SENATO DELLA REPUBBLICA

XII LEGISLATURA

N. 2391

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa del senatore PEPE

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 27 DICEMBRE 1995

Modifica del comma 3 dell'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295. Inserimento del geriatra nelle commissioni mediche incaricate di effettuare gli accertamenti

TIPOGRAFIA DEL SENATO (1700)

ONOREVOLI SENATORI. — Il progetto-obiettivo «tutela della salute degli anziani» del 1992 stabilisce che il medico geriatra ha titolo ad intervenire, nella«ricerca ed individuazione degli anziani a rischio di non autosufficienza» e, proprio al geriatra, si riconosce un bagaglio tecnico e culturale per una valutazione multidimensionale delle persone anziane.

Pertanto, sembrerebbe logico, che quando occorra riconoscere in un vecchio una condizione di non autosufficienza, si debba richiedere anche l'opera del geriatra, quale professionista con competenza specifica.

In effetti così non è, almeno per la legge 15 ottobre 1990, n. 295.

Per questa legge, la condizione di non autosufficienza che viene richiesta per percepire quella provvidenza economica che viene definita «indennità di accompagnamento» deve essere accertata da figure professionali varie, e senza l'utile apporto del geriatra.

Per la legge suddetta infatti lo strumento di valutazione per concedere il beneficio economico dell'indennità di accompagnamento (art. 1, comma 2 e 3) è la Commissione invalidi civili che in nessun caso si avvale dell'opera del geriatra, anche se le domande presentate a questo fine dalle persone ultrasettantenni sono almeno il 90 per cento del totale.

Eppure in questa Commissione oltre i componenti effettivi, che sono un medico legale, uno specialista in medicina del lavoro ed un medico della unità sanitaria locale, sono previsti rappresentanti di enti o istituzioni che a vario titolo operano a tutela dei cittadini.

Infatti sono previsti medici dell'Associazione nazionale invalidi civili, dell'Unione ciechi civili, dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti, dell'Associazione nazionale delle famiglie e dei fanciulli sub-normali, «ogniqualvolta» le commissioni «devono pronunciarsi su invalidi appartenenti alle rispettive categorie».

In questo ambito sembra proprio che la norma abbia inteso tutelare il cittadino richiedente, ampliando l'organico dei componenti effettivi della commissione con un medico specialista di volta in volta più idoneo al caso da esaminare. Ebbene, ciò non avviene solo per il paziente geriatrico, proprio per quel paziente per il quale, in considerazione della peculiarità del suo stato, precise norme di legge richiedono espressamente alta professionalità specifica.

L'assenza del geriatra in queste commissioni si è certamente dimostrata di pregiudizi per molti anziani che non hanno ottenuto i benefici dovuti, ed ha portato a comprensibili errori di valutazione.

A tutti deve essere evidente che, poichè l'anziano è soggetto fragile e debole come i sordomuti, i ciechi, i fanciulli sub-normali e gli invalidi, è giusto ritenere che, al pari di quelli, abbia diritto ad essere tutelato da un medico con competenza specifica nelle sue malattie.

Questo medico è il geriatra perchè così espressamente richiesto dal progetto-obiettivo «tutela della salute degli anziani» approvato dal Parlamento.

Per quanto innanzi detto, è asupicabile una modifica alla legge n. 295 del 1990 con la quale si includa il geriatra nelle commissioni mediche incaricate di effettuare accertamenti per la concessione delle così dette «indennità di accompagnamento». Ad una attenta analisi, infatti, appare evidente come ben diversa sia la professionalità che si richiede per valutare la percentuale di invalidità lavorativa rispetto a quella necessaria per valutare «l'incapacità a compiere gli atti quotidiani della vita».

Nel primo caso occorre stabilire la percentuale di inabilità determinata da una o più menomazioni coesistenti o in concorrenza tra loro, e per tanto è necessario la professionalità di specialisti in medicina legale e del lavoro, che correttamente sono già oggi componenti delle commissioni.

Nel secondo caso , invece, quasi sempre occorre valutare persone vicine agli 80 anni di età, che mostrano in maniera inequivocabile di aver perduto ogni capacità lavorativa.

Ebbene, in questi casi sarebbe certamente opportuna anche la professionalità del geriatra, perchè più di ogni altro è in possesso di un bagaglio culturale, tecnico e metodologico idoneo a quella osservazione »multidimensionale« che consente la corretta valutazione della menomazione globale, derivante dall'insieme di patologie che investono più organi ed apparati (come il respiratorio, il cardiovascolare, l'osteoarticolare, il nervoso) strettamente interdipendenti.

E la valutazione multidimensionale globale è la sola che si richiede per gli obiettivi di questo specifico ambito di osservazione.

È evidente che anche nell'ipotesi da più parti formulata, di eventuale futura assegnazione ad ente diverso dalla USL (INPS, INAIL, ecc.) per la valutazione di chi chiede l'invalidità civile o l'indennità di accompagnamento, in ogni caso mai dovrà venire meno il diritto dell'anziano ad una valutazione «geriatrica» delle sue specifiche problematiche socio-sanitarie.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. Il comma 3 dell'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, è sostituito dal seguente:

«*3*. Le commissioni di cui al comma 2 sono di volta in volta integrate con un sanitario in rappresentanza, rispettivamente, dell'Associazione nazionale dei mutilati ed invalidi civili, dell'Unione italiana ciechi, dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti e dell'Associazione nazionale delle famiglie dei fanciulli ed adulti subnormali, ogni qualvolta devono pronunciarsi su invalidi appartenenti alle rispettive categorie, nonchè con un geriatra limitatamente alla valutazione dei pazienti ultrasettantenni».

2. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica Italiana.