2005

Nel 2005 si mette a punto il programma denominato *Microaree*. Si trata dello sviluppo del progetto "Habitat, salute e sviluppo di comunità".

Il progetto Microaree si redifinisce come progetto di presa in carico complessiva di una popolazione determinata di circa 800/1000 persone in ciascuna situazione. Le aree coinvolte sono: Città Vecchia, Ponziana, Vaticano, Valmaura, Gretta, Zindis, via Grego, San Giovanni. Si cerca di realizzare ivi quanto previsto dai principali documenti internazionali inerenti adeguate politiche sanitarie e socio-sanitarie; documenti che fissano obiettivi di salute e strategia tanto condivisibili quanto irrealizzate. Qui, quanto meno su piccole aree pilota, si cerca di costruire un banco di lavoro dove si apprenda a rendere veri quegli obiettivi e a imparare "come si fa".

L'intervento può essere definito come locale, plurale, globale.
Locale in quanto ci si prefigge di incidire su un'area molto limitata di un quartiere, plurale in quanto ci si prefigge di movimentare tutte le istituzioni e i servizi di ciascuna istituzione in modo coordinato, globale in quanto ci si prefigge di prendere globalmente in carico la salute di tutti i cittadini di quella area. Si scriveva: "La pluralità. Per la sanità vale l'ottica 'prestazionale' e troppo spesso monodisciplinare, di 'medicina d'attesa', di quantificazione delle prestazioni specialistiche a sè stanti. Prendiamo il caso del diabete, sappiamo tutti, da tempo, che non si può curare adeguatamente se non si affrontano in modo multidimensionale le variabili che incidono su di esso, così pure lo scompenso cardiaco e numerose altre patologie. Lo sappiamo, però quasi mai l'organizzazione istituzionale, gli apparati, i protocolli, il modus operandi, ecc. sono orientati nel senso di questa complessità d'azione, mentre nella pratica delle aziende sanitarie una pluralità sinergica degli attori in gioco per affrontare determinate patologie è ancora un obiettivo da raggiungere. L'azione è plurale perchè chiama a raccolta i soggetti attivi nel territorio (associazioni di volontariato, cooperative sociali, privato non profit e privato profit, parrocchie, enti, patronali, sindacati, oltre al servizio sociale del Comune di Trieste e appunto tutte le parti dell'Azienda sanitaria)". "Globalità dell'intervento significa poi ragionare sui determinanti della salute, sulla vita complessiva, sui soggetti e sulle progettualità degli individui, anche quale strumento di riabilitazione, nonchè sui contesti abitativi che determinano la qualità del vivere. Questa globalità è ancora molto lontana dalle pratiche oggi realizzate e diffuse: siamo, pertanto impegnati a moltiplicare questo tipo di azioni. Occorrono leggi, percorsi amministrativi, trasformazioni istituzionali che ci aiutino, ma nel contempo anche una grande trasformazione culturale, nel campo della medicina in primis, ma anche nel campo del sociale. Perchè anche molte prestazioni sociali, troppo spesso, danno un risposta monotematica a un problema visto come monotematico." Si tratta poi, gradualmente di essere in grado di aiutare una comunità come tale, come un insieme, conosciuto e sostenuto. In ogni Microarea un professionista referente e una piccola sede saranno punto focale per mappare il territorio con i suoi bisogni e risorse, coinvolgendo servizi, cittadini singoli e associati. Ovviamente i comuni e gli altri enti territoriali diventano partner indispensabili del progetto. Qualche anno più tardi Giovanna Gallio pubblicherà 15 piccoli libri che raccolgono storie e racconti di malattie dentro un progetto di ricerca e comunicazione sulla "medicina di comunità". Ricostruendo la storia dei singoli casi, stabilendo confronti tra il linguaggio delle

procedure sanitarie e la complessità delle pratiche, vengono evidenziati aspetti specifici cge differenziano la “medicina di comunità” da quella ospedaliera. Nel libretto numero 3 il medico dice: “Non posso fare a meno di domandarmi come sia possibile, quando si lavora in ambito sanitario, non chiedersi quali sono le circostanze in cui insorge una malattia, tanto più se il contesto di vita in cui ti imbatti è simile a quello che ho provato a descrivere. Quando sei un medico o un infermiere, ed entrando nella casa di qualcuno ne constati la povertà, la miseria, la fragilità, la rabbia, il dolore, la solitidune, l’incapacità o l’impossibilità di affrontare i problemi e gestire la propria malattia; e quando poi ti accorgi che construendo un tessuto di risorse minime (di reddito minimo, di relazione minime) il problema dell’insuline verrà gestito da chi sembra incapace di aver cura di sè, così come lo è da coloro che sono cognitivamente ed economicamente più provvisti; considerando tutti questi aspetti, come fai a non pensare che la distanza che c’è, fra la terapia scritta sul foglio d’ospedale e la possibilità che venga applicata, non stia prima di tutto nella persona che hai di fronte: il suo grado de istruzione, il luogo dove abita, il reddito di cui gode, le relazioni che è in grado di avere con gli altri e con se stesso. Come fai a non domandarti una cosa del genero? Come nel caso di Walt, quello di cui parlo si celebra ripetutamente ogni giorno, in tanti luoghi e in tanti modi, anche in fasce di reddito più alte, in quartieri tutt’altro che periferici, proprio al centro della città, dove si suppone che abitino persone più dotate di mezzi per badare a se stesse.” E ancora un altro medico: “Il lavoro che si svolge nella Microarea non può essere solo socio assistenziale o solo sanitario, ed è questa l’intervenzione originale: creare un conglomerato in cui tutte le dimensioni dell’intervento (mediche, psicologico, sociali, culturali, educative) non restano dissociate come una sommatoria di funzioni, ma danno luogo a una realtà altra, d’incontro e messa in relazione di tanti soggeti ciascuno dei quali diventa protagonista del proprio percorso di salute. Può capitare che, a seconda dell’ambiente o delle circonstanze in cui il lavoro di microarea si svolge, qualcuna di queste dimensioni diventi dominante sull’altra: perciò bisogna periodicamente resettare, sorvegliare, esserci e discutire per dare equilibrio.” “La medicina ospedaliera è abissalmente diversa da quella territoriale: le situazioni che segui dal punto di vista clinico, quando lavori in un riparto, sono decontestualizzate, ignori quasi tutto della vita delle persone e del loro ambiente. Così come medico sei lì, in uno spazio che esclude a priori qualsiasi interferenza esterna, quindi è inevitabile utilizzare le poche informazioni che hai a disposizione, e che riguardano sempre e solo la parte malata, non la persona nella sua interezza. Il tuo obiettivo è far stare bene il paziente nel tempo più breve possibile: aiutarlo a migliorare, a ridurre il dolore fisico, e a volte il suo smarrimento di trovarsi in ospedale.” “Per risolvere l’urgenza hai poche ore a disposizione, e devi partire dal punto zero per arrivare in poco tempo al punto uno. Da lì comincia tutto il percorso, ma subito dopo la persona scompare dalla tua vista, non lincontri più, né sai più niente di cosa le accadrà in seguito. Lavorando nel territorio la prospettiva cambia radicalmente: c’è un punto di accoglienza della domanda, e da quel momento in poi il rapporto del ‘ricamare’: l’idea di dover tornare ripetutamente sugli stessi problemi per tarare ogni volta le situazioni, man mano che cambiano ed evolvono in una direzione piuttosto che un’altra.” “Il ricovero dovrebbe essere un semplice passaggio, una tappa breve; in realtà spesso crea una rottura tra un prima e un dopo, lasciando sulle persone, specie di una certa età, i segni del trauma che subiscono.”

FRANCO ROTELLI, 2005.