biennio dall'inizio del rapporto assicurativo;

il campo assicurativo della tubercolosi non coincide con alcun altro campo fra quelli propri degli Enti preposti all'assicurazione obbligatoria contro le malattie;

la protezione assicurativa per la tubercolosi — periodi di assistenza, conservazione del diritto alle prestazioni, provvidenze integrative, assistenza sociale — segue norme proprie, difformi da quelle che regolano altri Enti gestori dell'assicurazione malattie.

È opportuno soffermarsi, almeno con riferimenti sommari, su ciascuna delle tre situazioni.

2. — IL SIGNIFICATO CLINICO DELL'ACCERTAMENTO DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE.

La necessità da parte dell'Istituto assicuratore di conoscere se il malato di primo ricovero è in possesso del diritto all'assistenza impone preliminarmente una serie di adempimenti amministrativi il cui espletamento ritarda l'accesso al Sanatorio, che come è noto è la prima tappa delle prestazioni.

Da anni si discute e si indaga su questo tempo perduto ai fini della cura.

La Clinica fisiologica di Napoli ha proceduto di recente a una rilevazione rigorosa che vale la pena di ricordare, anche perchè i risultati furono poi confermati in sede centrale dagli organi burocratici dell'I.N.P.S.

L'accertamento del diritto alle prestazioni suole effettuarsi secondo le seguenti formalità:

a) il soggetto, riconosciuto affetto da processo specifico presso una qualsiasi istituzione sanitaria o da parte di qualsiasi medico, richiede dei moduli che poi, compilati in parte dall'interessato, in parte da un medico, vengono restituiti alla sede provinciale dell'Istituto assicuratore;

b) l'apposito ufficio instaura una pratica individuale che deve seguire una duplice strada: amministrativa e sanitaria. Con la prima si accerta il diritto alle prestazioni (controllo dei documenti, generalità anagrafiche, eccetera; controllo dei contributi versati e validi; periodo assicurativo...). Con la seconda si accerta l'effettiva esistenza del rischio assicurativo (stato di malattia specifica) inviando il malato presso un Centro diagnostico dell'Istituto assicuratore o presso un dispensario;

c) la sede dell'Istituto assicuratore, ottenuta la comunicazione dell'esistenza del rischio da parte degli organi sanitari e accertato il diritto alle prestazioni, dispone il ricovero dandone comunicazione scritta all'interessato.

Si è in possesso di alcuni dati che dicono quanto tempo decorra, per effetto di queste pratiche, dall'identificazione dello stato di malattia al ricovero.

Nelle rilevazioni della Direzione dell'I.N.P.S. la media nazionale nel 1959 fu di 16 giorni. Questa media però, per derivare dai coefficienti di tutte le sedi, mal rispecchia la realtà. L'Aquila, Pescara, Rieti, Terni, Padova, Ferrara, Massa Carrara, Perugia, Pistoia, Cagliari ebbero medie di 27-30 giorni; Napoli, Treviso, Verona, Siracusa superarono le medie di un mese; nei primi otto mesi del 1960 il ritardo al ricovero presso una grande Sede superò i due mesi.

Il significato pratico di tali ritardi è che non meno di mezzo milione di giornate di assistenza sono state non erogate alla massa degli infermi ai quali competevano per diritto assicurativo, e ciò solo a motivo degli adempimenti amministrativi preliminari al ricovero. Ma il lato più saliente della situazione e anche il più sconcertante è rivelato da altri dati.

Aggregato alla Clinica tisiologica della Università di Napoli è in funzione dal 1949 un cosiddetto « Centro sperimentale di assistenza antitubercolare integrale » istituito dall'I.N.P.S., per suggerimento dell'allora Ministro del lavoro, onorevole Fanfani, con l'intento di conoscere quali fossero le migliori vie e i mezzi idonei per dare la pro-

tezione più efficace a un'intera popolazione. Da allora questo Centro opera in un ambito territoriale della città di Napoli comprendente circa 200.000 abitanti. Tra le altre provvidenze vi è quella del ricovero immediato degli infermi, senza alcun adempimento amministrativo preliminare, non appena identificato lo stato di malattia. La attribuzione degli oneri di degenza viene fatta successivamente in rapporto alla pertinenza dell'Ente cui fa carico l'assistito.

È impossibile fare una valutazione dei benefici derivanti da tale provvidenza, che tra l'altro ha agito e agisce sottraendo all'ambiente della famiglia e della società fonti di contagio in tempi in cui possono risultare più nocive, trattandosi di malati ancora ignari dei pericoli e altamente bacilliferi, perchè non ancora in trattamento terapeutico. Ma alla formulazione di un giudizio pienamente positivo nei confronti del ricovero immediato e di condanna dei ricoveri ritardati possono essere ben sufficienti questi dati:

la degenza media per il conseguimento delle finalità terapeutiche si è aggirata intorno alla metà dei periodi che si registrano nei comuni sanatori;

il numero dei cronici nei soggetti dei comuni sanatori italiani negli ultimi tre anni ha superato il 50 per cento; tra i malati di primo ricovero del Centro i passaggi a cronicità non hanno superato il 10 per cento.

Ed ogni clinico vede la logicità di tali risultati. Le terapie di oggi, specie quelle di natura chemioantibiotica, possono essere largamente risolutive per processi recentissimi e recenti; la loro efficacia diminuisce e diviene sempre più parziale via via che la malattia progredisce e assume maggiore consistenza anatomo-patologica. Sulla base di queste considerazioni l'ultimo Congresso italiano di tisiologia in piena unanimità ha reclamato che si proceda senza indugio al superamento di tutte le formalità burocratiche, onde poter dare assistenza antitubercolare piena e tempestiva (1).

(1) Per il potenziamento dell'assistenza antitubercolare in Italia. Relazione di V. Monaldi. Arch. di Tisiol. e malattie dell'App. Resp., Vol. XV, pagine 747-774, 1960.

3. — I CAMPI DELL'ASSISTENZA ANTITUBERCOLARE E DELL'ASSISTENZA MALATTIE IN REGIME ASSICURATIVO.

In forza del regio decreto-legge 4 ottobre 1935, n. 1827, e successive modificazioni, integrazioni ed estensioni, sono obbligatoriamente assicurati contro la tubercolosi, oltre ai lavoratori alle dipendente di terzi nei vari settori dell'industria, del commercio, del credito, dell'agricoltura che parimenti godono dell'assistenza contro le malattie comuni gestita dall'I.N.A.M.:

a) i dipendenti dallo Stato e assimilati che non siano di ruolo;

b) i maestri elementari e i direttori didattici di ruolo;

c) il personale addetto ai sanatori, ospedali civili e psichiatrici, cliniche ed ogni altra istituzione pubblica sanitaria;

d) i dipendenti dagli Enti locali ed assimilati che non siano iscritti alla Cassa di previdenza gestita dal Ministero del tesoro;

e) i dipendenti dai Consorzi provinciali antitubercolari.

Il diritto alle prestazioni si estende anche ai familiari dei lavoratori assicurati e precisamente:

a) alla moglie dell'assicurato;

b) al marito che viva a carico della moglie assicurata;

c) ai figli legittimi o naturali, ai figli adottivi ed agli affiliati, ai figli nati da precedente matrimonio dell'altro coniuge, ai figli naturali del coniuge, ai fratelli e sorelle viventi a carico;

d) agli esposti regolarmente affidati all'assicurato o al coniuge;

e) agli studenti universitari sino al 26° anno di età figli di lavoratori assicurati.

L'assicurazione contro la tubercolosi, dunque, oltre al campo dell'assistenza che è proprio dell'I.N.A.M. entra nel campo dell'E.N.P.A.S., dell'I.N.A.D.E.L., dell'E.N.P.D.E.D.P. e di una serie di Casse mutue autonome tra cui quelle per i ferrotranvieri, per i marittimi, per le province di Trento e Bol-

zano. Ed è così che mentre la popolazione assicurata presso l'I.N.A.M. è di circa 21 milioni, quella protetta dall'assicurazione tubercolosi ascende a circa 27 milioni.

Al di fuori del campo dell'assicurazione obbligatoria l'assistenza antitubercolare viene erogata ai dipendenti dallo Stato (E.N.P.A.S.) e ai dipendenti degli Enti locali (I.N.A.D.E.L.).

Però nell'ambito di questi Enti la tubercolosi è considerata alla stregua delle malattie comuni, con la conseguenza di prestazioni di solo ordine sanitario, e queste limitate nel tempo.

In particolare posizione si trovano i non abbienti, i poveri, gli autoinsufficienti non aventi titolo ad alcuna assicurazione di malattia.

Pressochè in contemporaneità con l'istituzione dell'assicurazione tubercolosi, nel 1927 (decreto-legge 23 giugno 1927, n. 1276) venne conferita figura di enti giuridici obbligatori ai Consorzi provinciali antitubercolari. I compiti ad essi demandati furono così determinati dall'articolo 270 del testo unico delle leggi sanitarie:

a) promuovere e agevolare la istituzione delle opere necessarie per la lotta contro la tubercolosi;

b) coordinare e disciplinare il funzionamento di tutte le opere esistenti nella Provincia per combattere la tubercolosi, segnalandone al Prefetto le eventuali irregolarità o manchevolezze per i provvedimenti di competenza;

c) vegliare alla protezione e all'assistenza sanitaria e sociale dei tubercolotici, proponendo al Prefetto i provvedimenti necessari perchè siano rivolte a loro favore le risorse delle istituzioni locali che hanno per fine la prevenzione e la cura della tubercolosi;

d) integrare con i propri mezzi l'azione delle istituzioni antitubercolari, e, se del caso, sostituirsi ad esse nella esecuzione dei provvedimenti urgenti;

e) promuovere e disciplinare nell'ambito provinciale, in conformità delle direttive del Ministero, la propaganda per la profilassi e l'assistenza dei tubercolotici.

Nell'ambito di questi compiti i Consorzi provvedevano al ricovero in sanatorio dei tubercolotici poveri quando, non sussistendo l'obbligo per altri Enti, ricorrevano condizioni di urgenza o esigenze di profilassi. Nel dopoguerra — con disposizioni ministeriali e con finanziamenti da parte dello Stato — nella sfera di azione dei Consorzi furono introdotti quanti, abbisognevole di cure, non sono in grado per le loro condizioni economiche di provvedervi direttamente. Senonchè questo provvedimento è ben lungi dall'essere sostitutivo delle prestazioni assicurative.

Le limitate capacità finanziarie costringono i Consorzi a una preventiva selezione degli assistibili. E la selezione nel campo dei malati può indurre a gravi conseguenze perchè, mancando precisi termini di differenziazione in rapporto ai reali bisogni, non di rado restano senza assistenza i più umili, anche se gravi e in condizioni di estrema miseria.

È vero che tale situazione non si verifica dovunque, esistendo Consorzi a potenziale economico elevato; ma ciò è ragione di una ulteriore sperequazione che, questa volta, si effettua tra regione e regione, e che è assurda avvenendo nel campo della malattia.

Anche per il solo accesso all'assistenza la situazione dei non abbienti non aventi titolo all'assicurazione si aggrava nei confronti degli assicurati a motivo della mancanza di un trattamento economico per le famiglie. Molti capifamiglia, nell'intento di giovare ai propri cari, nascondono finchè possono lo stato di malattia. A parte le conseguenze sulla diffusione della tubercolosi nell'ambito familiare e negli ambienti di lavoro, ne conseguono ricoveri ritardati, o intempestivi abbandoni del sanatorio, con danni incalcolabili ai fini della guarigione.

Circa l'erogazione delle cure nessun giudizio discriminativo viene qui formulato per quanto attiene ai medici curanti. Le differenze però sono ben manifeste, e quindi assolutamente obiettive, nei mezzi e nel coor-

dinamento dei mezzi: da un lato istituzioni singole, rappresentate per tanta parte da case private di cura, talora estremamente elementari nelle attrezzature; dall'altro lato, per gli assicurati, una rete coordinata di istituzioni dotate di tutti i mezzi migliori per dare l'assistenza più altamente qualificata.

Infine il tubercolotico non abbiente senza protezione assicurativa venuto a guarigione torna in seno alla società sprovvisto così come ne era uscito e per giunta gravato dalle eventuali minorazioni fisiche, funzionali e di ordine psicologico che conseguono alla malattia; gli assicurati al contrario attraverso i trattamenti economici e integrativi aggiungono l'assistenza di ordine sociale, che ne sostiene la personalità e talora la eleva a un livello superiore a quello antecedente.

Nel già ricordato Congresso italiano di fisiologia tenutosi in Roma nel settembre 1960, innumeri voci si sono levate per denunciare le conseguenze nefaste di tale situazione. Ma esiste un documento che è più eloquente di ogni parola.

Nel 1957 le statistiche generali davano 22 morti per tubercolosi su 100.000 abitanti. Fu fatta un'elaborazione di quei dati statistici rapportandoli alla popolazione assicurata e non assicurata. Se ne ebbe questo risultato: 11 morti per 100.000 abitanti nella popolazione assicurata; 34 morti per 100.000 nella popolazione non assicurata.

La popolazione non assicurata è composta: vi sono gli impiegati dello Stato, gli impiegati degli Enti locali, i coltivatori diretti, gli artigiani, i commercianti, i professionisti... e poi i poveri, gli improduttivi, coloro che gli economisti considerano sommersi dal mondo che lavora e che produce. È facile dire che tra questi miserabili la tubercolosi sceglie in prevalenza le sue vittime, e per molti di essi la morte non è che l'atto conclusivo di una lunga serie di sofferenze che dal colpito dalla malattia passano a travolgere intere famiglie.

Vi è infine un altro lato da considerare.

La legge istitutiva dell'assicurazione obbligatoria (decreto-legge 27 ottobre 1927,

n. 2055) aveva estratto dalla popolazione comune i lavoratori alle dipendenze altrui. L'atto apparve saggio e illuminato sul piano della politica sociale: si era ancora ai tempi nei quali la difesa della salute rientrava nell'ambito dei compiti individuali, e per i poveri nelle sfere della filantropia e della carità.

Senonchè nell'ultimo ventennio, per il convergere di più fattori che hanno tanto profondamente modificato i rapporti tra l'individuo e lo Stato, la difesa della salute è entrata gradualmente nel piano dei diritti fondamentali. La legislazione italiana non è stata insensibile a questo moto di rinnovamento, con l'inclusione dei lavoratori autonomi; e oggi circa 40 milioni di cittadini sono protetti contro le malattie. Su questa strada però non è stata inserita la tubercolosi, alla quale la legislazione ha mantenuto un suo piano assicurativo autonomo.

Ne è derivata una situazione paradossale. L'assicurazione tubercolosi, che i primi legislatori considerarono al primo posto, si è arrestata ai lavoratori dipendenti: l'assicurazione contro le altre malattie ha superato la barriera del lavoro dipendente, è largamente penetrata tra i lavoratori autonomi: coltivatori diretti, artigiani, commercianti.

È quasi incredibile che, mentre per questi si è provveduto alla protezione dalle malattie comuni, sia stato lasciato a loro carico il provvedere a quella malattia le cui cure comportano i massimi oneri, le cui ripercussioni possono risultare nefaste per l'efficienza fisico-funzionale dell'individuo, e che può paurosamente imprimersi come fonte di contagio nel corpo sociale.

4. — LE PRESTAZIONI ANTITUBERCOLARI IN REGIME ASSICURATIVO.

In forza delle vigenti norme legislative, ai lavoratori e familiari in regime assicurativo competono, in caso di malattie tubercolari, prestazioni sanitarie e prestazioni economiche.

Prestazioni sanitarie:

ricovero in luogo di cura a tipo sanatoriale od ospedaliero-sanatoriale;

ricovero in istituto post-sanatoriale (prestazione integrativa);

cure ambulatoriali e domiciliari post-sanatoriali (prestazione integrativa);

in mancanza di posti negli appositi luoghi di cura (ipotesi che in pratica non si verifica), l'assicurato può essere curato a domicilio.

Prestazioni economiche:

Indennità giornaliera. — Viene corrisposta, durante il ricovero o la cura ambulatoriale, soltanto agli assistiti per assicurazione propria (lavoratori), con esclusione, quindi, dei familiari.

Sono esclusi dall'indennità i coloni e mezzadri, e rispettivi familiari, e gli assicurati in genere che percepiscono l'intera retribuzione.

L'indennità è pari a lire 300 giornaliere, oltre la maggiorazione per carico familiare (lire 178, per ciascun figlio; lire 127, per il coniuge; lire 55 per ciascun genitore).

L'indennità viene corrisposta a periodi mensili posticipati, per l'intero periodo del ricovero, nonchè per i periodi di cura ambulatoriale, purchè non sia dovuta l'indennità post-sanatoriale.

Indennità post-sanatoriale. — È una prestazione economica con funzione di assistenza post-sanatoriale, e spetta, per la durata di 9 mesi od un anno, a tutti gli assistiti — lavoratori e familiari — che siano stati ricoverati in un luogo di cura per almeno due mesi, e siano stati dimessi per guarigione clinica, o per stabilizzazione, o per la prosecuzione della cura ambulatoriale.

La misura dell'indennità post-sanatoriale è diversa secondo che si tratti di lavoratore o familiare. Il lavoratore assicurato ha diritto ad una indennità pari a lire 700 giornaliere, oltre alle eventuali maggiorazioni, quando non eserciti attività lavorativa e non fruisca di alcuna retribuzione. Nel caso in cui attenda a proficuo lavoro o fruisca, co-

munque, dell'intera retribuzione: lire 600 giornaliere.

Per gli assistiti in qualità di familiari, l'indennità è pari a lire 300 giornaliere per i primi 6 mesi e a lire 200 per i successivi mesi.

L'indennità post-sanatoriale viene erogata a favore di tutti gli assistiti — lavoratori, compresi i coloni e mezzadri, e familiari — per 274 oppure 365 giorni, secondo che il periodo di ricovero sia stato inferiore o superiore a sei mesi.

Esiste poi la cosiddetta *protezione assicurativa*.

Nel caso di prima concessione delle prestazioni, l'assicurato conserva il diritto alla assistenza fino ad un massimo di quattro anni dopo la cessazione o interruzione del rapporto di lavoro.

Nel caso di seconda concessione delle prestazioni, il diritto alle prestazioni sanitarie ed economiche da parte dei lavoratori non è subordinato ad alcun requisito di contribuzione. Per i familiari, il diritto alle sole prestazioni sanitarie sussiste indipendentemente dal requisito di contribuzione, a condizione, però, che non siano trascorsi più di due anni dalla data di cessazione della precedente assistenza (ricovero o cura ambulatoria).

Per i lavoratori in pensione il diritto alle prestazioni sanitarie sussiste — senza contribuzione — ove il lavoratore sia stato già ammalato nel periodo lavorativo.

PARTE II

LINEE PROGRAMMATICHE PER UN'ORGANIZZAZIONE RAZIONALE DELL'ASSISTENZA ANTITUBERCOLARE

I BENEFICI - GLI ONERI FINANZIARI E LA LORO RIPARTIZIONE.

Si hanno ora gli elementi utili per tracciare le linee di un'organizzazione antitubercolare socialmente più giusta, burocraticamente più semplice, clinicamente più efficiente.

Se il moto che ha portato l'Italia a un sistema di assicurazione contro le malattie

comprendente i quattro quinti dell'intera popolazione risponde al riconoscimento del diritto di ognuno alla difesa della propria salute, non vi ha dubbio che un tal diritto sussiste anche — e in termini più perentori — per la difesa dalla tubercolosi. Ne deriva per logica deduzione essere doveroso nelle attuali circostanze:

a) estendere il diritto all'assistenza antitubercolare a tutti i soggetti aventi titolo all'assistenza per le malattie comuni, demandando il compito delle relative prestazioni ai rispettivi Enti di malattia.

Questa conclusione ne tira una seconda. La sanità è un bene fondamentale e come tale ha eguale valore per tutti. La tubercolosi, ove non adeguatamente trattata, mina le esistenze, sconvolge gli equilibri familiari; e ogni tubercolotico può costituire grave pericolo per la società per essere potenziale fonte di contagio. Ne deriva il dovere di:

b) riconoscere ai non abbienti improduttivi titolo alla assistenza antitubercolare pari a quello della popolazione produttiva, affidando il compito delle prestazioni ai Consorzi antitubercolari.

In regime assicurativo le prestazioni antitubercolari sono di tre ordini: prestazioni sanitarie; prestazioni economiche; e prestazioni integrative sociali.

Gli ultimi due ordini di provvidenze hanno una specifica ragione di essere perchè hanno per campo di applicazione i lavoratori alle dipendenze altrui i quali, per il forzato abbandono del posto di lavoro, possono rimanere sprovvisti dei mezzi di sussistenza per sé e per le proprie famiglie, e possono rimanere senza occupazione dopo il periodo di malattia per mancanza di posti di lavoro adeguati alle nuove condizioni fisico-funzionali. Non così, o almeno non così è per tutti i componenti delle altre categorie (coltivatori diretti, artigiani, commercianti, impiegati) soggetti all'assicurazione malattie.

Un'esigenza comune, viceversa, esiste ed è quella che concerne le prestazioni sanitarie. Queste rispecchiano un bisogno che è uguale per tutti e al cui soddisfacimento tutti possono ripetere eguale diritto.

Dal che la conclusione:

c) per diritto all'assistenza antitubercolare si intende il diritto alle prestazioni sanitarie senza limiti di durata ed uguali per tutte le categorie assistibili, rimanendo ferme le attuali prestazioni economiche e protettive per i soggetti dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi e facendo riserva per eventuali prestazioni integrative per categorie speciali.

* * *

I benefici. — Il risultato più imponente, anche se non del tutto obiettivamente, di una organizzazione impostata sulle tre menzionate direzioni è la ripartizione più omogenea e quindi più giusta tra le popolazioni delle varie regioni d'Italia dei benefici della piena assistenza. Nel 1958 il numero medio giornaliero di persone assistite in regime assicurativo antitubercolare fu per tutta la popolazione italiana di 126 per 100.000 abitanti. Quest'indice medio risultò dai seguenti indici parziali:

Italia settentrionale	162	per	100.000
Italia centrale	125	»	»
Italia meridionale	81	»	»
Italia insulare	88	»	»

L'Italia settentrionale frui del doppio dei benefici rispetto all'Italia meridionale e insulare, e ciò in prevalente ragione della diversa distribuzione delle forze del lavoro.

L'estensione del diritto all'assistenza a tutta la popolazione, salvo i pochi economicamente autosufficienti, porrà — almeno sul piano sanitario — tutte le popolazioni su eguale livello.

Altro risultato benefico si avrà in rapporto alle modalità per la concessione dell'assistenza ed alle competenze passive per i ricoveri.

A parte le pratiche burocratiche per l'accertamento del diritto alle prestazioni in regime assicurativo, le disposizioni in vigore (articoli 280 e 281 del testo unico delle leggi sanitarie e articolo 71 del regio decreto-legge

4 ottobre 1935, n. 1827) distinguono i ricoveri d'urgenza e i ricoveri comuni, e distribuiscono la pertinenza degli oneri tra Comuni, Consorzi antitubercolari, Comuni di domicilio di soccorso, Istituti assicuratori e mutualistici. Rendendo valido per l'assistenza antitubercolare il titolo all'assistenza per le malattie comuni, e attribuendo l'onere ai rispettivi Enti di malattia e ai Consorzi antitubercolari per i non abbienti, perdono efficacia tutte le disposizioni particolari; ogni differenziazione si elimina; il solo riconoscimento dello stato di malattia è per tutti titolo valido per il ricovero immediato.

E si apre così la strada a tre ordini di benefici.

Il primo opera sul piano organizzativo. Si è visto all'inizio di questa esposizione quanto complessa e onerosa sia l'organizzazione burocratica instaurata dall'I.N.P.S. per accertare il diritto alle prestazioni in regime assicurativo. Con la proposta riforma oltre 45 milioni di persone hanno eguale titolo alle prestazioni sanitarie antitubercolari. Ciò consente l'eliminazione di ogni pratica amministrativa preliminare: l'accesso ai sanatori può effettuarsi senza alcuna formalità, demandando alle amministrazioni dei singoli sanatori di dare comunicazione dell'avvenuto ricovero all'Ente a cui fa carico l'onere. Chè se per caso il ricoverato non avesse titolo all'assistenza, questi non potrebbe essere che un abbiente capace di rispondere in proprio per la retta di degenza.

Il secondo ordine di benefici è di natura clinica. Il ricovero immediato consente un trattamento terapeutico più adeguato, più sollecito, più efficace; il che è quanto dire che — con i presidi curativi attuali — la malattia tubercolare può risolversi nella vita dell'individuo in un semplice episodio a rapida estinzione e senza reliquati depauperanti la personalità fisica, funzionale e psicologica. Questi benefici hanno riflessi economici per gli Enti di malattia in ragione dell'accorciamento dei periodi di degenza e per il numero minore di coloro che passano a cronicità, e hanno riflessi sociali per il recupero più pronto e più completo di forze di lavoro.

Infine il terzo ordine di benefici è di natura epidemiologica. Individui ammalati che vengono prontamente sottratti all'ambiente di famiglia e di lavoro, individui che guariscono completamente significano sottrazione ed estinzione di fonti di contagio.

Da un gran numero di studiosi sono stati consegnati alla letteratura documenti irrefutabili sul significato della persistenza delle fonti di contagio nelle famiglie e nelle collettività. Alcuni di questi sono veramente impressionanti: a cinque anni, in certe località, i figli dei tubercolotici in oltre il 50 per cento dei casi hanno contratto la prima infezione: gli indici di morbosità nei fanciulli e giovinetti viventi in ambienti contagiati possono divenire dieci volte superiori a quelli della popolazione comune.

Eliminazione immediata delle fonti di contagio, cure tempestive e approfondite degli ammalati sono i due strumenti fondamentali con i quali ci si può oggi avviare verso la mèta ultima della grande battaglia che da millenni l'umanità combatte, l'eradicazione della tubercolosi.

* * *

Gli oneri finanziari e la loro ripartizione. — È necessario subito sgombrare il campo da un grave errore di valutazione che fu compiuto dal C.N.E.L. e dalla Commissione finanze e tesoro del Senato in occasione dell'esame del disegno di legge governativo n. 211 concernente « Riordinamento ed estensione dell'assistenza antitubercolare in regime assicurativo ». La Commissione finanze e tesoro ebbe a comunicare alla Commissione di sanità che la riforma avrebbe comportato un carico non coperto non inferiore ai 40 miliardi. A sua volta il C.N.E.L. osservò che l'onere complessivo non sarebbe stato inferiore ai 62 miliardi, con un presumibile disavanzo, per il primo anno di gestione, di circa 45 miliardi.

La fonte comune da cui sarebbero scaturite queste cifre sembra essere la « Relazione sul disegno di legge Monaldi per il riordinamento ed estensione dell'assistenza antitubercolare in regime assicurativo » elaborata dal Servizio statistico attuariale del

I.N.P.S., sotto la data del 16 dicembre 1958, nella quale si conclude che l'estensione della protezione assicurativa, nei limiti e nelle condizioni di quel disegno di legge, avrebbe comportato un onere complessivo di 62.176 milioni.

È facile dimostrare che il Servizio statistico dell'I.N.P.S. commise un grave errore di valutazione. Nell'esercizio 1960 per tutte le prestazioni sanitarie erogate nell'ambito dei suoi 27 milioni di assistibili, l'I.N.P.S. ha speso poco più di 49 miliardi, per l'esattezza lire 49.488.269.762.

Risultando i nuovi assistibili circa 16 milioni — secondo le risultanze del Servizio statistico attuariale dell'I.N.P.S. 15.830.000 unità — supponendo eguali gli indici di morbosità ed eguali le esigenze sanitarie, il carico globale, limitatamente alle prestazioni sanitarie, non toccherebbe i 29 miliardi.

Ed è presumibile che questo sia l'effettivo onere che comporta l'erogazione delle prestazioni sanitarie con le stesse modalità, entità e durata di quelle erogate in regime assicurativo, per le nuove categorie introdotte nel sistema.

Ma qui è da osservare subito che la cifra di 29 miliardi non costituisce un onere nuovo, o almeno interamente nuovo.

L'E.N.P.A.S. già concede ai propri associati prestazioni sanitarie antitubercolari per sei mesi, e con saggia direttiva degli attuali dirigenti la concessione si va prolungando senza limiti di durata.

L'I.N.A.D.E.L. concede l'assistenza antitubercolare per 120 giorni.

È da presumere quindi che con modesti ritocchi dei propri bilanci questi due Enti possano assicurare l'assistenza sanitaria antitubercolare piena ai loro assistiti, e si tratta complessivamente di circa 4 milioni di unità.

I Consorzi allo stato attuale provvedono con criteri discrezionali al ricovero di quanti, abbisognevole di cure e non protetti da assicurazione, dimostrano di non disporre di adeguati mezzi in proprio. Vi ricorrono così, oltre ai poveri, le categorie più varie: dipendenti dello Stato e degli Enti locali che hanno esaurito le prestazioni concesse dai propri Enti, coltivatori diretti, artigiani, piccoli commercianti, studenti universitari, pen-

sionati e tutti gli assicurati che, in ragione dei due anni di carenza o per mancanza di sufficienti contribuzioni, non hanno ancora acquisito il diritto alle prestazioni.

Con l'estensione del diritto alle prestazioni sanitarie a tutti gli aventi titolo alle prestazioni per malattie comuni, questa enorme massa, che in alcune province eguaglia e persino supera quella degli assicurati, viene a ridursi ai soli poveri, il cui numero complessivo può calcolarsi intorno ai quattro milioni. È ben vero che per questi si prevede anche un trattamento economico, il che potrebbe portare la quota per ogni assistibile intorno alle 2.000 lire, con un onere complessivo di circa 8 miliardi. Il finanziamento è largamente assicurato dagli appositi capitoli 69 e 71 iscritti nel bilancio del Ministero della sanità, i cui stanziamenti superano i 17 miliardi.

Che se su tali stanziamenti non si vuole apportare altro carico all'infuori dell'assistenza per i non abbienti, si è perchè è da vedere nei Consorzi provinciali antitubercolari gli strumenti più perfezionati per la opera di prevenzione e di profilassi. Nella prevista regolamentazione quindi restano al Ministro della sanità cospicui mezzi per potenziare queste istituzioni, che hanno rappresentato e rappresentano tuttora uno dei massimi pilastri dell'organizzazione antitubercolare, e che sono destinate per loro natura a portare più decisamente la loro attività nel campo della medicina sociale.

Più delicata è la situazione delle categorie di lavoratori autonomi — coltivatori diretti, artigiani, commercianti — ammesse di recente nel sistema assicurativo generale di malattia: si tratta in cifra tonda di circa otto milioni di unità.

La legge 4 agosto 1955, n. 692, in considerazione dell'apporto che l'I.N.A.M. dà alla lotta contro la tubercolosi, assegna all'Istituto stesso un'aliquota dello 0,60 per cento delle retribuzioni soggette a contributo assicurativo per la tubercolosi. In eguale posizione vengono a trovarsi oggi le mutue coltivatori diretti, artigiani e commercianti. L'attribuzione a tali Enti di una aliquota aggirantesi intorno allo 0,20 per cento assicurerebbe un

gettito di circa mille lire per ogni assistibile, con derivazione di somme globali assai prossime agli oneri per le prestazioni sanitarie antitubercolari.

Rimane da considerare la posizione dell'I.N.A.M., gestione autonoma per l'assicurazione contro la tubercolosi.

Di varia provenienza sono i nuovi carichi per quest'Ente.

L'articolo 8 estende le prestazioni sanitarie antitubercolari a tutti i pensionati.

L'onere nuovo derivante da questo provvedimento deve essere valutato in funzione di due dati di fatto:

attualmente il diritto alle prestazioni è mantenuto per il quinquennio dopo la cessazione delle contribuzioni;

il diritto alle prestazioni è mantenuto a quei pensionati che ebbero a soffrire di tubercolosi nei tempi di attività di servizio.

Di fronte a questi due dati di fatto sta la considerazione che nelle epoche avanzate della vita la tubercolosi primitiva — insorgente cioè in organismi che in precedenza non ne erano stati colpiti — è assai rara. Essendo solo questi i soggetti, e solo dopo un primo quinquennio di pensionamento, che risultano unità nuove, l'onere che ne deriva può ritenersi insignificante.

Nuovi e senza contropartita — senza corrispettivo di contribuzione — sono gli aumenti degli assistibili per effetto delle differenti condizioni danti titolo alle prestazioni (eliminazione del biennio di carenza) e per effetto della inclusione degli orfani dei lavoratori.

Sulla base di considerazioni cliniche si dovrebbe arguire che il ricovero immediato senza preliminari adempimenti amministrativi dovrebbe largamente compensare l'onere finanziario derivante dalla citata estensione dell'assistenza, dando per certo che ne risulteranno:

accorciamenti dei tempi di degenza per il conseguimento delle finalità terapeutiche;

riduzione dei cronici per un aumento numerico dei guariti;

riduzione progressiva della morbosità tubercolare per eliminazione più pronta di fonti di contagio.

Più difficile è il dire se l'aliquota dello 0,26 per cento da trasferire agli Enti di malattia possa essere sopportata dal bilancio della gestione per l'assicurazione contro la tubercolosi. Nell'esercizio 1960 quel bilancio, con la gestione presso l'I.N.P.S., ha registrato un disavanzo di oltre 6 miliardi.

È certo che il trasferimento della gestione all'I.N.A.M. può consentire la realizzazione di notevoli economie, prima tra queste la sburocratizzazione per la parte attualmente destinata all'accertamento del diritto degli assicurati alle prestazioni. Forse però si dovrà attendere non meno di un biennio dall'entrata in vigore della presente legge per valutarne le dimensioni e avere elementi idonei per dare al bilancio della gestione il suo assetto definitivo. L'attesa è possibile a motivo della situazione patrimoniale, nella quale figurano disponibili circa 60 miliardi derivati da avanzi degli esercizi antecedenti a quello del 1960.

* * *

Molti dati e molte considerazioni concordano per una valutazione positiva del provvedimento dettato dal disegno di legge in esame circa il trasferimento della gestione assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi all'I.N.A.M. Perchè però il provvedimento significhi semplificazione e potenziamento del sistema è necessario introdurre nell'articolazione modifiche e integrazioni, che la Commissione a maggioranza formula secondo l'unito schema.

Onorevoli Senatori, sul testo del disegno di legge proposto dal relatore si è pronunciata la Commissione finanze e tesoro, la quale ha suggerito fra l'altro l'adeguamento delle contribuzioni alle effettive esigenze della gestione, il che, ove necessiti, può es-

sere effettuato con decreto del Presidente della Repubblica al di fuori della presente legge.

La Commissione igiene e sanità, già nella formulazione del parere sul disegno di legge governativo, espresse l'avviso che l'organizzazione dell'assistenza antitubercolare debba essere semplificata e che le prestazioni debbano essere estese a un maggior numero di categorie.

La Commissione del lavoro e della previdenza sociale ha lungamente discusso i dati consegnati nell'esposizione che precede, ne ha valutato il significato sociale e ha analizzato attentamente le conseguenze che derivano sul piano della organizzazione e della difesa della salute pubblica dalle disposizioni contenute nel testo governativo e negli emendamenti integrativi.

Alcuni membri della Commissione hanno osservato che, stante la situazione che va a delinearsi, ci si sarebbe potuti spingere su posizioni più avanzate, eliminare gli attuali principî assicurativi e introdurre con un primo esempio in pieno campo di sicurezza sociale, estendendo l'assistenza a tutta la popolazione. Questi propositi potranno essere valutati nella loro consistenza pratica ove abbiano a riaffiorare in Assemblea con proposte concrete. Similmente in Assemblea potranno essere presi in considerazione eventuali emendamenti, che taluni membri della Commissione si sono riservati di presentare sul testo proposto dal relatore.

Stante l'attuale sistema della difesa sanitaria, il presente disegno di legge, nei termini che la Commissione lavoro e previdenza sociale sottopone all'approvazione del Senato, sembra il più idoneo a consentire un'assistenza antitubercolare nelle forme organizzative più perfezionate, più estese, più consona alle conquiste tecniche, cliniche e scientifiche realizzate dalla tisiologia.

MONALDI, *relatore*

DISEGNO DI LEGGE

TESTO DEL MINISTERO

Trasferimento all'Istituto nazionale per la assicurazione contro le malattie dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi

Art. 1.

L'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi di cui al regio decreto-legge 4 ottobre 1935, n. 1827, e successive modificazioni e integrazioni, è affidata all'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie che vi provvede mediante la propria organizzazione centrale e periferica.

Art. 2.

In seno all'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie, l'assicurazione contro la tubercolosi è costituita in gestione autonoma con contabilità e bilancio separati dall'assicurazione generale di malattia.

DISEGNO DI LEGGE

TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Trasferimento all'Istituto nazionale per la assicurazione contro le malattie dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi - Riordinamento ed estensione dell'assistenza antitubercolare

Art. 1.

Identico.

Art. 2.

Identico.

Ai servizi della gestione predetta è preposto un Vicedirettore generale, designato dal Consiglio di amministrazione sentito il Comitato speciale di cui al successivo articolo 4.

L'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie è autorizzato, con provvedimento del proprio Consiglio di amministrazione, ad incrementare la dotazione organica del personale di un ulteriore posto di Vicedirettore generale.

Il Vicedirettore generale partecipa, con voto consultivo, alle riunioni del Comitato speciale di cui al successivo articolo 3.

L'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie si avvale della consulenza di due esperti scelti uno tra i titolari di cattedre universitarie di fisiologia ed uno tra i Direttori delle istituzioni sanitarie in gestione diretta.

(Segue: *Testo del Ministero*).

Art. 3.

Alla gestione autonoma è preposto un Comitato speciale con i seguenti compiti:

- 1) fare proposte sull'impiego dei fondi della gestione;
- 2) fare proposte in merito alla costruzione, all'acquisto, alla permuta ed eventualmente alla alienazione di istituzioni sanitarie a tipo ospedaliero-sanatoriale, preventivo e post-sanatoriale e relative pertinenze patrimoniali rivolte alla cura della tubercolosi e alla reintegrazione fisica degli infermi;
- 3) fare proposte in merito ai regolamenti riguardanti l'organizzazione ed il funzionamento delle istituzioni ospedaliere in gestione diretta, gli organici del personale delle medesime e le norme per l'assunzione, il trattamento economico e di carriera e quello di previdenza del personale stesso;
- 4) classificare gli Istituti di cura, comprese le case di cura private, in ordine alla loro capacità ricettiva, efficienza e attrezzatura tecnica;
- 5) fare proposte in merito ad indagini ed accertamenti tecnico-sanitari attinenti alle malattie tubercolari;
- 6) esprimere parere sull'ordinamento di centri di studio presso gli Istituti di cura;
- 7) definire i rapporti tra Istituti di cura e cliniche fisiologiche universitarie;
- 8) fare proposte circa eventuali modificazioni alla misura dei contributi;
- 9) deliberare sui ricorsi contro la mancata concessione delle prestazioni;
- 10) sottoporre all'approvazione del Consiglio di amministrazione i bilanci della gestione;
- 11) esprimere parere su tutte le questioni sottopostegli dal Presidente o dagli Organi deliberanti dell'Istituto.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*).

Art. 3.

Identico.

Ai compiti e alle attribuzioni di cui ai numeri 3), 5) e 9) del precedente comma il Comitato può provvedere a mezzo di Commissioni nominate nel proprio seno.

(Segue: *Testo del Ministero*).

Art. 4.

Il Comitato è composto:

1) dal Presidente dell'Istituto che lo presiede e dai due Vice Presidenti;

2) da sette componenti il Consiglio di amministrazione dell'Istituto designati dal Consiglio stesso di cui quattro scelti fra i rappresentanti dei lavoratori e tre fra i rappresentanti dei datori di lavoro;

3) da tre titolari di cattedra universitaria di fisiologia designati dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con i Ministri della pubblica istruzione e della sanità;

4) da un rappresentante della Federazione italiana contro la tubercolosi;

5) da un rappresentante del Ministero del lavoro e della previdenza sociale;

6) da un rappresentante del Ministero del tesoro;

7) da un rappresentante del Ministero della sanità;

8) dal Capo dell'Ispettorato medico del lavoro;

9) da un rappresentante dei Consorzi provinciali antitubercolari designato dal Ministro della sanità;

10) dal Direttore generale dell'Istituto.

Il Comitato è nominato con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale. I suoi componenti durano in carica quattro anni e possono essere riconfermati.

Allo scadere del suddetto termine cessano dalle funzioni anche i componenti nominati nel corso del quadriennio.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*).

Art. 4.

Identico:

1) *identico;*

2) *identico;*

3) *identico;*

4) *identico;*

5) *identico;*

6) *identico;*

7) dal Direttore generale dei servizi di medicina sociale del Ministero della sanità;

8) *identico;*

9) da quattro rappresentanti dei Consorzi provinciali antitubercolari di cui due presidenti e due direttori, designati dal Ministro della sanità;

10) *identico;*

11) da due rappresentanti del personale delle istituzioni sanitarie in gestione diretta, designati nel proprio ambito uno dal personale a rapporto di impiego e uno dal personale a rapporto di lavoro;

12) da due rappresentanti degli Enti preposti all'assicurazione di malattia, designati dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale.

Identico.

Identico.

(Segue: *Testo del Ministero*).

Art. 5.

Il Consiglio di amministrazione dell'Istituto è integrato con un rappresentante del personale delle istituzioni sanitarie in gestione diretta di cui all'articolo 12 designato dal personale stesso nel suo ambito.

Art. 6.

Il Collegio dei sindaci dell'Istituto esercita le sue funzioni anche per la gestione autonoma dell'assicurazione contro la tubercolosi.

Art. 7.

Gli assicurati hanno diritto alle prestazioni dell'assicurazione contro la tubercolosi sia quando possono far valere i periodi minimi di assicurazione e di contribuzione richiesti dall'articolo 17 del regio decreto-legge 14 aprile 1939, n. 636, convertito, con modificazioni, nella legge 6 luglio 1939, numero 1272, sia quando risultino soddisfatte soltanto le condizioni previste per la concessione delle prestazioni nella assicurazione obbligatoria di malattia alla quale gli stessi sono iscritti.

Gli Enti preposti all'assicurazione obbligatoria contro le malattie rimborseranno, rispettivamente per i propri iscritti, alla gestione autonoma le spese da quest'ultima sostenute nel corso di ciascun anno per l'erogazione dell'assistenza antitubercolare agli assicurati contro la tubercolosi non aventi i requisiti di assicurazione e di contribuzione richiesti dall'articolo 17 del regio decreto-legge 14 aprile 1939, n. 636, ed assistiti sulla base delle condizioni previste per la concessione delle prestazioni dell'assicurazione di malattia ai sensi del precedente comma. In caso di controversia nella determinazione dei rimborsi al Ministro del lavoro e della

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*).

Art. 5.

Il Consiglio di amministrazione dell'I.N.A.M. è integrato con i due rappresentanti del personale delle istituzioni sanitarie di cui al punto 11) del precedente articolo 4.

Le attribuzioni del Consiglio di amministrazione dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie di cui all'articolo 17 della legge 11 gennaio 1943, n. 138, sono estese alla gestione autonoma dell'assicurazione contro la tubercolosi.

Art. 6.

Identico.

Art. 7.

I soggetti dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi hanno diritto alle relative prestazioni sia quando possano fare valere i periodi minimi di assicurazione e di contribuzione richiesti dall'articolo 17 del regio decreto-legge 14 aprile 1939, n. 636, convertito, con modificazioni, nella legge 6 luglio 1939, n. 1272, sia quando risultino soddisfatte soltanto le condizioni previste per la concessione delle prestazioni nell'assicurazione obbligatoria di malattia alla quale gli stessi sono iscritti.

Per i soggetti di cui al comma precedente restano in vigore tutte le disposizioni contenute nel regio decreto-legge 4 ottobre 1935, n. 1827, e nei provvedimenti successivamente emanati concernenti l'entità, i limiti e la durata delle prestazioni nonchè la conservazione del diritto alle prestazioni stesse.

A tutti i soggetti che hanno titolo all'assistenza contro le malattie erogata, qualunque ne sia l'Ente, in regime obbligatorio mutualistico o assicurativo competono le prestazioni sanitarie antitubercolari con le stesse modalità, entità e durata di quelle erogate in regime di assicurazione contro la tubercolosi, con esclusione di ogni qualsiasi trattamento economico anche post-sanatoriale.

(Segue: *Testo del Ministero*).

previdenza sociale decide in via definitiva, sentiti gli Enti interessati.

Restano in vigore tutte le disposizioni contenute nel regio decreto-legge 4 ottobre 1935, n. 1827, e nei provvedimenti successivamente emanati concernenti l'entità, i limiti e la durata delle prestazioni nonché la conservazione del diritto alle prestazioni stesse.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*).

L'assistenza sanitaria antitubercolare compete altresì agli iscritti ed ai pensionati facenti carico ai fondi costituiti con la legge 5 luglio 1961, n. 579 e rispettivamente con la legge di pari data n. 580.

Art. 7-bis.

L'onere per le prestazioni antitubercolari per i soggetti di cui ai commi 3° e 4° del precedente articolo è a carico degli Enti tenuti, a norma delle disposizioni vigenti, all'assistenza di malattia.

In considerazione del contributo che tali Enti daranno alla lotta contro la tubercolosi con conseguenti benefici per la gestione assicurazione tubercolosi, è ad essi destinata una somma pari al gettito dello 0,20 per cento delle retribuzioni soggette al contributo assicurativo per la tubercolosi, prelevata dai contributi afferenti alla gestione.

La ripartizione è fatta annualmente con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, tenendo conto degli oneri effettivamente sostenuti dai singoli enti per effetto delle norme contenute nella presente legge.

Art. 7-ter.

Le persone non abbienti e non aventi titolo alle prestazioni antitubercolari ai sensi del precedente articolo 7 hanno diritto alle prestazioni sanitarie con le stesse modalità, entità e durata di quelle erogate in regime assicurativo.

Alle stesse persone compete altresì il trattamento economico nella misura prevista dall'articolo 2, commi 1° e 2°, della legge 28 febbraio 1953, n. 86, nonché l'indennità post-sanatoriale, nella misura fissa di lire 600 giornaliere, da erogarsi con le norme e per la durata previste per i soggetti dell'assicurazione obbligatoria.

(Segue: *Testo del Ministero*).

Art. 8.

Il diritto alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, limitatamente a quelle di carattere sanitario, sussiste nei confronti dei pensionati e rispettivi familiari a carico appartenenti a categorie che, in attività di servizio, sono obbligatoriamente assicurate contro la tubercolosi, nonché degli orfani dei lavoratori italiani di cui al decreto legislativo 23 marzo 1948, n. 327.

L'onere derivante dalla disposizione di cui al precedente comma è posto a carico della gestione dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

Art. 9.

L'articolo 15, terzo comma, del regio decreto-legge 14 aprile 1939, n. 636, convertito, con modificazioni, nella legge 6 luglio 1939, n. 1272, è sostituito dal seguente:

« L'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie ha facoltà di integrare la

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*).

All'erogazione delle prestazioni di cui ai precedenti commi provvedono i Consorzi provinciali antitubercolari.

L'onere relativo agli obblighi di cui al presente articolo fa carico al bilancio del Ministero della sanità, sui capitoli 69 e 71 dell'esercizio finanziario 1962-63 e sui corrispondenti capitoli degli esercizi successivi.

Art. 7-quater.

Il ricovero per tutti gli aventi titolo alle prestazioni sanitarie antitubercolari viene disposto senza preliminari formalità amministrative.

Entro cinque giorni dall'avvenuto ricovero le amministrazioni ospedaliere ne danno comunicazione al Consorzio provinciale antitubercolare competente per territorio e all'Ente cui fa carico l'onere dell'assistenza.

Le modalità di attuazione delle presenti norme verranno determinate dal Comitato speciale di cui al precedente articolo 3.

Art. 8.

Identico.

Art. 9.

Identico:

« L'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie ha facoltà di integrare la

(Segue: *Testo del Ministero*).

cura antitubercolare con il ricovero in Istituto a tipo post-sanatoriale o con cura ambulatoriale ».

Art. 10.

I Comitati amministrativi dei Consorzi provinciali antitubercolari sono integrati da un rappresentante dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie.

Restano immutati gli attuali rapporti di collaborazione tra la gestione dell'assicurazione contro la tubercolosi e i Consorzi provinciali antitubercolari.

Art. 11.

L'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie, sentito il parere del Comitato speciale di cui all'articolo 3, può stipulare convenzioni per assumere l'erogazione di prestazioni antitubercolari per conto di altri Enti previdenziali o assistenziali tenuti a tali prestazioni sanitarie nei confronti dei propri assistiti.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*).

cura in regime sanatoriale con il ricovero in istituto a tipo post-sanatoriale o con cura ambulatoriale successiva al ricovero sanatoriale ».

Art. 10.

Identico.

I Comitati provinciali dell'I.N.A.M. sono integrati con il direttore del Consorzio provinciale antitubercolare.

Restano di competenza dei Consorzi provinciali antitubercolari i compiti inerenti alla profilassi e alla prevenzione della tubercolosi.

Similmente immutati restano gli attuali rapporti di collaborazione degli stessi Consorzi con la gestione assicurazione tubercolosi.

Art. 11.

Gli enti tenuti all'erogazione delle prestazioni sanitarie antitubercolari possono stipulare convenzioni con l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie, gestione autonoma per la assicurazione contro la tubercolosi, che delibera sentito il parere del Comitato speciale di cui al precedente articolo 3.

Art. 11-bis.

I servizi di erogazione delle prestazioni antitubercolari, per quanto riguarda le province di Trento e Bolzano, sono di competenza delle rispettive Casse provinciali di malattia.

L'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie provvederà, mediante convenzione, a regolare con le predette Casse provinciali i rapporti economici relativi ai servizi di cui al precedente comma.

(Segue: *Testo del Ministero*).

Art. 12.

Sono trasferite alla gestione autonoma tutte le istituzioni sanitarie dell'Istituto nazionale della previdenza sociale riguardanti l'assicurazione contro la tubercolosi.

Inoltre, l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie, gestione autonoma dell'assicurazione contro la tubercolosi, subentra all'Istituto nazionale della previdenza sociale:

a) nell'amministrazione delle predette istituzioni nonché nei rapporti col personale ad esse addetto, secondo le norme regolamentari vigenti per il personale stesso presso il predetto Istituto, cui sono riconosciuti gradi, funzioni e titoli acquisiti in base alle norme regolamentari stesse;

b) nelle convenzioni stipulate con le Università per la costituzione e il funzionamento delle Cliniche fisiologiche annesse alle istituzioni sanatoriali.

Nessun trasferimento all'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie è contemplato di personale appartenente ai ruoli non sanatoriali dell'Istituto nazionale della previdenza sociale. Tuttavia, per il tempo strettamente necessario l'Istituto nazionale della previdenza sociale darà all'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie la collaborazione necessaria a mantenere efficienti i servizi dell'assicurazione. L'attuazione delle disposizioni contenute nella presente legge non potrà comportare un aumento dei ruoli organici dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 12.

Sono trasferite all'I.N.A.M., gestione autonoma dell'assicurazione contro la tubercolosi, tutte le istituzioni sanitarie dell'I.N.P.S. destinate all'assistenza antitubercolare (ospedali sanatoriali, sanatori, preventori vigilati, istituti di qualificazione professionale), le quali saranno amministrate dalla gestione autonoma anzidetta. Sono altresì trasferite dall'I.N.P.S. all'I.N.A.M. le aziende agrarie annesse alle predette istituzioni sanitarie.

Art. 12-bis.

Sono trasferite all'I.N.A.M. le seguenti categorie di personale dell'I.N.P.S.:

a) personale dei ruoli delle istituzioni sanitarie, escluso quello addetto agli istituti termali di cui all'articolo 83 del regio decreto-legge 4 ottobre 1935, n. 1827 e successive modificazioni e integrazioni;

(Segue: *Testo del Ministero*).

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*).

b) personale straordinario — fuori ruolo o incaricato — assunto per le esigenze delle istituzioni sanitarie destinate all'assistenza antitubercolare;

c) personale salariato delle istituzioni sanitarie destinate all'assistenza antitubercolare.

L'I.N.A.M. subentra all'I.N.P.S. nei rapporti di impiego e di lavoro del personale, trasferito ai sensi del precedente comma, al quale sono garantiti lo stato giuridico e i trattamenti economici, di quiescenza e di previdenza in misura non inferiore a quella in atto alla data di entrata in vigore della presente legge.

È trasferito all'I.N.A.M. il « Fondo speciale di previdenza » per il personale salariato permanente delle case di cura con i fondi di riserva ed i pesi in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, relativi al personale di cui alla lettera c) del precedente comma.

Per il personale salariato degli stabilimenti termali il vigente trattamento previdenziale è assunto dalla « Casa di previdenza del personale dell'I.N.P.S. ».

Entro il termine di un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie è autorizzato, con provvedimento del proprio Consiglio di amministrazione, ad assumere, previa intesa con l'I.N.P.S. e con l'assenso degli interessati, personale direttivo e dei ruoli tecnici non sanatoriali dell'Istituto nazionale della previdenza sociale particolarmente esperto nella gestione dei servizi antitubercolari. Tale personale sarà immesso nei ruoli dell'I.N.A.M. secondo la parificazione gerarchica vigente per il personale dell'I.N.P.S., ai sensi dell'articolo 14 del decreto legislativo luogotenenziale 21 novembre 1945, n. 722, con il riconoscimento ai fini giuridici, previdenziali ed economici della anzianità effettiva di servizio prestato presso l'I.N.P.S. e senza diminuzione del trattamento economico goduto. Il relativo trattamento di quiescenza e di previdenza è assunto dal Fondo di previdenza per il personale dell'I.N.A.M.

(Segue: *Testo del Ministero*).

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*).

Per l'attuazione di quanto previsto ai precedenti commi l'I.N.A.M. e l'I.N.P.S. sono autorizzati, con provvedimenti dei rispettivi Consigli di amministrazione, ad apportare ai Regolamenti organici e alle norme che disciplinano i trattamenti di quiescenza e di previdenza del personale le necessarie modificazioni e integrazioni.

I rapporti economici e ogni altra questione concernente il personale dell'I.N.P.S. trasferito d'ufficio all'I.N.A.M. e assunto da quest'ultimo Ente saranno regolati mediante accordo tra i due Istituti, in mancanza del quale deciderà in via definitiva il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, sentiti gli Istituti stessi.

L'Istituto nazionale della previdenza sociale darà all'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie, per il tempo necessario, la collaborazione più opportuna onde mantenere efficienti i servizi della gestione autonoma dell'assicurazione contro la tubercolosi, anche attraverso l'opera dei propri impiegati provvisoriamente mantenuti ai servizi della gestione.

Art. 12-ter.

L'I.N.A.M., gestione autonoma dell'assicurazione contro la tubercolosi, subentra all'I.N.P.S.:

1) nelle convenzioni con gli Ordini religiosi per il servizio delle Suore nelle case di cura per la tubercolosi, e nelle convenzioni con gli Ordini religiosi e con le Curie vescovili per il servizio dei Cappellani nelle case di cura medesime;

2) nelle convenzioni con le Università per la costituzione e il funzionamento delle Cliniche fisiologiche annesse alle istituzioni sanatoriali;

3) nelle convenzioni con ospedali e case di cura private per il ricovero dei tubercolotici nonchè con gli Enti gestori delle colonie climatiche per i figli di tubercolotici assistiti in regime assicurativo;

(Segue: *Testo del Ministero*).

Art. 13.

Le attività e le passività patrimoniali dell'Istituto nazionale della previdenza sociale relative alla gestione dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi sono devolute alla gestione autonoma di cui all'articolo 2 della presente legge.

Le questioni patrimoniali insorgenti dalla devoluzione di cui al precedente comma e dal trasferimento delle istituzioni sanitarie di cui al precedente articolo nonché tutte le altre questioni connesse saranno definite mediante accordo fra i due Istituti interessati da approvarsi con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con quello del tesoro. In mancanza di tale accordo, il Ministro del lavoro e della previdenza sociale decide in via definitiva, sentiti gli Istituti interessati.

Art. 14.

Le disposizioni del regio decreto-legge 4 ottobre 1935, n. 1827, sono modificate come segue:

articolo 3: è soppressa la lettera b);

articolo 7: al n. 4 è soppressa la frase « per la tubercolosi »;

articolo 11: il n. 3 è sostituito con: « un rappresentante del personale dell'Istituto designato dal personale stesso »;

articolo 14: è soppresso il n. 6;

articolo 22: è soppresso;

articolo 23: è soppresso;

articolo 32: è soppressa la frase « per la tubercolosi ».

Inoltre tutte le disposizioni contenute nel regio decreto-legge 4 ottobre 1935, n. 1827, e successive modificazioni e integrazioni, ri-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*).

4) in tutte le convenzioni e in tutti i contratti di forniture, di appalto, di utenza, comunque attinenti al funzionamento degli ospedali sanatoriali, in vigore alla data del trasferimento di gestione.

Art. 13.

Identico.

Le questioni patrimoniali insorgenti dalla devoluzione di cui al precedente comma e dal trasferimento delle istituzioni sanitarie di cui al precedente articolo 12 nonché tutte le altre questioni connesse saranno definite mediante accordo fra i due Istituti interessati da approvarsi con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con quello del tesoro. In mancanza di tale accordo, il Ministro del lavoro e della previdenza sociale decide in via definitiva, sentiti gli Istituti interessati.

Art. 14.

Identico:

identico;

identico;

articolo 11: il n. 3 è sostituito con: « due rappresentanti del personale dell'Istituto designati dal personale stesso »;

identico;

identico;

identico;

identico.

Identico.

(Segue: *Testo del Ministero*).

guardanti l'Istituto nazionale della previdenza sociale in relazione all'esercizio ad esso affidato dell'assicurazione contro la tubercolosi debbono intendersi riferite all'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie.

Art. 15.

In attesa che si provveda alla unificazione della procedura di riscossione dei contributi di previdenza ed assistenza sociale, i contributi per l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi di cui all'articolo 48 del regio decreto-legge 4 ottobre 1935, n. 1827, e successive modificazioni, continuano ad essere riscossi dall'Istituto nazionale della previdenza sociale e vengono versati da questo all'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie, con le modalità che saranno concordate fra i due Istituti.

Art. 16.

La presente legge ha effetto a decorrere dal trentesimo giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*).

È devoluta parimenti alla competenza dell'I.N.A.M. l'erogazione delle provvidenze stabilite dal decreto legislativo 15 aprile 1948, n. 538 e dalla legge 28 febbraio 1953, n. 86.

Il rappresentante dell'I.N.A.M. sostituisce quello dell'I.N.P.S. nel Comitato di cui all'articolo 8 del citato decreto legislativo numero 538.

Art. 15.

Identico.

Art. 16.

Identico.