

ALOGON

non contato improbabile ineffabile incalcolabile irrazionale assurdo contro logica senza parole
periodico autogestito da handicappati famiglie, gruppi di volontariato e comunità della Calabria



Fa' la svolta giusta



PERIODICO DELL'ASSOCIAZIONE "COORDINAMENTO REGIONALE ALOGON"
Anno 4 N. 2 - Aprile Maggio Giugno 1993 Spedizione in abbonamento postale Gruppo IV 70%
Autorizzazione della Direzione Provinciale P.T. di Catanzaro
Autorizzazione Tribunale di Lamezia Terme N. 77 del 5 Marzo 1990

Osservatorio Meridionale

Centro Studi Formazione Ricerca

Alcune proposte formative per i lettori

Seminari autunno 1993

- 1) La ricerca-intervento nei servizi sociali
(10-12 settembre)
- 2) Modelli organizzativi e servizi alla persona
(16 - 18 settembre - 25 - 27 ottobre)
- 3) Il lavoro sociale di rete
(1 - 3 ottobre)
- 4) Progettare interventi nel sociale
(12-14 novembre)
- 5) Gruppi di autoaiuto: caratteristiche ed evoluzione al sud
(data da stabilire)

Iscrizioni e informazioni presso:
Osservatorio Meridionale, Via San Giorgio Extra 2/C
89133 Reggio Calabria Tel. 0965.54058

STRAMB HANDY

Fa' la svolta giusta!

Giacomo Panizza

Non spingete, svoltiamo anche noi.

Con carrozzine, stampelle, gessi, barelle e scarpe ortopediche ... con le nostre gambe, ma svoltiamo anche noi. Anzi noi strambiamo. Gli handicappati e gli innumerevoli svantaggiati di questa società sono d'accordissimo che le cose finalmente cambino. Aspettiamo una grande svolta. Desideriamo che sia la svolta giusta!

Ci stanno bombardando! Tutti preannunciano svolte imminenti e molti godono di questo momento storico con la convinzione di essere spettatori di un transito epocale. Ovunque veniamo sollecitati a prendere al volo il primo treno per non perdere il passo e mancare all'appuntamento decisivo con la storia con la "S" maiuscola. Stavolta è proprio vero: tante cose sostanziali stanno cambiando.

Lo so che tanti handicappati si accontenterebbero di potersi muovere anche soltanto un pochino, almeno poter avanzare di un passettino, fortunatamente non bruciarsi la visita settimanale dell'unico amico rimasto. Anche gli handicappati si accorgono degli stravolgimenti in corso e, nonostante le difficoltà, non si rassegnano a starsene zitti al riparo degli eventi e delle fatiche della storia. Anche gli handicappati vogliono navigare, fare una strambata insieme a tutti gli altri.

Una stramberia bisogna farla; e molti del nostro "giro" sono gasati e pronti a veleggiare verso il mare aperto.

Non spingete ... strambiamo anche noi.

Però portandoci dietro desideri, sentimenti e valori che ci appartengono. Questi non possono venire sacrificati in nome di nessuna "svolta storica". Troppe proposte che circolano, arroganti e insinuanti cambiamenti "doverosi" e al passo coi tempi della politica e con le regole del mercato, ci richiedono come prezzo un sacrificio, delle poche cose belle che abbiamo costruito. Sono svolte che non ci servono, e sono curve pericolose non unicamente per gli svantaggiati della società. Non si potrà facilmente svoltare comunque solo perché si stanno accavallando eventi travolgenti il passato più prossimo e persino gran parte del presente. Mentre curviamo sull'otto volante della nostra esistenza desideriamo trascinarci la parte migliore di noi. Nel voltar pagina mettiamo in gioco alcune cose belle che abbiamo costruito finora nelle nostre esperienze di lotte e di aggregazione "dal basso". perché non si tratta di infrangere una vetrata vecchia e inutile, ma di apportare perle e colori ad un mosaico da creare con la fantasia di tutti.

**Una
ventata**

di pallia

attraversa

la Calabria

*Quella dei
consiglieri regionali
che ancora non
si decidono
a sciogliere
il Consiglio
e la tirano lunga
ignari
che una svolta giusta
la attendiamo
proprio da loro.*

Follemente colpevoli...zzati

Mimmo Rocca

Un altro dramma annunciato si è compiuto a Tiriolo. Dopo la morte di stenti di mamma Rosa, dopo storie di violenza e marginalità con protagonisti persone originarie di Tiriolo, abbiamo avuto il tragico episodio della uccisione di un bimbo da parte della mamma. Tutto questo succede per caso oppure è frutto della follia e della disperazione di singoli? O non sarà invece la spia del disagio e dell'abbandono di cui soffrono strati sempre più ampi della nostra popolazione che vive nei "sani e incontaminati" paesetti dell'interno?

Qualche giornale, nel dramma del piccolo Giuseppe e della madre, la quale a causa delle violenze subite sin da quando fu stuprata da adolescente è stata sospinta a vivere una quotidianità di follia, ha inzuppato la penna per tirare in ballo la "180" e la chiusura dei manicomi (chi deve informare i giornalisti che esiste a Girifalco un manicomio "chiuso" con centinaia di persone che sopravvivono fra le urine, le feci e il freddo, in condizioni sub-umane che hanno vinto la gara barbara con i lager nazisti?).

La Gazzetta del Sud si è contraddistinta per il modo colorito, cialtrone ed impreciso con cui ha trattato la tragedia vissuta da Silvana e dal suo bambino.

Anche l'Amministrazione Comunale di Tiriolo ha prontamente messo le mani avanti dichiarando che aveva provveduto a far ricoverare, pochi giorni prima della morte del piccolo Giuseppe, la madre da anni ammalata e costretta a dover prendersi cura del figlioletto e del convivente. Ha pure detto

che non sapeva che Silvana era stata rilasciata. Con questo sarebbero a posto. "Assolto" anche "il mite" (così definito dalla Gazzetta del Sud) convivente. "Assolti" i Tirolesi, che secondo il sindaco, avrebbero sollecitato a prendere provvedimenti. Assolti tutti. Allora chi ritenere responsabile della morte violenta di un bimbo di quattro anni?

Ma, perdio, è chiaro: la madre folle.

Ame sembra che la follia sia l'unica cosa che emerge in tutta questa vicenda. Ma non certo quella "clinica" di una donna lasciata sola, emarginata, "disonorata", "malata", impossibilitata a difendere i suoi diritti e noncurante della sua dignità.

Parlo della follia di chi tra noi sentiva fastidio di fronte a Silvana quando girava per il paese cullando teneramente la borsa della spesa (qualche buon paesano, sorrideva) convinta di tenere in braccio il figlioletto.

E chi si preoccupava quando, succedeva da anni, la poveretta andava in crisi e non poteva badare al bambino? Fortunatamente qualche vicina di casa le dava una mano. Ma dov'erano i servizi sociali del Comune? Dov'erano le istituzioni che devono garantire la buona crescita dei minori e provvedere quando la famiglia non è in grado di farlo? Ma davvero una disposizione di trattamento psichiatrico obbligatorio può sostituire la mancanza del servizio sociale che il comune di Tiriolo non ha, né ha voluto mai? Per inciso, personal-

mente avevo chiesto, quando ero Consigliere Comunale, che venisse previsto un Assistente Sociale (che, beninteso, non è la soluzione dei problemi della marginalità ma che almeno potrebbe seguire i casi più gravi), il Sindaco, che era l'attuale, rispose che "a Tiriolo non c'è bisogno di Assistenti Sociali"; con ciò volendo escludere che a Tiriolo ci fosse marginalità e problemi sociali drammatici. Nemmeno i fatti in seguito accaduti, tanti, troppi addirittura letali, hanno fatto modificare questo atteggiamento che rimuove la povertà, il bisogno, l'indigenza, l'abbandono, di tanti cittadini, e vorrebbe proiettare l'immagine di un paese dove i bisognosi non esistono.

Una visione perbenista e falsa, che produce autogrificazione e consenso elettorale, ma non aiuta la verità.

Quando scoppia il caso si trova sempre qualcuno a cui addossare le colpe: è morta mamma Rosa, madre di nove figli, indigente, moglie di un pecoraio disabile? Fu colpa secondo gli amministratori dell'epoca (che sono gli attuali), della "cultura" di questa famiglia. Vengono violentati bambini a Settingiano? Per fortuna non è successo a Tiriolo (paese limitrofo e dal quale proveniva la madre di quei ragazzi). C'è stata la morte violenta del piccolo Giuseppe? Colpa di quella folle madre!

Alla semplice domanda: "come può succedere tutto questo in un paese, seppure piccolo, della civilissima Italia dove le

leggi e le istituzioni ci sono?”, non si vuole dare risposta logica.

Allora pongo anch'io delle domande, con tutti i limiti dettati dall'emozione di questo ultimo dramma accaduto, vissuto anche mentre l'ambulanza dei Volontari del Soccorso della CRI portava, a sirene spiegate, in ospedale il bimbo traumatizzato, ma ancora vivo.

Intanto è vero che l'indifferenza uccide. Non solo per il caso specifico, ma soprattutto perché, come cittadini, non si pretende la salvaguardia dei propri diritti, né si contesta chi non si adopera, nelle istituzioni, per creare i servizi necessari a supportare le persone in disagio fisico, psichico, economico, relazionale.

Per il caso specifico: perché il Comune di Tiriolo non ha provveduto a fornire al piccolo Giuseppe nemmeno un piccolo aiuto, per non parlare ad esempio della possibilità di intervenire con l'istituto dell'affido familiare, opponendosi, nel supremo interesse dell'integrità fisica del bimbo, anche alle pretese di chi voleva tenerlo pur senza presupposti? Perché non si è provveduto a curare e supportare Silvana investendo il servizio sociale dell'USSL 18, dato che il Comune non vuole avere nemmeno nella nuova pianta organica, un assistente sociale?

Poteva questa storia essere ancora considerata “normale” e dagli esiti imprevedibili, dato che si trascina da ben cinque anni?

Eppoi, dato che il Tribunale, in appello, avrebbe affidato al

“
**a Tiriolo
non c'è bisogno di
assistenti sociali**
”

parola di
Sindaco!

padre il piccolo Giuseppe, da dove avrà tratto il convincimento che l'ambiente familiare di cui trattava poteva essere utile alla crescita serena e all'educazione di un bambino, visti i precedenti vissuti dai genitori?

E ancora: perché gli amministratori comunali di Tiriolo sentono la necessità di emettere un comunicato, subito dopo la morte di Giuseppe, tentando di discolarsi? Coda di paglia e tentativo di giocare d'anticipo sulle critiche e sulla ricerca delle vere responsabilità? O si tratta di cautela in vista delle prossime elezioni comunali? Comunque si tratterebbe sempre di ben nobili azioni. Voglio solo augurarmi che questa volta non si dica che ci troviamo di fronte a un caso limite.

Sarebbe, inoltre, interessante sapere se, alla fine dell'ultimo trattamento psichiatrico obbligatorio, i medici che hanno curato la mamma abbiano tracciato un percorso terapeutico e se qualcuno si sia assunto la responsabilità di provvedere a Silvana una volta a casa.

O in questa poco edificante fiera delle irresponsabilità, nor-

male in una regione perversa e disumana che soffoca ogni tentativo di costruzione dello Stato sociale, non è vergognoso che operatori dell'informazione creino mostri della follia, lancino strali contro la chiusura dei manicomi, alzando polveroni con articoli pieni di contraddizioni e di particolari di dubbio gusto, dando della “schizofrenica” della “pazza” a una donna lasciata sola a governare un bimbo vivace, imbottita di psicofarmaci che “dovevano tenerla calma”?

A che pro? Per vendere qualche migliaio di copie in più, stimolando la morbosità verso le vittime invece dell'indignazione umana e civile verso i veri responsabili?

È morto un bambino, non basta? E di Silvana che ne sarà? Credete che, se ritenuta colpevole, gli anni di manicomio criminale che ha davanti le goveranno e la ripagheranno delle violenze subite e della perdita di un figlio che amava, come poteva, e comunque con disperazione?

Non offendiamola ancora con tentativi di discolpa ipocrita: “più di questo (ricovero coatto) non abbiamo potuto fare”, ha dichiarato il Sindaco di Tiriolo. Vergogna! Ha perso una serie occasione per tacere, pietosamente.

E se è vero che non abbiamo preso le distanze dalla famiglia di Silvana (era una famiglia?), possiamo dimostrarlo: non lasciamo sola ancora Silvana e chi, nei tanti paesini disseminati della Calabria, subisce la violenza dell'abbandono e del disagio in un contesto di indifferenza che nemmeno la morte di una creatura innocente è riuscita a scrollare.

Amministrare la follia in Calabria

Intervista di Angela Regio al dott. Gianfranco Pisano

*“Eh manicomio!
Duvi sugnu li pacci:
a Girifalco o fora?”*

Ogni calabrese sente o usa ogni tanto questa espressione che spesso suscita ilarità, ma nello stesso tempo è indicativa di un immaginario collettivo diffuso: quello che assegna ancora ad un luogo lontano e protetto il compito di “custodire” chi fatica ad usare la nostra “razionalità sociale”: il manicomio di Girifalco appunto.

Ed è proprio per capire come mai questo residuo manicomiale ancora resiste a qualsiasi tipo di riforma psichiatrica che mi sono trovata a intervistare il Dott. Gianfranco Pisano, psicoterapeuta e assistente medico dei servizi territoriali di salute mentale, nella ex USL 19 di Catanzaro.

“Mah... io ho fatto 5 anni di guardia all'ospedale psichiatrico di Girifalco e ho visto delle cose che come uomo non potevo assolutamente tollerare. Lo stato di abbandono, abbandono fisico, di quelle persone che ancora ci sono nell'ospedale psichiatrico, persone “ammalati a consumo”, cioè a cui si garantisce un letto e soltanto da mangiare.

Quindi l'elemento fondamentale, quello della riabilitazione e della prevenzione, il terziario, non è mai stato messo in pratica perché culturalmente mancavano i presupposti perché i medici e il direttore dell'ospedale potessero pensare in questi termini.

Io ho avuto molti contrasti con conseguenti trasferimenti da un servizio all'altro perché era la mia una posizione radicale, cioè mettere in evidenza le concezioni politiche perché va da sé che alcune concezioni politiche vanno messe in evidenza.

Per cui personalmente ho avuto ed ho mille contrasti con le varie amministrazioni, con i vari presidenti e comitati di gestione che spesso specialmente sull'ospedale psichiatrico di Girifalco, hanno fatto la loro politica. perché loro la politica l'hanno fatta: è con l'assistenzialismo, che direttamente rendevano operante appaltando quello che serviva per gli ammalati di mente, che hanno fatto la loro politica clientelare.

Questa gente è arrivata ad essere anche nella giunta regionale: l'attuale presidente Rodhio è stato 10 anni fa anche presidente del comitato di gestione della USSL 19, dove ricade il residuo manicomiale di Girifalco.

Io facevo richieste per poter creare un momento di aggregazione all'interno dell'ospedale, aggregazione

intesa anche come animazione perché il medico che lavora in psichiatria deve fare anche queste cose. Quindi interamente convinto di questo tipo di attività ho fatto delle richieste ma non sono mai stato ascoltato, anzi sono stato spesso visto come un “reazionario”.

Ho avuto anche delle aggressioni fisiche da parte degli infermieri e degli ausiliari, perché ero considerato come colui che predicava la chiusura del manicomio e con la chiusura, ecco l'ignoranza e l'incultura, che la gente potesse perdere il suo posto di lavoro.

È stato un momento usato in modo abbastanza strumentale da parte dell'amministrazione e del presidente del comitato di gestione, da Rodhio stesso verso il quale personalmente non ho nessuna ...

Sento però ribrezzo quando sull'altare della moralità e della trasparenza amministrativa vengono sacrificati i malati di mente e non si parla della centralità della prevenzione per una giusta salute mentale.

“Torniamo all'O.P. di Girifalco: quali sono le sue prospettive?”

“Beh! È dal 1978 che non avvengono più ricoveri a Girifalco. Attualmente i degenti sono poco meno di 300. È un numero abbastanza fluttuante che varia da settimana in settimana e per lo più ci sono cronici ed epilettici, il che è grave se si pensa che l'epilessia è una malattia neurologica specifica che può essere curata e controllata anche al di fuori dell'O. P.

Ogni tanto spendono dei soldi per ristrutturare e rimodernare qualche padiglione. Ma quello che



manca a Girifalco è un'animazione all'interno.

Io ho parlato con un pò di gente per costituire un centro, un punto di riferimento con appuntamenti che possono essere settimanali, quindicinali a seconda delle disponibilità dei singoli a vedere quello che si può fare, quali possono essere i suggerimenti dettati da ognuno di noi operanti nella struttura.

Penso che questa cosa non sarà difficile anche grazie ad un paziente che è stato internato all'età di 8 anni perché ritenuto pazzo ed è ancora lì.

Questo, se non altro, è un tentativo verso la spinta culturale di cui abbiamo bisogno per smuovere tutti quei piccoli satelliti che lavorano con il problema psichiatrico qui in Calabria, per costituire la rete di collegamento necessaria. Perché anche la visione

dalla salute mentale possa cambiare...

Secondo me il residuo manicomiale deve essere trasformato per far sì che le persone vadano a trovare le persone, che ci sia la città nella città.

“Credi che queste innovazioni possano trovare la collaborazione della popolazione e degli operatori psichiatrici?”

“Sì adesso c'è questa possibilità, ma deve allargarsi il più possibile.

Se io mi sono trovato a fare casino fuori e dentro l'O.P. è perché alcuni colleghi erano, per così dire, con i prosciutti sopra gli occhi non gli interessavano tutti questi cambiamenti: bastava lo stipendio!

Perciò mettere all'opera questo progetto di aprire le porte dell'o-

spedale di Girifalco, può accogliere e far emergere le sensibilità finora latenti.”

“Hai sempre agito da solo o con chi hai tentato di modificare l'esistente?”

“Due anni fa abbiamo occupato con alcuni volontari e un ragazzo che ha problemi psichici ed è anche non vedente, una struttura alternativa che esisteva sulla carta ma non era operante: una casa famiglia a Palermiti vanto di tutte le amministrazioni che si erano succedute negli ultimi 10 anni, nella quale erano già stati assunti 14 ausiliari, perché le assunzioni vanno un po' come il vento...”

Il risultato fu che l'allora presidente del comitato di gestione, con la promessa dell'apertura della casa famiglia, con le assunzioni fatte e con altre situa-

zioni gestite a livello clientelare, diventò assessore alla provincia di Catanzaro senza però mantenere gli impegni presi.

Insomma l'USL si usa spesso come trampolino di lancio politico e basta. Va a vedere dove sta l'onestà, la concezione del diritto, del rispetto di tutte quelle situazioni di disagio.”

“Perché in Calabria non esiste un collegamento, una rete di servizi e operatori della psichiatria?”

È quello che manca. Il servizio territoriale di Chiaravalle e Girifalco e anche Squillace ha una realtà operativa, diciamo meglio una “difficoltà operativa” che è diversa da quella di Catanzaro, di Soverato, di Cosenza, di Reggio Calabria. Non c'è mai stato un momento in cui il personale di questi servizi, i medici, gli operatori, si incontrassero con una scadenza anche annuale. Perché manca quel momento di aggregazione. E questo, probabilmente, ha un perché.

Ti faccio un esempio: in Calabria ci sono dei vini ottimi e forti che si producono a Lamezia, a Cirò e in altri posti. Sappiamo, però, che nei nostri paesi ognuno si fa il vino in casa che è spesso schifoso e fortissimo, ma ognuno ha la presunzione di dire che il vino che fa lui è il migliore che esiste e quello del vicino non vale una lira perché mette bisolfito e le polverine. Se io produco il vino ma non ci capisco niente di vino e non lo so produrre perché non è buono per la maggior parte, allora posso mettermi con qualcuno che ne capisce più di me e faccio un vino

migliore. Quindi quell'elemento associativo che è importante e fondamentale per qualsiasi società, nella nostra di tipo meridionale bisogna conquistarselo con i denti.

In sostanza succede molto spesso che il medico che sta in psichiatria ci passa soltanto, e si è verificato tantissime volte, perché la psichiatria è una terra di passaggio, è una striscia di frontiera dalla quale si può approdare a diverse funzioni che realizzano più i medici come la chirurgia, la pediatria, l'ostetricia.

Qui da noi, per esempio, si è verificato che sulla carta eravamo 29 medici e adesso siamo rimasti in 5: 24 non sono mai entrati nell'ospedale di Girifalco, sono stati trasferiti qui vicino in chirurgia o presso altre USL.

Di fondo c'è che l'ammalato di mente puzza, fa schifo, dà fastidio. La puzza del manicomio, poi, è una puzza particolare.

Quindi come parlarci per dirsi incontriamoci con gli operatori degli altri servizi. Ogni tanto ci scriviamo da Serra San Bruno, da Crotone, da Cosenza, da Reggio, però rimane un momento che poi se ci si incontra siamo 5 o 10 persone. Questo è veramente demoralizzante.

Fuori dall'ambito degli addetti ai lavori, c'è qualche associazione, qualche gruppo di volontariato che opera in diversi punti della Calabria, ma quello che manca è l'integrazione, il fatto di avere un momento di polarizzazione tra queste entità che tra l'altro si ritrovano in territori vicinissimi. Basta pensare a Girifalco come punto centrale, a Soverato, a Catanzaro, a Lamezia, a Crotone.

Ho una rabbia tremenda quando vedo qui a Squillace spendere centinaia di milioni per restaurare il Seminario arcivescovile, e per queste cose i soldi ci sono.

Arriva il Cardinale Ruini, vice papa, è arrivato qualche mese fa, elicotteri e macchine a non finire e nel duomo a concelebbrare la messa Mons. Cantisani e tutti i politici della DC, responsabile di questo sfascio, tutti nel duomo a prendere la comunione... La Calabria è questa!

“Quale valutazione dai delle leggi regionali specifiche per la psichiatria?”

“C'è stata una legge regionale, la 18 e poi in seguito la 20, che sancisce l'istituzione di servizi formati e operanti sul territorio in base agli articoli della 180 sulla territorializzazione della psichiatria, cioè l'elemento preventivo portante concepito a livello teorico con l'istituzione legislativa di questi servizi. Perché dico soltanto a livello teorico?

Perché da quello che si è detto della lex 180 a distanza di 15 anni dalla sua istituzione, i presupposti teorici c'erano tutti perché si potesse dare valore alla psichiatria, una scienza che ha la necessità di avere un cammino che sia essenzialmente dinamico sempre in rapporto alla società e all'uomo.

Però l'attuazione, la messa in pratica, per gli ostacoli di tipo amministrativo-burocratico in effetti, che hanno tenuto in secondo ordine un problema fondamentale e centrale com'è quello della solidarietà, ha fatto sì che ognuno di noi si trovasse ad operare con mezzi propri.”

“Mi puoi parlare meglio di come funzionano questi servizi territoriali in Calabria?”

“Ma diciamo che nei nostri servizi di Diagnosi e Cura, che dovrebbero essere un momento secondario rispetto a quello territoriale, la psichiatrizzazione è forzata e parte dei TSO che vengono proposti dal medico di base, controfirmati dal medico di salute mentale territoriale, fa sì che poi il soggetto venga ricoverato. Per cui molto spesso succede che a questo ricovero poi si succedano altri ricoveri ai quali il paziente alle volte si sottopone volontariamente perché trova un momento istituzionale e di cura. È comunque un momento di istituzione totale, perché i reparti di diagnosi e cura sono sicuramente con le inferriate alle finestre. Quindi una manicomializzazione provvisoria che apre la porte alle successive manicomializzazioni.

Ci dovrebbero essere dei momenti di riabilitazione che seguono a questi ricoveri quindi strutture adeguate e territoriali quelli che mancano da noi e che in altri posti d'Italia ci sono. Penso alle case alloggio, alle case famiglia, alle case appartamento, queste sono condizioni indispensabili anche per spezzare questi momenti successivi di manicomializzazione presso i servizi psichiatrici di Diagnosi e Cura.”

“Ma in Calabria non esistono solo i servizi territoriali per la psichiatria...”

No, sono anche sorti tanti manicomi privati, cioè le cliniche private convenzionate che sono sparse sul territorio. In queste cliniche i pazienti sono sicuramente con i letti a castel-

lo e di quello che si fa all'interno non è dato sapere perché anche le commissioni di indagini da parte della sanità, da parte della regione non esistono o almeno non si sanno quali sono i risultati.

Sostanzialmente si è spostato il riferimento da quello pubblico a quello privato, ma in sostanza non è cambiato niente.

Tra l'altro nel sud questa riforma psichiatrica non è mai partita veramente, perché spesso viene affidata al privato e non si parla neanche di qualificazione dei soggetti operanti nei servizi territoriali.

Cioè essendo diventato il servizio territoriale un momento di ospedalizzazione viene tenuta presente soltanto la terapia farmacologica: noi controlliamo sul territorio con farmaci che diamo una volta al mese per tenerli buoni ma non possiamo fare altro.

L'ultimo provvedimento governativo, poi, è scellerato. La cosa più incredibile è che il TSO può essere effettuato da istituti privati e convenzionati. Questa è una mazzata alla salute mentale in generale nel meridione dove esiste il proliferare di queste cliniche convenzionate in cui il proprietario della clinica non vede l'ora di effettuare i TSO.

Questo non è un criminalizzare la tendenza del singolo, ma cosa c'è da aspettarsi quando non c'è un controllo statale?

È un ritorno alla vecchia maniera, prima della 180.

È la prevenzione che deve funzionare di più, dando la possibilità alle famiglie di parlarsi di più fra i vari componenti del gruppo.

Non possiamo più pensare che

la salute mentale, la psichiatria sia un satellite a se stante avulso dai contesti.”

“Prova a pensarti responsabile di tutta la psichiatria a livello regionale: quali interventi attueresti?”

“Comincerei, anche se nel mio piccolo mi sento già responsabile e quindi faccio già delle cose, dall'elemento preventivo perché è la cosa più bella a livello professionale e che dà più gratificazione.

Su vasta scala penserei di abbassare la soglia di quella che è l'incidenza emarginazione aumentando l'informazione e i momenti di confronto.

Una strategia preventiva culturale globale, quindi, con uno studio della società, dei suoi momenti associativi e di aggregazione, di tutte le sue dinamiche per capire quelli che sono gli elementi positivi sui quali puntare.

Io credo che la malattia mentale sia un disagio sociale che viene fuori quando non c'è la possibilità di parlarsi.

La ricerca clinica deve si procedere sui passi di nuove scoperte a livello farmacologico di farmaci capaci di alleviare alcune sofferenze di carattere organico, però c'è sempre più la necessità di stabilire una vita di relazione che sia sufficiente. La psicoterapia è un momento fondamentale per aiutare tutto questo, per questo ho scelto di farlo: c'è sempre di più la ricerca di aiuto a capirsi.

Quindi bisogna potenziare la fruibilità culturale dei soggetti inseriti in un contesto sociale che ha la necessità di solidarizzare.”

□

Dedicato a don Tonino

”

**LA VERA TRISTEZZA NON È QUANDO,
LA SERA,
NON SEI ATTESO DA NESSUNO AL TUO
RIENTRO A CASA, MA QUANDO
TU NON ATTENDI PIÙ NULLA DALLA VITA.**

**E LA SOLITUDINE PIÙ NERA LA SOFFRI
NON QUANDO TROVI IL FOCOLARE SPENTO,
MA QUANDO NON LO VUOI ACCENDERE PIÙ:
NEPPURE
PER UN EVENTUALE OSPITE DI PASSAGGIO.**

“

(da: Antonio Bello, "Maria, donna dei nostri giorni", Ed. Paoline, 1993)

Vita Indipendente

Terza Assemblea Nazionale a Lamezia Terme

Nunzia Coppedè

Un caldo sole ed un venticello leggero, caratteristici della costa tirrenica calabra, mercoledì 26 maggio hanno salutato i soci di ENIL-ITALIA (European Network on Independent Living), arrivati a Lamezia Terme dalle regioni italiane.

Per favorire la partecipazione all'assemblea del Comitato per la Vita Indipendente, la Segreteria Operativa dello stesso ha chiesto la collaborazione delle FF.SS. che hanno risposto impegnandosi a garantire un adeguato servizio. Gli arrivi a Lamezia Terme e le successive partenze sono state davvero ben servite, ad eccezione della mancata carrozza speciale, regolarmente prenotata, sul treno pomeridiano Reggio Calabria-Roma, che ha messo in grande difficoltà due soci. Altre persone, tra le più lontane, hanno scelto l'aereo evidenziando così una notevole preferenza per i mezzi pubblici rispetto all'auto personale.

Questa è una nota positiva che mi sembra opportuno sottolineare perché caratterizza un grosso passo avanti che è stato fatto negli ultimi anni nell'ambito dei trasporti ed è la dimostrazione di come sia bastato rimuovere alcuni ostacoli per permettere a molte persone con difficoltà fisiche di partecipare a questa ed ad altre iniziative sociali. Tutto questo fino a poco tempo fa apparteneva alla sfera dei sogni proibiti di noi disabili. Inoltre un ulteriore servizio, stavolta gestito dalla segreteria locale con alcuni giovani volontari, ha permesso a tutti di arrivare a destinazione.

L'*Oasi Bartolomea* si presenta bene come luogo d'incontro. In massa abbiamo rotto il silenzio e la tranquillità con un frastuono di saluti.

Tutti sono arrivati con il desiderio di fare la consueta scappatina al mare, ma il sostanzioso ordine dei giorni per tre di consecutivi ci ha inchiodati nella sala riunioni. Presenti 43 soci tutte persone con difficoltà fisiche, molti calabresi. Il primo giorno di assemblea è trascorso tranquillo, forse troppo, ma il giorno dopo il dibattito si è animato sui contenuti e sulle scelte di fondo, sull'attuazione e sulla concretezza delle idee sostenute dalla filosofia di ENIL.

Dopo gli argomenti preliminari, come la relazione sulla revisione dello Statuto ENIL-ITALIA, votato all'unanimità, la relazione sull'attività svolta dalla Segreteria Operativa 92/93, la presentazione del bilancio consuntivo, ecc... siamo entrati nel vivo dell'assemblea con la relazione di Miriam Massari intitolata: "*Indipendenza, autonomia e autodeterminazione*". Nel dibattito sono state focalizzate le idee, le aspettative, gli orientamenti che ogni socio vorrebbe che il Comitato per la Vita Indipendente seguisse.

Sono emerse piccole, ma importanti divergenze su cui ritengo che si debba riflettere. ENIL, pur avendo una sua ventennale storia, sperimentata in diversi paesi del mondo, in Italia esiste da soli tre anni e questa di Lamezia Terme è stata la sua terza assemblea nazionale, la stessa in cui è stata ufficializzata l'associazione con la votazione unanime dello statuto.

Tutto quello che è stato realizzato finora è scaturito dal lavoro fatto da alcuni membri che hanno creduto in questa proposta e l'hanno divulgata il più possibile nel territorio, usando i mezzi di comunicazione a loro più accessibili. Ora i soci vanno aumentando, si cominciano ad intravedere dietro a delle idee e da una filosofia che altrove si è realizzata l'esigenza di capire cosa vogliamo che sia ENIL in Italia. Come si inseri-

sce nel contesto culturale, sociale e politico? Quali strumenti é necessario darci perché diventi una reale alternativa alle forme assistenzialistiche ormai troppo consolidate nel nostro territorio?

Due posizioni sono emerse chiare e distinte. Per alcuni la proposta di ENIL fa cultura di per se, perchè è un'idea rivoluzionaria, è importante farla conoscere, divulgarla il più possibile. Essi sostengono inoltre che la realizzazione di un eventuale progetto dipende molto dalla volontà della persona con disabilità.

Altri affermano che non basta aver portato in Italia l'idea, ma che è anche necessario fare una cultura, e che questa nasca dalle nostre positive esperienze: quindi bisogna lottare, rimuovere ostacoli, fare scelte precise per raggiungere piccoli e grandi obiettivi. I rispettivi sostenitori delle due teorie non hanno trovato un accordo. La seconda ipotesi é stata sostenuta dai soci calabresi che in attesa di approfondire tale dibattito hanno preferito restare fuori dalla Segreteria Operativa.

L'assemblea é andata avanti affrontando forse troppi argomenti, ed il terzo giorno la stanchezza si é fatta sentire. Infine si sono definiti gli impegni che la nuova Segreteria Operativa dovrà affrontare: tra i più importanti divulgare la Conferenza telematica già avviata per via modem utilizzando la rete di comunicazione "AGORÁ", organizzare un corso di formazione rivolto a persone con disabilità, con l'obiettivo d'insegnare a fare vita indipendente.

Domenica 29 maggio tutti sono tornati a casa, forse contenti, forse amareggiati chissà? dipende dalle aspettative di ognuno. Credo comunque che con la chiusura della terza assemblea nazionale ENIL-Italia, si é aperto un dibattito che vale la pena approfondire.

Alcuni spunti di riflessione

Propongo qui alcune domande per il nostro dibattito.

Una persona con disabilità, chiusa in istituto o in famiglia, abituata ad essere sempre assistita, come può uscire dalla sua situazione se non sa di poter fare e di essere?

In Italia c'è la consapevolezza che Vita Indipendente ha dei costi elevati e che quindi é necessario avere a disposizione i soldi, come trovarli, con la finanziaria che puntualmente taglia sul sociale?

Si può fare qualcosa per dirottare i tanti miliardi che lo Stato paga ogni anno per tener chiuse molte persone in difficoltà, in progetti che promuovano l'autodeterminazione, l'autogestione, l'autonomia, ma soprattutto che salvaguardino la libertà della persona?

In Italia abbiamo esperienze di solidarietà, di scambio reciproco, di rapporto alla pari tra persone con disabilità e non; un progetto di Vita Indipendente deve necessariamente rompere con queste realtà monetizzando ogni intervento? o deve valutarle come risorse possibili all'interno della Vita Indipendente stessa?

Per una comunicazione delle esperienze e per promuovere un dibattito su questi aspetti fondamentali, propongo l'utilizzo di strumenti di comunicazione come la conferenza su Agorà e alcune riviste più diffuse tra noi.

Il treno preso insieme ai bambini handicappati

Anneke ter Laak e Annamaria Bavaro

Finalmente è iniziata l'estate che porta tante spensieratezze: il mare, le vacanze, l'ombra fresca. Ma porta anche la riflessione sull'anno di lavoro trascorso. Spontaneamente due terapisti della riabilitazione quali siamo noi, confabuliamo di ciò che è accaduto: soprattutto rievochiamo i bambini che giorno dopo giorno sono passati nelle nostre stanzette per imparare ad "incontrarsi".

Per ciascuno di loro la strada è stata faticosa. Il percorso svolto ci fa pensare ad un viaggio nel treno, con un passeggero principale: il bambino, e noi insieme a lui. Insieme scegliamo il tragitto ed insieme incontriamo tante belle e brutte cose. A volte il tempo vola, altre volte il viaggio sembra un'eternità. Quando giungiamo alla stazione siamo tutti un pò spaventati: abituati a viaggiare in compagnia, giunti a destinazione dobbiamo direi "arrivederci" o "addio".

Questa è una metafora.

Nella realtà a noi due capita di viaggiare con alcuni bambini handicappati inseriti nella scuola dell'obbligo, sul treno della loro crescita.

Ma chi progetta il viaggio? Il bambino? I genitori? La scuola? Il quartiere? Il nostro Centro di riabilitazione?

Dopo il lungo viaggio che abbiamo terminato ci siamo rese conto che gli insegnanti e i compagni di scuola hanno contribuito a rendere meno faticoso il percorso.

Certe volte noi tutti viaggiatori riusciamo a confrontarci, a prenderci per mano, a trasmetterci le nostre ricchezze e le dif-

ficoltà, a riconoscerci, ad essere un tutt'uno, a crescere insieme con il bambino. Altre volte invece non accade così.

Ad esempio, quando una scuola cambia ad un bambino autistico quattro maestre di sostegno durante un anno scolastico; oppure quando ad altri bambini handicappati inseriti nella scuola materna non ne offre neanche una: sicuramente non costruisce una base solida per mettere l'alunno in contatto con il mondo esterno. Con tale mobilità di insegnanti, nemmeno le terapisti hanno il tempo per conoscerli, ... figuriamoci il bambino!

Qualche insegnante ha fatto ostruzionismo alla entrata nella scuola di noi terapisti.

Non ci sembra questa la filosofia che sta dietro la legge 104, art. 13a), che prevede la programmazione coordinata dei servizi scolastici con quelli sanitari socio-assistenziali, culturali, ricreativi, sportivi e con altre attività sul territorio, gestite da enti pubblici o privati. Purtroppo quest'anno è capitato raramente che la scuola abbia organizzato una riunione. Nella maggior parte dei casi è stato il nostro Centro ad organizzarle, poiché riteniamo indispensabile il confronto.

La legge quadro 104 (art. 12, 5) parla pure di un "profilo dinamico funzionale" ai fini della formulazione di un piano educativo individualizzato, alla cui definizione provvedono congiuntamente con la collaborazione dei genitori della persona handicappata, gli operatori della USSL.

Riteniamo importante che il profilo dinamico funzionale venga comunicato dalla scuola ai terapisti che hanno in carico il bambino per svolgere un programma riabilitativo.

In un solo caso abbiamo ricevuto una diagnosi funzionale scritta.

Alle nostre rimostranze la scuola spesso risponde che manca il personale.

È vero: l'equipe scolastica a Lamezia Terme ha iniziato a febbraio. Alcuni operatori hanno cominciato da subito il lavoro; altri purtroppo abbiamo avuto il piacere di conoscerli a maggio, o in altri casi, non li abbiamo incontrati affatto. I bambini handicappati invece hanno incontrato gli operatori dell'equipe per lasciarsi etichettare o per svolgere un programma scolastico?

La collaborazione fra tutte le professionalità che gravitano intorno ad un bambino handicappato e alla sua famiglia invece è la cosa maggiormente indispensabile. Il viaggio va intrapreso da tutti, insieme dall'inizio alla fine.

Un insegnante di classe conosciuta alla fine del ciclo scolastico di una bambina con problemi di "chiusura", ha detto: - Sarebbe stato bello conoscerci prima - . Le famiglie, le strutture, i servizi, gli operatori, gli insegnanti e, perchè no, anche i bambini, dovrebbero lasciar perdere di lavorare, forse anche bene, da soli, perchè davvero risulta a tutti più redditizio viaggiare insieme.

Mettiamo in circolo le disponibilità e condividiamo le risorse: prendiamo lo stesso treno.

Il Piano Sanitario Regionale e i Centri di Riabilitazione

Avv. Pino Chiofalo - Segr. Reg. ARIS

Il 15 maggio 1993 ad Amantea (CS), l'ARIS Calabria ha organizzato un convegno dal titolo: "Il Piano Sanitario Regionale tra soggetti, luoghi e contenuti della riabilitazione".

Riportiamo la relazione del dottor Pino Chiofalo, segretario regionale dell'ARIS, nella quale viene fatto il punto sulla situazione attuale dei Centri di Riabilitazione Privati esistenti in Calabria, e di P. Umberto Rizzo, presidente nazionale dell'ARIS, sul momento attuale dei Centri in Italia.

Il dibattito sulla riabilitazione in Calabria è tutto aperto ma è anche tutto da costruire, specialmente da parte delle pubbliche amministrazioni.

La riabilitazione non solo è in grande ritardo, ma addirittura è invisibile nei bilanci e nella programmazione di tanti Enti locali.

Mi è particolarmente gradito porgere il più cordiale saluto a nome dei Centri di Riabilitazione associati dell'ARIS e mio personale, unitamente ai sentimenti di viva gratitudine a Padre Umberto Rizzo, Presidente Nazionale dell'ARIS, che ha voluto presenziare a questo convegno, così come esprimo il più vivo ringraziamento al relatore Dottor Enrico Castelli, Neuropsichiatra, Aiuto presso l'Istituto Scientifico "Eugenio Medea" di Bosisio Parini, per il suo notevole apporto di esperienza.

Mi sia consentito di esprimere anche i sensi della più viva soddisfazione oltre che gratitudine per avere dato la loro disponibilità a partecipare alla tavola rotonda che si terrà nel pomeriggio agli Amministratori Straordinari delle USSL n. 1 di Paola, 7 di Catanzaro e 11 di Reggio Calabria perché ciò costituisce un segno di attenzione e di interesse alle problematiche relative ai portatori di handicap.

Che il problema dell'handicap rivesta una particolare importanza per la Calabria lo dimostra il fatto che da una indagine statistica elaborata dal Ministero dell'Interno Direzione Generale dei Servizi Civili è risultato che al 31/12/1991 in regione vi erano 34.919 mutilati ed invalidi civili (esclusi ciechi e sordomuti) di cui 13.056 di età inferiore ai 65 anni e tra questi 2.155 di età inferiore ai 18 anni (pag. 132).

Si consideri che le prestazioni sanitarie di riabilitazione in Calabria sono oggi erogate per il 95% dai Centri di Riabilitazione privati in regime di convenzione che complessivamente erogano le seguenti prestazioni distinte

per tipologia:

- internato 453
 - seminternato 95
 - ambulatoriali singoli 433
 - ambulatoriali di gruppo 48
- per un totale di 1.029 utenti.

Se si considerano queste cifre, si comprende ancor di più quanto ci sia ancora da fare per dare risposte Idonee alle speranze ed alle attese delle persone handicappate e delle loro famiglie.

I Centri di Riabilitazione nel contesto sanitario e sociale

Nell'ambito delle iniziative politico-legislative particolare importanza assume la L. 104/92 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate".

Con l'approvazione di detta legge sono stati organicamente disciplinati sia l'aspetto sanitario che quello sociale degli interventi riabilitativi finalizzati a garantire il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia dei disabili, promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società.

Mi sembra opportuno a questo punto, tracciare un quadro significativo degli interventi legislativi e amministrativi riguardanti i centri di riabilitazione per evidenziarne la collocazione nel contesto sanitario e sociale.

"L'articolo 2 (punto 4) della L. n. 104/92 definisce obiettivo prioritario della sanità italiana la riabilitazione degli stati di invalidità e invalidità somatica e psichica";

La legge 30/3/71 n. 118 disciplina le modalità di erogazione e fruizione dei servizi, prestazioni e provvidenze ai porta-

tori di minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e denomina Centri di Riabilitazione le strutture sanitarie extraospedaliere preposte ai succitati compiti;

l'articolo 26 della legge 833/78 definisce le prestazioni di riabilitazione quali "prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali dipendenti da qualunque causa" e indica quali soggetti erogatori di questo tipo di servizio le USSL e i Centri di Riabilitazione;

Il D.M. 18/5/84 definisce lo schema tipo di convenzione tra i Centri di Riabilitazione e le USSL;

la Circolare del Ministero della Sanità del 7/6/84, assunta a valore normativo dall'art. 6 del D.M. 917/85, definisce la dotazione organica dei Centri unicamente secondo il livello retributivo, non secondo le competenze professionali;

l'articolo 7 della L. n. 104/92 definisce che le prestazioni di riabilitazione sono erogate dal Servizio Nazionale tramite strutture proprie o convenzionate.

Infine il D.P.C.M. 8/8/85 nel dettare le linee di distribuzione tra attività a rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali riprende i pronunciamenti in materia elaborati da Consiglio Sanitario Nazionale il 30/5/84 e l'8/6/84 dai quali si evince che la distinzione nasce da un criterio oggettivo relativo alla rilevanza dell'intervento sanitario erogato rispetto a quello di tipo assistenziale e un criterio soggettivo attinente il concetto di "stabilizzazione" del danno minorativo.

Un terzo criterio distintivo lo si trova nella L. 104/92 ed è

quello relativo alla necessità di una "terapia di mantenimento" finalizzata a migliorare, per quanto possibile, lo stato di "stabilizzazione del danno", o quanto meno, orientato ad inhibire la regressione del soggetto portatore di handicap.

Dal quadro normativo appena accennato è possibile trarre quale prima constatazione che nell'area dell'handicap a seconda del tipo di intervento praticato gravitano strutture sanitarie, socio sanitarie ed assistenziali.

Quelle preposte alle funzioni di riabilitazione dell'handicap sono:

1) **i Centri di Riabilitazione**, quali strutture sanitarie extraospedaliere di riabilitazione di cui alla L. 118/71, pubbliche o convenzionate con il SSN ai sensi dell'articolo 26 della legge 833/78, deputate alla prevenzione e riabilitazione delle minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali dipendenti da qualunque causa. Erogano a seconda della situazione patologica e sociale dell'assistito, prestazioni a tempo pieno, a seminternato, ambulatoriali, extramurali e domiciliari.

Sono preposti alla funzione di:

- prevenzione e diagnosi precoce;
- riabilitazione finalizzata al recupero funzionale e sociale;
- riabilitazione finalizzata a impedire effetti involutivi e danno stabilizzato.

2) **Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)**, strutture sociosanitarie per disabili di cui al D.P.C.M. 22/12/89.

Operano unicamente in regime di ricovero e sono previste

dalla legge 104/92 con funzioni analoghe ai Centri socio riabilitativi ed educativi.

Sono preposte alle funzioni di:

- assistenza sociale;
- riabilitazione finalizzata ad impedire effetti involutivi (erogate in convenzione con il SSN).

3) **I Centri Socio Riabilitativi ed Educativi**, strutture previste e disciplinate dalla legge 104/92 per l'accoglienza a soggetti che abbiano superato l'età dell'obbligo scolastico, il cui handicap non consente l'inserimento in idonee forme di integrazione lavorativa.

Operano con trattamenti diurni e sono preposti a funzioni analoghe a quelle sopra citate.

4) **Strutture assistenziali** di vario tipo, dalle cooperative sociali, ai centri di lavoro guidato che oltre a funzioni di assistenza sociale effettuano anche un addestramento lavorativo adeguato alle potenzialità residue dell'utente.

In questo contesto normativo così articolato si inserisce il Piano Sanitario Regionale.

Come sapete il Piano Sanitario Regionale è uno strumento previsto dal D. Legislativo 30/12/92 n. 502, che le Regioni ai sensi dell'articolo 1 sub. 5 di detto decreto devono adottare entro 180 giorni dalla pubblicazione del Piano Sanitario Nazionale, al fine di realizzare attraverso la prevenzione, la cura e la riabilitazione, opportunamente coordinate, la tutela della salute dei cittadini nel pieno rispetto della dignità delle persone.

La nostra Regione ha addirittura anticipato i tempi presen-

Prestazioni riabilitative erogate dai Centri di Riabilitazione privati della Calabria al 15/5/1993

Ente	Internato	Semint.	Ambul. Sing.	Ambul. Gruppo
Opera Pia In Charitate Christi - CZ	105	15	20	-
Ist. Papa Giov. XXIII - Serra d'Aiello	310	-	-	-
Casa della Carità - Vibo Valentia	-	-	112	48
Comunità Progetto Sud - Lamezia T.	-	26	26	-
Villa Betania - Reggio Calabria	6	15	150	-
Casa Serena - Reggio Calabria	3	11	63	-
Piccola Opera Papa Giovanni - R.C.	29	28	62	-
Totale	453	95	433	48
per un totale utenti di 1.029				

tando in data 28/12/92 alla Giunta Regionale la proposta del piano sanitario regionale per il triennio 93/95.

Non sto qui a commentare quanto sia stato opportuno o meno la presentazione in tempi così stretti della proposta di piano sanitario regionale, e le conseguenze disastrose che sul piano organizzativo ha comportato l'applicazione della L.R. n. 3192 che modifica l'assetto istituzionale del SSR, con la riduzione sia pur necessaria delle USSL da 31 a 11, nè voglio entrare nel merito dei contenuti del piano stesso. Questo semmai sarà oggetto della tavola rotonda prevista per oggi pomeriggio.

Quello che però mi preme sottolineare è la inadeguatezza del Piano con riferimento alla riabilitazione e i dati, direi allarmanti, che si possono cogliere leggendo i documenti allegati al Piano.

Esso è inadeguato, perché nel trattare della riabilitazione fa riferimento esclusivamente al numero di posti letto, alla notevole carenza che vi è sul territorio regionale ed alla conseguente necessità di incrementare gli

stessi.

Vengono completamente ignorate le prestazioni riabilitative a seminternato, quelle ambulatoriali, domiciliari ed extra murali.

Vi devo dire che ho letto e riletto i documenti allegati al Piano, concentrando la mia attenzione su tutto ciò che riguardasse la riabilitazione.

Ebbene, quello che ho potuto notare di interessante per il nostro dibattito è che secondo una stima aggiornata al 30/12/90 (pag. 31) il numero dei calabresi ricoverati in altre Regioni è stato di 1.028, mentre i ricoverati in Calabria provenienti da altre Regioni è stato di 23. Il che, in termini economici, significa che la Calabria nel 1990 ha speso circa 45 miliardi per ricoveri extra regionali.

Il numero dei ricoveri dei residenti nella Regione invece sarebbe stato di 396.

Inoltre nel fare la stima del fabbisogno dei posti letto con riferimento agli standard previsti dalla legge 412/91 si è calcolato che in Calabria sono necessari 704 posti letto.

Di questi al 31/12/90 15 erano già esistenti in strutture

pubbliche, 120 in strutture private convenzionate, pertanto, per differenza, ne mancano 569.

Nel fare poi la distribuzione dei 704 posti letto tra le 11 USSL il Piano assegna indistintamente 64 posti per ciascuna USSL (64x11=704).

I dati che vi ho appena comunicato, però, non coincidono affatto con quella che è la situazione effettiva, così come risulta all'ARIS, a tutt'oggi.

Ed infatti risulta che presso i Centri di Riabilitazione privati convenzionati associati all'ARIS, che, eccezione fatta per i 15 posti letto delle strutture pubbliche, coprono la totalità dei trattamenti riabilitativi in Regione, si registrano:

- posti letto ad internato: 453 di cui 310 nell'ambito territoriale dell'USSL 1 di Paola; n. 105 nell'ambito dell'USSL n. 7 di Catanzaro; n. 38 nell'ambito dell'USSL n. 11 di Reggio Calabria.

Inoltre si registra una progressiva, costante contrazione dei posti letto in alcuni Centri di Riabilitazione dove, appunto, i trattamenti ad internato vanno

ad esaurimento, per dare sempre più spazio ai trattamenti ambulatoriali.

Di fronte a tale fenomeno mi viene spontaneo ricordare la polemica che si è fatta su alcuni Centri di Riabilitazione, polemica spesso accesa anche perché complicata da prese di posizione ideologiche e politiche.

Il problema del ricovero non può essere risolto solo negandolo: vi sono diversi casi in cui il ricovero è necessario.

Se è vero che da un lato esiste una quota riducibile di ricoveri assistenziali, è anche vero che dall'altro vi è una quota di ricoveri motivati da ragioni di ordine tecnico.

Vi sono dei compiti che non possono essere effettuati altrove se non nelle strutture.

Però in ogni caso è doveroso un esame approfondito dei bisogni dell'utente ed un'obiettiva valutazione dei vantaggi che lo stesso potrebbe trarre da un eventuale ricovero.

Inoltre il provvedimento di ricovero deve essere sempre mantenuto nei limiti quantitativi, temporali e qualitativi necessari e sufficienti per la riabilitazione del malato.

Sappiamo tutti infatti quali sono i rischi di un ricovero, soprattutto se prolungato: decadimento, esclusione, impoverimento.

Un corretto funzionamento delle strutture di ricovero, la necessità che esse partecipino ad una realtà operativa più vasta e dialettica, in collegamento funzionale con le altre attività territoriali, una sempre maggiore qualificazione professionale degli operatori delle strutture, ciascuno nel proprio ruolo specifico: questi, ed altri che lascio alla vostra competen-

za e fantasia, sono tutti elementi che possono concorrere se non per la eliminazione, quanto meno per una drastica riduzione dei rischi connessi con un sia pur necessario ricovero sia esso completo o parziale.

A tal proposito mi sembra quanto mai illuminante il pensiero del professor Giorgio Moretti, direttore dell'Istituto Scientifico "E. Medea" de "La Nostra Famiglia" nonché docente di neuropsichiatria infantile presso l'Università del Sacro Cuore:

È assurdo discutere - come spesso si fa - se la riabilitazione serve o non serve, se le strutture siano entità positive o negative: questa è un'esercitazione astratta che non porta concreti vantaggi. È necessario invece esaminare la realtà dei fatti, fare un bilancio delle risorse che ci sono offerte allo stato attuale dalla scienza e dall'organizzazione sociale e utilizzare il tutto al fine di raggiungere i tre obiettivi che consideriamo fondamentali: dignità, benessere e rispetto."

I problemi aperti

1) In Calabria, l'unica regione in Italia, dopo 9 anni dalla entrata in vigore del D.M. 18/5/84, non ha ancora trovato applicazione lo schema tipo di convenzione tra i Centri di Riabilitazione e le USSL.

Fatta eccezione per la "Comunità Progetto Sud" che ha costituito il suo Centro di Riabilitazione nell'87 ed ha applicato lo schema tipo in vigore; e fatta eccezione per l'Opera Pia in Charitate Christi di Catanzaro per la quale la Giunta Regionale con delibera

n. 56 del 2/2/93 ha autorizzato l'USSL di Catanzaro alla stipula della convenzione secondo lo schema ministeriale (convenzione, peraltro, non ancora stipulata per delle eccezioni sollevate dall'USSL di Catanzaro) per gli altri Centri i tempi sono ancora lunghi.

Con delibera n. 1918 dell'11/5/93 la Giunta regionale ha approvato lo schema tipo di convenzione tra l'USSL 11 e la Piccola Opera Papa Giovanni.

2) L'ARIS ha ripetutamente richiesto all'Assessorato Regionale alla Sanità dapprima Onorevole Rocco Trento e successivamente all'attuale Assessore Ubaldo Schifino la costituzione di una consulta della quale facciano parte i rappresentanti dei Centri stessi per la definizione di un "progetto obiettivo handicap" che dovrebbe servire a chiarire ruolo e funzione di prevenzione, riabilitazione e assistenza in questo settore nonché consentire lo studio di modelli organizzativo-funzionali delle strutture sanitarie e socio sanitarie che consentano il perseguimento di prestazioni qualitativamente adeguate ai bisogni

3) È quanto mai urgente la emanazione da parte della Regione di un atto di indirizzo e coordinamento finalizzato ad uniformare su tutto il territorio l'intervento riabilitativo inteso come tipologia di numero di prestazioni erogabili, integrazione tra strutture pubbliche e private. In proposito abbiamo verificato inammissibili disparità di trattamento tra le varie USSL, come ad esempio la limitazione arbitraria del numero di trattamenti ambulatoriali o il rifiuto

Quello che però mi preme sottolineare è la inadeguatezza del Piano Sanitario Regionale con riferimento alla riabilitazione. Esso è indeguato, perchè nel trattare della riabilitazione fa riferimento esclusivamente al numero di posti letto.

di emettere impegnative per alcune tipologie di trattamenti.

4) Non possiamo fare a meno, inoltre, di sottolineare le difficoltà economiche in cui si dibattono i Centri di Riabilitazione a causa dei gravi ritardi con i quali vengono liquidate le competenze ai Centri di Riabilitazione da parte delle USSL e, per quanto riguarda i conguagli di retta relativi agli anni 1990 e 1991, da parte dell'Assessorato alla Sanità.

I fondi che in sede di previsione vengono attribuiti dalla Regione all'assistenza sanitaria riabilitativa, sono di fatto utilizzati da alcune USSL per altre funzioni, vanificando così le convenzioni in atto.

I Centri di Riabilitazione sono poi obbligati ad operare con una dotazione organica notevolmente superiore nei fatti al fabbisogno del servizio, peraltro non

remunerata dalle rette che vengono erogate per le sole prestazioni effettuate.

Per far fronte ai costi di gestione le strutture spesso sono costrette a ricorrere ad anticipazioni bancarie (il cui costo non entra componente della retta definita in sede ministeriale) e in alcuni casi di persistente morosità ad agire per vie legali per l'ottenimento di decreti ingiuntivi di pagamento con notevole aggravio di spese per le USSL.

5) Per quanto concerne l'ammontare delle rette il Ministero della Sanità in data 29/1/93 ha approvato per gli anni 1992 e 1993 l'aumento pari al 4%. Detto aumento è già stato recepito in data 25/3/93 dalla Conferenza Stato-Regioni ed è stato comunicato ai Presidenti delle Giunte Regionali con nota prot. n. 500.6AG. 13/1267 del 4 maggio 1993.

La Regione con apposita delibera di Giunta entro il termine di giorni 60 dal ricevimento deve prenderne atto ed applicarla in data retroattiva.

6) Con vivo rammarico e preoccupazione l'ARIS ha più volte sottolineato all'Assessore pro tempore l'inadeguatezza dell'organico preposto al settore della riabilitazione.

Nonostante la buona volontà e competenza dimostrata dal personale in atto, è inconcepibile che un settore così importante del servizio sanitario venga affidato ad una sola unità.

Da questo punto di vista spesso abbiamo avuto la netta sensazione di non avere un interlocutore con il quale affrontare le diverse e complesse problematiche della riabilitazione.

Basti pensare che il processo di riabilitazione investe non solo il momento dei servizi, ma anche la prevenzione, la famiglia, la scuola, la formazione professionale, per rendersi conto della importanza e dell'urgenza di potenziare il "settore riabilitazione" dell'Assessorato.

Prima di concludere il mio modesto intervento mi preme richiamare la vostra attenzione su un punto che ritengo importante per capire meglio lo spirito che ci ha animato a promuovere questo convegno.

La manifestazione di oggi non vuole essere una "celebrazione" dei Centri di Riabilitazione nè tanto meno vuole essere una occasione di scontro con coloro i quali amministrano la sanità in Calabria. Esso si pone invece come occasione di incontro con la parte pubblica per esaminare e studiare le vaste problematiche dell'handicap e della riabilitazione e trovare assieme strade da percorrere per far sì che i tre obiettivi fondamentali della dignità, benessere e rispetto della persona portatrice di handicap non rimangano belle parole delle quali tutti sanno riempirsi la bocca in occasione di dibattito, o convegni come questo, ma si traducano in fatti e iniziative concrete, perché anche l'ultimo dei nostri fratelli possa avere la possibilità di realizzarsi.

Nella ferma convinzione che la civiltà di una società si misura dalla capacità di organizzarsi e di dare spazio e pari dignità a tutti i suoi membri senza distinzione di condizioni personali e sociali.

E, perdonate la presunzione, la Calabria, in questo, non ha nulla da imparare da nessuno.

Il futuro della riabilitazione

ex art. 26 della legge 833/78

P. Umberto Rizzo - Presidente Naz. ARIS

**I Centri di Riabilitazione
nel nuovo contesto
sanitario e sociale
delineato dalla riforma.**

Rinvii fino al 1995

A livello regionale sono in studio o già definite alcune ipotesi di modificazione sulla natura delle convenzioni dei Centri di Riabilitazione ex art. 26 della legge 833/1978 conseguenti ai nuovi indirizzi nazionali dettati dal D.L. 502/1992 nonché dei livelli obbligatori di assistenza in relazione alla tipologia dei soggetti assistiti.

Si prevede, comunque, che le convenzioni in atto vengano mantenute in quel carattere di uniformità e di equità instaurato dal Ministero della Sanità con la normativa in vigore e vengano confermate senza grandi sconvolgimenti sino al 31 dicembre 1993.

I disegni di programmazione sanitaria in corso di elaborazione da parte delle Regioni per il contenimento della spesa sanitaria ai sensi della legge 412/1991 non dovrebbero, almeno sino a questo momento, riguardare direttamente le prestazioni erogate dai Centri di Riabilitazione ex art. 26 della legge 833/78.

Anche i progetti per la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, per la rideterminazione del fabbisogno qualitativo e quantitativo dei posti-letto secondo i nuovi parametri fissati dalla legge 412/1991 e cioè di 6 posti-letto per 1.000 abitanti, di

cui lo 0,5 per mille abitanti riservato alla lungodegenza e riabilitazione post-acuzie, non hanno previsto o incluso la ridefinizione di nuovi assetti nel settore della riabilitazione ex art. 26 della legge 833/78.

I rapporti tra i Centri di Riabilitazione convenzionati e le Regioni cambieranno probabilmente a partire dal 1994 ma questo, come peraltro tutta la strada per una vera riforma della sanità, è ancora tutto da stabilire.

Il nuovo Ministro della Sanità Mariapia Garavaglia l'ha definita una strada tutta in salita.

Le innovazioni in questo campo dovranno scaturire dai decreti delegati. Analizzando il Decr. Legl. 502/1992 risultano indispensabili almeno nove provvedimenti legislativi regionali, un numero indefinito di decreti presidenziali e numerose delibere di giunta per disciplinare tutta la normativa.

L'ARIS dovrà seguire attentamente questa intensa attività legislativa prevedendo che la materia della riabilitazione sarà sicuramente rivista nella sua interezza.

Si prevede, in particolare:

- il riordino dell'intero settore sia sul piano organizzativo che funzionale;

- un accertamento più oculato e rigoroso delle necessità di trattamento degli assistiti dei Centri di Riabilitazione nonché una nuova regolamentazione dell'accesso ai servizi riabilitativi in tutte le tipologie di trattamento;

- la definizione dei criteri di integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali con particolare riguardo ai disabili in età adulta o anziani non autosufficienti già ricoverati nei Centri di Riabilitazione;

- la sospensione delle nuove convenzioni o modifica di quelle esistenti in prospettiva della realizzazione delle R.S.A. anche da parte delle Istituzioni private.

Requisiti minimi dei Centri di Riabilitazione

Ferme restando le competenze di Regioni e Provincie In materia, entro il 10 luglio 1993 i requisiti tecnologici, strutturali, professionali e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie (art. 8 del D.L. 502/1992), saranno tutti ridisciplinati da un Regolamento emanato dal Governo su proposta del Ministro della Sanità con la Conferenza Stato-Regioni.

Con il medesimo decreto sono fissati i termini per l'adeguamento dei presidi e delle strutture già autorizzate ed i criteri per l'aggiornamento dei requisiti minimi.

L'ARIS sta seguendo attentamente tale materia in quanto i Centri di Riabilitazione sono le uniche strutture fra quelle operanti nel settore della sanità, per le quali non è stato ancora predisposto un "atto di indirizzo e coordinamento" dei requisiti minimi di funzionamento e, nel caso di strutture private, di convenzionamento con il S.S.N.

Il Servizio di Medicina Sociale del Ministero della Sanità ha elaborato una bozza sin dal settembre 1983, bozza sulla quale si sono pronunciate in varie riprese sia le Regioni che le Associazioni rappresentative dei Centri senza nessun esito.

La mancanza di tale riferimento rende la definizione dei livelli minimi per i Centri di Riabilitazione molto più complessa e laboriosa.

C'è poi la legge quadro per

l'handicap (n. 104/1992) che richiede alle Regioni di programmare una riorganizzazione dell'intero settore e di promuovere modalità di lavoro coordinato ed integrato tra tutti i servizi che sono coinvolti nella gestione del problema "handicap".

Per il conseguimento di questi obiettivi le Regioni stanno già formulando progetti-obiettivo a cui l'ARIS partecipa e che rappresentano un punto di riferimento concreto anche per il superamento della difficile separazione tra attività prettamente sanitarie ed attività socio-assistenziali.

Il progetto obiettivo "handicap", in particolare, oltre a chiarire il ruolo e funzione della prevenzione, riabilitazione e assistenza in questo campo, dovrebbe consentire lo studio di modelli organizzativi-funzionali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie in maniera di consentire il perseguimento di livelli qualitativi adeguati al bisogno.

Orientamento tra intervento sanitario e ministeriale

In occasione della seduta della conferenza Stato-Regioni del 23 marzo scorso, nel corso della discussione per l'approvazione delle rette dei Centri di Riabilitazione le Regioni hanno rappresentato insistentemente al Governo le difficoltà di coordinare le disposizioni normative contenute nella legge quadro per l'handicap 104/92.

Hanno chiesto in particolare al Governo di elaborare, d'intesa con la Conferenza indicazioni e modalità di integrazione tra l'ambito sanitario ed il sistema dei servizi sociali.

Tutto questo al fine di miglio-

rare i livelli organizzativi e strutturali dei Centri di Riabilitazione e salvaguardare il principio di globalità dell'intervento riabilitativo evitando di ricadere in situazioni di mero assistenzialismo.

È stato sollevato il problema della compartecipazione degli utenti al costo dei servizi per non porre a carico del SSN l'intero onere di spesa.

È stato fatto rilevare che la prestazione erogata da tali Istituzioni è rappresentata da una componente prettamente sanitaria e da un'altra etico-sociale per cui il costo dell'intervento dovrebbe presupporre l'accollo di una quota dell'onere di spesa o da parte di fondi di altre competenze o da parte dell'assistito.

Centri di Riabilitazione e R.S.A.

La Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) viene generalmente intesa come struttura per anziani e soggetti disabili non autosufficienti finalizzata a fornire accoglimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale e sociale.

È possibile, conseguentemente, individuare due diverse tipologie di RSA che presentano molti aspetti in comune per quanto riguarda la valenza riabilitativa che le deve caratterizzare e permeare: una destinata ai gravi disabili giovani-adulti ed una per i soggetti geriatrici.

La legge 104 ha aperto possibilità più consone alle varie tipologie di handicap (comprese ovviamente quelle mentali) che consentono di delineare una rete di strutture che a partire dal riconoscimento della funzione "sanitaria" dei Centri di Riabilitazione ex art. 26 della

legge 833/78, si diramano in strutture a valenza sia sanitaria sia assistenziale che esclusivamente assistenziale.

Già dal 1992 il Fondo Sanitario Nazionale nella voce "altra assistenza" aveva previsto sia l'imputazione dei costi derivanti dalla gestione dei Centri di Riabilitazione ex art. 26, con importi analiticamente distinti, che quelli connessi alle attività a favore di disabili delle RSA non ricompresi nella fattispecie dei Centri di Riabilitazione.

Il problema che si pone al presente non è pertanto quello di una assimilazione delle strutture deputate alla riabilitazione dell'handicap alle RSA per anziani, quanto una accurata analisi del significato di "riabilitazione" di come essa è attuata in strutture extraospedaliere Centri di Riabilitazione ex articolo 26 e di come essa può essere continuata con forme miste di Interventi sanitari e assistenziali nelle RSA.

Convenzioni dei Centri di Riabilitazione ex art. 26 della legge 833/78

Definizione delle rette per gli anni 1992 e 1993

Con un incremento del 4,50% per l'anno 1992 e dell'1,75% per l'anno 1993 è stata raggiunta l'intesa tra la parte pubblica e le associazioni rappresentative per le rette dei Centri di Riabilitazione convenzionati ex art. 26 della legge 833/1978.

L'accordo è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 1993 ed è stato già trasmesso dal Ministero della Sanità ai competenti organi regionali il 4 maggio ultimo scorso. Entro 60 giorni da tale data, come stabilito dall'accordo, le Regioni e le Provincie Autonome dovrebbero rendere operanti le nuove rette.

Ridimensionamento dell'attività

Alcune Regioni a causa dell'attuale situazione di indisponibilità finanziaria hanno ridotto in percentuale variabile le impegnative e sospeso alcune proroghe agli assistiti per le prestazioni riabilitative.

Il rilascio ed il rinnovo di tali impegnative o proroghe avviene ora secondo il criterio della verifica della "gravità" dell'assistito e viene comunque attuata previa verifica della copertura finanziaria.

Per le forti difficoltà di rientro finanziario e per la rideter-

minazione del fabbisogno complessivo dei livelli di assistenza, come previsto dalla legge 412/1991, alcune Regioni hanno già attuato provvedimenti restrittivi riducendo la spesa nei settori convenzionati in ragione del 20%. Tali provvedimenti oltre che per le Case di Cura sono stati presi anche dai Centri di Riabilitazione, che pur non essendo considerati nella riorganizzazione della rete ospedaliera, sono stati ugualmente penalizzati con una riduzione delle prestazioni riabilitative del tipo ambulatoriale.

Documentazione di riferimento:

1. Legge 833/1978. L'art. 26 definisce le prestazioni di riabilitazione quali "prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali dipendenti da qualunque causa" e indica quali soggetti erogatori di questo servizio le USL ed i Centri di

Riabilitazione.

2. Legge quadro per l'handicap n. 104/1992. L'art. 7 definisce che le prestazioni di riabilitazione sono erogate dal Servizio Sanitario Nazionale tramite strutture proprie o convenzionate.

3. Legge 412/1991. L'art. 4 detta disposizioni in materia sanitaria e ridefinisce, tra l'altro, gli standard di dotazione complessiva di posti-letto in ragione di 6 posti-letto per mille abitanti di cui lo 0,5 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post acuzie.

4. Legge 421/1992. Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità (art. 1), di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale.

5. Decr. Legl. 502/1992. Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 421/1992.



Non solo malasanità

Raffaele Augello

Quando nello scorso dicembre l'ex direttore generale dell'A.I.A.S. rag. Foti venne raggiunto da avviso di garanzia, si capì subito che da lì a poco le indagini dei magistrati avrebbero prodotto effetti clamorosi nel settore della riabilitazione in Sicilia e per l'immagine dell'ente a livello nazionale. Ed infatti a giugno sono scattate le manette ai polsi dei dirigenti della sezione di Milazzo e la Regione ha avviato un'inchiesta nel settore, in tutta l'isola.

In breve, è la storia clamorosa di un organismo che statutariamente doveva provvedere alla riabilitazione e all'allestimento di servizi per le persone handicappate e che, invece, si è trasformato in un potentato economico per il raggiungimento di illeciti arricchimenti personali, interessi elettorali e possibili infiltrazioni mafiose.

Dodici sono stati gli arresti effettuati, tutti personaggi che occupavano posti di responsabilità all'interno dell'ente e alcuni di essi con cariche politiche svolte in passato o ancora oggi (ex consiglieri o assessori nelle file del PSI o della DC); molti i reati a loro ascritti: associazione a delinquere, concussione, peculato, appropriazione indebita, violazione di leggi tributarie, abusi in atti di ufficio, ecc.; molti gli aspetti sconcertanti venuti fuori: stipendi da favola ai dirigenti (27 milioni netti al mese al rag. Foti) mentre i dipendenti non percepivano il loro per mesi; immobili del valore di 12 miliardi acquistati solo nel '92; 265 persone assunte nell'aprile dello stesso anno in piena campagna elettorale; centinaia di milioni spesi in consulenze esterne in realtà mai effet-

tuate; 20 miliardi distolti dalla cassa tra l'89 e il 92.

“L'operazione di polizia non è finita ha precisato il sostituto Canali, applaudito a lungo dalla marea di lavoratori e dai familiari dei disabili che si sono accalcati davanti la sede e che hanno tentato di raggiungere gli inquisiti.

Tante sono state le reazioni susseguite a questi fatti: dalla immediata rabbia delle persone che hanno cercato di linciare gli arrestati (si pensi a che punto erano arrivati i rapporti), allo scalpore della gente comune, dal dissociarsi da quanto è avvenuto di tante altre sedi A.I.A.S., al programmi di risanamento promessi o avviati, per voltar pagina, dalla Regione o dall'ente stesso.

Se si esce però da questo batti e ribatti ci si deve chiedere:

Non era meglio vigilare prima, quando occorreva, piuttosto che pensare alla cura e al lifting dell'A.I.A.S. ora? E dove erano gli organi di controllo dell'ente stesso o quei funzionari pubblici che per legge devono effettuare ispezioni periodiche agli enti convenzionati, quando tutte le ruberie erano in atto?

Ci si sta scandalizzando dell'A.I.A.S., si esalta il senso del dovere delle forze di polizia e la loro “brillante operazione”, si decantano i buoni propositi di ricostruzione della Regione, tutte le opposizioni politiche ricordano che a suo tempo avevano denunciato i fatti ma,

AIAS di Milazzo: una scheggia impazzita?

come al solito, degli handicappati e dei loro familiari nessuno ne parla. Eppure, a me sembra che le spese di questa vicenda le stiano pagando proprio loro; non solo perché, “avviata una inchiesta a tutto campo” la regione ha sospeso le convenzioni e quindi le prestazioni sono sospese escluso per coloro che non sono in grado di provvedere ai bisogni fondamentali ma quanto perché il futuro per i loro diritti è quantomai incerto. Il tentativo di fare pulizia sarà serio o sarà solo una operazione di facciata? Gli handicappati avranno un servizio adeguato o ci si affretterà a ripristinare quello vecchio perché altrimenti non c'è altro, visto che il welfare state non è passato di lì.

Quello che è successo è solo un episodico e isolato caso siciliano? Chi lo dice che non potrebbe succedere anche da noi, in Calabria, o in qualche altro posto privato e pubblico? E se ciò avvenisse non significherebbe, dopo la classica pulizia generale, avere servizi ispirati a principi di qualche probato uomo di fede santificato e quindi più ottocenteschi di quelli che già abbiamo?

Se pertanto queste sono solo alcune delle riflessioni che possono scaturire da quanto è successo, mi sembra centrato l'invito a vigilare e a far vigilare anche da queste parti, visto che nel settore dell'handicap che qualcuno chiama “pianeta” sembra che tutto il mondo è paese.

□

Niente ticket per l'invalido

La Corte costituzionale ha allargata la fascia degli aventi diritto all'esenzione dai ticket sanitari (su medicinali, esami diagnostici e cure specialistiche) anche ai titolari di pensione d'invalidità d'età inferiore ai 65 anni, sempre che abbiano i requisiti del basso reddito.

La sentenza n. 184/93, depositata il 23 aprile u.s., ha annullato il limite dei 65 anni richiesto dall'art. 3, comma 1, lettera b del decreto legge n. 382/89 (convertito nella legge n. 8/90) che stabiliva il diritto all'esenzione per i titolari di pensioni di vecchiaia il cui reddito imponibile lordo non superi i sedici milioni annui (tetto aumentato di sei milioni per il coniuge a carico e di un milione per ciascun figlio a carico). Per titolari di pensione di vecchiaia la disposizione intende tutti coloro che, a prescindere dall'ordinamento pensionistico di appartenenza, abbiano raggiunto l'età per il collocamento a riposo prevista dall'assicurazione generale obbligatoria per i lavoratori dipendenti; rientrano tra i beneficiari anche i titolari di pensione d'invalidità, purché abbiano raggiunto l'età del collocamento a riposo e rientrino nei limiti di reddito.

Chiamata dal pretore di Ravenna a stabilire la costituzionalità del limite d'età per i titolari di pensione d'invalidità, la Corte ha ritenuto violati il principio di uguaglianza e il diritto alla salute.

Infatti, l'esenzione generale dalla partecipazione alla spesa sanitaria disposta dalla norma censurata in favore dei pensionati di vecchiaia a basso reddito corrisponde, secondo la Consulta, "alla corretta individuazione, da parte del legislatore, di una categoria di cittadini non abbienti, che si trovano presuntivamente nell'impossibilità, a causa delle loro condizioni fisiche e per ragione di ordine sociale, di trovare fonti di reddito ulteriore, a che, a causa del deperimento fisico che generalmente si accompagna all'età avanzata, hanno presumibilmente un bisogno maggiore e più frequente di far ricorso a prestazioni di cura, di prevenzione e riabilitazione".

Quindi l'esenzione generale rappresenta l'attuazione del contenuto minimo essenziale del diritto alla salute, e la situazione degli invalidi al di sotto dei 65 anni (con redditi bassi) ha tutti gli elementi cui si ricollegano le ragioni dell'esenzione. Si tratta infatti di cittadini non abbienti che per le loro menomate condizioni fisiche hanno bisogno continuo di cure e non sono in grado di trovare fonti di guadagno ulteriore.

È dunque irrazionale escludere gli invalidi dall'esenzione, tantopiù che già in passato la Corte ha ritenuto che non sia distinguibile l'invalidità connessa all'età avanzata da quella derivante da menomazioni. Di fronte a situazioni equivalenti non si possono stabilire condizioni diverse che danno titolo al "sostegno solidaristico della collettività".

(da; INAS-CISL)

Economia & Nonviolenza

dall'interesse individuale all'interesse solidale

4° Seminario residenziale di Formazione per formatori
e animatori di gruppo e del territorio

Locri 16 - 19 Settembre 1993 - Fondazione Zappia

Segreteria: Beppe Rozzoni - Comunità Progetto Sud - TEL 0968/453071-461997

**TAMTAM
REBELS**
Sportello Informativo
sulle Scelte di Pace

Dove?

Allo sportello TAM TAM REBELS
ci si può presentare fisicamente
venendo a Gioiosa Jonica (RC)
in via Cairoli n. 2;
oppure
telefonando al numero
0964/419300

Quando?

Ogni settimana nei giorni di
Lunedì Mercoledì Domenica
dalle ore 18.00 alle ore 20.00



TAMTAM REBELS

è gestito e ideato
dall'Associazione di volontariato
Gruppo Akatistos
Via Cairoli, 2 89042 Gioiosa Jonica

Le pensioni assistenziali del Ministero dell'Interno

PENSIONI ASSISTENZIALI 1993

	1° maggio '92	1° giugno '93	1° dicembre '93
CIECHI			
decimisti	238.660	242.955	247.085
ventesimisti	321.640	327.430	332.995
assoluti	347.815	354.075	360.095
INVALIDI CIVILI			
Totali e parziali	321.640	327.430	332.995
Minori	321.640	327.430	332.995
(indennità di frequenza)			
SORDOMUTI	321.640	327.430	332.995

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO (importo mensile per l'intero anno)

CIECHI	
assoluti	930.880
ventesimisti	82.750
INVALIDI TOTALI	710.980
SORDOMUTI	286.000

LIMITI DI REDDITO (importo annuo)

CIECHI	
decimisti	8.868.505
ventesimisti e totali	18.446.495
INVALIDI	
totali	18.446.495
parziali	4.338.600
SORDOMUTI	18.446.495

Ecuador: una solidarietà che continua

Beppe Rozzoni

Era il novembre '92 quando Nicola Perrone (Direttore Internazionale di Capodarco) e Roberto Revelant (Vice Presidente della stessa organizzazione) sono venuti a Lamezia Terme a parlarci, in modo approfondito, della situazione di miseria dell'Ecuador e, in particolare, del problema specifico di questo paese: l'altissima percentuale di handicap presente.

In comunità eravamo, bene o male, coscienti, chi più chi meno, delle condizioni di estrema povertà, al limite della sopravvivenza e (talvolta nemmeno di quella) dei paesi del terzo mondo, ma mai ci eravamo sentiti direttamente interpellati da tale situazione. In occasione di quell'incontro ci fu esplicitamente richiesto di appoggiare concretamente uno dei tredici progetti che la Comunità Internazionale di Capodarco si era impegnata a realizzare in Ecuador.

Scegliemmo il progetto indirizzato alla realtà dei bambini di strada perché, pur lontanamente, avevamo trovato un parallelo con la realtà della nostra Calabria e del sud in generale.

Il progetto consisteva nella formazione di operatori di strada (giovani ecuadoriani) in grado di aggregare i bambini di strada su interessi diversi da quelli a cui venivano facilmente indirizzati (sicariato, ovviamente alla delinquenza, spaccio, prostituzione...) dietro il miraggio di facili e lautissimi guadagni. Chi minimamente si sia interessato del fenomeno dei meninos de rua, su quanto sia bassa la media di vita di queste persone (tra i quindici e i venticinque anni, poi o vengono ammazzati dalla polizia o dal loro gruppo) e da quali cause sia

provocato: situazioni di abbandono, a sua volta conseguenza di povertà estrema.

Obiettivo finale del progetto, una volta acquistata la fiducia dei bambini, attraverso l'animazione di piazza, era quello di indirizzarli allo studio e poi ad un lavoro. L'impegno finanziario del progetto era di £ 15.000.000. Durante un viaggio di verifica, effettuato nel '93, da due componenti la nostra organizzazione, i referenti ecuadoriani hanno chiesto di dare priorità, rispetto al progetto dei bambini di strada, ad un progetto di alimentazione per una zona particolarmente depressa dove il 60% dei bambini sono denutriti. Da qui la nostra raccolta di fondi è stata dirottata a sostegno del progetto "un pulcino per ogni bambino". L'impegno finanziario era lo stesso.

Al momento la cifra ci spaventava. In una regione dove c'è una scarsa presenza di organizzazioni che lavorano nel campo della coscientizzazione e della sensibilizzazione ai problemi del terzo mondo, in una regione dove la povertà e l'emarginazione sono presenti in modo più accentuato rispetto al nord, come raccogliere solidarietà e fondi per questo progetto? Nonostante tutto la scelta è stata di rischiare, e il rischio è stato premiato. Già agli inizi di maggio, infatti, la copertura del progetto era stata raggiunta.

Non so dire quale sia stato il motivo dominante che ha facilitato il raggiungimento dell'obiettivo, certamente che il lavoro di base fatto, attraverso riunioni con gruppi, associazioni, parrocchie, scuole, abbia contribuito non poco. Non è stata una raccolta stile "Telethon": le offerte "aggiusta coscienza" (per

noi) e "crea immagine" (per il produttore) dei vari Dash e affini. È stato un lavoro di sensibilizzazione, di chiamata alle nostre responsabilità personali nei confronti della morte per fame, è stato un lavoro di educazione alla mondialità, inteso come corresponsabilità di tutto ciò che accade su questa nostra terra. La risposta a questo appello, a questo metterci in discussione per restituire è stata davvero grande.

Mi sembra doveroso citare tutti coloro che hanno contribuito al raggiungimento del progetto, non per osannarli, ma perché i valori e le motivazioni che li hanno portati a darsi da fare, possano servire ad altri.

La prima ad attivarsi e a farci pervenire i fondi raccolti è stata la Parrocchia di S. Giuseppe di Cosenza, con la quale abbiamo fatto un incontro poco prima di Natale. Ed è stato in occasione di questa festività che la raccolta delle offerte domenicali è stata finalizzata al nostro progetto. In un periodo come quello natalizio, in cui lo sperpero e il consumismo raggiunge livelli particolarmente alti per regali, pranzi e cenoni, qualcuno ha scelto di vivere il vero significato del Natale: nel segno della fraternità. La stessa parrocchia si è poi di nuovo attivata nel periodo di Pasqua. In totale ha raggiunto la quota di £ 1.750.000. L'augurio che faccio loro è che il clima di solidarietà che è stato vissuto in questi due momenti dell'anno liturgico non siano solo dei momenti, ma che ogni giorno dell'anno sia vissuto nell'attenzione e nella disponibilità a chi vive in condizioni disumane.

L'Associazione "La Strada" di Lamezia Terme, gruppo che

opera nel campo nomadi, ci ha consegnato, a sostegno del progetto £ 1.690.000. frutto di una lotteria, finalizzata inizialmente al sostegno del loro gruppo, in forti difficoltà economiche. L'essere venuti a conoscenza di situazioni peggiori di quella che vivevano loro li ha mossi a dare tutto in ricavo per il nostro progetto, facendo propria una delle nostre ideeforza: "il povero aiuta il povero". Credo che un simile gesto non abbia bisogno di ulteriori commenti.

È stata poi la volta della FISBA-CISL regionale, che ha devoluto £ 4.600.000 (un fondo di solidarietà, attivato da anni dai dipendenti della provincia di Catanzaro).

A Petilia Policastro, piccolo paese molto caratteristico della provincia catanzarese, in seguito a due incontri fatti, uno in una scuola media e uno nella parrocchia, è stata raccolta la cifra di £ 1.930.000 (di cui 460.000 sono risparmi degli studenti della scuola media, risparmi fatti anche da rinunce personali, in segno di solidarietà e condivisione con chi di rinunce ne deve fare davvero troppe, e non per scelta, ma per costrizione).

Altre 700.000 lire sono state invece raccolte dalla Parrocchia S. Maria Ausiliatrice di Maida, durante il periodo di Quaresima, periodo normalmente di penitenza. Il questo caso il parroco ha chiesto (come da anni sta facendo) che la penitenza, il digiuno, non siano fini a se stessi e che il corrispettivo di queste rinunce sia finalizzato a chi, proprio per la sua incapacità a rinunciare a cose non essenziali e al nostro troppo consumo, soffre situazioni sempre più insostenibili.

Vivi concretamente
la solidarietà
Sottoscrivivi
i progetti

La raccolta è sconfinata anche fuori regione, infatti ho ricevuto un contributo di £ 400.000 da Loretta Cicognani di Forlì, rimasta entusiasta dalla nostra filosofia di intervento e dal nostro modo di operare. Nella lettera che mi ha scritto ho colto, in particolare, la condivisione della nostra scelta di usare gli occhi degli ultimi, anziché i nostri.

E ancora fuori regione, dalla lontana Lombardia, sono arrivati £ 4.000.000, in questo caso l'entusiasmo era di mio padre e di mio zio, che ringrazio al pari di tutti coloro che ho citato finora.

L'obiettivo è raggiunto, ma questo non ci deve far sentire arrivati, sia perché le richieste sono continue e cercheremo sempre di rispondere, ma soprattutto perché abbiamo fatto un piccolo passo di avvicinamento alla grande utopia di un'umanità intera che possa autosostenersi, ma per arrivare a questo la strada è ancora troppo lunga. Occorre scegliere, ognuno di noi, uno stile di vita essenziale, coscienti che la nostra abbondanza significa miseria per gli altri. Occorre cambiare le regole del gioco economico, che penalizzano sempre

i più poveri, perché i poveri che abbiamo intorno a noi sono generati dal modello di società a cui tutti, in un modo o nell'altro, aderiamo, sono il frutto del nostro egoismo e della nostra indifferenza. È ancora troppo forte la tendenza della nostra società ad andare avanti scartando chi non ce la fa; proprio nell'ultimo numero della rivista "Missione Oggi" leggevo: la nostra società è come un treno in corsa che per correre più veloce, getta dalle sue carrozze i pesi morti, i gruppi umani più deboli. Siamo in fondo figli di una cultura spontanea, quella cultura che imponeva di gettare i bambini troppo deboli. Che cosa ci differenzia da essa, con quale diritto condanniamo quella cultura, se ancora ci comportiamo secondo quella logica?

E allora deve essere nostro impegno prioritario farci carico delle situazioni di miseria del mondo e soprattutto accogliere chi si sente buttato via. Molto spesso il problema principale non è dare da mangiare o da vestire, il problema è incontrare la persona che si ha di fronte. Un grazie ancora a tutti coloro che hanno contribuito e a quelli che vorranno contribuire alla realizzazione del progetto.

Ti dico di me

*Vi pregherei di ascoltare il sussurro
che proviene da tutti coloro che sono passati
e stanno passando attraverso l'infezione di AIDS.*

*“Io non sono un virus, non sono un'infezione.
Non sono una toxoplasmosi o un sarcoma di Kaposi.
Neppure sono un omosessuale, un eterosessuale, un bisessuale,
un emofiliaco o un drogato.
Io sono molto di più
di quanto tu possa mettere in ognuno di questi contenitori.
Guarda molto più da vicino: vedi me!*

*Sono nato, impotente e pieno di promesse, un sole che sorge
all'inizio di un nuovo giorno,
un fagottino di futuro come ogni altro bambino.
Ho amato e ho giocato.
Ho lavorato e ho avuto successo.
Ho lottato e ho fallito.
Ho perso e ho pianto.
Sono crollato e ho sperato.*

*Guarda me e vedrai l'intero dramma umano,
rappresentato sotto il mio nome e nel mio modo personale,
così come viene sempre di nuovo rappresentato in ognuno.*

*Guarda più da vicino, vedrai me, e vedrai ognuno.
Guarda più da vicino, vedi me, e vedrai te stesso.*

*Suggerimento del Corso di formazione sull'AIDS svoltosi a Uibo Valenza
organizzato dal Min. Sanità, L.I.L.A. e Regione Calabria*



Proteggere gli altri è importante

Le infezioni che si trasmettono con il riutilizzo di siringhe contaminate

La trasmissione di malattie attraverso il riutilizzo di siringhe contaminate è un problema che riguarda soprattutto i tossicodipendenti.

Tuttavia, è importante che tutti abbiano le informazioni necessarie a mettersi al riparo anche dal rischio più remoto di infezione.

Diverse malattie infettive, infatti, si trasmettono attraverso il riutilizzo di siringhe contaminate. Prima fra tutte l'infezione da HIV (Virus da Immunodeficienza Umana) che dopo un lungo periodo di incubazione può determinare la comparsa dell'AIDS (Sindrome da Immunodeficienza acquisita).

Inoltre, altre pericolose infezioni virali si sono diffuse e continuano a diffondersi sempre tra i tossicodipendenti come le epatiti B e C e altre infezioni disseminate.

Come evitare il contagio

Per il tossicodipendente il modo più semplice e diretto per interrompere la trasmissione di queste malattie è di astenersi dall'uso endovenoso di sostanza stupefacenti.

Tutti possono adottare alcune semplici precauzioni che mettono al riparo anche dal più remoto rischio di contagio di una di queste malattie. Non dobbiamo dimenticare infatti che esistono anche le famiglie dei tossicodipendenti ed un buon numero di persone che, pur non facendo uso di droghe, condividono spazi ed attività.

Cosa fare:

Non riutilizzare mai una siringa.

Già questa è una precauzione sufficiente ad escludere il rischio di contagio.

Se hai bisogno di una siringa oggi puoi chiedere una siringa autobloccante.

Eviterai così di correre o di far correre rischi inutili.

Cosa sono e come funzionano le siringhe monouso autobloccanti

Le siringhe monouso autobloccanti sono una soluzione pratica ed estremamente efficace al problema della trasmissione di malattie per via endovenosa.

La siringa viene automaticamente bloccata alla fine dell'uso (quando il pistone ha spinto fuori tutta la soluzione) così da non essere più riutilizzabile da altri.

Questo dispositivo impedisce meccanicamente la riutilizzazione delle siringhe, riducendo drasticamente la possibilità di diffusione delle infezioni.

Alcuni modelli di siringhe autobloccanti hanno un ago retrattile. Ciò comporta l'indubbio vantaggio che una volta utilizzate esse non sono più in grado di pungere.

ALOGON

Periodico dell'Associazione

«Coordinamento Regionale Alogon»

Autorizzazione Tribunale Lamezia Terme

N. 77 del 5 marzo 1990

Redazione

C/o Comunità Progetto Sud - Via Conforti, cp aperta
88046 Lamezia Terme (CZ) Tel. 0968/23297

Direttore Responsabile

Giacomo Panizza

Gruppo Redazionale

Oreste Albanese

Giuseppe Belcastro

Nunzia Coppedè

Gabriella De Marco

Emma Leone

Vincenzo Linarello

Ezio Loiacono

Tommaso Marino

Giacomo Panizza

Mimmo Rocca

Fotocomposizione e Stampa

«Cooperativa dal margine»

Via Conforti - Lamezia Terme

Tel. con uso Fax 0968/26910

È consentita la riproduzione
degli articoli citando la fonte

Abbonamenti

Abbonamento annuale ordinario £ 20.000

Abbonamento annuale sostenitore £ 30.000

Abbonamento annuale Enti Pubblici £ 50.000

Abbonamento cumulativo con ALFAZETA £ 48.000

"ALOGON" è un periodico trimestrale

Per gli abbonamenti intestare a:

Coppedè Annunziata, Via Conforti, C/o Comunità Progetto Sud,

88046 Lamezia Terme, CZ

Conto Corrente Postale 14322887 - Specificare la causale del versamento.