“Letture basagliane. Ciclo di letture critiche”- L’istituzione inventata/Almanacco Trieste

Lic. Mariana Casal, Sergio Arleo e Takuya Sakai

10 dicembre 2018

Incontro di scambio: "Letture basagliane. Ciclo di letture critiche"

L’istituzione inventata/Almanacco Trieste 1971-2010

Introduzione:

Oggi siamo qui per continuare con questo spazio che nasce dall'idea di mettere in relazione alcuni testi con le pratiche attuali, oltre a ripensare queste pratiche alla luce di queste letture. Questo spazio non sarebbe possibile senza la presenza delle persone che ne stanno prendendo parte e senza la relazione che si sta instaurando tra di esse. In qualche modo, la presenza e le relazioni interpersonali fanno parte del tema che ci riunisce oggi. Sebbene nel tempo in cui siamo stati a Trieste ognuno di noi abbia vissuto esperienze diverse, ci siamo trovati a svolgere attività all'interno dello stesso territorio, come attori diversi all'interno della stessa comunità. In questa comunità è inserita una delle tante microaree della città e, direttamente o indirettamente, abbiamo svolto qualche tipo di attività. È per questo motivo che abbiamo deciso oggi di discutere il tema della microarea. L'obiettivo non è fare una valutazione sulla strategia della microarea, perché consideriamo che non abbiamo l'esperienza, gli elementi, ma soprattutto l'intenzione, di svolgere questo compito. L'obiettivo è piuttosto condividere il nostro percorso e leggerlo in modo critico, in base alle caratteristiche della strategia microarea, al ruolo che questa ha avuto, ai suoi aspetti facilitanti e anche ai suoi limiti.
Durante gli ultimi incontri che abbiamo fatto, nonostante i diversi temi e contesti, è ritornata insistentemente la seguente domanda "come fare quando mancano le risorse?". Domanda valida, e ad un certo punto logica, ma che in questa occasione cercheremo di avvicinare da una prospettiva diversa, ovvero ¿come possono essere attivate le diverse risorse della comunità? Riteniamo che il progetto microarea sia un modo, non esclusivo o esaustivo, di prendere in considerazione questa domanda. Per affrontare questo problema faremo riferimento a due brevi interventi del dott. Franco Rotelli, tratti dal secondo numero della Cittá sociale.

Situazione globale della salute:

Il panorama generale della salute nel mondo è attraversato da serie difficoltà.
La salute mentale non è un'eccezione. Le cause di questo fenomeno sono multiple. Tra di esse, una che crediamo sia rilevante far emergere è quella che dice che "la costruzione

sociale dei problemi di salute sta essendo rimpiazzata per la costruzione corporativa della malattia" (Moynihan, 2002).

L'incidenza delle corporazioni nella programmazione delle politiche di salute è cresciuta molto dalla fine del secolo scorso e questo fenomeno continua fino al giorno d'oggi. Questa incidenza ha effetti a diversi livelli, sia nella gestione di politiche generali, che nell'investimento dei capitali economici, nei sapere che si producono sulla malattia, e nell'azionare dei tecnici sulle pratiche concrete. Facciamo menzione di questo perché concordiamo con Alicia Stolkiner quando ha affermatto che "l'antagonismo centrale della nostra epoca tra oggettivazione e soggettivizzazione, appare nelle pratiche in salute in maniera singolare, attraverso il processo di medicalizzazione o biomedicalizzazione" (Stolkiner, 2012). Questo processo non si riduce all'amministrazione del farmaco, o all'abbordaggio che si ha sulla salute-malattia, ma, secondo Paulo Amarante, "crea realtà di malattie, trattamenti, pratiche istituzionali, sociali, culturali e politiche" (Amarante, 2010). Si tratterebbe quindi non solo della riduzione dei processi di salute ad un'unica dimensione, ma anche della strutturazione dei modi politici ed istituzionali delle pratiche di salute, sempre in detrimento della costruzione sociale della stessa.
Le pratiche di medicalizzazione operano da un posizione egemonica. All'interno delle diverse modalità che possiede, una che è centrale è l'egemonia discorsiva, intesa come "insieme complesso delle diverse norme e imposizioni che operano contro l'aleatorio, il centrifugo e il marginale, indicano i soggetti accettabili e, indissociabilmente, i modi tollerabili di trattarli e istituire la gerarchia delle legittimità "(Marc Angenot, 2010). Quando le persone sostengono di sentirsi tristi e angosciate in certe situazioni della vita, e questo viene letto come depressione, siamo in presenza di questa operazione. L'egemonia discorsiva non prende in considerazione i diversi contesti di vita. E per questo non è necessario essere dentro un servizio di un ospedale, o in un ambulatorio privato, può succedere nel più breve e quotidiano scambio di parole con persone che accompagnamo in un momento di sofferenza, e di fronte a questo dobbiamo essere attenti.
Ma l'egemonia non riguarda il dominio assoluto e statico, ma si sviluppa in un campo dinamico, "un'arena di conflitto dove ci sono attori che mettono altre voci e, quindi, altre forme di nomina e produzione di significato, altre pratiche". (Stolkiner, 2013). A questo punto, crediamo sia necessario "restituire" la parola, le decisioni e le azioni alla comunità, per combattere questa egemonia. La microarea come strategia è un modo per affrontare questa situazione, in quanto stimola e richiede per il suo funzionamento la deistituzionalizzazione di ciascuna delle istituzioni che agiscono sul territorio.

· Microarea:

Sembra pertinente a questo punto, e considerando la varietà delle persone che ci ascoltano oggi, definire la strategia della Microarea: “Il progetto Microaree si redifinisce come progetto di presa in carico complessiva di una popolazione determinata di circa 800/1000 persone in ciascuna situazione”, ed in questa strategia, “l’intervento puó essere definito come locale, plurale, globale” (Rotelli, 2005). Locale perchè si tratta di un'area ben delimitata di un quartiere. Plurale, perché si trovano differenti istituzioni che agiscono in maniera coordinata. Globale, perché la salute di una popolazione è contemplata in maniera olistica, considerando le variabili multiple che la determinano.

I suoi obiettivi sono ampi, ma anche delimitati in maniera precisa e pragmatica:

1. Realizzare il massimo di conoscenza sui problemi di salute delle persone residenti nelle Microaree;
2. Ottimizzare gli interventi per la permanenza nel proprio domicilio, dove ottenere tutta l’assistenza necessaria e contrastare l’istituzionalizzazione;
3. Elevare l’appropriatezza nell’uso di farmaci;
4. Elevare l’appropriatezza per prestazioni diagnostiche;
5. Elevare l’appropriatezza per prestazioni terapeutiche (curative e riabilitative);
6. Promuovere iniziative di auto-aiuto ed etero-aiuto da parte di non professionisti (costruire comunità);
7. Promuovere la collaborazione di enti, associazioni e organismi profit e no profit per elevare il benessere della popolazione di riferimento (mappatura e sviluppo);
8. Realizzare un ottimale coordinamento tra servizi diversi che agiscono sullo stesso individuo singolo o sulla famiglia;
9. Promuovere equità nell’accesso alle prestazioni;
10. Elevare il livello di qualità della vita quotidiana di persone a più alta fragilità (per una vita attiva e indipendente).

Dalla modalità degli interventi (locale, plurale, globale), è possibile cominciare a vedere che la microarea mira ad oltrepassare la salute mentale, e questo è solo un modo di poterla definire. Alicia Stolkiner sosteneva che "il campo della Salute Mentale è un sottocampo dentro quello della Salute in generale, ma che si è delineato come lo spazio paradigmatico del limite alla concezione biologicista-individuale della malattia e si è differenziato come tale per mantenere forme istituzionali specifiche che rivelano, più chiaramente che nel campo della Salute in generale, l'embricatura tra mandati sociali di ordine e proposte terapeutiche.“

Come abbiamo già affermato in precedenza: il successo del campo della salute mentale sarebbe la sua sparizione per incorporarsi in pratiche sociali di salute-malattia-attenzione nelle quali la dimensione sociale e soggettiva sia stata restituita".(Stolkiner, 2012). Si intende in questo modo generare le condizioni per lo sviluppo della salute oltre il livello individuale. Rotelli affermava che: “si tratta poi, gradualmente, di essere in grado di aiutare a una comunitá come tale, come un insieme, conosciuto e sostenuto”(Rotelli, 2005). Potremmo intendere questo come "presa" in carico complessiva? Per quanto riguarda il ruolo dell'operatore, in un altro intervento l’autore sottolinea che è necessario reinventare le pratiche:

“far si quindi che i problemi sociali modifichino le pratiche della medicina invadendone il campo d’azione, orientandola a pratiche piú complesse e democratiche e in cui essa sia costretta a farsi carico in parte della risposta a problemi sociali” (Rotelli, 2008).

In uno degli incontri precedenti abbiamo sostenuto che "decostruire la psichiatria richiede un collettivo sociale in movimento, attivo, di cui i professionisti sono solo una parte". Nel testo in questione, l'autore affermava che non c'è riabilitazione dei pazienti senza riabilitazione di una psichiatria, senza la deistituzionalizzazione della stessa. Affinché tutto questo succeda, è necessaria la forza di movimenti sociali, un nuovo protagonismo dei pazienti ed un lungo processo autocritico delle corporazioni professionali". (Rotelli, 1992). Con la strategia della microarea ci troviamo di fronte ad un messa in atto di questo enunciato. A partire dal lavoro che stiamo realizzando nel rione dove si trova una delle microaree, possiamo osservare che le difficoltà che si presentano non sono dovute tanto alla mancanza di professionisti, quanto alla necessità di rafforzare una certa rete comunitaria, vicini, familiari, attori vari (volontari, operatori), che comunichino in maniera attiva nella quotidianità dei compiti. Il tipo di attività che si porta a termine in una microarea, implicherebbe, avrebbe bisogno della deistituzionalizzazione non solo della psichiatria ma anche di tutte le istituzioni che si mettono in gioco su un territorio. Ridefinizione di ruoli, pratiche, forme istituzionali, modalità di comunicazione inter istituzionale, autocritica e revisione delle forme di potere, molte volte implicite, che si esercitano.

Questo richiama all’attenzione come ognuno dei 8 principi che si trovano nel testo di Rotelli (“8 + 8 principi…”), siano fortemente inquadrati nell'organizzazione della microarea, dal progetto generale al lavoro quotidiano nel territorio.

La cosa interessante della proposta della microarea, tra le tante, è che il cittadino fa parte attiva delle azioni che si portano a termine nella comunità. Secondo Rotelli “é 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 realtá altra, d’incontro e messa in relazione di tanti soggeti ciascuno dei quali diventa protagonista del proprio percorso di salute.”

(Rotelli, 2008). “Il referente di microarea va nella direzione opposta (della dell’intervento individuale): mette in discussione la cultura della passivitá e della dipendenza degli assistiti, ridistribuendo i poteri e le responsabilitá della cura grazie ad un rapporto che dura nel tempo”.

· Relazione tra microarea e altre modalità di assistenza:

La microarea è in parte un analizzatore di un sistema nel quale si mette in evidenza il funzionamento tradizionale delle istituzioni, che continuano ad avere il focus su loro stesse e in cui gli oggetti / obiettivi sono fissi, delimitati e senza connessione con altre istituzioni. L'azionare isolato dalle istituzioni implica che non possano darsi risposte efficaci alle necessità delle persone, perché questi non sono frammentate e slegate del resto della vita quotidiana. Quando falliscono le strategie, ci troviamo con situazioni di difficile risoluzione. Famiglie sfinite dal trasferimento in ospedale, o dal prendersi cura di una persona che richiede un'attenzione considerevole e permanente. La strategia microarea mira a evitare la segregazione e l'isolamento, la scommessa é sulla vita nella comunità e la conseguente rete al suo interno. “Le istituzione sanitarie dovrebbero garantire la permanenza del cittadino nel contesto di vita abituale”, “Vedere la vita della persona a 360 gradi, in piú della salute mentale o generale”, “L’intento di favorire la permanenza a casa nonché nel proprio contesto familiare e sociale di persone anziane, al fine di evitare la loro istituzionalizzazione”. Per questo, è necessaria una strategia comune, come abbiamo già detto.
Franco Rotelli menziona alcuni dei vantaggi del lavoro sul territorio, che dovrebbero essere ricordati, poiché sono questi gli aspetti che non vengono presi in considerazione quando si organizza un sistema in un modalità incentrata sull’ospedale:

-il sistema sanitario contribuisce alla costituzione di reti formali e informali.
-si possono vedere più da vicino e incidere sui problemi di vita delle persone.
-si possono mobilitare risorse di cura e risorse altre esistenti nei territori.
-si possono sostenere progetti positivi, di promozione.
-si puó maggiormente garantire i diritti dei cittadini.
-si possono prevenire maggiormente malattie iatrogene e danni collaterali.
-salute e malattia diventano eventi compresenti nelle vita delle persone.
-i costi e il rapporto costi benefici sono piú razionali, e investiti sul capitale sociale.
-l’ospedale ha ancora un ruolo di grande rilevanza

Pratiche :

Onestamente prima di arrivare in microarea mi sono sentito un po' male. Le situazioni sembravano troppi gravi e non riuscivo ad immaginare delle soluzioni. Se anche gli operatori pianificavano qualcosa il giorno prima, quello seguente succedeva qualcosa di nuovo.
Non ho capito se la città stia avanzando o arretrando, ma pian piano ho cominciato a trovarmi bene in microarea. Oggi vi parlerò di alcune esperienze che ho vissuto e un po' anche della situazione del Giappone.
Mentre lavoravo come volontario ho conosciuto un ragazzo che da molto tempo vive un disagio psichico. Nel periodo in cui si apriva la microarea nella sua zona, lui non riusciva nemmeno ad uscire di casa. Cosa hanno fatto per lui? Niente di speciale. Hanno cominciato a fargli visita a casa, a instaurare i primi dialoghi e lo hanno invitato a partecipare a qualche attività. Pian piano ha cominciato ad uscire di casa e a parlare di più.
Io e lui poi ci siamo conosciuti durante una passeggiata che si fa ogni giovedì a cui lui partecipa di propria volontà. Questo gruppo della passeggiata è composto da alcuni volontari e principalmente persone che abitano nel gruppo-appartamento. In origine questo gruppo era nato per fare attività fisica, sportiva e di benessere. Questa passeggiata è l'occasione per capire meglio come stanno le altre persone e fare in modo che esse si conoscano e socializzino.
In Giappone un servizio come la microarea esiste e le cose che si fanno in questi servizi forse non sono tanto diverse. Ma ci sono anche tante differenze rilevanti. La cosa piu diversa è che in Giappone i vari servizi sono distanti fra di loro, invece la microarea si trova proprio dove si vivono i cittadini. La citta è molto piccola e questo permette agli operatori della microarea di venire in contatto con la cittadinanza in vari modi: direttamente tramite l'ufficio o in altre situazioni, come per esempio al bar.
La seconda differenza è la distanza tra l'operatore e i cittadini nel vicinato. In Giappone tante persone che non possono vivere da sole si sostengono con il contributo dello stato. L'ammontare del contributo economico è molto vario e cambia in base al reddito. Gli operatori dello stato devono fare degli accertamenti per vedere se i soldi vengono usati nel modo corretto e se veramente i familiari non hanno la possibilità di contribuire. Non in tutto il Giappone funziona così, ma in certi casi gli operatori sono come investigatori. In queste condizioni non possono fare fronte a tutte le difficoltà insieme. Oltre a ciò, per tanti giapponesi sostenersi con il contributo dello stato è un gesto di disonore; succede sia che le persone non vogliono che si sappia sia che per evitarlo, non forniscano tutte le informazioni sulla loro condizione. In teoria il sistema dovrebbe aiutare le gente ma invece a volte porta le persone ad isolarsi.
In microarea invece gli operatori si attivano coinvolgendo l'utente e altri enti istituzionali per trovare la soluzione migliore anchese non esistono i miracoli. È costituita da persone che si danno fare in un lavoro che vale la pena di compiere e sono in grado di cambiare molte cose. Sono soddisfatto perché nella microarea ci sono mansioni che posso svolgere anch'io,

come: misurare la pressione, accompagnare qualcuno a fare la spesa, ecc… Ognuno fa quello che può e anche gli abitanti cominciano ad aiutarsi a vicenda.
Nessuno può decidere ciò che gli altri sono in grado di fare. Trovare le risorse nella società è molto molto importante. Il lavoro di microarea a cui ho preso parte è molto creativo. Ogni giorno si può trovare qualcosa di nuovo e quindi richiede anche che si trovino soluzioni nuove. Tra le tante persone che vi ho conosciuto, c'è un ragazzo che ha avuto un incidente in macchina è stato licenziato. Adesso fa la spesa per gli anziani che non possono camminare da soli, che in cambio gli danno un po' di soldi. La Microarea ha rapporti con questo tipo di persone e cerca di fare un lavoro di integrazione tra le persone che vivono nella microarea. Sentirsi d'aiuto per qualcuno è estremamente importante. A volte però ci dimentichiamo il motivo per cui per noi è fondamentale.