CAMERA DEI DEPUTATI

ATTI

DELLA COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SULLA MISERIA IN ITALIA E SUI MEZZI PER COMBATTERLA

VOL. XI

MONOGRAFIE

PREVIDENZA SOCIALE E ASSISTENZA SANITARIA











CAMERA DEI DEPUTATI

ATTI

DELLA COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SULLA MISERIA IN ITALIA E SUI MEZZI PER COMBATTERLA

VOL. XI

MONOGRAFIE

PREVIDENZA SOCIALE E ASSISTENZA SANITARIA

1953



COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SULLA MISERIA IN ITALIA E SUI MEZZI PER COMBATTERLA

Ezio Vigorelli, presidente; Lodovico Montini, vicepresidente; Cesare Bensi ed Ermenegildo Bertola, segretari.

Mario Alicata, Gaetano Americo, Laura Bianchini, Maria Lisa Cinciari Rodano, Alfredo Covelli, Umberto Delle Fave, Beniamino De Maria, Salvatore Mannironi, Giuliana Nenni, Maria Nicotra, Giovanni Palazzolo, Luigi Palmieri, Luigi Polano, Adolfo Quintieri, Ercole Rocchetti, Domenico Sartor, Riccardo Walter, membri.

ATTI DELLA COMMISSIONE

- 1 RELAZIONE GENERALE
- II INDAGINI TECNICHE Condizioni di vita delle classi misere.
- III INDAGINI TECNICHE Legislazione assistenziale.
- IV Indagini tecniche Criteri e metodi di assistenza.
- V Indagini tecniche Mezzi finanziari per l'assistenza.
- VI INDAGINI DELLE DELEGAZIONI PARLAMENTARI La miseria nelle grandi città.
- VII INDAGINI DELLE DELEGAZIONI PARLAMENTARI La miseria in alcune zone depresse.
- VIII Monografie Problemi economico-sociali della miseria.
 - IX Monografie Aspetti particolari di miseria.
 - X Monografie Sistemi di sicurezza sociale.
- XI Monografie Previdenza sociale e assistenza sanitaria.
- XII Monografie Esperienze di servizio sociale.
- XIII DOCUMENTAZIONI Organi ed enti di assistenza pubblica e privata in Italia.
- XIV INCHIESTA A CARATTERE COMUNITARIO Risultati e orientamenti.

INDICE DEL VOLUME

Previdenza sociale

Enzo Cataldi - La previdenza sociale nei sistemi positivi stranieri	pag.	9
Aldo Grechi - La previdenza sociale in Italia	»	119
Assistenza sanitaria		
Paolo Ferri - L'intervento statale in materia di igiene e sanità pubblica	pag.	163
GIOVANNI MIELE - L'assistenza sanitaria e ospedaliera ai poveri nella legislazione italiana	»	229



Enzo Cataldi

LA PREVIDENZA SOCIALE
NEI SISTEMI POSITIVI STRANIERI



INDICE

Introduzione	pag.	15
Parte Prima		
IL FONDAMENTO GIURIDICO E LA FUNZIONE DELLA PREVIDENZA SOCIALE		
1. IL DIRITTO DELLA PREVIDENZA SOCIALE NELL'ORDINAMENTO MODERNO) GIURI	DICO
1. Posizione del diritto previdenziale nell'ordinamento giuridico moderno	pag.	21
'2. Il diritto al lavoro e il diritto alla previdenza sociale	»	26
3. La previdenza sociale come diritto derivato dal concetto di giustizia sociale	»	29
2. La funzione della previdenza sociale nella società m	ODERNA	
 Gli eventi causativi dello stato di bisogno; particolare aspetto dell'evento dannoso lavorativo La previdenza sociale in ordine ai suoi fini di 	»	32
liberare dal bisogno e di combattere la miseria . 3. I mezzi economici per il funzionamento della	»	37
previdenza sociale	»	43
Parte Seconda		
LA PREVIDENZA SOCIALE NELLE LEGISLAZIONI NA	ZIONAL	ıI
1. GLI ENTI GESTORI DELL'ASSICURAZIONE		
 Principî generali sull'organizzazione e tendenze delle riforme. Classificazione dei vari sistemi di gestione 		52

	2.	Il sistema di gestione statale in alcuni Paesi europei ed extra-europei	pag.	55
	3.		»	58
	4.	Il sistema sindacale in Russia e in Romania. Le Casse sindacali contro la disoccupazione in		
	5.	Svezia	»	63
_	_	ropei	»	64
2.	LE PI	ERSONE OBBLIGATE ALL'ASSICURAZIONE E I CONTRIBUTI		
	1.	Premesse e generalità sull'onere contributivo e sulle persone cui fa carico	»	6 8
	2.	I contributi in rapporto alle persone obbligate a sopportarne l'onere nei vari Paesi stranieri	»	70
	3.	L'onere dei contributi previdenziali in rapporto ai vari rischi assicurati	»	72
	4.	Il sistema e la natura dei contributi	»	73
3.	LE PE	ERSONE ASSICURATE		
	1.	Le categorie delle persone protette nei confronti dei diversi eventi dannosi, a norma delle legi- slazioni dei vari Paesi	.,	76
	2.		»	
		a) Paesi europei	»	79
		b) Paesi extra-europei	»	82
	3.	Le persone assicurate nei Paesi che tutelano pre- valentemente i soli lavoratori		
		a) Paesi europeib) Paesi extra-europei	» »	83 92
4.	LE PR	ESTAZIONI		
	1.	Le varie specie di prestazioni nei confronti dei diversi eventi dannosi, contemplate dalle legi- slazioni straniere	»	97
	2.	Le prestazioni sanitarie ed assistenziali nei Paesi europei ed extra-europei	" »	101
		— 12 —		

3.	Le prestazioni economiche n extra-europei:	ei	Paes	i e	ıror	ei (ed		
	a) per inabilità temporanea	`:						pag.	104
	b) per inabilità permanente							»	109
	c) per causa di morte		٠.					»	112
	d) gli assegni familiari .							»	115
Nota bie	BLIOGRAFICA				٠			»	116



Introduzione

1. - La brevità del tempo e lo spazio ridotto di una monografia mi costringono a limitare ad uno sguardo panoramico lo svolgimento di un tema, il quale comporterebbe invece di per sè, anche a voler compiere soltanto una rapida analisi delle diverse forme di previdenza sociale nei principali Paesi europei ed extra-europei, una ben più ponderata e ponderosa trattazione; mi costringono, cioè, ad una indagine che, lungi dal pretendere di addentrarsi nell'esame dei vari istituti, nella esegesi delle varie leggi, nella documentazione di cifre e di dati statistici, vuol essere, viceversa, nulla di più che una sintesi informativa dei diversi orientamenti che la previdenza sociale è venuta per l'appunto assumendo presso le altre Nazioni, nonchè sul fondamento giuridico dei diversi sistemi previdenziali (escluso quello italiano, che non forma oggetto di questo studio riservato ai sistemi positivi stranieri).

Indagine, tuttavia, che per risultare completa e definitiva comporterebbe una ricerca delle fonti, una immediatezza di aggiornamenti e l'acquisizione di una così ampia documentazione legislativa originaria che, allo stato, non mi sono possibili se non in maniera parziale e frammentaria: anche perchè, da una parte non v'è materia che, come questa della previdenza e della sicurezza sociale, abbia dato luogo, presso tutti gli Stati, ad altrettanta complessa congerie di leggi, tuttora e sempre in fase di completamento, di adeguamento, di modificazioni, di perfezionamenti; e, da un'altra parte, non c'è in Italia, per quanto mi consti, persona o organismo che - pur in tanto fervore di studi sulle assicurazioni sociali, sulla sicurezza sociale, sulla libertà dal bisogno e sui progetti di riforma — si sia accinto finora a compiere una trattazione comparata, completa, organica e costantemente aggiornata, delle leggi di previdenza sociale nonchè dei sistemi e delle forme presso tutti o almeno i più importanti e per noi interessanti Paesi stranieri (nel mentre qualche trattazione di diritto previdenziale comparato comincia a veder la luce all'estero, ad esempio, in Spagna ad opera di Carlos Marti Bufill).

Mi è quindi giocoforza, in questo studio, dovermi giovare molte volte di fonti di seconda mano e di disposizioni di legge o di notizie riportate, e non sempre di garantito aggiornamento.

Si aggiunga che il concetto — e quindi la storia e il diritto — della previdenza sociale sono tuttora, ed ora più che mai, in fase evolutiva, e difficoltosissimo riesce, pertanto, far d'essi il punto, come si suol dire; e se è vero che a cogliere e a comprendere il diritto previdenziale nel suo momento attuale può molto servire il conoscere i precedenti storici, e cioè il seguirne nel tempo la genesi e la parabola evolutiva, è altrettanto vero che per tracciarne la storia e precisarne il diritto è presupposto indispensabile l'intendere con chiarezza che cosa significhi e che cosa rappresenti la previdenza sociale, oggi, nel mondo.

2. - La quale « previdenza sociale » già in Italia (ma con mille ragioni di più se se ne parla sul piano internazionale) ha dunque bisogno, anzitutto, di essere definita nel suo concetto e nei suoi limiti, se la confusione terminologica e concettuale che da noi già si verifica tra l'espressione che la indica, da una parte e, dall'altra, i termini di « sicurezza sociale », di « protezione sociale », di « assicurazioni sociali », di « assistenza sociale » e magari di « benefidenza pubblica », non la si vuol vedere aggravata dalla diversità delle lingue e delle impostazioni giuridiche, politiche ed economiche dei sistemi dei diversi Paesi.

Esigenza di una chiarificazione, questa, ormai da molti e da più parti sentita, anche perchè gli stessi tecnici della materia usano spesso come sinonimi i termini di previdenza, di sicurezza, di protezione sociale; parlando inoltre di assicurazioni sociali con un significato che va al di là di quello proprio della espressione; nel mentre per assistenza sociale ora si intende ciò che rientra nell'ambito della sicurezza, ora si intende invece il campo di esplicazione dei benefici a gestione annuale opposto a quello della previdenza sociale, che indicherebbe viceversa ciò che fa capo ad un servizio di capitalizzazione di benefici differiti, ora si intende infine ciò che opera in un campo sostanzialmente estraneo ad ogni rapporto sinallagmatico di diritto e dovere e che si rivolge potenzialmente ad ogni membro della collettività assillato da bisogni attuali e che da sè non possa nè sappia fronteggiare, nel mentre per previdenza sociale si intenderebbe ciò che opera nel campo dei diritti perfetti ed azionabili, e che si rivolge ai lavoratori in quanto tali onde garantirli obbligatoriamente dai bisogni contro determinati rischi specifici e generici.

La quale ultima distinzione e delimitazione del concetto di pre-

videnza sociale è in definitiva quella che mi sembra esatta e rispondente alla stessa ratio dell'articolo 38 della Costituzione italiana. La « previdenza sociale » rappresenta cioè quel complesso di attività che lo Stato direttamente o indirettamente svolge per eliminare negli individui il bisogno di ricorrere alla beneficenza, "prevenendo" gli effetti della miseria mediante particolari istituzioni alle quali vengono interessati gli stessi destinatari attraverso il risparmio.

Nel mentre, quindi, nell'attuazione dei compiti assistenziali lo Stato assume sul piano economico una funzione redistributoria della ricchezza, facendo fronte agli oneri relativi mediante i contributi di tutti i cittadini abbienti, contributi che possono essere volontari (oblazioni, donazioni, lasciti) ed involontari (destinazione di parte del gettito delle imposte), diversamente avviene nell'attuazione dei compiti di previdenza sociale, perchè questa, sul piano economico, opera come correttivo in sede di distribuzione e non di redistribuzione della ricchezza.

Il « costo previdenziale » è infatti, oggi, un costo di produzione, un costo di lavoro; in altri termini è il lavoro che oggi, con ammontare preventivamente calcolabile, costa l'importo del salario non solo, ma anche dei premi e dei contributi previdenziali.

Ed è proprio questo differente fondamento etico, economico e giuridico della previdenza sociale rispetto alla pubblica assistenza che spiega il perchè si abbiano dei diritti perfetti alla prima e non alla seconda, e spiega il perchè della differente concreta evoluzione legislativa dei due istituti nel campo internazionale. Il lavoratore che gode dei benefici della previdenza sociale gode pertanto non di un dono d'altri o d'una carità, ma di una cosa propria, come di una parte del reddito del proprio lavoro. E scopo primo ed essenziale della previdenza sociale è quindi la protezione di coloro per i quali il lavoro è l'unica o più importante fonte di guadagno, contro tutti i rischi che il lavoro medesimo direttamente o indirettamente comporta. Il «rischio» è, infatti, il presupposto tipico di ogni rapporto assicurativo: nell'assicurazione sociale è quell'avvenimento futuro ed incerto che distrugge o menoma nel lavoratore la sua potenzialità lavorativa.

La previdenza sociale ha seguito e in certo senso in sè compresa l'assicurazione sociale. Quest'ultima espressione era già usata, infatti, per indicare il complesso delle istituzioni esplicanti, a fini sociali, una garanzia contro determinati rischi, avvalendosi della tecnica assicurativa, della quale è elemento caratteristico la compensazione dei rischi medesimi, mediante un criterio di mutualità. Quando — come rileva in un suo recente scritto il Vannutelli — lo sviluppo della legislazione sociale ha alterato e ampliato i principî

fondamentali della struttura assicurativa vera e propria, sì che la concezione del rischio, non più e non sempre riferibile ad eventi futuri e del tutto involontari si è venuta modificando, e la concezione mutualistica si è dilatata fino alla affermazione di un principio di solidarietà che prescinde dalla stretta reciprocità di diritti e di doveri; allora, a conclusione di tale processo evolutivo, è sorta l'espressione di « previdenza sociale », nella quale si comprende — a dire, sempre, del menzionato autore -- « quel complesso di istituzioni che nell'esplicare una garanzia in vita di determinati eventi, ha dovuto crearsi una propria nuova tecnica assicurativa adeguando, in vario modo, le caratteristiche dello schema assicurativo privatistico alle particolari esigenze della propria azione, indirizzata a finalità sociali ». Dal suo canto il Levi ha individuato nell'« assicurazione sociale » il particolare istituto giuridico che « pone in comune i rischi del verificarsi degli eventi che incombono sui vari soggetti, e ripartisce tra i soggetti medesimi e altri che con essi si trovano in uno speciale rapporto giuridico (i datori di lavoro) o solo tra questi ultimi, gli oneri necessari a far fronte agli eventi che si verificano », l'istituto giuridico, cioè, attraverso il quale il sistema della previdenza sociale persegue i propri scopi.

Con quanto fin qui esposto non si vuole ovviamente dire che tra i concetti sopra menzionati possano essere fatte nette distinzioni, e pertanto interferenze pur sempre esistono tra la nozione ed i compiti dell'assistenza sociale e quelli della previdenza sociale, o tra questa e la sicurezza o la protezione sociale.

A definir meglio, comunque, il campo previdenziale può servire un ultimo rapido accenno ai due concetti di sicurezza e di protezione sociale.

Con tali termini fu, in un primo tempo, indifferentemente tradotta in Italia l'espressione « social security » adottata per la prima volta in America con il Social Security Act del 14 agosto 1935, istitutivo della assicurazione federale obbligatoria per la vecchiaia e i superstiti e per la disoccupazione, ed entrata nell'uso internazionale dopo che era stata adoperata dai rapporti Beveridge, particolarmente dal Social Insurance and Allied Services (New York, 1942) e dal Full employment in a free Society (London, 1944). Inteso generalmente con essa, in un primo momento, « un piano statale — come scrive il Mazza — chiamato vada pure, d'assicurazione sociale, mediante il quale, con un apposito bilancio nazionale, si mira ad assicurare a tutti i cittadini, come da loro diritto in virtù del loro dovere contributivo, un minimo ragionevole di sussistenza », sicurezza sociale ha finito con essere — continua il citato autore — « l'espressione non tanto più ampia quanto di principio, rispetto alla protezione so-

ciale che è strumentale », e quindi starebbe a significare anch'essa, nel moderno linguaggio sociale, il concetto di tutela intesa appunto come « azione di protezione e di assistenza ».

« La principale caratteristica di questo nuovo termine (di « sicurezza sociale ») — ha scritto poi di recente il già ricordato Vannutelli - consiste nel fatto che esso accentua la finalità che si intende conseguire, e cioè una certa garanzia di stabilità nel godimento dei beni, il che può rappresentare, anche, soltanto una aspirazione, talora evanescente. Sotto questo aspetto l'espressione può in certo modo considerarsi equivalente a quella di previdenza, la quale invece accentua il mezzo o la modalità con cui il fine della sicurezza viene attuato, o quanto meno avvicinato. Non di rado le due espressioni potranno trovare impiego tenendo conto di tale equivalenza; soprattutto quando, facendosi riferimento a documenti internazionali, si utilizzi l'espressione sicurezza, corrente in detti documenti, senza alcuna particolare avvertenza. Non vi è dubbio, tuttavia, che il contenuto intrinseco di questa espressione tende ad abbracciare un campo più vasto di quello della previdenza ed a rappresentare un ulteriore processo evolutivo del concetto previdenziale; il concetto di sicurezza, infatti, in quanto sganciato dalla considerazione dei mezzi e delle modalità della organizazzione, meglio si presta a comprendere tutto quel complesso di istituzioni, soprattutto di più recente realizzazione, come ad esempio gli assegni familiari, che si stenta ad inquadrare nella previdenza sociale, per il legame che essa tuttora conserva con la struttura assicurativa; esso appare inoltre più adatto ad identificare quelle organizzazioni le quali si rivolgono a tutto il complesso della collettività nazionale, anzichè a determinate categorie di cittadini, come i lavoratori.

« Assai più comprensiva di realizzazioni varie, e suscettibile di estensioni concettuali in ogni senso della attività pubblica, è la espressione "protezione sociale" nella quale possono rientrare — continua il Vannutelli — oltre alla sicurezza sociale di cui sopra, tutta la legislazione protettiva del lavoratore e del cittadino, nonchè gran parte della politica economica rivolta a particolari esigenze di ordine sociale. Non può essere tuttavia taciuto che la parola protezione non raccoglie un generale consenso, ritenendosi da alcuno che l'espressione, anzichè essere interpretata, come intende esserlo, nel senso che è la società che protegge se stessa, possa adombrare il concetto, paternalistico e assistenziale, della protezione dei diseredati.

Nulla di nettamente definito e di conclusivo, dunque, il che si spiega facilmente ove si rifletta che tutte queste espressioni ricordate stanno a comporre una gamma la quale attesta il processo di evoluzione del concetto che sta alla base di tutte, un processo cioè tuttora in corso. Ma, appunto per questo — si ripete — necessità e urgenza di chiarificazioni, ove e fin quanto esse siano possibili e in modo che il loro difetto non nuoccia al procedimento evolutivo del concetto generale e dei suoi vari aspetti particolari.

Quanto, tuttavia, s'è fin qui accennato ritengo possa bastare a fare intendere il significato del tema ed i limiti del suo svolgimento. Al qual fine può forse servire anche una schematica elencazione di quelle forme previdenziali che, come tali, vengono in Italia studiate e che io intendo in linea di massima appresso considerare sul piano internazionale (pur non dando, si intende, alla elencazione, un carattere rigido ed esclusivo di programmazione dell'opera): dico le assicurazioni per l'invalidità, per la vecchiaia e per i superstiti, per la tubercolosi, per la disoccupazione, per la nuzialità e la natalità (oggi, peraltro, non costituenti più queste ultime, nel sistema italiano, forme a sè stanti) e gli assegni integrativi, oltre ad alcune forme particolari, sostitutive di forme generali già menzionate (previdenza marinara; previdenze per personale addetto ai pubblici servizi di trasporto, alle esattorie, alle gestioni di imposte di consumo, alle aziende telefoniche, ecc.); dico ancora l'assicurazione malattie e l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali; dico infine le forme speciali di previdenza per prestazioni integrative o sostitutive della retribuzione e la indennità per risoluzione del rapporto di impiego (assegni familiari, malgrado le cennate difficoltà di inquadramento cui dànno luogo; integrazioni guadagni dei lavoratori dell'industria; trattamento richiamo alle armi: indennità di anzianità agli impegati). nonchè le forme di previdenza per i dipendenti della pubblica amministrazione, per i dipendenti delle aziende private e per i lavoratori indipendenti.

Ma anche dal punto di vista sistematico ed organizzativo tutta questa materia è in evoluzione e, quindi, di non ancora raggiunta precisazione e definizione. E, dal punto di vista giuridico, si discute tuttora, da due opposte tendenze, se il cosiddetto « diritto della previdenza sociale » (o delle assicurazioni sociali, come qualche autore, se pur in senso non perfettamente identico, lo chiama) sia una branca del diritto del lavoro, del quale del resto neanche s'è tutti d'accordo a stabilire la definizione ed il campo d'applicazione; o formi invece o s'avvii a formare — come anche a me pare e come specialmente s'osserva sul piano internazionale — un vero e proprio diritto a sè stante. Ma su quest'ultima questione m'occorrerà tornare quando, in appresso, tratterò della previdenza sociale e del suo fondamento giuridico, nel momento attuale, presso i diversi Paesi stranieri.

PARTE PRIMA

IL FONDAMENTO GIURIDICO E LA FUNZIONE DELLA PREVIDENZA SOCIALE

1. Il diritto della previdenza sociale nell'ordinamento giuridico moderno

- 1. Posizione del diritto previdenziale nell'ordinamento giuridico moderno. 2. Il diritto al lavoro e il diritto alla previdenza sociale. 3. La previdenza sociale come diritto derivato dal concetto di giustizia sociale.
- 1. Posizione del diritto previdenziale nell'ordinamento giuridico moderno

È noto (1) che presso tutti i Paesi del mondo civile si è oggi formato, o è in via di avanzata formazione, un vero e proprio diritto delle assicurazioni sociali, più propriamente un diritto della previdenza sociale. Il quale, per essere sorto soltanto da poco come complesso di norme scritte, di diritti e di correlativi doveri sanzionati dalla legge, si usa ritenere un jus novum e considerare, in quasi tutti i moderni ordinamenti giuridici, ivi compreso l'italiano, come parte del diritto del lavoro, ossia di quell'altro più vasto jus novum che soltanto da pochi anni ha acquistato una sua autonomia, se pure non ancora una sicura definizione: ma che, in realtà, diritto nuovo è solo in senso relativo e contingente, e cioè ove l'aggettivazione venga riferita (come deve essere riferita) al complesso organico, al corpus definito e definibile di norme scritte, e non, invece, — come sarà appresso dimostrato — ove si riguardi ad esso diritto, in senso generico ed assoluto, quale espressione concreta di una innata concezione di giustizia sociale.

Ho io stesso altra volta ricordato — dissertando dalle fonti storiche del diritto e rigettando le teorie fautrici di uno « stato di natura » nel quale gli uomini avrebbero vissuto isolati, solitari, senz'ordine

⁽¹⁾ Testimonianza di ciò, comunque, è data dalla stessa genesi e dalla evoluzione della previdenza sociale nel mondo, argomento che i limiti di questa opera non mi permettono ora di trattare.

soc ale alcuno e senza che alcun diritto esistesse o almeno venisse riconosciuto e garantito (1) — ho dunque io stesso ricordato, sulle orme di illustri giuristi e filosofi, come fin dal primo apparire dell'uomo sulla terra, vi sia stata una «società» tra gli uomini e come, alla società essendo immanente il «diritto» (jus, da jungo), questo risulti presente, come norma di vita e vincolo di unione, fin dal primo istante, scaturente allo stato naturale da quella prima fonte astratta che si identifica proprio nella natura sociale della umana personalità, insomma nella natura umana, nello spirito stesso dell'uomo e nel suo senso innato di giustizia.

La vita del diritto si inizia, quindi, con il diritto naturale, al momento che questo prende a manifestarsi per poi dar forma alla consuetudine e, più tardi, alla legge scritta; si inizia, cioè con lo stesso primo apparire dell'uomo sulla terra, perchè il diritto naturale, è tale proprio perchè appartiene, tutto e solo, alla natura, ed è innato nella coscienza dell'uomo.

Ciò vale, naturalmente, per ogni branca del diritto, antica, nuova o magari di là da venire che essa sia: perchè le specificazioni delle varie branche, dei vari diritti, si sono avute (e si avranno), man mano nel tempo, ma esse, in embrione, già erano, necessariamente, nel diritto naturale. Credere diversamente equivarrebbe ammettere che possano esistere dei diritti che non dalla coscienza umana traggano la loro essenza, ma da una artificiale sovrastruttura, solo ed unicamente formati di leggi, di norme, di articoli, i quali, lungi dallo scaturire da una istanza individuale o sociale, siano invece soltanto parole poste dietro parole a redigere leggi contro natura, contro cosc enza, contro morale e quindi ingiuste. E ciò vale, anche per il diritto del lavoro; e vale per il diritto della previdenza sociale sia che di quello faccia parte, come molti ritengono, sia che costituisca invece, come altri opinano, un diritto autonomo.

Ma si è già, con ciò, in un altro interessante argomento, in certo senso corollario del primo.

In realtà, quando i principî naturali di solidarietà da una parte e, dall'altra, la necessità degli individui e della società di far fronte alle situazioni che, dipendendo da determinati rischi, potevano creare e creavano infatti la più dolorosa e pericolosa miseria, hanno dato il via alle prime forme di beneficenza privata e pubblica, quindi alle prime assicu-

⁽¹⁾ E. CATALDI, Appunti per la storia del diritto del lavoro in Italia, in particolare: Cap. II, Le Fonti e Cap. III, Il periodo delle origini, in « Il Diritto del Lavoro », 1952, fasc. I-II e IX-XII; nonchè gli Autori ivi richiamati, tra cui, principalmente e per i più recenti: F. Pergolesi, Sistema delle fonti normative, Bologna, Zuffi, 1949.

razioni facoltative, infine all'assicurazione sociale obbligatoria: e quando le prime e incerte leggi di previdenza sociale si sono venute a poco a poco estendendo, completando, perfezionando, ed hanno compreso, nelle loro articolazioni, tutti i maggiori rischi e le corrispondenti tutele; quando, insomma e infine, tutta una legislazione sociale si è avuta in tutti i Paesi del vecchio e del nuovo mondo, e si sono organizzati e man mano perfezionati i primi ordinamenti previdenziali nazionali che non solo già vanno avviandosi, dopo la seconda guerra mondiale, verso un sistema di previdenza sociale se non ancora unico e internazionale, certamente sempre più e meglio costruito su basi comuni, ma vanno anzi ampliandosi in più complessi sistemi di sicurezza e di protezione sociale; allora anche il diritto della previdenza sociale (compiuta, come già tante altre branche dal diritto, l'intera sua fase preparatoria, e dalle coscienze dove era innato e s'era vieppiù maturato, e dagli usi dove aveva cominciato a consolidarsi, passato nelle norme scritte) è venuto a poco a poco liberandosi dai sistemi dei più antichi diritti civile e amministrativo nei quali, da principio, le sue norme erano rimaste inserite e — acquistato un proprio corpus completo ed organico e diventato uno dei pilastri principali della legislazione sociale — è passato a far parte, negli ordinamenti giuridici di quasi tutti i Paesi, del diritto del lavoro, anch'esso nel frattempo resosi indipendente dai tronchi fondamentali e secolari del diritto civile e del diritto amministrativo (a parte il diritto costituzionale, che può considerarsi la radice prima di tutte le branche).

Non è questa la sede, naturalmente, per discutere cosa sia e cosa comprenda il diritto del lavoro, argomento già molto dibattuto e niente affatto risolto (1). Ma intendiamo per « diritto del lavoro » (come sembra opinione prevalente) quel complesso di principî giuridici

⁽¹⁾ Il Barassi (Il Diritto del Lavoro, Vol. I, pag. 3, Milano, 1949), ricordando una bellissima definizione che del diritto del lavoro ha dato il Perroux (La personne ouvrière et le droit du travail, Esprit, fasc. 42° del 1° marzo 1936, pag. 867; cfr. anche Durand e Jaussaud, Traité du droit du travail, Paris, 1947): «il complesso dei mezzi con i quali è riconosciuta giuridicamente la persona lavoratrice, nel suo significato assoluto di persona umana », giustamente rileva che « non bisogna illudersi che il concetto per sè così limpido del lavoro umano possa consentire una inequivocabile determinatezza di contenuto al diritto del lavoro. Questo coordinamento sistematico non è, infatti, opera legislativa ma puramente dottrinale, e il processo logico cui è informato finisce quindi con l'avere esattamente quei limiti che si propone lo studioso che, interprete delle norme giuridiche, ne tenti un coordinamento logico ». Così lo stesso Barassi, che nella citata recente opera prende come oggetto del proprio studio « esclusivamente il lavoro subordinato », pur essendo ovvio che « è lavoro anche il lavoro autonomo di cui pure il nostro sistema giuridico si occupa », in un suo precedente trattato (Il contratto di lavoro, Milano, 1915-1917) aveva compreso nel diritto del lavoro anche esso lavoro autonomo, « cioè l'organizzazione dell'impresa, grande o piccola, considerata perciò non solo nei suoi elementi interni (tra cui appunto anche il

che disciplinano i rapporti tra imprenditori e lavoratori nonchè altri rapporti ad essi connessi, quali gli assistenziali ed i previdenziali, esso diritto del lavoro si scinde allora necessariamente in « diritto privato del lavoro », costituente la regolamentazione riservata alla autonomia meramente lecita dei soggetti passivi del rapporto individuale di lavoro (ramo, questo, che s'è staccato dal vecchio tronco del diritto civile), e in « legislazione sociale », che del rapporto individuale di lavoro viene a costituire la regolamentazione pubblicistica, in quanto che essa rappresenta la sfera dell'ordinamento giuridico amministrativo che ha per oggetto la tutela della classe lavoratrice per fini di interessi sociali.

Staccatasi appunto dal tronco del diritto amministrativo e integrata da istituti nuovi e caratteristici quali son quelli dell'assicurazione sociale, del rischio professionale, eccetera, questa seconda parte del diritto del lavoro, comunemente indicata come « legislazione sociale » e spesso trattata a sè, si divide a sua volta in tre sottobranche: la « disciplina amministrativa del lavoro », l'« assistenza e beneficenza pubblica », infine la « previdenza sociale »; la quale ultima — come già s'è detto — persegue i suo scopi attraverso il particolare istituto giuridico delle assicurazioni sociali (e qualcuno parla addirittura di un « diritto delle assicurazioni sociali »).

Ora, basta considerare per un momento quale sistema di legisla-

rapporto di lavoro subordinato), ma anche nei suoi rapporti esterni coi terzi (appalto, trasporto, contratto d'opera: sempre nel campo del lavoro) ».

Per una rapida sintesi del rapporto individuale di lavoro nella legislazione comparata: Riva-Sanseverino, Il diritto del lavoro, Padova, 1947.

Altri autori, dal loro canto (Mazzoni e Grechi, Corso di diritto del lavoro, Bologna, 1946: cfr. pure Santoro-Passarelli, Nozioni di diritto del lavoro, Napoli, 1946), in una più ampia concezione del diritto del lavoro, hanno compreso in questo anche altre norme, prevalentemente di diritto pubblico, che presuppongono il rapporto di lavoro senza riferirsi necessariamente alle fondamentali prestazioni dell'imprenditore e del prestatore d'opera considerate nella loro reciproca attuazione, e cioè le norme che mirano a una più completa disciplina del lavoro nell'interesse di ciascuno dei contraenti (legislazione protettiva, norme di assicurazioni sociali a scopo di previdenza, norme circa l'organizzazione sindacale), di una più feconda pace aziendale e più giusta decisione delle controversie del lavoro (arbitrato, norme relative alla magistratura del lavoro), di un più efficace intervento a tutela del lavoro, sia amministrativo che penale, di una più efficace protezione del lavoratore nella solidarietà tra le nazioni (cosiddetto diritto internazionale del lavoro).

Comunque, se è vero che la zona centrale e fisionomica del diritto del lavoro rimane pur sempre la disciplina giuridica del rapporto di lavoro, è anche vero che quasi tutti i trattati di diritto del lavoro (vedi i citati, e inoltra quelli del Borsi e Pergolesi, Trattato di diritto del lavoro, Padova, 1948 e segg.; dell'Ardau, Corso di diritto del lavoro, Milano, 1947, ecc.) contengono la trattazione del diritto previdenziale, che a sua volta forma parte anche delle trattazioni di legislazione sociale (cfr. Levi, Istituzioni di legislazione sociale, Milano, 1952) oltre che oggetto di trattazione a sè (cfr. Delitala, Diritto delle assicurazioni sociali, Torino, 1951: il quale autore, peraltro, non lo considera autonomo).

zione sociale completo ed a sè rappresenti e venga sempre più e meglio rappresentando, la « previdenza sociale » nelle sue varie diramazioni già rapidamente elencate nell'introduzione (assicurazioni contro i rischi degli infortuni, delle tecnopatie, delle malattie generiche, delle invalidità, della maternità, della vecchiaia, della morte, ecc.); e basta considerare ancora come, sia i motivi informativi che le finalità individuali e sociali della particolare disciplina, siano diversi da quelli e da quelle d'ogni altra disciplina giuridica; basta, dunque, brevemente considerare tutto ciò, anche in rapporto all'evoluzione, all'estensione e al perfezionamento del sistema, per comprendere facilmente come il diritto della previdenza (e, può aggiungersi, della assistenza) sociale fortemente tenda a rendersi autonomo dal diritto del lavoro.

Ed è anche questa una questione molto dibattuta, e che non m'è permesso approfondire in questa sede. Mi basti averla accennata; e aggiungere che se è vero che le leggi della previdenza sociale interferiscono largamente nella disciplina del rapporto individuale di lavoro, per cui la tutela previdenziale si presenta « come una zona tutt'altro che marginale nella disciplina del rapporto di lavoro » (1); e se è vero che, in realtà, la previdenza sociale tutela il lavoratore come tale, cioè presupponendo l'attuazione del rapporto di lavoro (magari come speranza, in relazione alla disoccupazione; magari come conseguenza postuma della sua impossibilità, per invalidità malattia infortunio ecc.), in maniera che finisce con l'adagiarsi sulla complessa disciplina del rapporto di lavoro, anche se questo lavoro vi si prospetta in potenza e non in atto (2); è altrettanto vero che essa tutela sconfina

In realtà ciò è stato fino a che, appunto, l'assicurazione sociale s'è mantenuta nei limiti stessi del rapporto di lavoro: ma oggi mi sembra che tali limiti, in atto o in potenza, siano stati un po' dovunque sorpassati o si avvi-

⁽¹⁾ Così il Barassi, nella prima delle opere citate a nota precedente; ed in questo senso si è affermata l'ultima e indissolubile compenetrazione della trattazione relativa all'ordinamento giuridico previdenziale con quella del rapporto individuale del lavoro (cfr. Ardau, op. cit.).

⁽²⁾ È questa, come il Barassi rileva, l'opinione oggi dominante tra gli studiosi della materia. Cfr., nello stesso senso, Mazzoni e Grechi, op. cit. Io stesso — che pur oggi vado constatando come in realtà il diritto previdenziale proceda sempre più decisamente verso la conquista della sua autonomia — ebbi invece anni fa ad affermare (Cataldi, Il principio etico della previdenza sociale, in « Il Diritto del lavoro », 1949, III-IV, paragr. 2 del Cap. II) che, dal punto di vista giuridico, « il diritto del lavoratore al conseguimento delle prestazioni assicurative trova il suo fondamento e la sua causa giuridica nel rapporto di lavoro e non già in un altro autonomo rapporto di natura pubblicistica. Le prestazioni assicurative devono, infatti, considerarsi come una forma della contro-prestazione del lavoratore per l'opera da lui prestata; e ciò sia che si definisca il rapporto di lavoro come rapporto di scambio, sia che lo si consideri, invece, come una forma del rapporto associativo. Il così detto rapporto di assicurazione sociale rientra, quindi, nel rapporto di lavoro di cui costituisce una parte ».

spesso, ormai, dall'organismo interno della singola azienda; si manifesta a volte in forme di previdenza facoltativa che sorpassano la sfera del lavoro retribuito; generalmente si estende anche al dipendente pubblico, ai lavoratori autonomi e indipendenti nonchè al nucleo familiare del lavoratore, creando diritti autonomi e originari che nascono dopo la morte del lavoratore stesso (diritti dei superstiti); a parte la considerazione che in molti Paesi essa si è già trasformata o si va trasformando in un sistema più ampio di sicurezza, di protezione sociale, il quale non solo non è più limitato al lavoratore subordinato ma investe tutta la popolazione, rivolgendosi direttamente al cittadino senza distinzione di classi e di censi.

Per tutte queste ragioni giustamente hanno avvertito il Rouast e il Durand (1) che « le droit de la sécurité sociale a un domaine beaucoup plus étendu que le droit du travail. Il tend à s'appliquer à toute la population: ce mouvement de généralisation détache progressivement la sécurité sociale du droit du travail »; e sempre più si va accentuando il riconoscimento di un « diritto previdenziale » quale branca autonoma della scienza giuridica, rientrante, in una posizione naturalmente subordinata, nella sfera del diritto pubblico (2).

2. Il diritto al lavoro e il diritto alla previdenza sociale

Faccia parte del diritto del lavoro o stia a sè come diritto autonomo, il diritto della previdenza sociale regola la tutela previdenziale così come il diritto del lavoro disciplina il rapporto di lavoro; l'uno e l'altro diritto, sempre, intimamente connessi tra di loro, perchè i mezzi di tutela previdenziale non sono che il completamento o il rimpiazzamento dei mezzi che avrebbe dovuto fornire il lavoro. Se infatti — in una città ideale quale appena la mente altissima d'un

cinino ad esserlo. Comunque, sull'argomento, cfr. anche: Roberti, Assicurazioni sociali e rapporto di lavoro, in «Riv. Inf. Mal. Prof.», 1946, II, 181; Gueli, Sistema giuridico delle assicurazioni sociali, nel «Trattato di diritto del lavoro» di Borsi e Pergolesi; Kaskel V. Sitzler, Grundriss des soziales Versicherungsrecht, 1912; Jacobi, Grundlheren des Arbeitsrechts, Leipzig, 1927; Richter, Sozialversicherungsrecht, par. 6; Rosin, Das Recht d., Arbeitversicherung, Berlin, 1893, ecc.

⁽¹⁾ ROUAST et DURAND, Précis de legislation industrielle, Paris, 1951, pag. 3; DURAND, Exploration d'une terre inconnue: la sécurité sociale, in « Droit social », 1949, pag. 201.

⁽²⁾ VIESTI, Previdenza e sicurezza giuridica, in Informazioni sociali, 1949, III, pag. 40; BIONDO, L'ordinamento della previdenza sociale e i progetti di riforma, Trento, Ed. II, 1950, pag. 29; Cfr., anche la « presentazione » della « Rivista Italiana di Previdenza Sociale » (1948, I) e, da ultimo, M. GUILLEN RABOSO, Las normas de previsione social como rama indipendiente del derecho: Derecho Preventivo, in « Rev. españ. segur. soc. », 1951, 1103; CAVALIERI, La rilevanza internazionale del diritto al lavoro e alla assicurazione sociale, in « Dir. del Lav. », 1951, I, 285.

Agostino o di un Campanella riuscirebbe a costruire, in un sogno meraviglioso quanto utopistico — potesse garantirsi a tutti un lavoro, tale da fornire un guadagno non soltanto bastevole per i bisogni immediati, ma anche, attraverso il possibile risparmio, bastevole per i bisogni futuri del lavoratore e della sua famiglia, in caso di sopravvenienza di malattie, vecchiaia, morte, insomma di impedimenti di qualsiasi genere; se, dunque, tutto ciò potesse farsi, della previdenza sociale non ci sarebbe alcun bisogno.

Il lavoro è stato (ed è), infatti, il mezzo fondamentale con il quale l'uomo, creato alla vita, questa vita ha potuto fin dalle origini conquistarsi e mantenersi; ed il lavoro ha preso, invero, tutta la vita dell'uomo ancestrale, e fin dall'epoca più remota tutte le operazioni dell'uomo appaiono collegate — come ben rileva il Perali — al lavoro e alla produzione: così la procreazione, l'allevamento, l'abitazione; così la perpetuazione, il perfezionamento e la difesa del lavoro e della produzione; così la conquista e la distribuzione delle materie prime, dei luoghi e dei campi di lavoro, delle forze lavoratrici e dei mercati; così la preparazione e il godimento dei mezzi di scambio; così il godimento e il consumo del sopravvanzo degli utili del lavoro; così le superfetazioni del lavoro quali le speculazioni e le concorrenze; così i contraccolpi degli sconvolgimenti meteorologici, tellurici ed etnici nonchè delle carestie, delle superproduzioni, dei conflitti sociali, delle crisi commerciali ed economiche, della miseria.

Il lavoro è, dunque, la legge naturale e universale di vita, tanto universale e naturale che regola tutti gli esseri viventi (1). Dal che logicamente discende che al diritto alla vita, che ha l'uomo, corrisponda il diritto al lavoro, che della vita è il mezzo necessario e indispensabile, quel « diritto al lavoro » che appunto per ciò è stato recentemente riaffermato da molte costituzioni, ivi compresa l'italiana, e che si ritrova in una delle quattro libertà che l'America pone a pilastro fondamentale della civiltà d'oggi e della civiltà avvenire, la « libertà dal bisogno » (« freedom from want »).

Ma è ovvio che questo diritto al lavoro — cui corrisponde l'obbligo, il dovere di lavorare — scaturendo da una legge di natura, debba estrinsecarsi e concretarsi ad esser posto in atto e fatto valere in una maniera, per forma e per sostanza, rispondente alla natura dello uomo. Dovrà dunque trattarsi di un lavoro confacente alla persona umana, che ne è il soggetto: alla sua dignità di uomo, cioè, e poi alle sue forze, alle sue capacità fisiopsichiche, al suo sesso, alla sua età, alla sua vocazione, eccetera. Ne deriva, logicamente, che il diritto al lavoro deve necessariamente comportare, anzi presupporre, un com-

⁽¹⁾ Non solo l'uomo ma anche « le più semplici attuazioni dell'essere », quali l'atomo e la cellula, come scrive il Brucculeri, in « Civiltà Cattolica ».

plesso di norme di regole di principi onde esistere, resistere, valere, uscire insomma da ogni astrattezza per concretarsi nella realtà quotidiana. Norme, regole, principî che ovviamente, proprio perchè ritrovano la loro fonte prima nella natura umana, vivono nel primo uomo ancora inespressi, ma tuttavia son già patrimonio della sua coscienza, della sua personalità e che solo più tardi verranno man mano rivelandosi nell'uso, nella consuetudine; per più tardi ancora precisarsi nella legge scritta (jus scriptum), dapprima commisti a leggi di altri diritti, poi, molto recentemente, formanti finalmente un diritto a sè. che perciò - come s'è già accennato - si usa dir nuovo, ma che invece, nella realtà della sua essenza, già era quando ancora non era il « diritto del lavoro ». Consuetudini e leggi, aggiungo, che potranno seguire (e invero solitamente seguono) la via esatta, e si avrà allora un diritto rispondente a giustizia; ma che potranno anche sbandare (e sbandamenti, invero, vi sono stati), e si avrà allora una legge ingiusta, si avranno allora la schiavitù e la servitù della gleba, si avranno le imposizioni del capitalismo e le dittature del proletariato, si avrà il dominio della forza e della violenza caro allo Spinoza ed al Nietzsche, e la conseguente violazione del diritto: di quel diritto che è, invece, il principio stesso della vita in quanto mezzo diretto (1) di tutti i beni individuali e sociali necessari all'esistenza.

Ma se è vero, come è vero, che, essendo il lavoro umano il mezzo fondamentale di vita, l'uomo ha il diritto ad esso, nonchè a svolgerlo in maniera conforme alla propria personalità, trovando nella società la libertà, gli strumenti, l'organizzazione necessaria e ricevendone, in cambio, la giusta retribuzione; è anche vero, perchè logico giusto morale addirittura ovvio, che, ove questo lavoro e la possibilità di compierlo venga all'uomo a mancare non per sua volontà, e di conseguenza venga a mancargli il necessario guadagno per sè e per i suoi, non per questo l'uomo e la di lui famiglia debbano perdere il loro diritto alla vita, che è cosa sacra perchè donataci da Dio.

Nasce da questa istanza di vita, da questa esigenza di giustizia, da questa necessità imprescindibile che sono non dell'individuo soltanto ma di tutta la società, la « previdenza sociale ». La quale perciò sostituisce o rafforza attraverso le sue prestazioni il mezzo di vita significato dal lavoro (più precisamente, dal reddito di lavoro), a seconda che questo lavoro venga del tutto o soltanto in parte a mancare o comunque non basti a procurare un guadagno rispondente ai bisogni; e che, come già il lavoro, diventa per l'uomo cui questo

⁽¹⁾ Diritto significa appunto la «direzione» di un'azione o di una cosa verso uno scopo determinato. Non a caso esso assume questo nome in lingua italiana e quelli di droit in francese, recht in tedesco, right in inglese, derecho in spagnolo, pravo in slavo, ecc.

lavoro non può più bastare, anch'essa oggetto di un diritto imprescindibile, perchè valido mezzo di liberazione dal bisogno, di riscatto dalla miseria, di resistenza e insomma di esistenza di vita.

3. LA PREVIDENZA SOCIALE COME DIRITTO DERIVATO DAL CONCETTO DI GIU-STIZIA SOCIALE

È stato scritto recentemente da un attento autore spagnolo (1) che « la primera consecuencia de la aparición del nuevo concepto de seguridad social es precisamente ésta de transformar el sentido del seguro social como simple y característica medida intervencionista del Estado configurándolo como un derecho subjectivo incuestionable »; ma siccome l'uomo non è un ente a sè, bensì un « ente sociale », sì che tutti i suoi diritti ed i suoi doveri debbono sincronizzarsi con quelli della comunità a norma della prima legge morale della vita di relazione, cioè la giustizia, ne deriva che « no cabe hablar de derecho de seguridad social con un carácter absoluto, sino relativo, por cuanto es condicionado por circunstancias intrínsecas o extrínsecas del comportamiento del hombre » (2).

Un vero e proprio diritto è dunque, se pur non assoluto ma relativo, la previdenza sociale, che trae la sua diretta origine dall'idea di giustizia regolatrice degli uomini sia in quanto individui che in quanto partecipi della società. Ma l'idea di giustizia si concreta, in definitiva, nel precetto fondamentale di dare unicuique suum, il che di per sè presuppone una vita di relazione, di società, di rapporti tra gli uomini. E se l'uomo, per vivere la sua vita, necessita della società, è logico che da questa stessa sua necessità derivi a lui l'obbligo di dare alla società quanto occorre per la conservazione e il progresso della medesima (giustizia legale); nel mentre, correlativamente, siccome la società comporta e oneri e benefici, è necessario che questi, sia gli uni che gli altri, vengano ripartiti tra tutti gli individui, secondo i meriti e le forze di ciascuno (giustizia distributiva); e siccome la società serve a garantire le relazioni degli uomini tra di loro, è necessario che ogni individuo dia al proprio simile quanto gli spetta (giustizia commutativa).

Ma questa idea di « giustizia », concepita nei suoi tre principî fondamentali della vita di relazione e di dipendenza degli uomini nella società, è meramente qualitativa ed astratta; ed a renderla concreta, a far cioè corrispondere la astrattezza dei principî alla realtà dei va-

⁽¹⁾ C. Martì Bufill, Tratado comparado de Seguridad social, Madrid, 1951, pag. 105 e pag. 113.

⁽²⁾ In tal senso anche E. Perez Botija, Curso de derecho del trabajo, Madrid, 1948, pag. 456.

lori umani, soccorre il « diritto » (pubblico, se persegue la giustizia legale o distributiva, privato se persegue quella commutativa).

A stabilire la natura del « diritto previdenziale » è necessario quindi, una volta accertato il suo contenuto, vedere quale giustizia — delle suddette tre forme — esso persegua; e insomma se la previdenza rappresenta un obbligo di un individuo (datore di lavoro) verso un altro (prestatore d'opera), nel qual caso si resterebbe nei limiti del diritto privato, oppure un dovere della società verso i propri membri, nel qual caso si verterebbe nel diritto pubblico.

La questione ha causato ampî dibattiti, specialmente tra i giuristi ed i filosofi del diritto spagnoli: ma mi sembra, in conclusione, che se di giustizia commutativa e quindi di diritto privato poteva parlarsi fino a che la previdenza sociale si risolveva (o almeno così si riteneva) in una controprestazione tra datore di lavoro e prestatore d'opera salariato; nel momento attuale, nel quale un po' in tutti i Paesi la previdenza sociale ha sorpassato il cerchio ristretto dei lavoratori subordinati, non possa più parlarsi di giustizia commutativa, ma di giustizia legale e distributiva, e per conseguenza di un « diritto pubblico di previdenza sociale ». Il che poi, in definitiva, è ancora un esempio di quell'espansione che il diritto pubblico va per l'appunto ponendo da qualche tempo in atto a scapito, dirò così, del territorio del diritto privato, e che da più parti dai privatisti si lamenta (1).

Alla base del diritto previdenziale sta dunque l'idea di quella che si è chiamata « giustizia sociale »: e ad eccezione di qualche Paese (come ad esempio l'urss nella quale la previdenza sociale non acquista un valore umano, ma deriva da un puro e semplice stato di necessità economica che lo Stato sfrutta anche ai fini politici, tanto vero che la previdenza sociale è in mano ai sindacati comunisti ed è posta in essere, di conseguenza, solo per chi appartiene al partito), in linea generale, e specialmente nei Paesi in cui è viva ed operante la fede o almeno la tradizione cattolica, il diritto della previdenza sociale si propone anzitutto di salvaguardare l'umana personalità e di assicurare al lavoratore, al cittadino, all'uomo, una dignità, una libertà, una indipendenza di vita che gli permettano di essere membro cosciente della società in cui vive, con ciò mirando altresì alla salvaguardia della stessa società (ed è in questo senso che del diritto previdenziale, in quanto derivato da una idea di giustizia sociale che si rifà al diritto naturale, non può parlarsi — come più sopra s'è già detto — di diritto nuovo).

⁽¹⁾ Di tali lagnanze se n'è avuta un'eco anche recentemente nel III Congresso nazionale di diritto agrario tenutosi a Palermo nel mese di ottobre del 1952.

Giustizia sociale, giustizia distributiva, previdenza. La previdenza sociale non è qualcosa che nasce dal nulla in un certo momento storico in quanto in quel momento si è sentita la necessità, prima mai provata, di una nuova e più equa distribuzione dei mezzi di vita, del capitale e del lavoro, di una possibilità, se non di ricchezza, di benessere e, comunque, di resistenza ai bisogni e alla miseria. Questa necessità, questa istanza c'è invece sempre stata e la beneficenza e l'assistenza e le assicurazioni private e le casse mutue di soccorso e infine la previdenza facoltativa non sono altro che la dimostrazione di come ci si sia preoccupati di farle fronte, quando all'idea innata di giustizia non rispondeva ancora una norma precisa e concreta di diritto. Il momento storico in senso stretto della nascita della previdenza sociale è dunque, semplicemente, quello in cui tale diritto è intervenuto: e cioè quando padroni e servi, potenti e deboli, abbienti e non abbienti, datori di lavoro e lavoratori hanno cominciato ad un tratto a sentirsi non più gli uni gli eletti e gli altri i reprobi, non più questi alla mercè di quelli, ma gli uni e gli altri sotto l'occhio vigilatore ed equilibratore dello Stato. Cioè della legge. La quale, non avendo ancora potuto trovare nel salario il criterio definitivo per la giusta ripartizione della ricchezza, e d'altra parte dovendo pur dare i mezzi di sopperire ai propri bisogni a coloro che, non per propria volontà, un salario non hanno o hanno insufficiente, e nello stesso tempo volendo trovare la soluzione del problema sullo stesso piano produttivo da cui esso problema è derivato, ha creato, quasi come una formula di compromesso, ciò che oggi si chiama la previdenza sociale, che mira, pertanto, alla soddisfazione del bisogno. Ma, tale bisogno essendo di così cruda evidenza da non poter bastare soltanto l'organizzazione fondamentale della previdenza, questa ha dovuto altresì tutelare, accanto alla categoria più vasta dei lavoratori, anche altre categorie, mediante sistemi affiancatori e concezioni sempre più vaste: i quali e le quali sono appunto i gradini attraverso cui è passato e s'è affinato il concetto odierno della previdenza già a sua volta avviato verso una più ampia concezione di protezione sociale.

Varie sono le forme di tutela attuate nei diversi Paesi. Con il Bureau International du Travail elencherò:

- il servizio pubblico, ossia il regime in base al quale l'intera popolazione è protetta, gli oneri sono distribuiti fra tutta la collettività, la concessione delle prestazioni non è subordinata all'accertamento delle risorse individuali;
- l'assicurazione sociale obbligatoria, ossia il regime in base al quale la concessione delle prestazioni è riservata a talune categorie di soggetti per i quali debbono essere versati in forma obbligatoria

appositi contributi, e non è comunque subordinata all'accertamento delle risorse individuali;

- l'assicurazione facoltativa, ossia il regime in base al quale la concessione delle prestazioni è riservata ai soggetti che hanno versato in via volontaria determinati contributi e che pone una parte degli oneri a carico della collettività:
- l'assistenza sociale, ossia il regime in base al quale la concessione delle prestazioni è subordinata all'accertamento delle risorse individuali.

In taluni Paesi l'entità della protezione varia peraltro a seconda del luogo di residenza del protetto (ad esempio, zona urbana o zona rurale); nel mentre in alcuni altri Paesi nei quali è tutelata la intera popolazione, il pensionamento è accordato solo se il singolo ha versato regolarmente i contributi prescritti o se si sono verificate altre determinate condizioni.

La « previdenza sociale » — attuata a mezzo dell'istituto dell'« assicurazione sociale obbligatoria » — costituisce pertanto, nel momento presente, una tappa importantissima, se pur non definitiva, del cammino dell'idea della protezione sociale nel mondo. Più precisamente, essa può essere definita — col Biondo — « l'ordinamento predisposto o riconosciuto dallo Stato a tutela della classe lavoratrice, e fondato sul principio della mutualità obbligatoria entro una massa di soggetti, in base alla quale il lavoratore, al verificarsi di determinati eventi che creano in lui uno stato di bisogno — o in quanto annullano o riducono le sue possibilità di guadagno o in quanto rendono questo insufficiente rispetto alle necessità sue e della sua famiglia — ha diritto sotto certe condizioni a date prestazioni che tendono ad eliminare le cause e a ripararne od attenuarne le conseguenze ».

2. La funzione della previdenza sociale nella società moderna

1. Gli eventi causativi dello stato di bisogno; particolare aspetto dell'evento dannoso lavorativo. — 2. La previdenza sociale in ordine ai suoi fini di liberare dal bisogno e di combattere la miseria. — 3. I mezzi economici per il funzionamento della previdenza sociale.

1. GLI EVENTI CAUSATIVI DELLO STATO DI BISOGNO; PARTICOLARE ASPETTO DELL'EVENTO DANNOSO LAVORATIVO

Fine ultimo della previdenza sociale è quello della liberazione dal bisogno del lavoratore cui venga a mancare o ad essere insufficiente per sè e per i suoi, a seguito di determinati eventi, il reddito da lavoro. È necessario quindi considerare un po' attentamente questa precipua finalità della previdenza sociale, esaminando altresì quali

siano gli eventi causativi della miseria cui essa fa fronte, e quali mezzi essa adoperi per svolgere la sua funzione.

Gli eventi che creano nel lavoratore uno stato di bisogno o in quanto annullano o riducono le sue possibilità di guadagno o in quanto rendono questo insufficiente rispetto alle necessità sue e della sua famiglia, gli eventi, insomma, che causano per il lavoratore e la sua famiglia — ossia per tutti o quasi tutti i cittadini dei moderni Stati, generalmente fondati, per costituzione, sul lavoro — quella che, senza tanti eufemismi, in terminologia corrente si usa chiamar « miseria », possono distinguersi in due grandi categorie:

- a) eventi che causano la riduzione o la perdita totale del reddito, quali:
 - l'infortunio sul lavoro,
 - la malattia professionale,
 - le malattie generiche (tra cui, in ispecie, la tubercolosi),
 - le invalidità varie,
 - la maternità,
 - la vecchiaia,
 - la morte,
 - la disoccupazione totale o parziale;
 - b) eventi che determinano un aumento di bisogni, quali:
- l'esistenza, la formazione e lo sviluppo della famiglia (nascite, matrimoni, carichi di famiglia).
- oltre, indirettamente, molti di quelli già elencati come causativi di una riduzione o perdita totale, temporanea o definitiva, di guadagno, in quanto reclamano altresì spese straordinarie per cure, assistenze, ecc.

Da statistiche fatte in Inghilterra a cura di Beveridge è risultato che i casi di bisogno sono dovuti dal 75 % all'87 % agli eventi della prima, e dal 25 % al 13 % agli eventi della seconda categoria; e più o meno con le stesse proporzioni — se pure con alcune oscillazioni da Paese a Paese o, nei diversi periodi di tempo, in uno stesso Paese — si sono verificati gli eventi causativi della situazione di bisogno negli altri Stati, con sensibile aumento di quelli della seconda categoria, tuttavia, nei Paesi con indice demografico più elevato.

Orbene, sono in realtà tutti i rischi concretati dai menzionati eventi quelli che formano oggetto degli ordinamenti di previdenza sociale presso quasi tutti i Paesi del mondo civile (o si avviano a formarlo); ed è infatti contro essi rischi che si sono sviluppate — come s'è visto — le varie branche delle assicurazioni sociali.

Naturalmente ciò non vuol dire che gli ordinamenti previdenziali siano o possano essere attuati presso tutti gli Stati nella identica maniera. Ciò, anzi, non è avvenuto nè avviene tuttora (come si vedrà tra poco), e neanche potrà avvenire in un immediato domani, in quanto che ogni legislazione riflette le particolari condizioni di ambiente sociali, economiche e psicologiche, e si potrà parlare, per ora, di diritto internazionale della previdenza sociale, ma non già di diritto comune per tutti gli Stati, almeno fino a quando non si sia arrivati a fare gli Stati Uniti d'Europa (ma anche tra le legislazioni degli Stati Uniti d'America sussistono delle differenze: e che si è trattato lì, a suo tempo, di amalgamare ben diverse genti e situazioni e tradizioni e civiltà che non siano oggi quelle europee!). Ogni legislazione ha, dunque, proprie esigenze, propri presupposti, e deve tener conto di particolari situazioni economiche.

Quello che si è voluto e si vuol dire è, invece, che, in linea generale, gli eventi elencati sono quelli che, come causa di bisogno, si ritrovano in tutti i Paesi; e sono quelli, quindi, che la previdenza sociale — in quanto tendente alla liberazione dal bisogno (1) — deve tener presenti, onde, come sua méta minima, costruire un sistema efficiente e razionale che sappia dare l'indipendenza economica al lavoratore, per sè e per i suoi familiari, per i bisogni presenti e futuri.

I bisogni possono derivare da tante cause diverse. La previdenza sociale, attraverso le assicurazioni sociali vuol garantire (almeno come programma normale e più generalmente riscontrabile nelle diverse legislazioni) il bisogno derivante dalla mancanza del guadagno o della sua insufficienza in rapporto alle spese, per i molteplici eventi che possono verificarsi nella vita del lavoratore e della sua famiglia.

E se una concezione attraente si va sempre più sviluppando, e se in certi Paesi essa sta anche cominciando a concretarsi, di garantire cioè la continuità assoluta e integrale del reddito in *qualsiasi*

(1) Santoro-Passarelli, Rischio e bisogno della previdenza sociale, in « Rivista Italiana Previdenza Sociale », 1948, pagg. 177 e segg.

Tra gli eventi elencati una particolare fisionomia assume la disoccupazione, Infatti, nel mentre gli altri si concretano in una impossibilità inerente direttamente al lavoratore di compiere la sua quotidiana fatica (impossibilità che può derivare da un fatto certo, come la morte, molto probabile, come la malattia, o eventuale, come l'infortunio), l'evento disoccupazione si concreta invece in una impossibilità di lavoro non inerente direttamente al lavoratore, ma alle condizioni del mercato lavorativo. Ciò dà all'evento disoccupazione ed allo stato di bisogno che ne deriva una sua particolare fisionomia, distinta da quella degli altri eventi e dei corrispondenti stati di bisogno, chè mentre per quest'ultimi la previdenza sociale è, con l'assistenza, allo stato, l'unica e comunque la prima forza riparatrice, per la disoccupazione la previdenza e l'assistenza sociale non hanno che una funzione subordinata, in quanto la vera e propria forma principale di riparazione, di liberazione, resta quella di procurare al disoccupato il lavoro che gli difetta (cfr. sull'argomento, E. Cataldi, Disoccupazione ed emigrazione, in « Il Diritto del lavoro », 1950, III-IV, e autori citati ivi). Quanto alla particolare fisionomia degli assegni familiari, di essa — del resto ben nota — si è già fatto cenno più sopra.

caso di bisogno, anche quando questo non derivi dalla mancanza o dalla insufficienza del reddito da lavoro, deve essere tuttavia osservato non solo che tale programma massimo non può essere adottato da molti Paesi di più limitate possibilità economiche (1), ma anche che, comunque, si esce allora dai limiti della previdenza sociale (ma poi, in fatto di terminologia, e specialmente in questo campo, tutto sta ad intendersi), per passare appunto sul terreno programmatico dei piani — cosiddetti — di sicurezza e di protezione sociale, indubbiamente più vasti, e spesso troppo, per le possibilità economiche di chi li vuole adottare (vedi ad esempio la Francia).

Non solo, ma sempre in rapporto a tali tendenze estensive, mi pare necessario a questo punto aggiungere - con molti studiosi di diritto prevenzionale specialmente in Italia, e da ultimo il Nervi. il Levi e il Delitala — che il diritto del bisognoso ad essere sovvenuto, se deriva da quel concetto di giustizia sociale e da quel sentimento di solidarietà umana che si son già menzionati, non può tuttavia confondersi col diritto al risarcimento del danno derivante dalla prestazione di lavoro; per cui non sembra possibile poter senz'altro sostituire, come fondamento della previdenza sociale, il « principio del bisogno » al « principio del rischio professionale », in quanto che « anche una vasta concezione della previdenza sociale consente la conservazione del principio del rischio professionale, particolarmente per quanto attiene al campo degli infortuni: principio la cui sopravvivenza può ben sussistere anche estendendo la protezione infortunistica ad altre categorie, attualmente escluse dalla tutela legislativa. Il mantenere l'adozione del principio del rischio professionale trova altresì giustificazione nel fatto che non si potrebbe concepire una parificazione degli indennizzi stabiliti pel risarcimento degli infortuni e delle malattie professionali con quelli derivanti da altri eventi che incidono sull'integrità fisica del lavoratore: una parificazione significherebbe allontanare i lavoratori dai lavori più onerosi e più gravi. mentre a maggior rischio deve corrispondere maggior tutela » (2).

⁽¹⁾ Infatti, presso l'Ufficio del Comitato degli esperti della sicurezza sociale, a Ginevra, è in elaborazione una vasta Convenzione che dovendo servir da guida agli Stati che vogliono creare o riformare il loro sistema di « sicurezza sociale », perchè possa essere più facilmente ratificata dagli Stati membri, prevede, per certi punti del sistema, due serie di norme, norme superiori per i Paesi economicamente più forti, e norme minime per i Paesi più poveri e meno evoluti.

⁽²⁾ Delitala, Diritto delle assicurazioni sociali, già cit., pag. 5; Nervi, Il concetto del rischio professionale, in « Atti del I Congresso Nazionale degli infortuni e delle malattie professionali, Palermo, ottobre 1947 ». Sul rischio professionale cfr. anche: E. Cataldi, Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali nella giurisprudenza e nella dottrina, Vol. I, Cap. IV, pagg. 233 e segg., Milano, 1951; e richiami ivi.

(che è, anche questo, corollario imprescindibile di quel concetto di giustizia distributiva nel quale il diritto previdenziale ha la sua prima fonte ideale; e giustizia è proporzione).

Contro la manifestatasi tendenza ad accomunare l'evento dannoso lavorativo a quello extra-lavorativo, per raggiungere il fine della protezione del lavoratore da tutti i rischi della sua vita, giustamente ha quindi rilevato il Minotti, in una relazione al I Congresso nazionale di protezione sociale celebratosi a Roma nel febbraio del 1948 (1), che la teorica del rischio professionale, nell'affermare l'esigenza che il lavoratore sia protetto da ogni rischio del lavoro anche quando l'evento dannoso derivi dalla sua stessa colpa, dà vita ad un diritto nuovo, il quale non si fonda più sul diritto comune (responsabilità obiettiva) ma trova la sua essenza etica, economica, giuridica, nel permanente fenomeno della produzione della ricchezza. Trattasi di un diritto alla integrità della propria persona, che deve esser protetta dai rischi del lavoro; distinto pertanto, per particolari esigenze e caratteristiche, dal diritto alla retribuzione, sul quale poggiano invece le altre forme di previdenza sociale attinenti al fenomeno della distribuzione della ricchezza. Alla « produzione », quindi, deve sempre far carico l'onere della riparazione, in qualsiasi ordine sociale essa produzione si attui, in quanto la perdita della integrità lavorativa costituisce una perdita di «valore» che è sempre fatalmente sacrificato, per l'appunto, alla produzione della nuova ricchezza (2).

Ma con ciò si è già a dire dei mezzi che la previdenza sociale adopera o deve adoperare per far fronte agli eventi causativi del bisogno.

Continuando e concludendo pertanto, col menzionato autore, il ragionamento intrapreso: nella sistemazione giuridica della protezio-

⁽¹⁾ Minotti, Aspetti giuridici del rischio professionale, in «Rivista Infortuni e Malattie Professionali », 1948, II, 205.

⁽²⁾ Ho già avvertito nella introduzione, infatti, che mentre nell'attuazione dei compiti di assistenza e di beneficenza lo Stato assume sul piano economico una funzione redistributoria della ricchezza, facendo fronte agli oneri relativi mediante i contributi di tutti i cittadini abbienti, contributi che possono essere volontari (oblazioni, donazioni, lasciti testamentari), ed involontari (destinazione da parte del gettito delle imposte), diversamente avviene nell'attuazione dei compiti di previdenza sociale, poichè questa, sul piano economico, opera come correttivo in sede di distribuzione, e non di redistribuzione della ricchezza.

Non mi sembra inutile accennare, a questo punto, a quanto ha recentemente scritto in un suo recente studio il Jannitti Piromallo (L'inquadramento giuridico dell'indennizzo per infortuni sul lavoro, in «Assicurazioni», 1952, III-IV) il quale, rigettato il concetto di responsabilità (sia pure quella oggettiva) per pervenire ad una conclusione sul fondamento giuridico dell'obbligo alla riparazione ai lavoratori dell'industria in caso di infortunio, e affermata l'impossibilità di un nesso giuridico tra un fatto incolpevole quale è l'infortunio e un obbligo a ripararlo, nega che possa far carico al datore di lavoro quell'onere assicurativo che egli invece attribuisce alla col-

ne sociale del lavoratore non si ritiene ci si possa basare sulla materiale identità delle prestazioni che si vogliono garantire e che non risponde ad una identità di rapporti giuridici e di diritti, nè che si possa prescindere dagli altri essenziali elementi dei rapporti da regolare (metodo che appare inaccettabile, « in ispecie se si pon mente che niuno nega, come istanza sociale, la protezione integrale del lavoratore »), bensì che il problema consista nell'ottener detta protezione con criteri razionali e, cioè, con norme giuridiche giuste ed efficienti. E di tale problema della protezione dei rischi del lavoro il principio del rischio professionale resta pur sempre la soluzione più razionale, permettendo anche ad essa protezione una sempre maggior estensione ed integrità in favore del lavoratore.

Aderendo a tali conclusioni il nominato Convegno Nazionale di protezione sociale ha infatti approvato, a sessioni unite, la seguente mozione: « il diritto alla protezione dei rischi del lavoro (infortuni e malattie professionali) è diritto alla integrità fisica e, come tale, della personalità. Esso è distinto dal diritto alla retribuzione ed è differenziato dalle altre forme di protezione sociale per proprie esigenze etiche, economiche e giuridiche. E poichè la integrità fisica, nell'insorgenza dell'evento dannoso, è lesa dal fatto della produzione, è a questa, oggettivamente considerata, che l'onere della restaurazione della integrità fisica, ove possibile, o, altrimenti, l'onere del risarcimento deve farsi risalire ».

2. La previdenza sociale in ordine ai suoi fini di liberare dal bisogno e di combattere la miseria

Esaminati così quali siano gli eventi causativi dello stato di bisogno e sottolineata la particolarità del rischio professionale, che dà vita ad un diritto (il diritto alla integrità della persona) che si differenzia dalle altre forme di protezione sociale (danti, invece, vita al diritto della retribuzione); e visto, di conseguenza, come lo Stato assuma sul piano economico una funzione distributoria nel primo caso

lettività, che ha interesse alla produzione del lavoratore perchè se ne giova; per cui, a suo dire, « si tratta, in sostanza, di un vero e proprio onere fiscale, anche se finora non si è avuto il coraggio di chiamarlo col suo vero nome, pur essendosi riconosciuto (Cataldi) che il costo previdenziale è, oggi, un costo di produzione, un costo di lavoro, perchè, in altri termini, è il lavoro che oggi, con ammontare preventivamente calcolabile, costa l'importo del salario non solo, ma anche dei premi e dei contributi previdenziali, che naturalmente sono oneri fiscali individuali ».

Non è questa le sede per entrare nello specifico argomento troppo a fondo: ma valga, a significare le ragioni di una mia non completa concordanza col citato illustre Autore, quanto ho scritto nel testo, riportando e condividendo il pensiero del Minotti, e le conclusioni cui, come dirò tra poco, il menzionato I Congresso Nazionale di protezione sociale è pervenuto.

e redistributoria della ricchezza nel secondo; è opportuno considerare brevemente la previdenza sociale in ordine, proprio, alle sue fondamentali funzioni al fine di permettere alle categorie lavoratrici di superare lo stato di bisogno ed uscire dall'afflizione della miseria, di quella miseria che — come ebbe a scrivere nel 1948 il Vigorelli — « è di tutti i mali il peggiore, perchè tutti li riassume e li esaspera, umiliando la vita e generando ozio, ignoranza, malattie e degradazione morale ».

Invero, così come purtroppo la miseria è sempre e dovungue stata, anche la previdenza sociale oggi è, provvidenzialmente, fenomeno universale, in quanto essa, come s'è visto, fa parte di tutti gli ordinamenti di tutti i Paesi civili, se pure presso ognuno di questi abbia assunto una sua particolare forma di attuazione e di sviluppo per i motivi già detti. Pur tuttavia, in genere, a seguirne attentamente la evoluzione storico-giuridica, è dato vedere come, presso la maggior parte degli Stati e delle legislazioni, essa sia passata attraverso le tre medesime fasi; di una funzione riparatrice (ed infatti ho già avuto occasione di sottolineare come l'assicurazione per gli infortuni sia stata, di solito, ovungue, la prima ad apparire); di una funzione di tutela preventiva e protettiva dell'individuo lavoratore; di una funzione infine di tutela preventiva e protettiva del lavoratore e del suo nucleo familiare; nel mentre le altre categorie di cittadini bisognosi sono stati lasciati alle cure, che, per quanto generose, restano pur sempre meno efficaci, dell'assistenza sociale.

E se da una parte la situazione privilegiata della classe lavoratrice trova giustificazioni etiche, giuridiche e pratiche, nel contributoche il lavoratore dà al progresso della società e nella posizione che ha il lavoro rispetto al fenomeno produttivo, centro della economia e quindi della vita delle Nazioni; da un'altra parte la diversità nel trattamento delle varie classi bisognose balza agli occhi con tutta evidenza per gli inconvenienti che crea e per le ingiustizie che può ingenerare, nel mentre lo Stato di ciò sempre più si preoccupa essendo in definitiva esso il primo responsabile di tutta la vita sociale della Nazione; e sempre più, quindi, si sviluppa la tendenza a ridurre il problema della liberazione dal bisogno ad un unico problema per tutti i cittadini, lavoratori o no che siano, affrontandolo in maniera unitaria, rompendo i diaframmi tra previdenza e assistenza, facendo confluire fra loro le varie iniziative, e tutto ciò organando su nuovi piani che non possono quindi più dirsi di previdenza sociale o di assistenza pubblica, e che si usa ormai definire di protezione e di sicurezza sociale. Ed è, infatti, una generica e non differenziata libertà dal bisogno quella che è indicata come méta dalla Carta Atlantica; ed è una «Carta internazionale di protezione sociale» quella sortita

a Filadelfia, nell'aprile-maggio 1944, dalla 26° sessione della Conferenza generale dell'Organizzazione internazionale del lavoro; ed è un principio di sicurezza sociale quello riaffermato nella « Dichiarazione internazionale dei diritti dell'uomo » approvata nel 1948 dalla Commissione del Consiglio economico e sociale dell'onu, e sono piani di protezione e di sicurezza sociale quelli che predispongono Beveridge in Inghilterra, Wagner, Murray e Dingell negli Stati Uniti, Marsh nel Canadà, Van Acker in Olanda, Schoembaum in Cecoslovacchia, Riguera in Argentina; nel mentre verso sistemi di sicurezza e di protezione sociale si avviano, bene o male, molti Stati, la Francia, l'Irlanda, la Bulgaria, la Romania, la Jugoslavia, il Lussemburgo, la Norvegia, la Svizzera, l'Albania, in Europa; il Canadà, la Nuova Zelanda, l'Australia, il Sudafrica, Cuba, il Guatemala, l'Egitto fuori d'Europa.

Così, nel mentre l'assistenza sociale, i cui benefici — come s'è accennato nell'introduzione — costituiscono semplici interessi legittimi privi di piena tutela giuridica, continua a svolgere più o meno tranquillamente la propria benefica ma circoscritta funzione, la previdenza sociale, cui corrispondono precisi diritti, si vede man mano chiamata (comunque, poi, le si voglia cambiar nome, e si voglia anche etichettarla protezione o sicurezza o che) ad assolvere i sempre più vasti compiti di contribuire al processo di redistribuzione della ricchezza tra le classi abbienti e le classi povere, in modo da realizzare la maggior giustizia sociale, e soprattutto ad attuare la completa emancipazione dal bisogno mediante una tutela unitaria (1).

« Da un punto di vista economico (che è il punto di vista scientificamente interessante) la liberazione dal bisogno — scrive il Mazza (2) — significa dare ad ogni persona la possibilità di soddisfare il

⁽¹⁾ Cfr., sul punto della funzione redistributoria della ricchezza: VITO, I piani per la sicurezza sociale: limiti di applicabilità e condizioni di successo, in «Rivista Internazionale di Scienze sociali », 1945, X; ID., La sicurezza sociale e i suoi riflessi sulla formazione e sulla distribuzione del reddito nazionale, ibidem, ott.-dic., 1949; Perticone, Politica sociale e protezione sociale, in «Rivista Internazionale della sicurezza sociale », 1948, IV - VI, pag. 312; Spirito, Protezione sociale e libertà, ibidem, pag. 313; Duchini, Protezione sociale o politica sociale?, in «Rivista Internazionale di Scienze sociali » gennaio-marzo 1949.

Si veda inoltre, per quanto riguarda la cooperazione internazionale: Savoini e Giua, Solidarietà internazionale e sicurezza sociale, in « Previdenza Sociale », 1947, pag. 121; Gorini, La previdenza sociale nei rapporti internazionali, ibidem 1948, pag. 39; De Luca, Un nuovo principio: collaborazione internazionale nella previdenza sociale, Napoli, 1948; De Tuddo, Sicurezza sociale e cooperazione internazionale, in «Rivista politica economica », 1945, 5; Biondo, L'ordinamento della previdenza sociale e i progetti di riforma, Trento, 1950; De Tuddo, Intorno al concetto di sicurezza sociale, in «Rivista Infortuni e Malattie Professionali », 1952, III-IV, pag. 339.

⁽²⁾ Mazza, Lineamenti di previdenza sociale, in «Rivista Italiana Previdenza Sociale», 1951, II, 129. Cfr. anche: Vigorelli, L'offensiva contro la miseria, Milano, 1948.

bisogno primo ed assoluto della scala razionalmente relativa cui deve adeguare gli unici mezzi di cui dispone. Soddisfare cioè il bisogno di vivere (è qualcosa di più del cosiddetto diritto all'esistenza proclamato dai primi sostenitori del diritto al lavoro: cfr. Schaller, Le droit au travail): fare in modo che, per quanto una persona abbia poco, abbia il minimo necessario, abbia, come soggetto economico, limitati mezzi (« Primarily social security means security of income up to a minimum », Beveridge, Social Insurance), ma abbia almeno quelli.

«È logico che per minimo non si vuol significare per esempio un minimo-lassalliano: minimo nel senso che per le prime necessità (che non si riducono al bisogno economico di cibo) ogni persona possa portare sul mercato la relativa domanda soddisfacendo così alle necessità senza le quali la sua dignità verrebbe menomata. Dove arrivi il significato è cosa di per sè non delimitabile. Dove in concreto possa realizzarsi è altrettanto relativo. Ma il principio sostenuto è questo e occorre difenderlo e attuarlo.

« In nome della sicurezza sociale si vuole evitare lo stato disperante della miseria, chè il non poter risolvere nemmeno il bisogno primo dell'esistenza svuota di personalità il soggetto economico che come tale non può più essere considerato in quanto al suo problema economico (razionale) viene sostituita una assurdità economica (irrazionale). In nome della sicurezza sociale si vuole abolire la miseria.

« Abolendo dal vivere civile questo stato avvilente della persona e degradante della società, attraverso un'opera riformatrice ed educatrice sentita da una comunità operante, verrà a costituirsi uno stato di tranquillità economica permettendo altresì ad ogni membro della società il libero raggiungimento delle proprie finalità spirituali, dandogli la possibilità di sentirsi cooperatore del benessere proprio e sociale, che è sociale in quanto appunto ciascuno ne può godere nella singola sicurezza che la società gli garantisce (sicurezza sociale) ».

Alla sicurezza sociale (e, per intanto, alla previdenza sociale) viene in definitiva assegnato il posto più avanzato nella lotta contro la miseria sulle trincee di tutto il mondo; perchè essa miseria « non è inevitabile nè invincibile » e, almeno nelle forme più gravi — avverte il Vigorelli — « può essere combattuta e vinta, purchè si voglia ».

Già la parte XIII dei Trattati di pace dopo la prima guerra mondiale, portava il riconoscimento che solo nella giustizia sociale può fondarsi la pace e che solo riparando alle miserie e alle privazioni si può avere la giustizia sociale. Ma giustizia non fu fatta e pace non venne, bensì guerra ancora una volta. E, dopo di questa, la « Dichia-

razione dei diritti dell'uomo » del dicembre 1948, all'art. 22, è sorta ad affermare il diritto alla sicurezza sociale che ha « ogni persona. in quanto membro della società» (1); nel mentre s'era ancora in guerra quando la «Dichiarazione di Santiago del Cile», del 16 settembre 1942, di questa sicurezza sociale additava la via, per tutti i Paesi, in « una economia autentica e razionale delle risorse e dei valori umani».

Del resto, tanti sono i social services che in armonica complementarietà possono rendere l'uomo «sicuro» nell'ambito della «società » (questo in definitiva vuol dire «sicurezza sociale»; e comporta in sè, correlativamente, la sicurezza della società). Ma il primo tra di essi è, per dirla con la nota «Raccomandazione di Filadelfia» del maggio 1944, la « garanzia dei mezzi di esistenza », che è poi, in certo senso, anche il mezzo per eccellenza, in quanto che finisce con l'identificarsi con la stessa « sicurezza sociale », intesa come qualcuno anche l'ha chiamata, « sicurezza del reddito »; in breve, sicurezza della continuità e della sufficienza dei mezzi, di solito monetarî, di vita in quelle eventualità di natura biologica o economica i cui effetti incidono direttamente sulle condizioni fisiche e finanziarie dei singoli e dei gruppi familiari, causando situazioni di bisogno particolarmente rilevanti.

È il punto centrale: ed è su d'esso, quindi, che mettono a fuoco i loro obiettivi le varie dichiarazioni internazionali, alcune delle quali or ora menzionate:

- la Dichiarazione dei diritti dell'uomo, all'art. 25: « Ogni persona ha diritto ad un livello di vita sufficiente ad assicurare salute e benessere a sè e ai suoi familiari, specialmente per quanto riguarda l'alimentazione, il vestiario, l'abitazione, le cure mediche, nonchè i servizi sociali necessari: essa ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia, ovvero negli altri casi di perdita dei propri mezzi di sussistenza a seguito di circostanze indipendenti dalla propria volontà » (2).

travaille a droit à une rémunération équitable et satisfaisante lui assurant

⁽¹⁾ Cfr. Drost, The human Rights as legal Rights, Leiden, 1951; LAU-TERPACHT, International law and Human Rights, London, 1950; SPERDUTI La dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, in « Comunità internazionale», 1950, 216; Curcio, I diritti della sicurezza sociale nella dichiarazione universale delle Nazioni Unite, in «Problemi del Servizio sociale», 1950, 116; Freiesenhan, La dichiarazione internazionale dei diritti dell'uomo in « Ius », 1951, 55; Socini, La protezione internazionale dei diritti dell'uomo, Firenze, 9150; Vedel, La déclaration universelle des droits de l'homme, in « Droit Social », 1949, 372; Battaglia, Verso una nuova fase di protezione dei diritti umani, in « Studi per Cicu », Milano, 1952, vol. I, pag. 65; nonchè, la raccolta di scritti di vari Autori, emanata dall'unesco, Autour de la nouvelle Déclaration des droits de l'homme (Paris, 1949).

(2) Cfr., anche, della detta Dichiarazione, l'art. 23, n. 3: « Quiconque traville parit à la protezione des droits de l'homme (Paris, 1949).

- la Raccomandazione n. 67 di Filadelfia: «Ogni sistema di garanzia dei mezzi di esistenza dovrebbe alleviare il bisogno e prevenire l'indigenza, ricostituendo fino ad un ragionevole livello i mezzi perduti a causa dell'incapacità di lavoro (ivi compresa la vecchiaia) o di ottenere una occupazione remunerativa, ovvero a causa della morte del sostegno della famiglia»;
- la Dichiarazione di Santiago del Cile, la quale sottolinea che l'assicurazione sociale è chiamata, quale mezzo di attuazione della sicurezza sociale, ad organizzare la prevenzione dei rischi, a ristabilire al più presto possibile la capacità di guadagno perduta o ridotta a causa di evento dannoso, a dare i mezzi di esistenza necessari nel caso di cessazione o riduzione dell'attività professionale, di invalidità temporanea o permanente, di disoccupazione, di vecchiaia o di morte prematura del capo-famiglia;
- il Voto dell'Associazione internazionale della sicurezza sociale pronunziato a Ginevra nell'ottobre 1947, il quale, al suo punto 3, dichiara che « la sicurezza sociale dovrebbe prevedere la copertura di tutte le eventualità comportanti la perdita o una diminuzione sostanziale dei mezzi di esistenza, ivi comprendendo: a) malattie; b) maternità; c) invalidità; d) vecchiaia; e) morte del sostegno della famiglia; f) disoccupazione; g) infortunio e malattia professionale; h) oneri familiari »; ed al suo punto 6 aggiunge che « la sicurezza sociale dovrebbe garantire ad ogni beneficiario, quale che sia l'origine del rischio, almeno un minimo decoroso di esistenza ».

Come, e fino a qual punto, nei varî Paesi stranieri — per stare nei limiti del tema — la sicurezza sociale o, in senso più ristretto, la previdenza sociale, abbiano ottemperato ed ottemperino presentemente al loro compito di liberare i cittadini o, comunque, i lavoratori, dal bisogno, dalla miseria; come e in che maniera, cioè, « le disposizioni legali che consacrano il diritto che hanno alcune determinate persone di ricevere alcune prestazioni al verificarsi di certe eventualità » (1) siano state e siano presentemente applicate presso i varî Stati europei ed extra-europei (in quanto che, in definitiva, è sempre lo Stato quello che ha il compito fondamentale e imprescindibile del benessere collettivo); tutto ciò si dirà tra poco, nei capitoli che seguono, per quanto riguarda il momento attuale, che tuttavia si riallaccia ai precedenti sociali e legislativi.

Prima, peraltro, di passare a questa analisi delle varie legislazioni nazionali, ritengo utile chiudere questi due capitoli di principî

(1) L'Ufficio internazionale del lavoro ha dato questa precisa definizione — per l'appunto — delle norme di sicurezza sociale.

ainsi qu'à sa famille, une existence conforme à la dignité humaine et completée, s'il y a lieu, par tous autres moyens de protection sociale ».

generali e di argomenti comuni ai varî ordinamenti con un breve accenno ai mezzi di cui la previdenza sociale dispone per adempiere alle sue funzioni, in riferimento agli esaminati eventi causativi dello stato di bisogno: mezzi che si concretano, in definitiva, in quelli economici, in quanto è di miseria nel senso più corrente ed immediato della parola che qui si tratta, e cioè di miseria in senso economico (se pure, da miseria siffatta, molt'altre ne possano derivare specie sul piano morale: ed è anche per questo che la previdenza sociale assume un suo profondo significato etico, del quale altra volta ho discorso, (1) e che, comunque, non trova posto, ora, in questa sede).

3. I MEZZI ECONOMICI PER IL FUNZIONAMENTO DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Ove, da una programmazione teorica dei compiti e delle funzioni della previdenza sociale, si scenda alla attuazione pratica di essi, è ovvio che alla quantità e qualità dei bisogni da tutelare debba corrispondere l'entità del risparmio che può essere accumulato a tal fine: in altri termini lo Stato o chi per esso deve, ogni anno, ricevere nelle proprie casse tanti risparmi obbligatori quanti ne occorrono poi per far fronte alle esigenze previdenziali; deve cioè crearsi, in corrispondenza delle uscite (le «prestazioni»), delle effettive ed efficienti entrate (i « contributi »).

Ogni appagamento di bisogno economico (o, comunque, di bisogno che, per realizzarsi, può e deve tradursi in linguaggio economico) reclama una certa spesa, ha cioè un determinato costo; ed anche la previdenza sociale, in quanto tesa alla liberazione di bisogni economici, comporta una spesa, ha cioè un suo costo.

Il problema del costo della previdenza sociale, che qui mi è possibile accennare soltanto per grandi linee, ha preoccupato e preoccupa non poco i legislatori di tutti Paesi, perchè in realtà esso è assurto oggi, dovunque, a livelli che sorpassano quelli di qualsiasi altro servizio di pubblica utilità (2).

È difficile, ad ogni modo, fare un confronto tra gli oneri sociali gravanti attualmente sui vari Paesi, perchè molti elementi concorrono a provocare notevoli differenze tra Stato e Stato. Motivi fondamentali di incertezze sono, tra l'altro:

⁽¹⁾ E. CATALDI, Il principio etico della previdenza sociale, in «Il Diritto del lavoro», 1949, III-IV. Cfr. pure, ivi, 1948, XI-XII, l'altro mio studio monografico sull'Etica del lavoro.

⁽²⁾ In Italia il costo della previdenza sociale si aggira già attorno ai 500 miliardi annui. Sull'argomento, specialmente nei confronti della progettata riforma, si vedano: Coppini, Emanuelli, Petrilli, Il costo della riforma della previdenza sociale, in «Rivista infortuni e malattie professionali », 1948, III-

- la differenza dei sistemi di organizzazione di previdenza (o sicurezza) sociale, non soltanto in ordine alla maggiore o minore estensione delle forme di protezione, ma anche in ordine al campo di applicazione;
- la incertezza in ordine all'entità dei salari (1), ancor maggiore ove si calcoli l'incidenza su di essi degli oneri sociali (specie, quando, come in Gran Bretagna, si tratta di un contributo capitario) ed ove si consideri che per molti Paesi (Italia, Francia, Belgio, ecc.) bisogna far riferimento ai « massimali » della retribuzione soggetta a contributi:
- i differenti sistemi di ripartizione dei contributi, dove quasi per intero a carico dei datori di lavoro (come in Italia), dove riscossi invece col criterio della partecipazione contributiva dei dipendenti; per cui, se per un calcolo dell'entità complessiva dell'onere previdenziale occorre tener conto del contributo complessivo, per il calcolo del costo del lavoro occorre riferirsi soltanto — come rileva il Vannutelli — ai contributi padronali, ritenendo scontato nell'entità del salario il fatto che il salario stesso sia o meno soggetto a trattamento:

IV, pag. 365; ID., In difesa della riforma della previdenza sociale, ibidem. 1948, VI, pag. 799; GIUA, In difesa della Commissione per la riforma della previdenza sociale, Roma, 1949; m., Le ragioni degli altri, in «L'Assistenza Sociale», 1949, II, pag. 21; IV, pag. 4; Anselmi, Osservazioni sul problema del costo di una riforma previdenziale, 1949, V, pag. 482.

Sull'influenza del costo della previdenza sociale sul reddito nazionale:

Sull'influenza del costo della previdenza sociale sul redato hazionale. Cattabriga, Considerazioni sulle valutazioni di costo di un sistema di protezione sociale, in « Previdenza Sociale », 1949, V, pag. 473; Bolis, Sicurezza sociale e reddito nazionale, in « Rassegna di Statistiche del lavoro », 1949, II, pag. 76; Vito, La sicurezza sociale e i suoi riflessi sulla formazione e sulla distribuzione del reddito nazionale, in « Rivista Internazionale di Scienze Sociali », ottobre-dicembre 1949, pag. 271; Harris, Economics of

Social Security, New York, 1941.

Cfr., inoltre, sempre sullo stesso argomento e con riferimenti a Paesi stranieri: Vannutelli, Elementi di valutazione comparata del costo del lavoro in alcuni Paesi, in «Rassegna di Statistiche del lavoro», 1948, IV; id., lavoro in alcuni Paesi, in « Hassegna di Statistiche del Iavoro », 1946, Iv; Id., Sui criteri di computo del costo della sicurezza sociale, in « Previdenza Sociale », 1950, VI, pag. 1033; Arena, Appunti per la valutazione degli oneri sociali, in « Rassegna di Statistiche del lavoro », 1949, pag. 247; Cattabriga, Oneri sociali e costi di produzione, in « Previdenza Sociale », 1949, I-II, pag. 50; Savoini, Solidarietà internazionale e sicurezza sociale, in « Previdenza Sociale », 1947, pag. 121; Pietranera, Protezione sociale e scambi con l'estero, in « Rivista internazionale di protezione sociale », 1948, IV-VI, pag. 242; papabà Cli operi sociale e di alementi accessori del salario in alcuni pag. 343; nonchè Gli oneri sociali e gli elementi accessori del salario in alcuni Paesi europei (Inghilterra, Francia e Belgio), pubblicato dalla Confindustria in «Rassegna di Statistiche del lavoro», 1948, V.

(1) È difficile avere elementi di comparazione anche - e anzitutto - in materia di salari, di « salario » · essendo incerta la stessa definizione in quanto che per alcuni Paesi si hanno i tassi dei salari e per altri i guadagni; e, quando trattasi di questi ultimi, i dati essendo influenzati dalla eventuale diversità, tra un Paese e l'altro, della composizione qualitativa delle mae-

stranze.

- la partecipazione dello Stato, infine, agli oneri della previdenza sociale, in alcuni Paesi (Italia, Francia, Belgio) di solito limitata e non strutturalmente organizzata, nel mentre in altri Paesi (Gran Bretagna) lo Stato non soltanto partecipa organicamente alla assicurazione sociale mediante una propria quota espressa in contributi settimanali ed assumendosi l'onere di un versamento pari al saldo annuo di bilancio, ma anche provvede a proprie spese ad alcune forme di protezione quali l'assistenza sanitaria e, per intero, gli assegni familiari; al qual proposito scrive il menzionato autore che «il fatto che dal computo dell'onere dei datori di lavoro venga ad escludersi tale concorso statale, non esclude tuttavia che sugli stessi datori non si determini un aggravio, rappresentato dalla maggiore tassazione resa necessaria per far fronte agli oneri sostenuti dalla collettività. Non vi è dubbio, tuttavia, che il processo di traslazione degli oneri fiscali (specie delle imposte sul reddito) procede con modalità diverse da quello degli oneri contributivi calcolati sulla maestranza occupata, e pertanto pur trattandosi di un problema che meriterebbe di essere adeguatamente approfondito, occorre tener conto che ogni valutazione comparativa del costo del lavoro è notevolmente influenzata da tale fattore».

Si tornerà sull'argomento nella seconda parte del presente studio; ecco, per intanto, una tabella di rapporti tra entrate e uscite della sicurezza sociale e reddito nazionale in alcuni Paesi stranieri, prevalentemente nell'anno 1949 (1):

D	Unità di	Sicurezza	a sociale	D 11'4	% sul	sul reddito
Paesi	moneta	Entrate	Uscite	Reddito	Entrata	Uscita
Austria	miliardi	3,13	2,85	29,20	10,7	9,8
Belgio	»	27,55		249,10	11,0	_
Cecoslovacchia	. »	33,84	30,88	213,10	(15,9)	(14,5)
Finlandia	»	38,06	38,06	323,20	11,8	11,8
Francia	»	449,25	434,79	6.929,0	6,5	6,3
Grecia	»	387,70	301,80	14.529,0	2,7	2,1
Inghilterra	milioni	(920)	(920)	10.752,0	8,5	8,5
Irlanda	»	12,55	11,33			<u> </u>
Italia	miliardi	(474)	(474)	6.885,0	6,8	6,1
Nuova Zelanda	milioni	44,50	43,0	445,50	9.9	9,6
Stati Uniti	miliardi	4,15	2,72	220,20	1,8	1,1
Svizzera	milioni	1.001,0	466,0	17.550,0	5,7	2,6
		t i		1		

⁽¹⁾ I dati tra parentesi sono soggetti a riserva: una più precisa tabella può comunque essere ricavata dai dati comunicati dal B.I.T. nel 1952 (V. tabella seguente). Per l'Inghilterra, l'Irlanda, la Nuova Zelanda e gli Stati Uniti i dati si riferiscono al 1948-1949; ed al 1948, invece, per la Grecia e per la Svizzera.

La seguente tabella, ricavata dai dati comunicati nel giugno 1952 dal Bureau International du Travail, considera, per gli elencati Paesi e negli indicati esercizi finanziari, le spese totali per la sicurezza sociale e la differenza tra entrate ed uscite:

Paesi	Eserc. finanz.	Monete	Spese	Differenze tra entrate e uscite
Australia	1948-49	migliaia lire austr.	106.746	+ 31.103
Austria	1949	milioni scellini	4.128,42	+ 240,40
Belgio	1949	milioni franchi	32.181,1	+ 3.139,3
Canadà	1948-49	migliaia dollari can.	912.097	+106.086
Danimarca	1948-49	milioni corone	1.483,1	+ 37
Finlandia	1949	milioni marchi	28.349,1	+ 5.971,4
Francia	1949	milioni franchi	948.343	+ 13.255
Germania	1949	milioni DM	11.061	+ 908
Grecia	1949	milioni dracme	569.423	+210.456
Irlanda	1948-49	migliaia lire	24.266	+ 702
Islanda	1949	migliaia corone	89.846	+ 21.137
Israele	1949	milioni lire ital.	13.001	+ 823
Italia	1949	milioni lire	393.992,4	+ 26.444,5
Lussemburgo	1949	migliaia franchi	750.835	+382.377
Norvegia	1948-49	migliaia corone	820.278	+ 64.722
Nuova Zelanda	1948-49	migliaia lire zeland.	61.778	+ 3.607
Paesi Bassi	1949	milioni fiorini	1:188,3	+ 134,3
Regno Unito	1949-50	milioni lire	1.173,5	+ 170,7
Sarre	1949	milioni franchi	25.033,4	+ 2.347,3
Stati Uniti	1948-49	milioni doll. s.υ.	10.482,1	+ 2.533,4
Svezia	1949	migliaia corone	2.533.393	+ 67.818
Svizzera	1949	migliaia franchi	694.117	+712.732
Turchia	1949	migliaia lire turche	146.734	+ 76.762
Unione Sud Africa	1948-49	migliaia lire s. afr.	30.629	+ 16.522

Ed ecco, per l'anno 1950, l'incidenza % sul salario medio orario dell'operaio metalmeccanico dei contributi per la previdenza sociale in alcuni principali Paesi esteri (1).

Paesi	Pa	mom. * ***			
FAESI	Dat. di lavoro	Lavoratori	Stato	TOTALE	
Belgio	15,52	6,63	_	22,15	
Francia	29,00	6,00		35,00	
Germania	13,00	10,00		23,00	
Gran Bretagna	2,77	3,27	1,48	7,52	
Stati Uniti	5,00	1,50		6,50	

In definitiva, il problema del costo della previdenza sociale in rapporto ai bisogni della classe lavoratrice (o di tutta la popolazione) è problema condizionato ad una molteplicità di elementi che vanno dalla situazione generale dell'economia (concretantesi appunto nella portata del reddito nazionale) alla pressione fiscale ordinaria, dalla natura degli scambi rientranti nella bilancia commerciale di ogni singolo Paese al livello dei costi interni e internazionali (2).

Per far fronte al costo della previdenza (o sicurezza) sociale ogni Stato deve quindi procurarsi dei fondi, e lo fa ponendo a carico dei datori di lavoro e dei lavoratori i cosiddetti contributi assicurativi o previdenziali (corrispondenti ai premi del sistema assicurativo libero), a parte quella che poi può essere o non essere la sua diretta contribuzione, della quale s'è pur fatto cenno poco più sopra e si tornerà a dir meglio in seguito.

I contributi possono dunque essere definiti — col Biondo — per «quelle somme che debbono essere obbligatoriamente versate dai datori di lavori agli enti previdenziali, alla scadenza di ogni periodo di paga o a determinate aitre scadenze stabilite, al fine di procurare ai lavoratori soggetti alle varie forme di previdenza la protezione prevista dalla legge ».

Essi possono essere computati:

⁽¹⁾ Per quanto riguarda la partecipazione dello Stato (la cui cifra è indicata solo per la Gran Bretagna) si tenga presente quanto detto più sopra e quanto si dirà tra poco nel testo.

⁽²⁾ Gli oneri previdenziali costituiscono oggi, infatti, un non indifferente elemento dei vari costi non solo in Italia ma anche in altri Paesi (come l'Inghilterra e la Francia), verso cui si indirizza abitualmente il movimento del nostro commercio internazionale.

— sulla mano d'opera effettiva, il sistema più comunemente usato, il contributo venendo allora stabilito: o a percentuale (a sua volta computato sull'intera retribuzione corrisposta al dipendente, come preferibilmente s'usa per l'assicurazione infortuni o malattie; oppure sino a determinati limiti della retribuzione effettiva o « massimali »; oppure su salari medî forfetari, come preferibilmente s'usa per le categorie di lavoratori a retribuzione incerta o molto variabile), ovvero a quote fisse (anche qui per classe di retribuzione e per categoria; per popolazione del comune e per sesso; o infine per quantità del prodotto);

— sulla mano d'opera presunta, criterio adottato in genere per la categoria dei lavoratori agricoli.

Per talune forme di previdenza si possono inoltre distinguere i contributi base, ossia quelli inizialmente previsti dagli iniziali ordinamenti previdenziali; e i contributi integrativi, fissati, in quasi tutti i Paesi, e specialmente in quelli dove non s'è avuta una completa riforma previdenziale ma vigono ancora le leggi d'anteguerra, in dipendenza delle nuove situazioni e in rapporto alla svalutazione monetaria.

Si è detto poco più sopra come i contributi previdenziali facciano carico alle due categorie di datori di lavoro e di lavoratori. In realtà, da una parte per sollevare questi ultimi da una quota degli oneri necessarî ad assicurarsi quella protezione che da soli non avrebbero potuto procurarsi, da un'altra parte per creare una solidarietà tra le due categorie che gli sviluppi della questione sociale avevano minacciata di distruggere in ogni dove, il concorso contributivo del lavoratore è stato accolto, in genere, dalla maggioranza degli Stati, 48, secondo i dati raccolti dal Nervi (1); e il contributo è paritetico in 8 Paesi, è più elevato quello dei lavoratori in 2 Paesi, è variabile in ragione dell'età, del sesso e della misura del salario negli altri Paesi.

Va posto in rilievo, a tal riguardo, come sia Beveridge che la «Raccomandazione» di Filadelfia (paragrafo XVIII) si siano detti favorevoli ad una ripartizione dell'onere previdenziale tra datori e prestatori di lavoro; ma come non accenni più a ritenute a carico del lavoratore, lasciando quindi piena libertà di criterî, la «Risoluzione» di Ginevra dell'ottobre 1947 (punto IX) e come il principio innovatore dell'assegnazione de jure dell'intero carico contributivo al datore di lavoro si vada facendo strada in molti Paesi, a cominciare dall'Italia che lo ha sostenuto nella Conferenza di Ginevra del 1947 e che l'ha visto affermare dalla Commissione Ministeriale per la riforma (mozione n. 59).

⁽¹⁾ Cfr. Nervi, La riforma della previdenza sociale. Contributi, discussioni, proposte; in « Previdenza sociale », 1946, pag. 45.

Inoltre in molti Stati (38, secondo i dati di cui sopra) si ha anche un intervento dello Stato, sotto varie forme e misure, intervento che in qualche Paese, primo la Gran Bretagna, ha assunto grande estensione, permettendo la realizzazione, attraverso il sistema previdenziale, oltre che di un processo di redistribuzione dei redditi, di un più ampio processo di redistribuzione delle ricchezze delle classi abbienti a quelle economicamente deboli.

Si vedranno comunque in un prossimo capitolo i sistemi contributivi in atto nei principali Paesi in rapporto alle principali forme previdenziali, rilevandosi qui solamente che, in genere, la questione del «finanziamento» nelle varie legislazioni attraversa una fase di transizione, al superamento dei vecchi criteri non avendo ancor fatto seguito una affermazione definitiva e completa dei nuovi e indubbiamente più ampli criteri: il che corrisponde, del resto, ed è naturale che sia così, alla situazione generale della previdenza sociale nel mondo.

Resta da far breve cenno sulla natura giuridica dei contributi previdenziali, argomento peraltro sul quale esiste una folta bibliografia (1).

Seguìta, come s'è visto, all'assicurazione privata, la previdenza sociale ne ha adottato, in principio, il meccanismo contributivo, e infatti i contributi previdenziali hanno avuto dapprima la funzione stessa del premio di assicurazione, del quale anzi hanno mantenuto per alcun tempo lo stesso nome (e il termine si riscontra tuttora nella disciplina in vigore in Italia per l'assicurazione infortuni).

Svincolandosi poi l'assicurazione, come pure s'è visto, dalle con-

⁽¹⁾ Mi limito a ricordare, in quanto di più facile consultazione, gli scritti di autori italiani: Barassi, Natura giuridica dei contributi obbligatori nelle assicurazioni sociali, in « Le Assicurazioni Sociali », 1933, pag. 15; Carnelutti, Infortuni sul lavoro, Roma, 1913, I, pag. IX; Cataldi, Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali nella giurisprudenza e nella dottrina, già cit., Parte I, Cap. IV, paragraf. 95 e 108-110; Chilanti, I contributi agricoli unificati, Roma, 1948; D'Agata, Alcune osservazioni sulla natura del contributo d'assicurazione sociale, in «Previdenza Sociale », 1948, pag. 190; D'Albergo, Scienza delle finanze, Bologna, 1942, pag. 140; Delitala, Diritto delle assicurazioni soc., cit., pag. 49; Levi, Istituzioni di legislazione sociale, Milano, 1952; Medolaghi e Memmo, Previdenza sociale in «Nuovo Digesto Italiano », pag. 348; Nervi, La riforma della previdenza sociale: contributi, discussione, proposte, cit.; id., Sulla proposta abolizione dell'esonero della responsabilità civile, in «Rivista Italiana di previdenza sociale », 1948, pag. 437; Santoro-Passarelli, La riforma della previdenza sociale: contributi, discussioni, proposte, in «Previdenza Sociale », 1946, pag. 41; id., Rischio e bisogno nella previdenza sociale, cit., pag. 195; Vannutelli, Contributi alla riforma della previdenza sociale, pag. 43; Zanobini, Corso di diritto amministrativo, Milano, Vol. III, pag. 156; Chilanti, Saracco e D'Agata, Intorno alla natura del contributo di previdenza sociale, in «Previdenza Sociale », 1949, I-II, 71.

cezioni privatistiche, e nascendo, nell'ambito del diritto pubblico, la assicurazione sociale obbligatoria, la previdenza sociale, ha finito col farsi un servizio pubblico a beneficio dei lavoratori, dei datori di lavoro e della collettività tutta intera. Ma nel mentre quest'ultima (e per essa lo Stato) contribuisce con un suo concorso, tratto dalle entrate comuni, a pagare il suddetto beneficio, le altre due categorie, non facendolo spontaneamente, hanno dovuto essere obbligate dalla legge a corrispondere la loro contribuzione. Dal che ne deriva che il contributo previdenziale può considerarsi in genere (ma si tenga qui presente quanto s'è detto a proposito della particolare forma di assicurazione del rischio professionale, che sta pertanto a sè: ed ecco perchè per essa è esatto parlare, anzichè di contributo, di premio assicurativo), il contributo previdenziale può dunque considerarsi una forma di prelievo coattivo dello Stato nei confronti di determinati gruppi per garantire un pubblico servizio; forma che, per i canoni del diritto finanziario, non corrisponde alla tassa (di per sè versamento volontario determinato dalla richiesta di un determinato servizio), non corrisponde alla imposta (di per sè corrispettivo di servizi di utilità generale), ma consiste invece in un tributo particolare, avente elementi tipici della prima (divisibilità dei servizi ottenibili) come della seconda (obbligatorietà).

S'è da qualcuno voluto vedere in questo contributo una quotasalario temporaneamente accantonata e corrisposta al lavoratore in un secondo momento sotto forma di prestazione (salario differito), o addirittura un salario attuale, accantonato e versato, cioè, già in nome del lavoratore: e ciò per togliere al contributo assicurativo ogni valore di sacrificio per il datore di lavoro, attribuendo l'onere, in sostanza, al solo lavoratore, e per rafforzare ancora di più il diritto di questi alla tutela. Ma, a parte che tali teorie — come è stato già da altri osservato — investono il problema dell'incidenza dell'onere contributivo più che quello della natura giuridica del contributo, quest'ultimo resta per sempre un contributo particolare, commisurato in base al reddito, e cioè secondo i criteri ordinari, per quanto concerne il lavoratore, e sulle retribuzioni pagate o sull'estensione e qualità delle colture o sulla quantità dei prodotti, e cioè secondo criteri eccezionali, per quanto concerne i datori di lavoro.

Sistema più comune, peraltro, è quello di computare i contributi in base all'ammontare della retribuzione corrisposta ai singoli lavoratori, intendendo per « retribuzione » tutto ciò che il lavoratore riceve dal datore di lavoro in compenso dell'opera prestata. Per talune forme di previdenza essi vengono pagati sull'intera retribuzione; per altre forme, invece, essi, in certi Paesi, sono versati in rispondenza della retribuzione fino ad un certo limite di questa (cioè i « massimali »).

Quanto ai sistemi vigenti per la riscossione dei contributi basti qui ricordare come, attualmente, essi siano diversi, malgrado che un po' ogni dove si vada accentuando la tendenza a creare un sistema unitario di riscossione (si pensi ai contributi agricoli unificati dell'ordinamento italiano). Citerò, accanto a quello or ora menzionato, il sistema di riscossione a mezzo di tessere e marche (attuato in Gran Bretagna, Irlanda, Germania, Francia, Belgio, Olanda, Polonia, Romania, Grecia, Cile); il sistema a mezzo di elenchi; il sistema del conguaglio tra dare ed avere; il sistema della regolarizzazione successiva; il sistema per i conti di ufficio; il sistema, infine, per imposta.

In quanto, poi, ai sistemi o metodi di calcolo, in base ai quali i detti contributi vengono determinati ai fini di farli risultare sufficienti per il finanziamento della previdenza sociale, ai fini, cioè, di procurare i fondi necessarî per far fronte alla spesa, al costo, della previdenza sociale, di cui s'è detto all'inizio del paragrafo, essi, per lo più, si riducono alle due forme distinte o, anche, a volte, tra di loro commiste del sistema di capitalizzazione e del sistema di ripartizione.

Ma l'esame specifico di tutti questi sistemi di riscossione e di determinazione dei contributi, in una parola dei sistemi finanziari per la gestione della previdenza sociale, esula dai limiti di questo studio di natura giuridica; si rinvia per esso, pertanto, a specifiche o più estese trattazioni, bastando qui la menzione che se ne è fatta, per la completezza dello schematico quadro che si è voluto tracciare, dei mezzi economici per il funzionamento della previdenza sociale.

PARTE SECONDA

LA PREVIDENZA SOCIALE NELLE LEGISLAZIONI NAZIONALI

1. Gli enti gestori dell'assicurazione

1. Principî generali sull'organizzazione e tendenze delle riforme. Classificazione dei vari sistemi di gestione. — 2. Il sistema di gestione statale in alcuni Paesi europei (Gran Bretagna, Irlanda, Finlandia, Islanda) ed extra-europei (Stati Uniti, Nuova Zelanda, Australia, Canadà). — 3. Il sistema degli enti assicuratori autonomi in numerosi Paesi europei (Francia, Spagna, Portogallo, Austria, Belgio, Svizzera, Jugoslavia, Ungheria, Bulgaria, Cecoslovacchia, Turchia, Grecia, Polonia). — 4. Il sistema sindacale in Russia e in Romania. Le Casse sindacali contro la disoccupazione in Svezia. — 5. I sistemi di gestione negli altri Paesi extra-europei (India, Iran, Egitto, Unione Sudafricana) e specialmente dell'America latina (Argentina, Bolivia, Brasile, Columbia, Costarica, Cile, Equatore, Guatemala, Haiti, Messico, Panama, Paraguay, Uruguay, Perù, Repubblica Dominicana, Salvador, Venezuela).

1. Principi generali sull'organizzazione e tendenze delle riforme. Classificazione dei vari sistemi di gestione

Il funzionamento della previdenza (e della sicurezza) sociale presuppone necessariamente una adeguata organizzazione, per mezzo della quale possano tradursi in pratica i principî astratti formulati dalle leggi, ed i diritti dei singoli possano essere garantiti: una organizzazione, ben si intende, che sappia mantenersi sempre al passo con le crescenti esigenze di detto funzionamento, ossia con lo sviluppo sempre maggiore delle varie forme previdenziali.

È facile vedere, seguendo l'evoluzione storica di queste forme presso i varî Paesi, quali organi abbiano, in genere, man mano provveduto alla bisogna.

Così — per quanto riguarda l'assicurazione infortuni — sono stati principalmente tre tipi di enti a svolgere la loro opera: le Compagnie di assicurazione (specialmente in Gran Bretagna, Francia, Irlanda, Belgio, Spagna, America latina), le Casse Mutue (Italia, Paesi Bassi, Finlandia, Danimarca) e le Casse costituite per leg-

ge. Gli stessi tipi di enti hanno di solito provveduto per le assicurazioni malattie e maternità. Le Casse costituite per legge, di solito su basi territoriali, professionali o interprofessionali (Bulgaria, Olanda, Portogallo, Romania, Svezia, Russia) sono state, invece, principalmente adoperate nei rami vecchiaia, invalidità e morte.

Tale varietà di enti in rapporto alle forme assicurative e in rapporto ai varî Paesi si spiega con la maniera stessa di genesi e di sviluppo della legislazione, avutasi ad intervalli, a riprese, per tappe non sempre regolari ed ordinate. Ma una volta che, poco a poco, un sistema organico e complesso ha cominciato a delinearsi, s'è subito da tutti avvertita la necessità di un coordinamento, di un riordinamento, di una sistemazione anche dal punto di vista del pratico funzionamento, e cioè dell'organizzazione. Ed infatti si sono avute, si stanno avendo e si avranno in seguito, tante fasi di riorganizzazione, di sistemazione, di riforma.

Oggi specialmente si parla un po' dovunque di riforma; ed un po' dovunque è stato posto sul tappeto il problema della unificazione degli organi previdenziali, ritenendosi che se tutti gli organi, se tutti gli enti, attualmente in funzione venissero riuniti in uno solo, sia pure un organismo formato di sezioni tra loro coordinate, si otterrebbero dei grandi vantaggi non soltanto sul piano economico (riduzione delle spese di gestione) ma anche su quello vorrei dire istituzionale, per l'unità di direzione che verrebbe ad aversi nella tutela della salute del lavoratore.

È, del resto — questa dell'unità, meglio, dell'unicità — anche la tendenza internazionale, manifestata tra l'altro dalla conferenza di Filadelfia del 1944, ove fu approvata una «raccomandazione», che sottolinea come la sicurezza sociale dovrebbe essere amministrata da una sola autorità, la quale a sua volta dovrebbe essere in rapporto con quelle che amministrano l'assistenza sociale, i servizi sanitarî, ecc., attraverso un organo coordinatore, cui dovrebbero essere demandati tutti i compiti di natura e d'interesse comune (certificazioni, ecc.).

D'altra parte — investendo la previdenza sociale tutte le classi lavoratrici e tendendo anzi a tramutarsi nella sicurezza sociale di tutta la popolazione, divenendo i suoi fondi uno strumento potentissimo della economia nazionale ed assurgendo, attraverso le prestazioni, alla funzione di alta giustizia sociale di redistribuzione della ricchezza — era ovvio che non potesse più servire la tecnica usata dai singoli gruppi indipendenti e da ristrette e particolari forme assicurative, ma che, viceversa, anche l'organizzazione previdenziale dovesse divenire un fattore tra i più importanti della politica sociale, da contrattazione privata l'assicurazione fattasi istituto di

servizio pubblico. Anzi, proprio lo svilupparsi dell'organizzazione previdenziale rende la migliore testimonianza della trasformazione che va operandosi nel campo previdenziale: ed è in primo luogo sull'organizzazione che, in ogni Stato, fanno affidamento i piani di riforma in atto.

I quali piani, naturalmente, risentono sempre, e qualsiasi possa essere l'istanza previdenziale, delle particolari situazioni dei singoli Paesi: e, di converso, ne risente l'organizzazione sociale. Specialmente la situazione demografica, quella economica e quella operaia fanno valere la loro influenza. E così — ad esempio — nella riforma previdenziale francese, la preoccupazione demografica è dato riscontrare nel largo posto fatto agli assegni familiari, onde risollevare il depresso livello della natalità, nelle importanti previdenze stabilite per i vecchi, onde far fronte ai bisogni di questa categoria di persone, che è sempre molto numerosa nei Paesi a basso livello demografico, e infine nello sforzo fatto per proteggere e conservare la capacità al lavoro della popolazione attiva, mediante la prevenzione contro le malattie e contro gli infortuni e mediante la organizzazione sanitaria, onde permettere a questa popolazione di sopportare il troppo forte carico degli assegni familiari e delle provvidenze ai vecchi; nel mentre la situazione economica fa sentire il suo influsso nella urgente necessità di una razionale e giusta distribuzione delle poche risorse lasciate in vita dalla guerra, tra le distruzioni, la svalutazione del franco ed un mercato completamente chiuso; e la situazione operaia manifesta la sua influenza nell'ansia di liberazione, che anche attraverso la riforma della «sécurité sociale» trapela, da un regime economico che per il passato aveva posto in un troppo marcato stato di dipendenza e di subordinazione i lavoratori salariati, non sicuri mai del domani e sotto l'incubo costante della miseria.

Voglio dire — e valga l'esempio francese accennato — che, nello studiare la organizzazione previdenziale nei varî Paesi europei ed extra-europei, vincitori o vinti dell'ultima guerra, deve essere sempre e costantemente tenuto presente il fattore rappresentato dalla situazione nazionale, economica e politica, del singolo Paese preso in esame.

E passando a questa analisi, mi pare che essa possa essere rapidamente ed utilmente compiuta raggruppando i varî Paesi dei quali si vuole esaminare la organizzazione previdenziale a seconda dei sistemi di gestione dai medesimi adottati; metodo di esposizione che, nel suo recente e già citato trattato comparato di sicurezza sociale, è stato seguito dal Martì Bufill e che mi sembra, per una ordinata sistematica e per un panorama comparativo, più rispondente

dell'altro di una elencazione alfabetica dei diversi Paesi, comunemente adottato anche da certe pubblicazioni del Bureau International du Travail (1).

Esporrò pertanto, nell'ordine, i seguenti sistemi di gestione (2):

- il sistema statale, predominante nei Paesi anglosassoni;
- il sistema delle corporazioni o enti autonomi quali servizi distinti, se pur vigilati, dell'amministrazione statale, predominante nei Paesi latini e balcanici;
 - il sistema sindacale, predominante nell'area sovietica;
 - gli altri sistemi, di natura mista, diversa o incerta.

2. IL SISTEMA DI GESTIONE STATALE IN ALCUNI PAESI EUROPEI ED EXTRA-EUROPEI

In taluni Paesi (come il Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda e gli Stati Uniti d'America) è lo Stato che direttamente provvede alla amministrazione delle assicurazioni sociali; in altri Paesi lo Stato.

A proposito del metodo che io adopero in questa seconda parte dell'opera avverto che ho evitato sia quello di esaminare per ogni singolo Paese (magari alfabeticamente elencato) le diverse forme previdenziali, sia quello di esaminare ogni singola forma di attuazione pratica per tutti i diversi Paesi, in quanto e l'uno e l'altro metodo mi avrebbero costretto a continue ripetizioni di principi identici o analoghi ed a continui rinvii, nè, invece, sarebbero stati idonei a fornire un panorama generale e comparativo.

Il metodo che uso (e che potrebbe dirsi una contaminatio di quello del B.I.T. nella prima e nella seconda parte del citato volume e di quello di Marti Bufill nel suo citato Trattato, con l'aggiunta di alcune varianti) mi permette, viceversa, di fornire una rapida analisi comparativa delle varie forme previdenziali nei diversi Paesi, condotta attraverso la trattazione separata dei fondamentali argomenti: gli Enti gestori dell'assicurazione; le persone assicurate; i rischi protetti e le prestazioni.

Valga quindi, questo breve... discorso sul metodo, non solo per il presente ma anche per i seguenti capitoli che compongono tutta la seconda parte di questo mio studio di diritto previdenziale sul piano internazionale.

(2) Per ogni tipo di sistema saranno considerati gli Stati nei quali il sistema stesso è adottato sia in pieno sia — si tenga presente — in via principale e predominante.

⁽¹⁾ Tali pubblicazioni (e principalmente il volume La sécurité sociale: Étude internationale, edito dal predetto B.I.T. nel 1950) usano il metodo della elencazione alfabetica in quanto esse vogliono fornire al lettore non già lo esame comparato della sicurezza sociale (esame comparato che, peraltro, viene anch'esso compiuto in altra parte del libro citato), ma le notizie sullo argomento per ogni singolo Stato: ed è quindi, dato lo scopo, il metodo più adatto. Metodo alquanto diverso è quello adottato dal Martì Bufill nel suo già citato Tratado comparado de seguridad social (Madrid, 1952) che tende invece a riunire i Paesi per gruppi, a seconda delle principali caratteristiche del loro sistema previdenziale, metodo, questo, certamente più idoneo dell'altro a fornire una rapida visione panoramica della materia. (Cfr. anche, in argomento, gli articoli e i notiziari della «Revue internationale du Travail » del B.I.T. il «Bullettin de l'Association Internationale de la Sécurité sociale », pure del B.I.T., la rivista «Previdenza Sociale» (Roma) e la «Rivista de Seguridad Social» (Madrid), nelle loro più recenti annate.

invece, provvede direttamente soltanto ad una o più branche assicurative, affidando le rimanenti alle gestioni di enti autonomi.

A) In Gran Bretagna lo Stato (e per esso il Ministero delle Assicurazioni Sociali) gestisce l'assicurazione infortuni per mezzo di Uffici regionali e locali. Sono funzionari di Stato quelli che ricevono le domande di indennizzo ed è un Consiglio sanitario composto di due medici di nomina ministeriale quello che valuta il danno riportato dall'assicurato, il quale ha facoltà di appellare contro la detta valutazione ad un apposito Tribunale medico. Organo consultivo è la Commissione consultiva dei rischi professionali, composta di rappresentanti dei datori di lavoro e dei lavoratori. Pure rappresentanti delle due categorie compongono il Tribunale locale, cui si può ricorrere in prima istanza, e il cui presidente, peraltro, è di nomina governativa, al pari del Commissario dei rischi professionali al quale si può ricorrere in ultima istanza.

Uffici statali regionali e locali gestiscono gli altri rami assicurativi, le cui prestazioni si pagano attraverso gli Uffici del lavoro, nel mentre appositi altri Uffici corrispondono le pensioni. Anche qui opera una Commissione consultiva di assicurazioni sociali composta dei rappresentanti delle due categorie, oltre ad un rappresentante della mutualità.

Infine, sempre degli Uffici statali provvedono agli assegni familiari.

Ancora lo Stato (ma questa volta attraverso il Ministero della Sanità) gestisce il servizio sanitario nazionale a mezzo di Uffici regionali e locali e di un Consiglio centrale di servizio medico, del quale fa parte un rappresentante delle persone curate.

Analoga organizzazione si ha nell'Irlanda del Nord facente parte del Regno Unito.

- B) In *Irlanda* (del Sud) il Ministero della previdenza sociale provvede alla organizzazione amministrativa dell'assicurazione maternità, malattie, invalidità, disoccupazione (assistito in ciò dagli Uffici locali di impiego), vecchiaia (a mezzo dei Comitati locali di pensioni) e morte.
- C) Anche in *Finlandia* si riscontra, limitatamente ad alcune branche d'assicurazione, la gestione statale: e così è designato dallo Stato l'organo deliberante dell'istituzione statale delle pensioni, e dal Parlamento l'organo esecutivo.
- D) In *Islanda* l'assicurazione è gestita a mezzo di un direttore designato dallo Stato e da un comitato designato dal Parlamento. V'è inoltre un Comitato consultivo di esperti medici che include il direttore della sanità pubblica.
 - E) Una vera e propria completa gestione statale, simile a quella

inglese, si ha invece uscendo dall'Europa, negli Stati Uniti d'America.

Si possono distinguere, nella federazione nordamericana, gli organi di alta direzione e controllo dall'organo di gestione federale. La sicurezza e la salute dei cittadini sono infatti affidati alla « Federal Security Agency », integrata dall'Amministrazione della sicurezza sociale, dal Servizio di sanità pubblica, nonchè da altri servizi ed uffici, tra i quali quelli per la riabilitazione professionale, per l'alimentazione e il « Department of Labour ». L'organo di gestione federale, creato nel 1935 col nome di « Social Security Board » (Consiglio delle assicurazioni sociali) ed oggi chiamato « Social Security Administration », gestiva originariamente l'assicurazione vecchiaia e superstiti, ma con le riforme subite nel 1939 prima e nel 1945 poi, ha esteso la sua attività anche alla cooperazione ed allo sviluppo dei programmi di assistenza, salute e benessere delle madri e dei fanciulli.

L'Amministrazione di sicurezza sociale è organata in « Regional Office », in « Area Office » ed in « Field Office » (Uffici regionali, territoriali e locali).

- F) In Nuova Zelanda è il Ministero della sicurezza sociale che provvede, a mezzo di una apposita Commissione ministeriale, alle prestazioni economiche per malattie, vecchiaia, invalidità, morte, ecc.; è invece il Ministero della Sanità pubblica che, attraverso una apposita sua Direzione generale, adempie ai compiti di natura sanitaria.
- G) Una situazione quasi analoga si riscontra in *Australia*, dove il Ministero dei servizi sociali, attraverso una apposita Direzione generale e uffici regionali, provvede alle prestazioni economiche per invalidità, vecchiaia, malattie, morte del capo-famiglia, ecc.; nel mentre l'assistenza medica è fornita dal Ministero della Salute pubblica attraverso una Direzione generale di sanità ed un Consiglio avente carattere consultivo.
- H) Nel *Canadà* è il Dipartimento della Salute pubblica e del Benessere che provvede agli assegni familiari (Direzione nazionale di assegni familiari e direzioni regionali) nonchè alle pensioni degli invalidi, dei vecchi, dei ciechi (Commissione federale e Dipartimenti provinciali).

Esistono inoltre altre Commissioni speciali. Una legislazione ed una organizzazione particolare per ogni provincia esiste poi (come del resto avviene in Australia e negli Stati Uniti) per l'assicurazione infortuni e malattie professionali.

L'amministrazione delle istituzioni di assicurazioni sociali è affidata ai rappresentanti degli assicurati, degli imprenditori e dello Stato, infine, in Argentina, in Bolivia, nel Brasile, nel Canadà (assicurazione disoccupazione) nel Cile, in Columbia, a Cuba, in Grecia, nel Guatemala, in Haiti, in India, nel Messico, nel Panama, nel Perù,

nella Repubblica Dominicana, in S. Salvador, nel Venezuela e nello stesso Uruguay: ma di tali regimi o s'è già fatto cenno o si preferisce dirne appresso per le loro particolari e diverse caratteristiche.

3. IL SISTEMA DEGLI ENTI ASSICURATORI AUTONOMI IN ALCUNI PAESI EUROPEI

Il sistema degli Enti assicuratori autonomi è quello nel quale, si potrebbe dire, avviene l'incontro delle antiche iniziative private con le moderne esigenze di carattere nazionale, e nel quale gli organismi autonomi svolgono la loro attività organizzativa e amministrativa in base a proprî regolamenti, pur restando tuttavia sotto un controllo più o meno accentuato dello Stato (gli Enti, in genere, che dal diritto amministrativo vengono classificati come parastatali); ed è il sistema che si riscontra in particolare nei Paesi latini, a cominciare dalla Francia e dall'Italia, nonchè nella maggior parte dei Paesi balcanici. 'Come si vedrà, poi, in molti Stati, gli Enti interessati alla gestione di determinate e diverse branche assicurative sono stati spesso riuniti in un organismo unico (un po' come è avvenuto con l'Istituto nazionale della previdenza sociale in Italia).

A) — Uno sguardo particolare merita anzitutto l'organizzazione assicurativo-previdenziale in *Francia*.

Fin dagli inizi del 1945 la Direzione generale delle Assicurazioni sociali ebbe modo di persuadersi come, se si voleva attuare la riforma, si doveva un po' rivedere tutto il sistema assicurativo: e sorse allora il problema della Cassa unica. Si osservava infatti che, dovendo questa Cassa essere amministrata per due terzi dai beneficiari che vi avrebbero fatto capo, avrebbero dovuto essere rappresentati nell'amministrazione anche i vecchi lavoratori, i quali, pur non avendo pagato i contributi, tuttavia beneficiavano della pensione in base ad una disposizione del febbraio 1945. Ci si preoccupava poi che, allargandosi in futuro il campo di applicazione, si delineasse una tendenza di opposizione da parte dell'organizzazione sindacale a introdurre nei consigli di amministrazione delle Casse rappresentanti di categorie non organizzate sindacalmente. Ma era questo, in definitiva, un timore infondato, perchè per ogni categoria di datori di lavoro e di lavoratori si possono costituire diverse organizzazioni con funzioni di tutela e di rappresentanza di coloro i quali ad essa han dato la loro adesione, e non si comprende quindi come si ritenesse che i diversi enti sindacali avrebbero potuto interferire nei confronti di Casse assicuratrici gestite dai rispettivi interessati.

Altre preoccupazioni riguardavano l'ampiezza che avrebbe dovuto assumere, ecc.; ma erano problemi che già nei lavori preparatori di

riforma venivano man mano trovando la loro soluzione; e così la Commissione apposita aveva finito con l'ammettere la necessità di servizi separati per i diversi rischi nella Cassa unica; nel mentre, quanto al tipo, ci si andava orientando verso la costituzione delle Casse su base professionale, con un optimum numerico fissato intorno ai 40 mila lavoratori.

Adottando il principio della unità dell'organizzazione amministrativa della sicurezza sociale, la riforma attuata in Francia ha voluto far cessare una precedente situazione piuttosto disordinata; e molto a ciò ha contribuito con l'ordinanza n. 45-2250 del 4 ottobre 1945, la quale ha tra l'altro stabilito che anche gli infortuni sul lavoro dovessero essere presi in carico dalle Casse della sicurezza sociale.

La citata ordinanza basa l'organizzazione su una amministrazione centrale di direzione e di controllo riservata allo Stato e sulla gestione delle diverse forme di previdenza devoluta alle varie Casse. Al vertice sta, dunque, il Ministero del lavoro e della sicurezza sociale con una apposita Direzione generale, la quale dispone di un Corpo di controllo generale della sicurezza sociale che ha il compito di assicurare i collegamenti tra i servizi centrali, le Direzioni Generali e le Casse e di controllare sul posto tutti gli organismi. Inoltre il Ministero e la Direzione generale sopra nominati sono assistiti da molteplici Consigli e Commissioni, tra i quali i più importanti sono il Consiglio superiore della sicurezza sociale e la Commissione superiore degli assegni familiari.

Fin qui sul piano nazionale. L'azione ministeriale è poi prolungata, sul piano regionale, e quindi sviluppata in periferia, a mezzo delle Direzioni regionali della sicurezza sociale, istituite nelle sedici regioni metropolitane nonchè dei dipartimenti della Martinica, Guatemala, Guyana e nel dipartimento della Réunion. Esse esercitano, sul piano regionale, le stesse funzioni degli organi centrali, eccettuate quelle legislative e regolamentari.

Il ruolo essenziale dell'organizzazione francese della sicurezza sociale appartiene peraltro alle Casse, le quali sono delle istituzioni autonome, dotate di personalità giuridica e di autonomia finanziaria, ed alle quali sono devolute tutte le attribuzioni di gestioni che comporta l'applicazione delle diverse leggi di sicurezza sociale. Esse Casse sono inquadrate in due categorie parallele, l'una competente per le assicurazioni sociali in genere e per gli infortuni sul lavoro, l'altra per gli assegni familiari propriamente detti, gli assegni di maternità, di assegni prenatali e gli assegni di salario unico. Le due categorie fanno capo, poi, alla Cassa nazionale. Più precisamente, incominciando dalla base, si contano anzitutto le Casse primarie di sicurezza sociale

(poco più di centoventi), che provvedono a riscuotere i contributi per le assicurazioni sociali e l'assicurazione infortuni, nonchè ad assicurare il rischio malattia e maternità e il rischio infortuni sul lavoro e malattie professionali in ciò che concerne prestazioni in natura e indennità giornaliera per incapacità temporanea; e, parallele a tali Casse primarie, e di solito con identica circoscrizione, le Casse speciali di assegni familiari (ordinanza 19 aprile 1945). Si contano quindi le Casse regionali di sicurezza sociale, le quali gestiscono direttamente l'assicurazione invalidità e il rischio infortunistico in caso di incapacità permanente, coordinano l'insieme della politica sanitaria e sociale e della politica per la prevenzione degli infortuni, determinano i premi dovuti dalle imprese per i rischi infortunistici, compiono infine l'ufficio di una specie di cassa di compensazione tra le Casse primarie della regione; ed accanto a queste Casse regionali, le Casse regionali di assicurazione vecchiaia.

Infine, come s'è accennato, la Cassa nazionale di sicurezza sociale, « établissement public » che gode di autonomia finanziaria, se pur sempre sottoposta ai controlli ministeriali. Tutte le altre Casse sopra nominate hanno infatti il carattere di « établissements privés », per cui sono sottoposte allo stesso regime legale delle Società mutualistiche; ed è stata proprio questa loro particolare condizione giuridica, anzi, che ha reso possibile alle Casse, giusta la facoltà loro concessa dallo art. 13 dell'ordinanza 4 ottobre 1945, di costituirsi nella Federazione nazionale degli organismi di sicurezza sociale (FNOSS), che riunisce le Casse primarie e regionali di sicurezza sociale e quelle di assicurazione vecchiaia, nonchè nella Unione nazionale delle Casse assegni familiari (UNCAF), disciplinate ambedue da norme di diritto pubblico, gestite da un Consiglio di amministrazione composto da membri elettivi e regolamentate da statuti approvati dal ministro del lavoro.

L'organizzazione amministrativa francese comporta ancora, sia sul piano regionale che su quello nazionale, alcuni Comitati tecnici e Centri di coordinamento. Presso il Consiglio superiore della sicurezza sociale è infine costituita la cosiddetta Commissione dell'art. 35, alla quale è stato riconosciuto il carattere giurisdizionale ed il ruolo di giudice di cassazione.

B) — In Spagna l'amministrazione delle assicurazioni sociali è affidata all'Istituto nazionale di previdenza con il quale collaborano, peraltro, enti ed istituzioni minori, a parte gli organi statali di direzione e di controllo. L'Istituto or ora menzionato ha il carattere di servizio pubblico decentrato dall'amministrazione statale, ed ha altresì una personalità giuridica ed una amministrazione finanziaria distinta da quelle dello Stato. Tra gli organi statali di direzione e controllo-

ricorderò la «Jefatura nacional del seguro de enfermedad» ed il «Servicio de reaseguro»; tra gli organi ispettivi la «Inspecciòn de Trabajo» e la «Inspecciòn Técnica de Previsiòn»; per l'alta direzione e per la giurisdizione, la Direzione generale di previdenza e la Magistratura del lavoro (legge 17 ottobre 1940).

C) — In *Portogallo* si nota un gran numero di Casse di previdenza sindacali e non sindacali, le Case del popolo per i rurali, le Case dei pescatori. Inoltre Casse di lavoro, Casse regionali e Casse di assegni familiari. Anche tale Paese ha però risentito della tendenza unificatrice ed ha creato, infatti, le quattro seguenti federazioni: Federazione dei servizi medici sociali; Federazione per la costruzione delle case economiche; Federazione dei servizi meccanografici; Federazione per la divulgazione, informazione, cooperazione internazionale (pici).

Sulle Casse dette a principio il controllo statale è esercitato dal Sottosegretariato per le corporazioni e la previdenza sociale.

Per gli infortuni sul lavoro e per le malattie professionali l'imprenditore sopporta la propria responsabilità ove non abbia provveduto ad assicurarsi.

D) — Anche in *Austria* si hanno, per l'assicurazione maternità e malattie, delle Casse regionali organizzate, tuttavia, in materia distinta a seconda che si tratti di salariati agricoli o non agricoli, e, per i lavoratori dell'industria, a seconda dei particolari rami (ferrovieri, minatori, ecc.). Casse artigianali esistono per i lavoratori indipendenti.

Per quanto riguarda l'assicurazione invalidità, vecchiaia e morte, le istituzioni centrali sono suddivise a seconda che si tratti di lavoratori manuali o non manuali ed a seconda delle categorie di impiego (artigianato, minatori, agricoltura, ecc.). Tutti gli organismi sono affiliati alla Federazione austriaca delle assicurazioni sociali, controllata dal Ministro della previdenza sociale.

Veri e propri uffici di Stato posti sotto il controllo del suddetto Ministro sono, invece, quelli che provvedono all'assicurazione contro la disoccupazione.

Organismi centrali per le differenti categorie di lavoratori sono pure quelli che provvedono all'assicurazione infortuni e tecnopatie, anch'essi affiliati alla suddetta Federazione e controllati dal predetto Ministro.

E) — Nel *Belgio* si ha una situazione alquanto più complessa (fino a poco fa si contavano a migliaia gli enti asicurativi). Per la assicurazione malattie, invalidità e maternità provvedono le Società mutue di soccorso (regime facoltativo) e le Unioni nazionali delle federazioni di società di soccorso riconosciute e approvate per regio decreto (regime obbligatorio). Un Ufficio nazionale di sicurezza socia-

le presso il Ministero del lavoro provvede alla riscossione dei contributi. Commissari governativi eseguono il controllo. Vi sono, inoltre, molte commissioni.

Casse nazionali di compensazione per gli assegni familiari e Uffici centrali e regionali per la disoccupazione operano nei rispettivi rami. Una Cassa generale di risparmio e di pensioni funziona autonomamente, sotto la garanzia dello Stato, nel ramo vecchiaia e morte, ove esiste anche una Cassa nazionale di maggiorazioni di rendite di vecchiaia, di vedovanza e di assegni per orfani.

Nel ramo infortuni opera la responsabilità personale degli imprenditori.

- F) In Svizzera Casse pubbliche cantonali e municipali provvedono all'assicurazione maternità e malattie; nel mentre, per quanto riguarda la disoccupazione, alle Casse cantonali e municipali occorre aggiungere le sindacali, tutte poste sotto il controllo del Dipartimento federale dell'economia pubblica, e delle autorità cantonali competenti. Casse di compensazione costituite dalle associazioni professionali degli imprenditori con la partecipazione degli operai salariati e Casse di compensazione cantonale gestiscono i rami vecchiaia e morte; nel mentre per l'assicurazione infortuni e malattie professionali v'è la Cassa nazionale svizzera di assicurazione infortuni, autonoma con delle agenzie regionali.
- G) Passando, sempre in Europa, agli Stati balcanici, si riscontra un Istituto di assicurazioni sociali in *Jugoslavia*, dipendente dal Ministero del Lavoro e organizzato su base territoriale e professionale, retto da un Consiglio di assicurazioni sociali, e con rappresentanza dei datori di lavoro, dei lavoratori e dello Stato.
- H) In *Ungheria*, fino a poco tempo fa, si avevano, per gli infortuni una organizzazione regionale di assicurazione sociale distinta per l'industria e per l'agricoltura; per le malattie e la maternità, trantadue Casse di malattia, organismi regionali di assicurazione per alcune particolari categorie (domestici, ecc.), una istituzione per i ferrovieri, istituzioni particolari per i funzionari pubblici, gli impiegati delle poste, i lavoratori del tabacco, i marittimi, i minatori, ecc.; per la vecchiaia, l'invalidità e la morte degli istituti regionali di assicurazione per operai dell'industria, del commercio e delle miniere, nonchè per quelli dell'agricoltura, un istituto per gli impiegati privati, ecc. Tutti gli enti assicuratori sono stati però attualmente riuniti nello Istituto nazionale delle assicurazioni sociali.
- I) Un Istituto di assicurazione sociale è pure l'organo gestore unico in *Bulgaria*, retto da un Comitato esecutivo di cui fanno parte i rappresentanti di molti Ministeri e di tutte le categorie lavoratrici.

- L) Anche in *Cecoslovacchia* si annovera un Istituto centrale di assicurazioni sociali, pubblico, autonomo, fornito di personalità giuridica, organizzato su un Ufficio centrale ed uffici regionali e distrettuali. Oltre ad alcune particolari Commissioni di controllo, quest'ultimo è esercitato dai Ministeri della previdenza sociale, della sanità pubblica, delle aziende e della Suprema Corte dei conti.
- M) Istituto di assicurazione lavorativa si chiama invece l'organo gestore in *Turchia*, anch'esso organizzato su un Ufficio centrale, uffici regionali e agenzie periferiche, diretto da un Direttore generale e da un Consiglio di amministrazione, oltre una Assemblea generale variamente composta e che si riunisce una volta l'anno.
- N) Un Istituto centrale di assicurazione sociale provvede dal 1937, in *Grecia*, a tutti i rami di assicurazione escluso il rischio professionale, ed opera sotto il controllo del Ministro del lavoro, diretto da un Consiglio di amministrazione, nel mentre comitati locali tripartiti (governo, salariati e imprenditori) amministrano gli uffici periferici. Inoltre vi sono molte altre Casse organizzate su base professionale e regionale, anch'esse di solito controllate dal Ministro del lavoro o da altri Ministri. Casse speciali esistono anche per i lavoratori indipendenti del commercio e della piccola industria.

Una Cassa principale e degli uffici locali si hanno per l'assicurazione disoccupazione.

O) — In *Polonia* le Casse regionali di assicurazioni sociali per la maternità e le malattie sono poste sotto il controllo dell'Istituto centrale di assistenza sociale ed organicamente legate a questo Istituto; per le assicurazioni invalidità, vecchiaia, morte, infortuni sul lavoro e malattie professionali esiste invece un Istituto centrale di assicurazioni sociali con il concorso di Casse regionali, e con il controllo del Ministero del lavoro e dell'assistenza sociale.

Sistemi più o meno analoghi si riscontrano poi in altri Paesi minori, sia europei che extra-europei. Ma, specialmente per questi ultimi, preferisco trattarne appresso, sotto il titolo di sistemi vari di gestione.

- 4. Il sistema sindacale in Russia e in Romania. Le casse sindacali contro la disoccupazione in Svezia
- A) Mi è già occorso di accennare nelle pagine che precedono come nell'urss sia stata attuata una assicurazione sociale a regime sindacale. La Russia offre anzi, sotto questo punto di vista, un esempio tipico, seguito per intanto, come meglio si vedrà tra poco, dalla Romania, se pure già in qualche altro Stato un qualcosa di simile si riscontra per qualche particolare ramo assicurativo (ad esempio in Svezia, in Svizzera, in Portogallo).

Il regime generale delle assicurazioni sociali russe riguarda le prestazioni economiche, le quali vengono corrisposte a mezzo di un Consiglio centrale dei sindacati dell'urss, che ha le funzioni di organizzazione e di controllo generali, nonchè di preparare le leggi, i prospetti, le istruzioni, le proposte; di alcuni Consigli centrali dei sindacati per ciascun ramo delle industrie sovietiche; delle Sezioni regionali dei sindacati, la competenza delle quali si estende al territorio di una città, di un distretto, di una provincia o di una repubblica federata; e infine dei Comitati di impresa in seno ai quali si riscontrano i Consigli di assicurazione sociale, che sono poi, in effetti, i veri organi gestori, presenti in ogni impresa con almeno 200 lavoratori; alcuni Comitati ausiliari ed i Delegati di assicurazione, i quali ultimi controllano ed ispezionano i servizi, visitano gli infermi, ecc., senza essere per questo remunerati.

Per le prestazioni sanitarie provvedono regimi speciali, quali le Casse di soccorso, controllate dal Ministero della previdenza sociale, in numero di sessanta nel 1944 ma oggi notevolmente accresciute, e le Cooperative degli indipendenti e degli artigiani anch'esse a base mutualistica; alle cure provvede inoltre il Ministero della salute pubblica.

- B) Su queste linee si articola la gestione della previdenza sociale in *Romania*, nel quale Paese provvedono alle prestazioni econonomiche i Sindacati a mezzo del Comitato centrale dell'assicurazione sociale e il Comitato presso le varie imprese; e provvede alle prestazioni sanitarie il Ministero della Salute pubblica, con piena autonomia e come organo tecnico, sempre sotto il controllo degli organi sindacali.
- C) Casse sindacali di assicurazione contro la disoccupazione si riscontrato altresì in *Svezia*; ma si tratta, come ben si intende, di una forma del tutto particolare e limitata, che non ricorre per gli altri rami assicurativi, cui provvedono Casse provinciali e locali (malattie), comitati locali (invalidità, vecchiaia, morte), uffici regionali e casse mutue (infortuni), ecc. ecc.

Come già s'è accennato più sopra, Casse sindacali per l'assicurazione contro la disoccupazione annovera anche la *Svizzera*, e Casse sindacali si trovano in *Portogallo*.

5. I SISTEMI DI GESTIONE IN ALCUNI PAESI EXTRA-EUROPEI

Questa stessa elencazione posta in epigrafe già indica di per sè come non possa indugiarmi in un esame particolareggiato, ma come debba anche qui limitarmi ad una rapida rassegna, più che informativa, orientativa.

- A) E comincio dall'India, la quale, fino a che è rimasta sottoposta all'amministrazione inglese, ha avuto un sistema di organizzazione previdenziale a carattere statale così come s'è visto averlo tuttora la Gran Bretagna, nel mentre ha adottato il sistema per ente autonomo non appena ha potuto liberarsi del dominio britannico.
- B) L'Iran, dal suo canto, provvede all'assicurazione malattie, maternità, vecchiaia e invalidità a mezzo di Casse mutue controllate dal Consiglio supremo del lavoro, organizzato su base tripartita, dai Consigli dell'impresa composti da rappresentanti sia dei datori di lavoro che dei lavoratori, e dal Ministro del lavoro. Le controversie sono risolte da un comitato di conciliazione, da un consiglio di conciliazione (appello) e da un consiglio di arbitraggio (ultimo grado). Per quanto riguarda gli infortuni e le malattie professionali opera la Compagnia di assicurazione di Stato «Iran», sottoposta al controllo del Ministro del lavoro.
- C) In *Egitto* provvedono all'assicurazione una Direzione di sicurezza sociale, aiutata da commissioni locali (malattie, vecchiaia, morte) ed una Direzione di lavoro (infortuni e malattie professionali), controllate dal Ministro degli affari sociali.
- D) Nell'Unione Sudafricana si riscontrano: dei consigli di ospedali, di carattere provinciale, per le cure sanitarie ospedaliere; dei consigli di assicurazione per la disoccupazione con comitati locali, gli uni e gli altri sottoposti al controllo del Ministro del lavoro; dei commissariati di pensioni, anche qui con comitati locali, per l'assicurazione vecchiaia; delle commissioni di riparazione degli infortuni sul lavoro, assistite da assessori rappresentanti dei datori di lavoro e dei lavoratori salariati.
- E) Passando allo studio dell'organizzazione previdenziale presso i Paesi dell'America latina, va osservato anzitutto che, tra essi, quelli che già avevano iniziato dei regimi di protezione a base professionale contro la vecchiaia e l'invalidità hanno opposto qualche resistenza al sistema unificato, nel mentre è proprio sulla base di una organizzazione ispirata al principio dell'unità che hanno impostato il loro sistema assicurativo i Paesi che non avevano ancora creato le particolari forme suddette.

Osserva in proposito il Martì Bufill che a dimostrazione di come il criterio dell'unità domini nella tecnica assicurativa iberoamericana sta la circostanza che, per quanto riguarda i rischi professionali, alla gestione dei quali in Europa partecipano spesso Compagnie e Casse mutue private, in America del Sud soltanto tre Stati (Cuba, Nicaragua e Repubblica Dominicana) contano degli Enti privati, mancando di istituti di carattere pubblico, ed altri due (Cile e Perù) contano degli Enti privati in concorrenza con gli organismi pubblici,

nel mentre la maggioranza degli Stati o provvede all'assicurazione sociale con un Ente pubblico unico (Costarica, Uruguay) o inquadra la gestione dell'assicurazione infortuni nella gestione generale di tutta l'assicurazione sociale (Argentina, Columbia, Equatore, Guatemala, Haiti, Messico, Panama, Paraguay, Salvador, Venezuela).

Ma se, prescindendo dai rischi professionali, si riguarda invece alle assicurazioni sociali generali, allora la espansione nei Paesi iberoamericani del criterio dell'unità si rende ancor più evidente, in quanto che, su diciotto, ben quindici Stati hanno adottato il sistema dell'Ente unico ed esclusivo.

Il primo e più importante esempio è offerto, al riguardo, dalla *Argentina*, nella quale opera l'Istituto nazionale di previdenza, avente carattere di servizio pubblico di ordine sociale, autarchico, con personalità giuridica e indivualità economica, retto da un Direttorio, dalla « Cámera Gremial » e da un Consiglio tecnico.

- F) In *Bolivia* si riscontra una Cassa di assicurazione operaia («Caja de Seguro y Ahorro Obrero») creata nel 1935, cui ha fatto seguito, per la legge del 7 gennaio 1949, l'Istituto nazionale di previdenza, autonomo, retto da un consiglio direttivo formato da un presidente e nove rappresentanti su base tripartita, articolato su diciotto compartimenti.
- G) In *Brasile* è attualmente in programma la riunione in un unico Istituto dei servizi sociali dei sette Istituti pensioni e delle trentadue Casse di impresa.
- H) In *Columbia* provvedono all'assicurazione sociale l'Istituto columbiano di assicurazione sociale e le Casse nazionali, diretti da un Consiglio e gestiti dai cosiddetti uditori.
- I) In Costarica: la Cassa costaricense di assicurazione sociale, diretta da una giunta, creata con legge del novembre 1941.
- L) In Cile: la Cassa di assicurazione operaia obbligatoria, ente statale di diritto pubblico, controllato dal Ministero della sanità, diretta da un consiglio di amministrazione e articolata su sei dipartimenti (giuridico, attuariale, contabile, tecnico, amministrativo e di controllo).
- M) In *Equatore*: l'Istituto nazionale di previdenza, la Cassa di pensioni, la Cassa di assicurazione (queste ultime due autonome e dirette da rappresentanti eletti dagli interessati), il Dipartimento medico. L'Istituto non è soggetto ad alcun controllo, e suoi organi direttivi sono un primo direttorio di complessa costituzione e il « direttorio di Guayaquil ».
- N) Nel Guatemala: l'Istituto guatemalese di sicurezza sociale, autonomo, con piena personalità giuridica propria, diretto da una giunta, con propri organi esecutivi (gerenti e subgerenti), assistiti

da un consiglio tecnico di esperti, creato con decreto legislativo dello ottobre 1947.

- O) In Haiti: la Cassa dell'assicurazione sociale agraria.
- P) Nel *Messico*: l'Istituto messicano di assicurazione sociale, diretto da una assemblea generale, da un consiglio tecnico, da una commissione ispettiva, da un direttore generale nominato dal presidente della Repubblica, articolato su una direzione medica, sette cosiddetti depositi (amministrativo, contabile, cassa, giuridico-economico, attuariale, affiliazioni e costruzioni), su due uffici (statistico e macchine) e su una commissione per gli ospedali.
- Q) Nel *Panama*: la Cassa di assicurazioni sociali, autonoma, diretta da una giunta, creata con legge del marzo 1941.
- R) Nel *Paraguay*: l'Istituto di previdenza sociale, autonomo, controllato dal Ministero, diretto da un Consiglio superiore, organizzato su una cassa centrale, un dipartimento amministrativo, un dipartimento medico, alcune sezioni (giuridica, attuariale, ispettiva) e le Casse locali.
- S) Nell'*Uruguay*: Casse professionali controllate, per i vari rami, dai Ministeri dell'educazione pubblica e delle assicurazioni sociali, della Sanità pubblica e dell'Industria e lavoro.
 - T) Nel Perù: una Cassa nazionale di assicurazione sociale.
- U) Nella *Repubblica Dominicana*: la Cassa dominicana di assicurazioni sociali.
- V) Nella Repubblica del Salvador: l'Istituto salvadoreno di assicurazione sociale (decreto del 1949).
- Z) Nel *Venezuela*, infine, l'Istituto centrale delle assicurazioni sociali, nonchè le Casse regionali. Di un fondo autonomo godono gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Alla direzione è preposto un consiglio su base tripartita.

Da quanto fin qui detto sul sistema degli Enti assicuratori autonomi si rileva che, in genere, l'amministrazione ha il carattere di un servizio pubblico, carattere che trova la sua sola eccezione in Francia non per la Cassa nazionale di sicurezza sociale, bensì per le Casse primarie e regionali di diritto privato. Si rileva inoltre che, sempre da un punto di vista generale, gli organi direttivi sono composti su base tripartita e che, comunque, partecipano alla loro attività i rappresentanti degli stessi assicurati, nel mentre lo Stato svolge un'opera di efficace controllo sia a mezzo dei suoi rappresentanti componenti gli organi di direzione ed i consigli di amministrazione, sia a mezzo di ispettori sul terreno esecutivo, sia a mezzo delle approvazioni dei bilanci. Si rileva, infine, che la struttura amministrativa obbedisce al principio della maggiore autorità direttiva al centro, con il decentramento invece delle funzioni di carattere esecutivo.

2. Le persone obbligate all'assicurazione e i contributi

1. Premesse e generalità sull'onere contributivo e sulle persone cui fa carico. — 2. I contributi in rapporto alle persone obbligate a sopportare l'onere nei vari Paesi stranieri. — 3. L'onere dei contributi previdenziali in rapporto ai vari rischi assicurativi. — 4. Il sistema e la natura dei contributi.

1. Premesse e generalità sull'onere contributivo e sulle persone cui fa carico

La previdenza sociale tutela, attraverso gli Enti gestori che si sono or ora esaminati, determinate persone mediante determinate prestazioni (e si vedrà in prosieguo quali, allo stato attuale, quelle e queste siano); ma è ovvio — e di ciò s'è già discorso nelle pagine che precedono — che debbano correlativamente esservi delle persone (fisiche e giuridiche) tenute all'assicurazione ed a sopportarne il relativo onere economico.

In origine l'equazione rischio-premio era riguardata in funzione individuale e vorrei dire personale, in quanto era la stessa persona che si riteneva esposta all'eventualità di cui al primo termine a provvedere al pagamento della somma di cui al secondo. Si aveva, cioè, una auto-assicurazione che, peraltro, lasciava fuori del suo sistema di libera e facoltativa contrattazione chiunque non avesse avuto tanto spirito previdente o tanti risparmi dal volere o potere sottoporsi al carico certo ed immediato del premio per un rischio remoto o incerto o poco probabile. Il sistema dell'assicurazione libera lasciava fuori, cioè, proprio le classi più misere viventi del proprio lavoro.

S'è quindi sentita ad un certo momento la necessità di garantire anche e soprattutto queste categorie; ed è nata così l'assicurazione obbligatoria, nell'ambito dello Stato e nel nome della solidarietà umana e della giustizia sociale. Ma è nato allora, altresì, il problema di come apprestare i mezzi economici necessari a liberare dal loro stato di bisogno le categorie che si volevano proteggere: è sorto, cioè, quel problema della ripartizione dei contributi del quale pure s'è già detto, avvertendo come e perchè essi siano stati in definitiva posti a carico dei lavoratori medesimi, dei datori di lavoro e dello Stato (1).

Soluzione, naturalmente, questa, che varia a seconda del Paese, del tempo, del rischio. Proprio in rapporto ai rischi, anzi, la questione della ripartizione dell'onere contributivo s'è risolta in maniera molto varia, perchè nel mentre per i rischi di ordine fisiologico (quale, ad esempio, la vecchiaia) è sembrato giusto far concorrere alla spesa anche gli stessi interessati, questi, invece, sono stati subito un po'

⁽¹⁾ Cfr. retro, Parte I, Cap. II, paragrafo 3.

dovunque liberati da ogni onere in rapporto ai rischi cosiddetti professionali, essendo parso altrettanto giusto che gli infortuni e le tecnopatie venissero accollati tutti all'impresa, attribuendone la responsabilità al datore di lavoro. Quanto ai motivi giustificativi del concorso dei datori di lavoro in rapporto ai rischi di puro ordine fisiologico, essi si son trovati, oltre che nel necessario spirito di solidarietà, nell'interesse indiretto di essi datori a che le classi lavoratrici fossero protette. E, infine, s'è ritenuto giusto il concorso dello Stato per il dovere che questo ha di procurare il benessere e la tranquillità della collettività.

Non occorre che mi dilunghi — e del resto non lo potrei, data l'indole e i limiti di guesto mio studio — nel dimostrare quale fattore importantissimo dell'economia dei popoli sia oggi la massa dei mezzi economici adoperati per far fronte alle necessità della previdenza sociale, e quale relazione strettissima esista tra quest'ultima e la produzione. Le poche cifre che ho più sopra a suo tempo menzionato, relative al costo di essa previdenza nei principali Paesi, sono già di per se stesse eloquenti quanto basta. Le stesse « raccomandazioni » internazionali, del resto, non poco si preoccupano della distribuzione di detto costo, del finanziamento del servizio sanitario, insomma di tutto l'aspetto finanziario del problema previdenziale mondiale (si vedano, in proposito, i risultati — per questa materia — della Conferenza internazionale del lavoro nella sua seduta del 1944 in Filadelfia, dell'VIII riunione dell'Associazione internazionale di sicurezza sociale del 1947 in Ginevra, della IX riunione della medesima Associazione nel 1949 in Roma).

Ma l'importanza che l'acquisizione dei fondi ha per ogni sistema previdenziale, e quindi per la economia nazionale di ogni Paese, ha fatto sì che ogni legislazione si sia preoccupata (e tuttora e sempre si preoccupi) di stabilire nella maniera più perfetta che le sia possibile, in rapporto alle condizioni economiche e sociali del Paese cui si applica, il sistema della determinazione e della riscossione dei contributi (nel che poi, in definitiva, si concreta il metodo di finanziamento della previdenza sociale).

Ai sistemi di determinazione e di riscossione s'è già accennato alla fine della prima parte di quest'opera. Ma volendo ora considerare con più immediato riferimento ai vari Paesi stranieri i metodi adoperati, ritengo che l'argomento, per essere inteso nella sua completezza, debba essere riguardato:

- in rapporto alle *persone obbligate* a sopportare l'onere dell'assicurazione;
 - in rapporto ai varî rischi assicurati;
 - in rapporto alla natura dei contributi corrisposti.

2. I contributi in rapporto alle persone obbligate a sopportarne l'onere nei vari paesi stranieri

Si è visto dunque come l'onere del pagamento dei contributi previdenziali faccia carico, in genere, alle persone solitamente obbligate all'assicurazione (i datori di lavoro), con i quali concorrono spesso gli stessi assicurati (i lavoratori) e qualche volta lo Stato.

Il finanziamento a base tripartita si riscontra, se pure a volte non per tutti i rami assicurativi, nei seguenti Paesi: Belgio, Bolivia, Brasile, Cile, Columbia, Repubblica Dominicana, Equatore, Irlanda, Islanda, Lussemburgo, Messico, Norvegia, Panama, Perù e Salvador per le prestazioni occorrenti al mantenimento e al recupero della salute, oltre che, per alcuni dei Paesi menzionati, per l'assicurazione contro la disoccupazione (Belgio, Irlanda, Norvegia e Salvador) e per gli assegni familiari (Irlanda e Salvador); nonchè in Canadà, Cecoslovacchia, Olanda e Unione Sudafricana per l'assicurazione contro la disoccupazione, a Cuba, in Finlandia e in Svizzera per il regime pensioni e in Danimarca, Haiti e Venezuela per altre prestazioni.

In altri Paesi e per uno o più rischi, i contributi sono versati soltanto dai datori di lavoro e dai lavoratori, di solito in parti uguali: Argentina, Australia, Cuba, Francia, Grecia, Iran, Olanda, Stati Uniti, Turchia.

In altri Paesi ancora la ripartizione avviene invece soltanto tra datori di lavoro e Stato, senza concorso dei lavoratori per alcuni determinati rischi, specialmente quelli professionali: Bulgaria, Cecoslovacchia, Danimarca, Olanda, Polonia, Stati Uniti.

Altre volte, e sempre per determinati rischi, l'onere è posto a carico dello stesso assicurato, col concorso dello Stato. Così avviene in Danimarca, Finlandia, Guatemala, Svezia e Svizzera.

Soltanto in due Stati degli Stati Uniti d'America si verifica che l'onere delle prestazioni in denaro per malattie sia posto a carico dei soli lavoratori, senza il concorso dello Stato.

È meno raro, viceversa, il caso che l'onere sia assunto tutto o in massima parte dallo *Stato*: il caso, cioè, della Finlandia e della Svezia per l'assicurazione maternità; del Canadà, della Danimarca, dell'Irlanda, dell'Olanda, dell'Unione Sudafricana o degli Stati Uniti per le pensioni vecchiaia; della Francia e del Lussemburgo per le indennità disoccupazione; di alcune repubbliche dell'America latina; della Gran Bretagna.

Mi piace, anzi, concludere questo paragrafo rilevando come la partecipazione dello Stato al finanziamento della previdenza sociale si vada facendo sempre più comune nei vari Paesi del mondo e, in ogni Paese, intensificando. Valgano, a dimostrare ciò, alcuni esempi: in Columbia lo Stato paga inizialmente 500.000 pesos; in Costarica partecipa con quote pari al 2,5 % e all'1 % dei salari a seconda delle assicurazioni; in Cile con l'1 %; in Equatore col 2 %; con l'1,5 % in Paraguay e nella Repubblica Dominicana; in Svezia con sovvenzioni, e con tutte le pensioni nazionali per vecchiaia, invalidità e superstiti;

Paesi	Rischi profess.	Matern.	Malatt.	Inval.	Vecch.	Morte	Spese funer.	Disoc- cupaz.
Argentina	d.	l.d.		l.d.	l.d.		l.d.	
Australia	d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.	a.d.
Austria	d.l.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	a.u.	a.u.	l.d.s.	l.d.s.
Belgio	d.i.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	1.d.s.		1.u.s.	l.d.s.
Bolivia	d.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	_	l.d.s.	1.4.5.
Brasile	d.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.		l.d.s.	
Bulgaria	d.s.	l.s.	i.u.s.	d.s.	d.s.	d.s.	l.d.	d.s.
Canadà	d.	8.		8.	8.	8.		l.d.s.
Cecoslovacchia	d.s.	l.d.	1.d.	d.s.	d.s.	d.s.	l.d.s.	l.d.s.
Cile	d.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	u.s.	l.d.s.	
Columbia	d.	l.d.s.	l.d.s.	1.4.5.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	
Cuba	d.	l.d.	1.4.5.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.		l.d.s.
Danimarca	l.d.s.	l.s.	l.s.	a.d.s.	s.		l.s.	
Rep. Dominicana	d.	l.d.s.	i.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	
Egitto	s.			8.	s.	8.	_	
Equatore	d.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	
Finlandia	d.	S.		8.	a.d.s.	a.d.s.		l.s.
Francia	d.	l.d.s.	l.d.	l.d.	l.d.	l.d.	l.d.	8.
Gran Bretagna	a.d.s.	a.d.s.	a.d.s.	a.d.s.	a.d.s.	a.d.s.	a.d.s.	a.d.s.
Grecia	l.d.	l.d.		l.d.	l.d.		l.d.	1.d.
Guatemala	l.d.s.	1.8.		l.s.	l.s.	l.s.	l.s.	
Haiti	d.	l.d.s.	l.d.s.	_				
India	l.d.s.	l.d.s.						
Iran	l.d.	l.d.	l.d.	l.d.	l.d.	_		_
Irlanda		l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	8.	l.d.s.		l.d.s.
Islanda	d.	a.d.s.	a.d.s.	a.d.s.	a.d.s.	a.d.s.		
Jugoslavia	d.	l.d.	l.d.	d.l.	d.l.	d.l.	_	
Lussemburgo	d.s.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	<u> </u>	s.
Messico	d.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	-
Norvegia	d.	l.d.s.	l.d.s.		a.d.s.		l.d.s.	l.d.s.
Nuova Zelanda	d.	a.s.	a.s.	a.s.	a.s.	a.s.		a.s.
Panama		l —	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.		l.d.s.	
Paesi Bassi	d.s.	l.d.	l.d.	d.s.	s.	d.s.	l.d.s.	l.d.
Perù	l —	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	
Polonia	d.s.	d.l.		d.	d.	d.	d.	d.
Portogallo	d.		1.d.	l.d.	l.d.	l.d.		—
Salvador	d.s.	l.d.s.		l.d.s.	l.d.s.	l.d.s.	l.d.s	l.d.s.
Stati Uniti	d.s.	l.s.	l.s.		S.	l.d.s.		d.
Svezia	d.	s.	s.	a.s.	a.s.	a.s.		l.s.
Svizzera	d.s.	a.s.	a.s.		l.d.s.	l.d.s.		l.s.
Turchia	d.	l.d.	l.d.	l.d.	l.d.	l.d.	l.d.	
Un. Sudafricana	d.	l 		_	s.			l.d.s.
Ungheria	d.	d.	d.	l.d.	l.d.	l.d.	d.	
Uruguay	d.l.	d.	-	l.d.		-	l.d.s.	—
Venezuela	l.s.d.	l.d.s.	l.d.s.	_	_		l.d.s.	
	l	1	j	l	1	l	j	i

in Gran Bretagna con i sussidi familiari, con la quota fissa per l'assicurazione nazionale, con quasi il 90 % delle spese per il servizio sanitario; in Danimarca con parte dei premi (2/5) per i rischi professionali; in Cecoslovacchia con forti sovvenzioni, col 50 % delle spese ospedaliere, con la copertura del deficit; in Bulgaria con rilevanti partecipazioni; in Irlanda con 2/9 del costo delle prestazioni e con forte percentuale delle spese per disoccupazione; in Australia assumendo l'assistenza a suo carico; ecc.

Un quadro — piuttosto approssimativo — delle persone tenute all'onere contributivo per i principali rischi presso un gran numero di Paesi è comunque offerto dalla schematica tabella che ho tentato di ricavare dalla situazione in atto nei Paesi elencati, tabella in cui sono indicati i datori di lavoro (d), i lavoratori (l), lo Stato o comunque l'autorità pubblica (s) e gli abitanti in genere (a), senza tener conto, naturalmente, nè della quantità, nè della qualità, nè della estensione dell'apporto di ogni singola persona (le caselle vuote non significano carenza di assicurazione).

3. L'ONERE DEI CONTRIBUTI PREVIDENZIALI IN RAPPORTO AI VARI RISCHI ASSICURATI

Valga ora una breve rassegna dei sistemi di ripartizione dei contributi in rapporto ai vari rischi assicurati.

Incominciando dai rischi professionali, essi son quelli che per primi sono apparsi nella legislazione previdenziale e che fin dalle origini sono stati, in genere, posti a carico, come s'è già avvertito, del solo datore di lavoro. Malgrado la tendenza ad assorbire il principio del rischio professionale nel più ampio principio della liberazione dal bisogno, i rischi degli infortuni sul lavoro e delle tecnopatie sono altresì quelli che per ultimi resistono ancora sulle vecchie posizioni. I relativi contributi fanno carico, dunque, all'imprenditore nella gran maggioranza dei Paesi, di solito basati sulla importanza del rischio, ma altre volte stabiliti su una percentuale dei salari corrisposti. In alcuni Paesi concorre lo Stato (Gran Bretagna; e poi Salvador, Venezuela, ecc.); in altri si ha un concorso dei salariati (Grecia, India, Iran, Uruguay) o l'aggiunta di sovvenzioni di natura diversa alle contribuzioni padronali (Bulgaria, Danimarca, Cecoslovacchia, Venezuela).

Nell'assicurazione malattie e maternità si ha una contribuzione a base tripartita nei Paesi dove la particolare forma previdenziale s'è mantenuta indipendente. In qualche Paese, peraltro, manca il con-

corso statale (Olanda, Jugoslavia, Polonia, Cecoslovacchia) o si tende di eliminare quello dei lavoratori (Jugoslavia).

Nell'assicurazione vecchiaia, invalidità e morte predomina in almeno venti Paesi il sistema tripartito, nel mentre almeno in nove l'onere fa carico ai soli datori di lavoro e lavoratori. Si hanno, poi, Paesi nei quali i contributi sono versati dallo Stato in concorso con i datori di lavoro (Bulgaria, Olanda, Cecoslovacchia) o con i lavoratori (Guatemala, Svezia), o da solo (Egitto). In Polonia provvedono i soli imprenditori.

Gli assegni familiari sono generalmente a carico dei soli datori di lavoro (Austria, Belgio, Cecoslovacchia, Francia, Lussemburgo, Olanda, Polonia, Portogallo, Svizzera, Uruguay), ma a volte costituiscono un onere esclusivo dello Stato (Canadà, Finlandia, Irlanda, Norvegia, Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda, Svezia, Ungheria). Altre volte si verifica un concorso tra datori di lavoro, lavoratori e Stato (Islanda, Salvador), tra datori di lavoro e Stato (Bulgaria) o tra datori di lavoro e persone protette (Australia).

L'assicurazione contro la disoccupazione, infine, è a carico, di solito, del datore e del lavoratore, e spesso anche dello Stato, in concorso tra loro. L'onere cade esclusivamente sui datori di lavoro, invece, in Polonia e negli Stati Uniti, ed esclusivamente sullo Stato in Francia ed in Lussemburgo. È diviso infine tra Stato e salariati in Finlandia, Svezia e Svizzera; tra Stato e datori di lavoro in Bulgaria.

4. Il sistema e la natura dei contributi

In genere la maggior parte dei Paesi stabilisce le varie quote dovute per contributi previdenziali, in rapporto percentuale ai guadagni del lavoratore e all'ammontare dei salari corrisposti dal datore di lavoro, fissando anche, a volte, dei limiti al di sotto dei quali nessuna quota è reclamata, specialmente nei confronti dei salariati. Di solito la percentuale è stabilita con riferimento all'ammontare dei salari, comprendendo in questi ogni specie di remunerazione, sia in denaro che in natura; ma altre volte — come avviene per certe branche assicurative in Australia, Finlandia, Norvegia, Nuova Zelanda e Svezia e cioè nei Paesi nei quali la tutela va oltre gli stretti limiti dei lavoratori dipendenti — la quota è fissata su una base che consiste in una certa forma di imposta sull'entrata.

Di solito le quote sono fissate in percentuale costante dei salari, ma in certi Paesi (Canadà, India, Norvegia, Unione Sudafricana) la legge fissa, per le diverse categorie di salari, l'ammontare delle quote Islanda, Gran Bretagna, Svezia) le quote percette sono fissate in una somma globale piuttosto che in proporzione dei guadagni.

La partecipazione dello Stato avviene, di solito, a norma di legge e sotto forma di una percentuale del salario imponibile o delle quote percette o delle spese di amministrazione o delle somme corrisposte per le prestazioni o delle somme corrisposte per supplementi di prestazioni; oppure sotto forma di una somma globale per ogni lavoratore assicurato; oppure sotto forma di copertura del deficit, ossia della differenza in meno tra entrate per contributi e uscite per prestazioni e spese; ecc.

Parte delle risorse della sicurezza sociale proviene a volte da speciali imposizioni di tasse (contributi indiretti, imposte sull'esportazione, imposta sulle proprietà, ecc.): e ciò si verifica, tra l'altro, in Argentina, Bolivia, Cuba, Equatore, Francia (nel campo agricolo) e Grecia.

In riferimento ai varî rischi protetti si osserva che per i rischi professionali prevale il sistema di stabilire i contributi padronali secondo l'importanza del rischio; ma anche in questo settore comincia ormai ad apparire l'altro sistema basato sulla percentuale dei salari corrisposti, come in Jugoslavia (2,7 %), in Francia (6 %), in Cecoslovacchia (1 %), in Paraguay (4 %), in Haiti (1 %), ecc.

Il sistema dei contributi stabiliti in una percentuale dell'ammontare dei salari corrisposti o riscossi prevale, invece, nell'assicurazione malattie e maternità. Si hanno, ad esempio, le seguenti percentuali in Jugoslavia (6 % ripartita tra datori di lavoro e lavoratori in misura eguale); in Olanda (6,6 %, ripartita rispettivamente in 4,1 % e 2,5 %); in Polonia (5 % a carico dei soli datori di lavoro); in Cecoslovacchia (6,8 % a carico dei soli datori di lavoro); nel Venezuela 9,9 % (ripartita tra datori di lavoro 2,9 %, lavoratori 2,9 % e Stato 4,1 %); in Costarica (6 %, anche qui ripartita in 2,5 %, 2,5 % e 1 %); in Haiti (8 %, divisa tra datori di lavoro e lavoratori in parti eguali). Altre volte è stabilita, invece, una quota fissa (Messico).

Anche nell'assicurazione vecchiaia, invalidità e morte, predomina il sistema che già s'è visto prevalere nel ramo malattie e maternità, se pure si ha qui una maggiore variabilità delle percentuali. Si riscontra, così, un 12 % in Jugoslavia (datori di lavoro, 8,5 %; lavoratori 3,5 %), un 4 % in Svizzera (2 % e 2 %), un 10 % in Cecoslovacchia e un 5,3 % in Polonia, a carico dei soli datori di lavoro (in Polonia, peraltro, l'assicurazione degli impiegati è a carico degli stessi assicurati con percentuale dell'8 %), infine un 7,5 % in Costarica,

in parti uguali (2,5 %) per datori di lavoro, prestatori d'opera e Stato. Quote fisse sono invece stabilite, se pure in forme diverse, in Olanda (uomini 31,20 fiorini all'anno, donne 26) e in Messico (a seconda delle diverse gradazioni di salario).

Gli assegni familiari sono invece di solito posti a carico dei datori di lavoro con una quota percentuale aggirantesi attorno al 6% (ed infatti è del 6% la quota padronale in Jugoslavia, Olanda, Ungheria, Belgio; del 4% in Cecoslovacchia; del 10% in Polonia; del 12% in Francia, ecc.).

Dove è stato adottato il sistema delle assicurazioni sociali globali, in conseguenza dell'affermarsi del principio unificatore, i contributi sono di solito mantenuti sulla base tripartita e vengono prevalentemente fissati in una percentuale dei salari (oscillante dall'8 % al 16 %) nelle aree latine (es.: Francia), in quote fisse nelle aree anglosassoni (es.: Gran Bretagna), nel mentre in Russia si hanno quote percentuali dei salari, variabili però a seconda del ramo di produzione cui i salari stessi si riferiscono (esempio: industria chimica, 10,7 % dei salari; saline, 9,6 %; miniere, 9,5 %; industrie petrolifere, 8,4 %; edilizia e stradale, 4 %; forestale, 3,8 %; imprese d'arte e spettacoli 3,7 %; ecc.).

Naturalmente non m'è possibile approfondire di più l'argomento, in relazione ai singoli Paesi. Ma nel mentre quanto fin qui s'è detto è sufficiente a dare una idea panoramica della questione, esso serve anche a portare lo studioso della particolare materia, tra l'altro, a due importanti conclusioni.

Va anzitutto rilevato, infatti, che la previdenza sociale, in quasi tutti i suoi rami (fatta, forse, la sola eccezione dei rischi professionali) costa più in Europa che in America.

Va poi osservato che, nel mentre predominano un po' dovunque i sistemi di contribuzione su base tripartita, si va tuttavia sempre più accentuando la tendenza ad aumentare gli oneri previdenziali dello Stato e correlativamente a diminuire quelli dei lavoratori: il che poi, in definitiva, a ben riguardare, non è che un corollario della moderna concezione della previdenza sociale di cui s'è già detto nelle pagine che precedono, della previdenza sociale, cioè, scaturente dai principi altissimi di una superiore e completa giustizia, strumento efficace e indispensabile del benessere della società e del riscatto da ogni ristrettezza economica e da ogni miseria delle singole persone umane.

3. Le persone assicurate

1. - Le categorie delle persone protette nei confronti dei diversi eventi dannosi, a norma delle legislazioni dei vari Paesi. - 2. Le persone assicurate nei Paesi che tutelano prevalentemente le persone economicamente deboli: a) Paesi europei: Gran Bretagna, Irlanda, Svizzera, Stati scandinavi (Svezia, Norvegia, Danimarca, Finlandia, Islanda), Romania. b) Paesi extra-europei: Nuova Zelanda, Australia, Canadà, Perù, Unione Sudafricana. - 3. Le persone assicurate nei Paesi che tutelano prevalentemente i soli lavoratori: a) Paesi europei: Austria, Belgio, Bulgaria, Cecoslovacchia, Francia, Grecia, Jugoslavia, Lussemburgo, Olanda, Polonia, Portogallo, Russia, Spagna, Turchia, Ungheria. - b) Paesi extra-europei: Stati Uniti; Paesi del centro e sud America (Argentina, Brasile, Bolivia, Cile, Columbia, Costarica, Cuba, Equatore, Guatemala, Haiti, Messico, Panama, Paraguay, Salvador, Repubblica Dominicana, Uruguay, Venezuela); Egitto; India; Iran e altri Paesi del Levante e del Medio Oriente.

1. LE CATEGORIE DELLE PERSONE PROTETTE NEI CONFRONTI DEI DIVERSI EVENTI DANNOSI, A NORMA DELLE LEGISLAZIONI DEI VARI PAESI

Le assicurazioni sociali sono sorte e si sono sviluppate — come può vedersi seguendo la loro evoluzione storica — in riferimento, di volta in volta, a singoli rischi ed a determinate categorie o gruppi di persone. È stato pertanto entro questi stessi limiti che si sono poco a poco delineati i vari campi d'applicazione delle diverse legislazioni, se pure, al di sopra dei criteri particolari e distinti, son venuti poi man mano formandosi dei criteri fondamentali di carattere generico. Le assicurazioni nazionali di tutte le persone economicamente deboli, o di tutti i lavoratori, o dei soli lavoratori salariati sono state, quindi, le tre diverse direttive che le attuazioni ed i programmi previdenziali hanno additato e tuttora additano; ed anche quando il criterio generale della tutela di tutte le persone economicamente deboli sia stato adottato, esso tuttavia ha risentito delle diverse circostanze e contingenze legate al particolare rischio per cui s'è applicato.

Deriva da ciò che ogni rischio comporta, in definitiva, lo studio della categoria che lo subisce e, nei limiti di essa, delle persone che debbono essere obbligatoriamente assicurate. Così, per i rischi professionali, è stato adottato, di solito, il criterio della pericolosità dei lavori o seguendo il metodo della enumerazione tassativa di essi (si pensi all'art. 1 del R.D. 17 agosto 1935, n. 1765, nella legislazione italiana) o seguendo il criterio generale di inquadrare nell'assicurazione tutti i lavoratori dipendenti, ponendo tuttavia delle limitazioni sia con l'escludere determinate imprese dall'onere assicurativo sia con lo escludere determinati lavoratori (quelli non manuali) dal diritto alla tutela, per non essere troppo gravi i rischi e ricorrenti gli infortuni. Così, per il rischio malattie, delle limitazioni al criterio generale si sono andate cercando in determinate condizioni (limiti di età,

importo del salario, enumerazione delle malattie tutelate, ecc.). Così, per i rischi vecchiaia, invalidità e morte, pur adottandosi in genere dei criteri più ampi di quelli adottati per i rischi infortuni e malattie, condizioni particolari sono state tuttavia escogitate, di solito di ordine fisiologico (aver sorpassato una data età, comunemente i 60-65 anni) di ordine economico (essere incapace al lavoro, essere lavoratore non manuale) e di ordine sociale (appartenere a determinate categorie professionali, ad esempio dei minatori, degli agricoltori, dei domestici, dei lavoratori occasionali).

Era naturale che, da tale situazione, si arrivasse prima o poi a sentire anche qui la necessità di una unificazione: necessità che infatti si è provata, dapprima come auspicabile soluzione di carattere tecnico-amministrativo, più tardi (e più precisamente con l'ultima guerra mondiale) come soluzione avente un fondamento prettamente giuridico, il diritto della sicurezza sociale apparendo oggi non più come un addentellato alla più o meno insufficienza dei guadagni, bensì come un vero e proprio attributo umano. Ed è per questo motivo che la Conferenza internazionale di Filadelfia nel 1944, ha potuto affermare che «la universalità del campo di applicazione è la essenza del concetto moderno di sicurezza sociale » (1); e che in quasi ogni Paese si va ormai auspicando essa universalità, sia nei riguardi delle persone che nei riguardi degli eventi, pur non nascondendosi gli inconvenienti che la realizzazione di simile piano non può mancare di procurare.

Volgendo alle legislazioni previdenziali vigenti nei diversi sistemi positivi stranieri un rapido sguardo panoramico, si avverte immediatamente come il cerchio delle persone assicurate per ciascuna eventualità vari considerevolmente da un Paese all'altro, andando dalla ampiezza massima dell'Inghilterra e della Nuova Zelanda, ove tutta la popolazione è protetta, a quella minima, ad esempio dell'India, dove la previdenza sociale, ancora agli inizi, appena appena presta le cure mediche ai piccoli salariati dell'industria.

In genere, sono i salariati a toccare l'indice massimo di protezione. Il Bureau International du Travail fornisce in proposito, per 45 Paesi i seguenti dati (anno 1940): i salariati, almeno parzialmente, sono protetti in tutti i casi (576); sono i soli ad essere protetti in 210 casi; in 140 casi la protezione è limitata a gruppi ristretti (urbani, ecc.). In rapporto ai rischi, i salariati e le persone a loro carico ricevono la protezione più completa, come del resto è naturale, nei confronti degli infortuni e delle malattie professionali. Tale situazione

⁽¹⁾ Sicurezza sociale: principî e problemi risultanti dalla guerra, pag. 16, edito dal B.I.T., Montréal, 1944; I problemi generali dell'assicurazione sociale. B.I.T., Ginevra, 1925.

predomina in Austria, Paesi Bassi, Portogallo, Polonia, Ungheria, Grecia, Lussemburgo, Turchia per quanto riguarda l'Europa (ed è — come è noto — la situazione anche italiana), nonchè negli Stati Uniti, nella maggior parte dei Paesi dell'America latina, in Haiti e nell'Iran.

Seguono, nell'ordine di intensità protettiva, tutti gli economicamente deboli (résidants, nel linguaggio del BIT: 44 casi). Tale situazione si riscontra in particolare in Inghilterra e Nuova Zelanda, nonchè in Australia, Canadà, Danimarca, Finlandia, Irlanda, Norvegia, Svezia, Svizzera, Unione Sudafricana.

La protezione per *tutti i lavoratori*, con assimilazione degli indipendenti ai salariati, si riscontra invece preferibilmente in Belgio, Bulgaria, Cecoslovacchia, Cile, Francia, Guatemala, Salvador.

Per quanto riguarda le *eventualità*, sempre il Bureau International du Travail fornisce i seguenti dati: rischi coperti dall'assicurazione in 577 casi su 720, per una percentuale dell'80 %.

Così, ad esempio, la protezione sociale per l'evento « vecchiaia » ha, nei vari Paesi, la seguente estensione, nei riguardi delle persone protette:

- abitanti in genere: Canadà, Finlandia, Gran Bretagna, Islanda, Nuova Zelanda, Svezia, Svizzera;
- abitanti economicamente deboli: Argentina, Australia, Cecoslovacchia, Danimarca, Egitto, Irlanda, Norvegia, Paesi Bassi, Stati Uniti, Unione Sudafricana, Uruguay;
- lavoratori dipendenti, operai ed impiegati, in genere: Argentina, Austria, Belgio, Bolivia, Bulgaria, Cile, Cina, Columbia, Cuba, Repubblica Dominicana, Equatore, Francia, Germania, Guatemala, Lussemburgo, Messico, Panama, Perù, Polonia, Portogallo, Romania, Salvador, Spagna, Ungheria, URSS, Uruguay.
- lavoratori dipendenti non agricoli: Brasile, Grecia, Iran, Stati Uniti, Turchia;
- lavoratori indipendenti in genere: Bulgaria, Cile, Francia, Germania orientale, Guatemala, Portogallo;
- lavoratori indipendenti economicamente deboli: Cina, Panama;
- categorie varie minori: Bolivia, Cuba, Germania occidentale, Grecia, Islanda, Romania, Salvador, urss.

Considerando in genere i vari rischi in rapporto alla tutela degli abitanti, per 45 Paesi, si hanno i seguenti numeri: tutela della salute pubblica in 29 Paesi; protezione dei fanciulli in 32 Paesi; prestazioni di cure per invalidità in 45 Paesi; per la maternità, per le malattie in genere e per gli infortuni sul lavoro in 48; prestazioni economiche per la maternità in 46 Paesi, per la vecchiaia in 48, per la incapacità.

al lavoro in 43, per la morte del capofamiglia in 30, per la disoccupazione in 24, per l'invalidità da infortuni sul lavoro o per la morte in 41; prestazioni per le spese funerarie in genere in 30 Paesi, per le spese funerarie per morte da infortunio sul lavoro in 36.

In rapporto al campo di applicazione le legislazioni previdenziali dei Paesi europei ed extra-europei, possono distinguersi, grosso modo, in due grandi gruppi, a seconda che venga adottato:

- il criterio di tutela per tutti gli economicamente deboli;
- il criterio di tutela per i soli lavoratori.

Esaminerò nell'ordine questi due gruppi, per ognuno considerando prima i Paesi europei e poi quelli extra-europei; avvertendo peraltro che per ognuno dei due gruppi il criterio adottato deve intendersi non in senso assoluto, netto, bensì in senso prevalente, oscillando esso in una infinita gamma da Paese a Paese riguardo ad ogni singolo rischio, e da rischio a rischio riguardo ad ogni singolo Paese.

2. LE PERSONE ASSICURATE NEI PAESI CHE TUTELANO PREVALENTEMENTE LE PERSONE ECONOMICAMENTE DEBOLI

a) Paesi europei.

A) Più che tutela delle persone economicamente deboli, la protezione sociale offerta dalla *Gran Bretagna* dovrebbe definirsi in verità tutela nazionale, in quanto il sistema inglese è il primo in Europa che abbia esteso il suo campo di applicazione (a parte quanto si riferisce al ramo infortuni e malattie professionali) a tutta la popolazione (1).

Soltanto i rischi professionali hanno, infatti, una assicurazione limitata alle sole persone che lavorino in dipendenza di un contratto.

Per quanto riguarda gli altri rischi, sono assicurate obbligatoriamente contro le malattie tutte le persone comprese tra le età degli scolari e dei pensionati; sono assicurate contro la vecchiaia, la morte e la maternità tutte le persone d'ambo i sessi, molte volte le donne acquisendo i diritti senza dover nulla pagare per contributi, ove questi siano corrispoti dai mariti; ricevono i sussidi familiari (senza bisogno di provare alcun stato di necessità) tutti coloro che abbiano al-

⁽¹⁾ Lord Beveridge, Social insurance and allied services, London, 1942; Id., Full Employment in a free Society, in «New States-Man», nov. 1944; Id., Voluntary Action. A Report on Method on Social Advance, London, 1948; Stammati, Note ai piani Beveridge per la sicurezza sociale, in «Rivista int prot. soc.», 1947, 21; Geremia, Aspetti e caratteristiche dell'assicurazione nazionale inglese, in «Prev. Soc.», 1949, 503; D'Agata, Beveridge e la politica della piena occupazione, ibidem, 1949, 524; Milhaud, Le plan Beveridge, Génève, 1943; R. W. Harris, National Health Insurance in Great Britain, London, 1946.

meno due figli a carico, solo che non abbiano superato ancora l'età della scuola e che ricorrano alcune altre condizioni.

B) In *Irlanda*, sono tutelati i lavoratori manuali, nonchè quelli non manuali se di deboli risorse economiche, in tutti i casi di maternità, malattia, invalidità, morte del capo famiglia; i salariati urbani in caso di disoccupazione; tutta la popolazione riceve poi gli assegni familiari e, in caso di stato di bisogno, le pensioni vecchiaia e superstiti.

Naturalmente sono stabilite dalla legge alcune particolari condizioni, quali, in rapporto ai lavoratori anzidetti, di guadagno (non superiore a certo importo annuo) e di età (tra i 16 e i 70 anni). Per gli assegni familiari è richiesto un carico minimo di tre figli minori dei 16 anni.

Sono protetti infine dai rischi professionali i lavoratori per contratto e gli apprendisti, fatte solo alcune eccezioni (lavoratori a domicilio, parenti del datore di lavoro con lui conviventi, membri della polizia, ecc.).

C) In Svizzera (1) l'assicurazione contro i rischi professionali comprende quasi tutte le categorie dei lavoratori salariati, tranne i soli agricoli che restano, quindi, fuori dell'assicurazione obbligatoria.

Le assicurazioni vecchiaia e superstiti tutelano invece, in genere, tutti coloro che risiedono abitualmente nel Paese, senza eccezione di età, sesso o situazione economica, inclusi gli stranieri e inclusi altresì gli svizzeri che lavorano per un datore di lavoro svizzero fuori della patria. L'assicurazione malattie e maternità è obbligatoria per tutta la popolazione in certi cantoni, per la sola popolazione in stato di bisogno in altri cantoni. La assicurazione contro la disoccupazione è obbligatoria per tutti i salariati cittadini in sedici cantoni e in cinquantaquattro municipalità. Esiste inoltre (legge 28 giugno 1901) una assicurazione contro tutti i sinistri per il personale militare.

D) In Svezia (2) sono protetti contro i rischi professionali tutti i salariati, esclusi i lavoratori a domicilio, domestici ed occasionili. Contro i rischi delle malattie in genere e della maternità sono tutelati tutti gli abitanti che esercitino un'attività professionale. Contro i rischi di invalidità, vecchiaia e superstiti è assicurato ogni abi-

⁽¹⁾ SCHALLIER, De la charité privée aux droits économiques et sociaux de citoyen, Neuchatel, 1950, 164; SCHMIDT, Schweizerische Sozial-politik, in Schweiz-Arbeitgeberzeitung », Zürich, 1951, VII; CAROZZI, La prévention des maladies professionelles dans la legislation suisse et étrangère, Génève, 1947; GIANNINI, La prevenzione infortuni nel sistema dell'istituto svizzero, in «Riv. Inf. Mal. Prof. », 1944, I, 124.

⁽²⁾ Persons, La prévoyance en Suéde, in «Riv. int. prot. soc. », 1948, I, 39; Rezza, Organizzazione per il benessere sociale e per l'infanzia in Svezia, in «Annali sanità pubblica », 1950, 1197.

tante che abbia superato i sedici anni. Contro la disoccupazione si ha invece un'assicurazione facoltativa per tutti i salarati, esclusi i lavoratori a domicilio e i parenti del datore di lavoro.

- E) In Norvegia sono tutelati contro i rischi professionali tutti i lavoratori industriali, agricoli, forestali, gli addetti alla marina mercantile e i pescatori (i quali ultimi, però, non ricevono prestazioni economiche). Contro le malattie e per la maternità sono protetti tutti gli operai ed impiegati pubblici e privati con guadagni inferiori alle 9000 corone annuali; ma tutti gli abitanti possono volontariamente assicurarsi. Contro le invalidità, la vecchiaia e la morte sono protetti, invece, tutti i cittadini norvegesi che da almeno 27 anni risiedano nel Paese; e tutte le famiglie che abbiano almeno due figli possono ricevere gli assegni familiari (per le vedove, basta un figlio solo). Contro la disoccupazione, infine, sono tutelate le stesse persone menzionate a proposito dell'assicurazione malattie, eccettuati coloro i cui guadagni siano inferiori alle 600 corone annue, nonchè gli agricoli, i pescatori e i domestici.
- F) In Danimarca sono assicurati contro i rischi professionali tutti i lavoratori subordinati, inclusi i funzionari e i domestici. Per le malattie e la maternità vige l'assicurazione obbligatoria per tutti coloro che stiano tra i 20 ed i 60 anni di età: si distinguono i soci attivi, di deboli risorse economiche, che son poi la maggioranza, ed i soci passivi che son tenuti a versare i contributi. L'assistenza familiare è data ai soli figli o orfani minori degli anni 15. Contro i rischi dell'invalidità, della vecchiaia e della morte sono protette le stesse persone assicurate contro le malattie. Contro la disoccupazione tutti i membri delle associazioni operaie.
- G) In Finlandia sussiste l'assicurazione obbligatoria contro i rischi professionali per tutti i lavoratori salariati. Non esiste, invece, l'assicurazione contro le malattie; e quella contro la disoccupazione è volontaria. Le prestazioni per maternità, assegni familiari, pensioni di invalidità, vecchiaia e morte sono concesse a tutta la popolazione; a tutte le madri ed i bambini le cure negli appositi dispensari.
- H) Quanto all'Islanda, la legislazione sociale tutela tutti i cittadini e per tutti i rischi, escluso quello della disoccupazione (1).
- I) Per la Romania, infine, va ricordato che il regime previdenziale copre tutti i salariati delle imprese private e statali (fatta eccezione di quelli che appartengono alle categorie pagate con stipendi e salari più alti) contro i rischi delle malattie, della maternità, delle invalidità, della vecchiaia e della morte.

⁽¹⁾ Gundmundsson, Il nuovo regime di sicurezza sociale in Islanda, in «Problemi del servizio sociale », 1950, 218.

b) Paesi extra-europei.

Continuando nella esposizione delle persone assicurate nelle legislazioni dei Paesi che hanno adottato, almeno in prevalenza, il criterio di tutelare le persone economicamente deboli, una breve rassegna occorre fare, dopo gli Stati europei, degli Stati extra-europei.

- A) Anzitutto occorre dire della Nuova Zelanda, nella quale sono protetti contro i rischi professionali i soli salariati; ma è poi tutta la popolazione che, per la legge del 1938, è tutelata contro le malattie, le invalidità, la vecchiaia (a partire dai 60 anni), la morte del capo-famiglia, i carichi familiari, la disoccupazione e in tutte le altre circostanze impreviste nelle quali, per cause indipendenti dalla propria volontà, il cittadino non possa da sè solo far fronte agli eventi.
- B) In Australia le prestazioni per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali sono previste soltanto per i lavoratori dipendenti e loro aventi diritto che godono di basse risorse economiche; quelle per malattie e disoccupazione solo per gli abitanti del Paese che siano, anch'essi, di classi economicamente debilitate; quelle di vecchiaia, invalidità e morte per le sole persone che abbiano nazionalità britannica. Per quanto riguarda i servizi sanitari, essi dovranno essere a beneficio di tutta la popolazione, ma per intanto si hanno soltanto le assistenze ospedaliere e farmaceutiche gratuite per tutti gli abitanti. Nel settore della maternità le prestazioni vengono infine concesse a tutti coloro che ne abbisognino, ove ricorrano le condizioni richieste.
- C) Nel Canadà l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali si applica a tutti i lavoratori salariati, o alla maggioranza dei lavoratori cittadini, a norma di disposizioni provinciali. Tutti gli abitanti godono invece, ricorrendo determinate condizioni, degli assegni familiari; e tutte le persone economicamente deboli hanno diritto all'assicurazione contro la vecchiaia; nel mentre l'assicurazione contro la disoccupazione protegge i lavoratori dipendenti dei centri urbani che abbiano dei redditi di lavoro inferiori a certi limiti. Alcune provincie possiedono dei servizi ospedalieri per tutta la popolazione (così la Columbia Britannica e il Saskatchewan); altre, luoghi di cura o ospedali per la maternità.
- D) Nel *Perù* gli eventi dannosi sono assicurati con due sistemi: quello per malattie, maternità, invalidità, vecchiaia e morte, e quello per i rischi professionali; e per ambedue le persone protette sono soltanto i lavoratori di scarse risorse economiche. Così l'assicurazione è obbligatoria per i lavoratori d'ambo i sessi, che non superino i sessanta anni di età nè godano di salario superiore a certa cifra; per i

lavoratori a domicilio; per i lavoratori domestici; per gli apprendisti. Ma esiste una assicurazione facoltativa per le categorie di lavoratori non comprese nelle precedenti, come gli indipendenti; e recentemente è stata altresì creata un'assicurazione per gli impiegati.

E) Chiude l'elencazione dei Paesi che ispirano la loro legislazione sociale al criterio di tutelare, in linea di massima, le persone che si trovino in precarie condizioni economiche, l'Unione Sudafricana, nella quale, proprio per queste persone, si stanno presentemente creando dei servizi ospedalieri, nel mentre delle pensioni per la vecchiaia sono corrisposte alle stesse condizioni. Per i lavoratori salariati provvisti di insufficienti mezzi economici funzionano, poi, l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e l'assicurazione contro la disoccupazione.

3. Le persone assicurate nei paesi che tutelano prevalentemente i soli lavoratori

a) Paesi europei.

Il secondo gruppo di Paesi comprende quelli le cui legislazioni previdenziali, almeno come orientamento prevalente (ed a simiglianza di quanto avviene in Italia), tutelano i soli lavoratori. Anche per questo gruppo va quindi compiuta una rapida rassegna, incominciando dalle legislazioni europee.

- A) In Austria tutti i lavoratori dipendenti sono assicurati contro tutti i rischi, fatta la sola eccezione dei lavoratori agricoli nei confronti dell'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione. Sono assicurati contro i rischi professionali, inoltre, a parte i lavoratori dipendenti, anche alcune categorie dei lavoratori autonomi; i quali ultimi hanno altresì diritto, a volte, alle cure mediche in caso di malattia e di maternità, nonchè alle indennità in caso di maternità. Infine, hanno diritto alle prestazioni di legge le persone a carico dei predetti lavoratori.
- B) In Belgio sono assicurati contro gli infortuni sul lavoro tutti gli operai a contratto nonchè gli apprendisti, quand'anche non abbiano retribuzione, appartenenti sia ad imprese di carattere pubblico che privato, a condizione però che il datore di lavoro occupi abitualmente almeno un operaio per almeno due mesi l'anno. Agli operai sono equiparati gli impiegati, qualunque sia la loro remunerazione, nonchè i lavoratori a domicilio, i mozzi di bordo, e, per la legge 1º gennaio 1946, tutti i lavoratori domestici in genere. Sono assicurati contro le malattie professionali, invece, tre sole categorie di operai: quelli di imprese pubbliche o private compresi nella legge 10 marzo 1900 sul contratto di lavoro, ai quali sono tuttavia assimilati gli ap-

predisti anche senza salario, nonchè gli impiegati che, partecipando direttamente o indirettamente al lavoro, affrontano i rischi medesimi cui sono esposti i lavoratori manuali; gli artigiani; i lavoratori a domicilio.

Contro i rischi malattie, maternità, invalidità, vecchiaia, disoccupazione — i quali sono stati tutti oggetto della riforma di cui alla legge 28 dicembre 1944 — sono assicurati tutti i lavoratori a contratto di lavoro o di impiego; ed agli stessi sono concessi gli assegni familiari. La detta legge, peraltro, non si applica ai marittimi, ai funzionari pubblici, in certe condizioni ai ferrovieri, per i quali esiste un regime speciale. Con decreto particolare sono stati compresi nelle concessioni di cui alla legge del 1944, invece, i lavoratori agricoli (fatta eccezione per il rischio malattie e invalidità), i lavoratori a domicilio, quelli domestici, i pescatori, i salariati di imprese familiari, gli apprendisti.

Delle indennità e dei premi di natalità sono accordati, in ultimo, a tutte le persone esercitanti una qualche attività professionale; e tutti gli abitanti del Paese possono assicurarsi liberamente contro eventualità che non siano già tutelate dal regime obbligatorio.

- C) In Bulgaria sono protetti dai rischi di malattia, maternità, infortuni sul lavoro, invalidità, vecchiaia, morte, disoccupazione e carichi familiari tutti i lavoratori remunerati, impiegati ed operai, ai quali debbono ritenersi assimilati, agli effetti assicurativi, i soci delle cooperative di produzione che, lavorando nelle industrie peschiera o giardiniera, siano pagati in denaro; nonchè i pensionati che tuttavia continuino a lavorare senza un datore di lavoro fisso. I pensionati che non lavorano sono assicurati obbligatoriamente contro il rischio malattie.
- D) In Cecoslovacchia sono obbligatoriamente assicurati contro le malattie e per le pensioni tutti i lavoratori remunerati (eccettuati i militari di carriera), i lavoratori autonomi, i parenti del datore di lavoro che siano alle dipendenze dello stesso (i così chiamati membri « coattivi » dell'impresa), i beneficiari di pensioni ed i disoccupati.

Gli impiegati statali e quelli di enti pubblici sono assicurati contro le malattie e contro i rischi della maternità, e la stessa cosa si verifica per i pensionati e per i disoccupati che ricevono il sussidio di disoccupazione (per i quali ultimi il periodo di disoccupazione si considera come periodo assicurato nel ramo pensioni).

L'entrata in funzione definitiva e completa del regime di assicurazioni sociali nazionali dovrà peraltro permettere la tutela di tutte le persone che esercitino una qualsiasi attività professionale e delle loro famiglie, fatte le sole eccezioni dell'assicurazione contro la disoccupazione e di quella contro i rischi professionali, che dovranno proteggere i soli lavoratori dipendenti. Soltanto i lavoratori dipendenti, infine, avranno diritto agli assegni familiari.

E) Uno sguardo particolare merita la Francia (1), sia per essere la Nazione latina più affine idealmente e più vicina geograficamente all'Italia, sia per essere stata essa teatro di una recentissima riforma in tutta la materia di previdenza sociale.

Agli inizi del 1945 la Francia si trovava di fronte ad una legislazione dispersa, frammentaria, non coordinata. Nell'intraprendere la riforma, pertanto, più che di regolare nuove questioni o di coprire d'assicurazione rischi rimasti fino allora scoperti, si trattava — per dirla con il Larocque — « di considerare il problema della sicurezza sociale come un tutto, come un insieme, e sforzarsi di apportargli delle soluzioni coordinate ».

Molte erano le leggi e le istituzioni esistenti: dalle istituzioni mutualistiche ai regimi speciali per particolari categorie (marittimi, minatori, ferrovieri, funzionari); dalla legislazione infortunistica basata sul principio della responsabilità padronale del rischio professionale, alle assicurazioni sociali per i meno abbienti impiantate sulla legislazione del 1930; dalla legislazione relativa agli assegni familiari a tante altre leggi e forme minori.

Tutto questo occorreva rivedere, ed a questa riforma tesero infatti i progetti che, sottoposti alla Assemblea legislativa, nell'ottobre del 1945 portarono a quelle prime ordinanze che s'è già avuto occasione di menzionare.

Prima ad essere emanata è stata l'ordinanza del 4 ottobre 1945, che ha gettato le basi strutturali e funzionali di una integrale pro-

⁽¹⁾ Molto ricca è la bibliografia relativa alla sicurezza sociale in Francia. Mi limiterò ad indicare qui le opere che ho maggiormente consultato, oltre alla mia ancora inedita (Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali nel quadro della sicurezza sociale in Francia) ed a quelle di carattere generale, tra le quali il volume su La sécurité sociale; étude internationale, del B.I.T.: Lajuge, La sécurité sociale, Paris, 1950; Getting, La sécurité sociale. Paris, 1950; Larocque, De l'assurance sociale à la sécurité sociale: l'experience française, in «Revue int. du travail», LXII, n. 6, 1948, 622; Marchetti, La sicurezza sociale in Francia, in «Dir. del Lav.», 1950, I, 135; Avenati-Bassi, Il piano di sicurezza sociale in Francia, in «Riv. Inf. Mal. Prof.», 1947, II, 304; Agostini, Sguardi sul piano francese di sicurezza sociale, ibidem, 1945, II, 245; Carloni, Gli infortuni sul lavoro nel quadro della sicurezza sociale in Francia e i diritti dei cittadini italiani, in «Riv. Inf. Mal. Prof.», 1950, 332; Direct. Gen. Sec. Soc. La sécurité sociale et les étrangers, in «Informations sociales», 1951, XIV, 923, e infine, Cataldi, Le malattie professionali nel quadro della sicurezza sociale in Francia, in «Dir. del Lav.», 1951, VI, 414; Id., L'infortunio sul lavoro per «faute inexcusable» nella legislazione infortunistica francese, in «Riv. Inf. Mal. Prof», 1952, III-IV; Id., L'infortunio in itinere nella legislazione infortunistica francese, ibidem, 1953, III.

tezione sociale del lavoratore, precisando il campo di applicazione della « Sécurité Sociale », alla quale è restata affidata così una triplice gestione: dei rischi delle assicurazioni sociali propriamente dette (malattie, lunghe malattie, vecchiaia, morte, maternità), degli assegni familiari, dei rischi professionali (infortuni sul lavoro, malattie professionali, loro prevenzione).

Han fatto seguito poi: un'ordinanza del 19 ottobre 1945 che rinnova le assicurazioni sociali fino allora basate sulla legge del 1930; la legge del 22 maggio 1946 che tra l'altro stabilisce le modalità per il calcolo e il versamento dei contributi; la legge del 22 agosto 1946 con la quale sono sistemati gli assegni familiari; le successive leggi modificatrici ed integratrici; ed in particolare le leggi relative al settore infortunistico.

Tra queste ultime va anzitutto ricordata la legge fondamentale n. 46-2426 del 30 ottobre 1946 sulla prevenzione e riparazione dei rischi professionali, cui ha fatto seguito il regolamento di applicazione approvato con decreto n. 46-2959 del 31 dicembre 1946. Seguono le leggi n. 47-2201 del 17 novembre 1947 sulla silicosi, n. 48-49 del 12 gennaio 1948 con maggiorazioni indennità riferite agli operai non agricoli, il decreto 16 febbraio 1948, il decreto 18 febbraio 1946, il decreto 16 marzo 1948 che modifica la tabella delle malattie professionali, la legge del 7 settembre 1946, i decreti del 6 luglio e del 9 febbraio 1949 ancora sulle malattie professionali, la legge del 2 agosto 1949 sulle maggiorazioni delle rendite, la legge 31 agosto 1950 sulle malattie professionali, una legge recentissima, del 1952, sulla silicosi, ecc.

Per quanto riguarda le assicurazioni sociali in genere, l'ordinanza del 19 ottobre 1945, fissando il regime applicabile agli assicurati delle professioni non agricole, ha costituito una revisione completa di quasi tutta la legislazione già vigente in materia; nel mentre agli assicurati delle professioni agricole han provveduto recentemente il decreto n. 50-444 del 20 aprile 1950, istitutivo del regime assicurativo in materia, ed il decreto n. 50-1225 del 21 settembre 1950, oggi testo base dell'assicurazione.

La modifica più importante apportata dalla suddetta ordinanza 1945 è quella dell'assoggettamento generalizzato di tutti i lavoratori, qualunque sia il limite di salario, la forma, la natura e la validità del loro contratto di lavoro (compresi, quindi, i lavoratori a domicilio, i viaggiatori e rappresentanti di commercio, gli ispettori e gli agenti di imprese e di assicurazione, i dipendenti degli hôtels, dei restaurants, dei caffè, gli autisti di auto pubbliche, ecc.); e cioè un complesso di circa 8.300.000 lavoratori che, calcolando anche le loro

famiglie, assommano a un totale di 16-17 milioni di individui, pari al 40% della popolazione.

Per quanto riguarda, in particolare, l'« allocation aux vieux travailleurs », istituita nel 1941, essa era originariamente accordata ai soli lavoratori francesi ultrasessantacinquenni, o ultrasessantenni inabili al lavoro. Ma accordi internazionali si sono venuti man mano concludendo con l'Italia, con il Belgio, con l'Inghilterra, con la Polonia, con la Cecoslovacchia, perchè possa essere corrisposta anche ai vecchi lavoratori stranieri.

Infine è concessa la facoltà di un'assicurazione volontaria, sotto determinate condizioni, alle persone obbligatoriamente assicurate per almeno sei mesi, le quali abbiano successivamente perduto il diritto di restar comprese nel regime di tutela obbligatoria, nonchè ai membri della famiglia dell'imprenditore inferiori ai quarant'anni d'età e che lavorino alle dipendenze di lui senza percepire mercede.

Per quanto riguarda le prestazioni familiari, la legge 22 agosto 1946 ha provveduto a sistemare l'assegno di maternità, gli assegni familiari, l'assegno del salario unico e gli assegni prenatali. A questi assegni debbono poi essere aggiunti gli assegni di alloggio (« allocations de logement ») nonchè i premi di « aménagement » e di « déménagement » della legge 1 settembre 1948 accordati alle persone che compiano dei lavori per sistemarsi meglio o che cambino alloggio con lo scopo di procurarsene uno migliore del precedente.

Per quanto riguarda l'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali, va anzitutto ricordato che dal quadro generale della riforma della sicurezza sociale sono rimasti esclusi, come si vedrà tra poco, alcune categorie di lavoratori a cominciare da quelli agricoli, per cui questi ultimi sono fuori da esso quadro anche nel settore dei rischi professionali. La legge infortuni del 1946 e le leggi successive riguardano, infatti, esclusivamente il settore non agricolo, ed esse tutelano, pertanto, tutti i lavoratori dipendenti del commercio e dell'industria. Più precisamente sono beneficiari di pieno diritto, di cui all'art. 2 e all'art. 3 della citata legge 30 ottobre 1946 e successive norme e ordinanze: tutti i salariati e loro assimilati, i lavoratori a domicilio, i viaggiatori e rappresentanti di commercio, i piazzisti, i soci di cooperative di produzione, i dipendenti di alberghi e ristoranti, gli autisti di taxi, i facchini delle stazioni, il personale dei teatri e altri locali di pubblico spettacolo, gli allievi degli Istituti di insegnamento tecnico e dei Centri di rieducazione professionale, gli apprendisti, i detenuti che effettuano un lavoro penale, certe categorie di marittimi, i parenti dei datori di lavoro, gli addetti alle ferrovie secondarie, alle imprese di elettricità e gas, i tessitori a domicilio, il personale di certe scuole, i minatori, i vigili del fuoco, i battellieri, i portieri della regione parigina, i dipendenti della Compagnia generale delle acque, gli ausiliari non permanenti della Banca di Francia, alcuni funzionari, i giardinieri di giardini pubblici, gli sportivi professionisti, i ministri dei culti ortodosso russo e protestante, gli ufficiali dell'armata della salute, ecc. Sono invece esclusi dal regime assicurativo compreso nel quadro generale della sicurezza sociale, gli addetti alle comandate, i lavoratori occasionali, i medici e chirurghi, i religiosi ospedalieri, i pompieri volanti, certe categorie di marittimi, ecc:, cui debbono essere aggiunte le categorie che — come tra poco si dirà — godono di regimi speciali. Infine, sono assicurati facoltativamente (art. 6 legge 1946) i liberi professionisti, i commercianti, gli artigiani, gli industriali, gli agenti, i sarti, certi tipi di viaggiatori, i mandatari patentati, i conduttori proprietari di veicoli pubblici, ecc.

Per concludere, la sicurezza sociale si indirizza, in Francia, a tutti coloro che sul territorio metropolitano nonchè (decreto 17 ottobre 1947, legge 2 agosto 1949, ecc.) dei dipartimenti delle Antille, della Réunion, della Guyana e dell'Algeria, prestano lavoro per conto altrui, qualunque sia il loro guadagno; ed a costoro ed ai loro aventi diritto assicura le prestazioni in denaro e in natura (che si esamineranno nel prossimo capitolo) in tutti i casi di infortuni, malattie, maternità, invalidità, vecchiaia e morte; rimanendo esclusi dal quadro di essa sicurezza sociale il solo rischio della disoccupazione, « trop irrégulier — come è stato osservato — pour pouvoir étre intégré dans un systeme qui s'efforce de réaliser un strict équilibre entre les recettes et les dépenses ». Non solo, ma un campo ancora più vasto hanno i menzionati assegni familiari, in quanto che di essi profittano tutte le persone, francesi o straniere, « ayant à sa charge — detta l'art. 2 della legge del 22 maggio 1946 — comme chef de famille ou autrement, un ou plusieurs enfants résidant en France ».

Non ha potuto essere, peraltro, ancora realizzata la totale estensione della sicurezza sociale che pure era stata prevista, nei confronti di certe determinate categorie, quale quella degli esercenti professioni liberali, commerciali ed artigianali (ad eccezione dell'assicurazione vecchiaia, per la legge del 17 gennaio 1948) e nei confronti di altre categorie che tuttavia beneficiano di regimi speciali, e cioè: i salariati delle imprese agricole e forestali (le quali, per i rischi professionali, sono ancora tutelate dalla legge 15 dicembre 1922), gli operai e gli apprendisti degli «ateliers» della marina, gli operai delle fabbriche d'armi dipendenti dal Ministero della guerra, gli impiegati e loro assimilati statali, gli agenti titolari di Enti locali, i pompieri professionisti, certe categorie di minatori, certi allievi di Istituti di insegnamento tecnico, gli agenti di ruolo delle ferrovie, gli agenti di

ruolo della Banca di Francia e della Banca di Algeria, gli agenti di imprese che assicurano servizi pubblici o che sono di interesse generale.

F) Continuando nella rassegna dei Paesi che tutelano soltanto i lavoratori (di solito dipendenti, se pure con qualche eccezione per altre categorie), e passando alla *Grecia*, sono dalla legislazione previdenziale ellenica tutelati, contro i rischi professionali, le malattie, le invalidità, la vecchiaia e la morte tutti i lavoratori dipendenti e gli apprendisti delle industrie che la legge determina, nel mentre restano esclusi i lavoratori agricoli, quelli domestici, quelli occasionali, nonchè quelli che risiedono fuori dei centri urbani nei quali il regime previdenziale sia stato istituito.

Sono protetti contro la disoccupazione, a condizione che siano già stati compiuti almeno 270 giorni di lavoro, i lavoratori dipendenti da imprese industriali e artigiane, dalle amministrazioni statali o concessionarie dello Stato; nonchè gli impiegati del commercio quando siano assicurati presso la Cassa d'assicurazione dei commercianti. Anche qui restano quindi esclusi i lavoratori agricoli e forestali oltre ai pescatori, agli addetti agli stabilimenti bancari e alle persone già comprese in speciali protezioni della disoccupazione.

- G) In Jugoslavia la legge del 26 luglio 1946 prevede la tutela per tutti i lavoratori che, al servizio dello Stato, lavorano in imprese pubbliche, cooperative, istituzioni, organizzazioni o in imprese private, nonchè per tutti i lavoratori dipendenti da privati imprenditori. Successive disposizioni hanno poi esteso la tutela anche agli artigiani soci di cooperative organizzate a norma della legge sulle cooperative, quest'ultime venendo all'uopo considerate come datrici di lavoro.
- H) In Lussemburgo persone protette contro tutti i rischi che possono minacciare l'esistenza sono considerati i lavoratori dipendenti, per quelli non manuali richiedesi tuttavia una precaria situazione economica per considerarli obbligatoriamente assicurati contro le malattie e i rischi della maternità. Tutti i cittadini che esplicano un'attività professionale hanno il diritto peraltro ai premi di natalità.
- I) In Olanda sono assicurati contro i rischi professionali tutti i lavoratori dipendenti delle imprese industriali soggette all'obbligo assicurativo. La legge si applica anche agli apprendisti, volontari e minori dei ventuno anni d'età, quand'anche non siano remunerati. Sulla particolare assicurazione ha tra l'altro disposto la legge 17 marzo 1949. Contro i rischi malattie e maternità sono assicurati tutti i lavoratori dipendenti con remunerazione annuale non superiore a

dati limiti (nel 1947: fiorini 3750); e gli stessi hanno diritto alle prestazioni mediche. Contro i rischi invalidità, vecchiaia e morte sono assicurati tutti i lavoratori dipendenti dai 14 ai 35 anni, i quali non abbiano salari superiori ai 3750 fiorini annui; ma restano esclusi, in determinati casi, gli operai ed impiegati di servizi pubblici, semipubblici, corporativi, nonchè i minatori ed i ferrovieri, che godono di regimi speciali di tutela. Quanto al sussidio, han diritto ad esso solo gli olandesi d'ambo i sessi che siano ultrasessantacinquenni e che abbiano vissuto in patria negli ultimi sei anni. Gli assegni familiari sono infine concessi ai lavoratori, operai e impiegati rispettivamente dipendenti da un datore di lavoro o da un ente pubblico, che abbiano almeno due figli a carico, d'età inferiore ai dieci anni; ma la legge del 21 dicembre 1946, entrata in vigore il 1º ottobre 1947, concede la possibilità di ottenere l'assegno anche a coloro che hanno un sol figlio minore.

L) In Polonia (1) sono protetti dai rischi professionali tutti i lavoratori a contratto di lavoro o di impiego, gli apprendisti, gli addetti alle fatiche pesanti, i parenti del datore di lavoro ad eccezione della moglie, i detenuti occupati in attività lucrativa; sono invece esclusi dall'assicurazione gli addetti a servizi domestici di breve durata (che non sorpassino le due settimane presso lo stesso datore di lavoro), i parenti dell'artigiano se vivono e lavorano con lui, gli impiegati statali o di enti, che siano occupati in virtù di un regolamento di diritto pubblico. Contro i rischi malattie e maternità sono protette le stesse persone protette contro i rischi professionali, inclusi però tra esse gli impiegati statali, nel mentre restano esclusi i membri della famiglia del datore di lavoro industriale o agricolo, gli alunni o licenziati di scuole tecniche che lavorano allo scopo di perfezionarsi, le persone per le quali il lavoro remunerato non costituisce la principale fonte di guadagno, i lavoratori occasionali (semprechè la loro occupazione non superi la settimana o, se agricoli, venticinque giorni), i detenuti.

Anche contro i rischi invalidità, vecchiaia e morte sono protetti — per quanto riguarda i lavoratori manuali — gli stessi protetti contro i rischi professionali (esclusi gli impiegati statali, i lavoratori che si occupano quando han già superati i sessant'anni d'età, coloro che han perduto i due terzi della capacità lavorativa, gli apprendisti artigiani, coloro che siano occupati presso gli uffici di poste e telegrafi per durata inferiore ad un mese); per quanto riguarda i lavo-

⁽¹⁾ Cfr. in « Problemi serv. soc. », 1950, 445, la nota su la Riforma del sistema di sicurezza sociale in Polonia; Kryger, Le assicurazioni sociali in Polonia, in « Previdenza Sociale », 1948, II, 42.

ratori intellettuali sono invece protetti tutti coloro che abbiano compiuto i sedici anni d'età, qualunque sia la loro remunerazione, escluse solo le persone che abbiano perduto le capacità lavorative; nonchè, in certe condizioni, gli ultrasessantenni e altre categorie.

L'assicurazione contro la disoccupazione tutela in ultimo tutti i lavoratori maggiori dei sedici anni d'età, occupati in imprese industriali, commerciali, di trasporto, ecc., sempre che queste impieghino almeno un numero di cinque operai.

M) In Portogallo sono assicurati: contro i rischi professionali tutti i lavoratori dipendenti; contro le malattie, l'invalidità, la vecchiaia, la morte del capofamiglia, tutti i lavoratori dipendenti ed indipendenti; nel mentre i pescatori han diritto agli assegni familiari ed alle cure mediche (1).

N) Passando alla *Russia* (2) le assicurazioni sociali si applicano a tutti i lavoratori dipendenti, ed in particolare a quelli impiegati nel « settore socializzato » della produzione (imprese di Stato, pubbliche, cooperative, ecc.) e negli stabilimenti privati, nonchè ai lavoratori che seguono corsi di rieducazione. Sono invece esclusi dalla assicurazione statale, i membri delle imprese agricole collettive, coloro che hanno imprese agricole individuali, i lavoratori occasionali e i piccoli artigiani, i quali tutti godono però di assicurazioni speciali.

Le persone, invece, che non rientrino nè nell'assicurazione sociale nè in quelle speciali, giunti a vecchiaia, possono giovarsi dei benefici dell'assistenza sociale nonchè, se malati, delle istituzioni per invalidi le quali sono a carico dello Stato.

O) In Spagna (3) sono stati assicurati contro gli infortuni sul lavoro, nel settore industriale e marittimo (regolamento approvato con decreto 31 gennaio 1933, ampliato con decreto 26 luglio 1935 e modificato con decreto 15 giugno 1938) tutti coloro « che eseguono abitualmente un lavoro manuale fuori del proprio domicilio, per conto altrui, con remunerazione o senza, quand'anche si tratti di apprendisti, sia che stiano a giornata che in qualunque altra forma, o in virtù di contratto verbale o scritto »; e nel settore agricolo (regolamento approvato con decreto del 25 agosto 1931), tutti gli operai che eseguano abitualmente un lavoro fuori del proprio domicilio per

⁽¹⁾ Baldi, op. cit.

⁽²⁾ Cfr., in "Probl. Serv. Scc.", 1950, 23, il Panorama della sicurezza sociale in Russia; Cuzzaniti, I sindacati sovietici e la previdenza sociale, in "Previdenza sociale", 1945, III, 4.

⁽³⁾ Perez Botija, Curso de derecho del trabajo, 2ª ed., Madrid, 1950, 479; Hernainz Marquez, Tratado elemental de derecho del trabajo, 4ª ed., Madrid, 1949, 465; Giron De Velasco, Quince años de politica dirigida por Franco, Madrid, 1951.

conto altrui, nel mentre sono esclusi i parenti del datore di lavoro e i lavoratori occasionali. Contro le malattie professionali (decreto del 10 gennaio 1947 che ha creato questa speciale assicurazione per la silicosi) sono protetti gli addetti alle miniere di piombo, oro, carbone, nonchè alle industrie ceramiche e altre che potranno essere man mano indicate da ordinanze ministeriali.

Contro i rischi di malattie, maternità e vecchiaia (decreto 2 dicembre 1948 entrato in vigore il 1º luglio 1949) sono protetti i lavoratori dipendenti, manuali o non, d'età superiore ai quattordici anni, che non guadagnino più di 18.000 pesetas annuali; i sudditi portoghesi, filippini, andorrani, ispano-americani che svolgano attività in Spagna; e qualche altra categoria; nel mentre sono esclusi i parenti del datore di lavoro e, per l'assicurazione vecchiaia, i domestici, gli impiegati statali, ecc. Alle stesse categorie vengono, in linea generale, concessi — o non concessi — gli assegni familiari (decreto 29 dicembre 1948). Tali assegni sono pure corrisposti a determinate categorie di impiegati pubblici (ordinanza 3 marzo 1939) nonchè a determinate categorie di agricoli (decreto 26 maggio 1943). Per altre categorie (ad esempio i raccoglitori di resina: ordinanza 4 ottobre 1947; i pescatori: decreto 29 settembre 1943) sono stabiliti regimi speciali per gli assegni familiari e per le pensioni di invalidità e vecchiaia; ed un regime speciale è previsto altresì per il personale addetto a servizi domestici (legge 19 luglio 1944).

- P) La *Turchia*, giusto il capitolo VII del suo codice del lavoro del 1936, ha creato le assicurazioni sociali contro i rischi professionali, delle malattie, della maternità, della vecchiaia e in caso di decesso del capofamiglia, per tutti i lavoratori dipendenti dei centri urbani (legge del 1945, modificata nel 1947 e nel 1950).
- Q) Infine, in *Ungheria*, sono compresi nella tutela delle assicurazioni sociali contro tutti i rischi (professionali, malattie, invalidità, vecchiaia), ad eccezione di quello della disoccupazione, tutti i lavoratori dipendenti, impiegati, operai, sia dell'industria che della agricoltura nonchè dei servizi domestici e della pubblica amministrazione.

b) Paesi extra-europei.

Continuando nella esposizione delle persone assicurate nelle legislazioni dei Paesi che hanno adottato il criterio di tutelare i soli lavoratori, in genere dipendenti (o salariati), resta da compiere — per chiudere l'argomento, — un rapido excursus nei Paesi extra-europei, e cioè dell'America del nord (Stati Uniti), dell'America del centro e del sud, e dell'Oriente (Egitto, India, Iran).

A) Negli Stati Uniti d'America tutti i lavoratori dipendenti dei centri urbani ed agricoli sono praticamente protetti contro i rischi della vecchiaia e della morte (assicurazione superstiti); e così pure i lavoratori per proprio conto. Solo i lavoratori dipendenti appartenenti ai centri urbani sono però protetti dal rischio disoccupazione; e la stessa cosa può dirsi per l'assicurazione contro i rischi professionali.

L'assistenza medica tutela i lavoratori del mare. Prestazioni in denaro vengono corrisposte per malattie e invalidità agli addetti alle ferrovie, in genere, e ai lavoratori dipendenti dai centri urbani in quattro Stati. Molto sviluppata è l'assistenza sociale (1).

- B) In *Argentina* sono assicurati tutti i lavoratori contro tutti i rischi, eccettuati quelli delle malattie e della disoccupazione; e sono corrisposte le cure nei casi di maternità.
- C) In *Brasile* la previdenza sociale tutela « ogni brasiliano o straniero domiciliato nel paese, maggiore di quattordici anni, che eserciti un mestiere remunerato »; non ricorre pertanto la tutela contro la disoccupazione.
- D) La *Bolivia* possiede una previdenza sociale recente ma già ottimamente avviata, specie dopo la promulgazione dei tre decreti dell'ottobre 1951, e tutela tutte le persone che compiano un lavoro in forza di un contratto espresso o presunto di lavoro o di apprendistato, o siano impiegate in uffici pubblici o privati.
- E) Il Cile protegge contro gli infortuni sul lavoro tutti gli operai, gli impiegati e gli apprendisti; contro i rischi malattie, maternità, invalidità e vecchiaia tutti i lavoratori manuali dell'industria, del commercio, dell'agricoltura, nonchè i lavoratori indipendenti e quelli addetti a servizi domestici. Non sussistono invece l'assicurazione contro la disoccupazione e la morte, nè gli assegni familiari.
- F) Una organica e completa legge di previdenza sociale possiede la Columbia, legge che tutela tutti i lavoratori nazionali e stranieri che in forza di contratto di lavoro o di apprendistato prestino opera alle dipendenze altrui; inclusi i lavoratori domestici e quelli a domicilio; nonchè gli impiegati e gli operai che siano addetti alla costruzione e conservazione di opere pubbliche; e i lavoratori indipendenti (piccoli industriali, agricoltori, commercianti, artigiani, ecc.) i cui

⁽¹⁾ DE VIADO, Panorama general de la seguridad social americana, in «Riv. esp. de Seguridad social», 1951, 539; Stafforini, Orientaciones para el desarollo de la seguridad social en las Americas, ibidem, 1951, 571; MIN. LAV. PREV. Soc., La previdenza sociale alla fine del 1946, Roma, 1947, (Parte X); Olea, Perspectivas del seguro de enfermedad en los Estados Unidos, in «Rev. esp. seguridad social», 1951, 1061.

guadagni non eccedano i 1.800 pesos per anno, lavoratori, quest'ultimi, per i quali tuttavia si permette un'assicurazione facoltativa, secondo il loro patrimonio ed il loro carico familiare. Sono invece esclusi dall'assicurazione i parenti del datore di lavoro, i lavoratori occasionali o che non superino i novanta giorni lavorativi per anno, gli impiegati e gli operai tutelati da regimi speciali.

- G) In Costarica è a norma del Codice del lavoro che sono tutelati contro gli infortuni e le malattie professionali tutti i lavoratori, inclusi gli apprendisti ed esclusi invece quelli a domicilio, gli agricoli ed i domestici. Per le assicurazioni sociali in genere sono tutelati gli impiegati pubblici e gli operai, in determinate condizioni (non maggiori di 65 anni, ecc.) e qualunque sia il loro reddito di lavoro.
- H) In Cuba sono protetti contro i rischi professionali tutti i lavoratori; contro le malattie soltanto quelli dei centri urbani; contro l'invalidità, la vecchiaia e la morte soltanto alcune categorie lavoratrici. Speciali misure sanitarie sono state recentemente introdotte in alcune fabbriche (specchi, ecc.).
- I) Nell'Equatore, invece, sono protette « tutte le persone che lavorano per conto altrui, ivi compresi gli impiegati pubblici e gli apprendisti », qualunque sia la loro remunerazione; ma già è prevista e si va attuando (a norma dell'art. 35 dello Statuto dell'Istituto nazionale di previdenza) l'estensione della previdenza a tutte le categorie di lavoratori sia dipendenti che autonomi.
- L) In Guatemala il campo di applicazione della nuova legge previdenziale abbraccia tutti coloro che svolgano attività professionale. Tali persone sono obbligate a corrispondere i contributi sociali in proporzione dei loro guadagni, ed hanno diritto a ricevere le prestazioni per sè e le famiglie nei limiti compatibili con il minimo di protezione che l'interesse e la tranquillità sociale richiedono.
- M) In *Haiti* sono protetti contro i rischi maternità, malattie e professionali, in base ad una nuova legge, tutti i lavoratori dipendenti.
- N) Il Messico protegge « tutti i lavoratori che prestano lavoro per altri in forza di contratto, si tratti di impresa statale, privata, operaia o mista, nonchè i soci delle cooperative di produzione e gli apprendisti ».
- O) Nel Panama, con un criterio simile a quello applicato in Columbia, si riscontrano due regimi assicurativi: quello contro i rischi professionali e quello contro i rischi di malattie, maternità, vecchiaia, invalidità e morte. Per il primo sono tutelati tutti i lavoratori dipendenti, ad eccezione degli agricoli, dei domestici, dei lavoratori a domicilio, quando non siano impiegati dal loro datore di lavoro più

di dieci operai nè macchine mosse da motore. Per il regime di assicurazioni sociali generali sono tutelati gli impiegati privati e gli operai di Panama e di Colon, gli impiegati pubblici di tutta la Repubblica ed i lavoratori autonomi con guadagni annuali non superiori a 1200 balboas.

- P) Nel *Paraguay* esiste l'assicurazione obbligatoria per « tutti i lavoratori dipendenti, sia operai che impiegati, nonchè indipedenti » (ma va avvertito che, in sede di pratica attuazione, l'assicurazione non tutela ancora tutte le persone menzionate).
- Q) Nel *Salvador* sono assicurati tutti coloro che esplicano una attività produttiva; e la previdenza sociale va man mano estendendosi in rapporto a tutte le categorie ed a tutti i rischi.
- R) Nella Repubblica Dominicana sono protetti contro i rischi professionali tutti gli operai ed impiegati che svolgano attività alle dipendenze d'altri, fuori del proprio domicilio, con o senza remunerazione; sono invece protetti contro gli altri rischi tutti gli operai, di qualsiasi sesso, nazionalità, genere di lavoro o forma di retribuzione, tutti gli impiegati con guadagni settimanali non superiori a 30 pesos, i lavoratori a domicilio, i domestici, gli apprendisti con o senza retribuzione.
- S) L'Uruguay assicura nei casi di malattie, vecchiaia, morte e (in certi casi e in certa misura) disoccupazione tutti i lavoratori dipendenti nonchè, nei casi di maternità e di carichi familiari, i lavoratori dipendenti dei centri cittadini.
- T) Nel Venezuela, infine, una legge previdenziale relativa ai rischi malattie, maternità, infortuni sul lavoro e malattie professionali, tutela da questi ultimi (rischi professionali) tutti i lavoratori dipendenti e a domicilio, qualunque sia la loro retribuzione, e dai rischi per primi menzionati gli stessi lavoratori i cui guadagni non eccedano i 3.000 soles-oro annuali. Ricorrendo determinate circostanze, sono inclusi nella tutela anche i lavoratori agricoli, i pastori, i lavoratori a domicilio, i domestici ed i lavoratori occasionali.

Terminata, così, la rapida rassegna dei Paesi dell'America latina, la cui caratteristica fondamentale è quella di riferire la loro previdenza alla qualità dei lavoratori da assicurare o meno, prescindendo in genere dal requisito della retribuzione, previdenza — occorre aggiungere — che, svolgendosi in Paesi di vita e di civiltà recenti, è in pieno sviluppo, in quanto quasi tutti i sistemi impiantati procedono per tappe verso la loro pratica completa attuazione; desidero terminare il capitolo e l'argomento in esso trattato con uno sguardo

ad alcuni altri Paesi extra-europei, questa volta di vecchia vita e di antica civiltà, ed anzitutto l'Egitto.

- U) In *Egitto* esiste un'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e contro le malattie professionali (legge del 1950, per queste ultime) in favore dei piccoli salariati, nel mentre per la tutela dei rischi di invalidità vecchiaia e morte ci si sta avviando verso un campo di applicazione esteso a tutti gli abitanti di scarse risorse economiche.
- V) In *India* è per il momento attuata la sola assicurazione contro i rischi della maternità, oltre a quella contro le malattie e contro gli infortuni sul lavoro, limitate però ai piccoli salariati delle fabbriche.
- Z) Nell'Iran, infine, sono assicurati contro i rischi professionali e quelli della maternità e stanno per esserlo contro i rischi delle malattie, delle invalidità e della vecchiaia tutti i lavoratori manuali dipendenti da imprese che esplicano la loro attività nei centri urbani.

Un sistema pressochè identico è nell'Afganistan, dove sono protetti contro i rischi professionali e, sotto determinate condizioni, contro le malattie, tutti i lavoratori e gli impiegati dell'industria, del commercio e del settore meccanizzato dell'agricoltura (regolamento del febbraio 1946).

In genere la sicurezza sociale è piuttosto arretrata nei *Paesi del Levante e del Medio Oriente*, dei più progrediti dei quali (Turchia, Egitto, Grecia, nonchè d'Israele, dell'Iran e dell'Afganistan) si è fatto più sopra e si farà ancora in prosieguo debito cenno.

Sta di fatto che nel quadro dell'Impero ottomano e della civiltà mussulmana si svilupparono pure casse di mutuo soccorso e particolari istituzioni (« Wakouf ») che diedero origine a ospedali, dispensari, moschee, cimiteri, case di salute ed ospizi; ma queste istituzioni sono delle organizzazioni di beneficenza privata e comunque dominata dallo spirito religioso e assistenziale, e non sono ancora, nè han dato luogo attualmente, a veri e propri sistemi generali di previdenza sociale.

Attualmente, per quanto attiene specialmente ai rischi professionali, il sistema di sicurezza sociale è fondato sul principio della responsabilità civile in *Arabia Saudita* e in *Giordania*; nè v'è sistema obbligatorio di assicurazione in *Iraq*, nel *Libano*, in *Siria*, nella stessa *Israele* dove pure esiste una organizzata Cassa contro le malattie («Kupat-Holim») alla quale è aderente circa la metà della popolazione.

4. Le prestazioni

- 1. Le varie specie di prestazioni nei confronti dei diversi eventi dannosi, contemplate dalle legislazioni previdenziali straniere. 2. Le prestazioni sanitarie, preventive e rieducative nei Paesi europei ed extra-europei. 3. Le prestazioni economiche nei Paesi europei ed extra-europei: a) per inabilità temporanea. 4. b) per inabilità permanente. 5. c) per causa di morte. 6. d) gli assegni familiari.
- 1. LE VARIE SPECIE DI PRESTAZIONI NEI CONFRONTI DEI DIVERSI EVENTI DANNOSI, CONTEMPLATE DALLE LEGISLAZIONI STRANIERE

Nelle sue grandi linee ed in maniera assolutamente schematica la previdenza sociale è dunque quel sistema tecnico-giuridico per il quale, a mezzo di appositi Enti gestori (gli Enti assicuratori), delle persone (assicuranti) versano dei particolari contributi perchè, al verificarsi di determinati eventi, altre persone (assicurate, beneficiarie) possano essere tutelate mediante particolari prestazioni.

Dopo aver visto quali — nei sistemi positivi stranieri — siano gli Enti assicuratori, quali siano le persone tenute a versare i contributi e quali siano le persone assicurate, resta da vedere quali siano altresì le prestazioni che a queste ultime persone vengono corrisposte.

Su un piano molto generico, le prestazioni sono i benefici che i sistemi previdenziali concedono alle persone protette ed ai loro familiari, e si distinguono in tre specie:

- prestazioni sanitarie (cure mediche e chirurgiche, fornitura di apparecchi di protesi, prestazioni farmaceutiche);
- prestazioni *rieducative* (rieducazione professionale, riadattamento funzionale degli invalidi);
- prestazioni economiche (indennità, rendite, pensioni, assegni una tantum, ecc.).

Invero, in origine, le prestazioni previdenziali avevano unicamente carattere risarcitorio: esse, cioè, tendevano soltanto a riparare il danno causato dall'evento dannoso, indennizzando la persona che ne era rimasta colpita. Nasceva da ciò la necessità di compiere una valutazione del danno e di determinare, quindi, la misura dell'indennizzo, ed a tale uopo furono adottati diversi criteri: quello di concedere una integrale riparazione del danno riportato; quello di concedare un risarcimento parziale; quello di proporzionare agli assicurati e loro famiglie il minimo di prestazioni necessarie all'esistenza; quello di proporzionare le prestazioni alla gravità delle conseguenze dell'evento.

Quando i principî previdenziali han preso tuttavia a svilupparsi ed han cominciato ad organizzarsi i diversi e più complessi sistemi,

l'adozione dell'uno o dell'altro criterio s'è fatta in genere dipendere dalla natura del rischio causativo del danno.

Così, per quanto riguarda i rischi professionali (infortuni e malattie del lavoro) è stato adottato, in genere, il criterio della riparazione parziale del pregiudizio economico, riparazione parziale venendo a volte intesa anche quella integrale, nella considerazione che l'operaio avrebbe forse potuto guadagnar di più in seguito, ove l'evento dannoso non si fosse verificato. Quanto alla forma del risarcimento, in genere è stata dapprima adottata, specialmente nei confronti delle invalidità permanenti totali ed anche parziali, quella della corresponsione di una somma in capitale, calcolata, a seconda dei Paesi, sul salario da sei mesi a dieci anni; più tardi, però, ha cominciato ad essere preferita la corresponsione in rendita, oscillante sulla base dal 50 % al 100 % del salario della vittima. Egualmente è avvenuto per i casi di morte, per i quali il risarcimento in capitale ha oscillato, nei vari Paesi, su una base del salario dai due ai cinque anni, nel mentre il risarcimento in rendita ha oscillato su una base del 33 % al 100 % del salario della vittima. Quanto agli aventi diritto, essi sono stati riconosciuti tali, nelle varie legislazioni, a seconda della loro dipendenza economica dall'assicurato o della loro incapacità di guadagno o della loro età, in rapporto anche alla eventuale inabilità fisica e psichica al lavoro.

Per il rischio malattia è stato adottato, in genere, pure il criterio della riparazione parziale del danno riportato, con un sistema di indennità fissa (ma diversa a seconda del sesso) o di indennità variabile in rapporto ai guadagni, per una misura riferita ad una aliquota del salario base oscillante nei vari Paesi tra il 50 % e l'80 %, e per un periodo oscillante tra le 16 e le 52 settimane.

Per i rischi invalidità, vecchiaia e morte sono stati seguiti in genere due criteri: quello di corrispondere un minimo necessario alla esistenza e quello di corrispondere un risarcimento parziale, calcolato in base alla durata del servizio o al periodo coperto dall'assicurazione o alla misura dei contributi pagati o al salario. Va avvertito, però, che non in ogni Paese è stato adottato un criterio identico per i tre diversi eventi. Per quanto riguarda il primo (invalidità) le pensioni sono state calcolate da Paese a Paese in maniera diversa; il rischio vecchiaia è stato spesso considerato al pari di quello dell'invalidità, al ricorrere d'una età variante, di solito, tra i 60 ed i 70 anni; la morte del capo di famiglia, infine, è stata prevalentemente risarcita con corresponsione di somme in capitale, e più raramente (e di norma solo nei confronti della vedova e dei figli) con assegnazione di rendita.

Per il rischio disoccupazione le forme più ricorrenti sono state

quella d'una indennità variabile in rapporto all'età o d'una indennità proporzionale al salario, su una base compresa tra il 30 % ed il 70 % del salario stesso; e per una durata, nei diversi Paesi, dalle 12 alle 26 settimane o dai due ai quattro mesi.

Ma nelle legislazioni sociali più moderne va ora facendosi strada un nuovo principio, in certo senso rivoluzionatore del vecchio sistema delle prestazioni. Non più, infatti, si tende a valutare il danno al fine di risarcirlo sul terreno puramente economico, ma si tende a reintegrare la capacità lavorativa già perduta ed a proteggere la vita umana su un piano che trascende la pura e semplice realtà economica immediata. Dal criterio del risarcimento si passa, cioè, al criterio della protezione, ed infatti nelle più avanzate legislazioni previdenziali le prestazioni economiche sono oggi accompagnate da quelle sanitarie e da quelle assistenziali in genere, che mirano alla difesa della salute ed al recupero della capacità lavorativa (criterio, del resto, che già da qualche tempo aveva cominciato ad affacciarsi nei confronti dei rischi professionali).

La difesa della salute del lavoratore è in primo piano: e deriva da ciò, nella maggioranza degli attuali sistemi di previdenza, il massimo rilievo che vien dato — a parte l'azione sanitaria (cure, protetizzazioni, ecc.) — all'azione preventiva, sia in rapporto a quella che può e deve essere la prevenzione tecnica, la sicurezza del lavoro, sia in rapporto ai compiti specifici della medicina sociale, la quale, a mezzo di controlli, di visite periodiche, di certificazioni (controlli in molti Paesi resi obbligatori), può sorvegliare lo stato di salute degli individui e quindi della società, specialmente in riferimento a certi determinati lavori, e può di conseguenza premunire da certe malattie, far evitare certi contagi, riparare da certe predisposizioni (1).

La riabilitazione professionale del lavoratore invalido rientra anch'essa nel nuovo quadro protettivo della società, giovando essa, moralmente e fisicamente, sia al singolo individuo, che riacquista così, in uno con la capacità al lavoro, la capacità del guadagno, e la fiducia in se stesso, sia alla società, che lungi dal doversi trascinar dietro, nel ritmo della vita moderna, delle unità passive e sfiduciate, si vede liberata di tal peso giovandosi invece anch'essa dell'attività da queste unità recuperata. Una recente statistica compiuta negli Stati Uniti e riportata dal Martì Bufill, condotta su 11.028 lavoratori invalidi e 18.258 lavoratori sani inquadrati in 109 stabilimenti, ha dimostrato che i primi, nei confronti dei secondi, rendono di più, fanno minori

⁽¹⁾ E. CATALDI, La difesa del lavoratore attraverso l'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali e l'opera della medicina sociale, in « Difesa Sociale », 1952, I, 129. Cfr. anche Lega, Il diritto alla salute sul piano della sicurezza sociale, Roma, 1952.

assenze, subiscono minori infortuni. Si aggiunga che, con la rieducazione professionale, aumentano le forze produttrici diminuendo gli oneri previdenziali.

Terzo pilastro del sistema delle prestazioni previdenziali, nella concezione moderna del maggior numero di Stati, la corresponsione dei mezzi economici. Ma si va, a tal proposito, sempre più affermando la tendenza a non voler più considerare le prestazioni in denaro come risarcimento del danno sofferto, bensì come reintegrazione dei guadagni venuti in tutto o in parte a mancare: e siccome essi guadagni costituiscono il mezzo di vita, le prestazioni economiche vanno ora appoggiandosi sempre più alla cosiddetta teoria del « minimo vitale », per la quale non si pretende reintegrare i guadagni diminuiti o perduti ma garantire, a chi detti guadagni s'è visto venire a mancare, i mezzi economici indispensabili per vivere su un piano normale.

Naturalmente tale teoria ha trovato e trova non poche resistenze. sia perchè con essa si rischia di far ricadere sulla società il peso di colui che altrimenti avrebbe tentato di risollevarsi da solo, sia perchè, conseguentemente, si viene così a soffocare ogni iniziativa privata ed ogni spirito di previdenza individuale, liberando le singole persone d'ogni responsabilità. Comunque, non deve credersi che la teoria del minimo vitale rivesta un carattere assoluto, tale minimo potendosi intendere in senso egualitario (come nel sistema inglese) e in senso proporzionale (come nel sistema francese). E giustamente rileva il Martì Bufill che « el minimo vital no debe ser interpretado como una linea igualitarista que concede a todos la misma cantidad por quanto en todos se halla la misma necesitad. Esta necesitad es relativa. El minimo vital debe ser una zona dentro de la cual la prestación responda al nivel de vida alcanzado, v como la expresión del nivel de vida son los ingresos, el salario, es lògico que cuando éstos faltan por causa de infortunio la prestación debe ser proporcional hasta, naturalmente, unos limites màximos y por encima de otros limites minimos. Es decir, criterio de proporcionalidad dentro de unos limites màximo y minimo que respondan a la satisfación de necesidades primarias, pero en proporción al nivel de vida que cada uno haya logrado alcanzar en su progreso individual».

Il criterio egualitario risponde ad una politica di eliminazione di valori, mentre il criterio proporzionale mantiene i valori umani (senso etico del progresso), copre sufficientemente le necessità, ma non sostituisce completamente il salario e si basa su una più giusta distribuzione della ricchezza. Ciò obbliga, naturalmente, a porre il diritto delle assicurazioni sociali in relazione con il lavoro: ma — conclude giustamente il menzionato Autore — il diritto della previdenza sociale non può essere assoluto, bensì condizionato a circostanze che

fanno dell'uomo un membro attivo della società ed il lavoro è l'elemento che possiede nella maniera più tipica questa capacità.

Dei rapporti tra previdenza e lavoro, peraltro, s'è già detto più sopra quanto occorre.

È interessante accennar qui, invece, agli orientamenti che, in tema di prestazioni, si vanno delineando sul piano internazionale, al qual proposito debbono essere ricordate: la «Dichiarazione di Santiago del Cile», dell'anno 1942, che ha raccomandato appunto l'opera di prevenzione, di restaurazione della capacità lavorativa e sovvenzione dei mezzi economici; la «Raccomandazione n. 69» relativa alla assistenza medica, approvata in Filadelfia nel 1944, che tale assistenza ha considerato nel suo aspetto curativo e nel suo aspetto preventivo; la «Raccomandazione n. 67», anch'essa approvata a Filadelfia nel 1944, relativa alle prestazioni economiche come mezzi di sussistenza; e infine le «risoluzioni» adottate dall'Associazione internazionale di sicurezza sociale nella sua VIII Assemblea generale, relativamente alla assistenza sanitaria (sia generale che di specialisti, sia in ospedali che a domicilio, ecc.) e relativamente a tutte le eventualità che comportino una diminuzione della capacità lavorativa e di guadagno.

Sul piano internazionale, dunque, si tende ad applicare i più ampi e generosi criteri in materia di prestazioni previdenziali; e tale tendenza, in realtà, non fa altro che ripetere ed organare quelle che sono le tendenze delle legislazioni sociali di molti Paesi, le quali, ognuna nei propri limiti, già hanno adottato, specie per quanto riguarda il settore preventivo e curativo, le più sviluppate ed efficaci prestazioni.

Esaminerò qui appresso quali siano queste prestazioni previdenziali presso le varie legislazioni moderne, trattando prima di quelle sanitarie, preventive e rieducative, quindi di quelle economiche.

2. LE PRESTAZIONI SANITARIE ED ASSISTENZIALI NEI PAESI EUROPEI ED EXTRA-EUROPEI

A) Le prestazioni sanitarie vengono corrisposte, in genere, presso tutti o quasi i sistemi previdenziali moderni, ed al verificarsi, di solito, di tutte le eventualità che possano richiederle, malattie, maternità, infortuni professionali.

Specialmente per questi ultimi non si riscontrano, anzi, eccezioni, ed esse consistono in corresponsione di cure mediche, chirurgiche e ospedaliere, in fornitura di apparecchi di protesi e in fornitura di medicinali (nel Nicaragua, anzi, sono corrisposti unicamente i medicinali), la più rilevante differenza riscontrandosi nel soggetto tenuto a somministrarle, il datore di lavoro (come nel Belgio, a Cuba,

a Costarica, nelle Filippine, in Haiti, ecc.) o la previdenza sociale in sè, attraverso l'Ente gestore (Francia, Columbia, Venezuela, ecc.).

Contro le malattie comuni l'assistenza medico-curativa generica e specializzata è prestata in limiti di poco più ridotti di quella prestata per i rischi professionali (1), se pure, presso certe legislazioni, essa manca del tutto (Cuba, Filippine, Honduras, Nicaragua, Uruguay) e presso altre desta particolari preoccupazioni e reclama quindi particolari disposizioni, specialmente in riferimento a determinati mali di natura cronica e molto diffusi, come la tubercolosi. In tali ultimi casi, se pure la maggioranza delle legislazioni non prevede alcun limite di tempo alle concessioni, in alcuni Paesi va manifestandosi la tendenza a limitare le prestazioni nel tempo (in Olanda, in Ungheria, in Bulgaria, in Francia, in Spagna, dove sono stabiliti limiti massimi di ricovero in ospedale, che vanno dai 42 giorni ai 6 mesi e ad uno o due anni). Quanto ai sistemi usati, c'è quello dell'assistenza diretta a mezzo di apposite istituzioni (medici di Cassa) più generalizzato, e quello del rimborso delle spese incontrate dal malato (libera scelta del medico), come s'usa in Francia, in Svezia e in qualche altro Paese (2). Presso alcuni Paesi, infine, l'assistenza è estesa anche ai familiari dell'assicurato (ad esempio in Spagna).

Per quanto riguarda la maternità, un'assistenza sanitaria prima,

⁽¹⁾ I. R. Keady, Les soms médicaux dans quelques pays d'Europe, in «Riv. int. prot. soc.», 1947, I, 631; Allen Daley, The Health of the Nation, in «British Medical Journal», 1951, 1279; R. W. Harris, National Health Insurance in Great Britain, London, 1946; Busser et Gillon, L'inspection medicale du travail et l'organisation des services médicaux dans l'industrie en France, in «Rev. int. du travail», LXV, 2, 1952, 195; Gilard, L'organisation médical et hospitalière en Suède, in «Droit Social», 1951, 199; Herrero, Planificacion y control del servicio de hospitales en Gran Bretaña, in «Rev. esp. seguridad social»; 1950, 619; Olea, Perspectivas del seguro de enfermedad en los Estados Unidos, già cit.; Ugarte, Organisacion de las prestaciones medica del Seguro de Enfermedad, in «Rev. esp. seguridad social», 1951, 769; Vari autori, ibidem, 1951, 857, 985; Franchetti, Assistenza sociale e sanità pubblica in Palestina; cit.; Rodmer, Organizazione della assistenza sanatoriale in Nuova Zelanda, in «Probl. ser. soc.», 1950, 211; Zemashko, La sanità pubblica nell'Unione Sovietica, in «Riv. int. prot. soc.», 1947, I, 54.

Cfr. inoltre, Il servizio sanitario in Inghilterra, in «Riv. Inf. Mal. Prof.», 1950, 1, 223; Il servizio sanitario in urs, ibidem, 1950, I, 214; Caratteristiche dell'organizzazione assistenza malattie in usa., in «Probl. Serv. Soc.», 1949, 160; La legislazione sociale nel mondo, in «Prev. Soc.», 1952, 156. Cfr., infine, Organ. Mondiale sanità, Les aspectes médicaux de la sécurité sociale, in appendice al volume del bit, Norme minimum de la sécurité sociale, Génève, 1952; Cataldi, L'assistenza sanitaria negli ordinamenti nazionali, in preparazione.

⁽²⁾ Cfr. sull'argomento: E. Cataldi, Il principio della libera scelta del medico nel sistema della sicurezza sociale in Francia, in «Difesa sociale», C. Peignot, Traité du contentieux de la sécurité sociale, Paris, 1950, P.V. Cap. XIII, paragrafo 187.

durante e dopo il parto, e per uno spazio di tempo che si aggira di solito attorno ai tre mesi, è in genere prevista da tutte le legislazioni previdenziali, al trattamento ostetrico accompagnandosi a volte anche quello pediatrico.

Una menzione a sè merita l'Inghilterra, la quale estende le prestazioni curative a tutta la popolazione per tutte le eventualità, cure che sono completamente gratuite salvo poche eccezioni (ad esempio: per doversi riparare un danno dovuto a negligenza del suo stesso portatore, per essere reclamati dall'interessato articoli, medicine, trattamenti ospedalieri di classe superiore) nelle quali l'assicurato è chiamato a contribuire parzialmente e in proporzione delle sue risorse economiche.

B) L'assistenza preventiva, come s'è già accennato più sopra, è il frutto dei più moderni criteri di previdenza e sicurezza sociale; ed essa, pertanto, è attualmente in fase di estensione presso i diversi Paesi, mantenendosi in testa, a questo riguardo, quelli dell'America latina, in particolare il Cile e l'Argentina, i quali, preoccupati di riscontrare nelle proprie popolazioni lavoratrici delle malattie ampiamente diffuse (tubercolosi, cardiopatie, ecc.), han finito con lo stabilire un controllo preventivo e periodico obbligatorio (legge 31 gennaio 1938 nel Cile; decreto 15 novembre 1944, n. 30.656, in Argentina), creando all'uopo tutta una attrezzatura tecnica. Anche in Europa, presso molti Paesi, vanno ora entrando in uso le visite mediche di controllo, specialmente in riguardo a certe malattie come la tubercolosi, la silicosi, ecc.: ma un vero e proprio sistema di prevenzione medica obbligatoria non si riscontra ancora in alcuna legislazione europea.

C) Infine deve essere considerata l'assistenza rieducativa, che consiste in quelle prestazioni sanitarie che mirano a rieducare al vecchio o ad un nuovo lavoro l'invalido: assistenza che in verità non ha trovato finora la diffusione che pur merita, sia perchè in molti Paesi il rischio professionale è rimasto a lungo ancorato alla responsabilità del datore di lavoro, quest'ultimo unicamente preoccupato di liberarsi di ogni cura mediante il pagamento dell'indennizzo all'infortunato; sia perchè lo stesso infortunato mirava più al risarcimento in denaro che a recuperare, mediante lunghe cure, una capacità che avrebbe finito con il ridurre il danno e quindi l'indennizzo; sia, infine, perchè un lungo trattamento curativo dell'assicurato finiva con il non convenire neanche all'Ente assicuratore, e comportava comunque tutta una organizzazione tecnico-sanitaria apposita (medici specializzati, apparecchi adatti, case di rieducazione, ecc.).

Ma alfine il valore morale ed il vantaggio economico della riabi-

litazione professionale han finito con il prevalere, ed in molte legislazioni nazionali è già dato scoprire il fervore che anima i governi e gli enti assicurativi, oltre alle categorie interessate, verso un maggiore sviluppo di questa attività. In Inghilterra, in Francia, in Austria, in Spagna, in quasi tutti i Paesi europei ed extra-europei, leggi vengono emanate e organismi vengono creati al particolare scopo; e già si hanno organizzazioni di corsi per la formazione professionale e per la rieducazione professionale, fondazioni di appositi stabilimenti, disposizioni di appositi registri, ecc. Una delle prime leggi avutesi in proposito è quella inglese del 1º marzo 1944; e già si contano a decine di migliaia gli invalidi che hanno usufruito della particolare assistenza, ritrovando nella recuperata capacità lavorativa non soltanto una fonte di guadagno ma altresì un forte incitamento a risollevare lo spirito ed a risentirsi uomini tra gli uomini.

3. LE PRESTAZIONI ECONOMICHE NEI PAESI EUROPEI ED EXTRA-EUROPEI

a) Per inabilità temporanea.

Resta da dire delle prestazioni in denaro (indennità, rendite, pensioni, assegni, ecc.) le quali sono poi quelle che comportano in massima parte (seguite dalle prestazioni in natura già esaminate, e dalle spese di gestazione) il « costo » della previdenza sociale.

Nella impossibilità di nominarle tutte (sia per la loro intrinseca varietà e in rapporto alle persone, alle condizioni, al tempo, al modo della loro concessione, sia per il loro moltiplicarsi per quanti sono gli eventi dannosi e per quanti sono i Paesi che nelle loro legislazioni sociali le prevedono) preferisco esaminarle attraverso un rapido studio comparato, adottando la sistematica ed il metodo già adoperato dal Martì Bufill nel suo recente e più volte ricordato « Tratado », avvertendo anzi che sarà precipuamente di quest'opera che mi avvarrò nella mia esposizione.

Tratterò pertanto delle prestazioni economiche distinguendole in prestazioni per incapacità temporanea, in prestazioni per incapacità permanente, in prestazioni per causa di morte e in assegni familiari.

Si verifica la *inabilità temporanea* a partire dal momento in cui un infortunio lavorativo, una malattia, la maternità ecc., rendono necessario un allontanamento temporaneo ed assoluto del lavoratore dal proprio lavoro perchè possa curarsi a guarire, e quindi riprendere la propria attività, momento, questo, in cui la inabilità temporanea termina.

Ma come è il lavoro che dà la possibilità del guadagno, e come questo si interrompe all'interrompersi di quello, subentra il regime previdenziale con le sue apposite indennità, che si chiamano di solito « indennità giornaliere per inabilità temporanea » o « sussidi giornalieri », e che si distinguono a seconda degli eventi dannosi, interruttivi del lavoro, che ne sono all'origine.

a) Anzitutto gli eventi di carattere professionale. I quali, invero, non soltanto sono stati i primi storicamente ad avere un trattamento previdenziale, ma sono anche quelli che, salvo alcune eccezioni (in Europa: URSS, Polonia, Cecoslovacchia; in America: Bolivia, Salvador), serbano anche oggi, se pure inquadrati nel complesso delle altre assicurazioni sociali, una certa autonomia assicurativa.

Non tutti i Paesi adottano, naturalmente, uno stesso sistema per calcolare la indennità per inabilità temporanea. I sistemi sono, anzi, molti; e se pure il più generalizzato è quello di riferire tale indennità ad una percentuale fissa del salario, alcuni Paesi (URSS, Jugoslavia) variano tale percentuale a seconda del tempo e del tipo del lavoro, altri (Cecoslovacchia, Finlandia, Messico, Filippine) variano l'indennità in rapporto alla qualità o ai tipi di salario, altri ancora (come la Gran Bretagna) stabiliscono una indennità fissa, e quindi sganciata dal salario; dovendosi aggiungere che molte volte sono previsti anche dei «minimi» (ad esempio, nel Belgio) e dei «massimi» (in Belgio, Olanda, Portogallo, Svizzera, Francia, Bulgaria, ecc.) del salario-base per il calcolo.

Le percentuali fisse suddette oscillano, nei Paesi europei, tra il 50 % e l'80 %; e si ha così una percentuale del 50 % in Belgio, Francia, Grecia, Turchia; del 55 % in Ungheria; del 60 % in Danimarca; del 65 % in Bulgaria; del 66,6 % in Portogallo; del 70 % in Polonia; del l'80 % in Olanda ed in Svezia. Oscillano, invece, tra il 50 % e il 100 % nei Paesi dell'America latina; 50 % in Argentina, Costarica, Cuba, Repubblica Dominicana, Nicaragua, Uruguay; 66,6 % in Columbia e Venezuela; 70 % in Brasile; 75 % nel Salvador e nel Paraguay; 100 % nel Panama.

Nei sistemi di percentuali variabili calcolate in rapporto al tempo e alla classe del salario, si hanno andamenti disuguali, valga l'esempio dell'urss dove si riscontrano un 50 %, un 60 %, un 80 % ed un 100 %, a seconda che il lavoratore resti presso la stessa impresa meno di due anni, da due a tre (o meno di due in lavori di galleria), da tre a sei, e più di sei anni (o più di due in lavori in galleria).

Nei sistemi che, invece, riferiscono la percentuale ai salari reali e alla classe di essi, viene di solito tenuto conto del livello di vita del singolo Paese, valgono in proposito gli esempi della Cecoslovacchia (indennità da 15 a 150 corone in rapporto ai guadagni settimanali da meno di 120 a più di 2280 corone), della Finlandia (da 6 a 35 marchi giornalieri), delle Filippine (da 4 a 8 pesos giornalieri), del

Messico (da 1,20 a 19,80 pesos giornalieri), sempre in rapporto ai guadagni giornalieri.

Esempio di sussidio fisso, la somma settimanale corrisposta in Gran Bretagna.

Molti Paesi, inoltre, prevedono, dopo un certo tempo che il lavoratore trovasi in regime di inabilità temporanea, delle «maggiorazioni» nelle corrispondenti indennità; e a tal proposito occorre menzionare il Belgio (percentuale del 75 % dopo il 29° giorno), la Francia (del 66,6 % dopo il 29° giorno), la Ungheria (del 75 % alla 10° settimana), la Cecoslovacchia (aumento del 10 % e del 15 % del salario, rispettivamente al 91° ed al 182° giorno), il Nicaragua (percentuale del 66 % al 31° giorno). Il Panama, viceversa, dopo due mesi applica una riduzione al 50 % del salario.

Altri Paesi concedono delle maggiorazioni in rapporto al carico familiare, e così avviene in Bulgaria e in Polonia (aumento del 5% per ogni figlio non ultrasedicenne), in Turchia (del 25%), in Gran Bretagna (aumento di 16 s. per ogni persona adulta e di 7 s. e 6 d. per il primo figlio), ecc.

Correlativamente alle maggiorazioni si hanno però, presso molti Paesi, delle « riduzioni » nelle indennità, le quali vengono applicate o in rapporto al tempo (come nel caso del Panama, già accennato) o quando il lavoratore infortunato è ospedalizzato a cura e spesa dell'organizzazione previdenziale, tali riduzioni applicandosi, allora, in genere, in misura più o meno accentuata, a seconda del carico familiare dell'assicurato (Bulgaria, riduzione al 45 % o 20 % del salario; Grecia e Svizzera, riduzione in uno o due terzi; Turchia, riduzione al 25% del salario, Cecoslovacchia, riduzione al 50% del sussidio).

Per quanto riguarda la decorrenza della indennità, essa di solito si verifica nel primo giorno di inabilità assoluta, ma in molti Paesi vengono fissati, come in Italia, dei periodi di « carenza », che vanno da pochi giorni (1 in Uruguay, 2 in Svizzera e nel Salvador, 3 in Grecia, Gran Bretagna e Venezuela, 6 in Paraguay, 7 nelle Filippine) a qualche settimana (2 in Polonia, 3 in Danimarca, ecc.), e durante i quali o l'infortunato deve provvedere da sè o gli viene corrisposto il pagamento dal datore di lavoro (come avviene, ad esempio, in Polonia).

Infine, la indennità per invalidità temporanea viene di solito corrisposta, magari con determinate scadenze, durante il periodo di inabilità cui si riferisce; e tale periodo cessa o con la guarigione e il ritorno al lavoro, o con la guarigione chirurgica e la valutazione dei postumi permanenti o, infine, allo scadere di un certo periodo di tempo, dopo il quale è fissato per legge il passaggio dal regime dell'indennità temporanea al regime della rendita permanente (sistema, questo

ultimo, che particolarmente si riscontra nei Paesi dell'America latina, quali l'Equatore, il Messico, l'Argentina, il Brasile, Costarica, il Cile, Salvador, Paraguay allo scadere del primo anno, il Nicaragua ai due anni, il Venezuela allo scadere della 26° settimana, la Repubblica Dominicana allo scadere dell'80° settimana, il Panama allo scadere del 10° mese; ma sistema che si ritrova anche in alcuni Paesi europei, come la Grecia al 75° giorno, l'Olanda al 43°, l'Ungheria alla 30° settimana, la Polonia alla 39° settimana, la Gran Bretagna alla 26°, la Jugoslavia allo scadere del 3° mese).

b) Anche per l'evento delle malattie comuni è prevista in quasi tutti i Paesi la indennità temporanea o sussidio, calcolato di solito con gli stessi sistemi già menzionati per gli eventi professionali.

Si hanno, così, dei Paesi che adottano il sistema della percentuale fissa dei salari, percentuale oscillante tra il 40% ed il 100%, ed in genere più alta nei Paesi extra-europei (è del 40 % in Grecia e nel Paraguay: del 50% in Francia, Costarica, Repubblica Dominicana, Equatore e Perù; del 55% in Ungheria; del 60% in Belgio; del 65 per cento in Bulgaria; del 66,6% in Portogallo, Columbia e Venezuela; del 70% in Polonia e in Brasile; del 75% nel Salvador; del-1'80 % in Olanda; del 100 % nel Cile); dei Paesi che adottano il sistema della percentuale del salario riferita al tempo ed alla categoria del salario (come l'urss, dove si hanno le percentuali del 50 %, 60 %, 80 % e 100 % a seconda che il lavoratore si trovi nella stessa impresa da meno di due anni, da due o tre, da tre a sei e da più di sei anni); dei Paesi che adottano il sistema del sussidio variabile in rapporto alla categoria del salario (Danimarca, Cecoslovacchia, Messico, Filippine) o in rapporto all'età e al sesso (Svezia); dei Paesi, infine, che applicano un sussidio fisso (Gran Bretagna).

Anche in questo settore si hanno le « maggiorazioni » riferite alla durata della inabilità (Francia, Cecoslovacchia), alla durata del lavoro antecedentemente compiuto (Bulgaria) o agli oneri familiari (Bulgaria, Ungheria, Polonia, Svezia, Gran Bretagna); e le « riduzioni » del sussidio, in caso di ospedalizzazione dell'assicurato (Bulgaria, Francia, Grecia, Jugoslavia, Cecoslovacchia) o in riferimento alla durata della inabilità (Portogallo, Cile, Perù).

Il periodo di « carenza », che s'è visto adottato per le indennità da infortunio lavorativo, lo si riscontra per l'indennità ora in esame, ed anzi con maggior frequenza (di giorni 2 in Olanda, Salvador, Perù; 3 in Belgio, Danimarca, Ungheria, Portogallo, Svezia, Gran Bretagna, Venezuela, Columbia; 4 in Francia e Cile; 5 in Grecia; 6 in Messico, Paraguay, Repubblica Dominicana).

Inoltre, di solito, è qui richiesta una permanenza di certa durata nel regime assicurativo, prima di poter usufruire delle indennità

per malattia, e ciò ad evitare ogni speculazione da parte di persone che, già malate e sapendolo, si assicurino per usufruire delle prestazioni. Sono così richieste alcune settimane in Polonia, Danimarca e Gran Bretagna (rispettivamente 4, 6 e 26), è richiesto un anno in Portogallo e Jugoslavia, sono richiesti 50 giorni in Grecia e 60 ore di lavoro nel trimestre immediatamente antecedente in Francia.

Il sussidio viene di solito concesso per un periodo di tempo massimo, in molti Paesi (Danimarca, Cile, Salvador, Messico, Haiti, Paraguay, Rep. Dominicana, Venezuela) stabilito di 26 settimane, in altri (Costarica ed Equatore) di 25, in altri (Olanda, Gran Bretagna, Perù) di 52, in altri ancora di durate varie (180 giorni in Grecia e in Columbia, 300 giorni in Belgio, 270 in Portogallo, 730 in Svezia, 6 mesi in Francia, 39 settimane in Polonia). Nessun limite è stabilito in URSS.

c) Per l'evento maternità si riscontrano solitamente, nei vari Paesi, tre tipi di sussidio: il sussidio per il parto, quello per l'allattamento e quello per le spese varie della nascita.

Il sussidio per il parto viene rapportato ai tributi pagati (Danimarca) o al salario (Cecoslovacchia) o alla categoria del salario stesso (URSS) o viene stabilito con diverse formule (Jugoslavia, Svezia) o viene stabilito con quota fissa (Gran Bretagna) o viene, infine, stabilito con una percentuale fissa del salario (del 40% in Paraguay; del 50 % in Francia, Cile, Panama, Perù, Rep. Dominicana; del 66,6% in Grecia e nel Venezuela; del 60% in Belgio; del 75 per cento nell'Equatore; del 100% in Bulgaria, Olanda, Polonia, Argentina, Columbia, Cuba, Salvador). Esso dura un determinato periodo, di solito di 12 settimane (Belgio, Grecia, Olanda, Ungheria, Jugoslavia, Cuba, Messico, Panama, Rep. Dominicana, Salvador, Venezuela), ma, in altri Paesi, di tempo diverso (3 mesi in Bulgaria, 8 settimane in Danimarca e in Polonia e in Columbia, 14 settimane in Francia, 18 in Cecoslovacchia, 13 in Gran Bretagna, 7 in Equatore, 4 in Cile, 77 giorni in URSS, 75 in Argentina, 61 in Paraguay, 72 in Perù, 56 in Cina); ed anche per esso è richiesto un certo periodo di permanenza nella assicurazione (così in Belgio, Bulgaria, Danimarca, Grecia, Ungheria, Polonia, Jugoslavia, Cecoslovacchia, ecc.).

Il sussidio di allattamento è corrisposto sotto diverse forme; ed in alcune occasioni è accompagnato da un sussidio di assistenza domestica (Cecoslovacchia, Gran Bretagna). A volte vengono addirittura corrisposti dei buoni di acquisto per il latte (Francia). Anche questo tipo di sussidio è pagato per un limite di tempo stabilito dalla legge (4 settimane in Gran Bretagna, 4 mesi in Francia, ecc.).

Il terzo tipo di sussidio vuole sopperire a quelle maggiori spese che si incontrano per la nascita di un figlio, e consiste in genere in una somma globale stabilita nei diversi Paesi con criteri diversi (corrispondente a tre o due volte il salario mensile in Francia, ad una somma fissa in Gran Bretagna, urss, Olanda, Cecoslovacchia, Argentina, ecc.). Qualche legislazione subordina il sussidio alla ricorrenza di determinate condizioni.

d) In molti Paesi esistono, infine, i sussidi di disoccupazione (1), stabiliti con diversi criteri (Belgio, Gran Bretagna, Portogallo, Svezia, Grecia) e in diverse misure, più spesso rapportati agli oneri familiari e legati a periodi di permanenza nell'assicurazione e a periodi di carenza. La loro durata varia dai 3 ai 6 mesi, fatte alcune eccezioni (12 settimane in Bulgaria, 180 giorni in Gran Bretagna e Portogallo, da 90 a 156 giorni in Svezia, ecc.).

b) Per inabilità permanente.

Si ha l'inabilità permanente quando avviene una perdita totale o parziale della capacità lavorativa, con conseguente perdita o diminuzione del salario. Tale situazione può essere creata da un infortunio o da una malattia professionale, da una malattia comune, dalla vecchiaia; e viene di solito affrontata — nei diversi Paesi — dalle assicurazioni sociali rientranti nel regime generale della previdenza, o da speciali assicurazioni professionalii (Casse di pensioni, Casse dei minatori, ecc.). Mi limiterò qui ad una breve rassegna dei principi di carattere generale.

a) La inabilità permanente per infortuni sul lavoro e malattie professionali può essere totale o parziale.

La inabilità permamente parziale attiene non alla possibilità del lavoro, che sussiste, ma al suo rendimento, che diminuisce; e la relativa indennità vuole appunto risarcire questa perdita di guadagno, il che presuppone la valutazione del danno.

Il sistema di indennizzazione usato è, di solito, quello della « rendita », liquidata con riferimento ad una percentuale variabile secondo il grado di incapacità (Belgio, Bulgaria, Cecoslovacchia, Danimarca, Finlandia, Olanda, Ungheria, Polonia, Svizzera, Turchia, Svezia, Costarica, ecc.) o anche ad una percentuale fissa del salario (URSS, del 50 per cento, Portogallo, del 66,6 %, Columbia, Cuba, Perù, Salvador del 70 %, ecc.); ma in alcuni Paesi, quando si tratta di inabilità di grado basso, si preferisce dare una somma in capitale (Bulgaria e Finlandia, per inabilità inferiore al 30 %; Cecoslovacchia, Polonia, Gran Bretagna

⁽¹⁾ Si dice, qui, per motivi di sistematica, in quanto anch'esso di durata a temporanea », dell'evento disoccupazione: il quale peraltro — come s'è già accennato più sopra e come è ovvio — è di natura del tutto diversa dagli altri eventi causativi di inabilità temporanee o anche permanenti.

ed Equatore al 20 %; Danimarca al 50 %; Jugoslavia al 33 %; Messico, ecc.), a meno che il grado di inabilità non sia minimo, e quindi ininfluente agli effetti del guadagno, chè allora non viene corrisposto alcun indennizzo (Bulgaria, Cecoslovacchia, Finlandia, Ungheria, Polonia per inabilità inferiori al 10 %, Salvador al 30 %, Venezuela al 5 %, ecc.).

Altro sistema è la corresponsione di una « indennità in capitale » (Filippine, Rep. Dominicana), con carattere, di solito, di sussidio vitalizio, ma a volte con carattere temporale, come nei due menzionati Paesi, in Costarica, nel Panama, ecc.

La inabilità permanente totale implica la impossibilità di qualunque lavoro e si risarcisce, di solito, con gli stessi criteri adoperati per la inabilità permanente parziale. Così, in genere, viene corrisposta una «rendita» rapportata ad una percentuale del salario che va dal 50 % al 90 % nei Paesi europei, e dal 33 % al 66,6 % nei Paesi dell'America latina; ed anche queste rendite sono in genere vitalizie, se pure si riscontrano delle ecezioni (Costarica, Panama, ecc.).

Una pensione vitalizia tra il 60% e il 75% del salario si ha in Cina a norma della recente legge 23 febbraio 1951, la prima emanata dalla Repubblica popolare sulle assicurazioni sociali (in vigore dal 1º marzo 1951).

Alcune circostanze, come la possibilità di un fruttuoso impiego di denaro, permettono, presso alcune legislazioni, la capitalizzazione della rendita (Bulgaria, Danimarca, Turchia, Cecoslovacchia).

Altre legislazioni prevedono il sistema di « pensioni » fisse (Jugoslavia, Gran Bretagna, Rep. Dominicana) o variabili secondo la categoria dei salari (Messico, Equatore, Filippine) o variabili secondo altri e diversi criteri (Svezia, Romania, Salvador); o il sistema di corrispondere una somma globale (Argentina, Brasile, Grecia, Nicaragua).

Come si è visto avvenire per le indennità temporanee, anche per le rendite sono a volte previste delle «maggiorazioni», riferite al numero delle persone a carico (Finlandia, Polonia, Gran Bretagna) o alla durata dell'inabilità (Panama).

Quando la inabilità totale è tale da non permettere la realizzazione neanche degli atti più indispensabili della normale esistenza e da richiedere una assistenza personale continuativa, si ha la figura del «grande invalido» che si va delineando in molte legislazioni attraverso la protezione speciale ad essa concessa (Belgio, Bulgaria, Finlandia, Francia, Olanda, Ungheria, Polonia, Svizzera, URSS, Jugoslavia, Svezia, Brasile, Columbia, Cuba, Venezuela).

b) La inabilità permanente derivata da malattie comuni dà luogo, in genere, a prestazioni concesse in misura inferiore in rap-

porto a quelle delle prestazioni or ora esaminate, e con modalità e condizioni più rigorose. Così, presso molti Paesi, è richiesto, perchè l'inabilità sia indennizzabile, che essa abbia una certa durata minima (di 300 giorni nel Belgio) e che comporti un certo grado minimo di riduzione della capacità lavorativa, di solito di un terzo (Polonia e Paraguay), o di due terzi (Danimarca, Grecia, Olanda, Perù, Rep. Dominicana) o addirittura del 50% (Bulgaria, Francia).

Le pensioni sono preferibilmente calcolate su una percentuale fissa del salario (Belgio, Bulgaria, Portogallo, Costarica, Equatore, Panama, Paraguay, Perù, Rep. Dominicana), ma anche su una percentuale variabile a seconda del tipo di invalidità (totale o parziale: Francia, urss), del lavoro (Jugoslavia), della categoria cui appartiene il lavoratore (Romania) o di altri criterî (Cile, ecc.). Non mancano esempi, poi, di pensioni per somme fisse (Cecoslovacchia, Grecia, Gran Bretagna, Polonia) o per somme che variano in riferimento ad altre circostanze (Olanda, Equatore, Messico).

Le « maggiorazioni », che anche in questa sede si riscontrano, si riferiscono di solito alla durata del pagamento dei contributi da parte dell'assicurato (Olanda, Portogallo, Costarica, Equatore, Messico, Panama, Paraguay, Bulgaria, ecc.), tale requisito cambiando a volte con quello dell'appartenenza ad una determinata categoria di lavoratori (Jugoslavia); oppure si riferiscono alla permanenza in una stessa impresa (URSS) o ai carichi familiari (Belgio, Grecia, Polonia, ecc.). Maggiorazioni per i grandi invalidi sono poi previste in Grecia, in Francia, in Polonia, in Jugoslavia.

Le «riduzioni» delle pensioni si riscontrano raramente: così quella in caso di ospedalizzazione, che è prevista in Francia.

Per poter usufruire delle prestazioni in esame si richiede, presso molte legislazioni, che l'assicurato abbia corrisposto i relativi contributi per un determinato periodo di tempo (Bulgaria, Grecia, Olanda, Francia, Polonia, Portogallo, Romania, URSS, Jugoslavia, Costarica, Equatore, Cile, Messico, Perù, Panama, Paraguay, Rep. Dominicana).

La durata delle prestazioni è infine, di solito, illimitata: ma in certi Paesi, ad un certo momento (al raggiungimento dei 60 anni, in Francia, ad esempio) si tramuta nella pensione-vecchiaia.

c) La inabilità permanente da vecchiaia, a differenza delle altre incapacità fin qui esaminate, non si verifica in seguito ad un evento determinato nella specie e nel tempo, ma si verifica invece naturalmente e per gradi impercettibili, per cui s'è reso necessario stabilire per legge il momento preciso in cui detta inabilità, e in una parola la vecchiaia, deve intendersi verificata.

Tale momento è stato fissato dalle leggi di alcuni Paesi in ma-

niera unica per ambo i sessi (a 60 anni nel Paraguay, nel Perù, nella Rep. Dominicana; a 65 in Finlandia, Olanda, Portogallo, Svizzera, Costarica, Equatore, Messico); in altri Paesi in maniera diversa a seconda dei sessi (Gran Bretagna e Grecia, 65 per gli uomini, 60 per le donne; Romania e urss rispettivamente 60 e 55; Cina, rispettivamente 60 e 50); in altri Paesi ancora, facendo riferimento non solo al sesso ma anche al tipo di lavoro, più o meno pesante, manuale o meno, ecc. (Belgio, 65 o 60; Bulgaria, 50, 55 o 60; Francia, 65 o 60; Ungheria, 65 o 60; Jugoslavia, 55, 60 o 65); in altri Paesi, infine, facendo riferimento al periodo di assicurazione (Cecoslovacchia, 65 e 60; Polonia; 65 e 60; Cile, 55, 60 e 65). La Cina riduce a 55 anni d'età per gli uomini ed a 45 per le donne i limiti di 60 e 50 più sopra indicati, quando si tratti di persone addette a lavori pesanti e disagiati.

Quasi tutte le legislazioni richiedono un certo periodo di permanenza nell'assicurazione perchè i beneficiari possano ottenere le pensioni di vecchiaia (Bulgaria, Cecoslovacchia, Francia, Gran Bretagna, Olanda, Ungheria, Polonia, Portogallo, Romania, Svizzera, urss, Jugoslavia, Costarica, Equatore, Messico, Paraguay, Perù, Rep. Dominicana).

Quanto alle forme di sussidio adottate, esse vanno dal sussidio per somma fissa (Belgio, Cecoslovacchia, Gran Bretagna, Grecia, Polonia, Svizzera) al sussidio variabile (Olanda, Ungheria, Cile, Messico), dal sussidio basato su una percentuale fissa del salario (Bulgaria, Portogallo, Costarica, Paraguay, Perù, Rep. Dominicana) al sussidio basato su una percentuale variabile del salario stesso (Francia, Romania, URSS, Jugoslavia). In molti Paesi si verifica peraltro un aumento delle pensioni a seconda della lunghezza del periodo di corresponsione dei contributi (Bulgaria, Cecoslovacchia, Olanda, Portogallo, Romania, Svizzera, Jugoslavia, Costarica, Equatore, Messico, Panama, Paraguay, Rep. Dominicana), a seconda del numero delle persone a carico (Gran Bretagna, Polonia, Svizzera, Rep. Dominicana), in rapporto al maggiore prolungarsi del riposo (Cecoslovacchia, Francia, Gran Bretagna, Costarica, Equatore), in rapporto, infine, al requisito di «grande invalido» (Ungheria).

c) Per causa di morte.

In linea generale le legislazioni sociali prevedono una protezione della famiglia il cui capo sia deceduto e venga quindi a trovarsi in istato di necessità, in maniera diversa a seconda che il decesso sia dovuto a un infortunio o a una malattia professionale oppure ad una malattia comune.

a) Nella prima ipotesi (morte per infortunio o malattia professionale), vengono di solito corrisposte delle indennità ai superstiti e degli assegni per spese funerarie.

Questi ultimi consistono o in una certa somma fissata dalla legge, o in un effettivo rimborso delle spese sostenute per il funerale, a volte con un limite massimo. Corrispondono una somma fissa le legislazioni della Turchia, delle Filippine, della Rep. Dominicana, dell'Uruguay, del Venezuela; corrispondono una somma calcolata in rapporto al salario la Finlandia (un sesto del salario annuale), il Portogallo (quindici volte il salario giornaliero), la Svezia (il 10% del salario annuale), l'Olanda (trenta volte il salario giornaliero); corrispondono il rimborso delle spese effettive la Svizzera (fino ad un massimo di 40 franchi), l'Argentina (massimo 100 pesos), l'Equatore (massimo 300 sucres), il Nicaragua (massimo 30 còrdobas), il Panama (massimo 100 balboas).

Le rendite ai superstiti variano, di solito, a seconda che beneficiarî siano la vedova o i figli o altri familiari (ascendenti, discendenti, collaterali); ma alcuni Paesi usano, anzichè quella delle pensioni, la forma di una corresponsione una tantum di una somma globale.

Quest'ultima forma è usata dalla Danimarca, dall'Argentina, dalla Bolivia, dalla Rep. Dominicana, dal Nicaragua (somme diverse, corrispondenti ad un certo numero di volte il salario giornaliero o annuale, a seconda si tratti della vedova, dei figli, degli orfani di entrambi i genitori, degli altri familiari, del concorso di più familiari).

La forma della pensione ha, in genere, carattere vitalizio per la vedova, temporanea per i figli. La pensione della vedova corrisponde ad una percentuale del salario (oscillante tra il 20% e il 30% del salario, con un massimo toccato dalla Russia, 37,5%, ed un minimo dal Perù, 11%), nei due menzionati Paesi e, ancora, in Belgio, Finlandia, Francia, Olanda, Ungheria, Portogallo, Svezia, Svizzera, Turchia, Costarica, Cuba, Cile, Panama, Venezuela, Columbia. È calcolata invece con diversi criteri in Cecoslovacchia, Grecia, Romania, Jugoslavia, Gran Bretagna, Polonia. Quanto ai requisiti richiesti, è ricorrente comunemente in tutte le legislazioni quello della dipendenza economica della vedova dal defunto, ma altri particolari vengono poi reclamati da alcune legislazioni, come in Cecoslovacchia (figli a carico o almeno 45 anni di età, o 15 di matrimonio o inabilità al lavoro), in Bulgaria e Jugoslavia (40 anni di età e figli a carico), ecc.

La pensione degli orfani è calcolata su una percentuale del salario (oscillante tra il 15% e il 30% per un figlio, e aumentante, col numero dei figli, fino ad una misura oscillante tra il 60% ed il

100 %, a seconda dei Paesi) in Belgio, Finlandia, Francia, Olanda, Ungheria, Portogallo, Svizzera, Turchia, Costarica, Panama, Venezuela (in tutti del 15 %), Svezia (16,6 %), URSS (37,5 %), Columbia (25%), Cuba (30%), Cile (20%), Paraguay (12%), Perù (22%). Ove si tratti di orfani di entrambi i genitori si ha un aumento, di solito, fino al 20% - 30% del salario per ogni figlio: Belgio, Cecoslovacchia, Olanda, Portogallo, Panama (20 %), Finlandia, Svizzera, Venezuela, (25%). Altri Paesi calcolano la indennità degli orfani con diversi criterî, come Belgio, Cecoslovacchia, Grecia, Romania, Jugoslavia, Equatore, Messico, elevando di molto le percentuali in caso di orfani d'entrambi i genitori, come in Bulgaria, che tocca le quote più alte (75% per un orfano, 200% per due orfani o più). Pensioni fisse concede la Gran Bretagna.

Generalmente sono considerati superstiti aventi diritto i figli legittimi, naturali e riconoscibili che non abbiano raggiunto ancora una determinata età (solitamente 16 o 18 anni, aumentabile in caso di necessità di studio o di invalidità); nonchè la vedova (o il vedovo) che non sia convolata a nuove nozze; i genitori e gli avi.

Per questi ultimi le pensioni sono di misura inferiore a quelle già indicate, ed anch'esse vengono calcolate con i sistemi menzionati di percentuali o, in Gran Bretagna, per quote fisse. Anche per i genitori e per gli avi vengono infine richieste determinate condizioni, tra le quali da ricordare la vivenza a carico o la convivenza (stato di bisogno del superstite e concorso efficiente del deceduto).

b) La seconda ipotesi della indennità in esame si verifica a seguito di morte per malattia comune, ossia di decesso naturale; e la protezione è allora, di solito, meno rilevante, se pure vi sono alcune eccezioni, in quanto dei Paesi prevedono un trattamento identico a quello previsto per morte da infortunio o malattia professionale (Bulgaria, Polonia, Romania, ecc.).

In genere, però, le varie legislazioni corrispondono assegni funerari di misura più bassa (si vedano le norme vigenti in Danimarca, Gran Bretagna, Olanda, Jugoslavia), distinti a seconda che si tratti di morti avvenute in centri urbani o rurali, di morti di adulti o ragazzi, ecc.

Per quanto riguarda le pensioni ai superstiti, molti Paesi usano il sistema della corresponsione di una somma unica (Francia, Portogallo, Costarica, Paraguay, Perù, Rep. Dominicana), altri quella di una percentuale sul salario (URSS, Svizzera), altri sistemi diversi (Cecoslovacchia, Grecia, Olanda, Ungheria, Equatore, Messico).

Perchè la pensione possa essere riscossa dalla vedova, vengono di solito richiesti particolari requisiti, di età, di carico di figli, ecc.

(Cecoslovacchia, Gran Bretagna, Olanda, Ungheria, Grecia, Svizzera, Columbia, Messico, Equatore).

Egualmente vari sistemi sono usati per la rendita concessa ai figli, basata su percentuali varie (di solito percentuali delle pensioni di vecchiaia: Cecoslovacchia, Grecia, Olanda, Russia, Svizzera, Equatore, Messico); nel mentre sussidi fissi corrispondono la Gran Bretagna, l'Ungheria, ecc. Ed anche per le pensioni degli orfani è richiesta, infine, la ricorrenza di speciali condizioni, in particolare quella di non aver superato l'età di 14 o 16 anni.

d) Gli assegni familiari.

Gli assegni familiari rappresentano, nel campo previdenziale, un gran passo avanti nella concezione che è alla base del sistema, concezione che parte dalle stesse premesse etiche, giuridiche ed economiche che vanno orientando il significato del salario verso il concetto già affermato dai sociologi cattolici e dall'Enciclica «Rerum Novarum », del salario familiare, rappresentano cioè il superamento dell'idea individualista della previdenza, la quale non deve garantire soltanto la vita dell'individuo ma della famiglia tutta del lavoratore, essendo questa, in uno, il prolungamento della singola persona umana ed il nucleo fondamentale della stessa società. Gli assegni familiari non significano soltanto che si debba tener conto del carico della famiglia, allorchè si indennizza il lavoratore, ma significano altresì che il guadagno come mezzo economico di vita, o ciò che lo sostituisce, in caso di sua insufficienza o mancanza (la protezione sociale, cioè), debbono essere proporzionati alle effettive necessità economiche del nucleo familiare del lavoratore assicurato.

Il regime degli assegni familiari s'è molto diffuso tra le legislazioni del mondo, se pure con diverse modalità.

In rapporto alle famiglie, i sussidi vengono concessi da alcuni Paesi a tutte le famiglie della Nazione (Australia, Canadà, Islanda, Norvegia, Nuova Zelanda, Gran Bretagna, Svezia); da altri alle famiglie dei lavoratori dipendenti e autonomi (Belgio, Bulgaria, Francia); da altri alle sole famiglie dei lavoratori dipendenti (Cecoslovacchia, Cile, Ungheria, Italia, Libano, Lussemburgo, Olanda, Polonia, Portogallo, Romania, Svizzera, URSS); da altri alle famiglie in precarie condizioni economiche (Brasile, Finlandia, Uruguay); nelle prime tre ipotesi a condizione, di solito, che abbiano a carico uno o due figli, nella quarta a condizione che gli introiti familiari non superino certe determinate quote.

In rapporto ai figli, i sussidi vengono concessi, di solito, a condizione che non sia stata superata una certa età, quella della scuola,

comunemente, e che si aggira, nei vari Paesi, sui 14, 16, 18 o 21 anni.

In rapporto al sistema ed alla misura della concessione, essi variano molto da Paese a Paese. Alcune legislazioni prevedono somme fisse a partire dal primo (Cile, Ungheria, Lussemburgo, Nuova Zelanda, Romania, Svezia, Uruguay) o dal secondo (Australia, Gran Bretagna, Norvegia) o dal terzo figlio (Irlanda); altri Paesi somme che aumentano con l'aumentare del numero dei figli (Belgio, Bulgaria, Cecoslovacchia, Olanda, Polonia, Brasile); qualche Paese, come il Libano, somme che viceversa diminuiscono con l'aumentare dei figli; qualche altro Paese sussidi in rapporto al numero ed all'età dei figli (Canadà) o varianti in base ad altri criteri (URSS); e infine il sistema attuato dalla Francia, organizzato sulla triplice corresponsione del sussidio familiare mensile sulla base percentuale del salario, del sussidio del «salario unico» e del sussidio di maternità (premio di natalità). Altri particolari sistemi vengono adottati da altri Paesi ancora, tra cui quello in uso in Italia, che peraltro esula da questa mia indagine dedicata — come già più sopra s'è precisato — unicamente alla previdenza sociale nei sistemi positivi stranieri.

Nota bibliografica

Per la redazione della presente monografia s'è fatto principalmente uso:

- a) dei testi di leggi, regolamenti, decreti e ordinanze dei varî Paesi;
- b) dei notiziari esteri e delle informazioni internazionali contenuti nelle apposite rubriche delle principali riviste italiane e straniere che si occupano della materia, particolarmente la rivista «Previdenza Sociale» di Roma, la «Revista española de seguridad social»» di Madrid, ecc.;
- c) delle pubblicazioni monografiche e periodiche del Bureau International du Travail, ed in particolare:
- « La sécurité sociale: étude internationale », Génève, 1950;
- « Sécurité sociale. Réalisations et politique future », Génève, 1952.
- « Les problemes généraux de l'assurance sociale », Génève, 1951;
 - d) delle *opere varie* di previdenza sociale, sia italiane che straniere, delle quali si elencano qui quelle di carattere generale maggiormente consultate:
- A.I.S.S., Panorama de la sécurité sociale en 1951, in « Bull. A.I.S.S. », Génève, 1951, XII;
- ALTMEYER, Necesidad de la seguridad social en el mundo de la postguerra, in « Rev. esp. seg. soc. », 1947, XI, 949;
- -- Arnoldos, La universidad del campo de applicacion de los seguros sociales obbligatorios, in «Rev. esp. seg. soc. », 1951, 219;
- CATALDI, La previdenza sociale nelle legislazioni straniere, Milano, Giuffrè, 1953;
- Galliadi, Sviluppi e tendenze della politica sociale nel mondo, in « Prev. Soc. », 1951, 344;
- Gorini, Sviluppi delle convenzioni internazionali di previdenza sociale, ibidem, 1950, 1048;

- MARTI BUFILL, Tratado comparado de seguridad social, Madrid, 1951;
- MAZZETTI, Verso una sicurezza sociale europea, in « Prev. Soc. », 1951, 186;
- Monaco, La protezione sociale nel diritto internazionale, in « Riv. intern. prot. soc. », 1948, 349;
- RAYNAUD, Les tendences actuelles de la sécurité sociale en Europe, in « Riv. intern. prot. soc. », 1947, I, 621;
- SAVOINI, Solidarietà internazionale e sicurezza sociale, in « Prev. soc. », 1947, 123;
- Vigorelli, L'offensiva contro la miseria. Idee ed esperienze per un piano di sicurezza sociale, Milano, 1948;
 - e) delle opere varie di autori italiani e stranieri riferite alla previdenza sociale nei singoli Paesi considerati, per le quali, dato il loro rilevante numero, si rinvia, per brevità, alle note apposte di volta in volta nel testo della presente monografia.



Aldo Grechi

inc. di diritto del lavoro e della previdenza sociale nell'Università di Firenze

LA PREVIDENZA SOCIALE IN ITALIA



INDICE

Pre	messa		٠		$pa\dot{g}$.	123
1.	La miseria e le sue cause				· »	124
2.	L'azione contro le cause della miseria		•		»	125
3.	Beneficenza - Assistenza - Previdenza				»	127
4.	L'ordinamento previdenziale		•		»	132
5.	La previdenza sociale nelle indicazioni della	Co	stitu	1-		
	zione				»	135
6.	Concetto unitario della previdenza sociale .		•		»	137
7.	I soggetti dell'ordinamento previdenziale					
	a) I lavoratori subordinati		. •		»	144
	b) I lavoratori indipendenti		•		»	146
8.	Il sistema dell'assicurazione di diritto		٠	•	»	152
9.	La previdenza sociale generale		٠		»	155
10.	La previdenza sociale di categoria		•		. »	159
11.	La previdenza d'impresa				»	161



PREMESSA

Preme all'autore di fare rilevare che la presente monografia sulla « previdenza sociale » non è diretta a fornire una esposizione completa della materia, ma soltanto a mettere in evidenza i principì ai quali si è informato il nostro legislatore nell'elaborazione dei vari istituti previdenziali. Ciò al fine soprattutto di mettere in luce l'attuale loro insufficienza e di indicare le tracce di una eventuale riforma organica, onde conseguire veramente le finalità che sono proprie alla previdenza sociale e che si sostanziano nella liberazione dal bisogno dei soggetti alle cause di miseria

Anche se ciò sarà possibile solo in via di approssimazione, non per questo deve essere trascurata l'adozione di quei mezzi che si appalesino più idonei al raggiungimento della meta.

Si deve premettere anche che la miseria è qui intesa come qualcosa di diverso dalla povertà. È stato fatto rilevare dall'Ufficio degli esperti della Commissione parlamentare sulla miseria che convenzionalmente si assume la povertà come un fenomeno di natura essenzialmente economica che si manifesta, nel tempo e nello spazio, come un confronto; essa non è che disponibilità di reddito, individuale o collettiva, inferiore a quella di altri individui o di altre collettività.

Si assume invece la miseria come un fenomeno avente una componente extra-economica (che non si riscontra nella povertà) che determina uno stato anormale del soggetto dal punto di vista della sua capacità di percezione e di adeguamento.

Queste considerazioni inducono a prendere in esame, in questo momento storico, come in qualsivoglia altro, la concezione del benessere, inteso come un ben definito stato dei cittadini della comunità nel loro insieme e nei loro reciproci rapporti; benessere che dal nostro limitato punto di vista si può conseguire per effetto di una più equa distribuzione fra i componenti della società nazionale del reddito collettivo realizzato.

La previdenza sociale invero può essere intesa anche come diretta

a realizzare un processo di redistribuzione di reddito a favore di quei soggetti particolarmente esposti, altrimenti, a subire gli effetti della loro posizione di componenti deboli nell'organizzazione del processo produttivo, cui partecipano nella veste di lavoratori subordinati.

Essa perciò viene a manifestarsi, sotto questo ambito, come una istituzione di giustizia sociale fra le classi.

Ma anche esaminato sotto questo profilo l'ordinamento della previdenza sociale si manifesta inadeguato e deve essere corretto per affinarlo in funzione di una più adeguata lotta contro lo stato di bisogno cui il lavoratore deve essere sottratto, con la copertura dei rischi di miseria cui è esposto in misura maggiore che non le altre categorie di cittadini.

1. La miseria e le sue cause

Numerose sono le cause della miseria e molto difficile sarebbe una classificazione di esse, una volta che volesse essere completa ed esauriente. Ai fini della previdenza sociale, le cui disposizioni vengono esaminate da un punto di vista critico per rilevarne l'inadeguatezza, basterà osservare, considerata la miseria come espressione della mancanza o non sufficienza di mezzi di sussistenza di cui il soggetto ha bisogno per sè ed eventualmente per la famiglia a suo carico, che la causa di essa è costituita dalla deficienza di fonti di reddito adeguate.

Nell'attuale ordinamento sociale vi è una categoria, quella più numerosa e rappresentativa del Paese, la quale è costituita da soggetti che, prevalentemente, se non sempre in modo assoluto ed esclusivo, traggono i redditi necessari ad acquistare i mezzi di sussistenza, dal lavoro prestato alle dipendenze di terzi (1).

Rispetto a costoro, perciò, causa fondamentale di miseria, intesa come fenomeno sociale di vaste proporzioni, è, oltre un non adeguato corrispettivo per l'opera prestata da parte di chi la riceve (per la non equa regolazione del rapporto in cui è dedotta), la mancanza, il venir meno o il ridursi, per qualsiasi ragione, della possibilità di prestare lavoro, sia che ciò avvenga per cause attinenti al soggetto, o per cause dipendenti dalla capacità del mercato di assorbire il lavoro che viene offerto.

La miseria può naturalmente discendere dal ridursi o dall'estinguersi o dallo sperpero dei redditi derivanti dai capitali di cui il soggetto disponesse e sui quali faceva prevalentemente calcolo, anzi-

⁽¹⁾ Sono soggetti i quali non dispongono di beni di riserva cui attingere in caso di necessità. È questo un dato di fatto di comune cognizione, che non occorre particolarmente illustrare.

chè sull'impiego del lavoro, e sotto questo profilo tutti i cittadini vi sono esposti, ma è certo che quella dei soggetti suindicati, anche perchè è più difficile porvi riparo per opera diretta del singolo, è la più diffusa e la più grave.

Investe il nucleo sociale più numeroso del Paese, che esplica l'attività di maggiore rilievo per l'economia nazionale ed è quindi la più meritevole di tutela. Si incontra in cause alle quali di norma il soggetto non può neppure sottrarsi con opera previdenziale propria. Egli non è ragione determinante del loro manifestarsi nè è responsabile, perchè si tratta di cause inerenti, fra l'altro, all'usura dell'organismo esposto più di altri all'azione delle malattie ed ai rischi del lavoro.

È evidente allora che i soggetti per i quali si deve anzitutto provvedere, per rendere possibile in ogni circostanza la conservazione dei mezzi necessari alla soddisfazione dei bisogni, sono questi ultimi, che costituiscono veramente la classe, la categoria sociale esposta a questo fenomeno della miseria che allarma ogni giorno vieppiù, nonostante il progredire delle conoscenze, della tecnica, delle invenzioni.

Essi certo ne sono i veri destinatari organici. E se con necessaria graduazione nel tempo, a proposito di una prospettata più vasta azione sociale contro la miseria, si dovrà anche pensare ad altri soggetti, superando per questi pure gli schemi della carità individuale e della beneficenza pubblica, è certo che le possibilità economico-finanziarie odierne costringono a concentrare sui lavoratori ogni mezzo a disposizione.

È però attuale un problema di estensione organica della previdenza sociale. Destinatari di essa devono essere solamente coloro che sono parti in un rapporto di lavoro, quali lavoratori subordinati, oppure si deve avere riguardo a tutte le categorie di lavoratori, compresi gli autonomi, i piccoli imprenditori (coltivatori diretti del fondo, artigiani, piccoli commercianti) e coloro che esercitano un'attività professionale organizzata prevalentemente con il lavoro proprio e dei componenti la famiglia?

Questo problema è urgente e per la sua soluzione si deve richiamare l'attenzione del legislatore.

2. L'AZIONE CONTRO LE CAUSE DELLA MISERIA

È evidente che le cause di miseria possono riscontrarsi, ora in fattori meramente individuali, attinenti al soggetto, alla sua personalità, al suo ingegno, alla sua volontà, al suo maggiore o minore senso di responsabilità, ora ed il più spesso, per lo meno rispetto alla importanza della efficienza produttiva del malanno sociale che la miseria determina, a fattori obiettivi.

Il più delle volte dunque la miseria discende dalle condizioni del mercato del lavoro, dalla più o meno sviluppata giustizia fra le classi, dall'usura che il lavoro comporta per chi lo presta, dai rischi cui esso espone, dalla loro prevenzione maggiore o minore, dalle malattie, dalla stessa educazione professionale dei singoli, non acquisita tempestivamente, o venuta meno per circostanze superiori.

È in questo campo delle cause sociali di povertà che è destinato ad operare con azione primaria l'ordinameno giuridico, cui è del tutto rimessa la creazione delle condizioni per l'acquisizione della disponibilità dei mezzi finanziari necessari, per gli strumenti dell'azione, per gli istituti di tutela.

Per il resto, per l'azione contro le cause individuali non è dato che affidarsi alla solidarietà della famiglia, alla azione della religione, alla morale, alla scuola, all'esempio ammonitore delle conseguenze che discendono dal bene operare o dal mal fare, facendo tesoro di quelle cure infinite che l'uomo riceve nell'ambiente in cui vive, sol che ad esse sappia e voglia affidarsi, prendendo il buono elasciando il cattivo.

In questo campo vi è certamente molto da fare, ma non per il legislatore e per il giurista.

Ma è rispetto ai fattori sociali, obiettivi della miseria, quando si tratta di combattere contro gli effetti di eventi non dell'individuo, ma che sovrastano su di lui, determinando la mancanza o la incapacità di prestare lavoro ed acquisire i mezzi di soddisfazione dei bisogni, che è destinata ad operare la previdenza sociale.

Essa costituisce una delle più cospicue manifestazioni della tutela del lavoro da parte dell'ordinamento giuridico sotto questo rispetto. Attraverso essa si tende ad eliminare o ad attenuare cause ed effetti sociali di miseria, cui sono esposti i lavoratori ed in particolare quelli subordinati.

In un ordinamento sociale imperniato su una differenziazione di classe, fra soggetti che dispongono dei mezzi di produzione e soggetti che apportano nel processo produttivo prevalentemente il lavoro di cui solo dispongono, questi non possono subire tutto intero il rischio della perdita di questa loro ricchezza, la quale, non va dimenticato, è la più deperibile e la meno sicura rispetto ad ogni altro bene. Ma poichè appunto questa perdita sarebbe fonte di miseria, per ovviarvi si provvede con la previdenza sociale che deve essere intesa e giustificata anche come correttivo di questo ordinamento capitalistico della produzione, che è generatore di insicurezza sociale, in quanto mette in rilievo soggetti che realizzano la produzione della ricchezza nella veste di puri lavoratori, con risorse limitate al salario.

Ed è così; e veramente le assicurazioni sociali, che sono l'espres-

sione formale della previdenza obbligatoria, non possono essere considerate se non come una manifestazione di protezione sociale, la cui realizzazione è in fondo esigenza permanente e compito indeclinabile della collettività politicamente organizzata; ed è legittimata in via assoluta e temporale dalla esistenza di un ordinamento generatore per se stesso di insicurezza sociale per i soggetti che di esso fanno parte quali lavoratori. Lo Stato moderno che è accentratore, che è responsabile dell'iniziativa in ogni campo, ha da garantire all'individuo la sicurezza della soddisfazione dei bisogni di vita, come tradizionalmente ha garantito la sicurezza personale e patrimoniale.

Ciò che lo Stato oggi richiede in ogni campo all'individuo deve avere per corrispettivo l'obbligo suo di garantire la libertà dal bisogno.

Nè si esagera osservando che in questo ambito la società italiana è in arretrato; deve ancora a molti suoi componenti il nutrimento, l'alloggio, l'educazione, il vestiario e perfino il lavoro.

Ciò non deve essere. Lo Stato, dando vita alla società giuridicamente organizzata, è tenuto ad organizzarla in modo da realizzare le condizioni più favorevoli per la soddisfazione dei bisogni dei componenti, adottando perciò tutti quei correttivi che possano occorrere.

La miseria è certamente un indice evidente di un difetto della costruzione sociale, ed è compito dello Stato ovviarvi.

3. Beneficenza - assistenza - previdenza

Non si deve credere che solo attraverso la previdenza sociale si operi e si sia operato nel passato per combattere la miseria. Altri mezzi, altri strumenti hanno concorso e concorrono, ma con sistemi diversi dalla previdenza, destinata ad agire soprattutto a tutela della classe lavoratrice, con istituzioni che trovano principalmente nella esistenza di un rapporto di lavoro, di cui i soggetti di essa sono parte, una forma a sè stante di azione.

D'altronde il problema dell'assistenza ai poveri ed ai miseri non è collegato e conseguente ad un particolare ordinamento sociale nè ad una data epoca storica.

Invero esso è esistito in qualsiasi tempo ed in ogni luogo e la società ha sempre cercato di approntare rimedi avendo avvertito in ogni circostanza il dovere, ed anche l'interesse, di combattere il pauperismo ed aiutare i meno abbienti.

Si possono trascurare in proposito particolari riferimenti storici, perchè sono di comune conoscenza, come è superfluo ricordare il particolare sviluppo che la beneficenza tanto pubblica che privata ebbe ad acquistare soprattutto per effetto del principio di carità esaltato dal Cristianesimo, che ne fece, si può dire, il portabandiera della fede in Cristo.

Certo la beneficenza privata, benefica e necessaria per chi la fa, equanto per chi la deve ricevere (anche per chi la fa, perchè soddisfa il bisogno, che è istintivo e naturale per l'anima umana, di aiutare il prossimo) per il suo carattere sporadico, non ordinato ed insufficente, ha necessariamente avuto un contenuto di integrazione; solo l'azione dello Stato, coordinatrice e sviluppatrice, è apparsa indeclinabile.

Invero l'assistenza pubblica, perchè organizzata e per i maggiori mezzi, può agire con carattere tale da rispondere in qualche misura alle più impellenti necessità del pauperismo messe in luce dalla sua diffusione ed estensione. Come la beneficenza privata, l'assistenza pubblica di norma si dirige senza distinzione a tutti i cittadini che si trovano in determinate condizioni di necessità, anche se talora si specializza nei confronti di particolari categorie di assistibili. Per questo verso tempera anche il rigore di quella esclusione che a tutt'oggi la previdenza sociale manifesta verso chi non appartiene alla classe dei lavoratori. E poichè l'assistenza dello Stato, con provvidenze dirette attraverso l'opera della pubblica amministrazione, si va estendendo per i più progrediti sentimenti che la attivano, vi è chi ha posto il problema se occorre in pratica ancora distinguere fra assistenza e previdenza e previdenza sociale. Premesso che la prima è concessa dallo Stato sia direttamente che con appositi enti assistenziali (ai medesimi da esso demandata), la seconda è organizzata invece sul contributo corrisposto ad un istituto assicuratore da parte ora del datore di lavoro ora dal lavoratore o da ambedue col concorso talora dello Stato. Si domanda se la distinzione non è più formale che sostanziale, mirando ambedue alla stessa finalità.

Leggesi nella relazione della Presidenza della commissione per lo studio dei problemi del lavoro, nominata dal Consiglio dei ministri del 10 gennaio 1946, che « Previdenza ed assistenza sociali vanno concepite come uno strumento di politica sociale diretto ad operare una migliore distribuzione del reddito con destinazione ad uno o più obiettivi specifici, fra quelli che più interessano e la collettività, e quindi lo Stato, e il singolo: la invalidità, la vecchiaia, la maternità, la salute, la disoccupazione involontaria, per assicurare un minimo di tenore di vita e di possibilità di consumo a tutti i cittadini ».

Ad ogni modo è certo che ai bisogni cui provvedesi con l'assistenza, i mezzi economici finanziari sono forniti dallo Stato, che li preleva dalle disponibilità ricavate dai tributi cui concorre la totalità dei cittadini, mentre la previdenza sociale si alimenta in buona parte col finanziamento da parte dello stesso individuo a vantaggio del quale si devolvono le prestazioni dell'istituto assicuratore. Ne discende che dal punto di vista della tecnica giuridica ben netta è la distin-

zione, mentre la medesima svanisce se si ha riguardo al principio su cui ambedue le forme di assistenza e di previdenza poggiano: quello della solidarietà sociale in virtù della quale si manifesta nel mondo moderno la coscienza dell'armonica unità della collettività umana.

Certo è che oggi non può disconoscersi la necessità di un continuo ed ininterrotto ricorso all'azione sovvenzionatrice dello Stato chiamato ad integrare le deficienze dell'azione diretta della stessa previdenza sociale, praticata con la forma assicurativa. Non v'è dubbio che previdenza ed assistenza si compenetrano attualmente con tanta reciproca interdipendenza che molti appunto ritengono che la distinzione sia divenuta molto evanescente.

Ciò è tanto vero che sempre davanti alla Commissione per la riforma della previdenza sociale si è discusso se allo Stato non debba andare integralmente l'onere della previdenza, nel senso che i mezzi per sopperire a tutte le forme di previdenza dovrebbero essere forniti dalle pubbliche finanze, le quali alla loro volta si rivarrebbero sui cittadini mediante forme speciali di imposte e tasse.

Tale impostazione è stata peraltro combattuta dalla maggior parte dei membri della Commissione, i quali, facendo leva sugli argomenti tradizionalmente noti, hanno rilevato come in tale maniera, in luogo del sistema previdenziale che la commissione ha inteso delineare nei suoi fondamenti essenziali, si avrebbe un sistema di assicurazione generale di Stato o meglio anzi una forma di assistenza di Stato; e cioè il lavoratore, confuso nel cittadino, invece di ottenere la sua previdenza attraverso un contributo suo proprio verrebbe ad assumere la veste di un assistito a carico dello Stato.

Ad ogni modo deve tenersi presente che attualmente il concorso integratore dello Stato è divenuto notevolissimo anche per le condizioni deficitarie nelle quali si sono trovati i bilanci degli enti assicuratori, il cui dissesto era conseguenza ineluttabile dell'aumento necessario delle prestazioni e degli effetti distruttori della guerra perduta.

Ma al di là di questa situazione provvisoria non devesi indebolire la tendenza a dare all'intervento integratore dello Stato un'importanza sempre maggiore; va messo in rilievo il carattere sociale della stessa previdenza e la necessità che ad essa vi concorrano col proprio apporto tutti i cittadini, essendo la difesa dei lavoratori dalle varie forme di bisogno una esigenza che deve essere sentita da tutta la comunità nazionale. Una manifestazione di questa tendenza la vediamo ad es. nell'impianto del piano Beveridge, il quale ha posto il contributo dello Stato fra le fonti prevalenti dei contributi finanziari della previdenza.

Ma l'essere tanto l'assistenza che la previdenza indubbiamente espressione della tendenza diretta a creare condizioni di relativa eguaglianza tra gli uomini non comporta il superamento della distinzione; giustamente però si formula il principio del ricorso all'intervento sovvenzionatore dello Stato, e ciò tanto per ragioni di carattere economico che di natura etico-sociale.

Al finanziamento della previdenza sociale dovranno adeguatamente concorrere — a titolo complementare, ma in misura sostanziale — sia lo Stato, che deve trarne i mezzi da fonti che non incidano sulla attività produttiva, sia gli enti pubblici tenuti alla pubblica assistenza in relazione alla diminuzione di oneri di assistenza derivante dall'attuazione del sistema previdenziale.

Sotto l'aspetto etico-sociale poi non è da dimenticare che una delle caratteristiche fondamentali della previdenza sociale è di essere uno strumento di distribuzione, a fini sociali, del dividendo nazionale dai ricchi ai poveri, dalla classe abbiente alle classi meno favorite, dagli economicamente forti agli economicamente deboli.

Questo processo redistributivo, come è noto, viene spesso — nell'ambito dell'economia aziendale — a mancare a causa della traslazione del contributo previdenziale sui consumatori mediante lo aumento dei prezzi; in questi casi infatti il lavoratore viene, di fatto, defraudato del salario previdenziale in quanto il contributo, trasferito sul consumatore attraverso l'aumento dei prezzi dei beni di consumo, diminuisce il suo salario reale e quindi gli toglie da una parte quel che illusoriamente gli dà dall'altra.

Soltanto lo Stato, è stato osservato, attraverso il congegno fiscale opportunamente manovrato può rendere effettiva questa redistribuzione di ricchezza dagli abbienti ai non abbienti; esso infatti può prelevare il contributo finanziario necessario al fabbisogno della previdenza sociale sia mediante imposte che, nella misura del possibile, non siano trasferibili sul consumatore, sia mediante imposte che incidano direttamente sui consumi di lusso. In tal modo il principio della solidarietà — fondamento della previdenza sociale — potrebbe avere il suo necessario coronamento.

Con queste premesse e chiarimenti si possono senz'altro così stabilire i caratteri differenziali fra ordinamento previdenziale e ordinamento assistenziale (1). Il primo è legato di norma al rapporto di lavoro e si presenta come un sistema di organi, di contributi e di prestazioni predisposti allo scopo di sollevare il lavoratore dallo stato di bisogno in cui viene a trovarsi per cause previste.

Il secondo, enucleato dallo spirito di carità e di beneficenza, si presenta in generale come emanazione del senso di solidarietà civile mediante un'organizzazione a carattere pubblicistico a favore di

⁽¹⁾ Cfr.: Sforza - Previdenza sociale «1947» 3 - pag. 86.

determinate categorie di cittadini che si trovano in stato di bisogno. Elementi comuni ai due ordinamenti, si è detto, sono il bisogno — elemento obiettivo — e l'attitudine della collettività ad intervenire contro il bisogno — elemento soggettivo.

Elementi differenziali, che ne caratterizzano le rispettive funzioni, sono il contributo dei destinatari dei benefici, che è presente nell'ordinamento previdenziale e manca in quello assistenziale, e la natura giuridica della prestazione, la quale, mentre è un diritto e quindi è certa nella forma e nella misura del primo, è invece una aspettativa e quindi incerta nel secondo.

L'art. 38 della Costituzione sembra accogliere questa diversa posizione dei due ordinamenti, riconoscendone necessaria la concorrenza, come risulta dal raffronto fra la prima parte e i capoversi successivi dello stesso articolo e dalla differenziazione ivi fatta fra cittadino e lavoratore.

Sta a vedere in quale forma e con quali mezzi lo Stato vorrà far sì che non solo l'uomo in quanto lavoratore, ma anche solo in quanto membro di una collettività abbia diritto di essere assistito, tutelato e sollevato dal bisogno mediante una prestazione certa e preordinata, erogata dall'organizzazione sociale. Anche impostati in questi termini, i rapporti fra previdenza ed assistenza sociale vanno mantenuti.

Pure risolto in concreto il problema della assistenza, con la indicazione di un apparato più adeguato di quello esistente, non può porsi in dubbio la esigenza, che è di natura anche morale, di conservare nella piena efficienza e con un accento di superiorità gli istituti previdenziali, ove non è meno sentito e sviluppato lo spirito di solidarietà sociale.

Alla funzione assistenziale solo un compito sussidiario e di integrazione può spettare per quanto riguarda i lavoratori, che devono avvertire di essere fattori immediatamente attivi della loro protezione sociale, approntandovi i mezzi che in genere scaturiscono dalla somma di utilità che determinano col lavoro.

Lasciamo quindi in particolare alla assistenza dello Stato e alle istituzioni di pubblica beneficenza la cura dei cittadini che cadano in miseria, rendendo concreto quel dovere di provvedere che costituisce una obbligazione ormai acquisita dalla coscienza di tutti i popoli civili.

Nello stesso tempo siano ricercati i mezzi di potenziamento della previdenza sociale, proprio attingendo il suo sviluppo con un ricorso maggiore a quell'idea che della assistenza sociale è la fonte: che cioè appartiene anche allo Stato e quindi alla collettività dei cittadini operare ed agire a pro di coloro che, per essere lavoratori, soggiacciono più di ogni altra categoria alle cause di miseria.

4. L'ORDINAMENTO PREVIDENZIALE

La previdenza sociale ha, come già si è osservato, una struttura di base assicurativa, perchè si enuclea dal concetto di assicurazione. In quanto è la stessa persona soggetta alla miseria che accantona i mezzi finanziari, noi possiamo riscontrare nella previdenza un fenomeno che si può individuare col termine « risparmio » o con quello « assicurazione », a seconda che si abbia più riguardo al lato economico o a quello psicologico.

In fondo le assicurazioni sociali si imperniano, sia pure non totalmente, su una serie di operazioni di risparmio obbligatorio, cui è chiamato a provvedere il datore di lavoro nell'interesse dei dipendenti; destinandosi, ope legis, una parte del loro corrispettivo per il lavoro prestato alla copertura dei rischi, cui sono soggetti, e che, in quanto li colpiscano in concreto, li esporrebbero alla miseria.

Lo Stato ha resa obbligatoria l'assicurazione perchè nè i datori di lavoro nè i lavoratori vi avrebbero mai provveduto spontaneamente o quanto meno in misura adeguata. Tutte le istituzioni di previdenza lasciate all'iniziativa individuale sono sempre fallite; occorrerebbe invero per il loro funzionamento una raccolta diretta dei risparmi da parte del lavoratore che contraesse obbligazioni o pagasse i contributi necessari.

La posizione economica, il basso salario, le comuni abitudini e la scarsa educazione previdenziale di lui hanno sempre impedito quest'attività privata e diretta.

Per far luogo al risparmio ed alla previdenza occorrerebbero:

- a) capacità di previdenza del risparmiatore che risulta dalla consapevolezza sia dei bisogni futuri che della possibile mancanza dei mezzi per farvi fronte;
- b) forza di volontà per riservare al futuro una parte dei beni acquisiti non strettamente necessari alla soddisfazione dei bisogni attuali, opportunamente graduati;
- c) disponibilità di mezzi economici che debbono essere acquisiti dal soggetto in una quantità superiore al minimo necessario per l'esistenza.

Nessuna delle tre condizioni sembrano ricorrere e riscontrarsi con sufficiente adeguatezza nell'ambito della classe dei lavoratori; avendo perciò lo Stato ritenuto di interesse pubblico ovviare alle menzionate cause di miseria cui essi sono esposti, ha attuato per conto proprio un piano di azione contro il pauperismo, una volta che non poteva affidarsi alla previdenza individuale, del resto costosa e troppo legata a valutazione di bisogni su base particolaristica e non sociale.

Ha imposto perciò una destinazione peculiare di una parte del salario del lavoratore, acquisendo la disponibilità finanziaria per fronteggiare i rischi di miseria e provvedendo così ai bisogni derivanti dal loro verificarsi attraverso la riunione dei contributi da versare, tramite il datore di lavoro, dai singoli soggetti esposti ad essi. Così ha formato il nucleo fondamentale, il fondo necessario per far fronte ai bisogni dei lavoratori se e quando saranno colpiti dai rischi.

L'ordinamento previdenziale trovasi ora delineato in una legge generale quale è il Codice civile.

Il momento nel quale le assicurazioni sociali sono fuoriuscite dal processo di formazione empirica ed hanno acquisito una propria posizione autonoma, con rispondenza a principî delineati in formulazioni espresse, è rappresentato dalla entrata in vigore di detto codice; un paragrafo del libro del lavoro inquadra in un sistema ed in un piano il complesso della legislazione speciale nel quale fino allora la materia aveva trovato riscontro e disciplina.

È nel Codice in verità che sono delineati i capisaldi della previdenza, nell'ambito del diritto positivo; e devono essere tenuti presente, per l'indirizzo che segnano pur nella interpretazione della farraginosa legislazione speciale, che al Codice stesso non può non informarsi.

In esso è stabilita la regola — dopo avere affermato che il principio, che sembra essere destinato a superamento, che l'imprenditore e il prestatore di lavoro contribuiscono in parti eguali alle istituzioni di previdenza ed assistenza — (art. 2115) che l'imprenditore è responsabile del versamento del contributo anche per la parte che è a carico del prestatore di lavoro, salvo il diritto di rivalsa secondo le leggi speciali, e che è nullo qualsiasi patto diretto ad eludere gli obblighi relativi alla previdenza e alla assistenza.

È nel Codice che ha trovato una formulazione giuridica con carattere generale il principio tanto importante della automaticità, disponendosi che le prestazioni assicurative e assistenziali sono dovute al prestatore di lavoro anche quando l'imprenditore non ha versato regolarmente i contributi dovuti alle istituzioni di previdenza e di assistenza (art. 2116) salvo, s'intende, diverse disposizioni delle leggi speciali o delle norme corporative, cui è rimesso, secondo quanto discende dall'art. 2114, la determinazione dei casi e delle forme di previdenza e di assistenza obbligatorie e le contribuzioni e prestazioni relative.

Ed è nello stesso Codice che si fissa la regola delle conseguenze a carico del datore verso il lavoratore per il caso che, nella ipotesi che l'assicurazione non sia automatica, questi per l'inadempienza del primo non possa ricevere le prestazioni. Invero si dispone che nei casi in cui le istituzioni di previdenza e di assistenza, per mancata o irregolare contribuzione, non sono tenute a corrispondere, in tutto o in parte, le prestazioni dovute, l'imprenditore è responsabile del danno che ne deriva al prestatore di lavoro.

Ed un'altra regola del pari importante, e che ha appunto la sua sede nel Codice civile, deve qui menzionarsi, quella per cui i fondi speciali per la previdenza e l'assistenza, che l'imprenditore abbia costituiti anche senza contribuzione dei prestatori di lavoro, non possono essere distratti dal fine al quale sono destinati e non possono formare oggetto di esecuzione da parte dei creditori dello imprenditore o del prestatore di lavoro.

Se nel Codice civile si sono perciò determinati i principi e le regole fondamentali dell'ordinamento previdenziale, è nella legislazione speciale, a cui del resto lo stesso Codice rinvia, che detto ordinamento trovasi articolato e precisato. Si tratta di una legislazione varia, complessa ed il più spesso disordinata, tanto che dagli studiosi come dai pratici, al fine di riordinarla e renderla di relativa pratica consultazione e ricerca, si è richiesto che si procedesse ad un testo unico o anche ad un codice della previdenza sociale. Ma poichè la nostra previdenza sociale ha necessità urgente di una riforma non soltanto sul piano formale, ma soprattutto su quello sostanziale degli istituti, così sarà nel momento di questa riforma che potrà trovare riscontro anche la esigenza indubbiamente non trascurabile di avere una disciplina contenuta e organicamente fusa in un autonomo corpo di norme, tanto più che essa ha per beneficiari specifici una categoria numerosissima di soggetti — i lavoratori — ai quali è bene, per ragioni educative, morali e sociali facilmente comprensibili, rendere agevole la conoscenza del contenuto delle forme e della disciplina delle istituzioni in loro favore costituite.

Nella nostra materia le leggi in senso formale, gli altri atti aventi analoga efficacia ed i regolamenti statali che nella materia del lavoro sono tanto frequenti non esauriscono l'ordinamento previdenziale. In questo è destinata ad operare, come ha operato in passato (di ciò è indice il Codice civile per il richiamo che ha fatto delle norme corporative) la autodisciplina normativa delle categorie interessate, principalmente nella forma del contratto collettivo del lavoro. Questo, che rientrava in passato fra le cosiddette norme corporative, pur non potendo derogare alle norme imperative delle leggi e dei regolamenti può spesso essere l'avanguardia di determinate nuove provvidenze in favore dei lavoratori e costituire comunque una cospicua fonte di integrazione.

A prescindere dalla attuale posizione nel sistema giuridico del contratto collettivo di lavoro, la cui figura comunque non può che essere definita al più presto con la ricostituzione di un ordinamento sindacale di diritto secondo le direttive fissate nella Carta costituzionale, deve rilevarsi che detto istituto opera ancora con specifica efficacia, sia pure di fatto, anche per il nostro ordinamento previdenziale, ed il legislatore mostra di tenerne conto, quando, come nel caso dell'aumento dell'importo degli assegni familiari per i lavoratori dell'industria, è intervenuto per dare efficacia e rendere obbligatori e vincolanti erga omnes i risultati acquisiti in sede sindacale.

Quindi, se anche i contratti collettivi nel vigente ordinamento non possono considerarsi fonti di diritto in senso specifico e tecnico, non si può trascurare di menzionarli per tenerne adeguatamente conto, onde anche con l'apporto dei medesimi realizzare la visione panoramica di tutte le fonti che concorrono alla formazione del nostro attuale edificio previdenziale.

5. La previdenza sociale nelle indicazioni della costituzione

Per quanto riguarda le istituzioni previdenziali la Carta costituzionale non contiene affermazioni di carattere innovativo rispetto al sistema giuridico vigente. Però ha la sua importanza il fatto che abbia sanzionato con l'efficacia propria dei diritti riconosciuti nella Costituzione, dopo avere premesso che ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento ed all'assistenza sociale, che i lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria; che gli inabili ed i minorati hanno diritto alla educazione ed all'avviamento professionale; che ai compiti previsti provvedano organi ed istituti predisposti od integrati dallo Stato (art. 38). Ciò affermando, sembra anzitutto che, sia pure senza averne chiara contezza, la Costituzione abbia concepito la previdenza come diretta a garantire la continuità del reddito in caso di bisogno del lavoratore, adottando cioè il principio del bisogno in sostituzione di quello del rischio professionale.

Ad ogni modo non è priva di interesse la sanzione data alla obbligatorietà delle assicurazioni sociali, ponendo sotto la salvaguar-dia costituzionale gli istituti previdenziali.

Per la verità deve però riconoscersi che nessun particolare problema giuridico della previdenza è stato affrontato con determinazione in sede costituzionale, ed anche l'accenno fatto alla adozione della teoria del bisogno in luogo di quella del rischio professionale va interpretato con cautela, per non legare il legislatore a formulazioni che non possono presentare alcun carattere di sicurezza.

Certa cosa è che la disposizione dell'art. 38 dimostra la volontà di conservare l'indirizzo della tradizione giuridica in materia, inquadrata in un ordinamento pubblico del rapporto assicurativo sociale, cui fra l'altro lo Stato presiede anche nella fase della erogazione delle prestazioni. Nè per ciò è una novità l'affermazione costituzionale che ai compiti della previdenza sociale provvedono organi ed istituti predisposti od integrati dallo Stato.

Ad ogni modo il precetto costituzionale ha pur sempre questo grande significato: che la previdenza e le assicurazioni obbligatorie oggi rappresentano l'applicazione di un principio costituzionale, organico ed unitario, destinato a funzionare come direttiva che crea per il legislatore futuro l'obbligo di sostituire all'attuale sistema, frammentario e sconnesso nonostante notevoli progressi degni di apprezzamento, un sistema più aderente ed una concezione unitaria.

Ed è stato un bene che sul piano costituzionale, al fine di distinguere e nello stesso tempo di riconoscere la esistenza e la necessaria tutela di tutte quelle manifestazioni individuali dello spirito di soligidarietà che non possono mai contrastare con il piano di solidarietà sociale, quale è espresso dall'ordinamento pubblico della previdenza sociale, lo Stato abbia dichiarato espressamente che l'assistenza privata è libera.

Connessa ed in parte anche interdipendente con una delle manifestazioni più notevoli del servizio di assicurazione sociale, quella concernente la copertura del rischio della disoccupazione, è la statuizione dell'art. 4 della stessa Costituzione, in virtù della quale la Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto; il che fra l'altro non può non importare la necessità e l'esigenza per lo Stato di predisporre un adeguato surrogato di prestazioni quando non sia stato possibile realizzare questa garanzia del lavoro, che nell'ambito della politica sociale lo Stato si propone come uno dei suoi compiti fondamentali. Ciò è dimostrato anche dalla trasposizione che venne fatta della disposizione in parola dalla sede dei rapporti economici (titolo III della Costituzione) alla sede dei principî fondamentali.

Nè va trascurata la norma dell'art. 32 per la quale la Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Il legame fra questo disposto e quello dell'art. 38 è evidente e non dovrà essere trascurato nell'elaborazione degli istituti previdenziali per quanto attiene allo scopo in comune: la tutela appunto della salute.

Però va considerato che mentre per l'art. 32 il riconoscimento di un interesse contemporaneamente individuale e sociale alla salute del cittadino e la posizione di un dovere dello Stato di fornire l'assistenza adeguata, non può comportare l'attribuzione di un diritto soggettivo, rientrando l'attività da svolgere nell'ambito dell'assistenza sociale, fonte, per pacifica dottrina, di meri interessi legittimi, l'art. 38 per contro attribuisce espressamente il diritto di fruire di particolari istituzioni di previdenza.

Ciò però non deve portare a ritenere che le indicazioni della Carta costituzionale, quando non siano dirette a costituire diritti soggettivi con pretese corrispondenti a favore del privato, siano prive di importanza.

Esse non possono essere trascurate mai dal legislatore. Deve poi tenersi presente che si va sempre più affermando la istanza che sia emanata la legislazione necessaria a tradurre proprio in diritti soggettivi azionabili, trasferendole dal piano degli interessi, quelle disposizioni che menzionano il diritto al lavoro, il diritto all'assistenza, alla protezione sociale o che concretano altri principi espressi dalla Costituzione, i quali rappresentano il contenuto della vera sicurezza sociale.

È certo comunque in ogni caso che le disposizioni in parola debbono considerarsi come regole di sviluppo del diritto del lavoro ed intendersi per lo meno come norme programmatiche e di politica legislativa, cui il futuro diritto positivo dovrà adeguarsi, sia pure nel grande margine di iniziativa e di autonomia che gli è stato riservato. Almeno se non si vuol rendere affermazione vana il principio fondamentale del primo articolo della Costituzione che definisce l'Italia una Repubblica fondata sul lavoro, allo stesso modo che la Costituzione francese definisce la Francia una Repubblica sociale.

6. CONCETTO UNITARIO DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Da quanto detto emerge che la previdenza sociale si realizza attraverso un ordinamento pubblico di essa, una volta che si tratta di agire contro eventi ai quali non potrebbe mai provvedere adeguatamente l'iniziativa privata, anche se sussidiata, come talora si è pensato di fare, essendo incapace di risolvere, per le finalità che ad essa sono proprie, il problema sociale che la incombenza della miseria sui lavoratori determina.

Perciò la previdenza sociale, fino dal suo primo manifestarsi, ha acquisito un carattere obbligatorio e cogente, con la posizione perfino di sanzioni penali per i trasgressori delle sue norme, facendo capo all'organizzazione statuale attraverso enti assicuratori creati dallo Stato come soggetti di diritto pubblico parastatali.

Proprio la tutela penale è l'indice più evidente dell'interesse

diretto ed immediato che la funzione della previdenza sociale assolve nei confronti dello Stato; essa costituisce la dimostrazione che questi la assume fra i suoi fini primari, tanto da essere, ancor prima dello stesso lavoratore, il soggetto immediatamente colpito dall'inosservanza dei precetti. Da questo punto di vista la struttura giuridica data agli istituti previdenziali va conservata e non può essere altrimenti.

La sua concezione va però allargata, considerati gli scopi che ad essa sono connessi. È nata e si è inserita in un piano organico di difesa del lavoratore, tanto da essere considerata da molti come un capitolo e non il meno importante del diritto del lavoro. E noi siamo fra questi.

La tendenza, già autorevolmente espressa dal Barassi, di enucleare dal complesso degli istituti creati per la tutela del lavoro due diversi rami, il diritto del lavoro e la legislazione sociale, appare fra l'altro antistorica, in quanto questa separazione non consente di illustrare tutto il processo di formazione e di sviluppo degli istituti di tutela dei lavoratori, e trascura moventi sociali ed economici che alimentano ininterrottamente detto sviluppo, e che, in funzione di reciproca interdipendenza, danno vita all'uno o all'altro aspetto della disciplina del lavoro.

Nè può cadere dubbio sul punto che le assicurazioni sociali discendono dal rapporto di lavoro, trovando in questo la causa della costituzione del rapporto assicurativo. Le obbligazioni del datore di lavoro, riguardo a quest'ultimo rapporto, si spiegano in connessione con il vincolo che lega il datore al suo dipendente; i contributi e le prestazioni assicurative stanno in relazione di dipendenza con il rapporto di lavoro.

Ma non per ciò la previdenza sociale deve essere considerata come una mera garanzia del lavoratore nei confronti del datore di lavoro per particolari aspetti della tutela del lavoro, ragionando cioè in termini di responsabilità per rischi che l'impresa abbia o meno creato o concorso a produrre e di cui debba in conseguenza rispondere; quasi a giustificare per questo verso gli oneri su di essa gravanti, come allo stato attuale del diritto positivo avviene per la legislazione infortunistica.

La tutela del lavoratore deve essere al contrario considerata unitariamente ai fini previdenziali, mettendolo al riparo, secondo la valutazione delle esigenze sociali e delle possibilità economico-finanziarie, da tutti i danni e rischi ai quali è esposto, dipendano o no dall'attività esplicata nell'impresa, attengano o no a particolari doveri ed oneri dell'imprenditore, come per ciò che attiene ad es. alla garanzia da offrire per la sicurezza del lavoro.

L'osservanza di questi doveri e di questi oneri deve essere presidiata da norme a sè stanti, non rientrando nell'ambito della tutela previdenziale, la cui esigenza si manifesta nell'ambito in cui si manifesta il bisogno.

A nostro avviso è un controsenso ad es. che dall'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali il datore di lavoro venga a trarre un vantaggio di fronte a quella che sarebbe la sua posizione e la sua responsabilità nell'ipotesi che l'evento possa venirgli addebitato per colpa propria o dei suoi agenti.

E non a torto la Commissione per la riforma della previdenza soiciale, in relazione ai prinicipì da essa pure affermati, che la previdenza sociale provvede alla reintegrazione del bisogno del lavoratore, dipendente da perdita di guadagno conseguente ad inabilità permanente o temporanea, e che il contributo previdenziale è parte integrante della retribuzione, ha ritenuto che non era più compatibile col sistema l'esonero di responsabilità per colpa del datore di lavoro. Più che tutela di particolari interessi patrimoniali in rapporto a particolari situazioni nelle quali il lavoratore si trova nei confronti del datore di lavoro, ogni manifestazione della previdenza sociale ha da tenere conto delle esigenze della sua persona come tale.

Questa concezione potrebbe fra l'altro facilitare un processo di maggiore unificazione o concentrazione di rischi e di provvidenze, la cui necessità è particolarmente sentita e sarà vagliata nelle pagine che seguono.

Un'impostazione della previdenza sociale che parta da questa idea si armonizza anche con la più moderna evoluta concezione del diritto del lavoro ordinato al fine della tutela della personalità umana del lavoratore, poichè tutte le sue norme a questo fine devono essere dirette.

La previdenza sociale (accettata con entusiasmo nel mondo intero, consacrata in diverse costituzioni nel dopo-guerra e inclusa nelle Dichiarazioni dei diritti dell'uomo) deve essere intesa come strumento di sicurezza sociale, facendo sì che essa sia diretta, tendenzialmente per lo meno, alla realizzazione della libertà dal bisogno, che è la condizione vera, per non dire l'unica, del progredire civile di quei soggetti che sono particolarmente esposti alla miseria. E se pure detta sicurezza sociale non può ancora da noi aspirare ad essere un servizio pubblico, aperto a tutti i cittadini, senza distinzioni di classe e di censo, sembra arbitrario, assumendola a principio direttivo, contrapporre, a proposito della concezione della previdenza sociale, il criterio del bisogno a quello del rischio professionale. A quest'ultimo si è ispirata, con una giustificazione del tutto peculiare al momento storico in cui fu formulata la legislazione infortunistica. È un gran

vanto dei suoi sostenitori e proseliti — degni giuristi e sociologi — la elaborazione che ne fecero; dovevano operare, per risolvere il problema, che veniva posto con accenti drammatici dall'estendersi sempre maggiore della insicurezza del lavoro, nell'ambito di un ordinamento individualistico, la cui insufficienza non era ancora sentita, rappresentando anzi una fonte del progredire economico. Ora nella evoluzione dei concetti, nello spirito di socialità, cui si richiama la funzione di tutte le istituzioni giuridiche, può essere criticamente riesaminata proprio nei presupposti. Ed è dato di notare che, per effetto della nozione del rischio professionale, si è conseguito il risultato di praticare regimi diversi di previdenza sociale, a seconda della fonte del rischio cui è esposto il lavoratore che è causa dell'incidenza del bisogno. Con questo che il bisogno stesso, giusta un apprezzamento arbitrario, è stato ed è più o meno soddisfatto, a seconda, diciamo pure, del titolo di nobiltà che presenta il rischio da cui il soggetto è stato colpito.

Il che non sembra nè giusto, nè conferente con la funzione della previdenza sociale, quando essa ha di fronte rischi di eguale incidenza.

La Commissione per la riforma della previdenza sociale, quando propose di realizzare il trattamento previdenziale per invalidità vecchiaia e morte su un sistema unico, con le sole differenziazioni, nei riguardi dei singoli, derivanti dagli indici economici, propose un distacco per le invalidità permanenti derivanti da causa professionale e sostenne che doveva stabilirsi un trattamento preferenziale in confronto alla invalidità permanente derivante da cause comuni, compresi fra queste gli infortuni extra-professionali, e ciò in rapporto sia alla misura degli indennizzi, sia al grado minimo di invalidità indennizzabile che dovrebbe essere determinato per gli eventi professionali ad un livello più basso di quello fissato per le invalidità da altre cause.

Questo perchè per i primi il fattore lavoro concorre a determinare l'evento, mentre per le seconde è necessario solo tenersi ad un limite che costituisca un impedimento al normale lavoro.

Si disse che la tesi era fondata su motivi morali e specialmente sociali, in quanto che l'infortunio sul lavoro avrebbe un titolo di più per giustificare il sacrificio di chi presta la propria opera e corre la eventualità di lesionarsi.

Fu considerato che se ci si attiene astrattamente al principio del bisogno non si devono fare differenziazioni, perchè il bisogno è identico qualunque sia la causa dell'invalidità, con che si agevolerebbe anche il funzionamento pratico e si eliminerebbero prevedibili controversie, tanto più quando la tutela previdenziale, come la Commissione proposte, fosse estesa anche agli infortuni extra-professionali. Ma fu rilevato che non si potevano trascurare le argomentazioni sopra indicate.

Senonchè di ciò invece si deve fortemente dubitare: anzitutto si deve osservare che il più che si corrisponde per gli infortuni non può che comportare necessariamente una minore corresponsione di prestazioni per altri eventi che pur producano le stesse conseguenze, allo stesso modo che il maggior costo di un'assicurazione impone di tenere ad un livello più basso un'altra assicurazione per graduare i gravami per il titolo previdenziale rispetto ad un dato prestabilito piano di sopportabilità della sua incidenza.

Non è dato invero di trascurare in proposito una valutazione complessiva degli oneri da un lato e delle prestazioni corrispondenti dall'altro che gli istituti previdenziali comportano. È sommamente utile non trascurare mai una visione integrale dell'azione della previdenza sotto i due aspetti: dei gravami che rappresenta e delle utilità che dispensa.

D'altra parte, rappresentandoci la situazione dal punto di vista dell'interesse dei lavoratori, si nota che questi, avendo di mira la copertura del bisogno nascente dal verificarsi eventuale di una serie di rischi cui sono soggetti, non hanno da desiderare che la massima soddisfazione di quel dato bisogno preso in considerazione, quale ne sia la fonte o la causa.

Possono avere interesse a graduare i bisogni in un certo modo, non a graduare i rischi, tanto più se questi verranno presi in considerazione con riferimento a tutti i lavoratori, come è da augurarsi che avvenga, abbandonando una buona volta la eccessiva frantumazione dei beneficiari con la eliminazione delle attuali esclusioni non più giustificate.

Ne il maggiore apprezzamento che si vuole fare del titolo alle prestazioni per infortunio e malattia professionale può avere presa di fronte alla circostanza del dovere di attuare la soddisfazione di un bisogno con identiche manifestazioni.

Del resto, all'atto in cui si realizza una copertura unitaria dei rischi, il lavoratore, ignorando da quale di essi potrà essere in concreto colpito, non avrà neanche da prospettare una esigenza di maggior tutela per l'uno piuttosto che per l'altro. Ma se pure dubbi in proposito dovessero, ciò nonostante, lasciare perplessi, essi non potrebbero non essere fugati dalla considerazione delle incertezze che comporta in molti casi il riscontro nelle contingenze concrete di un evento piuttosto che di un altro.

Ciò è tanto più grave rispetto ad un fenomeno patologico, che comunque manifestatosi, ed indipendentemente dalle cause che lo hanno prodotto, richiede prontezza nell'intervento, approntamento di mezzi anche economici e cure immediate ed adeguate, senza le sottili ed esasperanti distinzioni che spesso, e non a torto, si fanno sul piano del vigente diritto positivo, ma che sono assolutamente intollerabili, tanto da diventare inconcepibili.

Proprio le inevitabili controversie, il costo giudiziario di esse, il ritardo conseguente nella corresponsione delle prestazioni, l'incertezza se siano dovute, il dubbio perfino sulla identificazione dell'ente che dovrà prestarle e via dicendo, denotano di quante incongruenze è portatore il sistema attuale, che appesantisce la previdenza sociale, facendo talvolta cadere su di essa un discredito che dovrà essere eliminato.

Ma non si tratta solo di discredito; si tratta di ben altro e di più grave ancora; perchè è in gioco l'efficienza della protezione, la sua prontezza nell'agire, la sua economicità: chè il sistema che si critica è gravosissimo per tutti, per gli istituti assicuratori, per le imprese, per i beneficiari.

Un vero errore di calcolo viene compiuto quando, per apprezzare lo sperpero che si fa della previdenza sociale, l'indagine viene limitata ad un accertamento delle spese di organizzazione e gestione degli enti assicuratori, spese che sono comunque ben grandi. Ma ben maggiori ed allarmanti sarebbero i dati se contemporaneamente si calcolasse anche l'onere, che non è solo di contributi, che l'impianto assicurativo determina per le imprese, tenute ad infiniti adempimenti, e si tenesse in conto il disagio ed il dispendio che subisce il beneficiario per conseguire ciò che gli è dovuto.

Del resto un sommario sguardo ad un comune repertorio di Giurisprudenza o alle riviste specializzate in materia è probante a proposito dell'esistenza di una serie di situazioni controverse che traggono origine dai diversi presupposti, cui, senza ragione, dal punto di vista dell'apprezzamento sociale, è informata la pluralità delle nostre assicurazioni sociali.

Ciò che comporta anche un'incertezza sulla stessa definizione delle rispettive sfere di competenze dei nostri massimi istituti assicuratori.

È grave, non per l'istituto assicuratore che ha fatto sorgere la questione, ma per il sistema che l'ha determinata, che si dibatta nelle aule giudiziarie il quesito se il lavoratore affetto da tubercolosi possa richiedere le prestazioni sanitarie all'Istituto nazionale assicurazione malattie, qualora non possa essere assistito dall'Istituto nazionale di previdenza sociale, per mancanza degli estremi previsti per la concessione delle prestazioni stesse.

Questione questa che ha portato uno studioso della materia ad

intitolare un suo studio di critica in merito così: «Il lavoratore ammalato di tubercolosi lasciato senza assistenza perchè troppo assicurato». (U. Chiappelli in Mass. giurispr. lavoro, 1950, 385).

Rappresenta veramente la soddisfazione di un superiore interesse la fusione, come conseguenza immediata di una nozione unitaria della previdenza sociale, in una unica assicurazione di tutti gli eventi di malattia, quale ne siano la fonte e le manifestazioni.

Ed allargando il concetto, a nostro avviso deve caldeggiarsi l'idea per la quale a tutti i rischi, in proporzione del bisogno che determinano, si deve provvedere con il così detto salario previdenziale, necessariamente integrato dai soccorsi pubblici.

Comunque questo si consideri dal punto di vista giuridico, analizzando i rapporti fra imprenditori e dipendenti a proposito del versamento dei contributi agli istituti assicuratori, la sua concezione comporta che ha da essere determinato in funzione di copertura, in misura proporzionale ai bisogni, di tutti gli eventi, quali che siano, ai quali il lavoratore non può provvedere direttamente con la retribuzione corrente corrispostagli dall'imprenditore.

E sotto questo profilo, che deve essere considerato come una manifestazione del modificato apprezzamento degli istituti previdenziali, si dimostra ancora l'insufficienza del rischio professionale, che non è che uno dei coefficienti dell'incerto avvenire di chi non può contare che sulla propria forza di lavoro soggetta a venir meno per infortunio, per malattia professionale, per malattia comune, per invalidità, ecc. Perciò esso va oggi reinserito in una concezione più generale ed unitaria della previdenza sociale.

Le istituzioni previdenziali si devono considerare come un componente di ciò che spetta al lavoratore e come conseguenza ed aspettativa che deriva dal lavoro prestato e come attuazione di una esigenza di sicurezza sociale, la quale non può variare, nè essere incrinata (di fronte ad eventi che sono eguali per il bisogno che determinano) per il solo fatto che discendono da cause distinte.

Questo concetto deve costituire il dato unificatore delle provvidenze tutte, e deve portare al superamento delle attuali vigenti impostazioni peculiari alle singole assicurazioni in rapporto ai vari rischi, rappresentando esse attualmente talvolta per la struttura che presentano, una incongruenza ed un peso insostenibile.

Se dal prodotto che si consegue con il lavoro organizzato nell'impresa deve essere ritratto il corrispettivo dell'opera e cioè il reddito del lavoro, se ogni provvidenza attiene al corrispettivo ed incide sul costo di produzione e su questo si riversa, non v'è ragione per distinguere, nell'impianto generale della previdenza, il fondamento della copertura dell'evento della vecchiaia da quello della malattia, da

quello della disoccupazione o, se si vuole, anche da quello della formazione e sviluppo della famiglia.

Si provveda allo stesso modo, una volta che si tratta sempre dell'identico fatto, cioè della sottoposizione del reddito del lavoro ad un processo di redistribuzione ai fini della sicurezza sociale per provvedere alla vecchiaia, alla disoccupazione, alla malattia, alla famiglia.

Perciò non può essere che il bisogno l'indice della misura delle prestazioni, non le cause del rischio che lo determinano. Solo il bisogno oggettivamente considerato per le sue manifestazioni nei confronti della categoria sociale presa in esame può giustificare lo stesso intervento integratore dello Stato invocato ai fini della sicurezza sociale, nell'ipotesi sempre più frequente che il potere contributivo delle singole imprese di per sè non basti.

E tanto più ciò è giustificato se si considera che proprio sul bisogno va orientandosi la stessa commisurazione del salario, non più fondata sulla mera valutazione del rendimento del lavoro.

A questo fine non è vano ricordare il precetto dell'art. 36 della Costituzione, cui di recente la giurisprudenza ha attribuito efficacia di fonte immediata di diritti subiettivi per il lavoratore, che suona in questi termini precisi: il lavoratore ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro e in ogni caso sufficiente ad assicurare a sè ed alla famiglia un'esistenza libera e dignitosa.

Anche per questa funzione che la retribuzione è chiamata ad assolvere, ed in ordine all'essenza giuridica del contributo previdenziale, il più o il meno per l'infortunio e la malattia, il più o il meno o il nulla per determinate categorie di lavoratori, per i quali si tratta di ovviare a cause di bisogno, può apparire un controsenso.

Perciò il regime previdenziale deve essere unitario e deve costituire una copertura unica, globale, complessiva.

7. I SOGGETTI DELL'ORDINAMENTO PREVIDENZIALE

a) I lavoratori subordinati.

Anche per i beneficiari della previdenza sociale si impone una concezione unitaria: il principio del bisogno, cui abbiamo accennato, comporta, come derivazione ineluttabile, l'abbandono di ogni classificazione di costoro, in virtù della quale una parte e non tutti i lavoratori subordinati ne debbano usufruire.

Del resto in questa direzione, cioè per una sempre maggiore estensione del campo di applicazione delle assicurazioni sociali alle varie categorie di lavoratori, si è manifestata la evoluzione della previdenza sociale. Ma ora si tratta di completarla e di eliminare ogni residua esclusione, ed in questo senso il legislatore ha già promosso vari provvedimenti che hanno trovato in tutti piena ed assoluta approvazione.

Ma sino a poco tempo fa sembrava che si divertisse a frazionare ed a distinguere, proprio nell'ambito della stessa unità della classe dei lavoratori subordinati.

Tuttora beneficiari dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro sono gli "operai", essendone esclusi gli "impiegati", ed i "dirigenti".

In un processo di ricostruzione del nostro diritto del lavoro dovrà essere riveduta anche questa distinzione che poteva avere una giustificazione ieri, in quanto indice di una posizione sociale diversa che poteva mettere in luce esigenze non uniformi di tutela. Certo è che, di fronte ad un rischio così grave per i lavoratori in genere quale è quello dell'infortunio sul lavoro, escludere dalla tutela soggetti esposti ad esso (poichè anche gli impiegati vi sono esposti se pure in misura inferiore) apparisce una vera enormità, che non può spiegarsi che con la visione ristretta che all'epoca della istituzione si aveva di detta assicurazione. Se il legislatore nello scegliere le imprese soggette all'assicurazione ha escluso quelle nelle quali a suo avviso, molto discutibilmente, il rischio dell'infortunio non si presenta o si presenta con scarsa probabilità di realizzazione (per questo dalla assicurazione in oggetto sono esclusi quasi per intero i lavoratori del commercio) è indubbio peraltro che tutti i dipendenti delle imprese soggette dovrebbero beneficiare dell'assicurazione.

Esclusi ancora dalla stessa assicurazione sono i lavoranti a domicilio, sotto lo specioso pretesto che essi lavorano in un ambiente di lavoro diverso da quello fornito dal datore di lavoro e sottratto alla sfera di controllo di questi.

Esclusi dall'assicurazione invalidità e vecchiaia e da altre forme assicurative sono stati ad es. gli impiegati e i dirigenti il cui stipendio mensile fosse superiore ad un certo importo.

Esclusi dalle assicurazioni infortuni, disoccupazione ecc., sono i domestici, ai quali invece si applica l'assicurazione invalidità e vecchiaia (e per disposizione recente l'assicurazione di malattia); e la esemplificazione potrebbe continuare.

Ora anche se si dovesse nell'ambito di una riforma restringere un programma massimo, per una ragione di costo delle assicurazioni sociali, che in verità deve essere sempre tenuta presente e non può essere trascurata, si appalesa imprescindibile ricostruire sul piano assicurativo per lo meno l'unità della categoria dei lavoratori subordinati, rendendola tutta intera partecipe dei benefici assicurativi. La Commissione per la riforma della previdenza sociale si è trovata in massima concorde nel ritenere che la previdenza sociale debba comprendere tutti i lavoratori dipendenti da terzi, salvo lo stabilire eventuali limitazioni o esclusioni per talune forme di previdenza sociale.

Da taluno si manifestò l'opinione che dovesse essere fissato un limite massimo di reddito, nel senso di escludere dall'ambito del campo previdenziale, determinato secondo la riforma, coloro (appartenenti in modo particolare alle categorie impiegatizie, ma vi fu pure chi sostenne che il limite massimo dovesse applicarsi anche ai lavoratori manuali) il cui reddito superi tale limite e ciò in aderenza al concetto del bisogno e alla considerazione che questi lavoratori, essendo nelle condizioni di auto sufficienza economica, possono provvedere individualmente ed in altri modi a un trattamento previdenziale. Ma la tesi fu respinta in quanto contrastante ai principî solidaristici e in quanto la riforma deve proporsi la realizzazione di prestazioni corrispondenti ad un minimo essenziale di bisogno: fu anche osservato che i lavoratori beneficiari di redditi elevati possono in seguito trovarsi a realizzare redditi minimi, venendo così ad essere tardivamente inclusi nel campo previdenziale con perdita di quei benefici che avrebbero avuto se vi fossero stati compresi fin dall'inizio. E. d'altra parte, lo stabilire un limite avrebbe per conseguenza la perdita di benefici già acquisiti e di parte dei contributi versati e non utilizzati nei confronti di coloro che, già compresi nel campo previdenziale, avessero poi raggiunto e superato quel limite.

Per l'inclusione dei lavoratori a domicilio alle dipendenze di terzi, cioè subordinati (i lavoratori a domicilio autonomi, come gli artigiani, sono da considerarsi compresi fra gli indipendenti) si sono manifestati dei dubbi specialmente in ordine alle difficoltà pratiche di attuazione. Ma la Commissione è stata di opinione che anche questi sono lavoratori subordinati, già compresi del resto, almeno per alcune forme, nell'attuale legislazione, e che, quindi debbono essere trattati alla stregua degli altri lavoratori dipendenti, stabilendosi le opportune cautele del caso.

La Commissione ha anche ritenuto, e giustamente, che non și debba fare distinzioni fra dipendenti di enti pubblici e privati.

b) I lavoratori indipendenti.

Il problema sociale dell'azione da svolgere per conseguire la liberazione dal bisogno è stato esaminato finora con riferimento al lavoratore subordinato, anzitutto per una concezione non sufficientemente evoluta della protezione sociale, poichè si è visto nel particolare con-

tenuto della relazione con il datore di lavoro la fonte della sua infeferiorità. Ma così impostandosi il problema si è esaminata solo una parte della realtà sociale ed economica odierna.

Finora non si è considerato questo problema per altre figure di lavoratori, se non in casi molto specifici e limitati, come quelli degli infortuni in agricoltura dei coltivatori diretti, nei riguardi dei quali è in corso la estensione di altre forme previdenziali, quale quella importantissima per il rischio di malattia, di cui si era avvertita la grave lacuna. Lo stesso dicasi per varie qualifiche di lavoratori agricoli, che dal punto di vista formale non sono subordinati (mezzadri, affittuari, ecc). Non si è considerato il problema per quelle figure che, pur utilizzando talora l'opera altrui nel processo produttivo, investono però, starei per dire, prevalentemente il lavoro proprio o quello dei componenti della propria famiglia, onde ogni evento che incide sul loro lavoro nel senso di renderlo impossibile per vecchiaia, invalidità, malattia, ecc., è fonte di un'esigenza di previdenza sociale, il lavoro essendo anche per questi lavoratori la sola e principale fonte di reddito.

In un ordinamento quale è quello espresso dalla nostra società, che è generatore per se stesso di insicurezza sociale, non è esatto che il problema della protezione sociale si esaurisca nella protezione dei lavoratori subordinati per quella posizione che essi hanno di contraenti deboli nei confronti dei datori di lavoro. La fonte di debolezza sociale ed economica, che può richiedere la protezione pubblica, senza perciò ricadere nell'avvilente sistema della beneficenza, può essere un'altra; ed è rappresentata proprio dalla mancanza o scarsità, per i soggetti della categoria sociale che si considera, dei mezzi strumentali e dei capitali da investire nella produzione dei beni, onde il reddito loro risiede tutto nel lavoro che possono spiegare.

In fondo la distinzione del codice che ha separato gli imprenditori a seconda della portata economica della loro organizzazione, al fine di sottrarne alcuni a diverse regole dettate per la più gran parte, tende a rilevare questa condizione di puri lavoratori dei piccoli imprenditori, quali sono appunto i coltivatori diretti del fondo, gli artigiani, i piccoli commercianti e coloro che esercitano, come è detto nell'art. 2083 cc, un'attività professionale organizzata prevalentemente con il lavoro proprio e dei componenti della famiglia.

Perciò la protezione sociale si pone negli stessi termini anche per queste categorie, la cui rilevanza è data dall'impiego del lavoro, anzichè del capitale, nella loro produzione.

Quando si fissa la nozione del piccolo imprenditore si pone l'accento proprio su ciò: che egli si avvale nell'organizzazione prevalentemente del lavoro proprio e di quello dei componenti della propria

famiglia, facendo rilevare però che tale prevalenza deve essere valutata non esclusivamente con riferimento al lavoro di estranei alla famiglia, eventualmente dall'imprenditore adibiti all'esercizio dell'impresa, ma altresì ai capitali da lui impiegati nell'azienda; se per es. egli manda avanti la sua impresa semplicemente col lavoro proprio o di un familiare, riuscendo anche così per ragioni tecniche ad utilizzare un capitale ingentissimo ai fini dell'impresa stessa, un capitale di portata economica sproporzionata, come dice il Valeri, alla modesta quantità di energie umane che la mettono in azione, egli non sarà certamente un artigiano. È negli stessi termini si esprime la relazione del Guardasigilli.

La dottrina mette in luce questa posizione preminente dei piccoli imprenditori come lavoratori, tanto che l'organizzazione che essi dànno alla loro attività non ha autonomia, non ha capacità di produrre un reddito, non ha vitalità, ma è tenuta insieme dalla persona del soggetto che la coordina ai suoi intenti e la plasma alle sue esigenze. Tanto che il Ferrara junior (1) conclude in proposito osservando che in queste condizioni non può neppure parlarsi di tutela dell'organizzazione aziendale, ma di tutela del lavoratore.

Questi concetti propri dei commercialisti possono, ad avviso di chi parla, essere validamente utilizzati anche nell'ambito del diritto del lavoro, per inserire i piccoli imprenditori negl'istituti giuridici predisposti a salvaguardia della soddisfazione in ogni circostanza dei bisogni essenziali della vita del lavoratore, nel che si esprime l'azione della previdenza sociale, che iniziò la sua opera nell'ambito delle classi operaie.

Per questa loro qualità di lavoratori si deve riconoscere nei piccoli imprenditori l'esistenza di un titolo alla partecipazione in veste di beneficiari alla previdenza sociale, titolo del resto oggi rivendicato e reso anche già operante nell'ambito di quei lavoratori che esercitano le così dette professioni liberali.

Che ciò non sia avvenuto finora, in parte è conseguenza della insufficienza della evoluzione, della scarsa disponibilità dei mezzi ed anche della concezione arretrata della previdenza sociale.

Ma una volta che il fondamento venga riposto nel principio del bisogno, una volta che essa si distacchi dal concetto del rischio professionale necessariamente legato all'esistenza di un rapporto di lavoro, non sembra più possibile negarne l'applicazione ai piccoli imprenditori.

Con quali mezzi, con quali forme, con quali criteri per l'identifi-

⁽¹⁾ La teoria giuridica dell'azienda - Firenze 1949 - pag. 174.

cazione dei beneficiari e rispetto soprattutto a quali rischi, non è facile dire, nè è possibile precisarlo ora qui.

In proposito in senso affermativo si espresse la Commissione ministeriale nominata per studiare i problemi della riforma della previdenza sociale; essa precisò che la previdenza sociale doveva essere destinata a tutti coloro per i quali lo stato potenziale di bisogno era connaturato al fatto stesso di trarre dal lavoro i mezzi per la sussistenza propria e della famiglia, specificando che in linea di principio, salvo le esclusioni da determinarsi nei riguardi delle diverse forme, la previdenza doveva estendersi a tutti i lavoratori indipendenti. Chiarì che lavoratori indipendenti devono considerarsi coloro che esplicano un'attività lavorativa in modo autonomo, cioè non alle dipendenze di terzi, e quindi artigiani, coltivatori diretti, piccoli affittuari, piccoli commercianti, industriali o imprenditori, liberi professionisti, ecc. E a giustificazione dell'estensione rilevò che la difesa della salute pubblica risponde ad un diritto di tutti i lavoratori e ad un dovere della collettività, e che perciò non debbono farsi differenziazioni; e che il principio, già affermato per i lavoratori dipendenti, che cioè, la previdenza debba garantire un minimo vitale, deve valere per tutti i lavoratori indipendenti: questo anche in relazione al concetto, adottato dalla stessa Commissione, che la previdenza deve intervenire in ogni caso di bisogno.

Il problema di fondo riguarda la forma obbligatoria o meno da dare alla previdenza sociale estesa ai piccoli imprenditori ed ai professionisti. Non va nascosta la difficoltà del problema, ma sembra però di poter affermare che questa estensione rappresenterà una realtà e non sarà più che vana parola se non se ne affermerà il carattere cogente. La previdenza sociale o è obbligatoria o non è. Nè si tratta, con la impostazione data, semplicemente di allargare le previdenze che già sussistono nei confronti di varie categorie di lavoratori indipendenti, ai quali è data da anni la possibilità di usufruire della assicurazione facoltativa per la invalidità e la vecchiaia. Non è problema di riformare l'assicurazione facoltativa, per quanto si informi che attualmente sono in fase avanzata gli studi per una generale modifica dei principì di questa e le norme che la disciplinano.

Ben altro ci vuole per risolvere l'istanza sociale che essi pongono, anche se talora recalcitrano all'idea di doversi pagare le spese della istituzione. Ma non v'è altra possibilità, mancando un soggetto cui riversarne gli oneri, quale è per il lavoratore subordinato il suo datore.

Ma va tenuto presente che, se nei confronti del lavoratore subordinato il carico contributivo è addossato al datore di lavoro, ciò è vero più che altro dal lato formale. È nota la tesi, anzi, secondo la

quale i contributi devono essere considerati, proprio per l'apprezzamento da farne in sede giuridica, definendone la natura, come una quota parte di salario accantonata ai fini previdenziali (salario differito).

Tanto meno poi sono da accogliere i rilievi contrari proposti ad es. dal Cattabriga (1), che ha studiato il problema con particolare riferimento agli artigiani.

Egli ha osservato che un sistema protettivo obbligatorio non pone tuttavia al riparo da tutte le possibilità di cadere in stato di bisogno il piccolo imprenditore, ma soltanto da quelle connesse a determinati fatti dell'ordine fisico, come la malattia, la vecchiaia, l'infortunio, l'invalidità, ecc., il cui verificarsi è indipendente dalla volontà del singolo e che costituiscono quindi per esso un rischio; ed è evidente che ad un ordinamento protettivo non si può richiedere di più.

Se si pone ora a confronto l'entità e l'importanza dei rischi predetti con quello più vasto d'impresa che affronta il lavoratore indipendente, non si può fare a meno — egli dice — di rilevare una certa incongruenza logica nella eventuale pretesa di volergli imporre oneri per la copertura dei primi, quando nessuna protezione può essergli offerta per il secondo che pur condiziona le sue possibilità economiche.

Ma non è così: rischi d'impresa anche l'artigiano in specie (ancor meno il coltivatore diretto) non ne corre di sensibili e di particolari; questi li corre invero l'imprenditore comune.

Se veramente egli è e rimane artigiano, secondo la nozione che abbiamo data del piccolo imprenditore, tutti i suoi rischi, quelli ben inteso che possono determinare la sua esposizione alla miseria, si concentrano in quello della mancanza e della perdita della capacità di prestare lavoro per infortunio, malattia, invalidità, vecchiaia, cui è esposto alla pari e nella misura dei lavoratori subordinati. Finchè sussiste questa capacità e possibilità di lavoro l'artigiano vive della sua arte, e tutt'al più il rischio di impresa potrà determinare il passaggio dalla posizione di lavoratore artigiano a quella di lavoratore subordinato, come del resto di continuo si verifica e per molteplici ragioni e più volte anche nell'ambito della stessa persona. Il vero rischio di impresa, come rischio assorbente ogni altro, è per coloro che in questa investono i capitali, perchè le loro possibilità economiche, se il rischio è favorevole, sovrastano le conseguenze della malattia, dell'invalidità, della vecchiaia e via dicendo.

Tanto meno è da credere alle osservazioni di coloro per i quali estendendo la previdenza sociale si verrebbe a creare artificialmente

⁽¹⁾ Cfr. A. Cattabriga - Previdenza sociale per gli artigiani, in Riv. it. prev. sociale, 1949-452.

una società senza rischio e senza responsabilità individuale, mentre ognuno deve restare padrone della propria sorte e portare le conseguenze dei suoi atti.

Il fine di sicurezza sociale, secondo si assume, deve essere quello di dare a tutti un'eguaglianza di possibilità, ma non di istituire un sistema collettivo di garanzie che riduca lo sforzo e l'iniziativa di ciascuno (1).

Queste osservazioni, se facessero presa, dovrebbero essere rivolte contro la previdenza sociale in generale e contro la sua istituzione negli stessi confronti dei lavoratori subordinati, che del resto sul piano sociale ed economico si confondono spesso con i piccoli imprenditori, cambiando, come già si è osservato, anche spesso di posto, reciprocamente invertendosi.

Non è inopportuno ricordare che una tale tesi fu anche sostenuta in Italia, per altri fini, volendosi giustificare una proposta, che non ha mai avuto però concretezza e seguito, e che era diretta ad escludere dalle provvidenze previdenziali gli eventi del matrimonio, della nascita dei figli, della presenza di persone di famiglia a carico, trattandosi di rischi e di bisogni al cui verificarsi non rimane estranea la volontà del singolo (2).

Il presupposto da cui si voleva fare scaturire la proposta era dato dal concetto, così formulato, che se la solidarietà fra gli uomini ha fatto sorgere dei doveri nella collettività, ha lasciato però integri i doveri dell'individuo verso se stesso.

Il rapporto fra Stato ed individuo è dominato dai principî di libertà e di responsabilità. L'uomo, libero di operare per il conseguimento della propria felicità, assume anche la responsabilità delle proprie azioni, ed ha quindi il dovere di premunirsi e difendere contro le calamità che possono colpirlo.

Ma era facile negare il fondamento di una tale tesi, che avrebbe portato ad eliminare una forma di assicurazione sociale che, in quanto adeguatamente sviluppata, porta invece ad attuare un efficace rimedio a quelle cause di miseria che discendono numerosissime proprio dalla sproporzione fra il guadagno e il fabbisogno in rapporto al numero dei familiari.

E chi scrive osservava che era arbitrario, una volta che si concepisca l'assicurazione sociale come un mezzo di lotta contro le cause

⁽¹⁾ Memoria presentata al primo Convegno di studi di politica artigiana, a cura del Centro di studi dei problemi dell'artigianato della Confederazione generale dell'artigianato italiano, dalla Conféderation Générale des Petites et Moyennes Entreprises.

⁽²⁾ Cfr. in proposito la citazione in « Mazzoni e Grechi » - Corso di diritto del lavoro - Bologna, 1949, ed. Zuffi - a pag. 281.

della povertà, distinguere, per eliminarli dal raggio di azione di detta assicurazione, i rischi al cui verificarsi non resta estranea la volontà dell'assicurato. Quindi, ritornando al tema della estensione della previdenza sociale ai lavoratori indipendenti, non v'è ragione per non provvedere.

Naturalmente le difficoltà per la impostazione della base contributiva sono evidenti, come è delicato indubbiamente il problema delle sanzioni per l'omesso versamento, e non vanno trascurate.

La Commissione per la riforma della previdenza sociale tentò di avviarne la soluzione e propose l'adozione, data la difficoltà di accertare il reddito effettivo per i lavoratori indipendenti, di redditi medi o convenzionali da determinarsi per ciascuna categoria professionale con un metodo che non è nuovo nè sarebbe quindi esclusivo degli artigiani, perchè vi si ricorre anche per talune categorie di lavoratori dipendenti.

L'indicazione sembra buona ed accettabile; comunque si tratta di una parte tecnica che potrà facilmente risolversi. Ma un punto deve essere sicuro: anche i piccoli imprenditori, anche i professionisti ed i lavoratori indipendenti in genere devono agire in funzione previdenziale su un piano di mutualità, la cui funzione è sempre quella di soccorrere i più deboli della categoria. Se ciò faranno e contribuendo porranno le basi di un loro ordinamento previdenziale, dovranno anche loro usufruire di quelle provvidenze assistenziali che lo Stato già dispone a favore dei lavoratori subordinati. Si porranno così a fianco di costoro nella copertura di quei rischi che, come la malattia, l'invalidità, la vecchiaia, sono fonte di insicurezza sociale.

8. IL SISTEMA DELL'ASSICURAZIONE DI DIRITTO

Se lo scopo precipuo della previdenza sociale è quello di liberare i beneficiari dal bisogno è di tutta evidenza che le prestazioni assicurative devono essere corrisposte in termini di certezza, e devono essere conseguenti all'unico fondamentale requisito: il lavoro del soggetto.

Ne deriva che il diritto ad esse deve essere sciolto da qualunque adempimento delle obbligazioni poste a carico dell'imprenditore o di qualsivoglia altro soggetto, sicchè il lavoratore possa farvi calcolo, sia stato o no corrisposto il contributo, siano stati o meno realizzati i precetti riflettenti l'imprenditore nel rapporto giuridico di assicurazione sociale.

Questo ha da sorgere ed operare nei confronti del lavoratore per dato e fatto dell'esistenza del rapporto di lavoro, e dello stato giuridico del soggetto rivestito e che costituisce il presupposto dell'azione previdenziale.

Quando in concreto l'ordinamento previdenziale a questo concetto sia ispirato ed attui in conseguenza la garanzia postulata dall'interesse alla protezione sociale rivendicato dal lavoratore, si può affermare che l'ordinamento stesso si impernia sul principio dell'assicurazione di diritto, ovverossia dell'automaticità delle prestazioni.

Esso rappresenta lo svincolamento completo del rapporto di assicurazione sociale da ogni residua influenza della concezione privatistica delle assicurazioni in genere, concezione questa che non pocosi fece sentire al primo sorgere degli istituti previdenziali, specie in tema di infortuni nell'industria e che nel persistere rappresentò perun certo tempo un intralcio al loro perfezionamento.

Invero nell'assicurazione di diritto si riflettono per intero le finalità pubblicistiche di tutto il sistema della previdenza, la quale mette in luce non già rapporti tra lavoratori e datori di lavoro, ma diritti ed obblighi che lavoratori vengono ad avere rispetto agli enti pubblici incaricati dell'amministrazione di essa.

Costituisce veramente indicazione delle tappe dello sviluppo e della evoluzione delle varie forme di previdenza l'acquisizione di questo carattere automatico, in virtù del quale la previdenza sociale si presenta come un sistema a sè stante, dando vita ad una istituzione giuridica autonoma.

È del codice civile (art. 2116) che il principio in parola è stato consacrato come direttiva di massima, sulla scorta, ben inteso, di cospicui precedenti legislativi, disponendo che il lavoratore ha diritto ad ottenere le prestazioni anche quando l'imprenditore non ha versato regolarmente i contributi, lasciando tuttavia alle leggi speciali lo stabilire eccezioni a tale regola, quando l'interesse dell'ente, od una particolare forma di previdenza, lo esiga.

Di fatto l'unica assicurazione attualmente non automatica è quella di invalidità e vecchiaia, e ciò in dipendenza dello speciale ordinamento di questa forma di previdenza, che commisura l'entità delle pensioni all'importo dei contributi versati.

La Commissione per la riforma della previdenza sociale ha però riconosciuto che anche per le prestazioni di invalidità e vecchiaia dovrebbe essere affermato il principio dell'automaticità, che del resto è correlativo al diritto dell'ente di ottenere dai datori di lavoro il versamento di contributi dovuti e non versati.

È stata peraltro riconosciuta l'impossibilità di estendere il principio dell'automaticità ai lavoratori indipendenti, rispetto ai quali la stessa Commissione ha caldeggiato, come si è detto, l'applicazione di un regime previdenziale.

Se per questi ultimi, soprattutto al momento di un primo esperimento e per apprezzare la efficienza degli istituti approntati, si può convenire sull'opportunità dell'esclusione, anche per una ragione di cautela, e cioè per garantire la consistenza finanziaria degli stessi enti assicuratori, l'esclusione stessa non sembra accettabile per la assicurazione invalidità e vecchiaia.

Si dice che il principio non è applicato a quest'ultima per evitare altro notevole onere alla gestione gravata da ingenti esigenze finanziarie, e data altresì la difficoltà di provare in modo attendibile l'esistenza di periodi lavorativi a distanza talora considerevole di tempo. Ma di contro sta la grande funzione previdenziale propria di questa forma assicurativa, che è la più generale e completa ed estesa, comprendendo (ed è un suo dato degno di particolare apprezzamento) tutti i lavoratori subordinati, con eccezione solo per chi goda di pari trattamento per altra via, e coprendo il rischio di più comune incidenza.

Essa inserisce ad una delle più evidenti cause di povertà, perchè assiste i vecchi e gli invalidi, che costituiscono l'aliquota massima dei poveri.

Ad evitare le inadempienze deve provvedere l'istituto assicuratore, la cui organizzazione oggi, con i peculiari poteri di cui sono forniti i suoi funzionari per gli accertamenti, è in grado di svolgere il compito di un'efficace azione di controllo.

Esso ha l'obbligo ed i mezzi per renderlo operante. Si potrà se mai richiedere ancora un ulteriore potenziamento della funzione ispettiva, il cui costo sarà sempre compensato dai maggiori introiti dei contributi e dalle penalità, si potranno ancora aggravare le sanzioni, quelle più propriamente amministrative (attualmente il doppio dei contributi omessi) e quelle penali in senso tecnico contro gli evasori.

La consapevolezza che l'istituto dovrà in ogni caso pagare servirà fra l'altro a determinare una più solerte opera di vigilanza e ad avvalersi dell'opera dello stesso ispettorato del lavoro, il cui compito istituzionale è quello dell'accertamento della trasgressione alle norme di tutela del lavoro.

Ma non si neghi mai al lavoratore la prestazione ed in concreto la liquidazione della pensione, quando sovrasta la causa della miseria e vi sono tutti i titoli per conseguirla, meno un adempimento che non sta in lui di determinare.

Nè dal punto di vista della tutela dell'interesse servirebbe rilevare che a carico del datore di lavoro è pur sempre operativa la responsabilità civile nei confronti del lavoratore che, per effetto della mancata costituzione del rapporto assicurativo o per il mancato ver-

samento dei contributi, non possa pretendere dall'istituto assicuratore le prestazioni.

Questa possibilità indiscutibile di agire in giudizio data al lavoratore non risolve il suo problema, sia perchè si fa correre a costui l'alea della insolvenza dell'imprenditore, mentre è più giusto che la corra l'istituto, che ha più mezzi per evitarla, agendo tempestivamente, sia perchè il costo e le lungaggini di un giudizio sono di fatto insopportabili dal lavoratore, impedito fra l'altro per le sue condizioni economiche di ricorrere ad un efficace patrocinio.

Ad evitare questa situazione occorre appunto il principio della automaticità, che comporta la risoluzione delle contestazioni per ciò che attiene agli impedimenti assicurativi nell'ambito dei rapporti fra istituto ed imprenditore.

Quella stessa ragione che per il versamento dei contributi eventualmente a carico del lavoratore ha portato ad attribuire all'imprenditore la funzione di esattore dell'istituto per la riscossione, onde appunto garantire quest'ultimo dalla esazione in concreto, porterebbe ad escludere anche che il lavoratore dovesse mai entrare in relazione diretta col proprio imprenditore per costringerlo all'osservanza dei precetti che lo concernono; compito questo proprio dell'istituto, al quale non dovrebbe mai essere data la possibilità di sottrarsi all'onere di perseguire l'imprenditore.

9. LA PREVIDENZA SOCIALE GENERALE

Un ordinamento previdenziale efficiente comporta, per le ragioni che vedremo, tre diverse articolazioni dello stesso.

Anzitutto una previdenza sociale generale, quindi una previdenza a base più strettamente mutualistica e di categoria, ed infine una previdenza, per dir così, d'impresa.

La prima va riferita in modo uniforme a tutte le categorie dei lavoratori subordinati ed anche a quelle dei lavoratori indipendenti, se all'estensione a questi ultimi vorrà il legislatore, in un avvenire più o meno prossimo, pervenire.

Detta previdenza sociale generale dovrà avere riguardo a quelle manifestazioni tipiche e comuni di bisogno, rispetto alle quali deve essere superato, senza dubbio, il frammentarismo odierno, la cui gravità, per le conseguenze che ha apportato, salta agli occhi.

Basta tenere presente che per il sistema seguito finora durante il processo di formazione di una pluralità di assicurazioni sociali separate e non coordinate, sistema che pure ha una giustificazione storica che non va addebitata al legislatore, il quale ha seguito il movimento sociale delle idee e dei sentimenti dell'epoca, questa pluralità non ha servito a garantire ai lavoratori il rischio complessivo della perdita dei mezzi di sussistenza qualunque sia la causa: la disoccupazione, l'infortunio, la malattia, la vecchiaia, ecc.

L'interesse sociale ha agito finora sul concetto di rischio, mentre ormai non si può dire certamente che scopo della previdenza sociale sia il puro e semplice risarcimento del danno; essa è infatti volta al soddisfacimento dei bisogni dei lavoratori a seconda dei diversi eventi, intendendosi per « evento » la situazione da cui sorge il bisogno (1).

Non si tratta perciò tanto di provvedere ad un'opera di coordinazione di servizi e di rischi — cosa di per sè tanto necessaria, allo scopo di risparmiare nelle spese di gestione — quanto di unificare le prestazioni e non disperderle, rendendole per questo verso spesso illusorie; variandone l'importo, quando le necessità messe in luce dal verificarsi di un dato rischio appaiono le stesse di quelle conseguenti al verificarsi di un rischio diverso.

Così è venuto meno proprio lo scopo principale delle assicurazioni, che è quello di impedire e ridurre la miseria, abbia questa una causa od un'altra.

Le esemplificazioni a questo fine sarebbero numerosissime.

Non si capisce ad es. perchè in caso di incapacità al lavoro si corrisponda più o meno, sempre versando in tema di infortunio, a seconda che l'incapacità derivi da infortunio sul lavoro nell'industria o da infortunio sul lavoro nell'agricoltura, e non si spiega perchè il legislatore attenda a conglobare le due assicurazioni in una.

Ed è vecchia la esigenza che postula la convenienza di comprendere nella assicurazione contro le malattie professionali anche il settore agricolo. V'è ad es. la anchilostomiasi, che, mentre è quasi scomparsa dal settore industriale (tranne che per le zolfare), si va sviluppando sempre più nell'agricoltura.

Eppure il legislatore nel R.D.L. 25 marzo 1943 n. 815, col quale provvide a trasferire l'esercizio dell'assicurazione dalle Casse mutue all'INAIL, si era riservato espressamente di modificare ed integrare le vigenti disposizioni sulle assicurazioni obbligatorie contro gli infortuni sul lavoro nell'industria e nell'agricoltura, coordinandole fra loro anche in un unico testo.

Per comprendere gli assurdi della legislazione italiana in materia, basta considerare che nello stesso campo dell'agricoltura ad es. il rischio dell'infortunio è trattato diversamente se avviene quando

⁽¹⁾ Cfr. in questo senso: L. Riva Sanseverino: La mutualità volontaria nel quadro della riforma della previdenza sociale.

il lavoratore attende alla frangitura delle olive nel frantoio azionato ad elettricità, o se avviene quando lo stesso lavoratore ne effettua la raccolta sulle piante.

Perchè si è proceduto frammentariamente, nella formazione e nello sviluppo delle assicurazioni sociali, si rilevano stridenti lacune e contradizioni.

Per questo non sono state corrisposte fino a poco tempo fa le cure mediche nell'assicurazione contro gli infortuni agricoli; per questo gli infortunati, gli invalidi ed i vecchi pensionati sono esclusi dall'assicurazione per le malattie comuni; per questo le malattie professionali sono limitate, per quanto, di recente, siano state notevolmente estese di numero.

Senza necessità di fornire particolari dati statistici per dimostrarlo, è certo che le cause di bisogno alle quali occorre ovviare con il sistema della previdenza sociale, possono riassumersi così:

- a) interruzione o perdita della capacità di lavoro e di guadagno;
- b) sproporzione fra il guadagno e il fabbisogno in rapporto al numero dei familiari.

Conseguentemente l'unica possibile individuazione delle assicurazioni sociali deve, logicamente, essere fatta scaturire da questa duplice base.

Ogni diverso indirizzo è da scartare, perchè fonte di incertezza e di ingiusta distribuzione delle prestazioni.

Il vecchio, il disoccupato, il malato, l'invalido devono essere posti sullo stesso piano, devono potere pretendere identiche prestazioni, quando il bisogno sia identico.

Non devesi più oltre mantenere un sistema complesso di assicurazioni sociali, discriminando le cause che portano alla menomazione o alla perdita della capacità di lavoro e di guadagno.

Se abolissimo questa discriminazione di cause, le potremmo tutte veramente ricomprendere in un piano di sicurezza sociale, attuando un sostanziale progresso, per questo verso, delle assicurazioni sociali, le quali, una volta che contemplino, attraverso gli assegni familiari, l'assunzione dell'onere conseguente per la famiglia dell'assicurato, potranno costituire veramente il mezzo per abolire il bisogno.

In altre parole, per tutti i lavoratori bisogna impedire che la interruzione di lavoro e di guadagno conduca al bisogno; occorre adeguare il guadagno in proporzione anche al bisogno di famiglia, come per la retribuzione è disposto espressamente dall'art. 36 della Costituzione, e ciò non solo durante il periodo lavorativo, ma anche du-

rante tutta la situazione nascente dalla perdita della capacità lavorativa, o dalla perdita della occasione di lavoro, comunque verificatesi.

Naturalmente un processo di unificazione di questa importanza e significato, con la generalizzazione degli istituti previdenziali, destinati ad operare per tipiche manifestazioni di bisogno a vantaggio di tutti i lavoratori, differenziati solo in rapporto all'ambiente sociale ed economico nel quale le provvidenze devono essere erogate (per adeguarle e non per ridurle od aumentarle a danno o a vantaggio di alcune categorie), comporta un livellamento della previdenza sociale, e forse potrebbe condurre anche ad una limitazione di alcune prestazioni attuali per taluni settori.

Ma questo non è necessariamente un male, in quanto il livellamento è diretto a garantire un minimo di protezione per tutti, quale che sia, in rapporto alle possibilità della nostra economia e alla valutazione che è tenuto a fare il legislatore per considerazioni politiche e sociali. Esso servirà ad ovviare a differenzazioni talora odiose per talune categorie di lavoratori, e che comunque, nell'ambito di una lotta a fondo contro la miseria, non presentano giustificazioni apprezzabili.

E spetterà alla diretta volontà dello Stato indicare le forme ed i mezzi di questo coordinamento previdenziale generale, semplice e comune a tutti, determinando i soggetti su cui gravano le obbligazioni per i contributi e gli eventuali adempimenti, classificando in poche voci gli elementi di riferimento — retribuzione, reddito del fondo, reddito di professione, di industria o di commercio — semplificando ogni procedura per la corresponsione delle prestazioni — in danaro, in cure ed assistenza medica — classificando gli eventi in base ai bisogni, rendendo operante un principio di eguaglianza anche nella previdenza.

L'esigenza di questo principio oggi non è meno avvertita di quell'altro precetto: la legge è eguale per tutti, che già costituì la bandiera di tutti gli ordinamenti civili e che fa parte del comune sentire.

Senonchè, mentre quest'ultimo è diretto ad esprimere una esigenza d'ordine meramente formale e giuridico, l'eguaglianza nel trattamento previdenziale dovrebbe facilitare ed anzi apparire comeuno dei mezzi migliori per realizzare anche quella eguaglianza di fatto dei cittadini che la Costituzione ha sancito di seguito alla prima, assumendosela come compito ai termini dell'art. 3:

«È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese».

10. LA PREVIDENZA SOCIALE DI CATEGORIA

Un livellamento generale della previdenza sociale, come quello delineato, non sarebbe certamente sufficiente ed adeguato, perchè abbasserebbe il tono di quelle categorie di lavoratori che hanno mezzi, possibilità e spirito previdenziale per agire in profondità maggiore, ed allargare il campo della loro protezione sociale.

Occorre pertanto che l'ordinamento giuridico predisponga anche i quadri per la vita di istituti previdenziali di categoria, che consentano appunto di tenere conto e di valorizzare lo spirito di iniziativa delle singole categorie di lavoratori.

Non vi può esser dubbio sulla convenienza della formazione di una serie di istituti mutualistici, fondati sul risparmio dei salari e delle retribuzioni o di altri mezzi, che predispongano un'azione capillare e di intervento sul piano previdenziale.

Sia dato ad essi di correggere quel che di rigido e di meccanico necessariamente vi deve essere nell'ordinamento della previdenza generale.

Lo strumento che fa allo scopo è indubbiamente il contratto collettivo, già del resto sfruttato in passato come mezzo di edificazione di una mutualità agile e particolarmente sentita e perciò anche particolarmente efficace.

Esso manifestò la sua duttilità prevalentemente nel campo della mutualità di malattia, il cui evento molto tardi si presentò al legislatore come meritevole di intervento diretto.

Tramite la mutualità spontanea delle categorie, la copertura del rischio finì per acquisire un carattere generale e del tutto diffuso, tutti i lavoratori avendo ad essa ricorso, dibattendo le condizioni di lavoro con le imprese.

È stata la natura dell'evento che ha condotto poi a rifonderlo in una assicurazione affiancata alle tradizionali, e certamente in questo piano deve restare per essere ogni dì sviluppata la tutela, e per meglio coordinarsi con le altre assicurazioni che il rischio di malattia considerano e proteggono da diversi punti di vista.

Nel campo della mutualità contrattuale si deve procedere all'inverso che per la previdenza generale per quanto attiene:

- a) alla forma ed alle modalità di erogazione delle prestazioni, estendendone il contenuto, che deve essere il più vario e ricco possibile;
 - b) alle condizioni per beneficiarne;
 - c) alla misura.

La necessaria ed augurabile standardizzazione delle prestazioni della previdenza obbligatoria generale deve trovare appunto il cor-

rettivo in forme di assistenza maggiormente progredite e specifiche, che solo la mutualità, in molteplici istituzioni articolata, può consentire.

La previdenza obbligatoria generale deve rappresentare, come si è detto, il minimo garantito alla generalità dei lavoratori; la mutualità ispirata alla iniziativa privata delle categorie (educata e sospinta e soprattutto favorita) deve rappresentare l'indice delle condizioni più favorevoli che i lavoratori si dimostrino in grado di realizzare con la loro solidarietà e con quella delle imprese.

E certamente i vantaggi di un sistema unitario della previdenza obbligatoria sono condizionati da una sempre più vasta fioritura di iniziative mutualistiche.

Il Codice civile tenne conto di questa funzione integrativa dello strumento contrattuale collettivo nello stabilire (art. 2114) che le leggi speciali e le norme corporative determinano i casi e le forme di previdenza ed assistenza obbligatorie e le contribuzioni e prestazioni relative. La previdenza mutualistica, nelle condizioni qui descritte, non cessa nè deve cessare di essere obbligatoria; deve prendere sì lo spunto da una iniziativa di categoria, ma una volta concretatasi nel contratto collettivo deve acquisire quella efficacia generale e vincolante, per tutti gli appartenenti ad essa, che lo stesso istituto normativo della regolamentazione collettiva deve riconquistare con la traduzione in realtà giuridica operante dell'articolo 39 della "Costituzione.

Anche per questo verso si appalesa urgente dar corso alla ricostituzione di un ordinamento sindacale di diritto, che consenta appunto, fra l'altro, di realizzare e sviluppare la tutela dei lavoratori sullo stesso piano previdenziale.

E la collaborazione delle imprese deve essere acquisita anche ai fini previdenziali delle categorie lavoratrici nell'ambito del contratto collettivo, ove il regime contributivo potrà essere articolato e regolato secondo le particolari esigenze dell'evento assistito.

L'indirizzo del Codice (art. 2115), ove si precisa che l'imprenditore e il prestatore di lavoro contribuiscono in parti eguali alle istituzioni di previdenza ed assistenza, dovrà acquisire nuovo significato.

Esso potrà essere inteso come accettazione e manifestazione concreta, negli istituti mutualistici di iniziativa volontaria, dello spirito di apprezzamento dei problemi del lavoro anche da parte delle imprese.

Di quanto può apparire ridotta sul piano generale della previdenza la partecipazione diretta e subiettiva degli imprenditori alle cause di bisogno dei lavoratori, per effetto naturale della imposizione legale, che porta a distinguere il dato dal dovuto, altrettanto invece sarà manifesta la loro volontà collaboratrice, quando accetteranno forme diverse di assistenza mutualistica col loro volontario contributo previdenziale oltre i limiti della legge.

Ciò non potrà che avere conseguenze favorevoli per la pace del lavoro ed aumenterà la coesione fra tutti coloro che partecipano ai processi produttivi.

11. La previdenza d'impresa

Il Codice civile nell'art. 2117 dispone: i fondi speciali per la previdenza e l'assistenza che l'imprenditore abbia costituiti, anche senza contribuzione dei prestatori di lavoro, non possono essere distratti dal fine al quale sono destinati e non possono formare oggetto di esecuzione da parte dei creditori dell'imprenditore o del prestatore di lavoro.

Questi fondi costituiscono pertanto una concreta manifestazione assistenziale e previdenziale ancora più capillare, perchè si concreta nell'ambito di una data impresa per integrare le provvidenze generali e di categoria dei suoi dipendenti.

Essi possono sorgere per contribuzione o meno dei lavoratori interessati, assumendo quindi ora carattere previdenziale, ora carattere assistenziale. Certo in ambedue i casi sono espressione di una cura particolare che l'impresa presta a profitto dei collaboratori; siamo per ciò nell'ambito della iniziativa privata e spontanea, ma non per questo il legislatore, come è giusto, l'ha trascurata e l'ha abbandonata nell'ambito del diritto privato.

Così, per garantire la destinazione del fondo contro le conseguenze altrimenti di natura privatistica che ne potevano discendere, è stato disposto che una volta creato, sia con contributi del datore di lavoro, sia anche con contributi dei lavoratori, tale fondo rimane strettamente collegato alle finalità per le quali è stato istituito. Nè può formare oggetto di esecuzione da parte dei creditori dell'imprenditore o del prestatore di lavoro. Ma è sottratto anche alla disponibilità dei costituenti, in quanto i contributi versati non potrebbero mai essere ritirati, anche se fosse per finalità analoghe a quelle alle quali istituzionalmente è stato rivolto.

Il vincolo obbligatorio quindi risorge anche in questo caso, pur di fronte a manifestazioni previdenziali di natura e di iniziativa privata.



Paolo Ferri

segretario della Camera dei Deputati

L'INTERVENTO STATALE IN MATERIA DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA



INDICE

Parte Prima

GENESI E FORME DELL'INTERVENTO STATALE ESAME DELLA LEGISLAZIONE SANITARIA ITALIANA

1.	L'IGIENE E LA SANITÀ PUBBLICA OGGETTO DI INTERVENTO STATALE				
		Igiene, sanità individuale e sanità pubblica La salute individuale come valore economico.	pag.	167	
		Sanità e miseria	» .	169	
	3.	Compiti della sanità pubblica. Intervento dello Stato	»	170	
2.	La sa	NITÀ PUBBLICA NEL PROCESSO STORICO			
	1.	La tutela della sanità pubblica elemento di civiltà	»	171	
	2.	La tutela della sanità pubblica come funzione di governo nell'antichità	»	171	
	3.	La salute pubblica presso i greci ed i romani, nel medioevo e nell'età moderna	»	172	
	4.	L'igiene e la sanità pubblica	»	173	
3.	I PRE	CEDENTI STORICI E LA LEGISLAZIONE ITALIANA SINO AL	1945		
•	1.	Dal regolamento napoleonico del 1806 alla legge 20 marzo 1865	»	175	
	2.	La riforma del 1888 e le successive leggi di integrazione	»	177	
	3.	Il testo unico del 1907 e l'ulteriore sviluppo della legislazione sanitaria	»	180	
4.	La le	GISLAZIONE SANITARIA ITALIANA DAL 1945 AL 1951			
	1.	L'istituzione dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica. Sue attribuzioni	»	182	

	2. L'intervento dell'ACIS nello sviluppo della scien-	
	za medica e nella preparazione professionale	
	del personale sanitario pag.	184
	3. L'Istituto ed il Consiglio superiore di sanità »	186
	4. Gli uffici sanitari provinciali »	187
	5. L'Ufficiale sanitario »	188
	6. Assistenza medico-ostetrico-farmaceutica »	189
	7. Assistenza sanitaria ospedaliera, malattie infet-	
	tive e malattie sociali »	190
	8. Basi per la riforma della legislazione sanitaria . »	191
	Parte Seconda	
	SINTESI DELL'ATTIVITÀ DELL'ALTO COMMISSARIATO PER L'IGIÈNE E LA SANITÀ PUBBLICA	
4		
1.	IL MIGLIORAMENTO DEI MEZZI DELL'ACIS PER LA LOTTA CONTRO LA MISERIA	
	1. Bilancio dell'attività dell'acis »	194
	2. Sanità pubblica e miseria »	195
	3. Il potenziamento dell'acis presupposto per una	
	sua più efficace azione »	196
2.	L'attività dell'acis nel biennio 1951-52	
	1. Situazione demografico - sanitaria nel Paese »	197
	2. Nuzialità, natalità, mortalità generale »	198
	3. Incremento naturale della popolazione »	202
	4. Nati-mortalità e mortalità infantile »	205
	5. Attività svolta dall'acis nel settore legislativo . »	208
	6. Organizzazione ed intervento dell'ACIS. Servizi	
	quarantenari, malattie sociali, malattie infettive . »	214
	7. Assistenza materna ed infantile »	220
	8. Assistenza sanitaria	221
	9. Tutela dell'alimentazione ed altre attività »	222
	10. I servizi veterinari	222
	11. Vigilanza sulla produzione e sul commercio dei	224
	medicinali	224
	12. Attività nel campo internazionale » 13. Attività statistiche, pubblicistiche e di propa-	<i>44</i> 0
		227
	ganda	227

PARTE PRIMA

GENESI E FORME DELL'INTERVENTO STATALE ESAME DELLA LEGISLAZIONE SANITARIA ITALIANA

1. L'igiene e la sanità pubblica oggetto di intervento statale

1. IGIENE, SANITÀ INDIVIDUALE E SANITÀ PUBBLICA

Dalla voce greca ὑγίεια che significa « salute », l'igiene è una branca della scienza medica che mira a prevenire le malattie, creando uno stato ambientale e una disciplina dell'organismo atti a difendere l'uomo dai pericoli d'infezione, a svilupparne forza e capacità, a consentire, infine, la trasmissione di una sanità integrale alle generazioni future.

Rapportando al singolo individuo, il verificarsi nel tempo di tale prevenzione, in tutte le possibili estrinsecazioni della vitalità umana, da fisica ad intellettuale, si definisce il concetto di salute del singolo o, più precipuamente, quello della «sanità individuale».

L'espressione « sanità pubblica », invece, si compendia nello stato di benessere fisico e sanitario della popolazione, aspirazione suprema dell'umanità e finalità essenziale della medicina e dell'igiene, le quali unitamente si sforzano di raggiungere lo stato di salute integrale degli individui, concepito nello sviluppo regolare ed armonico di tutte le funzioni ed attività dell'uomo, nel senso più ampio e comprensivo.

Finalità queste, complesse e costruttive ed eminentemente son ciali che devono inquadrarsi in quella visione d'insieme che unifica, nel tutto unico costituente una collettività, le separate personalità dei singoli, completamente interdipendente da effimere e incongruenti divisioni o separazioni dei singoli medesimi, in caste, categorie o ceti, non più rispondenti all'odierna configurazione della società.

Precisato dalla accezione letterale il concetto di « sanità individuale », resta da definire con più esattezza, onde delimitare rigorosamente il campo d'indagine, quello di « sanità pubblica ».

Diverse e disparate, a tale riguardo, sono le interpretazioni, in relazione alla estensione più o meno ampia conferita alla dizione, dalla scienza e dalla giurisprudenza.

In senso lato, potrebbe intendersi come « difesa totalitaria dell'organismo e ampia tutela della salute dei cittadini », ma a tale scopo tutte le leggi sono dirette, da quelle igienico-sanitarie, a quelle di previdenza e assistenza, di tutela del lavoro, di tutela contro gli infortuni, alle leggi, infine, penali e di pubblica sicurezza.

Con tale concetto estensivo, oltre lo stato di malattia, fondamentale per la sanità, verrebbero a comprendersi tutte le possibili cause di danno dell'organismo, anche non aventi carattere sanitario, con il risultato di confondere la sanità con l'incolumità pubblica.

Analogamente, non adeguata alla realtà è l'individuazione, data in senso stretto, di limitare il campo di tutela del benessere della società alle sole misure preventive, dirette alla conservazione e difesa della salute, continuamente insidiata da pericoli di cattiva alimentazione, da dannose influenze o da diffusione di germi infettivi. In tal senso, infatti, si trascura lo stato di malattia, la cura e l'assistenza ai malati, condizioni queste che hanno moltissima importanza per la difesa sanitaria della collettività.

Da quanto sopra, risulta, quindi, che le concezioni, in senso estensivo o restrittivo, presentano evidenti manchevolezze in entrambe le individuazioni.

Al contrario, i fini della sanità pubblica sono ben definiti e circoscritti e si estendono a comprendere tanto la prevenzione dello stato di salute, quanto la cura atta a ripristinare lo stato di salute.

Definito il concetto della sanità pubblica, rimane da considerarne i suoi rapporti e riflessi con la sanità di ciascun individuo che di quella società è parte integrante ed inscindibile.

È assunto generico che « tanto migliore è la vita della società quanto migliore è la condizione di salute fisica degli individui che la compongono »; ciò sustanzia l'affermazione che la salute dell'individuo è presupposto innegabile della salute pubblica.

La collettività sociale ha, quindi, dovere ed interesse nel tutelare, con opportune norme e particolari provvidenze, la salute dei singoli dalle molteplici cause che trovano la loro origine in speciali condizioni organiche e morbose dell'individuo, nell'ambiente fisico, nella vita sociale e, in genere, nel modo di alimentazione, nella qualità del lavoro.

La salute pubblica ha, infatti, un riflesso sociale ed economico del maggiore rilievo, rappresentando la vita umana, per la società, a prescindere dal valore in operosità ed in intelligenza di ciascun individuo, un elemento essenziale della produzione e della ricchezza nazionale, la cui entità viene calcolata sulla base del costo di produzione, ossia delle spese sostenute per condurlo all'età di produzione (valore retrospettivo) e sulla base di quello che può rendere alla società, ossia sulla somma dei redditi futuri (valore prospettivo).

2. La salute individuale come valore economico. Sanità e miseria

È ovvio affermare che ogni vita umana che viene a mancare costituisce un lutto, e produce nella quasi totalità dei casi una decurtazione delle entrate economiche di un nucleo. È, talora, causa di miseria per la famiglia; ma, per la società, rappresenta sempre la perdita di un capitale fruttifero.

Inoltre, è evidente che gli stati di malattia e di sofferenza che colpiscono l'individuo, in definitiva, per le spese di assistenza ed il mancato guadagno, si risolvono sempre in un aggravio finanziario per la società che è tenuta ad assicurarne l'assistenza, e ciò, maggiormente, quando residuano stati di invalidità temporanea o permanente, sia parziale o totale.

Se si considera che lo stato di « miseria » è principalmente costituito dalla concezione soggettiva di inutilità sociale, dalla incapacità a reagire per rientrare nel ciclo produttivo, si desume che esso è ben affine a tale stato di invalidità prodotto da cattiva sanità individuale.

Da ciò si intende come la risoluzione dei due problemi sia conseguente ed interdipendente.

Infatti, negato il concetto della beneficenza elemosiniera quale fondamento dell'assistenza, si afferma che valido mezzo per cancellare l'impronta della miseria dalle zone ove essa infierisce ed alligna, è quello di creare condizioni ambientali e di lavoro tali da ottenere il reingresso nel ciclo produttivo, anche di queste forze che, maltrattate dalle avversità, hanno tutte identiche potenzialità lavorative. E così è altrettanto vero che la cura della sanità individuale, proiettata nel più vasto quadro della sanità pubblica, deve adeguarsi alle stesse, precise e non confondibili, finalità: il creare o ricostruire le premesse di una adeguabilità fisica ed intellettuale alle possibilità di lavoro, all'uopo predisposte o da predisporre, per la totalità di quanti, per l'abiezione di corpo e di mente nella quale sono caduti, per lo stato di miseria in cui permangono, conservano maggiore facilità a cadere in condizioni di malattia che, rendendoli invalidi, possono realmente condurre all'inutilità degli sforzi per ricrearne individui sociali.

3. Compiti della sanità pubblica. Intervento dello stato

Precisati, pertanto, questi elementi di giudizio, si può pervenire ad una elencazione dei compiti della sanità pubblica. Essi sono:

- 1) il rilevamento delle condizioni sanitarie della collettività sociale;
 - 2) l'indagine sulle cause di insalubrità e di danno alla salute;
- 3) lo studio e l'imposizione dei rimedi per prevenire e sanare gli stati di insofferenza e di malattia, e per ottenere il maggiore rendimento delle energie individuali.

Dall'esatto e preciso raggiungimento di tali finalità, proiettate nel campo sociale, cioè dall'insistere delle medesime su tutta indistintamente la popolazione, dipende il compimento di quello stato integrale di salute, condizione essenziale per il totale sfruttamento delle energie dei singoli a vantaggio della massima potenzialità produttiva di un paese.

Infatti, secondo la concezione dello stato moderno democratico, ogni singolo è utile alla collettività, sia come apporto lavorativo, sia come discernimento nell'individualizzare le direttive della politica del paese cui appartiene. Non esistono, quindi, nè categorie nè singoli individui inutili alla società, e, pertanto, poichè il male è condizione di disagio ed elemento negativo per una effettiva estrinsecazione di lavoro, esso va combattuto su largo raggio, da forze superiori che permettano l'aggressione del sintomo su scala totale, con la massima probabilità di sconfiggerlo o ridurne i deleteri risultati ad un minimo di percentuale.

A tali finalità, pertanto, non può che provvedere lo Stato, con l'impero di apposite norme legislative ed una adeguata organizzazione sanitaria, diretta alla conservazione, difesa e recupero della pubblica salute.

Questa tutela costituisce, infatti, uno dei più importanti obiettivi della pubblica amministrazione, e la relativa legislazione raggiunge negli ordinamenti moderni una così notevole estensione, da giustificare la individualizzazione di un a sè stante, « diritto sanitario ».

Comunque, anche escludendo l'autonomia scientifica di un tal diritto, resta affermato che esso è parte integrante del diritto amministrativo, ed in senso più generico il provvedervi è attività e compimento esclusivamente e precipuamente statale.

La concezione stessa trova la migliore base nella legislazione sanitaria italiana che affida la tutela della sanità pubblica, alle dipendenze della Presidenza del Consiglio dei ministri, e considera un complesso organico di misure a carattere preventivo e misure a carattere repressivo (cura e assistenza sanitaria) che, sinteticamente,

sono comprese nella dizione « tutela dell'igiene e della sanità pubblica », la quale deve essere intesa come « azione dello stato diretta a preservare, reprimere e attenuare i danni che possono derivare agli organismi dagli stati di malattia e di deperimento, in quanto direttamente od indirettamente possono rappresentare danno o pericolo per la società ».

2. La sanità pubblica nel processo storico

1. LA TUTELA DELLA SANITÀ PUBBLICA ELEMENTO DI CIVILTÀ

La tutela dell'igiene e della sanità pubblica, intesa come funzione eminentemente statale, ha costituito presso tutti i popoli uno dei compiti più importanti di Governo; infatti, in tutti i tempi, ogni Stato ha posto la maggior cura a preordinare, nel pubblico interesse, adeguati servizi sanitari e ad emanare provvedimenti generali per mantenere e migliorare la salute dei singoli e della collettività sociale.

In realtà, non è errato quanto molti hanno affermato che la storia dell'igiene corrisponda alla storia della civiltà umana. Difatti, la concezione e lo sviluppo di questa rilevante branca della medicina preventiva di Stato hanno sempre seguito il progresso delle cognizioni scientifiche del tempo, le necessità della vita sociale, il grado di cultura e di civiltà dei popoli.

Il passaggio, nei secoli, dalla vita nomade a contatto con la natura, ai primi agglomerati delle abitazioni rurali e, in seguito, ai nuclei urbani, il fiorire delle comunicazioni attraverso l'apertura delle grandi strade, il moltiplicarsi dei rapporti umani con lo svilupparsi degli scambi, dei commerci, delle attività artigiane ed industriali, produssero con l'abbassamento del tono fisico della vita, il germinare e il diffondersi di morbi a carattere epidemico che travagliarono città e popolazioni, in forme e intensità diverse, dai casi singoli alle più perniciose pestilenze. Questo provocò l'intervento dell'autorità suprema della comunità, la sola che potesse realizzare, tramite norme imperative, i necessari impedimenti al dilagare di pubbliche calamità, sovrapponendosi all'egoismo dei singoli, nell'interesse generale.

2. La tutela della sanità pubblica come funzione di governo nell'antichità

L'attuazione della tutela della sanità pubblica come funzione di governo ha, pertanto, date le premesse, un processo storico.

Presso i popoli più antichi, cinesi, indiani, persiani, egiziani, il « sacerdote » è stato la prima autorità sanitaria. I precetti religiosi,

infatti, avevano, sotto forma di ingiunzioni, vere e proprie norme igieniche e misure preventive.

Chi conosce la « legge mosaica » derivata da quella egiziana, sa che essa costituisce la più ampia documentazione della saggezza di quel popolo, in materia di igiene e sanità.

I capi XIII e XIV del Levitico contengono norme per prevenire e combattere la lebbra, così precise ed adeguate che ancor oggi potrebbero fornire utili indicazioni per un consono sistema profilattico.

Vi sono, infatti, determinate le pratiche per la conoscenza (denuncia) e l'accertamento dei casi di lebbra, da eseguirsi da parte del sacerdote, e le misure per l'osservazione dei sospetti, per l'allontanamento (isolamento) del malato che doveva vivere isolato e vestito in determinata maniera, con testa nuda e volto coperto, onde essere facilmente riconosciuto. Inoltre, sono dettate norme per la disinfezione delle vesti e degli oggetti di proprietà del contaminato (distruzione con il fuoco), ed infine per il trattamento del lebbroso dichiarato guarito e puro.

3. La salute pubblica presso i greci ed i romani, nel medioevo e nell'età moderna

Solo più tardi, presso i Greci e i Romani, accanto a quella ancora inserita nel culto religioso, si afferma l'igiene come parte della medicina e come attività della Amministrazione dello Stato.

Infatti, norme di igiene per migliorare e fortificare la salute pubblica sono tutte quelle disposizioni, numerosissime e perfettamente congegnate, riguardanti la pulizia del corpo, le abluzioni, i bagni, le opere idrauliche per l'approvvigionamento di acqua potabile, l'allontanamento dei materiali di rifiuto, le prescrizioni in materia di alimentazione, i lavori di arginatura dei fiumi ad ostacolo delle zone paludose, ed altre ancora.

È, presso i Greci, che sorge la prima applicazione dell'intervento dello Stato come tutela sanitaria. Il sacerdote non è più l'autorità imperante; è il legislatore che impone. Il culto della bellezza e perfezione fisica, si afferma, con la purezza degli stili, nei bagni pubblici, nei ginnasi, nei giochi atletici, negli agoni. E severe leggi dettò Licurgo per l'igiene delle abitazioni, per la salubrità delle acque, per la disinfezione dei granai, per la vendita dei veleni e dei profumi, per frenare la corruzione dei costumi importati dall'Oriente.

Roma amplia la concezione greca; sorgono ordinamenti ed istituzioni speciali; l'igiene pubblica diventa precipua funzione statale e la tutela della salute pubblica è coefficente essenziale della potenza del popolo. L'asserto « salus publica suprema lex esto » informa tutta l'attività dello Stato.

Il miglioramento delle condizioni igieniche sanitarie è cura sapiente nella molteplicità delle leggi emanate e nella grandiosità delle opere a noi pervenute.

Stanno a testimonianza di questo particolare interesse dello Stato, i grandi acquedotti e la ricca dotazione di acqua dell'Urbe vigilati dai Curatores aquarum; l'espurgo dei residui urbani e dei rifiuti domestici (cloaca maxima e canalizzazioni domestiche o meantus) vigilati dai Curatores cloacarum: il prosciugamento degli stagni e delle paludi; il risanamento dei terreni umidi con i drenaggi; la vigilanza annonaria (praefectus urbis et annonae); i bagni pubblici e le grandiose terme; i ginnasi per gli esercizi fisici e gli stadi per i giochi atletici; la magistratura edilizia e, infine, nel campo dell'assistenza sanitaria, l'istituzione dei medici per i poveri (archiatri populares) avvenuta sotto Antonino Pio, ed i primi ospizi per la cura dei malati che sorsero sotto Traiano.

Con questo complesso di opere e di istituzioni igienico-sociali, che non si limitarono soltanto all'Urbe, ma si estesero anche alle altre città dell'Impero, Roma realizzò il primo e sapiente esempio di un efficiente ordinamento civile di polizia igienico-sanitaria.

Caratteristica precipua di tale ordinamento fu quella di fondare quasi esclusivamente la tutela della sanità pubblica su misure e provvidenze di ordine igienico-sanitario e a finalità di medicina preventiva, trascurando o dando poca importanza, almeno nei primi tre secoli a.C., alle provvidenze assistenziali e meno ancora alla medicina curativa, già sviluppata presso i Greci.

In Roma, l'igiene pubblica dominò la vita della nazione; in questo è facile trovare la ragione della conservazione e del miglioramento della salute fisica del popolo romano e della capacità a reagire da parte dei legionari, dislocati nelle più lontane regioni, alle malattie ed epidemie, allora diffusissime, in ispecie in Oriente.

4. L'IGIENE E LA SANITÀ PUBBLICA

Con la caduta dell'impero romano si ha un regresso in tutte le conquiste fatte nel campo dell'igiene pubblica, e l'uso di gran parte delle istituzioni sanitarie dei Romani viene abbandonato.

Il Cristianesimo conferisce valore all'elemento spirituale, come reazione alla concezione materialistica della vita: ai bagni, agli esercizi fisici, al godimento della vita, si sostituiscono le mortificazioni del corpo, i digiuni, le preghiere, l'abbandono di ogni cura per la persona.

Nel Medioevo, il governo civile è assorbito in gran parte dal governo ecclesiastico, e opere per la sanità pubblica si restringono alla carità ed alla beneficenza, rivolte al sollievo della miseria e delle sofferenze.

A partire dal IV secolo, sorgono i primi ospedali ed ospizi per effetto della Bolla papale emanata nel concilio di Nicea; Teodorico e Rotari, più tardi, crearono impiegati per la salute pubblica, a simiglianza degli archiatri romani.

Gli ordini monastici assorbono la cura degli infermi; e soltanto con il sorgere dei Comuni riappare l'assistenza laica con la figura del medico condotto. Se, però, si sviluppa l'assistenza medica, si verifica l'abbandono di ogni norma igienico-sanitaria, e in tutto il primo medioevo nulla è fatto e tentato per prevenire e combattere le malattie epidemiche.

Dominavano la concezione ippocratica e il « quid divinum » che concepiva la pestilenza come punizione inflitta agli uomini.

E ciò contrastava evidentemente qualsiasi progresso in campo sanitario.

Con le libertà comunali, con gli studi umanistici, col Rinascimento, nascono le prime misure di difesa. Ordinamenti di igiene pubblica sono rivolti a combattere la lebbra, sorgono i lazzaretti, si diffondono i fogli di sanità instaurati nel 1300 dalla città di Urbino, l'obbligo della denunzia dei malati codificato dai Visconti nel 1374.

Alla dottrina ippocratica, subentra quella del contagio, cui dettero precisa chiarezza e base scientifica le opere del Fracastoro, del Massa, dell'Ingrassia, del Settala e di altri. È nata la medicina moderna; le repubbliche marinare organizzano servizi contro l'importazione delle epidemie, ponendo le spese relative a carico della comunità; Venezia crea nel 1348 tre Sovraintendenti alla sanità pubblica con l'incarico di provvedere, a spese dell'erario, alle misure profilattiche nei riguardi di navi provenienti dal Levante; più tardi, nel 1400, costituiva il Consiglio di sanità, vera e propria magistratura speciale alla quale veniva demandato il compito di emanare le opportune disposizioni per evitare l'importazione della peste.

L'adozione di queste misure sanitarie fu presto imitata e si diffuse in tutti gli Stati d'Europa.

Nell'era moderna, cessato il pericolo della peste, si affievolì l'interesse statale per gli ordinamenti di igiene e sanità pubblica, ripreso, poi, per le fortissime epidemie di colera.

Tuttavia, il primo completo ordinamento di pubblica sanità è emanato in Inghilterra, solo nel 1848, completato in seguito con le leggi del 1858 e 1871, e il primo Codice sanitario è l'inglese del 1875 che realizzò l'organizzazione del servizio sanitario in tutto il Regno.

I Paesi europei si adattarono allo schema inglese e tutte le legislazioni sanitarie e le relative pratiche organizzazioni risentirono del modello e delle esperienze inglesi.

L'esatta proiezione in sintesi delle misure adottate, sposterebbe in campo critico i limiti della presente indagine. Purtuttavia, dati i progressi della medicina, considerata nell'accezione più ampia del suo significato, è ben intuibile l'enorme progresso compiuto dagli Stati moderni, in tali attività meritorie, dall'impostazione e definizione dei concetti informatori, alle realizzazioni più pratiche, attuate la cura preventiva e la successiva assistenza a favore di tutte le categorie delle popolazioni, nel ciclo completo dell'esistenza umana.

Il quadro dei precedenti storici dell'intervento statale in tale materia, invece, conserva la sua funzionalità nell'esame critico della legislazione sanitaria, come insegnamento di capacità umane, impostazione economica e sociale e, soprattutto, pratica di vita.

Infatti, mai come in tema di igiene e sanità, il processo delle attività statali ha subito le influenze e gli sviluppi delle scoperte scientifiche, nelle luminose conquiste della medicina; e permanendo tuttora e quotidianamente afferma la sua funzione ammaestratrice anche in questo campo di espansione.

3. I precedenti storici e la legislazione italiana sino al 1945

1. Dal regolamento napoleonico del 1806 alla legge 20 marzo 1865

Prima di ogni altra nazione, l'Italia ebbe disposizioni organiche sulla sanità civile che risalgono alla costituzione della Repubblica cisalpina e del primo Regno d'Italia.

Il Regolamento napoleonico, emanato con decreto 5 settembre 1806, rappresenta un documento di sapienza civile in materia igienico-sanitaria, ed è quanto di più rispondente al progresso del tempo si
potesse predisporre.

È opportuno un breve cenno ai principî informatori. Il Ministro dell'interno era l'autorità suprema, da cui dipendevano tre direzioni mediche, con sede Pavia, Padova e Bologna, coadiuvate dalle Commissioni dipartimentali di sanità. Per entrambe, le attribuzioni erano ben specificate: esercizio dell'arte medica, pareri di medicina legale e pareri su questi riguardanti la sanità pubblica. Analogamente, dal Ministro dell'interno dipendeva l'organizzazione sanitaria, rivolta a due estrinsecazioni: sanità continentale e sanità marittima. Speciali regolamenti dettavano la disciplina di materiè igieniche e sanitarie.

Tale ordinamento, quanto mai organico perchè fondeva ad unica finalità, la scienza e l'organizzazione, fu abrogato con la caduta di

Napoleone e del primo Regno d'Italia, e solo qualche disposizione fu mantenuta nel periodo successivo di dominazione austriaca.

Gli Stati italiani attuarono qualche tentativo di legislazione sanitaria: nel Regno delle Due Sicilie con le leggi del 1819 e 1820, nello Stato pontificio nel 1818; poi nel Lombardo Veneto, nella Toscana, negli Stati estensi, nello stesso periodo, ed infine, nel Piemonte con numerose disposizioni emanate dal 1847 in poi, sino alla prima legge sanitaria del 1859.

Successivamente, con lo sviluppo delle conoscenze mediche ed igieniche, per il timore delle ricorrenti epidemie di colera e sotto la influenza delle nuove conquiste nel campo della etiologia delle malattie infettive, anche in Italia, si determinò un largo processo di produzione legislativa in tema di igiene e sanità, maggiormente sentito ed affrettato dalla sopraggiunta unificazione del Regno, che rese necessaria una legislazione, uniforme, anche in campo sanitario.

Ciò provocò, in parte, una delle prime leggi organiche del nuovo Stato italiano, emanata, sotto l'egida dei pieni poteri concessi al Governo, il 20 marzo 1865 (n. 2248), concernente l'unificazione amministrativa del Regno, la quale comprendeva un allegato C sulla sanità pubblica, che abrogava tutte le precedenti disposizioni in materia, costituendo la base iniziale del nuovo diritto sanitario italiano.

L'amministrazione sanitaria fu modellata interamente su quella politica, e venne considerata come una funzione dell'Autorità amministrativa.

Fissato il concetto che la tutela della sanità pubblica spettava al Ministro dell'interno, e sotto la sua dipendenza, ai Prefetti ed ai Sindaci, la legge determinava come queste autorità sanitarie, nell'esercizio delle proprie attribuzioni, venissero assistite dai Consigli tecnici, rappresentati dal Consiglio Superiore di Sanità, presso il Ministero dell'interno, dai Consigli provinciali e circondariali di sanità presso le Prefetture e le Sottoprefetture.

Con il regolamento del 1874 vennero, poi, istituite le Commissioni municipali di igiene.

Nell'applicazione di questa prima legge sanitaria ben presto affiorarono le deficienze che ne riducevano l'efficacia.

L'assoluta prevalenza dell'elemento amministrativo e la poca rilevanza conferita all'elemento tecnico avevano come conseguenza che gli organi, creati a tutela della pubblica igiene e sanità, peccavano del più grave difetto: la incompetenza.

Il Ministro dell'interno non fruiva di organi ed uffici tecnici esecutivi; lo stesso inconveniente si verificava presso l'Autorità provinciale, e inefficace risultava anche l'azione dei Sindaci.

L'azione di profilassi delle malattie diffusive era ritardata dalla

carenza di organi tecnici permanenti alle dipendenze delle Autorità: inoltre, molti provvedimenti risultavano inattuabili, dato che la legge conteneva precetti e non sanzioni.

La prova dell'impotenza di questa organizzazione sanitaria per una efficace tutela della sanità pubblica si ebbe nella manchevole difesa contro le gravi e diffuse endemie e il dilagare delle epidemie coleriche.

Essa era rimasta infeconda, perchè non era mai esistita nella vita nazionale, mancandole quel complesso di istituzioni necessarie alla sua pratica ed intelligente applicazione.

2. La riforma del 1888 e le successive leggi di integrazione

Si manifestò subito la necessità di una riforma degli ordinamenti sanitari del Regno, che venne tentata dal Lanza nel 1870 e 1871, dal Nicotera nel 1877, e dal De Pretis nel 1886, con la presentazione di un progetto di Codice della Pubblica Igiene, sullo schema redatto da Agostino Bertani, a seguito della grande inchiesta sanitaria compiuta nel Regno nel 1884.

Con la caduta del De Pretis venne a mancare la discussione di questo progetto che apportava una radicale riforma all'ordinamento sanitario, dando principale e predominante importanza all'elemento tecnico, sia al centro, sia nelle provincie, nei circondari e nei comuni.

Molti dei provvedimenti proposti dal Bertani rappresentano, ancora oggi, l'aspirazione degli igienisti e di quanti attendono ad una sempre maggiore e ben diretta tutela della sanità pubblica.

La sua eredità umanitaria fu raccolta da Angelo Celli, cui è dovuta la legge sul chinino di Stato, emanata nel dicembre del 1900, e che tanto valse ad arginare il dilagare della malaria, scienziato anche questi e vero combattente per la lotta contro la miseria, che dedicò tutta l'esistenza a porre in pratica quello che soleva ripetere come scopo della sua vita: « nessuno potrebbe consacrare l'attività indivi- « duale a scopo sociale migliore e più bello che quello della reden- « zione di tanti infelici » (1).

Non furono sterili il lavoro e il seme gettato, e ben presto Crispi, con l'alta ed energica sua mente e con la collaborazione del Pagliani, da lui chiamato per infrenare il dilagare delle malattie endemico-epidemiche, potè dare all'Italia, ancora sotto il terrore della epidemia di colera (1884-87) e di vaiuolo, una legge organica sulla sanità, che bene resse il confronto con quelle degli Stati stranieri.

⁽¹⁾ Le figure di Agostino Bertani e di Angelo Celli sono state recentemente e nobilmente ricordate nella vita e nelle opere, in una conferenzaradio, dal senatore Aldo Spallicci, Alto Commissario aggiunto per l'igiene e la sanità pubblica.

Ritoccato il progetto Bertani, reso più snello ed adeguato ai tempi ed ai mutati ordinamenti dello Stato, esso venne dal Crispi presentato al Parlamento, sotto il titolo di « legge sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica » e promulgato con legge 22 dicembre 1888, n. 5849.

Ricordiamo alcuni passi del discorso pronunciato da Crispi, a Palermo, il 14 ottobre 1889, perchè essi, meglio di ogni critica, valgono a puntualizzare il pensiero e l'opera del grande statista in questa materia:

« Pesava sull'Italia da quattro anni l'incubo di una epidemia che, « oltre ai travagli fisici ed ai travagli materiali, aveva cagionato un « disordine morale non evitabile, forse, in un Paese dove ancora l'edu- « cazione igienica era così scarsa e primitiva. Bisognava, dunque, pro- « cedere anzitutto all'organizzazione sanitaria dello Stato ed a questo « abbiamo provveduto agendo prima sugli animi, diminuendo con « sollecita e logica cura i mali presenti, e riformando poscia le leggi « a prevenire i futuri... Così possiamo dirci sulla vera via di quella « redenzione igienica che, non meno della politica, l'Italia attendeva; « che non era meno necessaria e non riuscirà meno benefica. Un'Ita- « lia sana fisicamente ci darà quelle braccia vigorose che potranno « meglio difenderla ».

Le innovazioni ed i pregi maggiori di questa prima legge organica sulla sanità pubblica, furono:

- a) aver data unità all'amministrazione sanitaria, accentrandola nel Ministero dell'interno;
- b) aver ben determinata la gerarchia sanitaria la quale dal Ministero dell'interno discende ai Prefetti ed ai Sindaci, ben precisando le attribuzioni e le responsabilità di ciascuna autorità;
- c) aver istituito gli uffici sanitari, responsabili dei servizi di igiene e di sanità pubblica, affidandoli a tecnici, a veri funzionari igienisti, posti alla dipendenza delle autorità;
- d) aver meglio disciplinata la funzione degli organi consulenti, rappresentati dal Consiglio superiore di sanità e dai Consigli provinciali di sanità, dando nella composizione di essi, posto prevalente all'elemento tecnico;
- e) aver assicurata e disciplinata l'assistenza sanitaria gratuita per i poveri, e la somministrazione gratuita dei medicinali da parte dei comuni;
- f) aver meglio disciplinata la vigilanza sulle professioni similari sanitarie;
 - g) aver dettate disposizioni precise sull'igiene del suolo e del-

l'abitato, delle bevande e degli alimenti; sulla profilassi delle malattie infettive endemiche ed epidemiche; sulla polizia mortuaria.

- *h*) aver stabilito l'obbligo per i comuni di avere un proprio regolamento di igiene;
- i) aver specificato la competenza delle spese per la sanità pubblica, rispettivamente per lo Stato, le provincie, i comuni.

Questa legge fondamentale determinò un rinnovamento sostanziale ed imponente dello stato igienico sanitario del Regno, culminato nel fervore di opere per il risanamento della città, dei comuni rurali, delle campagne. L'efficacia degli ordinamenti sanitari, da essa considerati, si dimostrò ben presto alla prova pratica e, cioè, nella repressione delle malattie endemico-epidemiche.

La mortalità generale, indice espressivo delle condizioni sanitarie, dagli alti quozienti di 30 per mille abitanti, andò rapidamente degradando; già, dopo un decennio di applicazione della legge, nel 1909, era ridotta a 21,89. Le epidemie di vaiuolo, terrore della Nazione per le stragi che determinavano e per i dolorosi esiti che ne conseguivano, specialmente nei riguardi della cecità, retrocedettero dinanzi agli interventi di vaccinazione e di profilassi diretta, e furono domate fino a scomparire del tutto.

Grande diminuzione si ebbe pure in altre malattie infettive, che incidevano in modo considerevole sulla mortalità generale, gravando su di essa per quasi un quarto del totale. Nel primo decennio della legge sanitaria, la mortalità, per queste malattie diffusive, che nel 1887 era di 6,80 per mille abitanti, discese, nel 1899, al 3,33.

La legislazione sanitaria non si arrestò, nè poteva arrestarsi alla legge fondamentale del 1888. Questa pose le basi dell'organizzazione, ma non precluse a nuovi ordinamenti e ad ulteriori sviluppi. Con successive leggi, essa fu integrata e completata, onde renderla più aderente alla vita della Nazione e adeguarla alle conquiste nel campo scientifico e agli accresciuti bisogni della popolazione.

Per citare le leggi ed i regolamenti più importanti, emanati dopo il 1888 e sino al 1907 in materia di igiene e di sanità pubblica, ricorderemo:

- le leggi sul servizio del chinino di Stato (23 dicembre 1900, n. 505) e per diminuire le cause della malaria (2 novembre 1901, n. 460; 19 maggio 1904, n. 209);
- la legge 25 febbraio 1904, n. 57, per l'assistenza medico-farmaceutica, l'assistenza zooiatrica e per l'igiene degli abitanti rurali;
- il R.D.L. 27 luglio 1905, n. 487, sulla profilassi delle malattie celtiche;
 - la legge 16 giugno 1907, n. 337, sulla risicoltura;

- il regolamento sulla vaccinazione obbligatoria 31 marzo 1892,
 n. 328;
- il regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901 n. 45, che sostituì il precedente regolamento del 1889;
- il regolamento 18 luglio 1906 n. 466, in applicazione della leggo del 1904, sulla assistenza sanitaria, sulla vigilanza igienica, e sulla igiene rurale;
- le disposizioni sulle emigrazioni (1901) e sulla marina mercantile (1896) nelle quali vennero comprese tutte le norme riferentisi alla sanità marittima.

3. Il testo unico del 1907 e l'ulteriore sviluppo della legislazione sanitaria

Il testo unico delle leggi sanitarie, approvato con D.L. 1 agosto 1907, n. 636, ha rappresentato la seconda tappa della nostra legislazione sanitaria. Esso non apportò sostanziali innovazioni, ma costituì un coordinamento della legge del 1888, con le disposizioni successivamente emanate in materia di igiene e sanità pubblica. Risultò costituito di 218 articoli, raggruppati in diversi titoli.

Il titolo I trattava dell'ordinamento dell'amministrazione e della assistenza sanitaria del Regno (direzione generale della sanità pubblica, medico provinciale, ufficiale sanitario); della assistenza medico-chirurgica, ostetrica e farmaceutica e del personale tecnico relativo; dei laboratori per la vigilanza igienica.

I titoli II, III e IV disciplinavano l'esercizio delle professioni sanitarie e similari, l'igiene del suolo e dell'abitato e la risicoltura.

Il titolo V dettava le disposizioni relative all'igiene delle bevande e degli alimenti; predisponeva le misure generali contro la diffusione delle malattie infettive dell'uomo e degli animali, la profilassi delle malattie celtiche, i mezzi per diminuire le cause delle malattie in genere, la prevenzione e cura della pellagra; ed infine trattava delle norme di polizia mortuaria.

I titoli VI e VII contenevano i regolamenti locali di igiene e le disposizioni generali e transitorie.

Dopo la pubblicazione del testo unico del 1907, la legislazione sanitaria si arricchì di numerose altre disposizioni concernenti l'igiene, la sanità pubblica.

Questa attività legislativa deve nettamente distinguersi in due periodi:

il primo, dal 1907 all'ottobre 1922, durante il quale la legislazione fu prevalentemente rivolta a soddisfare gli urgenti bisogni del momento, ad integrare e completare le disposizioni dettate dal testo unico del 1907, senza apportare grandi innovazioni ed effettive realizzazioni nel campo dell'igiene pubblica e dell'assistenza sociale;

il secondo periodo, dalla fine del 1922 al 1945, con una mole considerevole di materiale legislativo riferentesi ai più svariati campi dell'igiene e dell'assistenza pubblica, dalla assistenza sanitaria della popolazione, alla lotta delle malattie infettive e sociali, dal risanamento urbano e rurale alla disciplina della vigilanza sulla salubrità delle bevande e degli alimenti; dalla difesa dei lavoratori dai pericoli insiti in talune industrie, ad una più adeguata tutela intesa a migliorarne le condizioni sociali.

Tale complesso di materiale legislativo accumulatosi dopo il testo unico del 1907, i nuovi ordinamenti economici e sociali del Paese, lo sviluppo di nuove istituzioni, assistenziali ed igieniche, che ne avevano in buona parte sconvolta la struttura, giustificarono ai fini ordinativi, la preparazione di un altro testo unico, che venne emanato con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265.

La materia sanitaria vi venne raggruppata in 10 titoli così distinti:

il titolo I considerava le autorità sanitarie, gli ordinamenti e l'organizzazione dell'amministrazione sanitaria;

il titolo II e III disciplinavano l'esercizio delle professioni sanitarie, delle professioni sanitarie ausiliarie, e contenevano le norme per la repressione dell'esercizio abusivo e le prescrizioni fondamentali per l'igiene del suolo e dell'abitato;

il titolo IV trattava della vigilanza igienica, dell'alimentazione, dell'acqua potabile, degli oggetti di uso personale, dei colori nocivi e di taluni divieti di prodotti nell'uso alimentare;

il titolo V predisponeva la profilassi delle malattie sociali infettive e diffusive, stabilendosi, specialmente per quanto riflette la lotta contro la tubercolosi, il controllo dell'autorità sanitaria su tutti gli enti pubblici e privati;

i titoli dal VI al X contenevano le disposizioni di polizia mortuaria, i regolamenti locali d'igiene e le disposizioni generali e transitorie.

Le più importanti innovazioni apportate dal nuovo testo furono le seguenti:

- a) precisa determinazione dei compiti spettanti alle autorità sanitarie ed agli organi tecnici e rafforzamenti dei poteri ad essi conferiti:
- b) unificazione della vigilanza e delle direttive tecniche in materia di igiene ed assistenza pubblica, concentrate nelle autorità sanitarie;

- c) riforma del funzionamento degli organi consultivi; determinazione dei compiti spettanti alla provincia; elevazione della figura del medico provinciale;
- d) ringiovanimento dei ruoli degli ufficiali sanitari e dei sanitari condotti; riforma sostanziale del reclutamento del personale sanitario da parte dei comuni; regolamentazione delle prestazioni degli ufficiali sanitari e dei veterinari comunali negli interessi dei privati;
- e) disciplina più rigorosa dell'esercizio delle professioni sanitarie e delle arti ausiliarie della medicina:
- f) precisa determinazione della competenza dell'autorità sanitaria sull'impianto, costruzione e funzionamento degli istituti assistenziali, da qualunque ente dipendenti;
- g) norme per l'igiene degli aggregati urbani e rurali e per le abitazioni, per la costruzione di opere igieniche, i cui progetti devono essere approvati dagli organi tecnici dell'autorità sanitaria;
- h) più intenso rigore nella vigilanza sull'alimentazione pubblica;
- i) coordinamento ed integrazione delle norme per la profilassi delle malattie.

Il testo del 1934 segnò una nuova fase della legislazione sanitaria italiana, che presagì ampie riforme nel campo della medicina sociale, dell'assistenza pubblica e degli ordinamenti statali, provinciali e comunali.

Ne vedremo, in seguito, i risultati della pratica applicazione e le modifiche introdotte alle varie disposizioni in essa contenute.

4. La legislazione sanitaria italiana dal 1945 al 1951

1. L'ISTITUZIONE DELL'ALTO COMMISSARIATO PER L'IGIENE E LA SANITÀ PUBBLICA. SUE ATTRIBUZIONI

Il testo unico del 1934 intenzionalmente tendeva a costituire un complesso organico di norme dirette a creare un efficace e rispondente ordinamento sanitario, a determinare le funzioni principali degli organi centrali e locali di questo importantissimo settore della pubblica amministrazione e, soprattutto, ad aprire la via ad ulteriori riforme che il progresso e le necessità dei tempi avessero giustificato.

Gli anni immediati dalla sua applicazione coincisero con l'inizio di una svolta della storia del Paese, culminata, molto più tardi, dopo anni di disagio e di sacrificio, nel ripristino delle libertà democratiche.

Lo spirito nuovo, che pervase tutto l'ordinamento statale dopo

il 1945, recò un fervore di riforme anche nel campo dell'igiene e sanità pubblica.

Restano da considerare, partitamente, l'entità, portata e risultati delle modifiche introdotte, onde comporre e costituire il quadro d'insieme dell'ordinamento sanitario attualmente vigente.

La parte del testo unico del 1934, che ha subito maggiori innovazioni, dopo il 1945, è quella riferentesi al titolo I che riguardava l'ordinamento e le attribuzioni dell'amministrazione sanitaria ed in ispecie al capo I che determinava gli uffici che esercitavano al centro e alla periferia l'attività sanitaria.

È stata, infatti, notevolmente innovata la struttura degli organi centrali, con l'allargamento della sfera di competenza dello Stato in attuazione di un sempre più accentuato potere di vigilanza dello Stato medesimo, sulla salute pubblica.

La necessità di conferire una maggiore autorità ed una considerevole autonomia d'azione a questo ramo così importante della attività statale, ha portato all'istituzione — con decreto legislativo luogotenenziale 12 luglio 1945, n. 417 — dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, in sostituzione della Direzione generale della sanità esistente presso il Ministero dell'interno.

Con decreto legislativo luogotenenziale 31 luglio 1945, n. 446, venivano, poi, stabiliti l'ordinamento e le attribuzioni dell'Alto Commissariato medesimo, che ha il compito specifico della tutela della sanita pubblica, del coordinamento e della vigilanza tecnica sulle organizzazioni sanitarie e sugli enti che hanno per scopo il prevenire e combattere le malattie sociali.

La dipendenza diretta dell'acis dalla Presidenza del Consiglio ha proiettato l'attività sanitaria in una posizione di maggiore preminenza, elevandola ad una delle più rilevanti funzioni dello Stato, con compiti di estrema importanza, cui l'acis, dalla sua costituzione ad oggi, ha pienamente corrisposto.

L'ampliamento di competenza in materia sanitaria, a favore dell'amministrazione centrale, ha ricevuto nel decreto istitutivo dell'ACIS specifico riconoscimento, sia rispetto ad opere, la vigilanza delle quali era già demandata al Ministero dell'interno, quali la Croce rossa (D.L. 14 giugno 1945, n. 388), l'Istituto di malariologia « E. Marchiafava » (R.D. 7 settembre 1933, n. 1185), l'Opera nazionale maternità e infanzia R.D. 24 dicembre 1934, n. 2316), l'assistenza e beneficenza pubblica (L. 27 luglio 1890, n. 6972) e successive modificazioni, sia nei riguardi di ogni altra attività od ente che abbiano comunque attinenza all'igiene e alla sanità.

E così, attraverso l'ampia dizione del secondo capoverso dell'articolo 2 dello stesso decreto istitutivo, tutti gli uffici statali e tutti gli

enti pubblici che abbiano attribuzioni in materia di igiene e sanità pubblica, riferiscono, per quanto attiene a dette attribuzioni, all'Alto Commissariato e sono tenuti ad eseguirne le direttive.

L'Alto Commissariato stesso, poi, esplica attività di vigilanza sugli enti che si occupano degli alienati di mente, degli inabili al lavoro, degli ammalati cronici, degli illegittimi, dell'attività sportiva, e di altre attività, comunque, riferentisi, direttamente o indirettamente, alla materia specifica.

Da ricordare, inoltre, la legge 26 dicembre 1950, n. 1055, circa la tutela sanitaria delle attività sportive che, affidata alla Federazione medico-sportiva italiana, è sottoposta alle direttive ed alla vigilanza dell'ACIS, che partecipa direttamente anche allo sviluppo delle attività sportive medesime, e come parte attiva nello svolgimento dei corsi annuali di aggiornamento di fisiopatologia dello sport.

Altra attribuzione, riferentesi alle ricompense ai benemeriti dell'igiene e della salute pubblica è stata conferita all'ACIS, con decreto legislativo 25 ottobre 1946, n. 344.

2. L'INTERVENTO DELL'ACIS NELLO SVILUPPO DELLA SCIENZA MEDICA E NELLA PREPARAZIONE PROFESSIONALE DEL PERSONALE SANITARIO

Ad integrare e rendere più agevole l'opera del nuovo Ente commissariale e dei servizi sanitari da esso dipendenti, e ad una efficace propaganda dell'attività dell'ente medesimo, la Presidenza del Consiglio dei ministri predispone che, dal 1948, l'acis pubblicasse i seguenti periodici d'interesse igienico-sanitario.

- a) una rivista tecnica, di periodicità bimestrale, con il titolo di « Annali della sanità pubblica », costituita da una prima parte di carattere scientifico, nell'intento di offrire un quadro, il più possibile vasto e completo, sulle malattie infettive e sociali in Italia, e sui più importanti problemi igienico-sanitari, e da una seconda parte elencante il riassunto dei provvedimenti legislativi riguardanti la materia sanitaria;
- b) un bollettino d'informazioni, a supplemento mensile degli « Annali », denominato « Notiziario dell'amministrazione sanitaria », alla finalità di dare notizie sull'attività svolta dall'ACIS, sia nel campo nazionale che nei rapporti con le amministrazioni sanitarie degli Stati stranieri.

Alla identica finalità propagandistica e di diffusione, la Presidenza del consiglio dava impulso allo scambio delle pubblicazioni scientifiche con i paesi esteri e predisponeva un più adeguato corredo delle biblioteche scientifiche.

Anche ai Congressi nazionali riferentisi all'igiene e sanità veniva dato il più alto impulso onde favorirne il successo.

Come di questi mezzi, e con quali ottimi risultati, l'ACIS si sia servita per il raggiungimento delle proprie finalità, lo vedremo in seguito quando tratteremo in particolare delle attività da esso portate a termine.

Anche alle disposizioni previste dal capo II del titolo I del testo unico del 1934, concernente l'organizzazione dell'amministrazione sanitaria centrale, successivamente, al 1945, sono state introdotte ulteriori modifiche di forma e di sostanza.

Per gli Uffici medici, è stata particolare cura dell'ACIS l'impartire continue direttive onde migliorare i servizi ed educare i medici a comprendere che le prestazioni che lo Stato esige vanno oltre la comune terapia del malato. La medicina preventiva e la medicina clinica, infatti, se possono rappresentare campi di diverse specifiche attività di studio, si fondono nella pratica professionale, dato che il medico ha anche la tutela dell'individuo normale e deve, pertanto, sempre vigilare sul suo stato di buona salute.

La direzione stessa dei nuovi centri assistenziali ha indicato come necessaria questa innovazione concettuale nella professione medica. Oltre gli ospedali, si è provveduto ad organizzare una vasta rete di ambulatori, dispensari, consultori, preventori, colonie estive permanenti e temporanee, convalescenziari e case di cronici, tutti ispirati a tale nuova concezione.

Non si mira, cioè, soltanto a curare l'ammalato, secondo la vecchia tradizione, ma ad assisterlo al primo esordio di una tecnopatia, di una disfunzione, di una disarmonia, e così, nei confronti del residuo di uno stato morboso, nella convalescenza. Si deve, cioè, evitare che la piccola sofferenza trascurata divenga malattia e, quindi, invalidità temporanea, permanente o morte, perchè non vi è più dubbio circa il maggior valore della salute del lavoratore in confronto alla spesa per la sua assistenza preventiva. Basterebbe solo considerare, fra le altre, le malattie cardiovascolari, che rappresentano le conclusioni più frequenti dell'età matura, e ricordare che esse hanno origine da una somma di trascuratezze, di piccole sofferenze dovute a stati di intossicazione, a reliquati di malattie acute, tra le quali fondamentali quelle di origine reumatica. Ciò a sufficienza illustra e compendia il vantaggio dell'affermarsi dell'assistenza precoce, o meglio ancora, preventiva.

Il medico deve bene intendere il suo compito sociale nei confronti della assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, contro l'invalidità e vecchiaia e contro la tubercolosi, perchè, a parte la capacità di riconoscere i possibili, anche se rari, autolesionisti o simulatori di stati morbosi, è necessario sappia adoperarsi con criterio e discernimento a smistare i bisognosi di assistenza, in ordine ad una esatta diagnosi e prognosi, nei convalescenziari, nelle stazioni idrotermali, nelle case per cronici, infermerie, ospedali generici e speciali, evitando le congestioni negli istituti di ricovero specializzati, per forme banali o irricuperabili, il cui verificarsi reca sperperi e disarmonie.

Anche su alcuni obblighi posti per legge ai medici da antica data, si deve insistere e s'insiste, poichè spesso alcuni di essi ancora li trascurano, perchè forse male ne intendono l'alto valore cautelativo e tutorio per la salute pubblica. Il medico che, nei confronti di un malato di malattia infettiva, non ottemperi immediatamente alle disposizioni riflettenti la denuncia, l'isolamento, la disinfezione continuativa e terminale, come non faccia osservare la contumacia e non pratichi le vaccinazioni dei contagiati o contagiabili, dovrebbe essere considerato responsabile di un delitto contro la pubblica salute.

Queso bene intendendo, gli Uffici medici, soprattutto nella convinzione di compiere quotidianamente un alto dovere sociale, devono dare le più ampie garanzie che, per ciascuno di essi, permanga e si fortifichi, nelle mani dello Stato, una delle armi più essenziali a vincere la battaglia contro il male.

In relazione alle necessità derivanti da tale nuova concezione degli Uffici medici, è stata emanta una serie di provvedimenti di modifica ai ruoli organici, primo tra i quali, il decreto legislativo 8 maggio 1948, n. 1204, recante modificazioni ai ruoli tecnici dell'ACIS, in seguito ratificato con legge 16 novembre 1950, n. 273.

Numerose altre disposizioni furono emanate dalla Presidenza del consiglio, a mezzo di circolari, dal 1948 al 1949, e tutte danno oggi assicurazione della piena funzionalità, competenza specifica e aderenza al dovere di quanti prestano la loro opera, intellettuale e fisica, alle dipendenze dell'ACIS.

3. L'ISTITUTO ED IL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ

L'Istituto superiore di sanità, istituito con R.D.L. 11 gennaio 1934, n. 27, con la denominazione di Istituto di sanità pubblica e, in seguito, regolato dal testo unico del 1934, non ha invece subito ulteriori modifiche.

È rimasto in vigore il regolamento dettato con il R.D. 1 luglio 1937, n. 1543, che ha prestabilito le norme riferentisi alle ricerche, agli studi, ed ai corsi d'insegnamento dell'istituto, e l'ordinamento costituito con R.D. 17 ottobre 1941, n. 1265 che, tra l'altro, abolì la precedente denominazione, modificandola nell'attuale.

Con legge recente del 24 giugno 1952, n. 724, sono state, però, approvate alcune norme integrative circa l'ordinamento dell'istituto.

In riferimento al capo III, che tratta del Consiglio superiore di sanità disciplinandone l'organizzazione, le attribuzioni ed il funzionamento, si deve solo ricordare che, pur avendo il Consiglio stesso funzionato nel modo migliore dalla sua istituzione avvenuta nel 1888, per ragioni contingenti, nel 1945, fu temporaneamente estromesso dall'attività sanitariale della Nazione. Con l'articolo 1 del D.L.L. 1 febbraio 1945, n. 50, infatti, venne sospesa l'applicazione delle norme che stabilivano l'obbligo di sentirne il parere.

Nel frattempo, con D.L.L. 22 marzo 1945, n. 136, veniva istituita, fino ad un anno dalla cessazione dello stato di guerra, presso il Ministero dell'interno, una Commissione centrale consultiva di sanità, alla quale erano devolute tutte le attribuzioni che, dalla legge e dai regolamenti vigenti, erano deferite al Consiglio superiore di sanità .

Tale sospensione veniva, però, in seguito, revocata con decreto del Presidente del consiglio dei ministri, il 19 maggio 1950.

Il Consiglio provinciale di sanità, istituito nel 1888 come il Consiglio superiore, posteriormente al testo unico del 1934, ove era disciplinato al capo IV, non ha subito modificazioni di rilievo, sia nel funzionamento, e sia nella composizione, che numerose circolari provvidero soltanto a meglio chiarire ed organizzare.

Nessuna innovazione, meritevole di menzione, è stata apportata alle norme di disciplina comune di due suddetti Consigli, contenute nel capo V.

4. GLI UFFICI SANITARI PROVINCIALI

In ordine alle tre sezioni del capo VI, che disciplinano gli Uffici sanitari provinciali (e propriamente le attività del medico provinciale e del veterinario provinciale e i servizi sanitari per gli scali marittimi, per le frontiere di terra e per gli aeroporti), sono stati approvati alcuni provvedimenti, che, pur non mutando l'assetto e le attribuzioni stabiliti col testo unico del 1934, hanno mirato ad inquadrarli e svilupparli secondo i nuovi orientamenti e gli accresciuti bisogni.

Si tenga presente, in proposito, che l'Ufficio sanitario provinciale rappresenta l'organo che presiede alla tutela della sanità pubblica nell'ambito della provincia, ed attraverso il quale, le disposizioni emanate dal centro, arrivano ai comuni. All'Ufficio sono assegnati il medico provinciale, il veterinario provinciale, uno o più medici provinciali aggiunti, ed altri funzionari tecnici per i servizi sanitari dei porti, dei confini e degli aeroporti.

Da ciò s'intende la pratica importanza di ciascun Ufficio provin-

ciale. Una circolare della Presidenza del consiglio dell'8 marzo 1947, ha, in materia, dettato precise norme sui rapporti tra l'Acis e gli Uffici sanitari provinciali, ed altre circolari successive hanno avuto per finalità il miglioramento delle condizioni materiali e giuridiche del personale di tali uffici, una più adeguata disponibilità di mezzi, l'elevamento ed il perfezionamento delle cognizioni tecniche, l'allargamento della sfera delle attribuzioni del medico provinciale nel campo dell'emigrazione, delle visite fiscali, dalle concessioni di patenti.

5. L'UFFICIALE SANITARIO

Il capo VII, che riguarda gli organi e i servizi sanitari comunali, fondamentali nel nostro ordinamento, ha dato luogo, dopo il 1934, a provvedimenti di carattere soprattutto organizzativo, con riferimento sia al servizio di vigilanza e di profilassi affidato agli ufficiali sanitari, agli uffici d'igiene ed ai laboratori, sia a quello di assistenza medicochirurgica e ostetrica demandato alla condotta gratuita per i poveri.

Giova ricordare, per maggiore chiarezza, che l'Ufficio sanitario comunale (Ufficio d'igiene) è già considerato dall'art. 3 dello stesso capo VII, il quale prescrive che i comuni devono provvedere alla vigilanza igienica ed alla profilassi delle malattie trasmissibili, con personale e mezzi adeguati, alle dipendenze dell'ufficiale sanitario, direttore responsabile del servizio relativo. Nei comuni maggiori, capoluoghi di provincia, comuni già capoluoghi di circondario e comuni con popolazione superiore ai 20.000 abitanti, è obbligatoria l'istituzione di un adeguato Ufficio sanitario, al quale, secondo l'importanza del comune, sono addetti medici igienisti, medici veterinari, vigili sanitari, assistenti sanitarie, disinfettatori.

I problemi concernenti questa materia sono ordinariamente discussi data la loro fondamentale importanza, in appositi Congressi che sono particolarmente curati e potenziati dall'Autorità centrale.

Tenuto conto della impostazione complessiva dell'ordinamento attuale, si può con sicurezza affermare che, se gli organi e i servizi funzionassero con mezzi ancora maggiori che il legislatore volesse predisporre, l'organizzazione sanitaria italiana, consentirebbe una vittoria totale nell'azione di lotta contro le malattie. Deve riconoscersi in ogni modo che, di mano in mano che i vari servizi vanno perfezionandosi, si osserva un progressivo miglioramento dello stato sanitario del Paese. E di ciò bisogna darne atto all'acis e agli organi ad esso preposti.

La organizzazione degli uffici è tale che in ogni evenienza, in poche ore, le prescrizioni e le disposizioni dettate dal centro arrivano alla periferia, mentre le notizie riflettenti la salute pubblica operano in via inversa e dalla periferia (Uffici sanitari comunali), attraverso gli Uffici sanitari provinciali, pervengono all'Alto Commissariato che, avvalendosi del personale tecnico dipendente, dispone e provvede in merito.

6. Assistenza medico-ostetrico-farmaceutica

Sempre nel capo VII, è regolata l'assistenza sanitaria per i poveri, che si attua — come è noto — mediante condotte sanitarie. La legge considera tre forme di assistenza sanitaria, obbligatoria per i Comuni: la medico-chirurgica, la ostetrica e la farmaceutica.

Essendo questa assistenza rivolta ai poveri, i Comuni sono obbligati a compilare annualmente l'elenco delle persone, che hanno il diritto delle prestazioni sanitarie gratuite.

Per il servizio di condotta medica, il Comune deve stipendiare uno o più medici per il servizio sanitario a domicilio, ed il numero dei medici condotti viene stabilito dal Comune ed approvato dalla Giunta provinciale amministrativa, sentito il Consiglio provinciale sanitario.

Due o più comuni possono essere collegati per detto servizio, e si hanno, così, le condotte consorziali.

Il medico condotto costituisce il fulcro su cui si impernia tutta l'assistenza sanitaria pubblica. Egli deve visitare gratuitamente i poveri: per le visite ai cittadini non iscritti nell'elenco ha una rimunerazione, che viene stabilita dal Sindacato provinciale dei medici. La istituzione delle condotte piene, per le quali tutti i cittadini hanno diritto all'assistenza gratuita, è oggi vietata.

Il medico condotto deve coadiuvare l'autorità sanitaria nelle esecuzioni delle misure profilattiche ed attendere alla vaccinazione jenneriana ed a tutti gli altri obblighi prestabiliti dalla legge. La nomina viene fatta a seguito di concorso per titoli ed esami annualmente indetto dal Prefetto per tutte le condotte vacanti nella Provincia. Ogni medico può concorrere per tutte o per alcune delle condotte, che deve indicare nella domanda, in ordine di preferenza.

La condotta ostetrica è obbligatoria per i Comuni, i quali devono assumere in servizio una o più levatrici per l'assistenza alle partorienti povere.

Perchè la levatrice acquisti la voluta preparazione necessaria per poter svolgere l'azione sempre più vasta di tutela alle madri ed ai bambini secondo le direttive dello Stato, vengono ora richiesti, per la ammissione alle scuole ostetriche, maggiori titoli di studio.

I Comuni devono, infine, concedere ai poveri la somministrazione gratuita dei medicinali prescritti dal medico condotto.

7. Assistenza sanitaria ospedaliera. Malattie infettive e malattie sociali

Rinviando ad altra sede l'esame delle modifiche introdotte ai primi quattro capi del titolo II (esercizio delle professioni sanitarie, servizio farmaceutico, professioni sanitarie ausiliarie, arti delle professioni sanitarie ausiliarie), è opportuno soffermarsi al capo V, concernente le norme sull'esercizio delle attività soggette a vigilanza sanitaria, per considerare l'assistenza sanitaria negli ospedali, negli ambulatori, negli istituti in genere e nelle case per gestanti, che merita di essere posta in evidenza, attraverso le molteplici rilevanti nuove norme sopravvenute, lo sviluppo crescente dell'attività di vigilanza da parte del potere centrale, che si occupa con intensità sempre crescente anche di opere affiancate, le benemerenze delle quali sono in continuo aumento. Tra queste la Croce rossa e la Croce di Malta, e soprattutto l'Opera nazionale maternità e infanzia.

In ordine agli ospedali e agli istituti di cura in genere, devesi ricordare il R.D. 30 settembre 1938, n. 1631, che ha dettato norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali, con una completa nuova disciplina della materia.

Altri provvedimenti legislativi e circolari ministeriali hanno avuto per oggetto il funzionamento degli ospedali in generale, il loro personale, la Croce rossa e l'Opera nazionale maternità infanzia, e tutti sono stati rivolti al miglioramento e ad una più adeguata prestazione e funzionalità dei servizi.

Analogo rinvio deve farsi per l'esame delle modifiche introdotte al titolo III, concernente la vigilanza e il controllo delle opere igieniche, che l'ACIS ha incrementato al massimo delle sue possibilità, di quelle riferentesi al titolo IV concernente l'igiene dell'alimentazione, e delle innovazioni al titolo V recante i provvedimenti contro le malattie infettive.

Riguardo a quest'ultimo, che veramente costituisce il caposaldo di tutta la legislazione sanitaria, molte sono state le nuove disposizioni dovute al progresso scientifico.

Ed è motivo di legittimo compiacimento il poter constatare che, malgrado gli anni non facili finora trascorsi, tutte le malattie infettive sono state contenute, comprese quelle che, nell'attuale condizione sociale del Paese, trovano ancora un habitat favorevole al loro sviluppo. Ciò lo si deve anche al fatto, imposto dalla legge, che in Italia, più che in ogni altro Paese, trovano intesa e tempestiva applicazione vaccinoprofilassi obbligatorie e facoltative, che sono anticipatrici di sanita, nel mentre si realizzano le opere e le istituzioni riformatrici dell'ambiente sociale ed igienico-sanitario.

In tale titolo V sono considerate le malattie sociali, ristrette a vaiuolo, tubercolosi, tracoma, lebbra, malattie veneree, malaria, cancro e tumori maligni.

Adeguate provvidenze legislative e circolari ministeriali hanno rapportato i mezzi ai nuovi più efficaci ritrovati di lotta.

Quanto l'ACIS quotidianamente combatte per debellare tali mali che profondamente minano la compagine sociale, colpendola nelle classi più umili e più indifese, sarà oggetto di particolare menzione, più oltre, nella sede relativa ai risultati delle attività svolte dall'ACIS stesso.

I rimanenti titoli, dal VI al X, sono di modesta rilevanza e contengono norme di attuazione e, pertanto, non sono stati modificati o lo sono stati solo in parte, in relazione alle norme cui si riferiscono.

8. Basi per la riforma della legislazione sanitaria

L'impostazione del testo unico del 1934 presupponeva una fruttuosa applicazione, durante un ragionevole periodo di sperimentazione pratica, capace di resistere alle esigenze di fatto di una materia non solo basilare, ma in continua evoluzione formativa e rinnovatrice, e richiedeva un adeguato completamento mediante l'emanazione di provvedimenti che contenessero regolamenti governativi, generali e speciali, provinciali e comunali, preannunciati rispettivamente dagli articoli 358, 344, 345, 346 del testo unico. Purtroppo, però, secondo una consuetudine ormai invalsa in ogni settore dell'ordinamento giuridico, il regolamento generale sanitario non venne emanato e rimase in vigore quello dettato col R.D. 3 febbraio 1901, n. 45.

Pertanto, nell'esaminare il quadro d'insieme dell'ordinamento attualmente vigente, non si può non considerare che non tutte le provincie nè molti comuni hanno un aggiornato regolamento sanitario, dimentichi tutti che la profilassi e l'assistenza, per raggiungere il fine ultimo di preservare o far recuperare la salute, devono camminare su un binario unico senza tentennamenti nè particolari dannose deviazioni. Donde la fatale costituzione di una cosiddetta prassi, su cui si adagiano gli uffici, interpretando ed applicando le singole disposizioni della legge attraverso circolari ministeriali, dimenticando spesso anche quello che dovrebbe attuare un possibile utile decentramento. Accade, purtroppo, di conseguenza, che quasi tutto gravita nell'orbita statale, ed i comuni, le provincie, le opere pie non possono assolvere i loro compiti specifici senza l'intervento dello Stato. Si aggiunga, poi, che queste circolari spesso assumono carattere sostanziale di vere norme integrative di quelle esistenti, e concorrono alla formazione di un più ampio ordinamento giuridico sanitario, insieme alle nuove leggi e ai decreti emanati di mano in mano per tener fronte alle esigenze sempre più ampie dell'intervento dello Stato nel campo della sanità pubblica, di fronte a gravi situazioni sanitarie. Ciò si è verificato specialmente nel periodo bellico e post-bellico, che ha pure trasformato in tanta parte e sotto tanti aspetti la costituzione organica e funzionale dello Stato; ed anche in pratica conseguenza dei progressi scientifici nella indagine medica, nella terapia, nell'assistenza e nella sicurezza sociale. Ne è risultato un anomalo e singolare corpus juris, non sempre suscettibile di una chiara e sicura interpretazione da parte degli organi competenti e dei destinatari.

Non è dubbio che tutto ciò reclama un intervento, a scadenza più che sia possibile prossima, da parte dello Stato, cui incombe di aggiornare la legge sanitaria in relazione all'art. 32 della Costituzione.

Il problema grave ed urgente veniva avvertito dall'acis che, con suo decreto del 1º maggio 1949, nominava una Commissione per lo studio e le eventuali proposte di riforma della vigente legislazione sanitaria, in armonia con la necessità di coordinare i risultati degli studi intrapresi in relazione alle sopravvedute disposizioni costituzionali che elevano la salute pubblica a fondamentale diritto dell'individuo e ad interesse della collettività (art. 32 della Costituzione) e con l'opportunità di tenere conto delle esperienze acquisite da altri Stati, in materia di organizzazione dei servizi sanitari, utilizzando, in tal senso, la consulenza offerta dalla Fondazione Rockefeller (Divisione internazionale di sanità) e dalla Organizzazione mondiale della sanità.

La Commissione, con lodevole sollecitudine, presentava dopo pochi mesi una ampia relazione finale, le cui conclusioni concernevano proposte concrete sul coordinamento al centro e alla periferia, sugli aiuti finanziari alle zone non privilegiate, sul personale e la sua preparazione.

Queste le raccomandazioni generali che ne costituirono la parte essenziale:

- a) conferire la massima considerazione all'istituzione di un Ministero della sanità, che assicuri l'unità di diritto e l'adeguato sviluppo dei servizi igienico-sanitari;
- b) in attesa dell'istituzione di tale dicastero, istituire un Comitato di coordinamento, presieduto dal Presidente del consiglio dei ministri e composto, oltre che dall'acis, dai ministeri che hanno alle proprie dipendenze, servizi che direttamente o indirettamente svolgono attività in materia di igiene e assistenza sanitaria;
- c) unificare e sviluppare, alla periferia, in istituendi Centri locali di igiene e sanità, dipendenti dall'amministrazione sanitaria, tutti

gli attuali servizi igienico-sanitari, e realizzarne il coordinamento con quelli dell'assistenza sanitaria, d'intesa e con la cooperazione degli enti interessati;

- d) nel programma predisposto dal Governo per lo sviluppo delle zone meno privilegiate, tenere in particolare conto le necessità di ordine sanitario;
- e) unificare in ruoli nazionali le carriere del personale dell'amministrazione sanitaria, onde assicurare una scala di retribuzioni adeguate ed un sistema di promozioni basato principalmente sul merito.
- f) istituire, con programmi adeguati, scuole di sanità pubblica nel numero necessario, onde provvedere alla preparazione di una sufficiente quantità di personale tecnico bene addestrato.

Su queste basi e sul materiale di studio che l'ACIS quotidianamente raccoglie e sulla scorta delle esperienze pratiche delle sue attività, si trae sufficiente e fondata speranza che si possa, entro il termine più breve, nella prossima legislatura, provvedere adeguatamente a chè l'ordinamento sanitario italiano subisca le modifiche necessarie per una sempre più perfetta e duttile rispondenza dei suoi servizi alle reali e più urgenti necessità di tutte le categorie sociali della popolazione, in particolar modo di quelle più umili e diseredate.

PARTE SECONDA

SINTESI DELLE ATTIVITA DELL'ALTO COMMISSARIATO PER L'IGIENE E LA SANITÀ PUBBLICA

1. Il miglioramento dei mezzi dell'ACIS per la lotta contro la miseria

1. Bilancio delle attività dell'acis

Esaurito l'esame primario della legislazione sanitaria coordinata, dapprima nelle sue fonti storiche, poi nello svolgersi ed innovarsi delle disposizioni normative, si devono considerare gli effetti pratici cui l'intervento statale in materia di igiene e sanità pubblica perviene, attraverso i mezzi all'uopo predisposti e in rapporto alle variabili condizioni dell'ambiente cui i mezzi stessi sono rivolti.

Normalmente l'efficacia dell'attività di una amministrazione di Stato è valutabile in un complesso di risultanze che, non tutte, aderiscono e sopportano una rigida indagine e classificazione; molto, infatti, sfugge, nè è possibile ridurlo in cifre, atti od eventi di portata numerica, che cristallizzino a pieno l'entità totale delle forze spiegate dall'amministrazione medesima ed il completo e perfetto raggiungimento delle finalità demandatele.

Al contrario, l'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica può veramente affermare d'essere uno dei pochissimi enti la cui attività, anche la più modesta ed indiretta, risulta in effetti chiari ed inequivocabili, con dati di fatto non controvertibili.

Pertanto, è possibile valutare in maniera certa ed assoluta i risultati della sua opera; se qualcosa nell'ingranaggio si spostasse in piani negativi, se gli scopi non fossero raggiunti o lo fossero in parte, le cifre parlerebbero, e limpidamente.

L'acis, invece, presenta un bilancio di risultati attivi che, dati i mezzi, conferma la fiducia riposta nei suoi uomini, nei suoi mezzi, nel sistema adottato.

Certo il giudizio va posto in correlazione alle disponibilità che l'Ente riceve; qualora esse fossero di gran lunga maggiori, le risultanze potrebbero di molto migliorare. Attualmente, con le forze di cui

dispone, i limiti di riuscita ai quali l'ACIS è pervenuto, sono senza alcun dubbio soddisfacenti e meritori.

Il bilancio dell'ACIS, delle sue attività, dei suoi risultati, in sostanza, altro non è che un preciso e circostanziato quadro dello stato sanitario del Paese.

Esso è rivolto a considerare la somma e l'entità dei fatti sanitari avvenuti, e a fornire dati statistici sulla mole di lavoro effettuata dai mezzi cui dispone per fronteggiare i fatti medesimi.

Da queste due quantità che inversamente corrispondono, è possibile desumere proporzioni attendibili da riferire all'intera popolazione.

Il male conosce tutte le strade, batte a tutte le porte. Purtuttavia, l'incidenza presso le classi misere è maggiore, poichè superiore in esse è il grado di morbilità.

I dati delle risultanze dell'attività dell'ACIS sono totali e, pertanto, riferentisi all'intera collettività del Paese, però, per quanto riguarda in specie talune malattie, quelle sociali, sono riferibili, con assoluta attendibilità, proprio alle classi più misere che in disagiate e disperate condizioni trascinano la propria esistenza.

Anche lo stato demografico del Paese può contenere dati di fatto del massimo interesse, se si rapportino le cifre riguardanti la natalità, la nuzialità, la mortalità, l'incremento naturale di determinate regioni, ai dati rilevati sulla miseria esistente nelle regioni medesime.

2. SANITÀ PUBBLICA E MISERIA

In sostanza, giova qui ripetere e maggiormente chiarire quel grado di affinità, già anticipato in precedenza, tra « sanità pubblica » e « miseria ». Mentre allora si consideravano i due fenomeni solo dal punto di vista impostativo, di assoluta integrità fisica e di maggiore adattabilità al male, solo per un rapporto di valori economici per la validità o invalidità a permanere individui sociali ed operanti, qui, i riflessi entrano nel piano pratico e sono, tra di loro, conseguenti.

Profilassi e cura sono mezzi per ricondurre il misero, ove invalido, alla integrità di salute.

Sono mezzi, ma non i soli, com'è ben comprensibile. Ma se problema della redenzione del misero è quello di ricondurlo alla vita sociale, di renderlo al lavoro, di assicurare la sua utilità alla collettività, ecco che la salute, la sua perfetta integrità fisica o, perlomeno, quella a lui sufficiente per l'adattabilità al lavoro prefissogli, diventa elemento necessario e determinante della sua redenzione. I mezzi per conservargliela, le misure per preservarlo da nuovi attacchi del male, diventano, anch'essi, armi indispensabili per la lotta contro la miseria.

Il problema della miseria, infatti, non è solo materiale, o sociale, o edilizio, o concettuale, così come non è solo un problema di disoccupazione o di scadimento morale. Esso sorge da un complesso di forze negative.

Se una di esse è la non integrità fisica, o se essa subentra in periodo successivo, dato il facile attecchimento del male su corpi gracili e denutriti, non in condizioni di reagire, non importa. Ciò che interessa è che la salute pubblica, per quelle categorie di diseredati, è un problema della massima ed imprescindibile rilevanza, per il conseguimento della auspicata vittoria contro il terribile nemico della abiezione, della inettitudine, della miseria.

Si è dichiarato che, non il fenomeno della povertà che dipende da complesse situazioni economiche di distribuzione del reddito, ma quello della miseria, si ha fondata speranza di poter debellare in tutte le zone del Paese ove infierisce e si radica. Con altrettanta certezza si deve affermare che uno dei mezzi cui maggior cura ed attenzione dovranno porsi, nel migliorarlo, nell'approfondirlo, nel renderlo più duttile ed efficace, sarà proprio quello dell'arma sanitaria, che prevenendo e curando, dovrà predisporre e conseguire le migliori condizioni fisiche dei singoli, irrinunciabile presupposto per la conquista di nuovi individui ad un posto attivo nella società e nel lavoro del Paese.

3. Il potenziamento dell'acis presupposto per una sua più efficace azione

Ciò bene a ragione sostanzia la finalità del presente studio, nella armonia delle indagini predisposte a cura della Commissione parlamentare d'inchiesta sulla miseria.

Esso assume funzionalità ben definita, affiancando le risultanze dell'attività dell'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica ai dati di fatto raccolti dalla Commissione parlamentare a mezzo delle indagini dirette ed indirette.

Si produce così, in piano teorico, la comunità d'intenti già at tuata in pratica, nell'effettuazione su larga scala di quella indagine schermografica che solo i mezzi forniti dall'Alto Commissariato hanno permesso di svolgere e condurre a termine.

Restano, così, acquisiti altri elementi di indubbio interesse che gioveranno non poco a fornire quel quadro d'insieme dello stato attuale del Paese, nelle zone più diseredate e nelle classi più disagiate, che il nuovo Parlamento dovrà esaminare e discutere, onde provvedre con adeguati mezzi legislativi a risolvere, una volta per sempre, l'annoso e deprecabile fenomeno della miseria.

Tra le provvidenze che verranno poste allo studio, una si impone

accanto alle altre che si dovranno proporre: il miglioramento dei mezzi posti a disposizione dell'ACIS. Ciò risulta come logica conseguenza di quanto sopra esposto ed affermato.

Se si accettano quelle conclusioni, non si può prescindere da questa innegabile necessità.

Aumentare i mezzi dell'ACIS, significa perfezionare la sua attività, dare nuova linfa alle iniziative, corroborare gli sforzi di tutto il suo ammirevole personale, permettere un più largo raggio di azione, una maggiore potenza d'urto che può incidere su di una massa superiore di assistibili; significa, infine, aumentare al massimo le possibilità di un rapido e completo conseguimento delle sue finalità, nel benessere più ampio del Paese.

Questo si afferma, tralasciando i problemi di impostazione costituzionale e di più efficace e funzionale disposizione di organi e di autorità.

Questo è necessario, nel supremo interesse della causa che si vuole vincere, per la sconfitta della miseria in quelle zone che, da secoli, la subiscono come una maledizione, come un destino.

E questo, il futuro Parlamento, dovrà tener presente.

2. L'attività dell'ACIS nel biennio 1951-52

1. SITUAZIONE DEMOGRAFICO-SANITARIA DEL PAESE

Nel riassumere, in sintesi, i risultati dell'attività dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, si estenderà l'esame al biennio 1951-1952.

Si è ritenuto opportuno far ciò, perchè questi anni corrispondono al periodo nel quale sono state principalmente svolte le diverse indagini sulla miseria da parte della Commissione parlamentare presieduta dall'onorevole Ezio Vigorelli.

In tal modo, dalla lettura dei dati qui citati ed illustrati, si potrà facilmente desumere il preciso quadro dello stato sanitario della popolazione, nel mentre le diverse indagini si rivolgevano, e trarne gli opportuni giudizi e raffronti.

Ciò riuscirà senz'altro utile nell'economia degli elementi predisposti come materiale da fornirsi alle nuove Camere, onde pervenire alle dovute conclusioni e discutere sulle proposte presentate.

Tale sintesi dell'attività dell'ACIS si desume unicamente da fonti ufficiali: gli interventi dinanzi al Parlamento dell'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica, onorevole Migliori, le dichiarazioni in sede di Commissioni dell'Alto Commissario aggiunto, senatore Aldo Spallicci e, principalmente, la relazione recentemente presentata dal-

l'Alto Commissario al Consiglio superiore di sanità, e costituente un vero quadro dei fatti sanitari e dei provvedimenti adottati dall'amministrazione sanitaria nel biennio 1951-52.

L'importanza della relazione si ritrae dalle cifre e dai dati in essa contenuti e riportati.

L'opera svolta dall'ACIS con i mezzi a sua disposizione, impari alle grandi finalità dell'Istituto, vi è raccolta e compendiata; sono sufficienti due fatti per comprenderne la meritoria efficacia: il graduale abbassamento della mortalità generale e l'efficiente difesa del Paese dalle malattie infettive.

Da queste fonti ufficiali, conservando il più possibile anche la forma dell'esposizione di ciascun dato, trarremo una sintesi organica della attività e dei risultati dell'ACIS in tale biennio.

La relazione dell'ACIS al Consiglio superiore di sanità inizia col fornire i dati statistici elaborati dall'Ufficio di statistica sanitaria dell'ACIS medesimo circa la situazione demografico-sanitaria del Paese, negli anni 1951-1952, in rapporto ai dati pubblicati, dall'Istituto nazionale di statistica, per ciascun anno precedente dal 1946.

L'importanza dei raffronti è intuitiva.

Il movimento naturale della popolazione rappresenta, infatti, sotto un profilo di ordine generale, uno degli indici più espressivi dello stato della Nazione e quindi, indirettamente, anche quello dello stato sanitario e demografico relativi.

Se, difatti, alcuni quozienti come nuzialità e natalità danno la idea della vitalità di una popolazione nella sua essenza biologica più profonda, i dati sulla mortalità generale e sulla mortalità infantile, nonchè quelli sulla nati-mortalità, ne pongono in evidenza le tare, dando la misura del grado di sviluppo cui la sanità individuale e collettiva della popolazione medesima è pervenuta.

È, quindi, di somma utilità indagare sugli aspetti statistici dei suddetti quozienti, per gli anni 1951 e 1952 ed effettuarne la comparazione dal 1946, anno in cui gli effetti perturbatori della guerra possono ritenersi attenuati e la ricostruzione avviata in modo decisivo ed efficace.

2. Nuzialità, natalità, mortalità generale

Consideriamo, per primo, il fenomeno della nuzialità.

Nel 1951, il quoziente di nuzialità, cioè il numero di matrimoni celebrati per ogni mille abitanti, è stato per l'intera Nazione di 6,9 contro 9,2 del 1946; 9,7 del 1947; 8,4 del 1948; 7,8 del 1949 e 7,7 del 1950. Nel 1952 lo stesso quoziente è stato pari a 7,0.

Questa diminuzione progressiva non deve sorprendere in quanto rappresenta soltanto il ritorno verso la normalità. Infatti, se si considera che nei tre anni prebellici, 1938, 1939 e 1940, gli analoghi quozienti di nuzialità sono stati rispettivamente di 7,5; 7,3; 7,1 si traggono le ragioni del fatto che, al cessare dei motivi che nell'immediato dopo guerra produssero l'aumento della percentuale del fenomeno, anche sotto questo aspetto la popolazione italiana ha ritrovato il proprio ritmo.

È interessante rilevare le variazioni, comparativamente per ogni regione. Le cifre sono sufficientemente indicative: rispetto al quoziente nazionale di 9,2 nel 1946, 9 regioni, in prevalenza del meridione e delle isole, presentavano quozienti inferiori. Nel 1951, rispetto al quoziente nazionale di 6,9 si ebbero 10 regioni al di sotto.

Nel 1952, la situazione si è mantenuta più o meno invariata; il quoziente nazionale di nuzialità è stato di 7,0 con aumento del 0,1 per mille rispetto al 1951.

Per quanto riguarda le regioni, 10 di esse, prevalentemente del settentrione, presentano cifre inferiori e le rimanenti 9, prevalentemente nel meridione, cifre superiori al quoziente nazionale con un massimo di 7,9 per le Marche (vedi tabella 1).

Passiamo al fenomeno della natalità. Il numero dei nati vivi per 1000 abitanti esprime il grado di vitalità di una popolazione, e, pertanto, è utile osservare il variare del quoziente nel tempo.

Il quoziente di natalità in Italia è andato progressivamente diminuendo, con lievi oscillazioni annuali, nel periodo 1928-1940, passando da 26,7 nel 1928, a 23,5 nel 1940. Dal 1940, la diminuzione si accentua negli anni di guerra, raggiungendo il più basso livello nel biennio 1944-45 (18,3). Segue un notevole aumento nel 1946, anno nel quale il detto quoziente risale a 23,0, in rapporto all'aumento della nuzialità; indi una nuova fase discendente progressiva che rappresenta il più basso quoziente raggiunto in Italia.

Per quanto riguarda le regioni, rispetto al quoziente nazionale di 17,6 nel 1952, ben undici regioni, appartenenti tutte ai compartimenti centrali e settentrionali, presentano quozienti inferiori, il più basso dei quali è quello della Liguria pari a 9,9. Tutte le regioni meridionali ed isole, invece, presentavano indici superiori a quello nazionale, oscillanti tra il 19,4 degli Abruzzi e Molise e 25,5 della Basilicata. Fa eccezione il Trentino-Alto Adige che presenta un quoziente di natalità di 17,9, quasi uguale a quello nazionale.

Una situazione quasi analoga si era verificata nel 1946 durante il quale, di contro ad un quoziente nazionale di natalità di 23,0, dieci regioni tutte centro-settentrionali presentano cifre inferiori con un minimo di 13,5 per il Piemonte. Tra le restanti regioni meridionali nonchè il Trentino-Alto Adige ed il Veneto, tutte con quoziente superiore a quello nazionale, il massimo era di 31,2 per la Puglia.

Per quanto riguarda il 1951, dodici regioni, vale a dire tutte quelle centro-settentrionali, Lazio compreso, hanno presentato quozienti inferiori a quello nazionale di 18,4, con un minimo di 9,9 verificatosi in Liguria. Le restanti regioni insulo-meridionali, Abruzzo incluso, hanno presentato quozienti superiori a quello nazionale, con un massimo di 26,9 per la Calabria.

TABELLA N. 1.

ANDAMENTO DELLA NUZIALITÀ IN ITALIA DAL 1946 AL 1952.

(Quozienti per 1.000 abitanti per Regioni).

REGIONI	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952
Piemonte	9,8	9,6	8,3	7,5	7,2	6,4	6,3
Valle d'Aosta	9,3	9,2	8,0	7,5	7,3	6,6	6,3
Lombardia	9,4	9,8	8,8	8,1	7,6	6,7	6,7
Trentino-Alto Adige.	8,1	7,7	7,1	7,1	7,2	6,1	6,1
Veneto	9,2	9,7	9,0	8,6	8,4	7,5	7,8
Friuli-Venezia Giulia.	9,1	10,0	8,9	8,4	7,9	7,1	6,8
Liguria	8,7	8,9	7,7	7,0	6,5	6,0	6,0
Emilia-Romagna	9,8	9,9	8,8	8,2	8,1	7,1	7,3
Toscana	9,2	10,0	8,3	7,8	7,6	6,8	6,8
Umbria	9,9	11,2	9,8	9,2	9,0	7,6	7,8
Marche	10,3	10,4	9,2	9,2	9,5	8,0	7,9
Lazio	8,7	9,4	7,8	7,3	7,4	6,4	6,5
Abruzzi e Molise	8,9	10,1	8,8	8,3	8,4	7,6	7,6
Campania	9,0	9,6	8,4	7,9	7,8	7,4	7,5
Puglia	9,3	9,4	7,9	7,9	7,8	7,4	7,5
Basilicata	10,4	11,4	9,6	8,7	8,1	7,4	7,4
Calabria	9,1	9,9	8,6	7,5	8,0	6,8	7,5
Sicilia	8,9	9,5	8,1	7,4	7,6	7,0	7,2
Sardegna	. 5,9	7,0	6,8	6,6	6,7	5,8	5,8
NAZIONE	9,2	9,7	8,4	7,8	7,7	6,9	7,0

Nel biennio 1951-1952, dunque, il fenomeno della variazione della natalità tra nord e sud del Paese si è manifestato con le caratteristiche già note nel senso di una decisa prevalenza tra le popolazioni insulari e meridionali.

Dalla tabella n. 2, si detraggono i dati riferiti a tutte le regioni. Esaminiamo ora i dati riferentisi alla mortalità generale. È con-

TABELLA N. 2.

ANDAMENTO DELLA NATALITÀ IN ITALIA DAL 1946 AL 1952
(Quoziente per 1.000 abitanti per Regioni).

Regioni	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952
Piemonte	13,5	13,5	13,3	12,2	11,9	10,8	10,9
Valle d'Aosta	15,7	17,1	17,6	16,9	16,0	15,2	15,0
Lombardia	19,8	18,4	18,3	17,2	16,5	14,8	14,8
Trentino-Alto Adige.	24,1	21,7	21,2	20,0	20,1	17,6	17,9
Veneto	24,5	22,0	21,2	20,0	19,6	18,0	17,5
Friuli-Venezia Giulia.	21.4				,	14.2	13.9
		19,4	18,4	16,2	15,9		,
Liguria	14,2	13,6	12,7	11,6	11,1	9,9	9,9
Emilia-Romagna	19,0	18,2	17,2	15,6	14,8	12,7	12,3
Toscana	18,2	17,5	16,8	15,1	13,8	12,7	12,3
Umbria	18,8	19,4	20,0	18,2	16,9	15,2	14,1
Marche	20,4	20,0	19,4	18,2	18,1	16,9	16,0
Lazio	22,4	22,4	21,4	19,4	18,9	17,5	17,4
Abruzzi e Molise	23,3	24,1	24,4	23,1	21,7	19,8	19,4
Campania	30,2	28,8	28,8	26,9	25,7	24,2	23,5
Puglia	31,2	30,5	31,1	27,9	27,0	25,1	24,0
Basilicata	27,7	29,6	31,4	29,5	28,5	25,9	25,5
Calabria	29,9	32,1	31,3	29,5	28,7	26,9	25,1
Sicilia	25,4	27,0	26,4	24,6	23,9	22,3	21,8
Sardegna	26,3	27,9	29,1	27,4	26,8	25,1	24,8
NAZIONE	23,0	22,3	22,0	20,4	19,6	18,4	17,6

suetudine riferirsi a questo importantissimo quoziente per avere una espressione numerica dello stato sanitario generale di una popolazione, in quanto esso rappresenta un indice sensibile, se pure generico, dello stato di sofferenza di una collettività.

Il quoziente di mortalità generale, in Italia, è andato diminuendo, attraverso una serie di oscillazioni annuali, dal 1928 al 1939, passando da 16,1 al 13,4. Nel 1940 l'inizio della guerra si è subito ripercosso sulla mortalità ed il quoziente salì a 13,6, aumentando poi progressivamente negli anni successivi, sino a raggiungere il massimo di 15,3 nel 1944. A partire dal 1944, si ha una nuova progressiva e marcata riduzione cosicchè il quoziente di mortalità raggiunge la cifra di 9,8 nel 1950, che rappresenta l'indice più basso toccato per l'intero territorio nazionale. Nel 1951 il quoziente fu di 10,3, con un aumento dello 0,5 per mille rispetto a quello dell'anno precedente; mentre nel 1952 il quoziente del 10.0 per mille, pur essendo lievemente superiore a quello minimo raggiunto nel 1950, presenta una diminuzione rispetto a quello del 1951 (0,3 per mille). In complesso si può dire che il quoziente di mortalità dell'ultimo triennio (1950-52), pur presentando lievi oscillazioni annuali, si è aggirato intorno al 10 per mille; quoziente, quindi, assai soddisfacente, che sostiene vantaggiosamente il confronto con quello dei Paesi europei ed extra-europei più sanitariamente progrediti. Se si considera che il quoziente medio di mortalità del biennio prebellico (1937-39) fu del 14 per mille, e che nel 1944 detto quoziente toccò il 15,3, non si può far a meno di sottolineare la notevole diminuzione della mortalità, realizzata in questi anni, in condizioni particolarmente difficili del nostro Paese.

Rispetto al quoziente nazionale di 10,3 nel 1951 si hanno 11 regioni con quoziente inferiore con un minimo per il Lazio di 8,6. Tra le restanti regioni con quoziente superiore a quello nazionale il massimo si registra a carico del Piemonte con 12,6. Per quanto concerne il 1952, detta comparazione dà proporzioni quasi analoghe con netta prevalenza, tra quelle a mortalità meno elevata, delle regioni insulomeridionali e precisamente: 10 al disotto del quoziente nazionale con il minimo nel Lazio (8,4) e il massimo nel Piemonte con 12,1.

Dalla tabella n. 3 si desumono i dati per regioni.

3. Incremento naturale della popolazione

Passiamo a considerare i dati sulla situazione dell'incremento naturale della popolazione.

Se la mortalità generale è indice importante nel giudicare lo stato sanitario di una popolazione, non meno essenziale è il giudizio che su di essa si può fare in base al suo incremento naturale. Questo dato statistico rappresenta, infatti, la risultante del rapporto biologico tra la tendenza fisiologica della popolazione ad espandersi numericamente e gli elementi negativi che tale tendenza contrastano.

L'incremento naturale della popolazione, vale a dire il numero di individui, di cui, per ogni 1000 abitanti, la popolazione si accresce annualmente, è oscillato in Italia, nel periodo dal 1946 al 1952, da Tabella N. 3.

ANDAMENTO DELLA MORTALITÀ GENERALE IN ITALIA DAL 1946 AL 1952. (Quozienti per 1.000 abitanti per Regioni).

			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
Regioni	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952
Piemonte	13,4	13,2	12,3	12,7	11,9	12,6	12,1
Valle d'Aosta	12,2	12,9	12,1	11,5	10,3	12,5	11,7
Lombardia	11,8	12,6	11,1	11,3	10,6	10,7	10,7
Trentino-Alto Adige.	12,6	12,8	12,2	12,1	11,2	10,9	11,3
Veneto	10,5	10,7	9,6	9,7	9,3	9,6	9,7
Friuli-Venezia Giulia.	11,3	11,4	10,5	10,6	9,8	10,8	10,6
Liguria	12,2	11,4	10,3	10,9	10,5	10,6	10,8
Emilia-Romagna	11,2	11,0	9,5	9,9	9,3	9,6	9,6
Toscana	11,3	10,7	10,0	10,4	9,8	10,1	10,1
Umbria	11,1	10,7	9,2	9,5	8,9	9,1	9,3
Marche	11,0	10,5	9,1	9,7	9,0	9,4	9,2
Lazio	10,2	9,5	9,0	8,6	8,1	8,6	8,4
Abruzzi e Molise	12,8	12,6	10,8	10,4	9,7	10,2	10,1
Campania	12,5	11,6	11,1	11,2	9,4	10,0	9,5
Puglia	13,2	12,4	12,1	10,6	9,7	10,1	9,8
Basilicata	13,9	12,8	12,3	11,5	10,6	11,8	10,4
Calabria	12,3	11,2	10,9	9,8	8,8	10,1	9,4
Sicilia	13,7	11,0	10,9	9,8	9,6	10,7	9,9
Sardegna	13,6	10,0	10,6	9,8	9,8	9,3	8,9
NAZIONE	12,1	11,5	10,6	10,5	9,8	10,3	10,0

10,6 a 7,6 con punte di massima nel 1948 e nel 1947 pari a 11,4 e 10,8 rispettivamente. Tale incremento è notevole se si considera che, per esempio, in alcune Nazioni è stato, nel 1951, di 6,2 in Francia, di 3,3 nel Regno Unito, di 6,7 in Svizzera, di 5,7 in Svezia.

È possibile rendersi conto dell'entità del fenomeno anche tenendo presente la cifra assoluta dell'aumento della popolazione che, come è noto, è, nel nostro Paese, di circa 422.112 unità ogni anno (media del quinquennio 1948-1952).

Superfluo in questa sede potrebbe apparire il rilievo del valore del fenomeno nella sua essenza. Valori morali, oltre che contingenti di ben diversa natura, inducono a riguardare questo aspetto della vitalità della popolazione italiana come patrimonio prezioso dell'indole latina che apprezza soprattutto le forze spirituali di una stirpe, per altri versi osteggiata dalla stessa natura in un Paese povero e limitato.

Più interessante è l'analisi del quoziente dell'incremento naturale, fatta comparativamente tra regione e regione.

Nel 1946 il quoziente più basso si ebbe nel Piemonte con 0,1 e quello più alto in Campania con 17,7. La differenza tra questi due indici, pari al 7,6 dà un'idea dell'entità del fenomeno nelle zone del sud. Difatti, su nove regioni con indice superiore a quello nazionale, ben sette appartengono al meridione, ivi comprese le isole, essendo le altre due regioni rappresentate dal Veneto e dal Trentino-Alto Adige. Delle restanti nove regioni con indice inferiore a quello nazionale, solo l'Abruzzo e Molise vi si avvicina (10,5) ed, in minor misura, il Friuli-Venezia Giulia (10,1) e le Marche (9,4).

La differenza tra i valori dei dati del compartimento nord-centrale e quelli dei dati analoghi del compartimento insulo-meridionale balza più evidente nel 1951, anno in cui nel Piemonte e nella Liguria si sono avuti valori negativi di -1.8 e di -0.7 rispettivamente. Tale differenza ha oscillato intorno al 18 per mille, con punta massima di 18.7 tra Piemonte e Calabria.

Nel 1952 si sono avute differenze tra sud e nord meno marcate (17,1 per mille) con quoziente più basso sempre in Piemonte (—1,2) e più alto in Sardegna (15,9).

L'incremento naturale della popolazione con tutte le sue variazioni annuali oltre che regionali, si riflette sulla composizione della popolazione considerata sia per gruppi di età, sia nel suo complesso, determinando, con gli altri fattori, l'attuale situazione risultata nell'ultimo censimento generale del 4 novembre 1951, in base al quale la popolazione italiana presente è risultata di 46.737.704 abitanti in totale (dati dell'ISTAT).

Dalla tabella n. 4 si desumono i dati per regioni.

4. Nati - mortalità e mortalità infantile

Consideriamo ora i quozienti relativi alla nati-mortalità, vale a dire i dati concernenti il numero di bambini nati morti per ogni 1000 nascite. La comparabilità internazionale della nati-mortalità

TABELLA N. 4.

ANDAMENTO DELL'INCREMENTO NATURALE DELLA POPOLAZIONE IN

ITALIA DAL 1946 AL 1952

(Quozienti per 1.000 abitanti per Regioni).

Regioni	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952
Piemonte	0,1	0,3	1,1	- 0,5		1,8	_ 1,2
Valle d'Aosta	3,5	4,1	5,4	5,4	5,7	2,7	3,3
Lombardia	8,0	5,9	7,3	5,9	5,9	4,2	4,1
Trentino-Alto Adige.	11,4	8,9	9,0	7,8	8,9	6,7	6,6
Veneto	14,0	11,3	11,9	10,4	10,3	8,4	7,8
Friuli-Venezia Giulia.	10,1	8,0	7,9	5,6	6,1	3,4	3,3
Liguria	2,0	$_{2,2}$	2,4	0,7	0,6	- 0,7	0,9
Emilia-Romagna	7,8	7,2	7,7	5,7	5,5	3,9	3,6
Toscana	6,8	6,8	6,8	4,7	4,0	2,7	2,2
Umbria	7,7	8,7	10,7	8,6	8,0	6,1	4,8
Marche	9,4	9,5	10,2	8,5	9,1	7,5	6,8
Lazio	12,1	12,9	12,4	10,8	10,8	8,9	9,0
Abruzzi e Molise	10,5	11,5	13,5	12,7	12,0	9,6	9,3
Campania	17,7	17,2	17,7	15,7	16,3	14,3	14,0
Puglia	18,1	18,0	19,0	17,3	17,3	15,0	14,2
Basilicata	13,8	16,8	19,0	18,1	17,9	14,1	15,1
Calabria	17,6	20,9	20,3	19,7	19,9	16,9	15,7
Sicilia	i1,7	16,0	15,5	14,8	14,3	11,6	11,9
Sardegna	12,7	17,9	18,4	17,6	17,0	15,8	15,9
NAZIONE	10,6	10,8	11,4	9,9	9,8	8,1	7,6

non è sempre possibile, dato che in molti Stati il concetto di « nato morto » non è uguale a quello convenzionalmente adottato in altre Nazioni, malgrado i ripetuti interventi dell'Organizzazione mondiale della sanità per l'unificazione internazionale anche di questo dato statistico.

In Italia, nel 1928, si avevano 36 nati morti per ogni 1000 nascite. Se si considera il diagramma della nati-mortalità fino al 1952, balzano subito evidenti due fattori: la riduzione attuale di tale fenomeno, il cui quoziente si aggira intorno al 30 per mille; la notevole variazione in diminuzione riscontrata in concomitanza dei recenti eventi bellici.

Per quanto concerne la riduzione attuale, pari ad oltre il 4 per mille, nei confronti della nati-mortalità, sono state ricuperate le posizioni già raggiunte negli anni prebellici.

Per quanto concerne, invece, il secondo aspetto del fenomeno, vale a dire la diminuzione verificatasi negli anni bellici dal 1941 al 1944, intuitiva appare l'influenza del parallelo minore volume delle nascite nell'analogo periodo di tempo.

Tuttavia, trattandosi di cifre percentuali, si deve invocare anche qualche altro elemento. Tale elemento potrebbe verosimilmente essere dovuto al diverso effetto che le congiunture belliche hanno operato sui vari strati della popolazione, differenziati socialmente ed economicamente e, pertanto, anche fisiologicamente.

Premesso, difatti, che la maggior percentuale di nascite in Italia è dovuta alle classi meno abbienti, apparrebbe legittimo pensare che, con la diminuzione bellica della natalità, fossero venuti a mancare, in misura più larga, quei prodotti del concepimento che sarebbero stati generati da coppie a basso tenore di vita e, perciò, avrebbero avuto minor probabilità di essere portati a termine e di sopravvivere.

A confortare questa ipotesi varrebbe la comparazione dei dati di nati-mortalità fra regione e regione, anche negli anni post-bellici.

Se consideriamo, infatti, i quozienti minimi e massimi verificatisi in un anno, per esempio nel 1948 — anno in cui si è riscontrato un modico aumento della nati-mortalità della Nazione (32,7 per mille) — vediamo come di fronte al minimo di 18,3 nella regione Trentino-Alto Adige, vi sia un massimo di 57,3 nella Basilicata. E tale differenza tra zone settentrionali e zone meridionali si conserva con lievi variazioni anche negli altri anni, raggiungendo, nel 1952, un valore massimo di 36,1 per mille, fra il Veneto (19,1) e la Basilicata (55,2).

A parte peraltro le considerazioni sopraddette, si può, quindi, affermare che nell'ultimo venticinquennio, questo importante fenomeno ha mostrato la tendenza a diminuire progressivamente, seppur poco sensibilmente, miglioramento che, ancor oggi, persiste.

Dalla tabella n. 5 si desumono i dati per regioni.

Passiamo alla mortalità infantile. L'andamento nel periodo postbellico dimostra la notevole diminuzione che essa ha subito in pochi anni, parallelamente alla diminuzione della mortalità generale.

Dai 120 bambini per ogni 1000 nati vivi che, nel 1928, morivano prima di avere compiuto un anno di vita, siamo passati, nel 1952, a Tabella N. 5.

ANDAMENTO DELLA NATI-MORTALITÀ IN ITALIA DAL 1946 AL 1952. (Quoziente su 1.000 nascite per Regioni).

Regioni	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952
Piemonte	21,8	23,2	23,7	24,2	24,9	23,5	23,8
Valle d'Aosta	25,3	18,6	24,0	24,8	21,5	22,2	20,7
Lombardia	21,7	21,9	22,5	22,9	22,0	20,7	21,8
Trentino-Alto Adige.	18,8	20,6	18,3	20,0	21,7	20,1	20,9
Veneto	18,7	20,6	21,7	20,0	21,7	20,2	19,1
Friuli-Venezia Giulia.	20,1	17,1	18,7	20,0	21,1	17,8	21,2
Liguria	28,8	26,7	28,3	28,2	29,5	29,1	27,4
Emilia-Romagna	20,6	22,3	23,5	21,9	23,6	22,8	22,1
Toscana	25,0	24,5	25,9	23,7	25,4	25,1	24,5
Umbria	35,5	38,3	36,3	31,4	33,5	34,9	32,7
Marche	27,7	26,4	28,7	24,5	26,2	26,2	25,2
Lazio	26,4	28,3	31,3	31,1	30,7	28,0	27,0
Abruzzi e Molise	44,6	46,2	46,3	43,9	45,4	41,5	44,7
Campania	39,9	40,0	41,4	40,8	40,8	40,6	40,8
Puglia	39,6	39,4	40,9	39,6	39,1	38,6	38,9
Basilicata	52,4	57,8	57,3	55,3	53,5	50,7	55,2
Calabria	39,5	39,4	41,2	40,1	39,8	38,4	39,3
Sicilia	37,4	37,7	40,4	39,2	39,2	38,0	40,9
Sardegna	24,1	24,0	25,4	26,2	27,7	24,6	25,3
NAZIONE	30,3	31,2	32,7	31,8	32,2	31,0	31,4

64 decessi per 1000 nati, e nulla fa disperare di poter presto allineare l'Italia fra le Nazioni ad ancor più basso quoziente di mortalità infantile.

È noto che le maggiori probabilità di morte per ogni individuo sono nei primi anni di età e, fra questi, nel primo anno. Varie contingenze difatti concorrono a determinare tale fatalità: allattamento, divezzamento, malattie della nutrizione, malattie dell'apparato respiratorio, malattie infettive. Orbene, è proprio nei confronti dell'allattamento e del divezzamento che la tecnica pediatrica ha fatto i più grandi progressi; ed è propriamente nei confronti della patologia dell'apparato respiratorio che la moderna terapia ha acquisito nuove potenti armi.

Nel 1946 in Italia la mortalità infantile, tuttavia, era ancora ad un quoziente abbastanza elevato: 84,1 per 1000 nati vivi, ciò che significa che poco meno di un bambino, ogni dieci neonati, moriva senza nemmeno aver raggiunto l'anno di età.

Attraverso una regressione continua e costante, si è raggiunto, nel 1952, il quoziente sopraddetto di 64,0 per mille.

Se procediamo al confronto tra i dati delle varie regioni, possiamo analogamente osservare la costanza di tale regressione che, anzi per alcune zone, è stata più marcata di quella nazionale generale. In Umbria, per esempio, si è passati da 75,1 nel 1946 ad appena 39,7 nel 1952, con un miglioramento del 35,4 per mille; in Toscana da 63,3 nel 1936 si è passati a 39,4 nel 1952, con un miglioramento del 23,9 per mille. Ma ben più notevole è stato il miglioramento nelle regioni del sud, che è, per esempio in Sardegna, del 38,5 per mille; in Sicilia del 31,3 per mille; in Calabria del 23 per mille e così via.

Un'eccezione è data dalla Valle d'Aosta, nella quale nel 1946 si ebbe un quoziente di mortalità infantile del 62,1, pari circa a quello del Piemonte, mentre nel 1952 si è registrato 85,6 per mille di fronte a 52,5 in Piemonte.

Delle regioni insulo-meridionali il solo Lazio ha presentato nel 1952 un indice inferiore a quello nazionale, mentre tutte le regioni centro-settentrionali, salvo come si è visto la Valle d'Aosta, hanno quozienti più bassi di quello nazionale.

Dalla tabella n. 6 si desumono i dati per regione.

5. ATTIVITÀ SVOLTA DALL'ACIS NEL SETTORE LEGISLATIVO

L'attività amministrativa dell'Alto Commissariato assume carattere ed importanza notevolissima se si considera che l'Acis, pur utilizzando i risultati degli studi scientifici, pur attingendo largamente alla dottrina nel campo della medicina, sia preventiva che

curativa, pur contribuendo alla formazione della dottrina stessa, non è organismo puramente tecnico e tanto meno scientifico, ma è organo di amministrazione, partecipe del potere esecutivo.

La sua attività, pertanto, spesso ovviamente ispirata alle acquisizioni della scienza ed ai suggerimenti della dottrina, si concreta generalmente in atti e provvedimenti amministrativi.

TABELLA N. 6.
ANDAMENTO DELLA MORTALITÀ INFANTILE IN ITALIA DAL 1946 AL 1952.
(Quoziente su 1000 nati vivi per Regioni).

Regioni	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952
Piemonte	62,5	68,7	54,4	57,3	50,2	53,0	52,5
Valle d'Aosta	62,1	75,7	67,5	63,5	52,7	72,9	85,6
Lombardia	73,0	96,9	69,5	75,4	63,3	61,8	62,3
Trentino-Alto Adige.	69,6	78,5	64,1	72,4	57,0	52,1	55,8
Veneto	59,8	71,2	52,9	57,7	49,3	46,8	46,9
Friuli-Venezia Giulia.	58,6	66,4	56,6	57,7	45,3	42,9	42,9
Liguria	64,4	61,1	48,2	47,1	38,7	42,9	43,0
Emilia-Romagna	62,2	73,2	52,0	58,0	46,8	43,6	42,0
Toscana	63,3	61,5	49,6	50,2	43,7	39,2	39,4
Umbria	75,1	75,7	48,9	56,5	46,6	43,2	39,7
Marche	71,9	72,8,	49,1	56,1	47,6	50,1	43,3
Lazio	73,0	71,5	61,5	59,1	49,2	57,6	49,1
Abruzzi e Molise	103,2	109,1	84,8	86,7	77,2	79,0	74,5
Campania	92,1	92,8	85,0	94,0	72,6	79,5	73,7
Puglia	109,3	106,0	100,7	96,3	86,5	88,5	84,5
Basilicata	132,0	122,9	110,0	110,1	100,9	124,5	106,2
Calabria	107,0	92,8	84,9	81,8	71,0	89,0	84,0
Sicilia	109,1	83,4	82,0	74,4	71,2	82,9	77,8
Sardegna	108,1	65,0	77,5	83,0	81,1	65,5	69,6
NAZIONE	84,1	84,2	72,2	74,0	63,8	67,4	64,0

È, pertanto, di particolare interesse conoscere l'opera che è stata svolta dal Segretario Generale, la cui attività ha duplice aspetto: da una parte azione di coordinamento e di indirizzo, sempre dal punto di vista amministrativo, dell'attività di quegli organi dell'acis che hanno compiti d'ordine tecnico, dall'altra responsabilità del funzionamento degli uffici amministrativi direttamente dipendenti.

Nell'una e nell'altra funzione, gli uffici del Segretario Generale hanno collaborato con unicità di intenti con gli uffici tecnico-sanitari, completandosi a vicenda e svolgendo proficua azione:

- a) nel settore legislativo, sia con la preparazione e la formulazione delle leggi e dei regolamenti, sia collaborando allo stesso scopo, e per la parte di sua competenza, con gli altri Ministeri, sia partecipando allo studio e all'esame dei provvedimenti di iniziativa parlamentare;
- b) nel settore dell'organizzazione, migliorando la funzionalità degli uffici sia centrali che periferici, indirizzando l'attività degli uffici stessi tutte le volte che sia occorso dare soluzione a problemi di carattere generale insorti nell'applicazione di leggi e regolamenti.

Rientra, altresì, in questo settore tutto quanto si è operato nel campo degli approvvigionamenti di materiale sanitario e profilattico allo scopo di dare ai competenti uffici tecnici i mezzi per intervenire nella lotta delle malattie infettive e sociali.

Infine, nel settore stesso deve comprendersi quella laboriosa e cospicua attività svolta per reperire, nei fondi ordinari di bilancio e a mezzo di integrazioni richieste al Tesoro, i mezzi indispensabili per far sì che i servizi tecnici non venissero meno del necessario indispensabile sussidio economico.

Il quadro dell'attività del settore legislativo, al 31 dicembre 1952, è il seguente:

- provvedimenti legislativi e regolamentari d'iniziativa dell'acis e di altri Ministeri allo studio: 35;
- provvedimenti legislativi d'iniziativa dell'ACIS presso la Presidenza del consiglio: 11;
- provvedimenti legislativi d'iniziativa dell'ACIS in discussione al Parlamento: 8;
- disegni e proposte di legge in discussione al Parlamento che interessano l'Acis: 104.

Questi dati si riferiscono — come già precisato — alla fine dell'anno 1952, e a tale data deve riferirsi lo stato dei provvedimenti più oltre elencati, non essendosi potuto tener conto, per regolarità di periodo, dell'attività legislativa del 1953, fino a chiusura di legislatura.

Onde dare una interessante anticipazione sulle future riforme, elenchiamo alcuni tra i più importanti provvedimenti allo stato di studio presso l'ACIS, al 31 dicembre 1952:

- Disciplina degli accertamenti sanitari demandati ai medici ed ai veterinari provinciali.
 - Norme regolamentari per il ruolo di chimici farmacisti.
- Legislazione in vigore circa le condizioni visive richieste per l'ammissione nei servizi ferroviari, marittimi, aviatori ed automobilistici.
 - Regolamento per il personale tecnico dell'Acis.
- Modifiche al Regolamento dei concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei comuni e delle provincie, approvato con R.D. 11-3-1935, n. 281.
 - Miglioramenti economici ai sanitari condotti.
 - Riforma e organizzazione dei servizi dell'onmi.
- Schema di provvedimento recante aggiunte e modifiche all'ordinamento sanitario.
 - Istituzione di quattro giornate di propaganda sanitaria.
- Norme transitorie per il collocamento a riposo degli ufficiali sanitari e dei sanitari condotti.
- Modificazioni aggiunte al vigente regolamento di sanità marittima.
- Provvedimenti a favore dei sanitari imbarcati come medici di bordo su navi nazionali durante il periodo bellico 1940-44.
 - Disegno di legge sulla disciplina della trasfusione del sangue.
- Schema di provvedimento recante modifiche al capo 8° del T.U. delle LL.SS. e al Regolamento approvato con R.D. 11-3-1935, n. 281 (Funzionamento laboratori provinciali di igiene ed assunzione relativo personale).
- Disegno di legge relativo alla tutela sanitaria della popolazione scolastica.
- Disegno di legge relativo all'impiego dell'anidride solforosa per la conservazione della polpa di frutta destinata alla fabbricazione di marmellate, confetture, e gelatina di frutta.
 - Progetto di legge per la disciplina delle case private di cura.
- Aggiornamento delle disposizioni legislative e regolamenti relativi al latte e alle centrali del latte.
- Provvedimento legislativo per la riforma della legislazione per la lotta contro la tubercolosi.
- Disegno di legge recante modifica all'art. 272 del T.U. delle LL.SS. (Misure contributi obbligatori enti consorziali e a favore dei Consorzi provinciali antitubercolari).

- Schema di disegno di legge per la lotta contro i tumori maligni.
- Schema di disegno di legge per la disciplina della produzione e vendita dell'alcoole etilico.
- Disegno di legge relativo alla disciplina delle scuole dietetiche e l'organizzazione dietetica degli ospedali e collettività.
- Disegno di legge relativo alla disciplina igienica della produzione e vendita delle sostanze alimentari.
- Schema di regolamento per l'esecuzione della legge sulla produzione e la vendita delle sostanze alimentari.
 - Riforma del regolamento che disciplina le scuole di ostetricia.
 - Riforma della legislazione per la lotta antimalarica.
- Regolamento sull'igiene del suolo dell'aggregato urbano e rurale e delle abitazioni.
- Legge e regolamento sulle colonie estive, temporanee e speciali.
 - Regolamento sugli estratti alimentari.
- Schema di disegno di legge per la concessione di un sussidio ai familiari a carico di ammalati di lebbra.
- Schema di provvedimento legislativo concernente la tutela delle denominazioni « aranciata » e « limonata ».
- Regolamento per l'esecuzione della legge 29-3-51 n. 357 (Alimenti per la prima infanzia).
- Schema di norme concernenti disposizioni sull'ordinamento e sul funzionamento dei servizi veterinari.
- Regolamento per l'esercizio delle arti del maniscalco e del castrino.
 - Nuovo regolamento di polizia veterinaria.
- Regolamento di vigilanza sanitaria degli alimenti di origine animale
 - Riforma della legislazione sulle sostanze stupefacenti.

Riportiamo ora i principali schemi di provvedimenti presentati dall'acis alla Presidenza del consiglio dei ministri, sempre alla stessa data:

- Disegno di legge sulla disciplina della produzione, commercio e impiego degli stupefacenti.
- Norme transitorie per il collocamento a riposo dei sanitari condotti.
- Disciplina della produzione e del commercio dei sottoprodotti delle filtrazioni degli oli vegetali ad uso alimentare.
- Modificazioni alle variazioni di cui all'art. 21 del D.L. 8 febbraio 1947, n. 1256 che ha affidato all'Associazione italiana della Croce rossa il compito di concorrere alla preparazione tecnica e professio-

nale del personale ausiliario d'assistenza sanitaria con apposite scuole e mediante corsi di istruzione e di addestramento.

- Delega legislativa al Governo per la riunione in T.U. delle leggi sulla espropriazione per pubblico interesse, sulle requisizioni, sulle occupazioni temporanee d'urgenza, sulle limitazioni della proprietà e servitù pubbliche, nonchè sulle prestazioni obbligatorie di cose, opere e servizi.
- Estensione dell'assicurazione obbligatoria per la tubercolosi ai dipendenti dello Stato, delle regioni, delle provincie, dei comuni e delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.
 - Modifiche agli artt. 41-66 e 67 del т.u. delle leggi sanitarie.
- Regolamento per l'attuazione della legge 28 agosto 1950, n. 860 sulla tutela fisica ed economica delle lavoratrici madri.
- Delega al potere esecutivo di emanare norme generali e speciali in materia di prevenzione e di igiene del lavoro.
- Disegno di legge concernente la disciplina della produzione del virus aftoso.

Nel biennio 1951-1952, l'ACIS ha presentato al Parlamento i seguenti disegni di legge:

Alla Camera:

- Riforma della legislazione vigente per la profilassi delle malattie veneree.
- Istituzione in Roma dell'Istituto di scienze della costituzione umana e della nutrizione.
- Modifica di alcune norme di carattere finanziario contenute nel т.υ. delle disposizioni concernenti la costituzione ed il funzionamento degli istituti fisioterapici ospitalieri di Roma, approvato con R.D.L. 4 agosto 1932, n. 1296.
 - Scuole per infermiere e infermieri generici.
- Modificazioni alle prestazioni concesse nei casi di morte per febbre perniciosa.
- Aumento della sovvenzione per l'esercizio 1951-52 a favore dell'ONMI.
- Stanziamento di fondi per il pagamento dei materiali sanitari ceduti dall'ARAR all'ACIS e norme per la gestione dei materiali suddetti.

Al Senato:

— Disposizioni sulla produzione e sul commercio delle sostanze medicinali.

Ma oltre ai cennati provvedimenti altri ve ne erano — alla fine del dicembre 1952 — all'esame del Parlamento, di iniziativa di altri ministeri o d'iniziativa parlamentare per i quali direttamente era interessato l'Alto Commissariato.

Riportiamo, ora, l'elenco delle più importanti leggi, pubblicate nel 1951-52, e dovute all'iniziativa dell'ACIS:

- Legge 19 ottobre 1951, n. 1173: Ammissione delle infermiere volontarie dell'Associazione italiana della Croce rossa al secondo anno di corso delle scuole-convitto professionali per infermiere.
- Legge 17 maggio 1952, n. 572: Passaggio dei servizi statistici dell'Istituto superiore di sanità all'Istituto centrale di statistica.
- Legge 20 giugno 1952, n. 724: Norme integrative circa l'ordinamento dell'Istituto superiore di sanità.
- Legge 20 luglio 1952, n. 1007: Modificazioni dell'art. 228 del T.U. 27 luglio 1934, n. 1265, per il decentramento delle attribuzioni consultive spettanti all'Amministrazione sanitaria in materia di opere igieniche e dell'art. 1 della legge 21 marzo 1949, n. 101 per la composizione del Consiglio superiore di sanità.
- Legge 25 luglio 1952, n. 1009: Norme per la fecondazione artificiale degli animali.
- Decreto del Presidente della Repubblica 17 maggio 1952, n. 637: Caratteristiche delle medaglie e conferimento delle ricompense ai benemeriti dell'igiene e della sanità pubblica.

Hanno, inoltre, formato oggetto d'interesse dell'ACIS, sempre nel piano legislativo, i nuovi statuti regionali della Valle d'Aosta, della Regione Siciliana, del Trentino-Alto Adige, nel corso della cui formulazione sono stati espressi pareri e avanzate proposte per la parte relativa all'organizzazione sanitaria.

6. Organizzazione ed intervento dell'acis. Servizi quarantenari, malattie sociali, malattie infettive

Lo sviluppo assunto dai servizi dipendenti della Direzione generale dei servizi medici, le necessità suggerite dalla pratica, le nuove esigenze della lotta contro le malattie sociali, hanno consigliato lo sdoppiamento della Direzione generale predetta, sovraffollata di competenze, in due diverse branche: l'una che raggruppi tutti gli uffici inerenti ai servizi di medicina preventiva (igiene e profilassi), l'altra tutti gli uffici che concernono i servizi di medicina sociale. Lo sdoppiamento è stato disposto con ordinanza dell'Alto Commissario in data 12 dicembre 1952 ed attuato dal 1º gennaio 1953. Con la stessa ordinanza, che costituì l'Ufficio centrale per i servizi di medicina sociale, alle dirette dipendenze dell'Alto Commissario, sono stati trasferiti al Segretariato generale degli affari amministrativi che prima dipendevano dalla Direzione generale dei servizi medici.

Al settore organizzativo si devono gli espletamenti dei numerosi concorsi già effettuati, e il bando e l'organizzazione di altri tuttora in corso di espletamento.

I servizi medici si articolano in tutti i campi di attività e di interventi dell'ACIS. Di questi ne vedremo partitamente i più importanti.

Servizi quarantenari. - I servizi di difesa profilattica del Paese alle frontiere di terra, di mare e dell'aria sono stati tutti riportati alla efficienza anteguerra e, in parte, ampliati e potenziati. Mentre è proseguita l'azione iniziatasi sin dal 1945, con la collaborazione del Ministero dei lavori pubblici, per la ricostruzione degli edifici, degli impianti e delle attrezzature occorrenti al disimpegno del servizio, si è provveduto ad integrare i quadri del personale con la destinazione ai servizi medesimi di un maggior numero di funzionari medici e di assistenti sanitarie.

Sono in corso lavori per il potenziamento o il completamento delle stazioni quarantenarie nei porti (Asinara, Brindisi, La Spezia, Savona e altri), alle frontiere (Ventimiglia), negli aeroporti (Malpensa, Ciampino), ed è stato riorganizzato il servizio di informazioni circa lo stato sanitario all'estero, d'accordo con la Organizzazione Mondiale della Sanità.

Circa l'attività dell'Acis nel combattere le « malattie sociali », devesi ricordare un intervento di somma rilevanza dell'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica, on le Migliori, effettuato alla Camera, nella seduta del 12 maggio 1952.

In sede di discussione del bilancio dell'interno, egli rispose esaurientemente ai singoli oratori intervenuti, fornendo precisi elementi di fatto sugli sforzi compiuti dall'ACIS in tale campo, e comunicando dati attendibili sulla situazione sanitaria del Paese in tema di malattie sociali.

La Camera prese atto di tali notizie e plaudì all'attività svolta dall'ACIS.

Riporteremo, ora, in sintesi, quanto contenuto nella relazione al Consiglio superiore della sanità, circa l'andamento di queste gravi malattie, così pericolose per la compagine sociale.

Tubercolosi. L'azione dell'Alto Commissariato nel campo della lotta antitubercolare è continuata in questi ultimi anni sulle direttive classiche di ricerca dei casi di malattia, assistenza agli infermi, ricovero preventoriale dei bambini gracili appartenenti a famiglie di tubercolotici.

Sempre maggiore impulso è stato dato alla funzione dispensariale, favorendo il perfezionamento delle attrezzature tecniche dei dispensari esistenti, e concedendo contributi ai Consorzi provinciali antitubercolari per facilitare la istituzione di nuovi dispensari. Nel 1951 è stata impostata la costruzione di 22 nuovi dispensari, che vengono ad aggiungersi ai 501 già in funzione al principio dell'anno. Molti dispensari hanno migliorato la loro attrezzatura radiologica, e parecchi sono quelli che ormai dispongono di impianti per gli esami stratigrafici e per la schermografia.

Per il ricovero degli ammalati, adulti e bambini, è in funzione una attrezzatura considerevole: in totale, nei sanatori climatici, ospedali sanatoriali, reparti speciali degli ospedali generici, preventori vigilati e case di cura private, si è raggiunto, nel 1951, un complesso di oltre 90 mila posti letto.

Nei preventori generici, circa 15 mila posti letto sono a disposizione dei bambini gracili appartenenti a famiglie di tubercolotici.

L'azione dell'Alto Commissariato è stata diretta, poi, sia a promuovere il perfezionamento degli istituti esistenti, sia a portare innanzi lavori di costruzioni di nuovi istituti. In particolare, si deve ricordare che, nel 1951, sono entrati in funzione i sanatori dei Consorzi provinciali antitubercolari di Pesaro e Brindisi, capaci di oltre 300 posti letto, mentre sono in corso di costruzione 14 nuovi sanatori per un complesso di altri 3.000 posti letto.

Per valutare a giusto titolo lo sforzo compiuto nel potenziare i dispositivi di lotta antitubercolare è opportuno ricordare che nel 1945, cioè appena terminata la guerra, i dispensari erano ridotti a 322 e i posti letto in complesso sanatoriali e preventoriali, a meno di 50 mila.

Nel settore dell'assistenza post-sanatoriale notevole impulso hanno avuto i lavori di costruzione del centro di assistenza di Milano, ormai in fase di avanzata realizzazione, mentre per il centro di Napoli è stato completato il progetto esecutivo.

Vaccinazioni antitubercolari si stanno eseguendo in Liguria, in Emilia, in Toscana e in Lombardia sotto scrupoloso controllo scientifico. Un'affermazione crescente, col favore dei sanitari e con la comprensione delle popolazioni, è riservata alle indagini schermografiche di massa, che sono compiute sia con servizi fissi, sia con unità mobili direttamente gestite dall'Alto Commissariato.

L'organizzazione dei servizi fissi è stata completata presso il Comune di Bologna, l'Università Cattolica del Sacro Cuore in Milano, l'Istituto di Radiologia dell'Università di Padova, e presso i Consorzi provinciali antitubercolari di Udine, Roma, Napoli, Palermo, Ravenna, Ancona, Perugia, Sondrio e Bari.

Le unità schermografiche mobili dell'ACIS sono state portate da 5 a 10 e, nel 1951, il loro ritmo di lavoro è stato di gran lunga maggiore di quello dell'anno precedente. Esse hanno eseguito, infatti, circa 250 mila schermogrammi (nelle scuole di vario ordine e grado, tra gli addetti alla manipolazione e vendita dei generi alimentari, in collettività militari, tra lavoratori dell'industria e nelle carceri), col reperimento di oltre un migliaio di casi di tubercolosi attiva ignorata, per i quali sono stati adottati i provvedimenti del caso (cure sanatoriali, dispensariali, a domicilio).

Lo Stato devolve circa 14 miliardi all'anno, sul proprio bilancio alla prevenzione e all'assistenza antitubercolare; ove si aggiungano le spese dei Consorzi provinciali antitubercolari e degli altri enti che si occupano di assistenza ai tubercolotici (INPS, INTG, ENPAS, INADEL, ecc.) si ha una spesa totale, a questo titolo, di oltre 50 miliardi all'anno.

Malaria. - Con il 1951 si è concluso il piano quinquennale di lotta antimalarica basato sull'uso del DDT contro la zanzara malarigena adulta.

I risultati ottenuti sono confortanti in quanto è stato raggiunto un controllo completo dell'endemia malarica su tutto il territorio nazionale.

I nuovi casi di malaria denunciati, nel 1952, sono stati appena 4 e nessuno è stato mortale, contro i 374.163 del 1946 (dei quali 38.123 erano di prima infezione e 280 mortali).

Nella lotta antimalarica sono state impiegate 510 tonnellate di insetticidi (pdt, cloridano, notxossicloro), con i quali sono stati irrorati circa 300 milioni di mq. di superficie muraria. Sono occorse circa 280.523 giornate lavorative pari a 1.797.660 uomo-ore.

Per i trasporti sono stati usati 190 automezzi e 500 biciclette. Per l'irrorazione sono state adoperate 4000 pompe a pressione, manovrabili a mano ed una cinquantina di compressori multipli nelle zone in cui questi apparecchi hanno dimostrato possibilità di utile impiego.

La spesa complessiva per le operazioni profilattiche e per l'assistenza agli ammalati è stata di lire 1.882.687.019: in particolare lire 1.239.457.611 sono state spese per l'acquisto di vari materiali, per il loro trasporto e per la manutenzione dei mezzi tecnici; e lire 643 milioni 229.388 sono state assegnate ai Comitati antimalarici, come contributo governativo alle spese per il personale e per l'assistenza degli ammalati.

Sifilide e malattie veneree. - La profilassi della sifilide e delle malattie veneree è in fase di perfezionamento. La rete dispensariale è stata ampliata: i 248 dispensari esistenti sono stati aumentati nel 1951 a 280. Le sale celtiche attualmente in funzione sono 93.

Allo scopo di intensificare il controllo sanitario sulle varie istituzioni antiveneree si è provveduto alla nomina per concorso di un numero maggiore di ispettori dermosifilografi provinciali.

Tutte le istituzioni antiveneree si sono avvantaggiate di forniture di notevoli quantitativi di medicinali (penicillina, arsenobenzolici, bismuti) che sono stati loro inviati dall'Alto Commissariato.

La profilassi della sifilide prenatale e congenita si svolge in appositi Centri di cura rapida con penicillina ed è stata sviluppata poichè alcuni centri sono stati migliorati e altri costituiti ex novo.

Il servizio di profilassi e cura della sifilide e delle malattie veneree nelle carceri e nelle case di rieducazione, istituito nel 1949, si svolge con generali migliorie attuate dall'ACIS di intesa col Ministero di grazia e giustizia.

In totale nell'esercizio finanziario 1950-1951 è stata spesa per il complesso di questi servizi sociali la somma di L. 800 milioni.

Tumori maligni. - Nei limiti delle disponibilità finanziarie sono stati concessi sussidi ai diversi Centri per la diagnosi e cura dei tumori maligni.

In aggiunta ai 7 grammi di radium precedentemente acquistati, si è provveduto nel 1951 ad un ulteriore acquisto di 10 grammi, dei quali è stata iniziata la distribuzione ai Centri più importanti.

La Lega italiana contro i tumori, giovandosi di un cospicuo contributo da parte dell'Alto Commissariato, ha potenziato la sua attività assistenziale a favore dei malati affetti da tumori maligni inguaribili presso l'Istituto S. Andrea di Roma.

In sede legislativa è allo studio uno schema di legge che ha lo scopo di aggiornare le vigenti disposizioni in campo cancerologico, le quali risultano attualmente inadeguate.

Lebbra. - Per rendere possibile l'assistenza più completa ai pochi malati di lebbra esistenti in Italia è stato ottenuto un finanziamento straordinario di L. 325 milioni suddiviso in due esercizi finanziari successivi (legge 5 aprile 1950, n. 175). Con tale finanziamento si rende possibile, fra l'altro, la costruzione di una moderna colonia agricola per lebbrosi.

È stato approntato, poi, un disegno di legge inteso a concedere ai lebbrosi non abbienti e alle loro famiglie, limitatamente al periodo di ricovero, un sussidio allo scopo di assicurare loro una certa tranquillità economica.

Reumatismo e cardiopatia. - Tenendo presente che lo stanziamento di bilancio in questo settore è oltremodo modesto (10 milioni), sono stati concessi contributi per il funzionamento dei centri di Roma, Torino, Pisa e Ancona ed è allo studio l'impianto di nuovi centri.

Tracoma. - Al quarto anno di attuazione del piano quinquennale di riorganizzazione dei servizi antitracomatici con il fondo reimpiego lire UNRRA sono stati raggiunti questi risultati:

- a) n. 496 dispensari funzionanti, n. 41 chirugici, nonchè n. 19 posti di medicazione. All'organizzazione e funzionamento di dette istituzioni è preposto il seguente personale: 27 ispettori oculisti provinciali, 392 medici dirigenti di dispensario, 23 assistenti sanitarie visitatrici, 405 tra infermiere, infermieri, coadiutrici sanitarie ed inservienti;
- b) oltre alla colonia-preventorio sita nel Comune di Erico (Trapani), che assiste 200 bambini tracomatosi predisposti alla tuber-colosi, sono in via di ultimazione le due colonie permanenti sanatoriali di Rivona (Agrigento) e di Bonotrau (Nuoro), della capienza complessiva di 400 posti letto;
- c) la programmata istituzione di 4 reparti ospedalieri in Roma, Messina, Ferrara e Cagliari, aventi una capienza complessiva di 100 posti-letto, è in fase di imminente realizzazione;
- d) soddisfacenti risultati nel recupero dei bambini tracomatosi sono stati conseguiti dalla istituzione di 19 colonie estive temporanee, ciascuna della durata consecutiva di 90 giorni. Sono stati assistiti 2350 bambini di ambo i sessi;
- e) sono state organizzate 4 colonie scolastiche-invernali, rispettivamente in Napoli, Caserta, Taranto è Catanzaro, della capienza di 350 posti letto complessiva. È stata, inoltre, autorizzata l'istituzione di altre due analoghe colonie, una a Salerno e l'altra a Brindisi, aventi entrambe una capienza di 190 posti letto;
- f) è stato assicurato un idoneo contributo finanziario per la organizzazione ed il funzionamento di centri di assistenza (scuole materne per bambini tracomatosi dai tre ai cinque anni).

Poliomielite. - È stata perfezionata l'attrezzatura dei centri di recupero dei poliomielitici, in particolare con la fornitura di polmoni d'acciaio. Circa 400 poliomielitici recuperabili bisognosi sono stati ricoverati, nel 1951, a carico dello Stato, in detti centri, con una spesa di circa 550 milioni.

Malattie infettive. - L'andamento delle malattie infettive, nel 1951, è stato nel complesso assai favorevole. Dai dati provvisori in possesso dell'ACIS, risulta infatti che la difterite ha presentato una diminuzione del 9 %, la febbre ondulante del 6 %, la scarlattina del 27 %, la pertosse del 24 %, la leishmaniosi del 30 %, l'anchilostomiasi del 25 %.

I relativi provvedimenti profilattici ed assistenziali, di competenza degli Enti locali, sono stati integrati dall'Alto Commissariato con l'erogazione di contributi finanziari per un importo di circa 200 milioni e con la fornitura di vaccini per circa 90 milioni, di antibiotici per oltre 40 milioni, e di materiale vario per le disinfezioni.

7. ASSISTENZA MATERNA ED INFANTILE

L'attività dell'ACIS è stata orientata a perfezionare i servizi di assistenza materna ed infantile sia con una azione di collaborazione e di vigilanza sull'ONMI, sia con una azione diretta a mezzo di provvidenze igienico-sanitarie a favore delle gestanti, con varie forme di assistenza al parto e ai neonati.

Speciale attenzione è rivolta ai prematuri, ai deboli congeniti, agli illegittimi, all'assistenza nelle scuole mediante i poliambulatori specialistici e all'assistenza estiva nelle colonie climatiche.

1) Opera nazionale maternità infanzia. È stata mantenuta una stretta collaborazione fra gli organi della Sanità pubblica e quelli dell'onmi. Questa dispone, al momento attuale, di 1967 consultori materni, di 4.018 consultori pediatrici, di 65 consultori dermosifilopatici, di 52 asili nido, di 754 refettori materni, di 240 case della madre e del bambino.

Dal 30 giugno 1950 al 30 giugno 1951 — periodo per il quale sono disponibili dati completi — sono stati assistiti nelle istituzioni dell'onmi 241.000 donne, 1.273.000 bambini e ragazzi. Inoltre, sono state eseguite nei consultori 2.636.000 visite, delle quali 621.000 prime visite e 2.015.000 visite successive; sono state eseguite 326 mila visite e verifiche domiciliari.

- 2) Assistenza ostetrica. Per innalzare il livello culturale delle ostetriche-condotte sono stati organizzati in diversi centri universitari dei corsi di aggiornamento, in particolare per le ostetriche appartenenti a comuni con popolazione al disotto di 10 mila abitanti, nei quali è stato riscontrato un indice di mortalità materna ed infantile superiore a quello medio nazionale.
- 3) Servizio di vigilanza medico-scolastica e parascolastica. Questo servizio sta rilevando una pratica utilità soprattutto per i consultori odontoiatrici nei quali i fanciulli vengono annualmente sottoposti all'esame dell'apparato masticatorio: 50 consultori sono già in funzione, altri 13 sono in corso di definizione.

Da parte dell'ACIS si è contribuito, mediante l'erogazione di 62 milioni all'istituzione di servizi specializzati che prossimamente saranno completati con l'entrata in funzione delle prime 11 autoambulanze odontoiatriche, utilizzabili come ambulatori mobili nei comuni rurali.

È allo studio il coordinamento di altri servizi specializzati, quali l'audiologico e quello per gli ambliopici e deboli di vista. Tale azione mira a costituire le premesse pratiche della sistemazione del servizio medico-scolastico che si dovrà affrontare dopo l'approvazione del progetto di legge « per la tutela sanitaria della popolazione scolastica », predisposto dall'Alto Commissariato.

8. ASSISTENZA SANITARIA

1) Ospedali generali. - L'Alto Commissariato ha avuto di mira in primo piano, anche nello scorso anno, la ricostruzione e l'ampliamento della attrezzatura ospedaliera nazionale.

In seguito alle devastazioni della guerra la disponibilità dei postiletto, che nel 1939 era di 182.781, si era notevolmente ridotta, tanto che le deficienze degli istituti ospedalieri destavano vive preoccupazioni per l'avvenire.

I solleciti provvedimenti adottati riuscirono tuttavia a ripristinare, già alla fine del 1950 e quasi nelle condizioni pre-belliche, la disponibilità complessiva dei posti-letto: precisamente 177.268.

Tale disponibilità, però, non è sufficiente ai bisogni della Nazione e molte località, specialmente nel Mezzogiorno, richiedono una radicale riorganizzazione della rete ospedaliera.

È stato, perciò, elaborato nel 1951 un apposito programma che, specialmente per le zone maggiormente depresse, prevede l'istituzione di nuovi moderni ospedali e la riparazione degli istituti esistenti. È in corso di attuazione, poi, per l'attuale esercizio, un primo complesso di opere dell'importo complessivo, per la sola Italia meridionale, di 4 miliardi di lire.

A favore di ospedali, meno attrezzati, sono stati erogati, nello scorso anno, sussidi per 262.362.700 lire per l'acquisto di materiale tecnico e di arredamento.

Analogamente è stato dato incremento agli Ospedali psichiatrici per l'assistenza ai malati di mente, e agli ambulatori di condotta medica.

- 2) Servizi di trasfusione del sangue. I servizi trasfusionali, sia attraverso i Comitati provinciali, sia con la creazione di nuovi Istituti (banche del sangue), sono avviati a un generale progresso. Gli studi per dare a tale importante ramo dell'assistenza un assetto organico e razionale in tutto il territorio del Paese sono giunti alla fase conclusiva.
- 3) Scuole per infermiere professionali e per assistenti sanitarie visitatrici. Si è dato, inoltre, il massimo impulso alle scuole per tali benemerite categorie, indispensabili alla vita ospedaliera.

9. Tutela della alimentazione ed altre attività

La vigilanza igienica e la repressione delle frodi in materia di alimenti e bevande si svolge con regolarità, pur tenendo presente la scarsa disponibilità di vigili sanitari provinciali e di mezzi di trasporto messi a loro disposizione dalle Amministrazioni provinciali.

Nel campo dell'attività legislativa è degno di essere menzionato uno studio sulla disciplina igienica della produzione e vendita degli alimenti, sulla produzione degli alimenti per la prima infanzia e sui prodotti dietici.

Altre attività del servizio medico meritorie di menzione sono state svolte, nell'assistenza alle zone alluvionate del 1951, alla tutela sanitaria delle attività sportive, alla vigilanza dell'igiene del suolo e dell'abitato, alle ricerche nei laboratori provinciali d'igiene e di profilassi, ai servizi collegati agli aiuti internazionali.

10. I SERVIZI VETERINARI

Altra rilevante branca di attività dell'acis è costituita dai Servizi veterinari che hanno ampliato in questi ultimi tempi la loro attività, potenziando innanzitutto gli Istituti zooprofilattici sperimentali, cioè gli organi tecnici ai quali sono affidati lo studio delle malattie infettive e diffusive degli animali, la preparazione di adatti prodotti profilattici e terapeutici, gli esami per il controllo igienico delle carni destinate al pubblico consumo e dei prodotti alimentari di origine animale, l'assistenza igienica e la relativa propaganda tra gli allevatori.

In particolare l'Istituto zooprofilattico sperimentale per il Piemonte e la Liguria, con sede in Torino, ha proveduto all'impianto di una propria sezione a Genova.

Gli Istituti zooprofilattici di Milano e di Brescia si sono fusi in un unico Ente che ha preso il nome di Istituto zooprofilattico speri, mentale per le provincie lombarde. Esso ha istituito una propria sezione a Reggio Emilia ed ha in corso l'impianto di altre sezioni a Bergamo, Cremona, Mantova e Vicenza.

L'Istituto zooprofilattico sperimentale di Perugia ha provveduto all'impianto di un centro diagnostico ad Ancona ed ha in corso altro analogo impianto a Pesaro; quello di Teramo ha istituito una sezione a Pescara.

L'Istituto zooprofilattico sperimentale del Lazio, con sede in Roma, ha esteso la propria attività assumendo la denominazione di Istituto zooprofilattico sperimentale per il Lazio e la Toscana, ha provveduto alla costruzione di una nuova sede a Pisa, inaugurata nel dicembre scorso, e istituito sezioni a Firenze e in centri minori.

L'Istituto zooprofilattico sperimentale di Portici ha realizzato le sezioni di Taranto, Reggio Calabria, sta provvedendo per Cosenza e Potenza, e ha costruito inoltre un nuovo reparto per la preparazione di vaccino antiaftoso.

L'Istituto zooprofilattico di Foggia ha ampliato i propri laboratori scientifici ed ha istituito un centro di fecondazione artificiale per la Puglia, ed ha iniziato l'impianto delle sezioni di Bari e di Campobasso.

L'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sicilia, con sede a Palermo, ha realizzato una sezione a Messina e l'Istituto della Sardegna, con sede a Sassari, ha istituito una nuova sezione a Nuoro.

Da parte degli uffici centrali è stato predisposto un nuovo testo di Regolamento di polizia veterinaria in sostituzione di quello vigente.

Controllo degli alimenti di origine animale. - Con opportuni provvedimenti sono stati perfezionati ulteriormente i servizi connessi alla vigilanza sanitaria, alla produzione, al trasporto ed al commercio interno ed estero delle carni e dei prodotti alimentari di origine animale.

Si è provveduto, inoltre, ad un definitivo assetto dei servizi veterinari nelle zone di confine e nei porti.

Controllo della produzione e del commercio degli animali. - La lotta contro la sterilità dei bovini si svolge attraverso numerosi ambulatori e istallazioni per l'applicazione della fecondazione artificiale. Nel corso dell'anno 1951, l'Acis ha controllato la idoneità, autorizzandone il funzionamento, di 193 nuovi impianti.

D'intesa col Ministero dell'agricoltura è stato presentato un disegno di legge che ha disciplinato interamente la pratica della fecondazione artificiale.

Il commercio degli animali provenienti dall'estero e lo spostamento di questi nell'interno (alpeggio, demonticazione, ecc.) sono stati regolati con appositi provvedimenti atti ad impedire la insorgenza e la diffusione di contagi epizootici mediante l'obbligatorietà di interventi profilattici immunizzanti e di speciali norme di polizia veterinaria.

Al fine di coordinare le iniziative di carattere sanitario per il trasporto degli animali, è stata costituita dall'Acis una apposita Commissione dei servizi veterinari, d'intesa col Ministro dei trasporti.

Attività culturali. - Per la specializzazione del personale veterinario sono stati organizzati, col concorso finanziario dell'ACIS, numerosi corsi di aggiornamento presso gli Istituti zooprofilattici e le Facoltà di medicina veterinaria.

L'iniziativa è stata vivamente apprezzata da autorità e da alle-

vatori, che ne hanno sollecitato la ripetizione, possibilmente in tutte le regioni numerosissimi sono stati i partecipanti.

La Direzione generale dei servizi veterinari dell'ACIS ha, inoltre, costituito un proprio Centro Studi provvisoriamente annesso alla Facoltà di medicina veterinaria di Milano.

In complesso, l'attività dei Servizi veterinari, considerata nelle sue molteplici manifestazioni, si è dimostrata aderente alle necessità del Paese, ed ha corrisposto alle esigenze dell'industria zootecnica che è parte essenziale dell'economia agricola nazionale.

11. VIGILANZA SULLA PRODUZIONE E SUL COMMERCIO DEI MEDICINALI

Un settore che interessa particolarmente l'opinione pubblica è quello dei medicinali.

Nello scorso anno l'attività dei servizi di vigilanza sulla produzione e sul commercio dei medicinali è stata intensa e ha procurato di orientare in modo organico ed efficiente la industria farmaceutica. Un problema che si può dire permanente è quello della produzione e del commercio delle sostanze medicinali e dei presidi medico-chirurgici: disciplina che diventa anche più delicata quando si tratta della produzione, del commercio e dell'impiego degli stupefacenti.

Sono stati regolamentati la produzione e il commercio delle specialità medicinali ad azione curarica e curarosimile, la produzione del catgut per uso chirurgico, la produzione della penicillina g. cristallizzata e la produzione e la vendita delle vitamine.

Si sono iniziati, e sono tuttora in corso, i lavori per la compilazione della VII edizione della Farmacopea Ufficiale.

Nel 1951 le ditte produttrici di specialità medicinali hanno presentato 1400 domande di registrazione di nuove specialità, comprese molte categorie di prodotti base in commercio, nonchè modifiche di composizione, calcolate complessivamente in circa 600. In tali cifre sono comprese anche le domande pervenute da parte di ditte straniere, specialmente americane.

La Commissione per la registrazione delle specialità medicinali ha esaminato nel corso dell'anno 817 nuovi prodotti, compresi in essi quelli stranieri. Sentito il Consiglio superiore di sanità sono stati emessi 306 decreti di diniego di registrazione, in massima parte in applicazione della legge 1° maggio 1941, n. 422, su vari prodotti, e 19 decreti di revoca di autorizzazioni di specialità in commercio.

All'esame dello stesso Consiglio superiore sono tuttora numerose altre proposte di diniego e di revoca.

All'Istituto superiore di sanità sono stati trasmessi complessivamente 600 campioni di prodotti per l'analisi di controllo.

Sono state ispezionate 202 officine di produzione, 24 delle quali sono state chiuse.

Su conforme parere del Consiglio superiore di sanità sono stati emessi 105 decreti di registrazione di presidi medico-chirurgici.

Per quanto riguarda la pubblicità sanitaria, seguendo criteri di assoluto rigore, sono state date autorizzazioni per 175 prodotti.

Un cenno particolare, trattando della disciplina dei medicinali, deve essere riservato alle nuove misure adottate per stroncare e prevenire il traffico degli stupefacenti che si era assai diffuso in Italia, come nei vari altri Paesi, nell'immediato dopoguerra.

È stato, infatti, creato un nuovo Ufficio Stupefacenti che lavora in stretto contatto con la Polizia e con speciali reparti della Guardia di finanza per combattere la delittuosa opera dei contrabbandieri; e come primi provvedimenti, si è sospesa a tempo indeterminato la produzione dell'eroina, cioè del prodotto più « trattato » dagli speculatori, e si è vietata la vendita della morfina base, come tale.

Gli organi di repressione, in collaborazione tra loro, hanno compiuto vaste operazioni con risultati positivi: essi hanno scoperto, infatti, una vasta rete di trafficanti, fra i quali erano alcuni noti pregiudicati italo-americani, ed hanno sequestrato rilevanti quantitativi di droghe.

I sequestri compiuti dal 1º gennaio 1951 al 31 agosto 1952 si possono così riassumere: eroina kg. 19,235; morfina kg. 0,015 e 299 fiale; cocaina kg. 2,750; oppio grezzo kg. 2,145; codeina fosfato kg. 10,580.

Per uniformarsi alle decisioni adottate da 50 Stati aderenti alle convenzioni internazionali per gli stupefacenti, gli uffici competenti dell'ACIS hanno preso in esame l'opportunità di proporre, al Consiglio superiore di sanità l'abolizione, o quanto meno la riduzione, dell'uso dell'eroina. In attesa di una definitiva deliberazione, l'eroina viene assegnata direttamente dall'Alto Commissariato ai soli ospedali e sanatori, attingendo alle modeste scorte rimaste.

A fianco dell'Ufficio Stupefacenti, inoltre, è stato, costituito un Comitato che ha il compito di coordinare le attività di vigilanza e di repressione dei traffici illeciti; esso è composto di alti funzionari dell'acis e dei Ministeri degli esteri, dell'interno, e delle finanze e del commercio con l'estero. E, in campo legislativo, sono stati portati a termine gli studi per la redazione di uno schema di legge sugli stupefacenti in sostituzione delle norme vigenti, rilevatesi antiquate e manchevoli, ora all'esame dei Ministeri competenti.

Si ritiene che le energiche misure adottate siano valse a scoraggiare i trafficanti e, quindi, a limitare in modo decisivo il consumo delle droghe per uso non sanitario. Un buon indice in questo senso è il numero non elevato dei casi di tossicomania, i quali secondo le segnalazioni degli uffici sanitari ammontano solamente a 91.

12. ATTIVITÀ NEL CAMPO INTERNAZIONALE

L'attività svolta dall'Acis in campo internazionale è degna di particolare menzione. La sempre maggiore attività dell'Organizzazione mondiale della Sanità (oms), consilidatasi ed aumentata nei cinque anni di vita, nonchè la raggiunta decentralizzazione a seguito della costituzione dei sei previsti Uffici regionali (Europa, Americhe, Mediterraneo Orientale, Africa, Asia del sud-est e Pacifico occidentale), ha richiesto un accresciuto impegno per assolvere i compiti che derivano dalla partecipazione dell'Italia a tale organizzazione, e dal ruolo sempre più attivo che vi presta l'amministrazione sanitaria del nostro Paese.

L'Italia ha preso parte a tutti i Congressi organizzati dall'oms, (Ginevra, maggio 1951 - IV Assemblea Mondiale dell'oms, e molti altri) ed ai lavori e discussioni in essi svolti.

Il Comitato dello Statuto del Comitato europeo di difesa ha, inoltre, costruito, in seno alla Sezione servizi pubblici, uno speciale sottogruppo incaricato di studiare un progetto di convenzione fra la CED stessa ed i Governi dei vari Stati aderenti, per fissare le norme di assistenza reciproca ai militari della CED appartenenti ai Paesi membri.

Alle riunioni per la definizione delle norme stesse, l'ACIS italiano ha partecipato attivamente.

Circa la proposta avanzata il 24 settembre 1952, dal Ministro della Sanità francese, Paul Ribeyre, circa la costituzione di una « Comunità Sanitaria Europea », la posizione dell'ACIS è stata di accettazione sul piano generale del principio di coordinamento inter-europeo, pur rilevando l'opportunità di procedere ad uno studio preliminare approfondito dei vari aspetti del progetto e ad una preparazione di proposte più dettagliate.

Inoltre, nel campo dei rapporti con le organizzazioni internazionali e degli scambi culturali con l'estero, nel quadro più vasto della assistenza tecnica, l'ACIS ha svolto intensa attività nelle definizione del programma delle borse di studio, considerate di grandissima utilità come perfezionamento dei problemi medici e sanitari.

Si chiude così degnamente anche questa parte di attività internazionale posta in essere dall'ACIS, per la difesa, la dignità e il progresso della scienza italiana, al fine di raggiungere, anche in questo campo, un sempre maggiore accordo tra i popoli amanti della pace.

13. ATTIVITÀ STATISTICHE, PUBBLICISTICHE E DI PROPAGANDA

Il ciclo dell'attività dell'ACIS si completa con il lavoro svolto dall'Ufficio di statistica sanitaria, con i mezzi predisposti per la propaganda e la educazione igienico-sanitaria, con l'organizzazione dei corsi di aggiornamento dei medici provinciali aggiunti, con le duttili e scientifiche pubblicazioni di divulgazione, con la perfetta tenuta e ricchezza della biblioteca centrale e con la istituzione di specifiche biblioteche locali.

14. Conclusione

Questa, in sintesi, l'attività e i risultati dell'ACIS, nel biennio 1951-1952.

Sono state esposte cifre, non concetti, e le cifre hanno un loro linguaggio; i commenti sono, pertanto, superflui.

Rimane soltanto da formulare l'augurio, già espresso in precedenza, che si possa, a mezzo di adeguati provvedimenti, aumentare gli stanziamenti in bilancio per queste finalità, onde l'ACIS completando e fortificando i suoi mezzi di profilassi e di cura, possa contribuire a migliorare sempre di più lo stato sanitario del Paese e a sollevare da condizioni fisiche, depauperate e tristissime, quanti vivono oggi nella più squallida miseria, e che domani potranno essere riacquistati alla esistenza, al lavoro, alla società.



Giovanni Miele

dell'Università di Firenze

L'ASSISTENZA SANITARIA ED OSPEDALIERA AI POVERI NELLA LEGISLAZIONE ITALIANA



1. — Prima di esporre i principi che vigono in materia conviene precisare l'oggetto a cui la presente rassegna è indirizzata.

L'azione dei pubblici poteri nel campo sanitario può prefiggersi un duplice scopo: di prevenzione delle malattie e di cura di esse. Servono al primo scopo tutte quelle misure che sono idonee a combattere il sorgere e il diffondersi delle malattie mediante la tutela dell'igiene (del suolo, dell'abitato, delle case, degli alimenti, delle bevande, etc.) e la diminuzione o eliminazione delle cause di varie malattie, in ispecie di quelle infettive ed epidemiche: queste misure costituiscono ciò che si chiama la polizia igienica e sanitaria. Al medesimo scopo servono anche tutte quelle provvidenze e istituzioni con cui si cerca di migliorare e rinvigorire la salute fisica degli individui, come convalescenziari, colonie marine e montane, centri di educazione fisica, etc. Per la cura delle malattie, invece, sono necessarie apposite e molteplici prestazioni, che nel loro insieme costituiscono appunto l'assistenza sanitaria ed ospedaliera.

Questa deve essere considerata come una parte dell'assistenza sociale, non meno importante di quelle che hanno per oggetto gli infortuni, la maternità, l'infanzia, la vecchiaia, i carichi familiari. In tutti gli Stati moderni l'assistenza sanitaria ed ospedaliera forma uno dei principali rami della pubblica amministrazione: essa si esplica mediante prestazioni in natura, consistenti nell'assistenza medica del malato a domicilo, in ambulatori e in ospedali ed inoltre nella somministrazione dei medicinali occorrenti e degli apparecchi di protesi.

2. — In Italia l'assistenza sanitaria ed ospedaliera è organizzata solo in parte come assistenza pubblica: accanto a questa, infatti, esiste ed è riconosciuta l'assistenza prestata dai privati (liberi professionisti e case private di cura), che invece in altri ordinamenti è scomparsa, come in quello sovietico, o ha assunto altro carattere,

come in quello inglese, dove l'assistenza medica è organizzata come servizio nazionale.

L'assistenza pubblica è quella svolta dallo Stato, dai Comuni, dalle Provincie, dalle Regioni, dalle Istituzioni di beneficenza e assistenza pubblica, dagli enti di previdenza sociale. Il relativo servizio è gratuito in dipedenza dello stato di povertà o di altre qualificazioni degli assistiti, come l'assicurazione presso taluno degli enti previdenziali.

Nel limitarci, secondo il compito assegnatori, allo studio della assistenza sanitaria ed ospedaliera prestata ai poveri, occorre avvertire che queste forme di assistenza interferiscono in più d'un modo con quelle che gli enti di previdenza debbono effettuare a favore dei lavoratori iscritti. Invero, se queste ultime prescindono dalla condizione di povertà dell'assistito, considerando rilevante solo la qualità di lavoratore, può accadere d'altra parte che il lavoratore e i suoi familiari vengano a trovarsi in uno stato di bisogno causato dalla malattia e dalla conseguente mancanza di salario ed abbiano perciò titolo in quanto indigenti all'assistenza sanitaria dei Comuni e delle Istituzioni di beneficenza. Allora si verifica o un inutile duplicato dell'assitenza sanitaria o, se il lavoratore e i suoi familiari non risultino iscritti nell'elenco dei poveri, la penosa eventualità che essi non riescano ad ottenere dai Comuni e dalle Istituzioni di beneficenza quell'assistenza sanitaria che le Casse Mutue e l'Ente nazionale per l'Assistenza di malattia ai lavoratori non abbiano predisposto per i propri iscritti o non concedano ad essi in certi casi (come nei periodi di disoccupazione) od oltre un certo periodo. Così pure complicazioni nascono per il rimborso delle spese di spedalità in conseguenza dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera prestata dai Comuni e dalle Istituzioni di beneficenza agli iscritti degli istituti di previdenza e mutualistici, non essendo sempre possibile richiedere a tali istituti il rimborso delle spese di cui trattasi. Questi problemi ed altri pongono un'esigenza di coordinamento delle varie attività assistenziali che nelle leggi in vigore è solo in minima parte soddisfatta (si può ricordare che nelle rispettive provincie dovrebbero ad essa provvedere i comitati provinciali di assistenza e beneficenza pubblica: D.L.L. 22 marzo 1945 n. 173) e per un'altra parte, anch'essa poco rilevante, viene tenuta presente nelle numerose convenzioni che all'uopo sono stipulate fra gli enti interessati.

3. — Comunque, accingendoci ad esaminare la legislazione vigente in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera ai poveri, appare opportuno premettere un cenno sulle principali forme di assistenza di tal genere di cui fruiscono i lavoratori dipendenti da

soggetti privati e pubblici: ciò, non soltanto a causa delle interferenze già notate, ma anche per il fatto che la malattia, l'infortunio od altro pongono il lavoratore in uno stato di bisogno derivante dall'insufficienza dei propri mezzi rispetto alle maggiori spese cui è esposto in conseguenza di quegli eventi:

a) V'è, anzitutto *l'assistenza sanitaria di fabbrica*, che ha carattere aziendale e si effettua attraverso visite mediche, predisposizione di materiali di infermeria e di soccorso e di camere di medicazione. Per le aziende che occupano più di 25 operai o in cui si eseguono lavorazioni tossiche e infettanti è obbligatoria la nomina di un medico di fabbrica, con scopi generici di assistenza sanitaria o, nel secondo caso, con il compito specifico della visita degli operai addettivi.

Le aziende, in cui il lavoro presenti rischi di asfissia o di scoppi, debbono adibire un locale a camera di medicazione quando hanno alla propria dipendenza più di cinque operai. Indipendentemente da ciò, ogni azienda obbligata all'assicurazione degli operai contro gli infortuni o avente più di 25 operai deve tenere a disposizione un pacchetto di medicazione o, rispettivamente, una cassetta di pronto soccorso (R.D. 14 aprile 1927 n. 530 sull'igiene del lavoro).

- b) Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro nelle industrie e nell'agricoltura e contro le malattie professionali, gestita dalla inai. Essa prevede, oltre a prestazioni pecuniarie (corresponsione di un'indennità giornaliera nei casi di invalidità permanente, di una rendita ai superstiti e di un assegno una volta tanto in caso di morte), anche prestazioni per la cura e l'assistenza terapeutica (cure mediche e chirurgiche, fisioterapiche, ortopediche, fornitura di apparecchi di protesi). A siffatte prestazioni l'Istituto provvede anche mediante propri ospedali, ambulatori e posti di pronto soccorso tanto verso i propri assicurati quanto verso gli assicurati di altri istituti e verso gli invalidi del lavoro in genere. Eguale forma di assistenza è prestata ai propri iscritti dalle Casse marittime.
- c) Assicurazioni contro l'invalidità, la tubercolosi e le malattie, gestite dall'Istituto nazionale della Previdenza sociale e dall'Istituto nazionale di assistenza malattie ai lavoratori. Anche qui, oltre a prestazioni in denaro (pensione all'invalido o ai superstiti, indennità giornaliera e sussidi post-sanatoriali, etc.) sono previsti: per l'assicurazione contro l'invalidità, cure mediche; per l'assicurazione contro la tubercolosi, ricovero in luoghi di cura a tipo sanatoriale, ospedatiero-sanatoriale e post-sanatoriale gestiti dall'istituto assicuratore o in istituzioni ospedaliere debitamente autorizzate, cure a domicilio con prestazioni mediche, medicinali e assistenza integrativa, trattamento ambulatorio presso i dispensari dipendenti dai Consorzi pro-

vinciali antitubercolari; per l'assicurazione contro le malattie, infine, si hanno somministrazioni di medicamenti e di altri sussidi terapeutici, ricovero ospedaliero, cure di ambulatorio, etc.

- d) Previdenza ed assistenza dei dipendenti dello Stato, di enti locali e di enti pubblici istituzionali. Per il caso di malattia di tali persone provvedono appositi enti, che sono rispettivamente l'Ente nazionale di previdenza ed assistenza per i dipendenti statali. l'Istituto nazionale di assistenza dipendenti locali e l'Ente nazionale di assistenza e previdenza per i dipendenti da enti di diritto pubblico: l'assistenza viene effettuata sia con prestazioni in danaro, sia con prestazioni sanitarie (cure mediche e chirurgiche, trattamento ambulatorio, ricovero in ospedali, distribuzione di medicinali, etc.).
- 4. L'assistenza sanitaria ed ospedaliera ai poveri assume nel nostro ordinamento carattere di beneficenza, ossia di soccorso gratuito fatto a persone bisognose: non esiste, infatti, presso di noi alcunchè di simile all'ordinamento inglese, che pone un servizio sanitario completo a disposizione di tutti i cittadini, assicurati o no, poveri o non poveri, o all'ordinamento russo, dove i cittadini hanno diritto al trattamento medico completo a spese dello Stato, nonchè alla concessione di pensioni in caso di diminuita capacità lavorativa per malattia, o all'ordinamento svedese, dove parimenti l'assistenza sanitaria è assicurata a tutti, gratuitamente o quasi, a spese dello Stato.

La dottrina distingue la beneficenza in pubblica e privata, secondo che sia attuata da enti pubblici o da soggetti privati; in legale (o minima o necessaria) ed autonoma (o facoltativa o istituzionale), secondo che la relativa attività sia imposta direttamente dalla legge (ed in questo caso essa è organizzata in modo uniforme per tutto il territorio dello Stato) o che sia rimessa all'autonomia di singoli soggetti. Nell'ordinamento italiano è pubblica la beneficenza esercitata dallo Stato, dagli altri enti territoriali (Comuni, Provincie, Regioni) e da quegli enti che svolgono la relativa attività a favore di una generalità di persone (istituzioni pubbliche di beneficenza e di assistenza); è legale la beneficenza esercitata dai Comuni, dalle Provincie, dallo Stato e da alcuni enti istituzionali, come l'Ente comunale di assistenza, mentre è autonoma nel senso anzidetto quella erogata dalle istituzioni di beneficenza ed assistenza, svolgendosi essa solo nel presupposto della esistenza di queste ed in conformità dei rispettivi statuti.

Quando la beneficenza si attua attraverso l'assistenza sanitaria ed ospedaliera, le distinzioni che si fanno per la prima valgono anche per la seconda: avremo così un'assistenza sanitaria ed ospedaliera privata o publica, legale o autonoma. Di queste interessa qui solo quella pubblica, sia legale, sia autonoma.

La distinzione tra assistenza legale e assistenza autonoma è importante in ordine al principio che la prima ha sempre carattere sussidiario rispetto alla seconda: cioè, interviene solo quando manchi o sia deficiente quella autonoma (cfr. legge com. e prov. 1934, art. 91 lett. H, n. 1 e 3; art. 4 e 55 della legge sanitaria 1934). Questo principio è essenziale per la comprensione del sistema vigente ed è oggetto di studio nei progetti di riforma, allo scopo di accertare se deve essere lasciato fermo, sia pure attuando un maggior grado di coordinamento o di integrazione dei vari servizi sanitari, ovvero debba cedere il posto ad un'unificazione organizzativa di essi.

Altro punto da tener presente è che lo stato di bisogno come presupposto per la gratuità delle prestazioni sanitarie ed ospedaliere assume, in linea di principio, un diverso significato nella assistenza legale e in quella autonoma: nell'ultima si tende a interpretarlo con una certa larghezza, identificandolo con la povertà (o miseria relativa), nella prima si seguono criteri più restrittivi, facendo richiamo alla nozione di indigenza. Abbiamo così una distinzione, di cui è superfluo sottolineare il valore convenzionale, fra povertà, intesa come mancanza di mezzi in rapporto a dati bisogni (come quelli derivanti dalla malattia), e indigenza, come assoluta penuria di mezzi per il puro sostentamento. Tale discordanza non appare giustificata e rappresenta di per sè sola un inconveniente del sistema; in particolare deve essere criticato il rigore con cui nell'assistenza legale si stabilisce il requisito di bisognoso, facendolo consistere come usano i Comuni nella redazione del loro elenco dei poveri, nella indigenza.

Infine la legislazione del nostro Paese non accorda al bisognoso, povero o indigente che sia, un vero diritto all'assistenza sanitaria ed ospedaliera, facendo dipendere questa da valutazioni discrezionali delle autorità amministrative competenti. Quindi il diniego di un soccorso non può essere impugnato davanti alla magistratura ordinaria, ma solo con ricorsi amministrativi e giurisdizionali, che di regola sono limitati a motivi di legittimità.

5. — Passando, dopo ciò, all'esame della legislazione dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera ai poveri, conviene rifarsi da quella prestata in forma autonoma, che, come si è detto, è esercitata dalle istituzioni di pubblica beneficenza ed assistenza.

Allorchè queste hanno per fine, esclusivo od anche parziale, la assistenza sanitaria ed ospedaliera, i modi e la misura di essa sono determinati dai rispettivi statuti. L'assistenza sanitaria può quindi

assumere, secondo i casi, la forma dell'assistenza a domicilio, ambulatoria od ospedaliera, o estendersi contemporaneamente a tutte e comprendere anche la somministrazione dei medicinali. Se si tratta di assistenza sanitaria a domicilio o ambulatoria con somministrazione di medicinali, il Comune della stessa circoscrizione è esonerato in tutto o in parte dagli obblighi corrispondenti secondo che il servizio disimpegnato dalla istituzione sia sufficiente per intero o solo parzialmente ai bisogni della circoscrizione.

Gli statuti stabiliscono anche le categorie di persone che possono essere assistite dall'ente. A questo riguardo è preminente la condizione di povertà, che di regola è provata mediante un certificato rilasciato dall'autorità comunale in base all'elenco dei poveri di cui si dirà. Può essere determinata l'appartenenza a una data circoscrizione (Comune, Provincia, frazione, quartiere, etc.) o a una data nazionalità o a un dato culto religioso; quando nulla è detto, questi riferimenti devono essere considerati irrilevanti, onde per l'ammissione alla assistenza hanno titolo in tal caso cittadini e stranieri, gli appartenenti a qualunque culto, coloro che si trovano nel Comune, anche se non ne hanno la cittadinanza. Peraltro l'ente è obbligato ai soccorsi di urgenza anche verso le persone che non avrebbero titolo, secondo lo statuto, a fruire della sua assistenza.

Per quanto riguarda in ispecie l'assistenza ospedaliera prestata dalle istituzioni di beneficenza ed assistenza negli ospedali o nosocomi di loro proprietà, è da osservare che essa consiste nel ricovero degli ammalati poveri, nella loro assistenza sanitaria e nel loro completo mantenimento. Vi sono ospedali generici e ospedali specializzati, secondo che siano destinati alla cura di qualunque infermità (escluse soltanto le infermità mentali, cui provvedono i manicomi) o di determinate malattie (infettive, della pelle, tubercolosi, etc.); ma anche i secondi sono obbligati al ricovero di qualunque malato in caso d'urgenza. Se i ricoverati hanno titolo all'assistenza gratuita in base allo statuto dell'ente, e trattasi di poveri affetti da malattie acute, di feriti o di donne nell'imminenza del parto, i Comuni sono esenti dall'obbligo di rimborsare le spese di degenza entro i limiti dei mezzi di cui l'ospedale può disporre.

Analoghe considerazioni valgono per i manicomi tenuti da istituzioni di pubblica beneficenza ed assistenza.

6. — Come è dato di desumere dai cenni ora esposti, l'assistenza sanitaria, ospedaliera e manicomiale prestata dagli enti pubblici di assistenza e beneficenza in base ai loro statuti ha carattere frammentario, malgrado che siano previsti provvedimenti per il coordinamento di tali istituzioni e della loro attività: tali, ad es. il concentramento,

il raggruppamento, la trasformazione, la fusione (legge 17 luglio 1890 n. 6972, artt. 54, 56, 58, 70; legge 17 giugno 1926 n. 1187 e legge 3 giugno 1937 n. 847 sull'Ente comunale di assistenza), il consorzio o federazione di opere pie R.D. 30 dicembre 1923 n. 2841, art. 30). Non mancano neppure gli organi con il compito di attuare il coordinamento delle organizzazioni e delle attività: primo fra essi, l'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, istituito con D.L.L. 12 luglio 1945 n. 417, cui spettano il coordinamento e la vigilanza tecnica sulle organizzazioni sanitarie e sugli enti che hanno per scopo di prevenire e combattere le malattie sociali D.L.L. 31 luglio 1945 n. 446, art. 1 e art. 3), i quali sono tenuti ad eseguirne le direttive (art. 2); alla periferia, hanno analogo compito i prefetti e soprattutto i comitati provinciali di assistenza e beneficenza pubblica, istituiti con D.L.L. 22 marzo 1945 n. 173 (artt. 3 e 4). In questo decreto troviamo due importanti innovazioni, intese ad agevolare l'integrazione delle diverse forme di assistenza: le istanze di ricovero trasmesse o presentate da chiunque ai detti comitati vengono da questi indirizzate a quelle tra le istituzioni pubbliche o private di assistenza che siano ritenute le più adatte a provvedere (art. 3, lett. d); inoltre è istituito in ogni Comune, a cura dell'Ente comunale di assistenza, un elenco delle persone ivi dimoranti assistite o bisognose di assistenza perchè si trovano in istato di povertà o di bisogno (art. 15): sulla base dell'iscrizione in tale elenco viene rilasciato agli interessati, d'ufficio o su richiesta, un libretto di assistenza, nel quale sono notate le singole prestazioni e che deve essere esibito agli Enti comunali di assistenza ed alle altre istituzioni pubbliche e private di assistenza di cui siano richieste le prestazioni.

Senonchè, gli sforzi compiuti dal legislatore sulla strada di un efficace coordinamento e integrazione delle varie forme di assistenza sanitaria sembrano ancora insufficienti e si ritiene che molto potrà essere ancora fatto, sia accrescendo e meglio definendo i poteri dell'Alto Commissariato, sia trasferendo ad appositi organi alle dipendenze di esso i poteri attualmente spettanti ai prefetti e ai Comitati provinciali di assistenza. In particolare, dovrebbe essere opportunamente utilizzato e adeguato il Consiglio provinciale di sanità.

7. — Un principio sistematico si riscontra invece nell'assistenza legale sanitaria prestata ai poveri. Essa può essere a domicilio, ambulatoria od ospedaliera (generica o specializzata), e rispetto ad ognuna di esse diverso è l'ente tenuto ad effettuarla o a subirne l'onere.

Il concetto di malattia comprende tanto le malattie che implicano una cura medica quanto le malattie che implicano una cura chirurgica. Peraltro una distinzione che occorre fare, perchè rilevante in ordine alla prestazione dell'assistenza legale, è quella fra le malattie che siano suscettibili di cura (malattie acute) e malattie che non lo siano (malattie croniche): queste ultime, se cagionano l'inabililità al layoro, danno luogo ad un'altra forma di assistenza.

Prendiamo dapprima in esame l'assistenza sanitaria a domicilio, Essa comprende le cure mediche, chirurgiche ed ostetriche e la distribuzione dei medicinali.

Queste cure e la fornitura dei medicinali sono gratuite, se prestate ai poveri, e l'onere relativo fa carico ai Comuni (legge comunale e provinciale 1934, art. 91, lett. H, n. 1 e 3; legge sanitaria, art. 4 e 55; reg. sanitario, 19 luglio 1906 n. 466, artt. 25, 62 e 63). Tuttavia, dalle disposizioni citate risulta che l'obbligo ha carattere sussidiario e integrativo, nel senso che dove esistono opere pie od altre fondazioni che provvedono in tutto o in parte all'assistenza gratuita dei poveri e alla somministrazione gratuita dei medicinali, i Comuni sono esentati o sono tenuti soltanto al completamento. A tale effetto, però, è necessario che il relativo servizio sia disimpegnato dall'istituzione per obbligo statutario o di legge, in modo continuativo e adatto allo scopo, con personale idoneo, con prestazioni a domicilio e non già in ambulatorio o in ospedali. I Comuni potranno stipulare apposite convenzioni con gli enti di cui trattasi.

Ai servizi di assistenza sanitaria i Comuni provvedono con la istituzione di condotte medico-chirurgiche ed ostetriche: le condotte saranno una o più secondo che sia richiesto dall'estensione e dalla popolazione del Comune, nonchè dal numero degli aventi diritto all'assistenza gratuita. In ogni caso il loro numero, la loro ripartizione nel territorio e la sede di ciascun sanitario condotto vengono stabiliti con apposito regolamento, deliberato dal Consiglio comunale ed approvato dalla GPA, previo parere del Consiglio provinciale di sanità. È anche prevista la costituzione di un consorzio fra Comuni contermini per il mantenimento di un solo medico e di una sola levatrice, quando essi, per le loro condizioni economiche e per il numero esiguo degli abitanti, non possano provvedervi regolarmente.

Il titolo per fruire gratuitamente di quest'assistenza è dato dalla qualità di povero, mentre gli abbienti potranno servirsi di essa solo mediante pagamento. A tale riguardo il legislatore suppone che lo stato di povertà possa essere diversamente determinato in rapporto alle condizioni dei luoghi e rimette ai singoli Comuni di designare le classi di persone a cui si debba riconoscere la qualità di povero: ciò sarà fatto con apposite norme, da inserirsi nei regolamenti di igiene e di sanità deliberati dal Consiglio comunale e approvati dalla Giunta provinciale amministrativa, previo parere del Consiglio provinciale

di sanità. Tuttavia, occorre pur sempre che sia tenuto presente un criterio di massima per definire la nozione di povertà, ed esso dovrebbe essere dato dal rapporto fra le condizioni economiche della persona e l'assistenza sanitaria di cui può avere bisogno: ossia, non già la povertà assoluta, o indigenza, dovrebbe considerarsi il titolo per l'ammissione all'assistenza gratuita, ma solo la mancanza dei mezzi necessari a sostenere le spese delle cure sanitarie e dei medicinali (miseria relativa). Viceversa, la prassi attualmente seguita dai Comuni, in opposizione con la dottrina e le direttive del Ministero dell'interno (di cui è notevole la circolare 29 gennaio 1932 n. 25.200-1, che esplicitamente ripudia l'interpretazione restrittiva) è generalmente nel senso che l'assistenza gratuita viene concessa solo a chi manchi del necessario per il suo sostentamento.

In conformità alle norme regolamentari, la Giunta comunale, sentito il medico o i medici condotti, delibera non più tardi del 15 dicembre di ogni anno l'elenco dei poveri dimoranti nel Comune ammessi all'assistenza sanitaria gratuita per l'anno successivo. Dall'elenco sono esclusi, oltre naturalmente le persone abbienti, anche coloro che hanno diritto a prestazioni di alimenti a carico di persone abbienti in misura tale da poter retribuire il sanitario: inoltre non vi sonoiscritti, benchè poveri, quelli a cui è assicurata l'assistenza sanitaria da parte di altre amministrazioni o enti, come militari, ricoverati in ospizi con trattamento sanitario, detenuti, iscritti alle Casse Mutue e all'INAM. Per questi ultimi, però, abbiamo già rilevato che l'esclusione dagli elenchi, seppure suggerita dall'opportunità di evitare un duplicato dell'assistenza, può condurre a notevoli inconvenienti, perchè l'assistenza mutualistica non sempre si estende ai familiari e cessa nei periodi di disoccupazione: in questi casi il povero dovrebbe richiedere alla Giunta comunale di essere aggiunto nell'elenco e intanto, in caso d'urgenza, potrebbe ottenere tutte le cure e i medicinali di cui abbisogna, riservata ogni questione di compenso e salvo i provvedimenti che il sindaco è autorizzato a prendere in via provvisoria, sentito il medico e con la successiva approvazione della Giunta comunale.

Questa procedura di cui si è accennato è prevista in generale per dar modo alle persone non comprese nell'elenco deliberato annualmente dalla Giunta di godere l'assistenza sanitaria gratuita predisposta dai Comuni. È da notare, infatti, che l'elenco dei poveri ha valore costitutivo, nel senso che i sanitari condotti sono obbligati a prestare assistenza gratuita solo a coloro che vi risultano iscritti; a questo fine, l'elenco, una volta divenuto definitivo (per decorrenza del termine d'impugnativa di trenta giorni o in seguito alla decisione

dei ricorsi presentati al Consiglio comunale), deve essere comunicato ai medici-chirughi condotti e alle levatrici comunali. Solo in caso di urgenza il sanitario condotto non può rifiutare l'assistenza alle persone che ne hanno necessità, ma resta riservata la questione del compenso e il sindaco può emettere provvedimenti provvisori, salva la approvazione della Giunta comunale. È prevista altresì la possibilità di aggiunte all'elenco durante l'anno, in modo da includervi, oltre a coloro il cui nome sia sfuggito al tempo della sua formazione, anche le persone che per eventi improvvisi (dissesti finanziari, gravi malattie, fallimenti, ecc.), siano venute a trovarsi in condizioni di povertà.

Allo stesso modo possono essere cancellate dall'elenco le persone per le quali più non sussista la qualità di povero.

Altri requisiti per l'iscrizione, all'infuori dello stato di povertà, non sono richiesti; nè la cittadinanza dello Stato, nè quella del Comune, nè tantomeno il possesso del domicilio di soccorso. Ciò risulta chiaramente dall'art. 17 del regolamento sanitario 1906, che parla dei « poveri dimoranti nel Comune », senza ulteriori limitazioni, mentre il precedente articolo specifica che il riconoscimento della qualità di povero non può essere mai subordinato a condizioni di domicilio o di residenza nel territorio comunale. La conseguenza che si desume è che la spesa sostenuta per l'assistenza sanitaria di un iscritto nell'elenco non può essere riversata sul Comune dove questi abbia il domicilio, la residenza o il domicilio di soccorso. Se si tratta di poveri di passaggio, e per questo motivo non inclusi nell'elenco, spetta al sindaco provvedere in via provvisoria, sentito il medico, salva l'approvazione della Giunta comunale; in caso di urgenza, vale il principio già ricordato che il medico è tenuto a prestare tutte le cure di cui il malato abbisogna.

Per la somministrazione gratuita dei medicinali ai poveri le modalità e le condizioni sono in genere le stesse già viste per l'assistenza sanitaria. In particolare deve essere rilevato che non v'è un apposito elenco degli aventi diritto, come prescriveva l'art. 45 del R.D. 30 dicembre 1923 n. 2889, ma serve all'uopo l'elenco dei poveri di cui si è discorso (art. 55 del testo unico sanitario 1934). I medicinali da somministrarsi comprendono, oltre i farmachi, anche i bendaggi, le fasciature e gli altri presidi strettamente necessari a completare la cura: quali poi siano i farmachi, soprattutto le specialità medicinali, da distribuirsi gratuitamente, spetterà al Comune determinare nelle apposite norme che su tale servizio ha facoltà d'inserire nel regolamento d'igiene e d'assistenza sanitaria. In mancanza di farmacie municipali o consorziali, la somministrazione gratuita dei medicinali

ai poveri viene effettuata da una o più farmacie esistenti nel Comune o, subordinatamente, nei Comuni viciniori, scelte col sistema della licitazione privata, eccetto che il prefetto abbia per giustificati motivi autorizzato la trattativa privata. I farmacisti incaricati del servizio procederanno alla somministrazione dei medicinali solo in base a regolare richiesta del medico redatta in appositi moduli a madre e figlia e dietro esibizione della tessera o libretto d'ammissione rilasciata al povero dal sindaco: gli originali delle ricette devono essere conservati e vanno esibiti ad ogni richiesta dell'amministrazione comunale.

Anche per questo servizio è riaffermato il principio che esso fa carico del Comune solo e nella misura in cui non esistano opere pie od altre fondazioni che abbiano per istituto di soddisfare in tutto o in parte al relativo onere (art. 4 e 55 della legge sanitaria; art. 63 del regolamento sanitario 1906).

Gioverà notare, infine, che per talune categorie di persone l'assistenza sanitaria e farmaceutica corrisposta dai Comuni è stata espressamente dichiarata obbligatoria: così, per gli orfani di guerra e per gli invalidi di guerra, indipendentemente dalla loro qualità di pensionati, purchè non risultino abbienti (circ. 9 ottobre 1924 n. 20400-1 e 13 ottobre 1926 n. 20400-13-C, del Ministero dell'interno); così, parimenti, per i fanciulli illegittimi collocati a baliatico o in allevamento esterno nel territorio del Comune, anche se le persone cui siano affidati non siano iscritte nell'elenco dei poveri R.D.L. 8 maggio 1927, n. 798, art. 14).

8. — Poche osservazioni sono sufficienti per la cura gratuita dei poveri in apposite sale di consultazione (ambulatori), da effettuarsi nei casi in cui la cura a domicilio si palesi inadeguata rispetto alla natura della malattia. La relativa spesa fa anch'essa carico ai Comuni, che vi provvedono mediante ambulatori propri o di altri enti. L'istituzione di ambulatori propri è prevista espressamente, con o senza il concorso dello Stato, per alcune specie di malattie: così i dispensari pubblici per malattie veneree, che sono obbligatori pei Comuni capoluoghi di provincia o con popolazione superiore ai trentamila abitanti e facoltativi per gli altri: art. 297 e 298 della legge sanitaria 1934; gli ambulatori antitracomatosi: art. 285; i dispensari antitubercolari: art. 143 del regolamento 15 aprile 1926 n. 718 sulla protezione ed assistenza della maternità ed infanzia. In tutti gli altri casi i Comuni possono servirsi dei servizi ambulatori esistenti in ogni ospedale per la medicina, la chirurgia e le altre specialità: a tale fine dispone l'art. 10 del R.D. 30 settembre 1938 n. 1631 che possono essere stipulate convenzioni con le amministrazioni ospedaliere per la cura

ambulatoriale dei poveri, cui viene rilasciata un'apposita scheda per l'annotazione delle prestazioni ricevute.

Come per la cura a domicilio, così per la cura ambulatoriale i Comuni sono esenti dal relativo onere se e nella misura in cui ad essa provvedono per obbligo statutario le istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza svolgenti la loro attività nella circoscrizione.

9. — Maggiore importanza riveste l'assistenza legale sanitaria che viene corrisposta gratuitamente ai poveri mediante il ricovero in ospedali, quando sia impossibile la cura a domicilio o negli ambulatori o dispensari.

Nei limiti e alle condizioni che ora indicheremo, la spesa per la cura ospedaliera, comprendente il mantenimento, le prestazioni sanitarie e la somministrazione dei medicinali, ricade sui Comuni (legge comunale e provinciale 1934, art. 11, lett. H, n. 4), tranne che, in base al principio più volte rammentato, si tratti di poveri che abbiano titolo all'assistenza gratuita di opere pie ospedaliere. Anche in questo caso, però, può aver luogo una partecipazione dei Comuni di appartenenza dei ricoverati all'onere finanziario della cura: infatti, l'art. 78 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, modificata con il R.D. 30 dicembre 1923, n. 2841, dispone che a tali Comuni può esser richiesto dall'ospedale il rimborso delle spese di degenza, quando i fondi dell'ente siano insufficienti rispetto alla spesa necessaria per i ricoverati aventi titolo all'assistenza gratuita secondo le relative norme statutarie; per la misura del rimborso si terranno presenti l'eccedenza della spesa risultante dal conto del precedente esercizio finanziario e, per ogni Comune, il numero delle giornate di degenza consumate dai rispettivi infermi. Sono fatte salve le particolari disposizioni contenute nelle convenzioni che siano stipulate fra gli ospedali e i Comuni per regolare i reciproci rapporti attinenti all'assistenza gratuita dei poveri.

All'assistenza ospedaliera dei poveri i Comuni possono provvedere direttamente, quando dispongono di ospedali propri, ma, dato lo scarso numero di questi, è normale il caso che essi si servano degli ospedali gestiti da istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, verso cui sono tenuti a rimborsare le spese di degenza. Ferma l'ipotesi, già accennata, di un loro esonero totale o parziale dall'obbligo della spesa, è previsto altresì che nei limiti di questo essi possono rivalersi secondo l'ordine: 1) sugli eventuali avanzi di gestione delle opere pie locali, aventi per fine l'erogazione delle rendite per il mantenimento di infermi in ospedali; 2) su di un terzo delle rendite destinate a sussidi di carattere indeterminato dagli Enti comunali di

assistenza e dalle altre locali istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (art. 78 d della legge 1890, cit.).

Per il ricovero gratuito dei poveri negli ospedali appartenenti a istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza la legge 1890 e il decreto 1923 che la modifica dettano le seguenti disposizioni. Ogni ospedale, secondo la propria competenza nosologica e nei limiti dei mezzi disponibili, è obbligato a provvedere all'assistenza e alla cura dei poveri affetti da malattie acute, dei feriti e delle donne nell'imminenza del parto: sole condizioni sono la dimostrazione dello stato di povertà del richiedente e la necessità del ricovero in dipendenza dell'impossibilità della cura a domicilio o negli ambulatori o dispensari. Quando però si tratti di povero che, secondo le disposizioni statutarie, non abbia titolo all'assistenza gratuita e che sia perciò a carico del Comune di appartenenza, occorre che l'ammissione nell'ospedale sia preceduta da un'ordinanza del sindaco del luogo, che dichiari urgente il ricovero: mancando questo provvedimento, l'ospedale decade dal diritto al rimborso delle spese di degenza. Solo quando l'urgenza sia tale da non consentire l'emissione dell'ordinanza prima del ricovero, questo può essere effettuato in via provvisoria, in seguito a verbale d'ammissione, redatto da un apposito sanitario dell'ospedale, da cui risulti la circostanza dell'eccezionale urgenza: ma anche in questo caso devesi promuovere, nei due giorni successivi, l'emissione dell'ordinanza. Questa può essere emanata anche dal prefetto, direttamente o in seguito a reclamo contro il rifiuto del sindaco di provvedere. Inoltre, agli effetti del rimborso della spesa della cura ospedaliera il ricovero deve essere in tutti i casi notificato, entro cinque giorni dalla data dell'emissione, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, al Comune del presunto domicilio di soccorso del ricoverato (artt. 78 a, 78 b, 79 della legge 1890, modificata con R.D. 1923, n. 2841).

Questa disciplina della cura ospedaliera dei poveri a carico dei Comuni risponderebbe meglio allo scopo se si procedesse a un'adeguata distribuzione territoriale degli ospedali, già in numero insufficiente, di cui attualmente alcune zone sono ancora prive, mentre in altre sembra che quelli esistenti abbiano talvolta una capienza di letti superiore al necessario. È opportuno quindi che il problema organizzativo del servizio ospedaliero sia rivisto, predisponendo in ogni provincia (o in ogni regione) un programma per la coordinazione dei centri ospedalieri. Ma soprattutto va richiamata l'attenzione sull'ingentissimo onere delle spese di spedalità che grava sui Comuni, ed a cui essi, per le stremate condizioni economiche, non riescono a far fronte, restando così debitori per somme rilevanti verso gli enti

ospedalieri, malgrado le possibilità di rivalsa che abbiamo additato e che sono del tutto insufficienti, anche quando portino a qualche risultato. Questa situazione è ulteriormente aggravata da altre circostanze. In primo luogo, il concetto di povertà nell'assistenza ospedaliera è inteso in senso alquanto più largo che nell'assistenza a domicilio, dove si tende a identificarlo con l'assoluta penuria di mezzi di sostentamento (indigenza), mentre per l'assistenza ospedaliera è prevalente la nozione di povertà relativa. In secondo luogo i sindaci della circoscrizione in cui trovasi l'ospedale usano largheggiare anche troppo nell'emissione dell'ordinanza per il ricovero urgente dei malati che abbiano il domicilio di soccorso in altri Comuni, rendendo così più pesante l'onere vicendevole.

Comunque, l'onere della cura ospedaliera fa carico ai Comuni solo quando si tratta di poveri affetti da malattie acute. Ne sono esclusi i malati cronici, tranne che sia ordinato il loro ricovero d'urgenza per qualche malattia acuta o per l'acutizzarsi del loro male, durando allora la degenza fino alla guarigione della prima o alla cessazione dello stato acuto. Anche per i tubercolotici le spese di spedalità incombono sui Comuni solo in caso di ricovero d'urgenza di poveri per i quali la malattia si presenti allo stato acuto. Viceversa la spesa per il ricovero dei pellagrosi poveri è suddivisa in parti uguali fra il Comune e la Provincia, ma è previsto un sussidio annuale ai Comuni per l'impianto e il funzionamento degli istituti curativi contra la pellagra (artt. 334 e 335 della legge sanitaria 1934). Si deve ritenere altresì che la spesa per la cura ospedaliera dei poveri affetti da malattie veneree gravi sui Comuni, quando la malattia non è in fase contagiosa o non lo è più, essendo previsto l'onere dello Stato solo quando essa è contagiosa e limitatamente al periodo in cui durano le relative manifestazioni (art. 303 della legge sanitaria); analogo principio vale per i lebbrosi poveri (art. 286).

Alla regola dell'obbligo del Comune per la spesa della cura ospedaliera dei malati poveri è fatta eccezione quando si tratta di stranieri: allora l'onere fa carico allo Stato, purchè il ricovero abbia carattere di urgenza e sia stato preceduto dall'apposita ordinanza amministrativa. Sono fatte salve le eventuali convenzioni internazionali per la rivalsa delle spese di spedalità verso lo Stato estero, ma, indipendentemente da esse, l'ospedale esercita il diritto di rimborso nei confronti del nostro Stato. L'obbligo di questo è escluso solo quando l'assistenza ospedaliera sia prestata da istituti destinati ad accogliere esclusivamente infermi di nazionalità straniera o infermi senza distinzione di nazionalità.

10. — L'assistenza agli alienati poveri è effettuata a spese della Provincia (legge comunale e provinciale 1934, art. 144 lett. G n. 1) in ospedali specializzati (manicomi), destinati al ricovero e alla cura degli infermi di mente (regolamento 16 agosto 1909, n. 615, art. 1). Se la Provincia ha un proprio manicomio o fa parte di un consorzio per il mantenimento di un manicomio comune, il ricovero ha luogo in esso; altrimenti, si provvede mediante il ricovero nel manicomio di un'altra Provincia o in un manicomio privato, sulla base di speciali convenzioni (regolamento cit., art. 72). Anche lo Stato ha propri manicomi, ma essi servono solo al ricovero di alienati giudicabili o condannati (manicomi giudiziari), per i quali la spesa grava appunto su tale ente (legge 14 febbraio 1904, n. 36, art. 6).

In ogni caso, l'internamento nei manicomi avviene in seguito a ordinanza dell'autorità giudiziaria, o, se v'è urgenza, dell'autorità locale di pubblica sicurezza; trascorso un periodo di osservazione sul maniaco da cui risulti confermata la necessità del ricovero, l'ordinanza viene sostituita da un provvedimento definitivo del Presidente del Tribunale.

La legge non fa distinzione fra le varie specie di alienati, onde in questa categoria debbono ritenersi compresi tanto i pazzi pericolosi quanto i maniaci innocui e i dementi. La spesa per il ricovero, la cura e il mantenimento di essi grava, come si è detto, sulla Provincia, a condizione che risulti il loro stato di povertà e che non vi siano parenti tenuti agli alimenti nell'ordine stabilito dall'art. 433 del Codice civile (art. 73 del regolamento 1909, cit.): la nozione di povertà, a quanto si ritiene, è quella relativa, ed è comprovata in base alle attestazioni sulla situazione di famiglia dell'alienato e sulle sue condizioni economiche, che i Comuni sono obbligati a trasmettere alle amministrazioni dei manicomi pubblici ed alle amministrazioni provinciali interessate (art. 47 del cit. regolamento), nonchè, in aggiunta ed anche contro di essi, mediante testimonianze autorevoli e deduzioni fondate. Peraltro, le Provincie reclamano il diritto di rivalersi di tale spesa sull'Istituto nazionale per l'assistenza malattie ai lavoratori, quando l'alienato risulti iscritto ad esso, e fondano le loro ragioni sull'interpretazione analogica di una nota circolare del Ministero dell'interno, Direzione di Sanità, 25 maggio 1940, n. 20400-15/48282, con cui è stato posto a carico dell'Istituto l'onere delle spedalità ordinarie dei Comuni entro il limite di 180 giorni. In ogni caso, è opinione generalmente condivisa che l'obbligo della Provincia per la spesa degli alienati poveri è subordinato nella sua esistenza e misura all'assistenza dovuta a costoro da opere pie e fondazioni nella circoscrizione, secondo le disposizioni dei relativi statuti. Così pure

non sono a carico delle Provincie le spese per gli alienati di nazionalità straniera, essendo disposto dall'art. 9 della legge 1904 che il relativo onere è sostenuto dallo Stato, salvo gli effetti di eventuali convenzioni internazionali: in ordine a ciò, la Provincia che ha anticipato la spesa è ammessa a chiederne il rimborso allo Stato secondo le norme già viste per la cura degli stranieri negli ospedali, facendone domanda al prefetto della Provincia in cui ha sede il manicomio ed allegando la contabilità della spesa in doppio esemplare, la tabella nosologica, una copia dell'ordinanza di ricovero provvisorio o definitivo (art. 76 del regolamento 1909 cit.).

Giova accennare che, quando si tratta di mentecatti innocui e tranquilli, la loro assistenza può essere affidata alla famiglia, a parenti o ad estranei, corrispondendo a costoro, se siano poveri, una retta in misura sempre inferiore alla diaria di degenza, da determinarsi caso per caso (art. 62 del regolamento). Se, invece, è disposto il loro ricovero, esso deve avvenire negli appositi istituti destinati a tale categoria di alienati, o, in mancanza, in reparti separati dei manicomi. Per i pazzi furiosi o di pubblico scandalo il ricovero in manicomio è sempre obbligatorio.

Le spese della Provincia per il ricovero degli alienati comprendono la somministrazione del vitto, la fornitura del vestiario, le cure mediche, i medicinali ed ogni altra occorrenza, nonchè il trasporto da un manicomio all'altro. Ne sono eccettuate le spese per il trasporto in manicomio, che fanno carico ai Comuni dove trovasi l'alienato al momento in cui viene constatato il suo stato mentale. Quando trattasi di spese di competenza della Provincia, la determinazione della Provincia tenuta a corrisponderle è fatta secondo il criterio del domicilio di soccorso, di cui ora diremo; ma, intanto, al ricovero e agli oneri relativi deve provvedere la Provincia nel cui territorio trovasi l'alienato, senza riguardo al domicilio di soccorso o al domicilio semplice o alla residenza di costui, salvo rivalsa sulla Provincia, a cui incombe l'obbligo del mantenimento del ricoverato.

L'onere della spesa cessa soltanto in caso di guarigione dell'alienato, e precisamente quando viene pronunciata la sua dimissione o il suo licenziamento dal manicomio. La prima è decretata dal Presidente del Tribunale su richiesta del direttore dell'istituto o dell'amministrazione provinciale, sentito quest'ultimo; il secondo è un provvedimento del direttore, che deve dare di esso comunicazione al Procuratore della Repubblica e all'autorità di pubblica sicurezza: il Procuratore della Repubblica, sulla base di una relazione sulle condizioni del licenziato, farà quindi emettere, se nulla osta, il licenziamento definitivo, che ha carattere di urgenza. La spesa per ricon-

durre l'alienato guarito in famiglia o, se questa non esiste, per il rimpatrio e il collocamento di esso a cura dell'autorità di pubblica sicurezza incombe egualmente alla Provincia. Qualora l'alienato, pur non essendo del tutto guarito, abbia raggiunto un tal grado di miglioramento da poter essere curato a domicilio, il direttore del manicomio, in via di esperimento, può consegnarlo alla famiglia, o, in mancanza, a una persona nominata dal Procuratore della Repubblica: a questa e alla famiglia che non abbia mezzi sufficienti viene in tal caso corrisposta una congrua retta per il mantenimento e la cura.

11. — Come si è visto, l'onere per l'assistenza ospedaliera e manicomiale dei poveri grava rispettivamente sui Comuni e sulle Provincie. Si tratta ora di determinare quale sia il Comune o la Provincia effettivamente tenuti all'obbligo della spesa.

La legge fissa a questo scopo un criterio, che è quello del domicilio di soccorso del ricoverato, stabilendo che obbligati alla spesa sono il Comune o la Provincia nel cui territorio il ricoverato ha appunto il domicilio di soccorso (legge 1890 sulle istituzioni di beneficenza, art. 75, art. 72, modificato con R.D. 30 dicembre 1923 n. 2841 e con l'art. 6 del T.U. 14 settembre 1931 n. 1175 sulla finanza locale; art. 72 del regolamento 1909 sugli alienati). Questo però, nel caso della Provincia, non deve intendersi nel senso che esista un domicilio di soccorso provinciale: il domicilio di soccorso è sempre comunale, ossia è riferito a un dato Comune (art. 72 della cit. legge 1890), per modo che, quando occorre accertare la competenza passiva delle spese manicomiali, che gravano sulle Provincie, è al Comune che si deve far capo per determinare il domicilio di soccorso dell'alienato, risalendo poi da tale Comune alla Provincia cui il Comune stesso appartiene.

Ciò premesso, il domicilio di soccorso in linea di principio non coincide nè con la residenza nè con il domicilio, ma è costituito dalla dimora ultraquinquennale in un Comune senza notevoli interruzioni: tale termine è stato poi ridotto a tre anni dall'art. 6 del testo unico sulla finanza locale. La ragione per cui è stato introdotto il domicilio di soccorso in luogo della semplice dimora o domicilio o residenza deve ricercarsi nel fatto che per la sua maggiore durata esso appare meglio idoneo a far presumere che l'interessato abbia contribuito col suo lavoro e con il pagamento di imposte e tasse comunali e provinciali alle necessità degli enti locali tenuti poi alla sua assistenza per il caso di povertà: per questo non vale a far acquistare il domicilio di soccorso in un Comune il tempo trascorso sotto le armi, o in stabilimenti di cura o in stabilimenti di beneficenza pubblica a carico della medesima, ovvero in stabilimenti di pena e in case di corre-

zione, mentre correlativamente non produce interruzione, ma sospensione della dimora in un Comune il tempo trascorso altrove sotto le armi o in stabilimenti di cura (art. 74 della legge 1890), sicchè in caso di ritorno in detto Comune i periodi utili si sommano. La regola della dimora triennale per l'acquisto del domicilio di soccorso non si applica al Comune di Roma, quando si tratta di ammalati ricoverati negli ospedali di questa città, essendo rimasta ferma limitatamente a tale caso la necessità della dimora per più di cinque anni.

Il domicilio di soccorso, una volta acquistato, non si perde se non con l'acquisto del domicilio di soccorso in un Comune diverso.

V'è poi un domicilio di soccorso di carattere derivato, stabilito per i minori, legittimi o riconosciuti, di anni quattordici: essi, infatti, seguono il domicilio di soccorso dell'esercente la patria potestà.

Quando manchino le dette condizioni per l'acquisto del domicilio di soccorso in uno qualsiasi dei Comuni dello Stato, allora si ricorre al criterio del Comune di nascita, senza riguardo alla legittimità di questa, o, trattandosi di cittadino nato all'estero, al criterio del Comune di semplice domicilio (art. 72 cit.).

12. — Secondo le cose dette, il Comune o la Provincia a cui il ricoverato appartiene per domicilio di soccorso è obbligato in via definitiva a sostenere la spesa per il ricovero, la cura e il mantenimento dell'ammalato povero, quando l'ospedale o il manicomio non vi sia obbligato per disposizione del proprio statuto di istituzione di beneficenza o quando eccezionalmente l'onere non ricada sullo Stato, come nel caso di stranieri o di affetti da particolari malattie in fase contagiosa (malattie veneree, lebbra), e salvo comunque ogni norma speciale relativa a una diversa ripartizione dell'onere (come nel caso dei pellagrosi poveri). Ciò consiglia di completare l'argomento con qualche cenno relativo al procedimento per il rimborso delle spese di spedalità anticipate da enti diversi da quelli cui fanno legalmente carico.

Tanto in ordine alle spese di spedalità ordinarie, quanto in ordine alle spese manicomiali, condizione essenziale per poter ottenerne il rimborso è l'urgenza del ricovero, che deve essere dichiarata con apposita ordinanza dell'autorità amministrativa o giudiziaria, secondo la rispettiva competenza. Inoltre il ricovero va notificato al Comune o alla Provincia del presunto domicilio di soccorso del ricoverato e agli stessi deve essere parimenti comunicato ogni anno l'elenco delle spese relative. Le spese di cui è consentito il rimborso sono quelle di spedalità, di soccorso e di assistenza, aventi carattere obbligatorio (onde ne è esclusa la beneficenza facoltativa): il calcolo deve riferirsi alle spese effettivamente sostenute e va effettuato in base al nu-

mero delle giornate di presenza, eccettuato di regola il giorno dell'ammissione del malato o quello del licenziamento. Per agevolare il calcolo della spesa si segue, però, il sistema della spesa media, consistente nello stabilire preventivamente una retta di degenza a cura dell'amministrazione dell'ospedale o del manicomio, in cui si comprendono indistintamente tutte le spese di mantenimento e di cura, tanto medica che chirurgica, sostenute dall'istituzione ospedaliera o dal manicomio.

L'azione di rivalsa è esercitata dall'ente che ha anticipato la spesa: perciò dall'istituzione ospedaliera per le spese di spedalità ordinaria e dalla Provincia del luogo dove trovasi l'alienato al momento del ricovero per le spese manicomiali. Trattandosi delle c.d. spedalità romane, è disposto che il loro pagamento sia effettuato dal Comune di origine del malato, salvo rivalsa verso il Comune dell'eventuale domicilio di soccorso. Va pure ricordato che, in via transitoria, le rette di spedalità consumate dal 1º gennaio 1948 al 31 dicembre 1952, dovute per legge dai Comuni alle istituzioni ospedaliere di beneficenza, sono tutte anticipate dallo Stato, che se ne rivarrà sui Comuni debitori (D.L. 5 gennaio 1948, n. 36).

13. — Concludendo questa rassegna, dovrebbe farsi menzione dell'assistenza sanitaria prestata gratuitamente senza riguardo allo stato di bisogno, in considerazione dello speciale carattere della malattia o della categoria di persone a cui essa è indirizzata: così la cura delle malattie veneree in fase contagiosa; l'assistenza antimalarica, mediante somministrazione di chinino o medicinali sussidiari, cure mediche a domicilio o in ambulatori o, se necessario, in ospedali o in appositi istituti di cura, agli operai, ai coloni e ai loro familiari nelle zone malariche; l'assistenza antitubercolare svolta dagli appositi Consorzi provinciali e, limitatamente all'infanzia e all'adolescenza, dall'Opera nazionale maternità e infanzia ecc. Non sembra, tuttavia, il caso di fornire ulteriori particolari, trattandosi di assistenza che non ha come presupposto specifico la povertà del malato: è sufficiente, quindi, l'averla ricordata, rinviando per il resto all'apposita relazione che si occupa dell'attività degli enti assistenziali e di previdenza.

BIBLIOGRAFIA

Ci limitiamo a segnalare le opere di carattere generale e, fra queste, le seguenti: Brondi, La beneficenza legale (nel Trattato di diritto amministrativo diretto da V. E. Orlando); Cataldi, L'organizzazione dei servizi di assistenza sanitaria, Milano, 1946; D'Amelio S., La beneficenza nel diritto italiano, Padova, 1931; Levi L., Istituzioni di legislazione sociale, III ed., Padova, 1952; Pappalardo, Commento al testo unico delle leggi sanitarie, Torino, 1935; Vigorelli E., L'offensiva contro la miseria, Milano, 1948; Zanobini, Corso di diritto amministrativo, vol. V, 1950.



Finito di stampare in Milano nel Luglio 1953 nelle officine grafiche dell'Istituto Editoriale Italiano









