

CAMERA DEI DEPUTATI N. 531

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**L'ELTORE, MARTINO GAETANO, VIGORELLI, RUSSO, SCAGLIA,
BARBERI SALVATORE, CACCURI, PRETI, BERLINGUER, CAPUA,
SANTI, MURDACA, CHIARAMELLO**

Annunziata il 19 dicembre 1953

Devoluzione a favore dei Consorzi provinciali antitubercolari di una quota parte dei residui attivi della gestione dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi

ONOREVOLI COLLEGHI! — L'ordinamento della lotta contro la tubercolosi attraversa in questo momento una crisi particolarmente delicata.

Benché incomplete — in quanto riflettono solamente i dati sull'attività dei Consorzi provinciali antitubercolari e dei dispensari da essi dipendenti — le statistiche denunciano che la morbosità tubercolare mantiene tuttora una quota assai elevata, superiore al periodo anteguerra.

Questo fenomeno si verifica con vario ritmo in tutti i Paesi, eccettuati quei pochi nei quali un più saldo e vetusto inquadramento delle opere di bonifica dalla malattia tubercolare affonda le sue radici nell'humus di una assimilata educazione sanitaria popolare, dalla quale consegue una più attiva, consapevole collaborazione ai compiti della vita associata.

Come acutamente rilevava lo scorso anno l'Alto Commissario *pro tempore* per l'igiene e la sanità pubblica, onorevole Migliori, nel discorso inaugurale della 15ª campagna nazionale antitubercolare, « non possiamo ritenere paghi dei risultati conseguiti nella lotta contro la tubercolosi finché perdura la

dolorosa dissociazione tra l'andamento della mortalità e quello della morbosità tubercolare ».

È noto, infatti, che la mortalità per tubercolosi, grazie alla progrediente efficacia della terapia medica e della terapia chirurgica, è in continuo, accelerato declino.

Da questo risultato conseguono però problemi assai complessi, primo tra tutti quello dell'« assistenza post-sanatoriale » passiva e attiva alla quale il nostro Paese non ha potuto dedicare, fino ad oggi, energie e mezzi sufficienti.

È necessario sottolineare la portata di tale problema, i cui riflessi, non sempre avvertiti, rendono ancor più inquieto il fluire che ameremmo sempre ordinato della nostra vita collettiva: ed a questo scopo bastano poche ma essenziali considerazioni.

La diminuzione della mortalità per tubercolosi è collegata a un parallelo aumento delle forme cronicizzate della malattia e delle « guarigioni cliniche », attraverso le quali si determina il reinserimento nel corpo sociale di decine di migliaia di individui, provvidamente sottratti alla stretta del male, ma fisicamente e psichicamente minorati.

Questo fenomeno comporta lo svolgimento di due ordini di azioni strettamente concatenate:

da un lato, un assiduo, accurato controllo sanitario degli ex malati, allo scopo di evitare o per tempestivamente diagnosticare possibili, improvvise riaccensioni del male, che, se non scoperte in tempo, oltre che per l'individuo, risulterebbero nocive, per effetto del contagio, all'intera collettività;

dall'altro, un'opera d'assistenza morale e sociale, resa complessa e inderogabile dal fatto che — in conseguenza dell'odierna delicata situazione del nostro mercato di lavoro, aggravata, nei riguardi dei tubercolotici, dalla persistenza di diffusi, arretrati preconcetti — gli ex malati non riescono né possono riuscire a trovare, nella generalità dei casi, un'occupazione redditizia, adeguata o quanto meno non troppo duramente contrastante con le loro condizioni fisiche: donde un diffuso stato d'incertezza, d'irrequietudine, d'indigenza, che sommuove e sconvolge centinaia di migliaia di famiglie e che pesa gravemente sull'economia del Paese.

Da queste brevi considerazioni — alle quali altre se ne potrebbero aggiungere di non minore rilievo, se volessimo tracciare un panorama completo delle deficienze del nostro ordinamento per la lotta contro la tubercolosi — è agevole dedurre che l'ordinamento stesso deve essere, nel momento presente, perfezionato e sviluppato in tutti i suoi aspetti essenziali, dalla prevenzione all'accertamento della malattia tubercolare, alla cura dei malati, all'assistenza morale e sociale dei dimessi guariti o stabilizzati, alla loro rieducazione e avviamento al lavoro.

Tutto ciò è stato autorevolmente ribadito dagli studiosi convenuti a Torino nell'ottobre scorso per l'undicesimo Congresso nazionale di tisiologia promosso dalla Federazione italiana contro la tubercolosi, in un ampio ordine del giorno che la Federazione ha avuto cura di sottoporre all'esame degli onorevoli membri del Parlamento.

Esaminando i problemi di base della lotta antitubercolare, quest'ordine del giorno, tra l'altro,

«rileva che le statistiche odierne della morbosità tubercolare, pur imperfette e insufficienti, documentano in modo irrefutabile in quale grave misura la tubercolosi continui ad incidere nella capacità vitale e nell'economia del Paese;

«mette in guardia l'opinione pubblica contro l'errata presunzione che, in grazia appunto della notevole riduzione della mor-

talità, il problema della difesa sanitaria e sociale del popolo dalla tubercolosi possa essere considerato ormai risolto;

«ribadisce la necessità — in armonia con la lettera e lo spirito dell'ordine del giorno votato dal Consiglio Superiore di Sanità nella sua prima adunanza plenaria di quest'anno — che si addivenga rapidamente alla revisione e all'aggiornamento dell'ordinamento legislativo e istituzionale della lotta contro la tubercolosi ora in atto, nel duplice intento: di realizzare l'auspicata unità d'indirizzo e di azione degli enti che operano in questo difficile settore della difesa sanitaria e del progresso sociale del Paese; di porre sullo stesso piano dell'assistenza curativa la soluzione dei due altrettanto essenziali problemi inerenti all'assistenza post-sanatoria (che deve essere intesa, come propugnato dalla Federazione italiana contro la tubercolosi fin dal 1946, in senso socialmente «attivo») e allo sviluppo delle opere di prevenzione della malattia tubercolare, con particolare riguardo alle zone depresse;

«auspica il pronto accoglimento del voto formulato dal Consiglio Superiore di sanità nel comma conclusivo del ricordato ordine del giorno, affinché venga congruamente incrementato l'apporto finanziario dello Stato, in atto insufficiente in tutti i servizi sanitari, specie in alcuni tra i più delicati, come quello antitubercolare e dell'assistenza all'infanzia, tenendo presente che nessun sacrificio deve essere risparmiato quando si tratti della tutela della pubblica salute».

Per quanto poi concerne l'opera dei Consorzi provinciali antitubercolari — ed è questo il punto che ora interessa ai fini della presente relazione — tale ordine del giorno formula in particolare due voti:

«che siano disposti sollecitamente, da parte dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, provvedimenti amministrativi straordinari, allo scopo di regolare, anche d'intesa con l'Istituto nazionale della previdenza sociale, la grave situazione deficitaria di numerosi Consorzi provinciali antitubercolari, specie dell'Italia meridionale e delle isole, i quali sono stati da tempo costretti a limitare e anche a sospendere totalmente i ricoveri;

«che il contributo dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la sanità pubblica a favore dei Consorzi provinciali antitubercolari per il ricovero dei malati di tubercolosi indigenti non assicurati sia congruamente aumentato, non in base a criteri di discriminazione e a valutazioni generali, ma tenendo conto invece della

reale situazione epidemiologica delle singole province in relazione alle effettive disponibilità finanziarie dei rispettivi Consorzi, nonché agli oneri derivanti dai compiti affidati agli enti stessi ai fini della profilassi della tubercolosi ».

La sensibile aderenza di questi voti alle odierne necessità della lotta contro la tubercolosi è confermata dalle vivaci reazioni alle recenti disposizioni dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica sulla commisurazione del contributo, che sarà assegnato ai Consorzi provinciali antitubercolari nel 1954, *allo scopo di potenziarne l'attività di ricovero e di assistenza ai tubercolotici e predisposti*.

Questo contributo statale — giudicato, come s'è già visto, insufficiente — è stato finora assegnato tenendo conto del numero complessivo di abitanti di ciascuna provincia e in base a un criterio di discriminazione opinabile dal punto di vista qualitativo: e cioè: lire 175 *pro capite* alle province dell'Italia del nord e centrale, escluso il Lazio; lire 195 *pro capite* alle province delle altre zone.

Ora, con disposizione del 30 ottobre scorso, l'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, previa una valutazione non precisata, ma ovviamente obiettiva, di diversi elementi, in parte elaborati dalle relazioni degli stessi Consorzi provinciali antitubercolari, in parte rilevati da documentazioni ufficiali dell'Istituto nazionale della previdenza sociale, ha determinato per ogni provincia l'*entità della popolazione non assistita in regime assicurativo* e da considerare quindi come avente diritto all'opera assistenziale e curativa del Consorzio provinciale antitubercolare; ed a questa entità ha poi commisurato il contributo statale, elevandone in modo vario la quota *pro capite*: lire 250 per i Consorzi del Piemonte, Liguria, Lombardia, Emilia, Toscana, Marche, Umbria; lire 300 per i Consorzi della Regione veneta e del Lazio; lire 350 per i Consorzi dell'Abruzzo, Campania, Puglie, Lucania, Calabria, Sicilia; lire 450 per i Consorzi della Sardegna.

Non v'ha dubbio che, sul piano qualitativo, tale criterio innovatore — sempre perfettibile d'altronde nella sua articolazione pratica — possa essere giudicato in senso positivo, in quanto rende dinamico, e perciò più aderente alla realtà, un modo di valutazione delle esigenze locali, che s'era invece cristallizzato nel tempo e dal quale derivavano notevoli discordanze di trattamento, non oggettivamente giustificabili, tra provincia e provincia.

In concreto, però, il provvedimento in esame non ha determinato, né poteva determinare, gli effetti sperati.

Serrate nelle maglie di un bilancio cronicamente insufficiente (come è autorevolmente confermato dagli « Atti della Commissione parlamentare d'inchiesta sulla miseria in Italia e sui mezzi per combatterla », volume primo, Relazione generale, pagina 204), le nuove direttive hanno forzatamente portato alla indicata modalità di distribuzione del contributo dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, la quale, mentre pone in difficoltà ancor più gravi del previsto e del prevedibile i Consorzi provinciali antitubercolari costretti a subire inopinatamente una larga falciatura del concorso statale, non risolve, d'altra parte, neppure in misura minima i problemi più urgenti dei Consorzi meno dotati, a vantaggio dei quali tale concorso risulta aumentato in misura troppo impari al bisogno; e con l'aggravante, poi, di prevedibili riflessi psicologici negativi, in quanto che nel concetto generale, e più in quello particolare degli interessati, dall'idea di « aumento del contributo statale » germinerà naturale, con ovvio rapporto di causa ad effetto, la convinzione che il diritto ad una completa assistenza sanitario-sociale antitubercolare possa e debba essere ormai puntualmente rispettato.

Anziché attenuare le difficoltà talora estremamente penose di alcune o di molte, questo provvedimento ha quindi posto tutte le province in una nuova e assai più delicata posizione, tale oltretutto da frustrare, in pratica, perfino gli sforzi assidui e intelligenti di quei Consorzi antitubercolari che — accortamente avvalendosi di particolari possibilità locali — hanno saputo creare organizzazioni di non comune efficienza.

È urgente, onorevoli colleghi, eliminare se possibile, quanto meno temperare, tale situazione di disagio: lo esigono gli interessi generali della lotta antitubercolare, ai cui positivi risultati sono condizionati lo sviluppo di tutta la nostra azione sanitaria e sociale, il benessere fisico e morale del popolo, la civile ascesa del nostro Paese.

Il pieno conseguimento di questi scopi imporrà certamente l'intervento moderatore del Parlamento, che vorrà, com'è suo diritto e dovere, determinare con saggia e anticipatrice comprensione, quali possano essere e donde potranno essere attinti i più larghi mezzi necessari affinché, attraverso il loro accorto impiego, possano essere più rapidamente conseguiti gli alti scopi sanitari, umani, civili cui tende la lotta contro la tubercolosi.

Ma ciò richiederà studi complessi e un lasso di tempo che non è agevole predeterminare: di qui la necessità di avvisare provvedimenti tempestivi, magari di ridotta portata, ma tali da alleviare il disagio attuale, da migliorare almeno un poco la situazione che abbiamo cercato di illustrare nei suoi aspetti più significativi.

A questa necessità si ispira il progetto di legge che presentiamo al vostro esame e che è nostro dovere spiegare nel suo dispositivo.

* * *

L'ordinamento della lotta contro la tubercolosi poggia ancora su due cardini: i Consorzi provinciali antitubercolari, la cui attività è regolata dalla legge 23 giugno 1927, n. 1276, poi inserita nel testo unico delle leggi sanitarie approvato col regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, articoli 268 a 283; l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, istituita col decreto legge 27 ottobre 1927, n. 2055, la cui gestione è affidata all'Istituto nazionale della previdenza sociale.

È probabile che gli studi in corso sulla riforma generale dell'organizzazione sanitaria, possano, in epoca più o meno vicina, riflettersi anche nell'organizzazione della lotta contro la tubercolosi: comunque, nei riguardi del problema che ora esaminiamo interessa anzitutto stabilire come e quanto le ricordate disposizioni legislative siano adeguate alle odierne esigenze di un razionale e redditizio ordinamento della lotta antitubercolare.

Concepita in un momento nel quale l'assistenza curativa, cioè il ricovero sanatoriale, rappresentava il massimo assillo nel costruendo sistema d'organizzazione della difesa del popolo dalla tubercolosi, la legge sull'assicurazione obbligatoria si ispira al principio dell'obiettivo riconoscimento del « rischio assicurativo », che si può avere soltanto nel momento in cui il processo patologico evolutivo tubercolare attinge gli stadi della malattia conclamata.

In altre parole, la legge assicurativa prevede e provvede soltanto alla « cura » della tubercolosi, è uno strumento « clinico », che ignora — e di ciò non si può fare addebito al legislatore, considerata la situazione del tempo — l'aspetto « sociale » della lotta antitubercolare, la quale deve anzitutto mirare alla « prevenzione » della malattia.

È bensì vero — ed è necessario ricordarlo ai fini della presente proposta di legge — che, particolarmente con le leggi 15 aprile 1948, n. 538, e 28 febbraio 1953, n. 86, il principio

informatore della legge sull'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi è stato di fatto ampliato, sia pure con comprensibile prudenza, nella sua estrinsecazione pratica.

L'obbligo di costituire nei sanatori corsi specializzati per la riqualificazione professionale dei ricoverati in via di guarigione; la concessione dell'indennità giornaliera agli assicurati degenti nei sanatori e ai loro familiari; la corresponsione del sussidio post-sanatoriale ai dimessi dai luoghi di cura; l'ammissione gratuita in colonie marine e montane, a spese della gestione assicurativa, dei figli, e delle persone equiparate, a carico degli assistiti dalla assicurazione (provvidenza, quest'ultima, disposta con la citata legge 28 febbraio 1953, n. 86, che non è stata ancora applicata quest'anno, ma che lo sarà sicuramente l'anno venturo, considerate le attuali possibilità finanziarie della gestione assicurativa, sulle quali ci intratterremo tra breve): tutto ciò dimostra come il legislatore, sensibile alle odierne istanze sociali, abbia inteso la necessità di allargare l'azione della legge assicurativa, proiettandola nell'ambito della prevenzione e dell'assistenza post-sanatoriale passiva.

I Consorzi provinciali antitubercolari, da parte loro, devono svolgere invece compiti d'istituto che abbracciano tutti gli aspetti della lotta contro la tubercolosi, e non soltanto quello dell'assistenza curativa, cui dovrebbe esclusivamente dedicarsi l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

È agevole comprendere, quindi, la diversa portata dei complessi compiti affidati ai due istituti: e tale portata può essere meglio definita considerando alcuni semplici dati discriminativi:

l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi è impegnata ad assistere, *soltanto per quanto concerne la cura della malattia*, circa 23 milioni di cittadini;

i Consorzi provinciali antitubercolari, per contro, sono impegnati ad assistere, *sempre per ciò che è attinente alla cura*, il restante della popolazione, vale a dire circa 25 milioni di cittadini, tra i quali sono comprese, è vero, le categorie meglio provvedute, ma si trovano anche quelle più indigenti e quindi più facilmente soggette alla tubercolosi (come è provato, del resto, dalle cifre relative ai nuovi malati scoperti annualmente, che citiamo appresso).

Tuttavia, la differenza dei compiti attribuiti ai due istituti non consiste soltanto nel dato ora esposto: come abbiamo accennato, i Consorzi provinciali antitubercolari dovreb-

bero, in più, assicurare lo svolgimento completo, a beneficio dell'intera collettività nazionale, di tutte le altre fasi della lotta antitubercolare, dalla prevenzione all'accertamento, al controllo post-cura, all'assistenza post-sanatoriale passiva e, quando che sarà, attiva, al coordinamento e all'integrazione delle opere antitubercolari della rispettiva provincia, alla propaganda popolare educativa igienica antitubercolare!

A tanto notevole diversità e latitudine di compiti, indirizzati ad un alto fine unitario di comune interesse, corrisponde peraltro una non meno singolare, ma purtroppo negativa, diversità di mezzi finanziari. Riportiamo, a questo proposito, quanto è detto succintamente nella già citata raccolta degli « Atti della Commissione parlamentare d'inchiesta sulla miseria in Italia e sui mezzi per combatterla », Relazione generale, pagina 204:

« Nel corso del 1951 i dispensari antitubercolari effettuarono 1.010.649 (nuove) visite e le persone riconosciute affette da malattia tubercolare in forma attiva furono 88.625, di cui 43.218 con diritto all'assicurazione dell'Istituto nazionale della previdenza sociale e 45.407 senza diritto all'assicurazione ». In rapporto a questi dati si rileva, poi, che nello stesso anno 1951 « il numero dei ricoverati in sanatorio ha superato quello dei casi accertati per gli assicurati dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (48.806), mentre è stato notevolmente inferiore per i non assicurati (30.328) » (chiaro indice, questo, della insufficienza dei mezzi di cui dispongono i Consorzi provinciali antitubercolari e altresì del pericolo che costituisce, per tutti i cittadini assicurati o non contro la tubercolosi, il mancato ricovero di un così largo numero di malati, resi involontariamente sorgenti di contagio per i conviventi e per le persone con cui vengono quotidianamente a contatto).

« Il linguaggio di questi dati — prosegue la relazione — può diventare più eloquente quando si osservi che nel 1951 l'Istituto nazionale della previdenza sociale ha speso per i ricoveri dei propri assistiti 26 miliardi di lire; mentre i Consorzi provinciali antitubercolari per la cura dei ricoverati e per quella degli ammalati registrati presso i dispensari non poterono disporre che di una somma che supera di poco i 10 miliardi per quanto riguarda i contributi erogati dall'A. C. I. S. »: dieci miliardi ai quali dovremmo obiettivamente aggiungere i contributi versati ai Consorzi dalle provincie e dai comuni, se non fosse però noto che questi contributi degli enti consorziati sono, in linea generale, appena sufficienti a coprire gli oneri

di carattere amministrativo e quelli conseguenti ad uno svolgimento troppo spesso rudimentale delle altre attività cui i Consorzi debbono attendere, al di fuori dell'assistenza sanatoriale dei non assicurati.

Si deve aggiungere che, tenuta presente la validità dei compiti affidati ai Consorzi provinciali antitubercolari, potremmo anche attenderci una più larga cooperazione e contribuzione degli organismi associati, comuni e provincie: ma è noto che le condizioni economico-finanziarie di questi enti non consentono, almeno per il momento, di ragionevolmente sperare in un ulteriore gravame di spese per questo titolo, del tutto adeguato alle necessità dell'Ente Consorzio. E d'altro canto, bisogna ribadire che la particolare fisionomia della lotta contro la tubercolosi, malattia di carattere pericolosamente sociale, impegna, a fianco della responsabilità degli enti locali, tutta la collettività nazionale.

La soluzione dei vitali problemi dei Consorzi provinciali antitubercolari deve essere quindi ottenuta mediante una serie concatenata di iniziative intese:

ad aumentare gradatamente i contributi degli enti locali e il contributo statale;

ad assicurare ai Consorzi stessi nuovi cespiti di entrata, la cui determinazione sia resa legittima dalla particolare indole dell'attività di questi benemeriti enti.

In ordine a questo secondo punto, sembra opportuno esaminare in questa sede la convenienza e l'interesse, da parte della assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, di concretamente operare affinché l'attività dei Consorzi provinciali antitubercolari, specialmente nel settore della prevenzione della malattia e dell'assistenza curativa dei non assicurati, elimini al più presto, o comunque riduca nella misura più ampia possibile, le gravi, deplorabili, dannose lacune che attualmente presenta.

Senza fare ricorso ad istanze di solidarietà nel fine comune, che sarebbe forse più difficile far conciliare con la lettera della legge, tale assunto è reso affatto plausibile da una sola considerazione: che l'azione sanitario-sociale in campo antitubercolare non tollera, senza documento generale, compartimentistico. Conseguentemente, la validità dell'alta opera assistenziale che si esprime dalla legge sull'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi è e sarebbe sempre più compromessa nel tempo — anche con largo danno economico, come è ovvio — nella misura stessa in cui risulti o risultasse men valida

l'azione assistenziale e profilattica dei Consorzi provinciali antitubercolari.

In altre parole, è interesse della stessa assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi cooperare concretamente affinché sia ridotto al massimo, e gradatamente eliminato, il numero dei malati non assistiti; è suo interesse che le opere di profilassi siano potenziate, che il controllo sanitario post-cura sia reso quanto più possibile assiduo ed efficiente, che l'assistenza post-sanatoriale inquadri sempre più saldamente e razionalmente la propria azione: perché tutte queste attività concorreranno a ridurre la morbosità tubercolare generale, e quindi, anche il numero degli assistendi in regime assicurativo: si risolveranno insomma, nel tempo, in un progressivo alleggerimento dei compiti che l'Assicurazione obbligatoria ha il dovere di assolvere.

L'Istituto nazionale della previdenza sociale, che con tanto esemplare diligenza effettua la complessa gestione dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, non potrà non aderire, attraverso i suoi organi direttivi, a questi concetti, nuovi in apparenza, ma che pure sono perfettamente consoni a quegli atteggiamenti dello spirito e della mente, cui sono dovute, nell'ambito stesso dell'assicurazione obbligatoria, le così alte e universalmente riconosciute benemeritenze che l'Istituto ha saputo acquisire anche nel campo degli studi scientifici e delle indagini cliniche sulla malattia tubercolare.

Ciò posto, e nel doveroso intento di concretare la proposta che è oggetto della presente relazione, giova ricordare che — in conseguenza anche dell'adozione delle nuove terapie antibiotiche e chimiche, le quali rendono possibile una più breve degenza sanatoriale e, in moltissimi casi, la prosecuzione, se non addirittura l'intero svolgimento del ciclo di cura, in regime ambulatoriale, che è logicamente più economico — la gestione dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi ha presentato, lo scorso anno, e ciò ridonda anche a merito degli Amministratori, un residuo attivo di 7.616.040.000 lire in cifra tonda, come risulta dal bilancio dell'Istituto nazionale della previdenza sociale, riportato a pagina 21 della relazione della XI Commissione permanente della Camera dei deputati sul disegno di legge riguardante lo « Stato di previsione della spesa del Ministero del lavoro e della previdenza sociale ». In tale bilancio i dati complessivi provvisori

della gestione « Assicurazione tubercolosi » per l'anno 1952 sono così espressi in milioni di lire: contributi, 41.816,10; prestazioni, 34.200,06; residuo attivo, quindi, milioni di lire 7.616,04.

È lecito presumere che residui attivi di tale natura, pur con le varianti che potranno essere determinate dal pieno soddisfacimento dei compiti antichi e nuovi assegnati all'Assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, possano verificarsi in sempre consistente misura anche nei venturi esercizi finanziari, oltre che per i motivi dianzi cennati, anche in ragione dell'auspicata estensione dell'assicurazione ad altre categorie di cittadini, che ora ne sono escluse.

D'altra parte, gli « imprevisti » che possono verificarsi in un campo tanto fluido e delicato quale è quello inerente alla cura della malattia tubercolare, sconsigliano, almeno per il momento, dal prendere in considerazione la possibilità di ridurre, in rapporto alla effettiva entità del « rischio », le quote contributive: un provvedimento del genere potrebbe infatti porre l'Istituto della assicurazione in situazioni di più o meno grave disagio dal punto di vista amministrativo.

Pertanto, tenuto conto della natura dei residui attivi di cui ci occupiamo, della finalità per la quale sono imposti e raccolti, sembra doveroso ricercare — in ordine alla situazione generale del momento che abbiamo prospettato — quale potrebbe esserne, oggi, il più logico e redditizio impiego ai fini particolari, diretti e indiretti, delle categorie assicurate: fini particolari che si inseriscono in quelli generali della lotta antitubercolare, i quali interessano tutt'intera la collettività nazionale, e quindi anche coloro che beneficiano della legge assicurativa.

Concludendo, vi preghiamo, onorevoli colleghi, di voler accogliere la proposta formulata — con criteri prudenziali, che ci permettiamo di sottolineare — nell'unito disegno di legge, con la quale l'Istituto gestore dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi verrebbe impegnato a devolvere annualmente a beneficio dei Consorzi provinciali antitubercolari una quota parte, non inferiore al 50 per cento dei residui attivi della gestione stessa, quali risulteranno dopo che siano stati adempiti, da parte dell'Istituto assicuratore, tutti e interi gli obblighi ad esso derivanti dalle disposizioni di legge e di regolamento attualmente in vigore.

PROPOSTA DI LEGGE

ARTICOLO UNICO.

L'Istituto nazionale della previdenza sociale, assolti i compiti fissati dalle norme che disciplinano l'attività sanitario-sociale inerente all'applicazione dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, devolverà a beneficio dei Consorzi provinciali antitubercolari, al termine di ogni esercizio finanziario, una quota parte non inferiore al cinquanta per cento dei residui attivi della gestione dell'assicurazione stessa.

L'entità della quota da destinare a tale scopo sarà determinata dal Consiglio d'Amministrazione dell'Istituto nazionale della previdenza sociale.

La distribuzione di questi contributi straordinari sarà effettuata d'intesa tra il Ministero del lavoro e della previdenza sociale e l'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, tenendo conto delle obietive e più urgenti esigenze di ciascuna provincia nei riguardi del ricovero e dell'assistenza ai tubercolotici non assicurati e ai predisposti alla malattia tubercolare.