



Per una rete mondiale di salute comunitaria
INCONTRO INTERNAZIONALE
Trieste 9-13 febbraio 2010

Introduzione

Le condizioni di disegualianza sociale paiono aumentare ogni giorno, così come l'incertezza, da tutti riconosciuta, in qualsiasi campo e in ordine a qualsiasi valore. Queste condizioni tendono ad appiattire e ridurre l'interesse e lo spazio per una discussione critica sulla questione dei rapporti tra persone e tra persone e istituzioni.

Si attraversano anni difficili per i processi di cambiamento istituzionale e la crescita dei diritti, ma si avverte da più parti l'esigenza di rilanciare un dibattito culturale e di creare una piattaforma comune che permetta di sentirsi meno soli e di ricreare le condizioni di un fare insieme.

Il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria n°1 Triestina organizza un'opportunità di incontro, scambio e confronto per la nascita di una Rete mondiale di salute comunitaria che abbia origine dall'impegno per l'innovazione e la trasformazione dei servizi e delle istituzioni, per l'eguaglianza e il riconoscimento dei diritti nei processi di salute.

Un cambio paradigmatico, tra diritti e istituzioni

In un'era segnata dallo stridere dei paradigmi in psichiatria e medicina, dalla coesistenza di visioni scientifiche e umane a volte polarizzate e confliggenti, o frammentate in mondi specialistici, le prorompenti contraddizioni che si evidenziano aprono tuttavia ad un possibile cambio paradigmatico.

Da un lato persiste, e talora si rafforza, una visione neo-positivista e riduzionista della "malattia" come mero fatto biologico, dall'altro avanzano i saperi sviluppatasi nei percorsi di deistituzionalizzazione intorno al riconoscimento dei soggetti nella complessità dell'esistenza-sofferenza, e quindi costruiti sui bisogni soggettivi di *recovery* e di inclusione sociale. Pochi appaiono al momento attuale i tentativi di trovare connessioni e interazioni tra questi mondi nella cornice di quella complessità che comunque si pone nella sua problematicità. Ciò non accade di norma né a livello di ricerca e di sintesi teorica, né di pratiche e di risposte concrete ai soggetti stessi, sebbene non manchino visioni epistemologiche innovative, dalla storicità del biologico nelle sue connessioni con i contesti e le esperienze, alla concezione del vivente come sistema complesso, ai modelli integrati bio-psico-sociali della vulnerabilità e del disturbo.

Che cos'è allora oggi "salute mentale"? E' possibile definirla nel suo senso per le persone e per i sistemi di cura, marcandone la distanza da una psichiatria riduzionista? Si può vivere la condizione di sofferenza e avere opportunità per percorsi di guarigione e di emancipazione nella debolezza o addirittura nell'assenza dei diritti?

Il tema dei diritti umani globali – alla salute, alla cittadinanza e alla libera espressione – si pone, ancora e sempre, all'interno del rapporto con saperi specifici che, direttamente o indirettamente, legittimano o inficiano l'esigibilità del diritto. Saperi egemoni, come quelli della medicina e della psichiatria, coniugati a volte a ideologie dell'esclusione, perpetrano ancora crimini di pace nelle istituzioni, totali e non solo.

In Italia, dopo la chiusura dei manicomi e in particolare nell'ultimo decennio, sono state svelate le nuove forme di danno e di abbandono che si riproducono nei servizi territoriali, ma tanto più nei servizi ospedalieri, nelle cliniche private, nelle residenze-cronicario, riproponendo, sia pure in modi differenti, la disumanizzazione perpetrata dalla psichiatria asilare.

Più in generale nel mondo, nel processo di deospedalizzazione dell'assistenza psichiatrica verificatosi su scala globale, solo parzialmente si è spostato l'asse dalla custodia-controllo alla cura, dall'ospedale al territorio, dalle istituzioni ai servizi, dalla malattia alla persona. Si sono invece moltiplicate altre istituzioni della reclusione a statuto speciale, in una logica di controllo dei comportamenti secondo appositi contenitori, psichiatrico-forensi o in qualche modo speciali, oppure semplicemente carcerari, a cui la psichiatria prova ancora a garantire una giustificazione tecnico-scientifica. La vecchia nozione di pericolosità si aggiorna in quella di rischio e come tale ricompare anche nelle nuove psichiatrie sociali o comunitarie intese in senso neo-clinico, senza che cambi davvero la concezione della malattia.

Tuttavia va rilevato che, pur nella persistenza di forme di reclusione istituzionale, di violenza, abbandono e negazione dei diritti – che in manicomi vecchi e nuovi continuano a venire perpetrate con la falsa coscienza di chi non vuole vederle o le ignora –, si sono verificati grandi progressi e parole d'ordine ormai diventate egemoni testimoniano di un'evoluzione positiva.

Si è ormai consapevoli che non basta attuare leggi e riforme dei servizi, ma occorre mobilitare le risorse delle comunità e degli individui e adoperarsi affinché queste di ritorno cambino i servizi stessi.

Radicata nelle esperienze di utenti e operatori della salute mentale di comunità, la nozione di vita globale/integrità della vita, nel suo nesso con i progetti individuali di salute e di ripresa (*recovery*), è diventata pietra miliare e di paragone dei programmi e dei sistemi di cura.

'Integrazione' è assunta consapevolmente come parola chiave per descrivere il continuum delle cure e dei sistemi di supporto; ma non solo, è anche inclusione delle soggettività dentro le relazioni e nella dimensione politica più ampia, è integrazione di interventi sociali nell'alveo del sanitario, è riconoscimento dei determinanti sociali della malattia e dei percorsi di salute nell'interesse della vita. Ciò deve accadere all'interno del campo della salute mentale ma non solo, dal momento che "non c'è salute senza salute mentale".

Le pratiche di salute possono essere lette sul versante delle politiche e dei sistemi sanitari e/o su quello dei soggetti vulnerabili. Gli utenti psichiatrici trovano talora alleanze in quelle fasce di soggetti a rischio di esclusione sociale, portatori di disabilità e di malattie di lunga durata, che non accedono adeguatamente non solo a una piena cittadinanza, ai sistemi di cura e di welfare, ma neppure ai più elementari diritti umani.

In alcune esperienze, l'enfasi sulla salute generale e lo sforzo per lo sviluppo di idonei servizi territoriali per la salute e la medicina di comunità (in Italia i distretti), nell'ambito di una strategia per l'ampliamento della fruizione dei diritti sociali e di cittadinanza, viene vista come possibilità di generalizzare le istanze che emergono dal campo della salute mentale.

Peraltro, l'omologazione della malattia mentale alla disabilità sul piano delle garanzie assistenziali pone interrogativi e rischi di invalidazione che possono rendere ancora più ardui i percorsi di ripresa/*recovery*; allo stesso modo lo sciogliersi della salute mentale nella salute in generale risulta possibile solo se cambia anche il paradigma della medicina e se aumenta il potere contrattuale della persona con disturbo mentale e del suo contesto socio-familiare.

Sistemi globali di salute mentale comunitaria

Molte domande si pongono nell'orizzonte di un cambio paradigmatico, tra il pieno diritto e le vecchie istituzioni.

Vorremmo discuterle a partire dai protagonisti di alcune esperienze esemplari di trasformazione complessiva delle pratiche e delle politiche in salute mentale, ma non solo. Ci riferiamo a esperienze che hanno tentato di costruire sistemi integrati, coerenti, di servizi nella comunità/territorio, sviluppando una strategia che tenda a rispondere ai bisogni di una determinata popolazione e area territoriale, nei paesi a più alto reddito come anche in quelli in via di sviluppo. Qui, se enorme resta il gap di accesso alle cure e ai trattamenti, pure enormi sono le risorse umane e sociali mobilizzabili, come è di fatto accaduto in molte esperienze-pilota.

Dati i principi enunciati dalle grandi organizzazioni internazionali sul tema salute – Alma Ata, Ottawa, Helsinki e quant'altro – in che senso allora riteniamo che un'esperienza locale, regionale, statale o nazionale, sia stata in grado di sviluppare una policy tale da soddisfare tali principi?

Nelle realtà locali, a partire dalla salute mentale, in che misura è stato possibile creare un livello di integrazione e di collaborazione intersettoriale tra i servizi, e tra essi e determinate ONG, in modo da assicurare un impatto / un approccio di sistema alla salute della comunità? Quali ne sono gli elementi-chiave?

In che modo un approccio di sistema alla salute non è soltanto inteso come sistema di servizi? Quali ne sono le forze, le energie interne e le componenti?

E' possibile creare un sistema globale di salute per un determinato territorio, tale da rispondere ai bisogni di salute e realizzazione personale degli individui seguiti dai servizi e di promuovere salute nella popolazione generale / nella comunità? E come?

In che modo le risorse umane, economiche, sociali e culturali di una comunità vengono attivate e mobilizzate e coordinate operativamente? Esistono dei meccanismi che garantiscono la sostenibilità economica di tali scelte, specie nei paesi a più basso reddito?

Esperienze e innovazioni

Nel tentare di rispondere a queste domande, riteniamo indispensabile che vengano analizzate le principali tensioni e contraddizioni del campo della salute che oggi da esse discendono e che si pongono ormai a livello planetario.

Le polarità, tra le quali le politiche e le pratiche si collocano producendo tali contraddizioni, ci pare possano essere individuate come:

- la centralità strategica della governance politico-sanitaria da una lato e la centralità dei cittadini dall'altro, il professionalismo da una parte e l'inclusione di tutti i principali stakeholders;
- i servizi clinicizzati, specialistici, centralizzati, ospedalocentrici, istituzionalizzati, fondati su prestazioni separate e rivolte a specifiche patologie da un lato, e dall'altro i servizi integrati, comprensivi, decentralizzati, di piccola scala e a bassa soglia, legati ai contesti di vita sociale e alla comunità locale;
- il sistema di finanziamento a prestazione, a DRG, e quello a budget individuale e integrato, in una prospettiva di bilanciamento della spesa tra ospedale e comunità, tra sanitario e sociale, (tra sanità e previdenza in Italia);

- la scarsità delle risorse istituzionali e l'enormità delle energie potenziali per la salute presenti nelle comunità, se i servizi si dimostrano capaci di catalizzarle e attivarle.

Discendono da ciò altri interrogativi:

- il sistema di salute mentale è separato o integrato nei servizi sanitari? E' organizzato in luoghi / sedi specifiche di servizi o è offerto nella comunità?
- i servizi sono generalisti o specialistici (funzionali, per team che rispondono a popolazioni target)?
- come viene risolta la tensione tra territorialità e specializzazione? Tra domiciliarità e strutture? Tra contesti e soggetti da un lato, e professionalismo e tecnici dall'altro?
- esistono luoghi di accoglienza dell'acuzie e della crisi al di fuori degli ospedali?
- le iniziative "user-led", gli utenti dei servizi come protagonisti, le componenti del terzo e quarto settore (ci riferiamo ai servizi locali di welfare, alle ONG quali associazioni, cooperative sociali, imprese no-profit, etc.) risultano essere partner effettivi, co-decisori o co-gestori del sistema-salute in un'ottica di democrazia partecipativa?

Di fatto, pur nella crescente medicalizzazione della vita e nella moltiplicazione delle diagnosi e delle rispettive terapie, a fronte di una costante perdita di senso della sofferenza degli individui, una serie di esperienze ha dimostrato possibile mettere in atto servizi e sistemi di salute centrati sulla persona e orientati alla ripresa/recovery.

In che misura sono dimostrabili evidenze scientifiche a proposito? Ci riferiamo certamente a ricerche quantitative, epidemiologiche e anche qualitative, fondate sulle esperienze dei soggetti, a sostegno della dimostrazione di efficacia delle pratiche di salute di comunità e di specifiche modalità di intervento.

Tuttavia, appare non più eludibile interrogarsi su cosa significa evidenza e su cosa vuol dire produrre evidenze. E' qui necessario riflettere criticamente sull'*evidence based medicine*, non ignorando le tendenze alla eccessiva medicalizzazione, la questione della tecnocrazia, la partecipazione della scienza e della medicina a blocchi politico-affaristici, la politica sanitaria legata a indicatori di performance, il coinvolgimento dei saperi esperti nelle scelte e nelle tecnologie di governo. Ci chiediamo concretamente se venga accolta la voce degli interessati dentro una pluralità di voci, se vi è una costruzione di conoscenza pubblica, se vengono elaborati e valorizzati veri indicatori "di salute".

Crisi e sviluppo umano

Il particolare contesto storico-sociale attuale, caratterizzato dalla crisi economica e sociale in atto, spinge peraltro a ridefinire standard e obiettivi macroeconomici e di coesione sociale. La crisi interroga sulla sicurezza individuale e collettiva, sugli stili di vita, sui valori e sulle possibilità di sopravvivenza. La questione generale della società del rischio sembra oggi assorbire e ridefinire la questione psichiatrica, ricollocando il paradigma della pericolosità dentro la questione del rapporto globale con la "diversità" vista come minaccia e non già come sfida all'integrazione.

Le crisi individuali dentro la crisi globale contengono o possibilità di soluzioni nuove o di ricaduta nell'espulsione istituzionale, nell'anomia e nella deriva sociale, nella perdita dei più elementari diritti, perfino della proprietà del corpo. Si parla di "cittadinanza medica" riservata, nel mondo ricco, a coloro che accedono alle cure a scapito di coloro (come i venditori di organi dei paesi poveri) che soggiacciono a traffici in cui il corpo è l'ultima merce. Non a caso si pesca nel bacino dei grandi manicomi, degli esseri senza diritti e a volte senza nome. Così come il traffico di persone, ancora una volta corpi espropriati, pone la domanda sulle nuove forme di schiavitù.

La crisi globale pone allora la necessità di un diverso modello di sviluppo sia nei paesi a capitalismo avanzato che in quelli a medio e basso reddito. Esemplarmente, occorre interrogarsi sulle possibilità per rispondere ai bisogni nelle emergenze dei disastri naturali e

dei conflitti umani, sociali e politici; più in generale, sulle forme dell'economia sociale in rapporto alla salute e all'inclusione.

Nel campo specifico dei servizi sociosanitari, la questione delle risorse si pone in maniera altrettanto drammatica. Come intercettare le risorse sprecate, a volte sottratte legalmente o semplicemente inutilizzate, a favore di risposte essenziali garantite per tutti nel campo dell'assistenza e nelle politiche di inclusione sociale, che siano tese a ridurre le condizioni di disuguaglianza che emergono in maniera sempre più drammatica, rispettando e valorizzando le differenze di genere, di etnia, di religione?

Come mettere a disposizione le risorse umane e professionali esistenti nei servizi sanitari territoriali e ospedalieri e nei servizi locali di welfare, connettendole e rendendole sinergiche pure con le risorse delle persone e dei microcontesti?

Come ragionare sui luoghi della cura, e su un habitat sociale che riutilizzi le risorse devastate delle nostre società, a partire dai patrimoni delle grandi istituzioni, persino dai giardini dei manicomi?

Quale può essere il ruolo dell'Impresa sociale in tal senso?

Come recuperare la dimensione etica e politica nel lavoro di salute, contrastando i "crimini di pace" nei confronti di uomini e donne, giovani, adulti, anziani, bambini, sperimentando e valorizzando pratiche innovative a favore dei soggetti e della comunità?

Come mettere in linea progettualità e pratiche che nascono nelle crisi individuali e collettive (disastri economici, "naturali" e guerre) e nel quotidiano delle nostre comunità?

Verso la rete mondiale

Reti di innovatori, esperienze regionali, singoli individui che operano spesso in condizioni proibitive, pionieri o avanguardie isolate, sconosciute o riconosciute, organizzazioni nazionali e internazionali che mettono insieme tutti gli stakeholders in campo, possono allora forse, senza perdere identità, specificità e storia, confrontarsi, convergere, e scrivere assieme una carta d'intenti e di azioni.

Essa può avere l'ambizione di rendere visibili le possibilità esistenti oggi per l'uscita dalla crisi, per la ripresa e la partecipazione sociale e civile di tutti a una salute mentale non "di comunità" ma "della comunità"; di fornire reciproco sostegno, conoscenze, occasioni di scambio e confronto; di costruire le condizioni perché siano generalizzabili cambiamenti dimostratisi possibili e "evidenti" nella loro pratica attuazione, descrivibili nei loro elementi chiave, comunicabili non solo nella comunità scientifica e nei mondi disciplinari, ma anche a un livello sociale più allargato, sia locale che globale.