

6. Salute e assistenza

6.1. L'evoluzione dell'assistenza sanitaria

La legge n. 625/66 affidava al Ministero della Sanità l'obbligo di provvedere all'assistenza sanitaria per il recupero funzionale dei mutilati e invalidi civili motulesi e neurolesi, aventi un'invalidità suscettibile di miglioramento tramite idoneo trattamento riabilitante, purché in condizioni economiche disagiate.

La legge n. 833/78 ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, di cui ha fissato, nell'articolo 2, gli obiettivi prioritari:

- promozione di una moderna coscienza sanitaria;
- prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e lavoro;
- diagnosi e cura degli eventi morbosi;
- riabilitazione degli stati d'invalidità e d'inabilità somatica e psichica;
- tutela della salubrità, dell'igiene dell'ambiente di vita e di lavoro;
- disciplina della sperimentazione;
- produzione e immissione in commercio dei farmaci;
- formazione permanente del personale medico e infermieristico.

La legge n. 421/91 (Revisione delle discipline in materia di sanità, pubblico impiego, previdenza e finanza territoriale), i decreti legislativi n. 502/92, n. 517/93 hanno sancito i seguenti principi:

- decentramento delle competenze sanitarie alle regioni;
- introduzione di logiche manageriali, all'interno del Sistema Sanitario pubblico, con criteri di efficienza, efficacia, qualità dell'assistenza e concorrenzialità, attraverso il conferimento dell'autonomia gestionale alle Aziende Ospedaliere, agli Istituti Scientifici e alle ASL;
- affidamento al direttore generale (manager) delle responsabilità della gestione e della qualità dei servizi forniti.

Il decreto legislativo n. 229/99 (Riforma ter) attua il federalismo nel settore Sanità, affermando il principio di un Servizio Sanitario Nazionale gestito a livello regionale, con carattere universalistico e solidaristico, con le seguenti linee:

- territorializzazione e domiciliarizzazione dei servizi;
- superamento dell'ospedale come centro unico e polivalente di intervento sanitario, e costituzione di centri di alta specializzazione;
- ruolo importante dei sindaci e delle associazioni che rappresentano le esigenze dei cittadini, comprese quelle sindacali;
- qualificazione ed estensione dell'assistenza domiciliare;
- integrazione della sanità pubblica e privata nell'ambito di una programmazione regionale efficace e capace di utilizzare i finanziamenti erogati dal Fondo Sanitario Nazionale;
- i soggetti che erogano servizi sanitari devono redigere la «Carta dei servizi pubblici sanitari», strumento per comunicare con i cittadini, per illustrare i risultati dei programmi e l'avanzamento della qualità, con cui devono essere garantite forme di partecipazione dei cittadini alla verifica dell'attività svolta. Dal 2001, con l'avvio del federalismo fiscale, le Regioni acquisiscono un'effettiva autonomia finanziaria, con capacità impositiva propria e una compartecipazione al

gettito IVA; tali finanziamenti, vincolati alla Sanità per un primo triennio, saranno utilizzabili successivamente senza destinazione vincolata.

La legge n. 405/2001 cancella di fatto, la riforma ter (Bindi), ed ogni Regione avrà il suo prontuario farmaceutico e i suoi Livelli essenziali di assistenza.

Infatti, dal 1° luglio 2002 sono scattati i nuovi Livelli essenziali di assistenza, prestazioni medico sanitarie ritenute fondamentali per il cittadino, e che, pertanto, dovranno essere garantite gratuitamente a tutti. Tutto ciò che non rientra nei Lea, sia per contenere la spesa sanitaria, sia per effetto della regionalizzazione della sanità, sarà demandato alle Regioni, che decideranno autonomamente.

Cioè, ogni Regione, per effetto del «federalismo sanitario», in base alle proprie scelte politiche, e in base alle disponibilità economiche, deciderà:

- se e quali altre prestazioni, al di fuori di quelle previste nei Lea, saranno fornite gratuitamente;
- i costi delle prestazioni a pagamento;
- l'opportunità di introdurre, per far quadrare i conti della spesa sanitaria, i ticket sui farmaci e/ o di elevare l'addizionale regionale IRPEF.

L'effetto sarà una disegualianza di costi su base regionale, a parità di servizi e prestazioni: per questo motivo l'80% degli italiani, come risulta da un'indagine, è ragionevolmente contraria all'idea che le cure abbiano costi diversi regione per regione.

Gli ospedali ridefiniranno le prestazioni di ricovero e cura ospedaliera; ci sarà una ristrutturazione della rete ospedaliera, con cinque posti letto per mille abitanti (uno dei quali riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie); 43 Drg (raggruppamenti omogenei di diagnosi) saranno deospedalizzati e concessi in day hospital, in ambulatorio, o in day surgery («chirurgia di un giorno»).

Alcune prestazioni saranno completamente escluse dai Lea:

- chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite;
- medicine non convenzionali (agopuntura, fatta eccezione ai fini anestesiolgici; fitoterapia; medicina antroposofica; medicina ayurvedica; omeopatia; chiropratica; osteopatia);
- vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero;
- circoncisione rituale maschile;
- certificazioni mediche, eccetto i certificati di malattia e dei bambini;
- prestazioni di medicina fisica (riabilitativa ambulatoriale; idromassoterapia; ginnastica vascolare in acqua; diatermia a onde corte e microonde; agopuntura con moxa revulsivante; ipertermia Nas; massoterapia distrettuale riflessogena; pressoterapia; pressodepressoterapia intermittente; elettroterapia antalgica; ultrasuonoterapia; trazione scheletrica; ionoforesi; laserterapia antalgica; mesoterapia; fotoforesi terapeutica; fotochemioterapia extracorporea; fotoforesi extracorporea).

Altre prestazioni saranno parzialmente escluse dai Lea in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche:

- assistenza odontoiatrica;

- densitometria ossea;
- prestazioni ambulatoriali di medicina fisica (eccetto quelle completamente escluse).

6.2. La riabilitazione

La legge n. 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, prevede:

- nell'articolo 2, comma 4, la «riabilitazione degli stati d'invalidità e d'inabilità somatica e psichica»;
- nell'articolo 19, che «le USL provvedono ad erogare le prestazioni di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di medicina legale, assicurando a tutta la popolazione i livelli di prestazioni sanitarie; che «ai cittadini è assicurato il diritto della libera scelta del medico e del luogo di cura, nei limiti oggettivi dell'organizzazione sanitaria; che gli utenti hanno diritto di accedere, per motivate ragioni, o in casi di urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale, ai servizi di assistenza di qualsiasi USL»;
- nell'articolo 26, che «le prestazioni sanitarie rivolte al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle USL attraverso i propri servizi», e che «l'USL, quando non è in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni»; che «sono altresì garantite le prestazioni protesiche, nei limiti e nelle forme stabilite nel comma 2, dell'articolo 3».

Rispetto all'effettività del diritto alla riabilitazione degli stati d'invalidità e d'inabilità, somatica e psichica, l'attenzione del Servizio Sanitario Nazionale, Regionale e delle ASL non è sempre all'altezza dei principi così nobilmente sanciti dalla legge n. 833/78, e l'azione non è, talvolta, immune da lacune e discriminazioni.

Il primo obiettivo di questa pubblicazione è quello di suscitare, rispetto all'esigibilità del diritto alla riabilitazione, una maggiore tensione civile e morale da parte di tutti.

La riabilitazione è un progetto personalizzato che ha lo scopo di selezionare, guidare e potenziare le possibilità fisiche e psichiche, anche solo residue, nell'ambito dell'evoluzione propria di ciascun caso: dal non essere, o non essere più come prima, all'avere, comunque, il maggior numero di scelte consentito.

Il progetto riabilitativo consta di due interventi: la riabilitazione medica (lotta contro la disabilità) e la riabilitazione sociale (lotta contro le barriere).

L'assistenza medica riabilitativa comprende l'insieme degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi neuropsichici e motori erogati in regime ambulatoriale, in regime domiciliare e semiresidenziale dai servizi della ASL, dai centri di riabilitazione convenzionati, mediante:

- attività psicoterapica;
- attività terapeutico-socio-riabilitativa;
- prestazioni diagnostiche e riabilitative specializzate nei disturbi di comunicazione (voce, parola, linguaggio, udito);
- prestazioni di assistenza protesica;
- prestazioni idrotermali.

Il Centro di Riabilitazione è una struttura, residenziale o no, che fornisce le prestazioni sanitarie di riabilitazione rivolte ad anziani e disabili autosufficienti (anche solo parzialmente) o non autosufficienti. Una stessa struttura può fornire prestazioni riabilitative in regime ambulatoriale, domiciliare, di degenza programmata o in day hospital. Le prestazioni erogate in regime ambulatoriale o domiciliare sono:

- visita fisiatrica e ortopedica;
- trattamenti di riabilitazione (terapia fisica, riabilitazione respiratoria, riabilitazione neuromotoria, fisiokinesiterapia);
- logopedia;
- laser terapia;
- ginnastica di gruppo.

Le prestazioni erogate in regime di degenza prevedono anche:

- prestazioni infermieristiche;
- controlli medici e specialistici;
- assistenza alberghiera;
- assistenza nelle attività quotidiane e cura della persona.

Le prestazioni erogate in regime di day hospital assicurano almeno tre ore di terapia al giorno e non prevedono la permanenza notturna.

6.2.1. Assistenza riabilitativa in età adulta

I disabili adulti possono rivolgersi alla struttura territoriale competente per usufruire di:

- prestazioni mediche specifiche;
- consulenze sociali relative ai soggiorni estivi, all'assistenza domiciliare, alle barriere architettoniche, all'inserimento nei centri di riabilitazione, a corsi scolastici, a corsi professionali, a tirocini di lavoro ecc.

Tutte le prestazioni sono gratuite e il cittadino ha facoltà di accedere direttamente al servizio.

6.2.2. Assistenza riabilitativa in età evolutiva

All'interno del Servizio materno-infantile dell'ASL è presente una specifica area che fornisce prestazioni riguardanti prevenzione, diagnosi e riabilitazione degli stati di handicap in età evolutiva.

Tali prestazioni sono gratuite e il cittadino può accedere direttamente al servizio per minori.

6.2.3. Assistenza riabilitativa presso enti convenzionati

Per usufruire dell'assistenza riabilitativa presso gli enti convenzionati il cittadino deve richiedere l'autorizzazione alla ASL di competenza, presentando:

- una documentazione riguardante il tipo d'invalidità civile (se si tratta di un minore la documentazione deve essere relativa all'idoneità di frequenza);
- un modello chiamato «modello A», rilasciato dall'Ente convenzionato;
- una richiesta rilasciata dal medico specialista appartenente alla struttura pubblica.

In regime di degenza, il costo delle prestazioni sanitarie di riabilitazione fornite da strutture accreditate, convenzionate, o totalmente private, varia con il tipo di trattamento e in base alla richiesta di un servizio alberghiero particolare.

Il costo del servizio erogato dalle strutture private varia a seconda della tipologia delle prestazioni riabilitative richieste.

Per l'elevata domanda di prestazioni sanitarie di riabilitazione, l'ammissione nell'Ente convenzionato avviene con l'inserimento dell'utente in una specifica lista di attesa che ha uno scorrimento cronologico con chiamata da parte dell'Ente (modello A).

6.3. Concorso spese di soggiorno per cure all'estero

Il d.p.c.m., pubblicato in G.U. il 23 maggio 2001, ha regolamentato il concorso delle spese di soggiorno sostenute per le cure dei soggetti portatori di handicap in centri all'estero di elevata specializzazione. Tale concorso, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, riguarda le spese di cura sostenute dai portatori di handicap, già riconosciuti ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge n. 104/92, che necessitano di cure per la neuroriabilitazione, qualora queste non possano essere erogate adeguatamente e tempestivamente in Italia, e si rivolgano a centri o strutture estere di elevata specializzazione.

La domanda, da presentare entro tre mesi dall'effettuazione dell'ultima spesa sostenuta, tramite il centro regionale di riferimento, e indirizzata all'ASL di appartenenza (art. 2), deve contenere tutta la documentazione relativa a:

- autorizzazione a recarsi all'estero (Mod. E 112);
- fatture debitamente quietanzate;
- ricevute per il soggiorno;
- biglietti per il trasporto regolarmente obliterati.

La quota di rimborso viene determinata in rapporto alla situazione economica, attraverso l'applicazione dell'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente), ed è pari:

- al 100%, in caso di nucleo familiare per il quale l'ISEE sia inferiore a circa 32.000 euro;
- all'80%, in caso di nucleo familiare per il quale l'ISEE sia inferiore a 51.650 euro;
- all'80% delle spese di soggiorno, in caso di nucleo familiare per il quale l'ISEE sia superiore a 51.650 euro.

È possibile, anche, chiedere, e ottenere dall'ASL, la rideterminazione della quota di rimborso già riconosciuta, e un rimborso pari al 95%, qualora le spese sostenute nel corso dello stesso anno, e rimaste a carico del richiedente, superino 1/3 dell'ISEE.

È prevista la possibilità di chiedere, e ottenere, acconti sulla eventuale cauzione da anticipare ai centri ospedalieri esteri e sulle spese da sostenere.

6.4. Integrazione socio-assistenziale per i portatori di handicap grave (legge n. 104/92)

La legge n. 104/92 è la legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

L'articolo 3, comma 3, sancisce che «qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità».

«Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici».

La connotazione di gravità (art. 3, comma 3) è riconosciuta dalle Commissioni Mediche per l'Accertamento dell'Handicap (legge n. 104/92, art. 4).

La legge n. 162/98 stabilisce che a partire dall'anno 2000 sono stanziati circa 30 milioni di euro l'anno, da ripartire tra le regioni, destinati a migliorare le condizioni di vita delle persone affette da handicap gravi. Le Regioni provvedono alla programmazione e all'impegno contabile delle risorse loro assegnate, e comunicano al Ministero per la Solidarietà Sociale lo stato di attuazione degli interventi effettuati. In caso d'inadempienza delle Regioni, il Ministero provvede a ridestinare le risorse loro assegnate.

La legge n. 388/2000 ha destinato circa 52 milioni di euro al Fondo Nazionale per le politiche sociali, per sovvenzionare un programma di interventi per l'assistenza a portatori di handicap gravi rimasti privi dei familiari che prestavano loro assistenza. Gli interventi sono affidati ad associazioni di volontariato e ad altri organismi senza fini di lucro purché abbiano provata esperienza nel campo per la cura e l'assistenza di tali disabili.

6.5. Interventi in favore degli handicap intellettivi

Oggi, nel mondo, vivono quattrocento milioni di persone affette da disturbi mentali o neurologici, o da problemi psico-sociali, come quelli legati all'abuso di alcool e droghe. Poche di loro ricevono una diagnosi corretta, e sono ancora meno quelle che ricevono un trattamento. La maggior parte della loro vita è caratterizzata da una sofferenza ingiusta, dalla disabilità, dalla solitudine e, a volte, dalla morte prematura.

Per salvaguardare sul territorio nazionale la continuità dei servizi di assistenza ai disabili con handicap intellettivo e alle loro famiglie, in attesa della riforma in materia di servizi sociali, è stata emessa la legge n. 126/2000, che ha stanziato annualmente un contributo straordinario in favore dell'ANFFAS (Associazione Nazionale Famiglie di Fanciulli e Adulti Subnormali).

L'Associazione ha il compito di assicurare la prosecuzione dei servizi assistenziali sul territorio nazionale, indicando le modalità di attuazione, e deve consegnare una periodica relazione sui risultati dell'attività svolta conseguente all'erogazione del contributo.

Il servizio prestato vuole garantire una vita dignitosa e più partecipata per una categoria bisognosa di cure e attenzioni: i disabili mentali, tra cui anche reduci da periodi di lungodegenza all'interno di strutture psichiatriche a carattere ospedaliero.

I disabili mentali sono inseriti in un circuito di risocializzazione, e assistiti da ausiliari, infermieri, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, rieducatori, con visite periodiche di psichiatri e psicologi. Sono liberi di uscire e passeggiare, con piena autonomia della gestione del proprio tempo.

A seconda del profilo anamnestico del disabile mentale viene formulato un programma differenziato di riabilitazione. Inoltre una serie di attività collaterali, come la palestra, il laboratorio, i corsi di cucina, i corsi di alfabetizzazione, impegnano i degenti, in moduli flessibili, ad occupare in modo concreto il tempo che resta dopo quello impegnato per la riabilitazione.

Con l'approvazione della legge quadro di riforma dell'assistenza (legge n. 328/2000), le competenze sono passate alle Regioni, che dovranno provvedere alla prosecuzione del servizio.

6.6. Assistenza protesica

Le prestazioni di assistenza protesica, erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale, sono regolamentate dal «Nomenclatore Tariffario delle Protesi e degli Ausili» (decreto del Ministero della Sanità n. 332/99). Il testo del Nomenclatore Tariffario è predisposto da una apposita commissione tecnica, e quindi sottoposto all'approvazione del Consiglio Superiore di Sanità e della Conferenza Stato Regioni e, una volta firmato come decreto dal ministro della Sanità, è sottoposto all'approvazione della Corte dei Conti e infine pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale.

La legge di riforma sanitaria affida alle Regioni, alle ASL e alle Aziende Ospedaliere, ogni competenza sanitaria, assistenziale e riabilitativa. Ne consegue che ogni Regione, autonomamente e in considerazione delle proprie risorse, programma, approva e attua il proprio Piano Sanitario Regionale.

Tra le competenze regionali è prevista anche la fornitura delle protesi e degli ausili.

Il Nomenclatore Tariffario prevede che i disabili con grado d'invalidità superiore a 1/3 (cioè a partire da un'invalidità del 34%) possano disporre «gratuitamente» di protesi, presidi e ausili (calzature ortopediche, carrozzine, ausili per il sollevamento, dispositivi ottici e vocali, sacche di raccolta, cateteri, placche, pannolini, pannoloni ecc.), diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali.

L'assistenza protesica comprende anche l'adattamento, la prima pratica e un'esauriente informazione al paziente o a chi lo assiste:

- sul corretto utilizzo del dispositivo;
- sulla praticità d'impiego;
- sulla verifica del funzionamento.

Entro venti giorni vengono accertati la congruenza clinica, in termini di rispondenza, i primi risultati.

Ne hanno diritto: gli invalidi civili, di guerra, per servizio, privi della vista, sordomuti, minori di 18 anni che necessitano di intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di una invalidità permanente; nonché coloro in attesa di accertamento di invalidità civile nei casi di:

- impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o impossibilità a compiere gli atti quotidiani di vita;
- entero-urostomia;
- amputazione d'arto.

L'erogazione dei dispositivi protesici viene effettuata a seguito di una prescrizione della seguente documentazione all'Ufficio Protesi, o Riabilitazione dell'ASL:

- certificato medico (modulo/richiesta), compilato dallo specialista dell'ASL o dal medico di famiglia (senza alcuna remunerazione economica), in cui, oltre ai dati del richiedente, sono riportati la diagnosi, la terapia e il «Piano riabilitativo», con la prescrizione di ausili protesici, ortesici o di altro ausilio necessario, degli eventuali adattamenti occorrenti per la sua personalizzazione, del programma terapeutico di utilizzo del dispositivo e della sua prevedibile durata, nonché l'indicazione dei codici del Nomenclatore Tariffario e delle quantità massime prescrivibili;

- autocertificazione della residenza;
- fotocopia del verbale della Commissione Medica per l'invalidità civile, attestante l'invalidità.

La necessità dell'erogazione dei presidi, siringhe e prodotti dietetici ed ogni altro ausilio viene proposta una volta l'anno, a cura del medico curante, o del pediatra dell'ASL (d.p.r. n. 270/2000, art. 36, 6° comma, «Accordo collettivo nazionale con i medici di medicina generale»; d.p.r. n. 272/2000, art. 34, 6° comma, «Accordo collettivo nazionale con i medici specialisti pediatri»).

L'erogazione, e l'eventuale frazionamento dei presidi, siringhe e prodotti dietetici ed ogni altro ausilio sono disposti dall'ASL in base ad esigenze organizzative. Farmacie e sanitarie, se richieste e autorizzate per iscritto, possono, nel rispetto della privacy, effettuare la consegna dei presidi a domicilio.

I disabili che ottengono le protesi motorie o gli ausili protesici hanno, per legge, il diritto di libera scelta. Le protesi sono gratuite per il disabile ricoverato in ospedale, fornite dalla struttura ricoverante, ma in tal caso non si ha il diritto di libera scelta.

Le protesi si possono ottenere subito nel caso di patologie particolarmente gravi (decreto del Ministero della Sanità n. 332/99, art. 2): in tal caso, è necessario allegare al modulo/richiesta un'analitica certificazione medica che ne documenti la necessità e l'urgenza.

Hanno diritto immediato, anche se si è in attesa di essere sottoposti a visita da parte della Commissione Medica:

- i richiedenti che necessitano di accompagnamento;
- gli stomizzati;
- le donne operate al seno;
- i soggetti che hanno avuto un intervento demolitore sull'occhio;
- gli invalidi del lavoro (in tal caso i presidi sono forniti gratuitamente dall'INAIL ed è il medico dell'INAIL che autorizza la loro integrazione quantitativa e qualitativa).

6.7. Agevolazioni fiscali per spese mediche, per acquisto ausili e per assistenza

- deducibilità totale delle spese mediche e della spesa di assistenza specifica rese esclusivamente alle persone con handicap grave e permanente (le spese per assistenza specifica riguardano: l'assistenza infermieristica e riabilitativa; il personale in possesso della qualifica professionale di addetto; l'assistenza di base; l'operatore tecnico assistenziale esclusivamente dedicato all'assistenza diretta della persona; il personale di coordinamento delle attività assistenziali di nucleo; il personale con la qualifica di educatore professionale; il personale qualificato addetto ad attività di animazione e/o di terapia occupazionale);
- deducibilità totale delle spese mediche e paramediche di assistenza specifica sostenute in caso di ricovero di disabile in un istituto di assistenza e ricovero (la deducibilità spetta solo per le spese mediche in caso di retta pagata all'istituto);
- detrazione del 19%, per l'importo che eccede la franchigia, delle spese per i mezzi necessari per l'accompagnamento, la deambulazione, la locomozione, il sollevamento (ad esempio: trasporto in ambulanza del portatore di handicap, acquisto di poltrone per inabili e minorati non deambulanti e apparecchi per il contenimento di fratture, ernie e per la correzione di difetti della colonna vertebrale, acquisto di arti artificiali per la deambulazione, costruzione di rampe per l'eliminazione di barriere architettoniche esterne e interne alle abitazioni, trasformazione dell'ascensore adattato

al contenimento della carrozzella) e per l'acquisto di sussidi tecnici e informatici (ad esempio fax, modem, computer) rivolti a facilitare l'autosufficienza e l'integrazione dei disabili riconosciuti ex articolo 4 della legge n. 104/92, nonché degli invalidi civili, del lavoro, per servizio e di guerra;

- deducibilità totale delle spese mediche e di ricovero sostenute da persona anziana disabile in istituti di assistenza e ricovero (la deducibilità spetta solo per le spese mediche in caso di retta pagata all'istituto);
- detrazione del 19%, per l'importo che eccede la franchigia, per le spese di acquisto o affitto di protesi sanitarie (ad esempio: protesi dentarie e apparecchi ortodontici, comprese le dentiere e le capsule; occhi o cornee artificiali; occhiali da vista, lenti a contatto e relativo liquido; apparecchi auditivi, compresi modelli tascabili a filo e auricolare a occhiali; apparecchi ortopedici, comprese le cinture medico-chirurgiche, le scarpe e i tacchi ortopedici, fatti su misura; arti artificiali, stampelle, bastoni canadesi e simili; apparecchi da inserire nell'organismo, come stimolatori e protesi cardiache e simili) e per il ticket pagato;
- detrazione del 19%, per l'importo che eccede la franchigia, per le spese di: prestazioni chirurgiche; analisi, indagini radioscopiche, ricerche e applicazioni; prestazioni specialistiche; prestazioni rese da un medico generico; acquisto di medicinali; degenze o ricoveri collegati a operazioni chirurgiche. È detraibile anche l'importo del ticket pagato;
- deducibilità dal proprio reddito complessivo fino a un tetto massimo prefissato (circa 155.000 euro), degli oneri previdenziali e assistenziali per l'assunzione diretta di personale addetto «ai servizi domestici e all'assistenza personale o familiare»;
- maggiore detrazione, solo per le spese che riguardano la loro patologia, per le persone già esenti da ticket per patologia (es. visite specialistiche presso centri non convenzionati, farmaci non erogati dal Servizio Sanitario Nazionale, visite all'estero ecc.). Se la persona ha un proprio reddito, può detrarre la spesa sostenuta, ma se ha un reddito molto basso, riesce a detrarre solo una parte della spesa sostenuta: in tal caso, la parte restante può essere detratta dai familiari conviventi, anche se il disabile non è fiscalmente a carico, fino al limite prefissato (circa 6200 euro);
- detrazione del 19% (dall'imposta lorda) della spesa di assistenza specifica di contribuente senza handicap grave e permanente, con franchigia di periodicamente prefissata.

Nota

Ricordiamo che le esenzioni dai ticket sono previste per età, basso reddito, invalidità e per alcune patologie definite con decreto del Ministero della Sanità.

Nota bene!

Le agevolazioni fiscali sull'auto sono state trattate nel capitolo che segue (il settimo).

6.8. Sgravi fiscali per l'acquisto di sussidi tecnici e tecnico-informatici

6.8.1. Definizioni

I «sussidi tecnici e informatici hanno lo scopo di facilitare l'autosufficienza e l'integrazione (legge n. 30/97, in G.U. n. 50/97) dei soggetti riconosciuti portatori di handicap (legge n. 104/92, art. 3).

Sono sussidi tecnici e informatici «le apparecchiature e i dispositivi basati su tecnologie meccaniche, elettroniche o informatiche, appositamente fabbricati o di comune reperibilità, preposti ad assistere alla riabilitazione o a facilitare la comunicazione interpersonale, l'elaborazione scritta o grafica, il controllo dell'ambiente e l'accesso all'informazione e alla cultura in quei soggetti per i quali tali funzioni sono

impedite o limitate da menomazioni di natura motoria, visiva, uditiva o del linguaggio» (decreto del Ministero delle Finanze del 14/03/98, art. 2, in G.U. n. 77/98).

- Sono sussidi tecnici: giornali, notiziari quotidiani, libri e periodici (esclusi quelli pornografici), le prestazioni di composizione, legatoria e stampa dei prodotti editoriali, e le prestazioni di montaggio e duplicazione degli stessi anche se realizzati in scrittura braille e su supporti audiomagnetici per non vedenti e ipovedenti.
- Sono sussidi informatici (legge n. 30/97, in G.U. n. 50/97): i telefoni a viva voce, gli schermi a tocco, i computer, le tastiere espanse.

6.8.2. Agevolazioni fiscali

La legge n. 30/97 prevede l'equiparazione fiscale e tributaria per tutti i sussidi tecnici e informatici:

- detrazione del 19% della spesa sostenuta per l'acquisto nella relativa dichiarazione reddituale;
- IVA ridotta al 4%.

Per l'accesso ai benefici, i portatori di handicap devono produrre:

- copia del certificato attestante l'invalidità funzionale permanente, rilasciato dalla Commissione Medica dell'ASL;
- la specifica prescrizione autorizzativa rilasciata dal medico specialista dell'ASL, dalla quale risulti il collegamento funzionale tra il sussidio tecnico e informatico e la menomazione.

Nota

La documentazione su citata può essere omessa sottoscrivendo autocertificazione. Il Ministero delle Finanze ha predisposto appositi moduli. Per quanto concerne la prescrizione medica, ovviamente, l'autocertificazione è valida solo se in occasioni precedenti lo specialista dell'ASL avesse già prescritto il sussidio per cui si chiede l'agevolazione. Per i soggetti non vedenti o ipovedenti, le agevolazioni all'acquisto dei sussidi tecnici-informatici sono applicabili anche se non acquistati direttamente da loro, purché siano a loro destinati.

6.8.3. Il cellulare salvavita e l'assistenza telefonica alle persone anziane

Il cellulare salvavita è un comune telefono cellulare, recentemente immesso sul mercato, dotato di un dispositivo di localizzazione satellitare, che consente di individuare il punto in cui si trova in pochi secondi, in qualunque zona d'Italia, con un margine di errore bassissimo, al massimo di tre o quattro metri.

Il cellulare salvavita, prodotto in Finlandia e utilizzabile con tutte le carte SIM, può essere uno strumento utile nell'impiego sociale perché permette al disabile o all'anziano:

- intanto di conversare;
- di chiamare, in situazione di bisogno, un pronto intervento (familiare, ospedale, forze dell'ordine, servizi sociali);
- nel caso di malore improvviso, di farsi rintracciare pigiando il tasto rosso per 5 secondi;

- nel caso di perdita della memoria, di essere rintracciato dai familiari e dalle forze dell'ordine, tramite il gestore del servizio.

Le controindicazioni riguardano: il prezzo, che si aggira intorno ai due milioni; la tariffa elevata; il canone di assistenza 24 ore su 24; il non rispetto della privacy, perché si è sempre localizzabili.

Il Governo ha stanziato un fondo (art. 80, comma 14, Legge finanziaria 2001) provenienti dal Fondo nazionale per le politiche sociali, al sostegno dei servizi di telefonia rivolti alle persone anziane. Al finanziamento possono accedere associazioni di volontariato (es. AUSER per il «Filo d'Argento») e altri organismi senza scopo di lucro, con comprovata esperienza nel settore dell'assistenza agli anziani, che garantiscano un servizio continuativo per tutto l'anno e l'assistenza alle persone anziane per la fruizione degli interventi e dei servizi pubblici presenti nel territorio.

6.8.4. La lingua permetterà ai ciechi di vedere

I ciechi potrebbero un giorno «vedere» attraverso la lingua per mezzo di un sofisticato sistema elettronico ideato da un gruppo di ricercatori dell'Università del Wisconsin (USA). L'apparecchio, secondo la rivista britannica «New Scientist», è ancora in fase sperimentale e per la sua applicazione commerciale saranno necessario aspettare ancora diversi anni.

Comunque i test effettuati finora hanno dato esito positivo, perché il sistema «legge» le immagini del mondo esterno come se fossero riprese da una telecamera senza fili, inviandole al cervello attraverso una serie di elettrodi applicati sulla lingua. Gli elettrodi sono montati su una piastrina placcata d'oro delle dimensioni di un francobollo, e in pratica agiscono da timone per indicare al paziente la strada da seguire. Per indicare al paziente la direzione giusta, gli elettrodi emettono impulsi su parti diverse della lingua: un impulso a sinistra segnala di girare a sinistra, mentre un impulso al centro indica di proseguire dritto, e un impulso a destra indica di girare a destra. Il nuovo sistema si può apprendere in 50 ore di pratica.

L'apparecchio è stato già provato da una ricercatrice, che, con gli occhi bendati, è riuscita ad orientarsi in un labirinto virtuale. Al di là del futuribile, pensiamo che possa trattarsi di un efficace ausilio tecnico che potrà migliorare la vita di questa categoria di disabili.

6.8.5. I computer ai disabili

Il computer è uno dei simboli della società attuale e delle profonde trasformazioni tecnologiche che cambiano l'organizzazione del tempo e dello spazio, i rapporti sociali, il nostro modo di vivere, lavorare, divertirci.

La tecnologia è neutra, e i suoi effetti, positivi o negativi, utili o inutili, dipendono dal suo impiego sociale.

I disabili, spesso, hanno molto tempo libero, esperienza e voglia di vivere e fare, per sé e per gli altri, per cui possono rappresentare una risorsa preziosa in una società avara di generosità e di impegno civile. Essi possono esercitare un ruolo positivo, e la società può fare molto per migliorare la qualità della loro vita. Le nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e in particolare il computer, offrono grandi potenzialità per migliorare la qualità della vita.

In tutti i casi in cui la mobilità fisica diviene difficile, la possibilità di comunicare, istruirsi, telelavorare, acquistare da casa beni e servizi costituisce un recupero di libera scelta autonoma rispetto ad una dipendenza altrimenti necessaria.

Requisito necessario è l'alfabetizzazione informatica: non si tratta solo di acquisire un minimo di competenza informatica, ma di esercitare la propria mente, forzandola ad apprendere cose nuove, e a progettare nuovi modi di vita e di relazione.

Sarebbe oltremodo lodevole la previsione, nel bilancio delle amministrazioni comunali, di incentivi per l'acquisto del computer da parte dei disabili.

6.8.6. Anche i non vedenti potranno comunicare via SMS

I messaggi scritti si trasformeranno in messaggi vocali grazie ad una carta attivata dalla TIM: ciechi e ipovedenti potranno inviare messaggi con il cellulare realizzando, così, una maggiore integrazione nella vita sociale.

La TIM, in collaborazione con l'Unione Italiana Ciechi, ha predisposto un nuovo servizio gratuito che permetterà ai non vedenti di trasferire oralmente sulla tastiera del telefonino gli SMS da inviare. L'azienda di telefonia mobile ha infatti messo a punto una carta GSM, capace di trasformare il messaggio scritto in messaggio orale.

Una volta attivata la carta, per inviare o ascoltare un SMS è sufficiente chiamare il numero 49600.

La carta speciale è dotata di un particolare applicativo inserito all'interno del microchip: ogni volta che si riceve un messaggio da qualsiasi gestore mobile, la speciale carta opera una vera e propria traduzione dal testo alla voce, text to speech.

Si può registrare un messaggio vocale di 15 secondi al massimo, e si possono inviare fino a 5 messaggi con una sola chiamata.

Il servizio conserva anche la possibilità di inviare SMS scritti, e in ogni caso viene assicurata la privacy di questa categoria di clienti.

Gli SMS avranno lo stesso costo di un normale messaggio, secondo il profilo tariffario del cliente. L'ascolto dei messaggi è gratuito.

6.8.7. Filtri anticonvulsioni in bambini «fotosensibili»

Le immagini televisive possono indurre convulsioni in persone predisposte: il fenomeno può interessare un bambino su cento.

In Giappone è stato sperimentato, su soggetti «fotosensibili», un filtro che riflette in modo selettivo la luce rossa, a lunga lunghezza d'onda, e un filtro che assorbe in modo uniforme l'intensità della luce. La combinazione dei due filtri, sotto forma di lenti a contatto, occhiali o schermo protettivo, rappresenta un sistema semplice e innocuo che riesce ad evitare più del 90% delle crisi provocate dalle emissioni luminose del monitor della televisione su persone «fotosensibili», senza, peraltro, alterare l'effetto cromatico delle immagini (fonte Neurology).

6.8.8. Euro facile anche per chi non ci vede

Grazie ad un euro cash test, non vedenti e ipovedenti potranno riconoscere facilmente le nuove banconote e le nuove monete che circolano dal 1° gennaio 2002.

Si tratta di un semplice apparecchio, in materiale plastico, munito di appositi segnali tattili, grazie ai quali è possibile identificare con precisione le dimensioni di una banconota e di una moneta e conseguentemente di capirne il valore.

L'euro cash test è disponibile gratuitamente per tutti i ciechi.

Fondamentale, però, oltre a riconoscere le banconote, è riuscire a fare la conversione degli importi: allo scopo è stato realizzato un euroconvertitore che mediante una voce sintetizzata, vocalizza al non vedente le cifre che appaiono sul display.

Questo apparecchio ha un costo di sedicimila lire più IVA e, come l'euro cash test, può essere prenotato alle varie sedi regionali dell'Unione Italiana Ciechi.

6.9. I rapporti del disabile col sistema sanitario: il medico di famiglia e lo specialista dell'ASL

Il Sistema Sanitario pone, come questione centrale, la qualità di vita dell'ammalato e l'obiettivo di agevolare al massimo i soggetti non più in grado di muoversi e quindi di recarsi in ambulatorio (d.p.r. n. 484/96 e n. 500/96, che rappresentano gli «Accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti dei medici di medicina generale e dei medici specialisti ambulatoriali»).

I suddetti decreti sono di vitale importanza, poiché, non soltanto regolamentano i differenti tipi di intervento che i medici di medicina generale e gli specialisti ambulatoriali sono obbligati per legge a rispettare, ma di fatto li obbligano a collaborare.

L'obiettivo è di predeterminare gli interventi medico-infermieristici in favore dei pazienti non deambulanti, delegando al medico di base le funzioni di stimolo e coordinamento.

È possibile programmare fino ad un anno l'assistenza con visite domiciliari settimanali e mensili, previa segnalazione delle famiglie, oppure dei competenti servizi sociali, dei sanitari o dello stesso medico curante, realizzando un vero e proprio monitoraggio dello stato di salute, in simbiosi con l'assistenza specialistica, per evitare gravi disagi e la costosa degenza ospedaliera.

A questo quadro d'informazione medico-sanitario (integrato e documentabile con una scheda personale che viene fornita dall'ASL e conservata presso il domicilio del paziente), le ASL sono tenute a collaborare con i propri dirigenti di settore e con i relativi specialisti, incaricati di controllare e supportare l'operato dei medici di famiglia.

Le visite ambulatoriali e domiciliari del medico di famiglia sono svolte nello studio del medico o, su richiesta, al proprio domicilio, con riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato (d.p.r. n. 484/96, art. 33). La visita domiciliare deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore 10; se invece, la richiesta viene recepita dopo le 10, la visita dovrà essere effettuata entro le ore 12 del giorno successivo. La chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile.

Il sabato il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma è obbligato ad eseguire le visite domiciliari entro le ore 10 dello stesso giorno, nonché quelle, eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore 10 del giorno precedente.

6.10. Disabili e medici specialisti pediatri

I bambini sono i membri più vulnerabili della società, e il nostro dovere è di proteggerli e di non assoggettarli ai problemi, noti e ignoti, che si accompagnano spesso a esperimenti e prove.

Coinvolgere, o «impiegare», bambini in una sperimentazione può ledere il rispetto della loro dignità. Anche il diverso dosaggio di un farmaco rappresenta una nuova sperimentazione terapeutica.

I genitori vanno informati in modo adeguato ed esaustivo sugli obiettivi, metodi, vantaggi previsti e rischi potenziali, e il consenso va sempre richiesto e chiaramente formulato. Il bambino non dovrà, comunque, correre rischi per il suo stato di salute.

Lo Stato riconosce l'infanzia come un bene sociale da salvaguardare e sul quale investire, riconfermando la tutela sanitaria dell'infanzia e dell'adolescenza come un diritto fondamentale e uno degli obiettivi proposti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia, recepita dal Parlamento con la legge n. 176/91). Il d.p.r. n. 613/96 richiama, nella premessa, la Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia, e costituisce «l'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta».

Il Servizio Sanitario demanda al medico convenzionato per la pediatria di famiglia i compiti di prevenzione individuale: diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, intesi come atto professionale unitario e qualificante.

Il d.p.r. n. 613/96 sancisce:

1. Ogni bambino, dalla nascita fino al compimento del 14° anno di età, ha il diritto di essere assistito dal pediatra di fiducia, iscritto negli elenchi della propria ASL (art. 26, comma 3).
2. Il pediatra, qualora lo ritenga utile per la salute del bambino, può consultarsi con lo specialista; il consulto può essere effettuato presso gli ambulatori pubblici o, su richiesta motivata da parte del pediatra, anche presso il domicilio del paziente (art. 34).
3. La necessità dell'erogazione di presidi, siringhe e prodotti dietetici e di ogni altro ausilio viene proposta una volta all'anno da parte del pediatra alla ASL (art. 36 comma 6). L'erogazione e il relativo eventuale frazionamento è disposto dalla ASL secondo modalità organizzative fissate dalla Regione» (s.o. G.U. n. 285/96, p. 42).
4. Il pediatra di fiducia, sulla base della conoscenza del quadro anamnestico complessivo dell'assistito, ove lo ritenga necessario, segnala ai servizi sociali individuati dall'ASL l'esigenza di particolari interventi socio-assistenziali (art. 39).

Spesso un genitore che ha un figlio disabile tende erroneamente a rinchiodarsi e ad isolarsi nel nucleo familiare, mentre, al contrario, in simili situazioni, bisogna chiedere alle Istituzioni un sostegno concreto, costante e adeguato. Occorre far valere l'applicazione dell'articolo 33 della legge n. 104/92, che sancisce, per il genitore in attività lavorativa, il diritto a fruire di permessi retribuiti (dall'INPS), onde poter assistere il bambino (modelli 14 e 15, a seconda dei casi), e della legge sui congedi parentali (legge n. 53/2000).

Il pediatra, l'Assessorato ai Servizi sociali del proprio comune, gli specialisti ASL e il mondo della scuola, «sono obbligati per legge» a programmare, assistere e coordinare interventi mirati, atti a migliorare non soltanto lo stato di salute del bambino, ma la vivibilità nel nucleo familiare, agevolando anche l'inserimento nel mondo della scuola.

I disabili in età scolare, fino a 18 anni, possono usufruire dell'indennità mensile di frequenza (legge n. 289/90, in G.U. n. 243/90).

6.11. Ticket su prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio

Tutti i cittadini sono tenuti al pagamento delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, e delle altre prestazioni specialistiche erogate in regime ambulatoriale fino all'importo massimo indicato e aggiornato per legge (art. 8, comma 15, legge n. 537/93 e successive modifiche).

A. Categorie esenti dal pagamento dei ticket:

- i titolari di pensione sociale (art. 8 legge n. 537/93 e successive modifiche);
- pensionati al minimo di età superiore ai 60 anni e disoccupati, con un tetto al reddito definito e aggiornato per legge (art. 8 legge n. 537/93 e successive modifiche);
- i cittadini di età inferiore a 6 anni e di età superiore a 65 anni, il cui nucleo familiare non abbia superato, nell'anno precedente, il reddito complessivo definito per legge, dichiarato tramite autocertificazione (art. 16 legge n. 724/94);
- assistiti che necessitano della certificazione di idoneità per il servizio civile presso ente convenzionato con il Ministero della Difesa (art. 68, punto 1, legge n. 329/98);
- invalidi di guerra con pensione diretta vitalizia (dalla prima alla quinta categoria);
- invalidi di guerra dalla sesta all'ottava categoria, limitatamente alla patologia invalidante;
- invalidi per servizio dalla seconda alla quinta categoria;
- invalidi per servizio dalla sesta all'ottava categoria, limitatamente alle patologie invalidanti;
- invalidi civili inferiori ai 65 anni, a partire da un'invalidità del 67%;
- invalidi del lavoro;
- infortunati INAIL;
- affetti da malattie professionali;
- ciechi parziali;
- sordomuti;
- minori di 18 anni con indennità di accompagnamento;
- ex deportati nei campi di concentramento nazisti;
- vittime del terrorismo e della criminalità organizzata.

B. Patologie esenti dal pagamento dei ticket: sono esenti le prestazioni di assistenza sanitaria legate a «patologie croniche ed invalidanti» indicate nel d.lgs. n. 124/98 e nella tabella allegata al d.m. n. 296 del 21.5.2001, in G.U. del 19.7.2001.

C. Decorrenza del diritto all'esenzione: chi già è esente (ex d.m. n. 329/99) ha diritto all'esenzione prevista per le nuove prestazioni, introdotte dall'allegato al d.m. n. 296/2001, dall'entrata in vigore del suddetto decreto (19 luglio 2001).

Le Regioni devono adeguare gli attestati di esenzione alle modifiche apportate dal d.m. n. 296/2001, mentre le ASL devono aggiornare gli attestati di esenzione già consegnati agli utenti.