

Prospettive Sociali e Sanitarie

10-92

ANNO XXII
1 giugno 1992

- E dopo l'affido preadottivo?
- Nuova tabella per minorazioni e malattie invalidanti
- Immigrazione e salute
- Interventi domiciliari per minori a Genova (I parte)



CENTRO PER L'INFORMAZIONE SANITARIA SRL EDITORE
Via S. Siro, 1 - 20149 Milano - Spediz. in abb. postale gr. II/70

La nuova tabella per le minorazioni e le malattie invalidanti

Dopo tre anni il DM 5.1.92

Gianni Selleri

Con un decreto legislativo del 1988 il Ministro della Sanità è stato delegato ad approvare una nuova tabella indicativa delle percentuali di invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti, che comportano un danno funzionale permanente, per infermità congenite o acquisite, di carattere fisico, psichico o sensoriale.

La delega stabiliva che la tabella doveva essere formulata "sulla base della classificazione internazionale delle menomazioni" elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Secondo i parametri dell'OMS si tiene conto contestualmente delle cause patologiche (criterio anatomico-funzionale) e degli svantaggi personali (criterio sociale); con questa sequenza di riferimenti sarebbe stato possibile il superamento della visione esclusivamente biomedica dell'invalidità e quindi un'evoluzione positiva rispetto alle vecchie "Tabelle Aniasi" del 1988.

Con oltre tre anni di ritardo è stato varato il decreto del Ministro della Sanità (5 gennaio 1992) contenente "approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali per le minorazioni e le malattie invalidanti", ma dei criteri di valutazione dell'OMS non c'è niente e vengono riproposti, con qualche razionalizzazione, i consueti parametri della metodologia medico-legale.

Questi tabellari, che hanno in Italia una lunga tradizione giuri-

dica e clinica, sono stati formulati per due scopi:

a) elencare le lesioni e le infermità che danno diritto a rendite assistenziali;

b) classificare le minorazioni invalidanti ai fini della determinazione della capacità lavorativa.

Il primo gruppo, che risale alla legislazione sulle invalidità di guerra e quindi esteso a quello del lavoro e per servizio (infortunistica e assicurazioni), è derivato dai concetti quantitativi dell'entità dei deficit anatomico e della menomazione che deve essere risarcita. Il secondo gruppo è finalizzato a stabilire il grado di riduzione della "capacità lavorativa" intesa in modo generico e senza precisi riferimenti al tipo di lavoro o alla condizione culturale, professionale ed esistenziale del soggetto.

Questa confusione teorica ed epistemologica non è stata superata dal nuovo decreto il cui obiettivo principale sembra essere quello di rendere più rigorosi gli accertamenti sanitari in quelle situazioni che danno diritto a qualche prestazione economica e di limitare, per quanto possibile, le dichiarazioni di "totale e permanente inabilità al lavoro": quindi si tratta di uno strumento per il contenimento della spesa pubblica, piuttosto che di una intenzione o attenzione di tipo riabilitativo e sociale.

Le nuove tabelle (che riguarda-

no i sordomuti) saranno applicate sia per i nuovi riconoscimenti, sia per le domande di aggravamento, sia per la revisione della permanenza dei requisiti.

Il decreto si suddivide in cinque parti, le ultime tre hanno carattere formale e non saranno praticamente utilizzate: tentiamo un commento sintetico.

Prima parte

Per la verità abbastanza confusa, contiene le "Modalità d'uso della nuova tabella" e descrive i criteri generali applicativi.

Precisato che si deve sempre fare riferimento all'incidenza delle infermità sulla capacità lavorativa generica, premesso che la tabella elenca sia le invalidità alle quali è attribuita una percentuale "fissa", sia le infermità funzionali permanenti riferite a fasce percentuali di 10 punti, le "modalità d'uso" descrivono le seguenti possibilità:

a) nel caso di infermità unica, la percentuale di base viene espressa a percentuale fissa, qualora corrisponda esattamente alla voce tabellata, o in misura percentuale all'interno di una fascia che comprende un minimo e un massimo: se l'infermità non è elencata si adottano criteri analogici;

b) nel caso di infermità plurime, si calcolano prima le percentuali per ogni singola menomazione, quindi occorre valutare se le medesime sono concorrenti (qualora interessano lo stesso organo o apparato) o coesistenti (quando riguardano organi funzionalmente diversi); per le invalidità concorrenti si sommano le singole percentuali tabellate, per quelle coesistenti si applica invece una valutazione complessiva secondo la tecnica a scalare o "calcolo riduzionistico": in questa circostanza l'invalidità totale (IT) è uguale alla somma delle invalidità parziali (IP1 + IP2) diminuita del loro prodotto applicando la seguente formula espressa in decimali: $IT = IP1 + IP2 - (IP1 \times IP2)$;

quaderni di sanità pubblica

gli studi e le ricerche dell'OMS al servizio degli operatori

c) sempre a scopi riduzionisti, le commissioni dovranno esaminare la possibilità di applicazione di protesi "come fattore di attenuazione del danno funzionale", che determina pertanto una riduzione del grado di invalidità. Seguono poi disposizioni per la verbalizzazione degli accertamenti sanitari (circa 20 voci dai dati anagrafici all'anamnesi, all'esame obiettivo, alla compilazione di formule matematiche e di codici) ai fini della definizione della percentuale d'invalidità e del giudizio sui requisiti per l'attribuzione dell'indennità di accompagnamento e delle potenzialità lavorative.

Conclusivamente si può osservare che i compiti delle commissioni sanitarie risulteranno più gravosi sia sotto il profilo clinico, sia sotto quello burocratico-amministrativo e che ciò comporterà (oltre a una difficile fase di transizione della modulistica e di apprendimento) un ulteriore rallentamento del ritmo degli accertamenti.

Seconda parte

Contiene "Indicazioni per la valutazione del deficit funzionali". Si tratta di una elencazione di tutti gli apparati (cardiocircolatorio, nervoso e psichico, locomotore, visivo etc.) e per ciascuno si individuano classi crescenti di patologie e si descrivono le più ricorrenti casistiche cliniche; l'approccio è rigorosamente medico e in diverse parti discutibile; i deficit della funzione psichica vengono accertati mediante il test di W.A.I.S. (Wechsler Adult Intelligence Scale) e definiti attraverso percentuali del quoziente intellettivo (Q.I. 60%-70% = deficit lieve; Q.I. 50%-60% = d. medio; Q.I. 40%-50% = d. grave).

Terza parte

Riporta due tabelle, la prima elenca le patologie, dal morbo di Alzheimer alle emorroidi, ordinate in fasce percentuali ovvero in misura fissa; la seconda tabella

trascrive le medesime malattie e percentuali suddivise per apparati e sistemi anatomici.

Quarta parte

È costituita da una tabella di correlazioni dei numeri di codice della classificazione delle menomazioni dell'OMS con le principali patologie (prima indicate); vi è inoltre l'elenco stringatissimo delle menomazioni OMS, questa volta individuate per gruppi e sottogruppi con codici ordinati in senso aritmetico.

È veramente difficile capire l'utilità e il significato di questo maldestro tentativo di coordinare le classificazioni OMS con le tradizionali descrizioni patologiche.

In ogni caso le commissioni saranno tenute a riportare sui verbali di visita, accanto alla tradizionale diagnosi dell'infermità, il codice di riferimento OMS.

Quinta parte

Dovrebbe esporre i "Criteri per la determinazione delle potenzialità lavorative"; in realtà si tratta di dieci righe dattiloscritte in cui si elencano i livelli di limitazione crescente (dalla capacità totale alla incapacità assoluta) e si chiede se il soggetto ha bisogno di terapie farmacologiche, di trattamenti di riabilitazione o chirurgici, di corsi di riqualificazione.

Conclusivamente si può affermare che la nuova tabella rappresenta un grottesco appesantimento burocratico e amministrativo, una riaffermazione forte della valutazione medico sanitaria dell'handicap, un elemento di distorsione e di confusione circa il destino sociale degli handicappati, che sono sostanzialmente individuati come portatori di malattia e di deficit funzionali.

Per quanto disposto dalla Legge-quadro sull'handicap le Commissioni devono essere integrate "da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare".

Ma che cosa faranno? □

Al Centro per l'informazione Sanitaria,
Via San Siro, 1 20149 Milano - Tel. 02/
46 94 542

— Sottoscrivo l'abbonamento per il 1992
a QUADERNI DI SANITÀ PUBBLICA
(cinque numeri all'anno) a lire 42.000

— Allego assegno (da intestare: Centro
per l'informazione Sanitaria)

— Ho versato sul c/c postale 13604203

Nome

Cognome

Via N.....

Città

C.A.P. Prov.....