

# Prospettive Sociali e Sanitarie

20/95

ANNO XXV  
15 novembre 1995

- ▶ Sanità tra Stato, Regioni e mercato
- ▶ Lungodegenza, cronicità, demenza
- ▶ Assistenza domiciliare per pazienti con Aids

potrebbe nuocere alla tipologia e alla qualità dei servizi in quelle Regioni non in grado di coprire autonomamente eventuali carenze di finanziamento. Ciò potrebbe porre in futuro seri problemi di equità.

L'altro aspetto riguarda il sistema di finanziamento di tipo prospettico (tramite DRG) degli ospedali.

Considerato che i nostri ospedali, per motivi storici, trattano parimenti casi acuti e casi cronici, l'introduzione di questo strumento (pensato negli USA per ospedali per acuti) potrebbe provocare l'espulsione dalle strutture di quest'ultima tipologia di pazienti, che, in assenza di adeguati supporti riabilitativo-assistenziali, finirebbero abbandonati a se stessi (è il caso delle cosiddette "dimissioni non protette"). Un utilizzo efficiente dello strumento nella realtà italiana porrebbe però seri problemi in termini di equità. La soluzione sembra legata anche in questo caso all'introduzione di metodiche di verifica e revisione della qualità delle cure, oltre a un monitoraggio costante delle modalità di applicazione dei DRG.

Il medico di medicina generale è una figura a cui è affidata gran parte della responsabilità nel processo di riforma del sistema, ed è stato anche l'ultimo punto toccato dal gruppo di lavoro. Anche in quest'ambito è necessario un cambiamento di prospettiva, soprattutto culturale: la prospettiva clinica del medico deve raccordarsi con quella personale del paziente, coinvolgendone i giudizi di valore e le esigenze più complessive, attraverso la condivisione delle decisioni (la cosiddetta "alleanza" terapeutica). Inoltre va realizzata una gestione unitaria del paziente all'interno della rete dei servizi e delle strutture di secondo livello.

Si tratta di valorizzare un processo di gestione di risorse tecnologiche, economiche e umane, che può rappresentare un importante contributo alla costruzione di indicatori di efficacia ed efficienza del lavoro del medico.

A patto che venga sostenuto da una formazione professionale continua e verificata e da un arricchimento delle capacità di gestire e valutare. E da un adeguato riconoscimento economico della professionalità. □

# Il collocamento al lavoro degli handicappati

Gianni Selleri

Un comitato ristretto della Commissione lavoro del Senato ha prodotto un testo unificato di alcuni disegni di legge relativi al collocamento al lavoro degli handicappati.

Il testo è risultato dai seguenti disegni di legge:

- Daniele Galdi e altri: "Norme sul diritto al lavoro dei disabili" (n. 260), PDS e progressisti;

- Gei e altri: "Norme in materia di collocamento obbligatorio dei disabili" (n. 514), CCD;

- Pains e Marchini: "Modifica alla disciplina generale delle assunzioni obbligatorie", (n. 582), Lega;

- Camo e altri: "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" (n. 642), Patto Italia;

- Mulas: "Norme per garantire il diritto al lavoro dei disabili", (n. 1129), Alleanza Nazionale.

È dal 1972 (!) che si cerca inutilmente di riformare e razionalizzare la normativa per l'integrazione al lavoro; in sette le legislature sono state presentate circa 80 proposte di legge e prodotti 4 testi unificati, che non sono mai stati discussi dal Parlamento.

Come in un incubo ricorrente, dovrei descrivere l'ultimo "testo unificato" che sembra il peggiore di tutti quelli precedenti.

Si tratta di un elaborato di pessima fattura tecnica che tenta di conciliare il collocamento dei disabili con le leggi dell'economia di mercato.

Rispetto al "testo Rosati" del 1994 che costituiva un discreto punto di equilibrio tra l'esigenza di riforma della 482 e la nuova realtà del mercato del lavoro (che non può più sopportare

imposizioni legali), quest'ultimo progetto è un "pastone" che raccoglie pochi indirizzi positivi e quasi tutte le indicazioni limitative e negative che erano state individuate durante la storia infinita delle audizioni, delle commissioni di studio e delle elaborazioni parlamentari.

Ecco i punti essenziali del nuovo disegno di legge:

- i disabili vengono ancora definiti e individuati sulla base del grado di invalidità e per la riduzione della capacità lavorativa, anziché sulle potenzialità residue (vi sono ancora "gli invalidi di guerra", la cui età media dovrebbe essere sui 75 anni);

- si precisa preliminarmente che il collocamento deve essere coerente con le effettive capacità di ogni soggetto, ma soprattutto con le esigenze organizzative e produttive del datore di lavoro che lo impieghi (questo inciso è ragionevole ma anche giuridicamente limitativo e discrezionale);

- le quote di riserva sono state sensibilmente ridotte rispetto a quelle attuali (15%); i datori di lavoro pubblici e privati che occupano da 25 a 35 dipendenti sono tenuti ad assumere almeno un disabile, quelli che hanno più di 35 dipendenti devono occuparne il 7 per cento, la quota può essere ridotta di una unità per ogni disabile occupato con una riduzione della capacità lavorativa superiore al 79% (?), d'altro canto le imprese che hanno fino a 30 dipendenti non sono obbligate ad assumere disabili con invalidità superiore al 79%;

- l'obbligatorietà dell'assunzione tende a scomparire; oltre al consueto e ampliato meccanismo degli esonerati par-

ziali e delle esclusioni, non sono tenuti ad assumere invalidi le organizzazioni di volontariato, quelle di ricerca e di cultura "nonché i partiti politici e i sindacati" salvo che per il personale tecnico esecutivo (poca fiducia nell'intelligenza degli handicappati);

- inoltre un decreto del Presidente del Consiglio definirà le mansioni che non consentono o consentono in misura ridotta l'occupazione dei disabili;

- altra scappatoia: "i datori di lavoro che non possono occupare (ma chi lo stabilisce?) l'intera percentuale di disabili possono a domanda essere esonerati a condizione che versino... un contributo esonerativo per ogni unità non assunta di lire 25.000 giornaliera";

- l'assunzione può essere fatta in due modi: mediante richiesta all'Ufficio del Lavoro (numerica per il 50 per cento, per i disabili psichici è sempre nominativa) oppure attraverso la stipula di convenzioni;

- la convenzione costituisce la vera "novità" del testo, ma anche un'effettiva possibilità per vanificare il diritto al lavoro: "al fine di favorire l'inserimento lavorativo dei disabili che presentano maggiori difficoltà, l'Ufficio Provinciale del Lavoro può stipulare col datore di lavoro una convenzione.... La convenzione prevede, a seconda del grado di incapacità dei disabili (superiore al 79%, tra il 67 e l'80%), la fiscalizzazione totale o parziale degli oneri sociali, rimborsi forfettari per la trasformazione del posto di lavoro, contributi per tecnologie di telelavoro e altri incentivi per il datore di lavoro (compreso il versamento all'azienda dell'indennità di accompagnamento dell'handicappato occupato!); è prevista infine la fiscalizzazione degli oneri in misura del 50% "relativi ai lavoratori che si impegnano ad agevolare l'inserimento dell'invalido psichico";

- le convenzioni (e qui sta il guaio) sono finanziate attraverso il Fondo regionale per l'occupazione dei disabili che ha una "disponibilità convenzionale complessiva di lire 30 miliardi annui". Le Regioni dovrebbero istituire un fantomatico Fondo regionale alimentato da contributi privati e dalle sanzioni e dalle ammende delle imprese inadempienti. In realtà l'unica co-

pertura finanziaria prevista è quella per il "Fondo nazionale per l'occupazione dei disabili" che è pari a lire 50 miliardi per gli anni 1995, 1996 e 1997: il fatto straordinario è questo: il Fondo è alimentato "con una quota non superiore al 30% delle risorse di ciascun fondo regionale...". È un pasticcio inestricabile che significa concretamente che i finanziamenti sono "convenzionali" o non ci sono;

- in ogni caso la proposta precisa: "Il datore di lavoro che non intenda procedere all'adempimento dell'obbligo previsto dalla presente legge attraverso la stipula della convenzione è tenuto ad assumere i lavoratori facendone richiesta di avviamento all'Ufficio provinciale del lavoro...". È evidente che tutti i datori di lavoro chiederanno la convenzione (se non altro per prendere tempo) e che per l'esiguità o l'inesistenza dei finanziamenti la medesima potrà essere stipulata per una minima percentuale dei casi con il risultato di bloccare di fatto l'inserimento lavorativo. Infatti l'alternativa è costituita dalla richiesta, numerica o nominativa, di avviamento; in caso di mancata richiesta, gli Uffici provinciali del lavoro invitano il datore di lavoro ad assumere

suggerendogli il nominativo più adatto. Dopo questo scambio di cortesia, ove il datore di lavoro sollecitato non provveda all'assunzione, l'Ufficio del lavoro (per punizione?) "avvia un lavoratore con qualsiasi qualifica e secondo l'ordine di graduatoria...", che sarebbe la regola.

Per il resto il testo unificato riproduce norme già vigenti o addirittura le peggiora per quanto riguarda gli impieghi pubblici. Vengono riproposte le Commissioni provinciali per il collocamento e la Sottocommissione centrale con i consueti privilegi per le associazioni storiche; i criteri di avviamento, i concorsi pubblici, le norme attuative (sono previsti 7 decreti ministeriali), la reintroduzione delle assunzioni obbligatorie degli orfani, delle vedove, delle vittime del terrorismo e dei profughi completano il progetto. Soltanto per quanto riguarda le sanzioni amministrative c'è una maggiore severità.

Il commento potrebbe continuare (per esempio circa le discriminazioni per gli handicappati psichici e intellettivi); tutto sommato non resta che impegnarsi in un difficile tentativo di modificazione o augurarsi che questo Parlamento venga presto sciolto. □

#### NOTIZIE FLASH 1-15 NOVEMBRE

L'Asso (Associazione dei Comuni Italiani) ha creato Federsanità, l'associazione finalizzata all'attuazione della riforma sanitaria sul territorio alla quale hanno fra subito aderito nelle aziende sanitarie (già 90 direzioni generali di azienda) a rispedire. Presieduto da Giuseppe Marconi (ex sindaco di Yverdon) Federsanità si propone in particolare di evitare le scollature fra le competenze dettate dalla riforma sanitaria (L. 143/82 e 147/82) e quelle dei comuni che vivono in un'area sanitaria (comuni). Senza riproporre modelli di compatibilità in merito alla gestione diretta del Ssn, 99) questi nuovi organi di Comune intendono offrire il riconoscimento di un ruolo più "istituzionale" nell'attività di indirizzo di validazione delle politiche sanitarie del territorio. La richiesta di

"ruolo più responsabile" alle scelte in campo sanitario si traduce anche nella disponibilità del Comune ad accollersi parte dei costi del Ssn.

La Commissione Affari sociali della Camera ha voluto il corso di perfezionamento per direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di durata biennale. A decorrere dal primo luglio 1998 quindi i concorsi alla nomina di direttori generali dovranno essere in possesso, tra gli altri requisiti dell'instaurazione di frequenza al corso. Per quanto riguarda l'organizzazione del corso questa riguarda la possibilità di avvisi al Ministero della Sanità. In Senato superiore della pubblica amministrazione si avvia la Regione e la selezione privata mediante

segue a pag. 192