

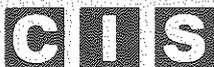
Prospettive Sociali e Sanitarie

14-91

ANNO XXI
1-15 agosto 1991

- Distretti socio-sanitari in Lombardia
- Anziani e disabili in internamento?
- Formazione e valutazione degli infermieri
- Atelier di pittura per psicotici

162/91



tività di assistenza sanitaria di base, sebbene lo studio non sia in grado di precisare il livello di soddisfacimento dei bisogni di assistenza e di salute della popolazione.

Mediamente esiste un discreto livello di organizzazione nei Distretti, espresso dal fatto che in circa il 60% dei Distretti è stato individuato il Coordinatore di Distretto, si redigono i programmi di lavoro, vengono raccolti i dati e si lavora in equipe. Tuttavia l'esame dei dati evidenzia anche notevoli difformità geografiche, con le maggiori difficoltà presenti nelle USSL appartenenti alle province di Pavia, Sondrio e Varese.

Quasi il 40% dei Distretti non dispone ancora del medico Coordinatore, una figura chiave per poter avviare proficuamente le attività distrettuali.

Inoltre, solo il 42% dei Coordinatori sono stati correttamente inquadrati nel Servizio di Assistenza Sanitaria di Base come peraltro indicato nella proposta di Piano Sanitario Regionale.

La dotazione di personale è ovunque molto ridotta rispetto ai parametri indicati nello stesso Piano Sanitario.

Tabella n. 10 - Regione Lombardia. Numero totale di operatori-equivalenti a tempo pieno (36 ore sett.), per 100.000 abitanti, in servizio presso i Distretti Socio-Sanitari di Base. Dati suddivisi per provincia al 31/12/89.

Provincia	MI	BG	BS	CO	CR	MN	PV	SO	VA	TOTALE
Medici	3,8	3,9	5,0	5,5	7,2	3,5	2,8	8,1	2,5	4,1
Psicologi	3,3	4,3	6,6	2,0	0,7	2,4	3,4	6,7	1,1	3,4
Inf. Professionali	10,6	6,5	7,9	15,1	6,1	12,1	10,0	19,0	3,7	9,3
Ass. Sanitarie	4,2	4,2	7,3	1,5	13,4	5,0	1,2	1,9	0,5	4,0
Ostetriche	1,9	3,9	5,2	3,3	2,1	8,2	4,8	7,4	1,4	3,3
Tecnici d'igiene	0,7	1,4	2,8	1,3	3,4	1,7	1,2	5,7	0,6	1,4
Terapisti riab.	3,9	5,7	10,3	3,9	0,0	3,2	1,4	10,2	0,3	4,2
Assistenti Sociali	4,5	3,9	7,6	3,5	2,0	4,6	3,6	7,9	1,5	4,2
Amministrativi	5,0	7,6	1,4	6,1	2,4	4,7	10,6	10,1	1,4	4,9
Ginecologi	1,0	0,5	0,8	1,3	0,3	0,8	0,6	1,0	0,3	0,8
Pediatrati	1,9	0,8	1,0	1,1	0,2	0,7	1,5	1,7	0,5	1,2
Neuropsich. Inf.	1,2	0,5	0,7	0,3			0,8		0,1	0,6
TOTALE	42,0	43,2	56,6	44,9	37,8	46,9	41,9	79,7	13,9	41,6

Il "grande internamento"

I progetti di ripristino delle strutture di ricovero residenziali

Gianni Selleri

Per ragioni di carattere economico e di ordine pubblico nel XVI secolo i maggiori Stati europei organizzarono e attuarono quello che Michel Foucault definisce "il grande internamento", al fine di "radunare tutti i poveri in luoghi adatti per mantenerli, istruirli e tenerli occupati".

Sorsero così gli "Ospedali Generali", le "Case di Lavoro coatto" e i "Depositi di mendicizia" i cui ospiti erano i mendicanti, le donne traviate, i vecchi incapaci, gli infermi, gli epilettici, i bambini orfani o malformati, i pazzi, i sifilitici, i libertini, i debitori insolventi, i malati, gli studenti poveri, i disoccupati...

Queste strutture furono umanizzate e razionalizzate dopo la rivoluzione francese e con lo sviluppo delle scienze, ma un principio restò come paradigma di tutti gli interventi assistenziali di ricovero nelle istituzioni totali: "Non sono poveri soltanto coloro che non hanno denaro, ma anche chi non ha la forza del corpo o la salute o l'intelligenza" (Juan Luis Vives). E nel concetto di povertà e di malattia è sempre stato implicito un giudizio morale negativo secondo il quale si doveva procurare "la vita, il vestito, un mestiere e il castigo".

La legge Crispi del 1890 si limitò a trasformare il castigo in "rieducazione"; la rieducazione negli anni sessanta fu tramutata nel concetto di "riabilitazione" che distingueva fra soggetti recuperabili e irrecuperabili: i primi erano ricoverati in centri, variamente denominati, dove, oltre al mantenimento, si procuravano alcuni interventi sanitari, di educazione e di

formazione professionale, i secondi vivevano nei manicomi o negli ospizi di mendicizia dall'infanzia alla morte (il cimitero faceva parte dell'Istituto).

Le analisi di Bowlby, Goffman, Szasz, Basaglia ed altri sulle istituzioni totali si tradussero finalmente in termini legislativi e politici e iniziò, anche in Italia, un progressivo smantellamento di tutte le strutture di ricovero manicomiale e assistenziale e si definì, soprattutto con riferimento ai portatori di handicap, l'obiettivo dell'integrazione sociale che esclude ogni forma di segregazione, emarginazione e isolamento. È possibile che dopo trent'anni di evoluzione culturale e giuridica si rischi di tornare alle antiche forme di internamento, sia pure proposte in termini "scandinavi"? Pare proprio di sì.

La legge finanziaria del 1988

La legge finanziaria del 1988 ha disposto: *"È autorizzata l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi di ristrutturazione ... del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di lire 30 mila miliardi"*.

In particolare si prevede la costituzione di 140 mila posti in strutture residenziali per anziani *"che non possono essere assistiti a domicilio"* (legge 11 marzo 1988 n. 67, art. 20).

Con decreto del presidente del Consiglio dei Ministri del 22 dicembre 1989 veniva emanato un Atto di indirizzo e di coordinamento dell'attività delle Regioni *"concernente le strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti ..."*.

Nella tabella allegata al decreto si precisano le caratteristiche delle *"residenze"* e leggendo con attenzione si scopre:

a) che devono esserci spazi riservati ad attività occupazionali e di laboratorio *"per impegnare fattivamente gli ospiti"*;

b) che nella stessa residenza è consentito accogliere *"persone non autosufficienti a vario titolo e autosufficienti"* purchè divise *"per nuclei"*;

c) che non è opportuno differen-

ziare le residenze per tipologia di ospiti;

d) che di norma le residenze accolgono 20 persone ma, col criterio della suddivisione per nuclei, si può arrivare *"fino a 120 ospiti"*.

Per quanto riguarda gli spazi, le concezioni architettoniche, l'articolazione interna delle residenze sanitarie assistenziali, l'Atto di indirizzo ha riprodotto criteri di analoghe strutture realizzate nei Paesi del Nord Europa; ma contestualmente ribadisce alcuni archetipi dell'assistenzialismo classico quali il ricovero a tempo pieno, la promiscuità delle tipologie biologiche e patologiche dei ricoverati, l'autosufficienza organizzativa, un giudizio definitivo e immotivato di irrecuperabilità, l'isolamento, la mancanza di qualsiasi controllo democratico.

Il Ministero della Sanità, col decreto 29 agosto 1989 n. 321, dispone esplicitamente che *"per la realizzazione o la acquisizione di strutture residenziali per anziani prevalentemente non autosufficienti e di quelle per handicappati e disabili psichici e sensoriali sono riservati, sulla disponibilità di 10 mila miliardi complessivi del primo triennio, miliardi 2.670, di cui miliardi 400 per le strutture destinate ad handicappati e disabili"*. Con questa disposizione si pongono definitivamente le condizioni per il ricovero degli anziani, autosufficienti e non autosufficienti, innescando un processo irreversibile di rinuncia alle politiche dei servizi sul territorio e all'assistenza domiciliare; nello stesso destino si accomunano gli handicappati fisici, psichici e sensoriali compromettendo in modo grave la socializzazione e determinando il loro distacco dalle famiglie e dal normale contesto di vita, ma soprattutto si mettono a disposizione migliaia di miliardi per gli enti pubblici e, attraverso le convenzioni, per la speculazione privata, ciò che costituisce una autentica garanzia della realizzazione complessiva del progetto di "internamento".

"Ed egli disse loro: dove sarà il cadavere, là si radureranno gli avvoltori" (Lc 17,37).

"Il Popolo" del 12 giugno 1991,

con un totale smarrimento culturale e politico, informa che "per migliorare la qualità della vita dei portatori di handicap che vivono in Italia" l'Italsanità (società del gruppo Iri-Italstat) ha promosso una iniziativa denominata "Progetto handicap". Il Comitato è composto dall'amministratore delegato dell'Italsanità Ugo Benedetti, da un cardinale della curia romana, dal vice presidente dell'Efim Mauro Leone (figlio dell'ex presidente della Repubblica e poliomieltico), da capi di gabinetto, da direttori generali, da banchieri e dall'On. Franco Piro, uno dei deputati più attivi nell'ambito della legislazione per l'integrazione degli handicappati. Che cosa si propongono questi illustri personaggi? *"Fornire un apporto scientifico e propositivo alle necessità del sistema sanitario nazionale..."*. "Il Popolo" conclude: *"Il Progetto handicap è particolarmente rivolto al mondo cattolico"*. Un articolo apparso il 30 giugno 1991 su "La Stampa", dà notizia che su segnalazione della Corte dei Conti l'IRI ha aperto un'inchiesta sull'Italsanità che sta procedendo a un vertiginoso acquisto di alberghi, cliniche e ospizi vuoti in cui ospitare "anziani e disabili"; pare che l'Italsanità disponga già di 8.000 posti letto!

E si svela così il vero scopo di "Progetto handicap".

A parte la sottolineatura di questa scontata vicenda, resta la gravità politica e istituzionale di quanto si sta predisponendo per ripristinare strutture di ricovero residenziali.

Si tratta di un passaggio quasi decisivo dal welfare state all'assistenzialismo più ottuso e tradizionale e si cancellano trent'anni di lotte e di conquiste per i diritti civili e sociali delle fasce deboli della popolazione.

L'identità degli anziani, degli handicappati viene nuovamente interpretata in termini di povertà, di deficit e di patologia, ciò che costituisce una negazione complessiva della loro dignità. Ma quello che più preoccupa è il silenzio, l'indifferenza politica e culturale che circonda l'inizio di questa imponente operazione di emarginazione e di separazione. □