CAMERA DEI DEPUTATI N. 4684

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

GARGANI, LUSETTI, NICOTRA, VAIRO

Presentata il 21 marzo 1990

Norme finalizzate a ricostituire una efficiente sicurezza sociale nei confronti della invalidità funzionale respiratoria

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La patologia respiratoria ha configurato, dagli anni cinquanta ad oggi, una inversione epidemiologica di rivelante interesse scientifico e di enorme portata sociale, tra quella tubercolare o specifica e quella aspecifica essenzialmente rappresentata dalla broncopatia cronica ostruttiva (BCO).

La tubercolosi è precipitata intorno a valori di mortalità pressoché statisticamente irrilevanti, mentre la BCO ha segnato e segna quote elevatissime di mortalità e morbosità (vedi tavola annessa).

La caduta della mortalità per tubercolosi (che ancora segnava negli anni cinquanta oltre 40.000 decessi l'anno) a poco più di 1.000 decessi nel 1986, non è stata seguita da un parallelo andamento della morbosità che, invece, si è stabilizzata intorno a valori di circa 25.000 ricoveri l'anno per un complessiva presenza di circa 300.000 malati.

La ragione di questa divergenza tra mortalità e morbosità della tubercolosi sono due:

a) l'avvento di efficaci medicamenti specifici propri dell'era chemio-antibiotica, per ciò che concerne la caduta della mortalità;

b) una serie di fattori biologici e sociali, che si sono delineati negli anni più recenti, per ciò che concerne la persistenza e la tendenza ad ulteriore ascesa della morbosità.

Tali fattori si correlano a:

prevalenza di un contagio occasionale derivante dalla crescita del turismo

internazionale e della emigrazione soprattutto dal terzo mondo, ovunque considerato un vero e proprio serbatoio microbatterico per tutto il pianeta;

spostamento della prima infezione e della tubercolosi post-primaria verso le età più avanzate della vita con il possibile ritorno di modalità di contagio di tipo continuativo e massivo (che sembrava ormai scomparso), come quello intrafamiliare;

incremento di localizzazioni tubercolari extra polmonari derivanti da reinfezione endogena;

in modo particolare, nuovi aspetti sul piano clinico e su quello morforadiologico della malattia, risalenti a ceppi batterici multi-resistenti, a scarsa virulenza, ma non meno distruttivi, con espressioni cliniche ridottissime tanto da confondersi con qualsiasi altra espressione morbosa dell'apparato respiratorio.

Tali fattori determinano enormi ritardi sul piano diagnostico, sì da provocare veri e propri vuoti terapeutici, maggior pericolo di contagio e sequele disfunzionali precoci tali da creare le premesse di una vera e propria invalidità respiratoria.

Per fare responsabilmente fronte a tale situazione, non si può prescindere da alcune riflessioni retrospettive. Un tempo (e più precisamente fino alla legge di riforma sanitaria 23 dicembre 1978, n. 833) la morbosità per tubercolosi distinta, come per ogni malattia infettiva, in prevalente e incidente, era affidata e garantita, nel suo rilevamento, dalle funzioni del consorzio provinciale antitubercolare, che provvedeva a definire la morbosità incidente attraverso la casistica di afflusso ai dispensari, quella che derivava dalla radiologia sistematica schermografica di popolazioni a rischio e, in modo particolare, il rilievo dell'indice tubercolinico nella popolazione scolastica dai 5 ai 15 anni, oltre la sorveglianza e la terapia della malattia su piano ambulatoriale. Per proprio conto, l'INPS, attraverso l'assicurazione obbligatoria, provvedeva al ricovero delle forme più gravi e più minacciose come fonti di contagio. Questa somma di provvidenze aveva già concorso, prima dell'avvento dell'era chemioantibiotica, a dimezzare la mortalità per tubercolosi, che dai 65.000 decessi del 1883 era discesa a meno di 35.000 nel 1939, risaliti, poi, ad oltre 40.000 dopo la guerra, a causa dei disagi sulla popolazione e dal rimpatrio di prigionieri e deportati ammalati.

Ma un nuovo elemento si aggiunge, oggi, di crescente importanza epidemiologica e clinica: la tubercolosi polmonare come gravissima complicazione della sindrome da immuno-deficienza acquisita (AIDS). Com'è noto, tale sindrome realizza con la menomazione e l'abbattimento del sistema immuno-competente cellulo-mediato, una situazione biologica capace di agevolare l'attecchimento di ogni affezione batterica virale e micotica, ma, in modo particolare, della tubercolosi che ne diviene così la più frequente causa di morte.

Dopo la tubercolosi, l'evento epidemiologico di maggiore rilevanza sociale si identifica con la broncopatia cronica ostruttiva, comprensiva di asma ed enfisema, che ha segnato dagli anni cinquanta una continua, inarrestabile ascesa fino ad una complessiva cifra di mortalità nel 1987, di oltre 38.000 decessi.

Le motivazioni di questa ascesa, rilevata in tutti i Paesi più industrializzati, risalgono al degrado della miscela atmosferica da fonti di emissione di aerocontaminanti quali: l'anidride solforosa, gli ossidi di azoto, l'ossido di carbonio, l'anidride carbonica, lo zolfo, gli idrocarburi, i metalli pesanti, ecc., di origine industriale; dal vertiginoso incremento del traffico autoveicolare; dal riscaldamento domestico e, quale denominazione comune a carattere individuale, dall'aumento dei consumi di sigarette con effetti di tabagismo acuto e cronico, attivo e passivo.

La riflessione epidemiologica conseguenziale da quanto premesso è la seguente: si è gradualmente creato, dagli anni cinquanta, sia per accresciuta estensione del contagio della tubercolosi, sia per un costante incremento del degrado

atmosferico per quanto riguarda la BCO, un « rischio respiratorio » a impronta invalidante.

Di fronte a questo rischio una notevole aliquota della popolazione, pari al 10-12 per cento, presenta una peculiare vulnerabilità individuale. Questa vulnerabilità (che clinicamente si esprime con l'asma bronchiale, le allergopatie respiratorie, gli stati enfisematici e soprattutto, la broncopatia cronica ostruttiva invalidante) si correla alla disreattività o iperattività o ipersensibilità del sistema respiratorio.

Queste situazioni di vulnerabilità individuale sono, oggi, perfettamente identificabili e, quindi, accertabili con *test* di laboratorio estremamente semplici ed accessibili e, quindi, del tutto idonei anche a indagini di massa su piano preventivo.

Derivano, da quanto premesso, i seguenti elementi indicativi:

1) sono considerati esposti a rischio respiratorio invalidante, per l'intera durata della vita, con particolare riferimento alla età pediatrica e agli ambienti di lavoro, tutti i soggetti che, a seguito di accertamento biologico, vengono a risultare costituzionalmente vulnerabili;

2) l'accertamento biologico affidato ad appositi servizi biodiagnostici delle USL, è obbligatorio all'inizio della scuola primaria, al decimo anno di età, alla leva militare, all'atto di immatricolazione universitaria, all'ingresso nel mondo del lavoro, al 40° anno di età;

3) i soggetti, così identificati, verranno considerati come « soggetti a rischio » e, conseguentemente, sottratti al rischio stesso e periodicamente sorvegliati con controlli ambulatoriali, onde cogliere e curare, con assoluta tempestività, ogni sintomo che segni il passaggio dalla situazione biologica precostituita di rischio a quella clinica di danno come vero stato di malattia;

4) per tutti coloro che già si trovino nello stato di malattia, deve essere attuato, in regime di sorveglianza ambulatoriale o di *day-hospital*, il trattamento terapeutico necessario ad arrestare il corso della malattia interrompendone il cammino verso l'invalidità conclamata;

5) l'invalidità a genesi respiratoria si configura tutte le volte che certi valori fisiopatologici abbiano portato al realizzarsi di una sindrome restrittiva od ostruttiva tale da aumentare significativamente il lavoro respiratorio e il suo prezzo sul piano funzionale;

6) per tutti coloro che si trovino in malattia già tanto avanzata da configurare un vero e proprio stato di invalidità difficilmente reversibile, deve essere attuato un trattamento di sorveglianza e cura su base, essenzialmente, oltreché in regime di *day-hospital*, se necessario, anche domiciliare.

Sulla base di tali elementi potrà realizzarsi un « clima » di sicurezza sociale che prevede la sua estensione a circa sette milioni di persone (considerando questa cifra come quella dei soggetti costituzionalmente predisposti e, quindi, vulnerabili). Tenuto conto, però, che i soggetti colpiti da malattia raggiungono circa i cinque milioni, sono, globalmente, circa dodici milioni i soggetti che dovranno essere protetti, sottratti al rischio, difesi con le terapie, recuperati e assistiti.

Ne consegue la necessità di una legge che sia mirata alla prevenzione degli stati di invalidità respiratoria onde ridurre e contenere il gravissmo danno sociale ed economico indotto da tali affezioni.

È bene, al riguardo, tener presente che, dal rischio al danno invalidante, si delineano tre fasi:

la prima è quella del rischio potenziale respiratorio al quale tutta la comunità umana è esistenzialmente esposta;

la seconda è quella della patologia che ne può conseguire in ordine soprattutto alle situazioni individuali di vulnerabilità e in ordine al fattore contagio;

la terza è quella degli effetti nel tempo di tale patologia che vengono quasi sempre a configurare non solo una invalidità respiratoria come fenomeno clinico-funzionale a sé stante, ma altresì

uno stato di invalidità « correzionale » complessa che investe l'apparato cardiocircolatorio, grandi visceri deputati al metabolismo, fino ad impegnare le stesse attività cerebrali.

Da quanto precede non può non apparire con la massima evidenza che problemi di così notevole impatto sanitario e sociale come le affezioni dell'apparato respiratorio, nelle attuali condizioni di inquinamento ambientale, non possano essere affrontati senza un razionale coordinamento di sforzi sul piano nazionale. In tale prospettiva è stata elaborata la presente proposta di legge.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

1. Ai fini della prevenzione e cura della TBC, sia primitiva che secondaria dovuta a immunodeficienza da AIDS, e delle malattie respiratorie a impronta invalidante è istituito, presso il Ministero della sanità, un comitato di coordinamento delle attività delle USL, dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) e delle cliniche universitarie per le malattie respiratorie.

2. Il comitato di cui al comma 1 è presieduto dal Ministro della sanità ed è composto:

a) dal direttore generale dei servizi di medicina sociale e dal direttore generale degli ospedali del Ministero della sanità;

b) da un rappresentante ciascuno dei Ministeri del lavoro e della previdenza sociale, dell'interno, dell'ambiente, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica:

c) da un rappresentante dell'INPS;

d) da quattro esperti di patologia e clinica dell'apparato respiratorio designati dal Ministro della sanità.

ART. 2.

1. Presso le unità socio-sanitarie locali dei capoluoghi di provincia e delle città che superino i 100.000 abitanti, è istituito un dipartimento di tisiopneumologia per la profilassi e cura della tubercolosi e delle altre malattie dell'apparato respiratorio a impronta invalidante. Il dipartimento dispone di un congruo numero di posti letto presso le cliniche universitarie specializzate della zona di competenza e può avvalersi della consulenza dell'Istituto nazionale della previdenza sociale per quanto

riguarda le misure di prevenzione e cura dell'invalidità pensionabile ai sensi del titolo III del regio decreto-legge 4 ottobre 1935, n. 1827, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 aprile 1936, n. 1155.

ART. 3.

1. Le prestazioni sanitarie ed economiche dell'assicurazione contro la tubercolosi spettano tutte le volte che ci si trovi in presenza di forme morbose morfologicamente evidenti od evidenziabili e sono estese, anche in difetto di copertura assicurativa, ai soggetti immunodeficienti per AIDS, riconosciuti contagiati da tubercolosi.

ART. 4.

1. Per il primo anno dopo la data di entrata in vigore della presente legge, il Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera tiene a disposizione del comitato di coordinamento di cui all'articolo 1 il 50 per cento dei fondi devolutigli dall'Istituto nazionale della previdenza sociale a carico dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, giusta le disposizioni di cui all'articolo 21 della legge 28 dicembre 1978, n. 833.

2. Il comitato può disporre delle disponibilità di cui al comma 1 con decreto del Ministro della sanità, ai fini di profilassi e cura della tubercolosi e delle altre affezioni invalidanti dell'apparato respiratorio.

3. L'aliquota percentuale di cui al comma 1 s'intende confermata negli anni successivi, se non è modificata, secondo necessità, con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale.

ART. 5.

1. L'Istituto nazionale della previdenza sociale è autorizzato a devolvere alla prevenzione e cura delle invalidità pensiona-

bili il 2 per mille dei contributi dell'assicurazione generale obbligatoria per la invalidità, la vecchiaia ed i superstiti. Per quanto riguarda in particolare le invalidità derivanti da affezioni in genere dell'apparato respiratorio, la predisposizione delle strutture è sottoposta all'approvazione del comitato di cui all'articolo 1, mentre per il depistaggio e la valutazione dei soggetti da sottoporre alle cure, l'Istituto si avvale della consulenza dei dipartimenti di tisiopneumologia presso le unità socio-sanitarie locali di cui all'articolo 2.