

Prospettive Sociali e Sanitarie

17/95

ANNO XXV
1 ottobre 1995

- ▶ Quali strategie di fondo per la sanità?
- ▶ Abuso sessuale sui minori
- ▶ Suicidi in Italia



Istituto per la Ricerca Sociale
Via XX Settembre 24 - 20123 Milano

STAMPA SPED. ABB. POST. 50% MILANO

Bibliografia

- 1) WHO, *World Statistics Quarterly*, 46 (1), 1993.
- 2) C. La Vecchia et al., "Worldwide trends in suicide mortality", 1955-1989, *Acta Psychiatr. Scand.*, 90:53-64, 1994.
- 3) B. D'Avanzo et al., "Suicide mortality in Italy: an update from 1955 to 1987", *Rev. Epidemiol. et Santé Publ.*, 41, 452-460, 1993.
- 4) Istat, *Annuario di statistiche sanitarie*, voll. I-XXV, Roma, 1959-1984.
- 5) Istat, *Cause di morte*, Roma, ed. 1989-1994.
- 6) Università degli Studi di Roma "La Sapienza", *Ricostruzione della popolazione residente per sesso, età e regione, anni 1952-1972*, Roma, 1983.
- 7) Istat, "Popolazione residente per sesso, età e regione", *Boll. Mens. Stat.*, 1976, 10, suppl.; 1978, 11, suppl.; 1985, 21, suppl.
- 8) Istat, *Annuario di Statistiche Demografiche*, Roma, 1986-1992.
- 9) R. Doll et al., *Comparison between registries: age-standardized rate*. IARC Sci. Publ., 42, pp. 671-675, 1982.
- 10) P. Burton et al., "Increasing suicide rates among young men in England and Wales", *Br. Med. J.*, 300, pp. 1695-1696, 1990.
- 11) C. Pritchard, "Suicide, unemployment and gender variations in the Western world 1964-86. Are women in Anglophone countries protected from suicide?", *Soc. Psychiatry Epidemiol.*, 25, pp. 73-80, 1990.
- 12) J. M. Sverre, "Trends in suicide mortality among the elderly in Norway, 1966-1986", *Epidemiology*, 2, 252-256, 1991.
- 13) M. A. Woudbury et al., "Trends in the US suicide mortality rates 1968 to 1982: race and sex differences in age, period and cohort components", *Int. J. Epidemiol.*, 17, 356-362, 1988.
- 14) S. Platt, "Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature", *Soc. Sci. Med.*, 19, 93-115, 1984.
- 15) S. Platt et al., "Suicide and unemployment in Italy: description, analysis and interpretation of recent trends", *Soc. Sci. Med.*, 34, 1191-1201, 1992.
- 16) L. I. Dublin, *Suicide: a sociological and statistical study*, New York, Ronald Press, 1973.
- 17) D. M. Shepherd, B. M. Barnatough, "Work and suicide: an empirical investigation", *Br. J. Psychiatry*, 136, pp. 469-478, 1980.
- 18) N. Kreitman, S. Platt, "Suicide, unemployment and domestic gas detoxification in Britain", *J. Epidemiol. Comm. Health*, 38, pp. 1-6, 1984.
- 19) R. F. W. Dickstra, "Suicide and suicide attempts in the European Economic Community: an analysis of trends with special emphasis on trends among the youth", *Suicide and life-threatening behaviour*, 15, pp. 402-421, 1985.
- 20) R. F. W. Dickstra, "An international perspective on the epidemiology and prevention of suicide", in S. Blumenthal, D. Kupfer, *Suicide over the life cycle*, Washington, APA Press, 1990, pp. 533-69.
- 21) D. De Leo et al., "Suicidio e tentato suicidio. Difficoltà di un approccio epidemiologico", *Rivista di Psichiatria*, 23, pp. 43-47, 1988.
- 22) WHO Technical Report Series, n. 731, 1986 (Young People's Health. A challenge for society: report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000").

Accertamenti e revoche

Quali garanzie?

Gianni Sella

Dai primi di settembre l'esplosione di "Invalidapoli" sta portando alla luce scandali e corruzione nel campo delle invalidità, e tanto marcio è destinato a emergere ancora con il procedere dei controlli e delle indagini. La "caccia" ai falsi invalidi, che in questi giorni sta proseguendo a tamburo battente, contribuirà senza dubbio a ripulire la situazione: bisogna però prestare attenzione, evitando che vengano penalizzati i veri invalidi. L'articolo che segue mostra alcuni possibili rischi in questo senso, sollevando il problema delle garanzie dei diritti degli invalidi sottoposti all'accertamento.

Il Presidente della Corte dei conti e il Ministero del tesoro hanno informato che nel 1994 sono stati effettuati 15 mila controlli per verificare la permanenza dei requisiti che danno diritto alle provvidenze economiche agli invalidi civili. Nel 1994 vi sono state 3.000 revoche e 1.500 rimmesse: nei primi mesi del 1995 vi sono state 1.000 revoche su 3.000 verifiche. I titolari di assistenza economica a carico del Ministero dell'interno sono circa 1.400.000 con una spesa complessiva di 16.000 miliardi annui. Si ritiene che vi siano molti cittadini che percepiscono indebitamente pensioni, indennità e assegni e sono state emanate leggi e disposizioni amministrative per contrastare il fenomeno delle pseudoinvalidità (dichiarazioni annuali di responsabilità, nuove classificazioni e definizioni delle percentuali, Commissioni militari di controllo, ecc.), ma soltanto recentemente è stato definito il sistema delle verifiche e delle revoche e sono state potenziate le Commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra e di invalidità civile (dpr 698/94). È emina-

ciata l'offensiva contro i falsi invalidi e nel 1995 si prevedono 30 mila accertamenti nelle zone a più alta densità di invalidi e senza preavviso.

Interessa chiedersi se i diritti degli handicappati sottoposti a revisione sono sufficientemente garantiti. Occorre premettere che il grado di invalidità, e il diritto alle varie forme di assistenza, viene calcolato in misura percentuale e che quindi la riduzione di due o tre punti può costituire motivo di revoca. Per esempio per ottenere l'assegno mensile di assistenza occorre, tra gli altri requisiti, avere una minorazione o un'infirmità invalidante superiore al 74%, per la pensione di inabilità l'invalidità deve essere del 100%, per l'indennità di accompagnamento, oltre alla totale inabilità, è richiesto che il soggetto abbia bisogno di assistenza continuativa.

Tra le 3.000 revoche del 1994 ve ne sono moltissime decretate sulla base di una diminuzione di qualche punto della percentuale di invalidità: dal 100% al 92%, dal 76% al 72%, dalla formulazione "totalmente inabile e bisognoso di accompagnamento" a quella di "totalmente inabile". È evidente che la percentualizzazione della minorazione e le soglie fisse per le diverse tipologie di provvidenza, si prestano in molti casi ad arbitrarie o indimostrabili valutazioni dei parametri di definizione. Mentre infatti sarebbe facile stabilire se una persona ha subito un deficit lieve (superiore a 1/3), medio (superiore a 2/3) o grave (100%) è invece impossibile e sostanzialmente illegittimo stabilire che l'invalidità è del 95% anziché del 100%.

In ogni caso tutti coloro che fruiscono di assegni, pensioni e indennità fonda-

no il loro diritto su un accertamento medico-legale; si può quindi affermare che le verifiche sui requisiti costituiscono una revisione dell'amministrazione pubblica sull'operato di propri organi (Commissioni sanitarie per l'invalidità civile), che avrebbero potuto largheggiare nei riconoscimenti dell'invalidità fino a determinare diritti illegittimi. In questo senso non si può configurare una responsabilità soggettiva dell'invalido, né d'altra parte ci dovrebbe essere "l'indebito oggettivo", cioè il diritto da parte dello Stato di richiedere ciò che ha pagato. Invece la legislazione vigente stabilisce che se l'accertamento dei requisiti ha esito negativo, si verifica non solo la revoca ma anche l'obbligo di restituire le "somme indebitamente percepite". Questo spiega perché nel 1994, oltre alle revocazioni, vi sono state 1.500 rinunce.

Il Ministero del tesoro e le Prefetture possono verificare in ogni momento e senza preavviso la sussistenza dei requisiti medico-legali prescritti per la concessione delle pensioni. Gli accertamenti vengono effettuati dalle Commissioni della sanità militare (ritenute più affidabili di quelle Usl). In caso di mancanza dei requisiti si dà fuoco alla sospensione cautelativa del pagamento e dopo ulteriori controlli si può disporre la revoca definitiva.

Contro il provvedimento di revoca gli interessati possono presentare ricorso al Ministero dell'interno che decide entro 120 giorni, decorsi i quali il ricorso si intende respinto. In questo ultimo caso non resta che la possibilità di un procedimento davanti a un giudice ordinario. È evidente che di fronte a un meccanismo tanto perverso e borbonico le possibilità di rivalsa per il cittadino sono minime.

Ma oltre il danno vi è la beffa. Basta esaminare un decreto di revoca del Ministero del tesoro (modello prestampato). Si comunica al titolare della pensione, assegno o indennità che a seguito di accertamenti sanitari a cui è stato sottoposto "è stato riconosciuto affetto da un grado di invalidità inferiore a quello stabilito per usufruire della provvidenza". Si chiede quindi se l'interessato acconsente alla immediata cessazione dell'erogazione e si avverte: "in

caso di mancata rinuncia si procederà al completamento del procedimento fino all'eventuale emissione del provvedimento di revoca che comporterebbe: a) la ripetizione delle somme percepite dopo la data della visita; b) la ripetizione delle somme percepite nell'anno precedente alla data dell'accertamento".

Si tratta in sostanza di una vera e

propria minaccia ricattatoria poiché se l'interessato non resiste non subirà danni economici, se invece propone ricorso (che quasi sicuramente non avrà esito) gli verrà imposto di restituire le somme ottenute in tutto l'anno precedente.

Bisogna evitare che la "caccia ai falsi invalidi" finisca per danneggiare quelli veri. □

NOTIZIE FLASH 15-30 SETTEMBRE

Il Comitato Affari sociali della Camera ha messo agli atti un progetto di legge che prevede un anno di corso di laurea in scienze dell'organizzazione sanitaria. Il corso, che manterrebbe fra gli anni lauree, prevede tre diversi indirizzi: infermieristico-assistenziale, tecnico e sanitario. Il nuovo manager della sanità si occuperà della gestione e della programmazione delle attività delle

strutture sanitarie pubbliche e delle istituzioni private, e coordinerà le diverse attività assistenziali realizzate dalle regioni attraverso uno specifico servizio attuato dall'Usl e dalle aziende ospedaliere regionali.

Per poter esercitare il ruolo di manager sanitario dopo la laurea sarà necessario un tirocinio di pratica nella strutture sanitarie pubbliche o private.

DALLA SALUTE DEGLI IMMIGRATI... ALL'INFERMIERISTICA INTERCULTURALE

Convegno nazionale
Casalmaggiore (Cremona), 29 novembre 1995

L'attività quotidiana degli infermieri e degli altri operatori socio-sanitari è ricca di relazioni interpersonali, sia con interazioni dell'organizzazione sanitaria che clienti.

Gli studi, nella formazione di base e permanente, si sono fondati sulla comprensione psicologica, sociologica e pedagogica della relazione stessa.

L'esperienza ha poi dimostrato l'insufficienza di queste conoscenze per comprendere i comportamenti propri e degli altri.

A partire dall'aumento del fenomeno immigratorio, si sono acuiti i suddetti limiti disciplinari e si è imposta la ricerca di altre e nuove chiavi di lettura.

Nel momento storico in cui gli operatori socio-sanitari escono dal ghetto culturale dell'esecutività subordinata, per assumere gradualmente il ruolo di professionisti protagonisti dello stato di salute della popolazione, favorendo anche l'economicità di gestione, non è più possibile esimersi dalla sfida di ricercare nuovi approcci ai fenomeni socio-sanitari e relazionali.

L'infermieristica interculturale intende seguire questo percorso di ricerca.

Relazioni

- *immigrazione e salute: sfida alle certezze della medicina occidentale;*

- *antropologia e infermieristica: Quali elementi disciplinari comuni?*

- *quali di vita e sviluppo dell'istanza di identità nella professione infermieristica;*

- *l'infermiere e le altre culture: i risultati di una ricerca;*

- *interculturalità e umanizzazione;*

- *presentazione di alcune esperienze significative.*

Informazioni e segreteria

Presidio scolastico, azienda USL 26
via Formis - S. Chiara - Casalmaggiore (CR)
Tel. 0375/200934