

Prospettive Sociali e Sanitarie

4-91

ANNO XXI
1 marzo 1991

- **Tossicodipendenze: l'intervento tra terapia e controllo**
- **Direzioni sanitarie: strutture e modalità operative**
- **Cure domiciliari per l'anziano malato**
- **Servizio sociale: il modello di intervento centrato sul compito**
- **Operazione "Pensionesubito"**

159/91



NOTIZIARIO HANDICAP

di Gianni Selleri

Con la Legge 11 ottobre 1990 n. 289 (*Modifiche alla disciplina delle indennità di accompagnamento di cui alla legge 21 novembre 1986, n. 508, recante norme integrative in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili ed ai sordomuti e istituzione di un'indennità di frequenza per i minori invalidi, in G.U. 17.10.1990*) è stato ripristinato l'assegno di accompagnamento agli handicappati minori di 18 anni, che era stato abrogato poiché si era ritenuto che fosse un "doppione" dell'indennità di accompagnamento.

L'assegno di accompagnamento veniva concesso ai minori che frequentavano la scuola dell'obbligo o corsi di addestramento o centri ambulatoriali e ammontava a circa 250.000 lire mensili (l'indennità di accompagnamento invece viene attribuita a persone totalmente inabili o bisognose di assistenza continua ed è di entità molto superiore).

L'abolizione dell'assegno di accompagnamento aveva lasciato privi di qualsiasi sostegno economico una larga fascia di invalidi non totalmente inabili, per di più in una età in cui si attuano le principali forme di riabilitazione (inserimento scolastico, recupero funzionale, formazione professionale), ed è quindi stato giusto e ragionevole reintrodurre questa forma di assistenza, che nel 1988 interessava 11.000 soggetti con una spesa di 24 miliardi di lire.

Sempre con la legge 289/1990 sono stati stabiliti alcuni aumenti dell'indennità di accompagnamento.

Proponiamo un breve commento al testo.

ARTICOLO 1 (Beneficiari)

1° comma

Contiene la definizione dei beneficiari dell'indennità di frequenza. Si tratta di minori ai quali "sono state riconosciute... difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età". Il riconoscimento verrà effettuato dalle apposite Commissioni sanitarie delle USL. Possono fruire dell'indennità anche i minori ipoacusici e sordi.

L'indennità di frequenza sarà di circa 280.000 lire mensili per tredici mensilità, con decorrenza 1 settembre 1990.

2° comma

La concessione dell'indennità è subordinata alla frequenza, continua o periodica, di centri pubblici o privati, ambulatoriali, diurni, anche di tipo semiresidenziale (purché convenzionati) specializzati nella riabilitazione e nel recupero funzionale.

3° comma

Possono fruire dell'indennità anche gli handicappati minori di 18 anni inseriti nelle scuole di ogni ordine e grado, pubbliche o private, a partire dalla scuola materna, nonché in centri di formazione e di addestramento professionale.

4° comma

Si precisa che in ogni caso sono necessari attestati di frequenza.

5° comma

I beneficiari devono avere un reddito personale (rivalutabile di anno in anno) non superiore a lire 4.100.000 circa.

ARTICOLO 2 (Modalità di concessione)

1° comma

La domanda per ottenere l'indennità di frequenza è presentata dal legale rappresentante del minore handicappato alle Commissioni sanitarie delle USL. Alla domanda di visita deve essere allegata la documentazione che attesti la frequenza nei casi previsti (scuola, formazione professionale, riabilitazione).

2° comma

Dopo l'accertamento sanitario la pratica è trasmessa alla Prefettura che effettuerà un'ulteriore istruttoria, e se la verifica è positiva concederà l'indennità.

3° comma

Si ribadisce che l'indennità mensile di frequenza si riferisce all'effettiva durata dei trattamenti terapeutici e dei corsi, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello di inizio e con termine il mese successivo a quello di cessazione (queste indicazioni sembrano contrastare con la decorrenza dell'articolo 1 e con l'indicazione della "periodicità").

4° comma

L'indennità può essere revocata qualora si accerti che il soggetto interrompa la frequenza.

ARTICOLO 3 (Incompatibilità)

L'indennità di frequenza è incompatibile:

- con qualsiasi forma di ricovero a tempo pieno
- con l'indennità di accompagnamento
- con l'assegno ai ciechi ventesimisti
- con l'assegno di comunicazione ai sordi

ARTICOLO 4 (Adeguamento di indennità)

L'indennità di accompagnamento (non quella di frequenza), con decorrenza 1 gennaio 1990, è aumentata mensilmente:

- di lire 30.000 per i ciechi
- di lire 15.000 per gli invalidi civili
- di lire 15.000 per i ciechi ventisimisti
- di lire 15.000 per i sordi

ARTICOLO 5 (Minori ciechi assoluti pluriminorati)

Stabilisce che per i minori ciechi assoluti e affetti da altre minorazioni l'indennità di accompagnamento è aumentata del 45%.

Si tratta di una positiva novità che tiene conto degli alti costi che comporta l'assistenza di un handicappato grave, anche se il beneficio è in qualche modo limitato ai minori e alla presenza di cecità.

ARTICOLO 6

Non c'entra niente con la legge: si prevede uno stanziamento di 4 miliardi annui per il potenziamento della rete informatica del Ministero dell'Interno.

ARTICOLO 7 (Finanziamento)

Per l'applicazione della legge è prevista una spesa di lire 200 miliardi per l'anno 1990 e di lire 400 miliardi per ciascuno degli anni 1991 e 1992.

Osservazioni

Si tratta di una "leggina" che si presta a valutazioni contraddittorie.

Vi è anzitutto il problema degli accertamenti sanitari, per i quali è previsto un nuovo modello di domanda di visita che verrà definito con un prossimo decreto del Ministero del Tesoro. Tutti i minori che potranno fruire dell'indennità mensile di frequenza dovranno "mettersi in coda" ai 2 milioni di domande di visita giacenti presso le "Commissioni militari" e che dovranno essere trasferite alle istituende Commissioni sanitarie delle USL. Quindi è prevedibile che molti dei potenziali beneficiari nel frattempo diventino maggiorenni e non abbiano più alcun diritto.

C'è una grande confusione circa la decorrenza e la continuità dell'indennità di frequenza.

Si osserva uno sfoggio di rigorismo circa le verifiche e le scadenze che sembra avere un significato del tutto formale.

Il rigore finanziario e burocratico dell'articolo 2 non sembra compatibile con gli aumenti dell'indennità di accompagnamento (circa il 5%), che ha un sapore demagogico e clientelare (comunque meglio di niente). Si può constatare che come al solito i ciechi ottengono un aumento maggiore degli handicappati civili che hanno uguali bisogni assistenziali.

L'unico aspetto veramente positivo (oltre alla ripresa dell'assistenza economica ai minori con difficoltà) è costituito dall'aver previsto un significativo incremento per i ciechi minori pluriminorati.

N.B.: Questa legge è stata approvata alcuni giorni prima di quella che ha riattribuito alle USL gli accertamenti di invalidità, quindi le "Commissioni militari", che citiamo in seguito, devono intendersi modificate.

□ Il Parlamento ha approvato la **Legge 15 ottobre 1990 n. 295** (il titolo è incomprensibile) che stabilisce il ritorno alle USL degli accertamenti sanitari per il riconoscimento dell'invalidità ai fini dell'ottenimento dell'assistenza economica e altri benefici (in G.U. 20.10.1990).

A due anni di distanza dalla "legge Amato" che aveva soppresso 1.200 Commissioni sanitarie delle USL e affidato 2 milioni di domande di visita a 94 "Commissioni militari" (una per provincia), tutti i gruppi parlamentari hanno proposto l'abrogazione della normativa e il ritorno alla precedente.

Fra 1988 e il 1990 sono stati di fatto sospesi *ope legis* i diritti socioassistenziali degli handicappati per mancata certificazione.

Questa situazione ha determinato vaste proteste e finalmente una presa di coscienza politica e una soluzione legislativa.

Tuttavia, nel corso della discussione della legge, il Governo è intervenuto con un emendamento che complica le prospettive di una rapida normalizzazione delle visite per l'invalidità civile:

- si è stabilito che le nuove Commissioni delle USL dovranno essere presiedute da un medico specialista in medicina legale;
- è previsto il mantenimento delle "Commissioni militari" con compiti di controllo e di vigilanza sull'operato delle Commissioni delle USL;
- contro gli accertamenti delle USL è possibile il ricorso a un'unica Commissione presso il Ministero del Tesoro (infatti non sono state ricostituite le commis-

sioni regionali di secondo grado), ciò che rende praticamente impossibile ogni revisione;

- il Ministro del Tesoro con un proprio decreto dovrà determinare un nuovo modello di domanda di visita e le caratteristiche della certificazione che deve essere allegata.

La legge stabilisce che tutte le istanze di visita devono essere definite entro un anno!

Se si tiene conto dei tempi tecnici necessari per ritrasmettere le pratiche dalle "Commissioni militari" alle USL, per costituire oltre 1.000 nuove commissioni, per reperire i medici legali e quelli nominati dalle associazioni di rappresentanza delle categorie degli invalidi, è facile capire che questo termine non potrà essere assolutamente rispettato.

Si può anzi affermare che l'emendamento del Governo che abbiamo descritto ha uno scopo sostanzialmente dilatorio e che comunque ancora per 2 o 3 anni le visite non assumeranno un ritmo normale.

Conclusivamente, anche se si può dire che la legge costituisce una riparazione all'iniustizia giuridica e morale che si era creata, occorre sottolineare che lo Stato ha in ogni caso conseguito l'obiettivo di "congelare" per 4 o 5 anni le spese assistenziali per gli handicappati.

Bisogna infine ricordare che in occasione dell'approvazione della legge il Governo ha dichiarato che con la finanziaria 1991 avrebbe proposto restrizioni relative alla concessione dell'indennità di accompagnamento e delle protesi (come è puntualmente accaduto).

Proponiamo un breve commento alla Legge.

ARTICOLO 1

1° comma

Gli accertamenti sanitari per ottenere la pensione, l'assegno di assistenza, l'assegno di frequenza e l'indennità di accompagnamento, previsti per gli invalidi, i ciechi e i sordomuti, nonché gli accertamenti per tutti gli altri diritti (collocamento, ticket, protesi etc.) ritornano alle Unità Sanitarie Locali e la "legge Amato" (con tutti i conseguenti dispositivi legislativi e amministrativi) viene *modificata*, ma non soppressa.

2° comma

In ogni Unità Sanitaria Locale (sono circa 700) opereranno "uno o più commissioni" per la visita degli handicappati civili; saranno composte da un medico specialista in medicina legale, quale presidente, e da due medici scelti fra quelli dipendenti o convenzionati con la USL.

La norma che attribuisce la presidenza a un medico legale costituirà una grave difficoltà per la formazione delle commissioni, poiché questi specialisti sono pochi (ne occorrebbero circa 1.400), sono tutti occupati in attività altamente retribuite (infortunistica, assicurazioni, previdenza) e quindi difficilmente saranno disponibili per un impegno tanto gravoso e scarsamente retribuito.

3° comma

Delle Commissioni fanno parte, a seconda del caso da esaminare, medici designati dall'A.N.M.I.C., dall'U.I.C., dall'E.N.S. e dall'A.N.F.F.A.S.. Ancora una volta la legge stabilisce una rappresentanza esclusiva agli ex enti pubblici di categoria, operando una discriminazione di dubbia legittimità nei confronti di altre associazioni di handicappati che hanno uguale personalità giuridica.

4° comma

In sede di visita l'interessato può farsi assistere da un medico di fiducia.

Si tratta di una facoltà già prevista che viene comunque ribadita.

5° comma

Le domande di visita che attualmente sono presso le "Commissioni militari" devono essere trasmesse alle commissioni delle USL, che le devono esaminare "entro un anno dalla data di trasmissione degli atti".

Alcune osservazioni:

- le domande, che sono oltre 2 milioni, sono dislocate presso le 94 "Commissioni militari" provinciali; nelle province dove non c'è l'ospedale militare sono accatastate in locali di fortuna (a Treviso in un negozio sfitto di frutta e verdura);
- le domande devono essere trasmesse alle "Commissioni sanitarie dell'USL" (e non alle USL); quindi prima di trasferirle occorrerà attendere che si costituiscono le nuove Commissioni;
- la prescrizione di definire le domande di invalidità entro un anno è assolutamente irrealizzabile poiché ogni commissione dovrebbe effettuare 2.000 visite in pochi mesi.

6° comma

Il Ministro del Tesoro determinerà con un decreto il modello della domanda di visita e gli altri documenti da allegare "a dimostrazione della presunta invalidità".

È prevedibile che la domanda sarà complicata e la certificazione molto laboriosa; resta comunque da osservare che l'invalidità viene definita come se fosse una "presunzione di reato".

7° comma

I verbali delle visite che saranno effettuate dalle Commissioni sanitarie delle USL dovranno essere trasmessi alle "Commissioni militari", le quali, entro 60 giorni, potranno chiedere ulteriori accertamenti ed esami clinici o addirittura visitare direttamente il "presunto invalido". Trascorso tale periodo senza che la sanità militare formuli obiezioni, i verbali si ritengono convalidati e potranno essere finalmente trasmessi alle Prefetture.

Con queste disposizioni si configura un "sistema misto" secondo il quale i medici militari devono controllare, garantire rigore ed evitare "la proliferazione dei falsi invalidi", sia per ragioni giuridiche, sia per ragioni finanziarie. È implicita una certa sfiducia nei confronti delle USL e nella deontologia dei medici "civili". Si ricorda comunque che per il funzionamento delle "Commissioni militari" lo Stato spende circa 20 miliardi all'anno. È difficile dire se questa scelta derivi da una convinzione fondata o dall'esigenza del legislatore di "salvare la faccia" non potendo nel giro di due anni abrogare una legge e riapprovarla. In ogni caso lo Stato guadagna tempo e l'iter delle pratiche viene rallentato.

8° comma

Contro gli accertamenti delle Commissioni delle USL o di quelle militari, si può ricorrere alla "Commissione medica superiore di invalidità civile" presso il Ministero del Tesoro.

Non sono state ricostituite le Commissioni regionali di secondo grado, quindi tutti i ricorsi dovranno essere inviati a Roma alla "Commissione medica superiore" che è composta da 500 medici i quali si pronunceranno sulla base di documenti cartacei e non attraverso l'esame diretto dell'interessato. È perciò molto probabile che la quasi totalità dei ricorsi per aggravamento verrà respinta.

Resta la possibilità di presentarsi a un giudice ordinario. Ma una causa civile in Italia dura dai 5 ai 10 anni.

9° comma

Si conferma la competenza del Ministero del Tesoro di effettuare verifiche per accertare la permanenza dei requisiti sanitari e di reddito che danno il diritto all'assistenza economica.

ARTICOLO 2

Tutto l'articolo, di carattere esclusivamente burocratico-amministrativo, descrive le procedure per potenziare le segreterie delle "Commissioni militari" mediante il trasferimento di personale di altre amministrazioni.

Con questo articolo si vogliono ancora consolidare e rafforzare le "Commissioni militari" (o i ruoli del Ministero del Tesoro).

ARTICOLO 3

1° comma

Prevede genericamente, ma in modo inquietante, che con decreti ministeriali "il vigente ordinamento" (?) possa essere modificato per dare esecuzione alle disposizioni contenute nella legge, alle verifiche per la permanenza dei requisiti e all'eventuale revoca dell'assistenza economica.

2° comma

In modo complicatissimo stabilisce:

- le visite (poche) effettuate finora dalle "Commissioni militari" secondo le modalità stabilite da varie leggi e decreti, restano valide;
- il potenziamento delle "Commissioni militari", mediante la costituzione di sottocommissioni e gli stanziamenti per il funzionamento sono confermati;
- il Presidente del Consiglio dei Ministri, sentito il parere del Parlamento, provvederà ad un ulteriore rafforzamento del controllo dei medici militari sul riconoscimento dell'invalidità civile;
- dovranno essere predisposte le nuove tabelle per i criteri della classificazione e delle percentuali di invalidità (come già stabilito da una legge del 1988).

È in fase di approvazione la **legge finanziaria 1991** e il correlativo bilancio pluriennale dello Stato.

Per quanto riguarda i problemi degli handicappati il bilancio prevede le seguenti variazioni:

- lire 400 miliardi, per gli anni 1991/92/93, relativi al ripristino dell'indennità di frequenza ai minori e agli aumenti dell'indennità di accompagnamento (legge 289/90);
- per la proposta di legge-quadro sugli handicappati (in discussione alla Camera) 240 miliardi per il triennio; è quindi imminente l'approvazione;
- per i piani di eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici pubblici (ammortamento mutui degli enti locali) non viene rinnovato lo stanziamento per il 1991 (evidentemente non è stato utilizzato quello del 1990) e sono previsti 50 miliardi per ciascuno degli anni 1992/93;
- per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati vengono confermati i finanziamenti precedenti (25 miliardi all'anno) che sono risultati largamente insufficienti.

La legge finanziaria è accompagnata da "provvedimenti collegati".

In particolare interessa il disegno di legge 5107 (Disposizioni diverse per l'attuazione della manovra di finanza pubblica 1991/93), che all'articolo 3 tratta di prestazioni pensionistiche a favore degli invalidi civili e prevede:

1) Le prestazioni pensionistiche erogate dal Ministero dell'Interno agli invalidi civili non sono compatibili con

quelle concesse per cause di guerra, di lavoro, e di servizio (e questo già si sapeva) "nonché con le pensioni dirette di invalidità a qualsiasi titolo erogate dalla assicurazione generale obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti di lavoratori dipendenti e dalle gestioni equiparate. È comunque data facoltà all'interessato di optare per il trattamento più favorevole". Con questa nuova disposizione (se verrà approvata definitivamente) le pensioni di invalidità e vecchiaia dell'INPS, tutte le pensioni di reversibilità di lavoratori dipendenti, escluderanno la contestuale erogazione di pensioni, assegni e indennità per invalidità civile.

È prevedibile che almeno il 20% dei beneficiari di assistenza economica di invalidità civile dovrà rinunciare a una delle pensioni.

2) Il Ministero dell'Interno, con un apposito decreto, stabilirà le necessarie disposizioni per accertare le condizioni reddituali e gli obblighi di comunicazione da parte di tutti coloro che fruiscono di pensione o di indennità per invalidità civile (con lo scopo di attuare quanto disposto al punto 1).

3) Si prevede una nuova formulazione delle tabelle per i gradi di invalidità civile (questo era già stato stabilito col Decreto Legislativo 509/88).

All'articolo 5, comma 7, si sancisce un maggiore rigore per la fornitura delle protesi, "rideterminando la tipologia di quelle concedibili, le condizioni e il tempo minimo di rinnovo"; si fa inoltre divieto di qualsiasi forma di assistenza economica a carico del fondo sanitario nazionale.

Conclusivamente si può osservare che la finanziaria 1991, a parte alcuni tagli di interesse minore, prevede sostanzialmente una forte riduzione delle spese per l'assistenza economica agli handicappati, soprattutto per quelli anziani, dichiarando l'inammissibilità di percepire due pensioni da fonti diverse (INPS e Ministero dell'Interno).

Il rigore circa le protesi risulta incomprensibile e per molti aspetti "odioso", così come la disposizione (che ribadisce il Decreto Craxi del 1985) di non attingere al Fondo Sanitario Nazionale per prestazioni socioassistenziali. □

Quaderni di Sanità Pubblica n. 68

Sostegno economico alla "salute per tutti"

Centro per l'Informazione Sanitaria, via S. Siro 1, 20149 Milano, tel. 02/46.945.42 - lire 10.000

Provvedere misure di sostegno economico adeguate agli obiettivi è un'esigenza basilare per i governi che intendano applicare la strategia "Salute per tutti nel 2000", sia che si tratti di paesi in via di sviluppo, di fronte al problema di prestare alla popolazione l'assistenza sanitaria essenziale, sia che si tratti di paesi a economia avanzata, alle prese con la necessità di contenere i costi. In entrambi i casi, grande è la rilevanza del tema cui è dedicato l'ultimo numero di *Quaderni di Sanità Pubblica*: l'importanza di approfondite analisi economiche e di un valido management finanziario come misure indispensabili per supportare le strategie sanitarie.

La recente pubblicazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità *Economic Support for National Health for All Strategies*, presentata ai lettori di *Quaderni di Sanità Pubblica*, è il

frutto di una vasta serie di studi, meetings e seminari, e include le opinioni di economisti, esperti in scienze politiche e studiosi di sanità pubblica. Vi sono esposte e discusse le diverse possibilità di fronte a cui si trovano i governi nell'approntare strategie di supporto economico alla "salute per tutti", nell'intenzione di presentare un quadro equilibrato delle misure disponibili.

In particolare, il primo capitolo è centrato sul miglioramento della gestione economica come modo di accrescere l'efficacia delle risorse e offre una guida pratica sulle linee essenziali della pianificazione e gestione finanziaria; il secondo si sofferma sulla mobilitazione delle risorse, presentando e valutando differenti modalità alternative di finanziamento dei sistemi sanitari, come il finanziamento diretto da parte dello Stato, schemi assicurativi, il finanziamento mediante sistemi

tradizionali a livello di comunità, la compartecipazione dell'utente ai costi.

Nei restanti capitoli sono descritti alcuni metodi per utilizzare in modo più efficiente le risorse disponibili e sono esaminate le responsabilità dei diversi enti coinvolti in materia sanitaria.

Sintetiche schede lungo tutto il testo riportano esempi concreti, illustrando sistemi innovativi di finanziamento e gestione delle risorse realizzati con successo in differenti paesi.

Il fascicolo, che rappresenta un'utilissima guida e un prezioso strumento di formazione per quanti si occupano dell'autosufficienza economica in sanità si conclude con una sintesi dei punti chiave e un elenco delle azioni raccomandate. In appendice, è offerta al lettore una ricostruzione delle vicende della programmazione sanitaria in Italia.