

# Prospettive Sociali e Sanitarie

# 16

ANNO XV ● 15 SETTEMBRE 1985

● FORME DI TUTELA E FUNZIONALITÀ DEL WELFARE ITALIANO ● CULTURA E ORGANIZZAZIONE NEI SERVIZI PER HANDICAPPATI ● INDIRIZZI GOVERNATIVI: QUOTE VINCOLATE FSN E ATTIVITÀ SOCIO-ASSISTENZIALI A RILIEVO SANITARIO ●

**C I S** EDITORE

come setting terapeutico). I compiti dell'équipe sono stati, di conseguenza, riconosciuti ed accettati nei confini della programmazione e della organizzazione del servizio. L'alta incidenza del lavoro "esterno" (inserimenti a tempo parziale degli utenti in strutture normoregolate) ha portato alla necessità di una alta intensità di incontri formali e semi-formali, per il passaggio delle informazioni, l'organizzazione delle stesse, l'elaborazione dei programmi e la loro verifica.

Va notato che a fronte di una forte necessità della funzione di coordinamento e di "guida" della comunicazione tra i membri dello staff, nel caso in analisi è venuta a mancare una figura di riferimento che assolvesse ai diversi ruoli di sedazione dell'ansia, di garanzia di appartenenza, di costante calibratura tra le esigenze progettuali, programmatiche ed operative.

La direzione rispondendo all'iniziale mandato istituzionale ha assolto le necessità burocratico-amministrative del servizio; l'altra figura di riferimento possibile, a livello funzionale, lo psicologo ha ripreso la sua collaborazione quale consulente solo a due anni dalla apertura del servizio.

La caratteristica di fase "iniziale e sperimentale" non ha permesso, in questo caso, per un lungo periodo di tempo la formalizzazione dei ruoli e delle funzioni delle diverse figure professionali, provocando a volte la rottura dei confini tra le diverse competenze (direzione-psicologo-operatori-tecnici della riabilitazione) ed abbassando di conseguenza la soglia di stress.

## Handicap: informazioni legislative

a cura di  
Gianni Selleri

### Finanziamenti alle associazioni "assistenziali,"

Per la terza volta il Parlamento ha approvato l'erogazione di contributi per una miriade di associazioni. Nonostante i ripetuti e formali impegni, si è provveduto al solito finanziamento "a pioggia", senza stabilire criteri generali e istituire vari strumenti di controllo amministrativo.

Fin dal 1981 si chiede che i contributi dello Stato per sostenere l'attività di promozione sociale vengano concessi sulla base di criteri oggettivi (numero degli associati, rappresentanza, attività) e per incentivare programmi finalizzati. A questo proposito sono state presentate numerose proposte di legge.

Il 6 febbraio 1984 il Senato prima e la Camera poi hanno concesso all'unanimità una "proroga dei contributi" (legge 14/85) e si è verificato il solito squalificante mercato fra i partecipanti e i loro "clienti elettorali".

L'elenco delle associazioni è lungo e l'entità dei contributi appare del tutto arbitraria; sono stati inseriti gruppi associativi del tutto sconosciuti, non appaiono altri che per attività e impegno hanno invece grande rilevanza sociale.

Per documentazione pubblichiamo gli articoli 2 e 3 della legge che definiscono i contributi per le associazioni "assistenziali".

legge 6 febbraio 1985, n. 14  
art. 2

In considerazione delle loro finalità istituzionali, particolarmente meritevoli di tutela ai sensi dell'articolo 115 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616 modificato dall'articolo 1 -undecies del decreto-legge 18 agosto 1978, n. 481, convertito, con modificazioni, nella

legge 21 ottobre 1978, n. 641, sono concessi per ciascuno degli anni 1984 e 1985 in favore delle sottoelencate associazioni, privatizzate a seguito della procedura prevista dagli articoli 113 e 115 del citato decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, i contributi dell'importo rispettivamente indicato:

Associazione nazionale mutilati ed invalidi civili	420.000.000
Associazione nazionale tra mutilati ed invalidi del lavoro	420.000.000
Ente nazionale protezione ed assistenza sordomuti	760.000.000
Unione italiana ciechi	760.000.000
Unione nazionale mutilati per servizio	400.000.000

art. 3

Al fine di incoraggiare e sostenere le attività di studio di promozione e divulgazione culturale, nonché di sensibilizzazione sociale sugli scopi previsti dai rispettivi statuti, sono assegnati, per ciascuno degli anni 1984 e 1985, alle sottoindicate associazioni, i contributi dell'importo rispettivamente indicato:

Associazioni bambini Down (ABD)	190.000.000
Associazione per il bambino con idrocefalo o a spina bifida	20.000.000
Associazione nazionale privi della vista	25.000.000
Associazione italiana assistenza agli spastici	90.000.000
Associazione italiana per la sclerosi multipla (AISM)	50.000.000
Associazione italiana società e salute	50.000.000
Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie	10.000.000
Associazione nazionale delle piccole famiglie	10.000.000
Associazione nazionale famiglie di	

fanciulli subnormali (ANFFaS)	245.000.000
Associazione nazionale invalidi esiti di poliomielite (ANIEP)	40.000.000
Associazione nazionale radioamatori ciechi	10.000.000
Centro piccoli mongoloidi (CePiM)	80.000.000
Unione italiana lotta alla distrofia muscolare (UILDM)	40.000.000

### Invalidi di serie A, invalidi di serie B

Uno dei principi fondamentali a cui dovrebbe ispirarsi la legislazione socio-assistenziale e della sicurezza sociale è che *ad uguali bisogni devono corrispondere uguali prestazioni*. Per affermare questo criterio di uguaglianza e di giustizia nel nostro paese sono state attuate alcune riforme fondamentali, secondo le quali i servizi socio-sanitari hanno carattere di universalità, cioè valgono per tutti i cittadini.

Ma per gli handicappati non è così. Vi sono persone totalmente inabili (per cause di servizio o di guerra) che percepiscono indennità ed assegni che ammontano a circa 1.500.000 mensili e hanno diritto a tre "accompagnatori"; vi sono persone totalmente inabili (invalidi civili) alle quali invece viene concessa una assistenza economica di circa 200.000 lire mensili.

Le difficoltà e i problemi fisici ed assistenziali sono identici, ma i trattamenti sono diversi in modo abissale: l'invalido civile gode di un reddito annuo uguale a quello di un pakistano, un invalido di guerra invece vive con limiti di benessere simili a quelli di un cittadino scandinavo.

Anche nel pianeta handicap c'è dunque un "terzo mondo".

Nonostante che queste incostituzionali disparità siano state ripetutamente denunciate, il parlamento continua a produrre leggi che approfondiscono le disuguaglianze e introducono nel sistema socio-assistenziale elementi di distorsione e di squilibrio.

Due esempi:

*legge 8 ottobre 1984, n. 660*

I limiti di reddito per la concessione della pensione ai ciechi parziali (ventesimisti) vengono equiparati a quelli dei ciechi assoluti.

Il fatto di per sé potrebbe apparire come un miglioramento dell'assistenza economica ai non vedenti.

Dal punto di vista giuridico però i ciechi ventesimisti sono sempre stati equiparati, per grado di invalidità, agli invalidi civili con invalidità superiore ai due terzi; si era stabilito insomma (legge 33/80) che questi due gruppi avessero bisogni assistenziali analo-

ghi. Invece gli invalidi civili con una diminuzione della capacità lavorativa superiore ai due terzi, e che siano disoccupati, hanno diritto all'assegno di assistenza purché il loro reddito non superi il tetto di tre milioni annui, mentre il cittadino con una corrispondente menomazione visiva può percepirlo anche se il suo reddito è di dieci milioni circa e non occorre che sia disoccupato.

*legge 29 marzo 1985, n. 113*

Riguarda un "aggiornamento" del collocamento al lavoro dei centralinisti non vedenti.

Secondo una tradizione culturale, di difficile interpretazione, i ciechi sono destinati a svolgere mansioni di massaggiatore e di centralinista (così come nei tempi antichi suonavano il violino sulle piazze).

Ma questa volta hanno fatto le cose in grande. Secondo l'Unione italiana ciechi, i centralinisti attualmente occupati sono circa 8.000, quelli attualmente in cerca di lavoro alcune centinaia. La nuova legge obbliga tutte le aziende in possesso di un centralino con almeno 5 linee urbane ad assumere centralinisti non vedenti.

Alla Sip risultano circa 3 milioni di linee derivate da centralini, quindi sarebbero disponibili per centralinisti ciechi circa 200.000 posti di lavoro! I ciechi italiani sono complessivamente 100, 110.000.

Intanto nelle liste di collocamento sono iscritti oltre 800 mila invalidi civili disoccupati.

### Indennità di accompagnamento anche a chi lavora?

Fin dal 1980, in occasione dell'approvazione della legge che estendeva l'indennità di accompagnamento agli invalidi civili, si era da più parti sostenuto che questa prestazione dovesse essere concessa per favorire la vita attiva e per compensare le maggiori spese che un handicappato medio-grave incontra per necessità di assistenza e di mobilità.

In questo senso si erano espressi anche alcuni ordini del giorno approvati al Senato e alla Camera.

La legge ha avuto invece una applicazione fortemente restrittiva, cosicché l'indennità viene attualmente erogata soltanto ai soggetti totalmente inabili al lavoro. Questa interpretazione ha consentito di negare l'indennità di accompagnamento ad handicappati non deambulanti soltanto perché risultavano occupati. Ma l'effetto più grave è stato quello di indurre migliaia di invalidi a rinunciare al lavoro pur di ottenere la prestazione economica; si è così favorito l'autoesclusione, la rinuncia, la ritirata nell'invalidismo.

Di fronte all'alternativa fra il minimo vitale o l'incerta prospettiva di una occupazione lavorativa, molti hanno scelto e chiesto di essere definiti totalmente e permanentemente inabili. Questo significa vanificare tutti gli interventi riabilitativi (recupero funzionale, inserimento scolastico, formazione professionale), aumentare i bisogni assistenziali, ma soprattutto rinunciare all'autonomia, alla partecipazione e alla dignità di cittadini.

Finalmente sembra che la situazione debba essere chiarita.

Alcune sentenze hanno stabilito che anche gli handicappati che lavorano possono percepire l'indennità di accompagnamento.

Inoltre il Ministero dell'interno ha assunto una posizione del tutto nuova, ha investito la presidenza del Consiglio del quesito se anche gli handicappati che abbiano residue capacità lavorative (o che siano già occupati) abbiano diritto alla concessione dell'indennità.

Se il parere della Presidenza del Consiglio sarà positivo verrà disinnescato uno dei più distorti e pericolosi meccanismi della cultura dell'esistenzialismo e dell'emarginazione.

### Un "Het dorp" a Rivarolo Canavese?

Sullo stile dei villaggi per handicappati nel nord Europa dovrebbe sorgere a Rivarolo Canavese un complesso per l'assistenza e la riabilitazione degli insufficienti mentali.

L'Istituto bancario di San Paolo di Torino ha stanziato tre miliardi e mezzo per l'Anffas al fine di avviare la costruzione del complesso che dovrebbe comprendere:

una scuola per operatori di assistenza agli handicappati (90 allievi in tre corsi),

un ricovero di 30 posti, un centro diagnostico e di riabilitazione specifico,

altri locali (alloggi per gli allievi, i parenti, il direttore, il portinaio, ecc.)

Molte associazioni e gruppi di base di Torino, che operano nel campo dei servizi socio-sanitari e assistenziali, hanno promosso una campagna di protesta e di informazione per contrastare il progetto.

Riteniamo che ogni associazione nell'ambito della sua autonomia abbia diritto di fare le proprie scelte le quali, tuttavia, quando si riferiscono a servizi o a prestazioni collegate con le istituzioni pubbliche, non possono sottrarsi al dibattito politico e democratico, come se fossero "fatti privati".

Non c'è dubbio che l'iniziativa dell'Anffas di Torino, per le sue implicazioni culturali e sociali, si pone in una logica di gestione separata e privati-

stica dei bisogni e dell'handicap, ciò che contrasta complessivamente con la cultura dell'integrazione e del coordinamento fra pubblico e privato.

L'esperienza di molti paesi ha dimostrato che il creare spazi propri e protetti per specifici gruppi (handicappati, anziani, devianti), se da un la-

to aiuta a risolvere bisogni urgenti ed emergenti, dall'altro determina dinamiche di esclusione quasi sempre irreversibili, proprio perchè viene definito uno spazio topologico e psicologico separato, lontano dalla responsabilità e dal coinvolgimento dei cittadini.

malattie infettive e diffuse degli animali, con particolare riguardo alle indennità di abbattimento degli animali stessi.

e che, inoltre, i previsti piani triennali straordinari devono essere finalizzati:

1. ad interventi sanitari di riabilitazione, di assistenza protesica e di mantenimento dei disabili ed anziani;

2. al potenziamento dei servizi territoriali per la prevenzione e l'assistenza ai malati di mente ed ai tossicodipendenti;

3. al completamento dell'automazione e dall'attività dei servizi informativi delle unità sanitarie locali;

Tenuto conto che, per quanto attiene al settore della tossicodipendenza, nell'esercizio 1984 sono stati ripartiti ed assegnati 30 miliardi a titolo di fondo di sviluppo, sulla base di programmi di utilizzazione formulati a seguito delle direttive ministeriali emanate con lettera circolare n. 500.5/DR/2293 del 15 ottobre 1984;

Visto il parere espresso dal Consiglio sanitario nazionale in merito alle proposte di ripartizione fra i vari settori d'intervento delle somme disponibili per l'esercizio 1985;

Decreta

**Art. 1.**

I programmi di utilizzazione delle quote del Fondo sanitario nazionale di lire 750 miliardi, riservate per l'esercizio 1985 alle attività di cui alle premesse, saranno formulati dalle regioni e province autonome sulla base delle direttive contenute nei successivi articoli.

I suddetti programmi dovranno essere presentati da tutte le regioni e province autonome e, quindi, anche da parte di quelle già dotate di piano sanitario o che abbiano già deliberato interventi finalizzati nei settori sopra individuati.

Le azioni di intervento dovranno tener conto di quelle già intraprese e dei risultati conseguiti, e presentare una forte connotazione di concretezza in relazione ai bisogni emergenti nelle singole situazioni locali ed alla attuale capacità di risposta delle strutture esistenti.

La verifica congiunta da parte dei Ministeri della sanità, del tesoro e del bilancio e programmazione economica, avrà lo scopo di valutare sia la rispondenza delle azioni programmate al conseguimento dell'obiettivo nazionale di una crescita uniforme dei livelli di assistenza, che la congruità delle risorse da impiegare rispetto agli obiettivi da conseguire.

**Art. 2**

*Attività a destinazione vincolata*

Per attività e destinazione vincolata in senso generale si intendono:

- 1) formazione e aggiornamento professionale del personale;
- 2) ricerca;
- 3) educazione sanitaria;
- 4) progetti obiettivo di interesse nazionale e locale.

Le attività di formazione ed aggiorna-

## Indirizzi governativi per l'utilizzazione delle quote FSN vincolate e in materia di attività socio-assistenziali a rilievo sanitario

La legge finanziaria per il 1984 (l. 730/83) all'art. 30 prevedeva che le attività socio-assistenziali a rilievo sanitario venissero imputate sul Fondo Sanitario Nazionale per individuare quali interventi porre a carico degli enti locali e delle USL.

Il Governo avrebbe dovuto adottare atti di indirizzo e coordinamento per assicurare uniformità di comportamento nelle regioni e province autonome. Con decreto del Presidente del consiglio, d'intesa col Ministro della sanità, solo lo scorso 8 agosto 1985 sono stati assunti provvedimenti a tal fine.

In queste pagine pubblichiamo il testo del decreto ricordando ai lettori che il Consiglio Sanitario Nazionale nel giugno 1984 aveva licenziato un documento contenente criteri e proposte sottoposti al Governo per l'adozione degli atti di indirizzo, testo pubblicato da PSS sul numero 16 del 15 settembre 1984. Ad esso riuniamo sottolineando ad una prima lettura l'interpretazione governativa dell'art. 30 appare più restrittiva di quella del CSN. Di poco precedente al decreto del Presidente del consiglio è un decreto del Ministro della sanità emanato il 9 luglio 1985 e contenente direttive per la formulazione dei programmi di utilizzazione delle quote del FSN con vincolo di destinazione, secondo quanto normato dall'art. 17 della l. 887/1984.

Gli indirizzi del Ministro che riproduciamo insieme al decreto dell'8 agosto,

trattano interventi in settori ed aree interessati anche dal provvedimento del presidente del consiglio, ne consigliamo perciò una lettura parallela.

Sull'argomento torneremo con prossimi contributi.

### Decreto 9 luglio 1985

Linee direttive per la formulazione dei programmi di utilizzazione delle quote del Fondo sanitario nazionale con vincolo di destinazione, a norma dell'art. 17 della legge 22 dicembre 1984, n. 887.

#### IL MINISTRO DELLA SANITÀ

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833; Visto l'art. 17 della legge 22 dicembre 1984, n. 887, che dispone la riserva per gli anni 1985, 1986 e 1987 delle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente, da utilizzare con vincolo di destinazione secondo programmi formulati dalle regioni e province autonome di Trento e Bolzano sulla base di direttive da emanarsi dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale;

Considerato che, a norma del succitato art. 17, gli interventi da incentivare in via prioritaria devono essere diretti ad assicurare servizi sanitari finalizzati:

- 1) all'assistenza dei tossicodipendenti;
- 2) ai servizi psichiatrici;
- 3) alle esigenze di risanamento sanitario degli allevamenti ed alla profilassi delle