

Intervento SPI-CGIL Roma 25/9/2024

Dr.ssa Monica Ghiretti

Sono arrivata a Trieste nel novembre del 2005 a lavorare sul programma Habitat – Microaree e immediatamente sono stata colpita dall'approccio aperto e in costante riflessione e costruzione che il Direttore Generale Franco Rotelli aveva impostato.

Le porte aperte, gli incontri continui di discussione sul senso di quello che si stava facendo e sulle scoperte che di mano in mano emergevano, spesso anche fuori orario di lavoro.

Il Programma Habitat-Microaree, è stato avviato proprio nel 2005 dall'Azienda Sanitaria Triestina in collaborazione con il Comune di Trieste e in seguito con il Comune di Muggia e con l'Azienda Territoriale per l'edilizia pubblica, in un'ottica di assoluta continuità con il percorso basagliano.

Si tratta di un progetto che si propone di affrontare le problematiche sociosanitarie della popolazione di alcuni quartieri particolarmente deprivati stimolando la partecipazione attiva di tutti i soggetti e cercando di trasformare contesti e istituzioni perché rispondano maggiormente ai bisogni delle persone.

E' un progetto di presa in carico complessiva di una popolazione determinata in diverse aree della città caratterizzate da una rilevante presenza di edilizia residenziale pubblica, elevata problematicità sociosanitaria, degrado ambientale, altissima percentuale di popolazione anziana, di persone in carico al Sert e ai Centri di salute mentale.

La dimensione micro (dai 400 ai 1500 abitanti) è stata scelta in quanto dimensione praticabile e raggiungibile, che permette di confrontarsi da vicino e in maniera dialettica con la realtà. Il progetto voleva essere una "lente di ingrandimento" per i servizi territoriali e ha potuto svilupparsi solo in un contesto come quello triestino in cui i Distretti erano realtà molto forti: strutture operative di governo diretto e prevalentemente pubblico di tutti i percorsi sociosanitari territoriali.

Chi ha immaginato il progetto non ha voluto definire, oltre a 10 obiettivi molto ampi ed ambiziosi, delle procedure per raggiungerli, in modo da lasciare a chi lavorava sul campo la possibilità di sperimentare e identificare le modalità migliori in relazione al territorio e alla sua popolazione.

E' stato individuato per ciascuna area un Referente considerato il 'tutore della salute' di tutti gli abitanti della microarea" ed inoltre il "collante dell'integrazione" fra i vari servizi e soggetti.

Per ciascuna area è stata aperta una sede il cui utilizzo è il più vario: nella microarea si cucina, si risponde al telefono, si riciclano vestiti, mobilio, si chiacchiera, si misura la pressione, si fa il caffè, ginnastica dolce, lavatrici, riunioni, doposcuola, accoglienza, fotografie, schede sanitarie, incontri, dibattiti, visite mediche...

Ora veniamo agli elementi di continuità del programma Microaree con l'approccio Basagliano e per farlo prendo spunto dalle analisi e riflessioni portate avanti in questi anni dalla prof.ssa Ota de Leonardis e dal suo gruppo e che sono egregiamente sintetizzate nella tesi di Laurea in Lavoro, cittadinanza sociale, interculturalità di Margherita Bono, cara amica purtroppo non più con noi.

Il primo elemento di continuità lo intitolerei così:

1. Dai luoghi di cura alla cura dei luoghi

Si tratta prima di tutto del modo in cui, all'interno del Programma Microaree, viene considerato il territorio rispetto alle finalità di cura e miglioramento del benessere delle persone: in microarea si interviene contemporaneamente sulle persone e sui loro contesti - anche fisici - di vita".

Questo intervenire insieme sulle persone e sui contesti si radica nell'esperienza della deistituzionalizzazione in campo psichiatrico, che è avvenuta a partire dalla consapevolezza della necessità di "lavorare alla costruzione sul territorio di un sistema di opportunità orientate all'inclusione sociale e allo sviluppo delle capacità delle persone sino allora istituzionalizzate".

Uno dei principi operativi con cui Rotelli sintetizza l'approccio basagliano è "l'enfasi sulle pratiche di vita quotidiana, su un *setting* allargato a famiglia, lavoro, casa, amici, quartiere, reddito, qualità della vita, come *setting* di lavoro 'terapeutico'" Le microaree fanno del territorio stesso - nelle sue dimensioni circoscritte – il nuovo *setting* dei servizi sociosanitari"

Solitamente i servizi trattano "casi", in setting che non danno spazio a niente che vada oltre la relazione duale e standardizzata "operatore-utente" e spesso, più che delle persone, tendono a occuparsi dei singoli problemi, delle singole malattie. Nelle microaree invece, come nell'approccio basagliano, il territorio è riconosciuto e trattato come il contesto di vita dei "casi" di cui i servizi si occupano, fonte di problemi ma anche e soprattutto di risorse. Le persone sono riconosciute così nella loro interezza e complessità, a differenza che nel "modello clinico che si basa sulla separazione della malattia dall'uomo malato e dall'ambiente in cui vive.

Questo però non vuol dire che nel territorio non possano esistere dinamiche manicomiali e l'esperienza delle microaree contiene in sé la volontà di contrastare questo tipo di dinamiche, che spesso finiscono per circoscrivere il lavoro territoriale negli ambulatori e nelle altre sedi istituzionali e che nel territorio creano separazione ed esclusione. Questo è il rischio che si corre nella costruzione delle "Case di comunità" introdotte dal DM77, che dovrebbero essere luoghi aperti, attraversati e vissuti dai cittadini, che stimolano l'aggregazione, la creazione di opportunità per il benessere comune e non semplici poliambulatori dislocati sul territorio, cosa quest'ultima, che temo stia avvenendo da più parti.

E' necessario il passaggio "dai luoghi di cura alla cura dei luoghi".

I singoli per stare bene hanno bisogno di un ambiente sociale che sia loro di supporto. Da questa prospettiva, che è in grado di rovesciare quella classica dei servizi sociali e sanitari, non si tratta tanto "di lavorare sulle persone perché si adattino a un contesto, ma di adattare viceversa il contesto alle persone, di trasformarlo, di arricchirlo di risorse sociali, legami e spazi di azione che supportino le persone e insieme ne valorizzino le capacità di scelta e azione".

E un'Azienda sanitaria DEVE occuparsi anche di questo e non solo di erogare prestazioni.

Il secondo elemento di continuità lo definirei come:

2. Le DIFFERENZE come fattore di crescita DEMOCRATICA

Il percorso di deistituzionalizzazione degli ospedali psichiatrici è riuscito a "portare alla visibilità pubblica" la follia, che prima era invece confinata nel manicomio, e la contraddizione che essa comporta. Rendere la follia socialmente sopportabile sia per il malato, sia per il suo ambiente, sia per la società nel complesso, significa riconoscere i diritti della persona folle, compreso quello ad essere curata, e costruire un contesto che sappia dare spazio alla sua soggettività, rispettando la sua diversità e valorizzando le sue capacità. Nel Programma Microaree questa eredità si riscontra nell'attenzione a costruire contesti inclusivi, "integranti, che possano reggere situazioni incoerenti, tensioni, conflitti; che sappiano contrastare le spinte alla disgregazione sociale".

Il terzo elemento potrebbe essere definito:

3. EMPOWERMENT come promozione di CAPACITA'

Nel manicomio, Basaglia dichiarava che "il malato" gli interessava più della "malattia". Però l'imperativo all'attivazione dei diretti interessati viene inteso e praticato in maniere molto diverse. Può

venire inteso nell'ottica dell'empowerment come responsabilizzazione, lasciando ai beneficiari l'onere di attivarsi come meglio possono e giudicando moralisticamente se sono meritevoli di supporto, oppure può venire inteso nell'ottica dell'empowerment come promozione delle capacità e delle soggettività dei diretti interessati.

Le Microaree assumono questa seconda ottica e quindi non danno per scontate le condizioni dell'attivazione delle persone, ma al contrario cercano di costruirle. Combinando e integrando le diverse risorse, i diversi servizi, i diversi soggetti, con finalità orientate alla giustizia sociale e al bene comune, si crea un "sistema di opportunità" per gli individui, in cui, con la loro partecipazione al progetto, crescono le loro capacità e possibilità di esprimersi.

La genialità, ma anche grande capacità manageriale, oggi tanto richiesta ai Direttori delle ASL, di Franco Rotelli sta nell'aver capito che guardando alle malattie di lunga durata si scopre facilmente che per assistere la persona per tutta la vita occorrono energie, forze, risorse, che non possono essere semplicemente quelle dei servizi deputati, non possono essere semplicemente quelle del servizio sanitario, né del servizio sociale. Ovviamente questa ricchezza di bisogni mette in campo e richiede una ricchezza di risposte che deve essere riarticolata attraverso il coinvolgimento di più soggetti possibile.

Come in tutto il percorso basagliano, c'è quindi un aspetto tecnico fondamentale nell'affermare l'approccio portato avanti, e che consiste nel fatto che la partecipazione è funzionale alle attività di cura.

In sanità, l'approccio e le cure sono profondamente specialistiche e concentrate sui singoli organi malati, ed è molto più difficile che in psichiatria, far capire ai tecnici e ai cittadini che gli aspetti contestuali, sociali, partecipativi, influenzano grandemente le possibilità di benessere delle persone.

Rotelli afferma che la sanità dovrebbe essere una "scuola di democrazia" e che "per essere efficace il servizio sanitario deve essere partecipato e partecipativo, deve essere proattivo e deve stimolare le risorse del territorio. Il coinvolgimento della gente però non si ottiene per decreto, lo si ottiene se ti misuri con le persone, se costruisci un rapporto orizzontale, se riesci a costruire un rapporto di fiducia, di collaborazione, paritario.

E questa è una responsabilità del sistema sanitario pubblico.

Il quarto e ultimo elemento di continuità sta nel concetto di:

4. DEISTITUZIONALIZZAZIONE

Si tratta di deistituzionalizzare l'organizzazione sanitaria, in qualche modo impedendo che regredisca ad una concezione puramente medicalizzata dei rapporti, dentro a una concezione ospedaliera e ospedalocentrica e comunque fondata su una filosofia dei percorsi diagnosticoterapeutici individualizzati, invece che su percorsi di intervento globale sui contesti di vita al di là degli specialismi, per quanto nel rispetto pieno di qualsiasi attività specialistica laddove necessaria.

Nelle microaree si ritrova, prima di tutto da parte dell'Azienda Sanitaria, questo tipo di tensione a mantenere il proprio approccio aperto alle persone e al contesto, senza escluderne nessun aspetto che abbia a che fare con lo star bene o lo star male delle persone. Così, di fronte ai bisogni delle persone, si cerca di non rispondere mai "non è compito mio", come invece i servizi che offrono prestazioni definite e spesso standardizzate fanno ogni volta che la richiesta della persona non corrisponde alla prestazione fornita. Si cerca di essere aperti a tutto, che non significa fare tutto da soli ma collaborare e farsi da tramite con tutti i servizi competenti e con le risorse di mano in mano trovate e stimolate sul territorio.

Emerge inoltre con forza l'importanza del coinvolgimento affettivo del referente di Microarea con le persone con cui lavora. Non avendo muri dietro a cui proteggersi e dietro ai quali poter dire "non è compito mio", ed essendo con continuità a contatto con le persone di cui si occupa, chi lavora nella

microarea è portato a mettersi in gioco anche affettivamente con le persone, aspetto che influisce in maniera fondamentale sulle possibilità di cambiamento per i singoli e per la loro situazione.

Già solo la presenza nel rione di soggetti istituzionali pubblici con questo atteggiamento aperto genera qualcosa, genera nella popolazione un senso di maggiore fiducia verso le istituzioni, ma anche di maggiore sicurezza nei rapporti con i vicini.

Cosa ha significato per me lavorare in Microarea come operatrice della sanità pubblica e concludo

Se qualcuno passeggiava per Ponziana con me si accorgeva subito di come era difficile non fermarsi ad ogni passo, chiamati dalle porte, dalle finestre e fermati in mezzo alla strada. Se si chiedeva chi è Monica ci si stupiva delle risposte: la volontaria, la dottoressa, l'assistente sociale, l'infermiera...

E questo è indicativo di cosa significa lavorare in Microarea: significa non nascondersi dietro il proprio ruolo professionale ma mettersi a disposizione per capire i problemi delle persone a 360°; significa accogliere ogni tipo di problema, prenderlo sul serio e cercare di accompagnare la persona nell'affrontarlo, trovando le soluzioni possibili insieme ai servizi competenti.

Significa lavorare tutti i giorni in un contatto costante e continuo con i servizi del Distretto, con i medici di medicina generale, con il CSM, il Sert, l'Alcologia, con gli Assistenti sociali della zona, l'ATER, i portieri sociali.

Significa stare nel rione ogni giorno per anni. Conoscere le persone, i loro vicini di casa, i loro amici...

Significa garantire una continuità di presenza forte: i servizi entrano nella vita delle persone in un periodo di bisogno particolare, ad esempio per curare una lesione da decubito, per poi uscire una volta sistemata; la Microarea c'è prima, durante e dopo in una continuità di presenza che la rende un costante punto di riferimento.

Lavorare in Microarea significa incontrare tante storie, come

1) la signora la cui vicina di casa ci avverte che non esce da due anni. E' preoccupata. Proviamo varie volte a chiamare e a passare per incontrarla, ma la signora dice di stare bene e di non aver bisogno di nulla. Non demordiamo e dopo un po' finalmente ci fa entrare. Troviamo una signora anziana che vive sola sempre seduta su una seggiola. Lì mangia e fa i suoi bisogni. E' avvolta per metà nel celophane della doccia e ha una gamba che sta andando in cancrena...

2) oppure il signore che conosciamo in carcere e che per poter usufruire degli arresti domiciliari ha bisogno di un programma serrato con i servizi. Dopo esserci interrogati sulle sue capacità scopriamo che è bravo a cucinare. E' diventato il cuoco della Microarea, una grande risorsa per il rione...

3) oppure ancora la ragazza tossicodipendente con la quale si porta avanti un programma insieme ai servizi competenti. E quando si conosce una signora anziana che le abita vicino e che tanto avrebbe bisogno di qualcuno che la aiuti ci si impegna per mettere insieme i bisogni delle due e trasformare la ragazza in badante di quartiere...

4) ma anche il signore, arrivato in Microarea con una borsa lavoro del Comune per problemi economici, che è diventato poi una delle colonne portanti di Ponziana e che ha continuato per anni, come volontario, ad occuparsi di tutti, nonostante i suoi mille problemi di salute...

Una volta mi hanno chiesto di descrivere la sede della Microarea a partire da un oggetto: ho scelto le CHIAVI!

Perché anche la sede della Microarea è vissuta da tante persone e da tante attività che si mandano avanti grazie all'impegno dei molti abitanti che hanno voglia di mettersi a disposizione in prima persona per rendere migliore il proprio quartiere e per stare insieme in modo diverso, facendo delle cose e preoccupandosi delle persone che gli abitano vicino:

C'erano 4 pranzi a settimana, il doposcuola, il corso di ballo, il corso di rilassamento, la distribuzione della verdura, il gruppo degli alcolisti anonimi, si giocava a carte, a tombola, ma c'era anche un punto di biblioteca diffusa gestito da un abitante e il punto salute gestito dagli infermieri del Distretto...

E le CHIAVI le avevano in tanti...