CAMERA DEI DEPUTATI N. 1682

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del Deputato ACCAME

Presentata il 14 maggio 1980

Nuove norme per l'assistenza e la riabilitazione degli handicappati

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Il problema degli handicappati nel nostro Paese è stato spesso affrontato, in sede legislativa, in modo approssimativo ed in genere inserito nel più ampio contesto di problematiche ritenute similari.

Ciò ha snaturato ogni iniziativa ed ha imposto soluzioni non sempre in linea con la gravità e complessità del problema.

Per una corretta impostazione, occorre partire dalla constatazione che la questione degli handicappati è un problema atipico che non può trovare idonea soluzione se non nella conoscenza completa del fenomeno.

La scarsa conoscenza dello stesso ha permesso, in passato, il realizzarsi di orrendi crimini che hanno portato all'internamento di molti di questi « infelici » in ospedali psichiatrici dove finivano con il trascorrere il resto della loro triste vita.

Per dare una definizione dell'handicappato si è ritenuto opportuno riferirsi alla legge regionale del Lazio, n. 62, in cui « per handicappato si intende la persona che, in seguito ad evento morboso e traumatico, intervenuto in epoca pre-peri e post-natale, presenti una menomazione delle proprie condizioni fisiche, psichiche e/o sensoriali e, pertanto, sia oggetto o candidato a processi di emarginazione ».

Ne consegue quindi che, in relazione alle aree e alle funzioni maggiormente colpite dalla menomazione, gli handicappati possono essere raggruppati in tre grosse categorie:

gli psichici; categoria in cui confluiscono i ritardati nello sviluppo o nel linguaggio, i colpiti da autismo, da psicosi infantile o da insufficienze mentali;

i fisici; alla quale appartengono gli elementi colpiti da paralisi cerebrali infantili;

i sensoriali; alla quale appartengono coloro che sono colpiti da sordità, ipoacusia, cecità, eccetera.

Come è facile intuire ognuna di queste categorie ha caratteristiche peculiari che abbisognerebbero di cure ed assistenza specifica.

Non esiste nel nostro Paese una seria rilevazione statistica del fenomeno anche perché gli orpelli di una errata educazione non permettono ai servizi assistenziali esistenti, qualora funzionanti, di svolgere la loro azione nei confronti di tutta la « popolazione » interessata.

Un errato senso di onore, personale e/o di famiglia, fa sì che molti di questi handicappati, in genere quelli più abbisognevoli di cure, invece di essere aiutati ed assistiti, vengano spesso relegati in una stanza, isolati dal resto del mondo in condizioni igienico-sanitarie a volte inumane.

Ciò nonostante la popolazione handicappata può valutarsi fra lo 0,8 e l'1 per cento della popolazione totale.

Una analisi della situazione socio-economica mostrerebbe una maggiore incidenza del fenomeno nelle zone socialmente meno progredite, pur dovendosi ragionevolmente presumere che tale rilevazione potrebbe essere influenzata da un più ampio ricorso, da parte delle categorie più abbienti, ad istituti specialistici privati e da esigenze sociali più vivamente sentite.

Di fatto però sembra esistere una stretta correlazione fra *handicap* e condizione sociale, sia per quanto concerne i fattori che ne possono causare la insorgenza, sia per le condizioni sanitarie, ambientali e culturali che possono influenzarne l'andamento.

Contrariamente a quanto si sarebbe portati a credere a prima vista, gli *handicaps* psichici rappresentano la più parte del fenomeno, superando largamente il 50 per cento del totale, mentre ai sensoriali ne spetterebbe solo il 10 per cento.

Confrontando la popolazione handicappata con la popolazione totale nell'ambito delle singole fasce di età, si constatano delle consistenti variazioni.

La massima concentrazione del fenomeno si manifesta infatti nella età giovanile, tanto che si può affermare che circa l'80 per cento del fenomeno si manifesta fra i giovani aventi una età fra lo zero ed i ventuno anni e che nell'ambito di questa fascia, la maggiore concentrazione si ha fra i giovani in età dell'obbligo scolastico (6-13 anni).

Questo particolare potrebbe evidenziare la mancanza di adeguati servizi di diagnosi precoce e comunque di idonei strumenti per un controllo sanitario sistematico sin dalla prima infanzia.

Particolarmente per gli handicappati lievi, la famiglia non sempre è pronta a recepire il pericolo sin dai primi sintomi ed attende troppo a lungo sperando in una soluzione spontanea per cui l'infermo viene riconosciuto abbisognevole di cure solo al momento dell'ingresso nella scuola materna o elementare.

Se si tiene conto che il fenomeno, consistente nel primo trentennio di vita, diventa irrilevante, statisticamente parlando, dopo tale età, v'è da pensare che questi infelici, una volta venuto a mancare il sostegno dei genitori, si disperdono dissolvendosi nel nulla, nel disinteresse generale.

La nostra Costituzione, una delle più progredite ed in linea con la dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, nel terzo comma dell'articolo 38, così si esprime: « Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione ed all'avviamento professionale » e per l'assolvimento dei conseguenti compiti imposti allo Stato dal quarto comma del suddetto articolo la Corte costituzionale, con sentenza 16 dicembre 1960, n. 70, ha stabilito che non è da escludere che gli oneri finanziari inerenti a tali compiti possano far carico a categorie di soggetti diversi dallo Stato con imposizioni di tributi in senso stretto o di altre prestazioni patrimoniali nella forma dei contributi.

Ciò premesso, onorevoli colleghi, ne consegue una differente incidenza dei vari tipi di prestazione nelle singole fasce d'età.

Da zero a due anni, infatti, si ricorre, quasi esclusivamente, alla prestazione ambulatoriale mentre in quella da tre a cinque anni, pur restando l'ambulatorio la forma di assistenza predominante, assumono consistenza forme di assistenza collaterali quali il seminternato.

Nella fascia dai sei ai tredici anni, seminternato ed ambulatorio sembrano equivalersi, mentre nelle fasce di età dai 14 ai 18, dai 19 ai 21 e dai 22 ai 30, più della metà degli handicappati viene assistita in seminternato.

La rimanente parte usufruisce prevalentemente dell'internato e dell'ambulatorio.

Nella fascia dai 31 ai 69 anni tutto il sistema di assistenza, lì dove è in atto, entra rapidamente in crisi in quanto la maggioranza degli istituti specialistici e diurni hanno fissati dei limiti di età invalicabili per gli aventi diritto all'assistenza.

A questo punto sembra indispensabile rivedere tutta la materia, sia per adeguare, razionalizzare e quindi potenziare il servizio, sia per assicurare anche, e si oserebbe dire in ispecie, a chi è ormai avanti nell'età, la dovuta necessaria assistenza.

La presente proposta, che resta aperta ad ogni apporto migliorativo, si incentra su due momenti fondamentali della vita dell'individuo: l'età prescolare e scolare e l'età lavorativa.

Per l'età prescolare e scolare, la struttura più idonea sembra possa essere costituita da un centro sanitario specializzato, operante a tempo pieno, con giurisdizione territoriale e responsabilità giuridica, su ogni tipo di scuola, pubblica e privata, esistente nel territorio di giurisdizione.

Inoltre questi centri dovrebbero disporre: sia di un adeguato numero di specialisti per visitare periodicamente e le famiglie, ove è nato un bimbo, e le scuole della zona, per compiere quella azione preventiva oggi praticamente ignorata, sia di un adeguato numero di ligoterapisti, per la cura delle difficoltà del linguaggio; di ortofonisti, per la cura delle difficoltà dell'udito; di fisioterapisti, per la cura delle difficoltà dei movimenti; di psicologi, per la cura delle difficoltà di espressione e dei ritardi mentali.

Una volta superata l'età scolare il giovane handicappato dovrebbe, giusto quanto previsto dall'articolo 38 della Costituzione, essere avviato ad un qualunque proficuo lavoro.

A tal fine nell'ambito del centro sanitario specializzato verrebbero create piccole comunità, gestite in modo elastico e profondamente inserite nel tessuto sociale.

Tali piccole comunità, aventi una gestione possibilmente autonoma, dovrebbero avere lo scopo di utilizzare l'handicappato, in maniera terapeutica, in lavori artigianali e/o agricoli elementari.

La partecipazione del paziente a queste attività può essere a *part-time,* se il paziente ha una famiglia presso cui risiedere, o a carattere continuativo, nel caso l'handicappato, o per libera scelta o per necessità, decida di restare nella comunità in maniera permanente.

Lì dove i progressi raggiunti dovessero far sperare in un completo reinserimento del degente nella struttura sociale, previo parere favorevole del comitato di controllo del centro sanitario, l'handicappato potrà essere deistituzionalizzato e rinviato in famiglia, sempre che questa dia ogni garanzia di poter offrire la eventuale necessaria assistenza di cui l'infermo ha bisogno.

Tale provvedimento, per evidenti motivi, dovrà assumere carattere di eccezionalità quando il degente ha superato il 40° anno d'età.

Onorevoli colleghi, la presente proposta, che pur nella sua disarticolazione cerca di affrontare il problema non in forma assistenziale, ma strutturale, sembra venire incontro alle vive istanze che salgono da una massa di persone verso la quale il nostro impegno di parlamentari deve essere più vivo ed attento in quanto è costituita dalla parte della nostra società che più soffre.

Per essa chiediamo la discussione e l'approvazione, con ogni urgenza, della presente proposta di legge.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

Nell'ambito di ogni unità sanitaria è costituito un centro sanitario specializzato funzionante a tempo pieno, per la cura e la riabilitazione degli handicappati.

ART. 2.

Ogni centro sanitario specializzato si articola in quattro sezioni che si occupano, rispettivamente, della prevenzione, della cura, della ospedalizzazione e della riabilitazione degli handicappati.

Nell'ambito di ogni centro esiste inoltre una quinta sezione per il disbrigo della parte logistico-amministrativa e dei servizi.

L'organico del personale amministrativo e tecnico del centro sarà fissato con decreto del Ministro della sanità entro novanta giorni dalla pubblicazione della presente legge sulla *Gazzetta Ufficiale*.

ART. 3.

La sezione « prevenzione » deve avere a disposizione un numero sufficiente di persone qualificate in modo da seguire, dalla nascita, ogni bambino e tutte le scuole materne e dell'obbligo nel territorio di giurisdizione.

Sarà cura del suddetto personale di prendere contatto con le famiglie in cui v'è un nuovo nato per assicurarsi che non abbia bisogno dell'assistenza del centro.

ART. 4.

La sezione « cura » sarà fornita delle apparecchiature ed attrezzature necessarie per la riabilitazione dei pazienti, qualunque sia la categoria cui l'handicappato appartiene.

In particolare, in ogni centro sanitario, devono essere presenti almeno due logoterapisti, due ortofonisti, due fisioterapisti e due psicologi.

ART. 5.

La sezione « ospedalizzazione » curerà il ricovero e l'assistenza di quei pazienti da sottoporre a cure intensive o dichiarati irrecuperabili.

ART. 6.

Nella sezione « riabilitazione » sono destinati quei pazienti in fase di recupero e/o quelli che possono svolgere una qualunque attività lavorativa.

ART. 7.

La sezione « ospedalizzazione » assiste il personale internato non autonomo.

La degenza dell'infermo non è soggetta ad alcun limite di tempo.

La sezione « riabilitazione » assiste personale internato e seminternato che può espletare una qualunque attività lavorativa, inserendolo in piccole comunità dove l'individuo, in funzione delle proprie capacità, svolge una attività artigianale o agricola elementare.

Il lavoro comunque non deve mai assumere forma coatta.

La permanenza presso le predette comunità non è soggetta ad alcun limite di tempo.

ART. 8.

Un apposito comitato di controllo, composto dal presidente del tribunale amministrativo regionale o da un suo rappresentante (in qualità di presidente); dal presidente del tribunale dei minori; dal segretario regionale della confederazione sindacale; dal medico provinciale e dal comandante la legione dei carabinieri competente per territorio, su proposta della direzione del centro sanitario, dopo aver

svolto ogni controllo per accertare che all'interessato non venga a mancare la necessaria assistenza, autorizza la deistituzionalizzazione dell'assistito.

Su ogni dimesso il centro continua a svolgere azione di controllo almeno per sei mesi dalla data di deistituzionalizzazione.

Particolare cura deve essere posta dalla commissione nel concedere autorizzazioni alla dimissione dal centro sanitario per ricoverati che abbiano superato il 40° anno di età.

ART. 9.

I prodotti del lavoro sono commercializzati a cura della direzione secondo le procedure fissate dal Ministro della sanità con proprio decreto da emanare entro 90 giorni dalla pubblicazione della presente legge sulla *Gazzetta ufficiale*.

Il ricavato deve essere reimpiegato nell'ambito della comunità per il miglioramento delle strutture ed infrastrutture del centro.

Il controllo amministrativo è effettuato da una commissione paritetica composta da funzionari del Ministero della sanità e della regione.

ART. 10.

Per quanto concerne il controllo sulla sicurezza e l'igiene del lavoro, una apposita commissione, nominata dalla regione, effettua, con cadenza almeno mensile, ispezioni presso le comunità artigiane o agricole dove vengono impiegati gli handicappati.

Di tale commissione fa parte il presidente del tribunale amministrativo regionale (in qualità di presidente); un magistrato della magistratura del lavoro; un funzionario regionale del settore; il segretario regionale della Confederazione sindacale; il medico provinciale ed il comandante la legione della Guardia di finanza, competente per territorio.

Eventuali irregolarità devono essere denunziate d'ufficio.

ART. 11.

Ogni centro sanitario specializzato può ricevere lasciti o donazioni nel rispetto delle norme stabilite dal Ministro della sanità con proprio decreto.

Il controllo amministrativo è effettuato dalla commissione di cui all'articolo 9 nei modi stabiliti dal Ministro della sanità con apposito regolamento.

ART. 12.

Il Ministro delle finanze provvede ad approntare gli opportuni strumenti per il reperimento dei fondi necessari, nel rispetto di quanto disposto dal quarto comma dell'articolo 38 della Carta costituzionale.

ART. 13.

Le regioni ed i comuni interessati svolgono ogni azione per reperire, entro sei mesi dalla pubblicazione della presente legge sulla *Gazzetta Ufficiale*, idonei edifici e/o opportuni suoli da mettere a disposizione per l'istituzione dei centri sanitari specializzati.

A tal fine i comuni sono autorizzati a predisporre le conseguenti varianti ai piani regolatori.

ART. 14.

Il Ministro della sanità, di concerto con le altre amministrazioni competenti, quando non diversamente stabilito, è delegato ad emanare le conseguenti disposizioni attuative entro sei mesi dalla pubblicazione della presente legge sulla *Gazzetta Ufficiale.*

ART. 15.

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le opportune variazioni di bilancio.