

(N. 2828)

SENATO DELLA REPUBBLICA

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa dei Senatori **SERENI, GRAMEGNA, CORTESE, CASADEI,
LAZZARINO e SALVAGIANI**

COMUNICATA ALLA PRESIDENZA IL 24 FEBBRAIO 1953

Assistenza sanitaria gratuita ai non abbienti

ONOREVOLI SENATORI,

I.

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, sono assicurati per la malattia i lavoratori dipendenti, gli indipendenti (artigiani, commercianti, piccoli proprietari, ecc.), i disoccupati, i pensionati, nonchè tutti i loro famigliari inclusi nella cosiddetta « assicurazione per la famiglia », che comprende i figli fino al 18° anno di età (e fino al 24° se studenti), le figlie, anche oltre tale limite di età, quando siano a carico dell'assicurato principale, il coniuge, i genitori e le sorelle sempre che siano a

carico dell'assicurato principale. Così il numero degli assistiti in Austria è di 5,5 milioni (su una popolazione di appena 7 milioni), pari cioè al 78,5 per cento della popolazione. In Olanda il sistema assicurativo, oltre a comprendere tutti i lavoratori dipendenti e i loro famigliari, dà la facoltà ai lavoratori indipendenti — ed anche ai datori di lavoro, — e ai loro famigliari, di assicurarsi volontariamente per la malattia. Sono attualmente assicurati (compresi i famigliari), 6 milioni di persone pari al 60 per cento della popolazione. In Francia l'assicurazione per la malattia, oltre ad includere obbligatoriamente tutti i lavoratori dipendenti, i loro famigliari, e gli studenti, concede la facoltà a vaste categorie di assicurarsi volontariamente. In Belgio i lavoratori indipendenti godono di una assicurazione volontaria, finanziata parzialmente con contributi statali. In Gran Bretagna il « National Health Service » instaurato in Inghilterra e Galles col « National Health Service Act » del 6 novembre 1946 e in Scozia con una legge separata del 21 maggio 1947, provvede all'assistenza sanita-

ria, compresa la specialistica, all'intera popolazione dello Stato. In Isvezia, a tutte le persone che abbiano un reddito non superiore a 8.000 corone annue è concesso il diritto all'assicurazione contro le malattie. In Danimarca l'appartenenza, in qualità di soci attivi o passivi, ad un istituto assicurativo è obbligatoria per tutte le persone di età inferiore ai 60 anni ed il 90 per cento dell'intera popolazione era assicurato alla data del 31 dicembre 1943.

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 », nulla 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. Anzi, esistono fondati motivi, che esamineremo, per ritenere che le prestazioni sanitarie sono andate diminuendo come estensione e peggiorando come quantità a causa del persistente stato di debolezza dei bilanci dell'Istituto Nazionale per la Malattia e dei Comuni, ai quali spetta quasi tutto l'onere dell'assistenza stessa.

Secondo l'ordinamento vigente hanno diritto all'assistenza sanitaria i lavoratori dipendenti, i loro famigliari e gli iscritti agli elenchi comunali dei poveri.

Per i lavoratori dipendenti e i loro famigliari, 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 at-

tività. Assicurati e famigliari, iscritti ai vari Istituti o Enti, possono essere valutati intorno a 19,5 milioni, di cui il 72 per cento circa all'I.N.A.M., il 13 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 31 maggio 1948 gli iscritti agli elenchi dei poveri, cioè beneficiari di diritto di assistenza sanitaria, erano 3,7 milioni, ripartiti così: Italia settentrionale, 1,3 milioni; Italia centrale, 9,6 milioni; Italia meridionale e insulare, 1,8 milioni.

Perciò complessivamente tra assicurati (e famigliari) e iscritti agli elenchi dei poveri si raggiunge la cifra di 23,2 milioni pari al 49,8 per cento della popolazione. È evidente la difformità di percentuale di aventi diritto all'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 a oltre due milioni di unità — e i pensionati, cioè le persone che si trovano nel maggior stato di bisogno.

Per meglio comprendere la situazione italia-

na si può tener presente che, secondo un'indagine effettuata dall'Istituto Doxa, nel 1948, il 18,7 delle famiglie italiane percepiva un reddito da 0 a 260 mila lire annue. Considerando che 600 mila lire annue costituivano il minimo indispensabile ad una famiglia per vivere, vediamo che circa il 67 per cento delle famiglie italiane, comprendenti oltre 31 milioni di persone, erano al di sotto o raggiungevano appena questo livello. Di questi 31 milioni o più di persone si può calcolare che siano assistiti o assicurati attualmente:

3,7 milioni di iscritti agli elenchi dei po-
veri;

16,0 milioni di lavoratori dipendenti assicurati con reddito familiare inferiore alle lire 600.000 annue (sui 19,5 milioni di assicurati in generale).

19,7 milioni in totale.

Pertanto, il numero di persone con reddito inferiore alle 600.000 lire annue, non assistite gratuitamente nè assicurate, ammonta a circa 11,5 milioni. Si tratta di un quarto circa della popolazione italiana (24,4 per cento) che non viene assistita nè dagli Istituti Assicuratori nè dai Comuni, e che non è assolutamente in grado di far fronte coi propri mezzi all'eventualità di una malattia. Di questi 11,5 milioni di persone si calcola che circa 5 milioni si trovino nelle condizioni di esenzione dal pagamento dell'imposta di ricchezza mobile e di quella complementare secondo la legge 11 gennaio 1952, n. 2, e che la parte restante (circa 6,5 milioni di persone) si trovi nella categoria di reddito delimitata inferiormente dal reddito massimo esentato dalle suddette imposte, e superiormente dal reddito annuo di 600.000 lire.

Infatti la citata legge di esenzione n. 25 del 1951 stabilisce che sono esentati dalle dette imposte i cittadini che abbiano un reddito annuo non superiore alle 240.000 lire, aumentabile di lire 50 mila per ogni membro della famiglia compresa la moglie. Per tale reddito familiare si può fissare un valore medio di lire 305.000 annue, corrispondente ad un grado di vivenza a carico di 1,3 persone (e quindi ad un nucleo medio di 2,3 persone, compreso il titolare del nucleo) (1).

(1) Un grado di vivenza a carico di 1,3 persone è quello caratteristico dell'E.N.P.D.E.P. (dipendenti statali) e dell'I.N.A.D.E.L. (dipendenti enti locali).

Orbene: in base alle statistiche disponibili sulla distribuzione familiare del reddito, si calcola che circa 20 milioni di persone sono comprese fra le classi di reddito familiare di 305.000 e 600.000 lire annue; detraendo da tale numero i 13,5 milioni circa di persone attualmente già assicurate obbligatoriamente con reddito familiare compreso fra 305 e 600 mila lire annue (sui 19,5 milioni di assicurati in generale) restano 6,5 milioni di persone non assicurate nè assistite che sono comprese fra gli stessi limiti di reddito. A questi 6 milioni e mezzo circa di persone si intende conferire con il presente disegno di legge il diritto all'assicurazione facoltativa.

Il numero di 5 milioni circa di persone (che si calcola per differenza fra gli 11,5 milioni di non assistiti attualmente e i 6,5 milioni circa di neo-assicurandi) costituisce quella parte di popolazione alla quale si intende di estendere con il presente disegno di legge il diritto alla assistenza sanitaria gratuita.

L'assistenza che viene corriposta a coloro che hanno oggi diritto presenta inoltre delle carenze, gravissime specialmente in quella gratuita a carico dei Comuni.

L'assistenza elargita dagli Istituti assicurativi varia da Istituto a Istituto, sia per la forma (diretta o indiretta), sia per la durata, sia, infine, per la intensità. Nelle stesse categorie di assicurati e dei loro famigliari, esistono numerose esclusioni da questa o da quella prestazione. Ad esempio, i famigliari dei lavoratori agricoli occasionali ed eccezionali sono completamente esclusi, mentre dalla sola assistenza farmaceutica sono esclusi tutti i famigliari dei lavoratori agricoli e in più gli stessi lavoratori agricoli eccezionali, i coloni e i mezzadri.

La durata delle prestazioni è sempre limitata ad un periodo variante da 120 a 130 giorni all'anno per l'assicurato principale e da 90 a 180 giorni all'anno per i famigliari, quella ospedaliera per i famigliari varia da 30 giorni l'anno a 180 giorni, esclusi i famigliari degli assicurati all'E.N.P.D.E.P., per i quali non esistono limiti di tempo. Per le malattie croniche le limitazioni sono anche più drastiche (escluso l'E.N.P.A.S. ove non esistono limitazioni per tali malattie). Restrizioni pure molto gravi si hanno per le prestazioni farmaceuti-

che, che escludono una gran parte delle specialità.

In tema di assistenza 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 quelle 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 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 in 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 1945.

D'altra parte un altro indice indiretto della diminuzione delle prestazioni gratuite possiamo vederlo esaminando la voce « Spese di assistenza e beneficenza » (che però non sono somme spese soltanto per l'assistenza sanitaria ai poveri, ma anche a titolo di beneficenza) del bilancio dei principali Comuni italiani (25 in tutto), elencati nell'annuario statistico 1948-50 a pagina 434. Al 1938 tale voce portava una spesa di 271 milioni; al 1948 tale cifra era di 8.924 milioni. Tenendo conto della nuova situazione monetaria, in base all'indice del costo della vita, tale spesa, per essere uguale al 1938, avrebbe dovuto essere di 13.127 milioni; adottando per coefficiente di rivalutazione l'indice dei prezzi all'ingrosso, tale spesa avrebbe dovuto essere di 14.750 milioni. Come si è visto essa invece è di molto inferiore. Evidentemente se questo avviene nei Comuni maggiori, ben più grave deve essere la situazione dei piccoli Comuni.

Per dare una idea della portata dell'assistenza come viene fatta in alcune zone, si ricorderà che le città meridionali di Bari, Catania, Palermo e Messina, che avevano in tutto, al 1948, 133.000 iscritti all'elenco dei poveri, hanno speso nello stesso anno, alla « Voce assistenza e beneficenza » (che, come si è detto non comprende soltanto le spese per l'assisten-

za sanitaria, ma comprende anche mense popolari, refettori, ecc.), la somma di 533 milioni. Se consideriamo poi che i debiti dei Comuni italiani per le spedalità arretrate sono passati da 2.867 milioni nel 1947 a 5.017 milioni per il 1948, e che in quest'anno rappresentano l'8 per cento di tutti i debiti dei Comuni, abbiamo una visione chiara della situazione.

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 ne 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 di 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 ripartito in 10 annualità.

II.

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 voglio 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 o all'assicurazione contro le malattie un'ampia cerchia di cittadini che attualmente sono esclusi dall'una e dall'altra 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.

Il presente disegno di legge si compone di due parti: una relativa alla assistenza sanitaria gratuita, l'altra relativa alla assicurazione facoltativa contro le malattie.

Nella prima parte 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 all'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 partitamente come, nella proposta 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'assistibile 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 tenere conto per estendere l'assisten-

za 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. 23, 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 famigliari 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 questa proposta di legge.

Sono 5 milioni di cittadini, cioè oltre un milione e mezzo di nuove famiglie, che si vedono garantita l'assistenza malattia dalla quale oggi sono escluse.

Stabiliti i criteri che conferiscono il titolo alla assistenza sanitaria gratuita, occorre prevedere 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 preposta una 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 esplicita in forma sovente modestissima e insufficiente.

La presente proposta vuol dare un contenuto il più possibile definito 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 convenzioni con istituti e specialisti (articolo 23). Ma, come indicazione di massima, deve essere assicurata una determinata percentuale di medici direttamente 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 nella proposta 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 dal-

l'Alto Commissario 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 della presente proposta, 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; nell'Unione Sovietica, il bilancio del 1951 prevede, per le sole spese di assistenza sanitaria, uno stanziamento di 22 miliardi di rubli, pari a 3.500 miliardi di lire, cioè a 18 mila lire in media, per ogni cittadino.

III.

Stabilito il diritto all'assistenza gratuita per i meno abbienti, rimane un ampio settore di cittadini che, superando i minimi limiti di reddito fissati per l'assistenza gratuita hanno tuttavia cespiti estremamente modesti o comunque inferiori, o al massimo coincidenti, con il minimo vitale per le famiglie tipo (lire 55 mila mensili).

È parso ai proponenti che questa ampia categoria di cittadini, i quali con i rispettivi nuclei familiari assommano a vari milioni, non possa essere trascurata in materia di assicurazione contro le malattie perchè il loro reddito è appunto tale da far presumere che essi non possono senza eccessivo sacrificio affrontare le normali spese per cure sanitarie. D'altra parte, però, le attuali condizioni della finanza pubblica non permettono di elevare il limite di reddito fissato per l'assistenza sanitaria gratuita fino a comprendere queste categorie, nè, tuttavia, le condizioni economiche di queste stesse categorie consentono di assoggettarle ad una normale contribuzione per l'assicurazione contro le malattie.

Si è ritenuto allora che il problema possa risolversi istituendo una forma di assicurazione facoltativa contro le malattie, alla quale pos-

sono essere ammessi i cittadini che si trovano entro determinati limiti di reddito e che una parte dei contributi assicurativi sia posta a carico dello Stato.

La proposta di legge non esaurisce l'intero problema, essa traccia alcune direttive, e dà quindi mandato al Governo di presentare entro il 31 dicembre 1953 un disegno di legge che contenga le necessarie norme di attuazione.

I principi fissati nella attuale proposta sono i seguenti:

a) il limite di reddito del nucleo familiare entro il quale sorge il diritto alla assicurazione facoltativa è fissato in lire 600 mila annue. Si calcola che la categoria degli aventi diritto comprenderà circa sei milioni e cinquecentomila cittadini, membri di famiglie di lavoratori indipendenti;

b) il contributo cui sono soggetti gli assicurati facoltativi è stabilito nell'1,50 per cento sul totale del reddito mentre il resto è a carico dello Stato.

Si ritiene che lo Stato dovrà contribuire con una somma all'incirca pari a quella che sarà versata dagli interessati, come si vedrà meglio nei cenni che esporremo relativi ai costi dell'attuazione del presente disegno di legge. In tal modo si viene a realizzare, a vantaggio di queste categorie, lo stesso sistema che attualmente è seguito dallo Stato per i propri dipendenti. Il carattere sociale di questo servizio giustifica certamente l'estensione di queste contribuzioni dello Stato a favore dei lavoratori meno abbienti.

La gestione del servizio assicurativo è affidata all'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie, che, tuttavia, costituirà una gestione separata per queste assicurazioni facoltative.

IV.

Sul costo che comporta l'attuazione del presente disegno di legge va osservato che, per quanto concerne l'assicurazione facoltativa, è stato già detto che i nuclei familiari che avrebbero ad essa diritto oscillano tra un minimo di reddito di lire 305 mila annue (al di sotto di tale minimo si avrebbe l'assistenza gratuita) e un massimo (stabilito all'articolo 30) di 600 mila lire annue. È stato già calcolato che,

entro queste categorie, circa 6.500.000 cittadini sono sprovvisti di assicurazione e di assistenza contro le malattie e costituiscono quindi la massa di persone alle quali con questo disegno di legge si conferisce il diritto all'assicurazione facoltativa.

Circa il costo individuale il calcolo è più semplice e sicuro, in quanto possono prendersi in considerazione i dati dell'I.N.A.M. Per l'anno 1950 questo Istituto ha speso milioni 53.950 per n. 13.780.000 assicurati. Ciò dà un costo medio individuale di lire 3.918.

I proponenti tuttavia ritengono che, per un più soddisfacente complesso di prestazioni, questa cifra vada elevata a lire 5.000 per assicurato. Avremo quindi un costo totale annuo di 33 miliardi di lire (5 milioni 600 mila assicurati per 5.000 lire).

Per l'assicurazione facoltativa si tenga presente che il reddito complessivo dei 6.600.000 cittadini facoltizzati alle assicurazioni può essere calcolato in 1.150 miliardi di lire. Ciò comporta un gettito di contributi individuali (1,50 per cento) di miliardi 17.250 annui. In conseguenza, per coprire l'intero costo del servizio (33 miliardi) lo Stato dovrà stanziare nel bilancio la somma di 15 miliardi e 750 milioni di lire. Ciò, ben s'intende, ove tutti gli aventi diritto contraessero questa assicurazione.

Per quanto concerne l'assistenza sanitaria gratuita, si può ritenere che in Italia i cittadini componenti nuclei familiari che abbiano un reddito fino a 600 mila lire annue ammontino complessivamente a 31.300.000.

Tra questi — come si è visto dianzi — 16.000.000 sono assicurati obbligatoriamente, 3.700.000 sono gli attuali iscritti negli elenchi dei poveri, 6.500.000 sono le persone che, con l'attuale proposta, acquistano il diritto all'assicurazione facoltativa. In totale, quindi, si tratta di oltre 26 milioni di cittadini già assistiti, già assicurati o inclusi tra gli aventi diritto all'assicurazione facoltativa. Restano 5 milioni circa di cittadini sprovvisti attualmente di assistenza e di assicurazione; tale è da ritenere la cifra massima degli aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita in forza delle norme contenute nella prima parte dell'attuale disegno di legge.

Ciò significa che si può ritenere che gli iscritti negli elenchi degli assistiti gratuita-

mente ammonteranno, complessivamente, a circa 8.700.000 (3.700.000 attualmente iscritti più 5 milioni nuovi iscritti).

Il costo complessivo del servizio, tenuto conto del costo unitario di lire 5.000 sopra indicato, 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 assistenza sanitaria. Si tenga presente che in tali spese sono comprese, (ed hanno talora rilievo preminente) le spese per ospedalità 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 oggi 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.

In totale, quindi, per il contributo all'assicurazione facoltativa contro le malattie, e per le spese di assistenza gratuita, lo Stato dovrà sopportare una spesa complessiva di 31 miliardi e 250 milioni.

È un carico non troppo oneroso che si chiede ad un bilancio che supera, nella spesa, i 2.000 miliardi di lire.

V.

Nelle disposizioni varie, i proponenti suggeriscono alcune misure che possono facilitare un'efficace realizzazione del servizio di assistenza sanitaria gratuita e migliorare l'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 al Senato una proposta in questo senso, e, se essa verrà approvata 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 dall'assistenza e sono ovviamente sgraditi agli interessati.

Infine, con l'articolo 27 si solleva il problema di un piano di nuove costruzioni, ammodernamento e 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 alle 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 una ingente massa di cittadini bisognosi, le esigenze stesse della dignità civile del Paese, impongono una pronta discussione e una rapida soluzione dei problemi che questa proposta solleva e definisce.

PROPOSTA DI LEGGE

PARTE PRIMA

ASSISTENZA GRATUITA
CONTRO LE MALATTIE

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 l'assistenza sanitaria 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 mila.

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 nei Comuni con popolazione da 10 mila a 30 mila abitanti; di 13 membri nei Comuni con popolazione compresa tra 30 mila a 100 mila abitanti; di ventuno membri nei Comuni con popolazione superiore a 100.000 abitanti.

Nei Comuni con popolazione superiore ai centomila 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 dell'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 20 giorni dalla ricezione della domanda, all'iscrizione del richiedente e dei componenti il nucleo familiare nell'elenco degli aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita.

Copia dell'elenco è esposto 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 pronunzia.

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 dell'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 specialistica, 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 lo 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 duemila assistiti ad un massimo di uno per ogni cinquecento, 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, numero 530, nè al controllo di merito del Prefetto e della C.A.P. ai sensi del testo unico 15 ottobre 1925, n. 2570, salvo quanto disposto dal successivo articolo 29.

Il parere del Consiglio Provinciale di sanità dovrà essere dato entro 30 giorni dalla ricezione delle deliberazioni. Decorso tale termine senza che il Consiglio si sia pronunciato la liberazione 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 Parlamento un progetto di legge per la realizzazione di un piano relativo alla costruzione di nuovi ospedali, e all'ammodernamento ed ampliamento di quelli esistenti, per modo che per ogni Provincia si realizzi il rapporto di almeno sei posti letto per ogni mille abitanti.

Art. 28.

I cittadini i quali, in forza della presente legge, 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 di riesame.

Se l'organo deliberante conferma la propria deliberazione ovvero se la modifica nel senso indicato dalla Giunta comunale 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.

PARTE SECONDA

**ASSICURAZIONE FACOLTATIVA
CONTRO LE MALATTIE**

Art. 30.

I cittadini i quali non siano ammessi all'assistenza sanitaria gratuita di cui alla prima parte della presente legge, abbiano reddito non superiore alle lire 600 mila annue agli effetti dell'imposta complementare e non siano soggetti per legge ad altre forme di assicura-

zione contro le malattie, hanno diritto di assicurarsi contro le malattie presso l'Istituto Nazionale Assicurazione contro malattie.

Le prestazioni sanitarie si estendono ai familiari dell'assicurato secondo le norme attualmente vigenti in tale materia per l'Istituto nazionale assicurazione malattie.

Art. 31.

Per stabilire il limite del reddito che dà diritto all'assicurazione facoltativa contro le malattie si applica l'articolo 4 della presente legge.

Il reddito è stabilito sulla base di denuncia dell'interessato corredata di atto notorio, e sottoposta agli accertamenti dell'Istituto assicurativo

Art. 32.

Sul reddito complessivo determinato in conformità degli articoli precedenti l'assicurato è tenuto a versare un contributo pari all'1,50 per cento.

Art. 33.

L'Istituto nazionale per le assicurazioni contro le malattie costituirà una gestione separata per le assicurazioni facoltative di cui alla presente legge.

Le quote di integrazione dei contributi versati dall'assicurato sono poste a carico dello Stato.

Art. 34.

Entro il 31 dicembre 1953 il Governo presenterà al Parlamento un disegno di legge contenente le norme di attuazione sull'assicurazione facoltativa contro le malattie, di cui alla presente parte della presente legge.