

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2297

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa dei Deputati **DE MARZI FERNANDO, DE MARIA, COTELLESA, BUCALOSSI, LATTANZIO, TRUZZI, ARMANI**

Presentata il 1° luglio 1960

Competenza assistenziale per le malattie infettive

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, assegna ai Comuni la profilassi e l'assistenza delle malattie infettive e contagiose (articoli 3, 253, 259); l'assolvimento di tali compiti da parte dei comuni è previsto anche dal testo unico della legge comunale e provinciale, approvato con regio decreto 3 marzo 1934, n. 383, che pone le relative spese fra quelle obbligatorie.

L'avvento dell'assicurazione obbligatoria di malattia, che ha progressivamente esteso la tutela sanitaria a tutti i lavoratori, subordinati e autonomi, ha posto il problema della competenza assistenziale di tali forme morbose e dei rapporti fra gli Enti mutualistici e i Comuni, i primi istituzionalmente chiamati ad attuare l'assistenza delle malattie comuni, i secondi a tutelare l'igiene e la sanità pubblica.

Il problema non ha trovato finora una soluzione soddisfacente ed univoca; ha segnato anzi un contrasto di tesi fra gli Enti interessati, contrasto divenuto più grave e rigido in questi ultimi tempi a seguito delle direttive impartite da alcuni Organi della pubblica Amministrazione.

Sono troppo noti i precedenti della questione e i provvedimenti successivamente adottati per dare ad essa una definizione che contemperasse le necessità assistenziali con

le esigenze di bilancio tanto dei Comuni quanto degli Enti mutualistici; non è qui il caso, pertanto, di soffermarci a rilevare le evoluzioni e le involuzioni che ne hanno accompagnato e caratterizzato le vicende: basterà qui indicare soltanto le fasi più tipiche delle procedure via via adottate, per prospettare la soluzione che si ritiene la più idonea ad eliminare, nell'interesse generale, ogni possibilità di conflitto fra gli Enti delegati all'assistenza sociale di malattia.

Nell'insufficienza e nella indeterminatezza dei testi normativi, fenomeno conseguente alla singolare formazione della legislazione mutualistica, la delimitazione della sfera delle competenze assistenziali per determinate forme morbose, fra le quali, appunto, le malattie infettive e diffuse, da problema giuridico si è venuto trasformando in problema di politica amministrativa e sanitaria, talché essa ha affaticato e tuttora affatica non solo le Supreme Magistrature ma anche gli Organi di Governo.

Non basta l'adozione di provvedimenti sanitari, a norma del testo unico delle leggi sanitarie e del decreto ministeriale 23 aprile 1940, per risolvere ogni dubbio sulla determinazione dell'Ente tenuto ad assumere le spese per l'assistenza, e la questione si complica quando si tenga conto dei ricoveri di urgenza ai sensi della legge 17 luglio 1890,

n. 6672, e della facoltà concessa ai Comuni di rivalersi delle spese di ospedalità nei confronti delle persone che risultino abbienti.

Il primitivo indirizzo assunto dal Ministero dell'Interno, ai fini della discriminazione delle competenze, poggiava sulla distinzione tra profilassi e cura, vale a dire sulla prevalenza della finalità del ricovero ospedaliero; tale prevalenza doveva ritenersi determinante ai fini dell'attribuzione dell'onere assistenziale (circolare n. 25287 del 5 maggio 1943).

Questo indirizzo ebbe il consenso di autorevoli correnti giurisprudenziali e dottrinali, non tanto o non solo per il suo fondamento giuridico quanto per la semplicità della attuazione; per qualche tempo la competenza fra Enti mutualistici e Comuni rimase, quindi, delimitata dallo scopo prevalente dell'intervento: onere a carico dei primi in caso di finalità prevalentemente profilattica, a carico dei secondi in caso di finalità prevalentemente terapeutica.

Ma la distinzione, discutibile dal punto di vista clinico, risultò di non facile attuazione anche sul terreno pratico e non eliminò né le contestazioni né le controversie tra gli Enti interessati. Preoccupati delle ripercussioni negative che tale stato di fatto finiva per imporre ai mutuati, gli Enti mutualistici proposero quindi una soluzione basata su un compromesso equitativo: dividere per metà fra Comuni ed Enti mutualistici le spese dei ricoveri, prescindendo da ogni indagine sulla causa: numerose convenzioni in tal senso furono stipulate, con apprezzabile spirito conciliativo, fra Comuni ed Enti mutualistici. Ma neppure questo secondo indirizzo ha avuto fortuna; tali convenzioni sono state recentemente vietate sia dal Ministero dell'Interno (circolare del 24 aprile 1958) sia dal Ministero della Sanità (circolare del 20 giugno 1958).

Le ragioni del nuovo orientamento ministeriale trovano sostegno nell'attuale indirizzo della Suprema Corte, che ha riaffermato la discrezionalità del Comune in ordine alla potestà di esercitare i compiti d'igiene e profilassi demandatigli dalla legge; donde la conseguenza che, in caso di rifiuto del Comune, la spesa dell'assistenza viene a ricadere sull'Ente mutualistico, non essendo consentito sindacare la sfera della discrezionalità riconosciuta ai Comuni.

La conferma di tale principio pone in ombra le norme che fanno obbligo ai medici di denunciare le malattie infettive e agli ufficiali sanitari di adottare i provvedimenti

ritenuti necessari per arginare la diffusione delle forme contagiose; portato al limite estremo, potrebbe apparire che il principio lasci un compito così importante, quale è la tutela dell'igiene sociale, privo di sindacato e di rimedio ove si giunga alla inerzia; conseguenza tanto più grave ove si consideri che non è consentito ad altri, per mancanza di legittimazione ad agire, di sostituirsi al Comune inattivo.

La situazione che è derivata da questa impostazione giuridica ha trasferito dalla Amministrazione comunale agli Istituti della mutualità il carico dell'assistenza per le malattie infettive e diffuse, ponendoli in gravi difficoltà finanziarie per l'assunzione di oneri spettanti alla collettività.

Date queste premesse, è necessario cercare per altra via una soddisfacente soluzione.

Un ritorno alla causa dei motivi di ricovero, distinzione fra l'altro di difficile individuazione, appare, per le ragioni sopra accennate, destinato a fallire; la soluzione va quindi spostata verso una diversa visione del problema assistenziale, che tenga conto sia del grado di pericolosità delle singole malattie dal punto di vista clinico e sociale, sia dei notevoli progressi conseguiti in questi ultimi anni nella profilassi e la cura di queste forme morbose.

Punto di partenza di questa impostazione deve essere pertanto un'accurata rassegna delle malattie indicate nell'elenco approvato con decreto ministeriale 23 aprile 1940, e successive integrazioni, allo scopo di discriminare le forme che presentano tuttora una particolare densità di rischio e richiedono un determinato trattamento in appositi reparti, da quelle che, in conseguenza dei presidi terapeutici di cui oggi si dispone, hanno ormai perduto il primitivo grado di pericolosità ai fini della loro diffusione e sono venute praticamente ad allinearsi sullo stesso piano delle malattie comuni.

Delle malattie considerate dal decreto del 1940 si possono pertanto formare due elenchi: il primo comprendente quelle malattie che costituiscono un indiscutibile pericolo sociale di grande rilievo, per le quali il provvedimento di isolamento in adatto luogo di cura deve essere necessariamente preso in difesa della collettività al loro primo insorgere o al loro semplice sospetto; il secondo comprendente le malattie che non richiedono necessariamente l'internamento in appositi reparti, ma possono essere curate anche a domicilio qualora le condizioni igieniche dell'ambiente lo consentano.

Le malattie del primo elenco, riguardanti in maniera assoluta la salute pubblica, sono assunte a carico della collettività e per essa dallo Stato: in tal caso, il provvedimento di ricovero da parte dell'Autorità sanitaria è determinato da evidentissimi motivi di profilassi.

Le malattie del secondo elenco, riguardanti in maniera prevalente la salute pubblica, sono assunte a carico dei Comuni di residenza.

Con la competenza passiva dello Stato e dei Comuni resta espressamente escluso ogni onere a carico degli interessati e degli Enti mutualistici ai quali essi appartengono; per effetto di tale principio è fatto divieto allo Stato e ai comuni di esercitare azione di rivalsa, per tali oneri, nei confronti di chiunque.

Le malattie non comprese nel secondo elenco, ritenute infettive e contagiose ai sensi del decreto ministeriale 23 aprile 1940, sono da considerare malattie comuni e come tali rientrano nella competenza assistenziale degli Enti mutualistici.

Su tali concetti è stata formulata la presente proposta di legge.

L'articolo 1 contiene la definizione nosologica delle malattie considerate infettive e diffusive ai sensi dell'articolo 253 del testo unico delle leggi sanitarie: 7 forme morbose nell'elenco A), 9 forme morbose nell'elenco B). Tutte le altre malattie comprese nell'elenco del 1940 (circa una trentina) sono considerate malattie cosiddette comuni, in quanto non hanno bisogno di un particolare trattamento sanitario.

L'articolo 2 prevede i provvedimenti che debbono essere adottati in caso di insorgenza delle malattie previste nell'elenco A) e in quelle previste nell'elenco B); per le prime si richiede ovviamente un immediato e rigoroso intervento dell'Autorità sanitaria, sulla quale incombe l'obbligo dell'isolamento e della cura in luogo adatto.

L'articolo 3 determina l'Autorità sanitaria incaricata di provvedere ai necessari interventi: è l'ufficiale sanitario del Comune, che dà corso ai provvedimenti ritenuti necessari e ne informa il medico provinciale per la conseguente ratifica. Spetta al medico provinciale, oltre la ratifica di cui sopra, provvedere alla vigilanza delle misure disposte e a darne notizia al Ministero della Sanità per gli eventuali provvedimenti di sua competenza.

Nell'articolo 4 è disciplinata la procedura dei ricorsi: due in sede amministrativa (al medico provinciale e al Ministero della Sanità), uno in sede contenziosa (al Consiglio di Stato anche per il merito). Si riafferma il principio che il ricorso, comunque, non sospende l'esecuzione del provvedimento.

Gli articoli 5 e 6 dispongono sull'onere della spesa che resta a carico dello Stato per le malattie del gruppo A), e dei Comuni per quelle del gruppo B).

In forza dell'articolo 7 tutte le altre forme morbose rientrano nella competenza assistenziale degli Enti mutualistici di malattia, ove tale competenza sia prevista dalle loro leggi istitutive.

L'articolo 8 prevede la conferma da parte delle Amministrazioni ospedaliere all'Autorità sanitaria e ai Comuni sull'esecuzione dei provvedimenti disposti, mentre l'articolo 9 stabilisce per le predette Amministrazioni ospedaliere l'obbligo di dare comunicazione all'Ente mutualistico e all'Autorità sanitaria competente entro cinque giorni dall'accertamento, delle malattie che nel corso del ricovero risultassero di natura infettiva e considerate nell'elenco B); anche in tal caso l'onere della spedalità ricade sul Comune di residenza. Con ciò resta risolta la questione dell'Ente locale tenuto all'assunzione dell'onere assistenziale, che è il Comune di residenza anziché il Comune del domicilio di soccorso, in considerazione della circostanza che la misura adottata per evitare il diffondersi del contagio interessa il luogo d'insorgenza della malattia anziché quello in cui l'infermo ha il domicilio amministrativo.

L'articolo 10 richiama la procedura da seguire per i ricoveri urgenti e i termini da osservare per la relativa notifica, e di tale termine si precisa la natura giuridica.

Gli articoli 11, 12 e 13 trattano rispettivamente del divieto della facoltà di rivalsa, delle sanzioni in caso di inadempimento e delle fonti di finanziamento.

Con l'approvazione del provvedimento in oggetto, un altro passo in avanti si viene a compiere nell'attuazione dei principi fondamentali della previdenza sociale, e in particolare della mutualità di malattia.

Per tali considerazioni si sottopone alla approvazione della Camera la presente proposta di legge.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

Sono considerate infettive e diffusive, ai sensi dell'articolo 253 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, le seguenti malattie: A) peste, colera, febbre gialla, vaiolo, lebbra, tifo petecchiale, difterite; B) varicella, morbillo, tifo, paratifo, dissenteria bacillare, meningite epidemica, psittacosi, scarlattina, cholera nostras.

ART. 2.

Nei casi di malattie previste nell'elenco A) del precedente articolo 1, fermi restando gli obblighi dei sanitari di cui all'articolo 254 del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, l'Autorità sanitaria, appena ne sia comunque a conoscenza, dispone il ricovero ospedaliero dell'infermo, per l'isolamento e la cura, provvedendo ad attuarlo di ufficio ove l'infermo non adempia alle disposizioni impartite.

Nei casi di malattie previste nell'elenco B) del precedente articolo 1, l'Autorità sanitaria promuove e adotta le misure e i provvedimenti profilattici e terapeutici del caso, non escluso il ricovero ospedaliero.

ART. 3.

L'ufficiale sanitario del Comune di residenza dà corso ai provvedimenti da adottarsi nelle ipotesi previste dall'articolo 2, dandone immediata notizia al medico provinciale per la conseguente ratifica da parte di quest'ultimo. La ratifica è data entro tre giorni dalla comunicazione dell'ufficiale sanitario.

Il medico provinciale provvede alla vigilanza sulla esecuzione dei provvedimenti disposti e ne informa il Ministero della Sanità per gli eventuali ulteriori provvedimenti di sua competenza.

ART. 4.

Contro i provvedimenti adottati dall'ufficiale sanitario, a norma dell'articolo precedente, è dato ricorso al medico provinciale.

Contro i provvedimenti adottati dal medico provinciale è dato ricorso al Ministro della Sanità.

Contro i provvedimenti del Ministro della Sanità è dato ricorso giurisdizionale al Consiglio di Stato anche per il merito.

Il ricorso, in qualunque sede, non sospende l'esecuzione del provvedimento.

ART. 5.

L'onere delle spese relative alla profilassi e alla cura per le malattie indicate nell'elenco di cui alla lettera A) del precedente articolo 1, in qualunque forma e sede, è posto a carico dello Stato.

ART. 6.

L'onere delle spese relative alle misure e ai provvedimenti sanitari previsti dal precedente articolo 2, ultimo comma, sono a carico del Comune di residenza dell'infermo.

ART. 7.

Per tutte le altre forme morbose, indicate nell'elenco approvato con decreto ministeriale 23 aprile 1940, e successive integrazioni, resta ferma, ove prevista, e nei limiti delle rispettive leggi, la competenza assistenziale degli Enti mutualistici di malattia.

ART. 8.

Entro cinque giorni dalla data del ricovero, l'ospedale è tenuto a confermare all'Autorità sanitaria che lo ha disposto l'avvenuta esecuzione del provvedimento nonché l'esito degli accertamenti diagnostici.

L'Amministrazione ospedaliera è inoltre tenuta all'adempimento dello stesso obbligo nei confronti del Comune di residenza ai fini di cui al precedente articolo 6.

ART. 9.

Qualora nel corso di un ricovero, disposto dall'Ente mutualistico al quale l'infermo è iscritto, risulti trattarsi di una delle forme morbose considerate nell'elenco B) dell'articolo 1, l'ospedale è tenuto a darne comunicazione, nel termine di cinque giorni dall'avvenuto accertamento, sia all'Ente mutualistico, sia all'Autorità sanitaria competente a disporre il ricovero.

Anche in tal caso l'onere della speditività, a norma del precedente articolo 6, spetta al Comune di residenza.

ART. 10.

Ove i ricoveri di cui all'articolo 2 avvengano con la procedura di urgenza, l'Amministrazione ospedaliera è tenuta a richiedere l'ordinanza prevista agli articoli 78-b) e 79 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, modificata con regio decreto 30 dicembre 1923, n. 2841.

Il termine per la notifica del ricovero urgente da parte dell'Amministrazione ospedaliera, ai sensi dell'articolo 34, *sub-78-b*) del regio decreto 30 dicembre 1923, n. 2841, e dell'articolo 2 della legge 26 aprile 1954, n. 251, ha carattere perentorio.

ART. 11.

Per gli oneri di cui ai precedenti articoli 5 e 6 non è ammessa azione di rivalsa nei confronti degli interessati né degli Enti mutualistici cui eventualmente essi fossero iscritti.

ART. 12.

Il contravventore agli obblighi previsti dal precedente articolo 2 è punito con l'ammenda da lire 5.000 a lire 30.000 e nei casi di malattie previste nell'elenco A) dell'articolo 1 anche con l'arresto fino a sei mesi.

Qualora il termine previsto al primo comma del precedente articolo 8 non venga rispettato, le spese di ospedalità restano a carico dell'Amministrazione ospedaliera.

In caso di inosservanza del disposto contenuto nell'ultimo comma del precedente articolo 10, l'onere della degenza e di ogni altro intervento sanitario resta a carico dell'Amministrazione ospedaliera. Non è consentito all'Amministrazione ospedaliera ripetere tali spese né dal ricoverato, né dal Comune, né dall'Ente mutualistico cui il ricoverato fosse iscritto.

ART. 13.

I fondi occorrenti all'attuazione di quanto disposto al precedente articolo 5 sono posti a carico del bilancio del Ministero della Sanità, da reperire nel capitolo n. 49 dell'esercizio finanziario 1960-61.

Per far fronte agli oneri di cui al precedente articolo 6 è fatto obbligo ai Comuni di stanziare nei loro bilanci, tra le spese obbligatorie, una somma adeguata integrata, ove occorra, coi fondi stanziati sul bilancio del Ministero dell'Interno.