

La città che cura

Fare salute nel territorio: culture, modalità di intervento, proposte.

Siamo a oltre 40 anni dalla nascita della legge 180.

I servizi di salute mentale a Trieste sono stati i primi a muoversi nel territorio guardando alla persona, alla sua capacitazione, al contesto di riferimento, a diritti e opportunità. La medicina di territorio, la cultura sottesa, l'organizzazione di servizi di sanità territoriale, si inscrivono in un continuum con i grandi cambiamenti che quella legge ha promosso. A Trieste e nella Regione Friuli Venezia Giulia la medicina di territorio nasce da quella storia.

Confronto tra la medicina di territorio e quella ospedaliera

In ospedale : al centro dell'osservazione e dell'intervento c'è **la malattia** . Ed è giusto che sia così. L'ospedale è deputato a trattare l'urgenza, l'emergenza, la diagnostica complessa, l'interventistica. Tutto in un tempo tendenzialmente breve.

L'intervento medico, chirurgico e assistenziale, per quanto complesso possa essere, è mirato alla soluzione del/dei problemi riconosciuti. E' direzionato.

La persona resta sfumata sullo sfondo; il suo contesto personale, le sue caratteristiche individuali, pesano poco.

L'umanizzazione delle cure, l'etica dell'agire non sono messe in discussione. Sono un'altra cosa.

L'ospedale appare come **il non luogo, ovvero il luogo della malattia**. Al suo interno ha non solo tutto quello che serve per la cura: professionisti sanitari, strumentari diagnostici e di interventistica, farmaci, ma anche, in una sorta di riproduzione autarchica, tutto quello che serve al suo funzionamento: il vestiario del personale, la biancheria, il lavoro di pulizia, il cibo, la manutenzione della struttura, il trasporto, il riscaldamento..., voci di spesa che gravano tutte sul Fondo Sanitario Nazionale. E' un'istituzione totale che avvolge e risponde a tutti i bisogni della malattia.

Nel territorio invece: al centro dell'osservazione c'è **il malato**.

A fronte di un intervento sanitario anche semplice, non è possibile non considerare la persona, la sua cultura, le sue credenze e pregiudizi nei confronti della medicina, così come il contesto abitativo, la presenza o meno di familiari, la solitudine, il reddito, l'occupazione...

Di quanto incidano i determinanti sociali sul percorso di salute lo dice la Organizzazione Mondiale della Sanità:

Le disuguaglianze nella salute hanno origine dalle condizioni sociali in cui gli individui nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano, ossia dai cosiddetti "determinanti sociali della salute". Siamo convinti che intervenire su tali determinanti, risulti essenziale per creare società eque, e costituisca per tutti i decisori un imperativo etico. (Organizzazione Mondiale della Sanità 2008)

Ma lo dice anche l'esperienza dei servizi territoriali che, spesso, nelle situazioni di fragilità, registrano la presenza di uno iato profondo tra visita medica, diagnosi, prescrizione diagnostico-terapeutica da un lato e dall'altro la realtà nella sua rudezza; in mezzo c'è la persona che interpreta a modo suo la sua malattia e la cura. Armadietti pieni di farmaci, terapie non consumate o impropriamente assunte, esami ripetuti, stili di vita non adeguati..., sono constatazioni spesso presenti nelle visite a domicilio.

La cura non si può fare se non si interviene su quel particolare individuo, sul suo particolare contesto. Nel territorio parliamo di medicina del reale.

Intorno all'individuo che vive la sua malattia nella propria casa non c'è l'ospedale che risponde a tutti i bisogni della malattia e alla riproduzione della istituzione, ma per l'appunto una casa, un contesto familiare dove esiste, un contesto allargato: dei vicini, un condominio, una strada, un rione, gli abitanti.

La cura non si può fare se non si attiva e non si stringe un'alleanza con quella specifica comunità

Lo dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità:

Le malattie croniche sono malattie che gli interventi medici attuali possono solo controllare e non guarire. Poiché tale forma di patologia diventa la più comune, il sistema medico attuale non può più sopravvivere senza un'alleanza organizzata con la comunità"

R. Bengoa, WHO – 2001

Il modello di cura dell'acuzie trascura la comunità; Il modello di assistenza a lungo termina la integra

R. Bengoa. WHO 2000

Lo dice anche l'esperienza dei servizi territoriali: se l'individuo è solo, se il contesto non è adeguato a rispondere alle problematiche che la cura a casa comporta, è necessario rompere quella solitudine, inserire altri soggetti, attivare relazioni, creare comunità. Sviluppare capitale sociale. L'insulina da ripetere più volte al giorno, una dieta alimentare da osservare e preparare, l'adesione a stili di vita particolari, controlli periodici, la visita nell'ambulatorio del medico o l'acquisto di farmaci ...tutti momenti nei quali la presenza di altri, di vicini, di volontari può fare la differenza, nel senso di rendere praticabile la cura, attivare la persona, restituire dignità.

Soggetto e alleanza con la comunità caratterizzano la medicina del territorio

Riconoscere il soggetto, ha di per sé un valore politico, etico e professionale. Il percorso di cura appartiene a quel singolo individuo. E' suo. La soggettivazione è la condizione di efficacia della cura stessa: la persona partecipa al suo percorso di cura; incontra, si relaziona con chi ha la pazienza di ascoltare e rispettare il suo tempo.

L'alleanza con il contesto sviluppa capitale sociale. E' un'azione politico-strategica di allargamento democratico alla partecipazione dei cittadini. E' una ricerca di coesione sociale, di una possibilità di cambiamento e sviluppo. La comunità, può, di fatto, assumere su di sé quelle funzioni di cura e accudimento che non necessariamente devono essere ricercate nell'ospedale.

L'organizzazione dei servizi sanitari territoriali a Trieste e nella regione Friuli Venezia Giulia

I Distretti sanitari. Servizi territoriali pubblici, articolati sulle 24 ore, con strutture per anziani, bambini, adolescenti, donne e famiglie, ambulatoriali e domiciliari, con assistenza domiciliare infermieristica 7giorni su 7, sulle 24 ore, servizi integrati tra loro e con la riabilitazione distrettuale, con i servizi specialistici per il diabete, le malattie cardiovascolari, le malattie oncologiche, la salute mentale e la tossicodipendenza, il servizio sociale del Comune, l'istituto per l'edilizia residenziale pubblica, con il III settore e quanti operano nei territori.

I Distretti a TS sono 4: ogni Distretto per un'area territoriale di circa 60.000 abitanti. Per una popolazione della città che, alla fine degli anni 90, era di circa 240.000 abitanti, oggi ridotta. In ognuna delle 4 aree territoriali oltre ai servizi del distretto insistono: un Centro di Salute Mentale, aperto 24 ore al giorno, 7 giorni su 7, iscritto nel Dipartimento di Salute Mentale, una équipe territoriale del Dipartimento delle Dipendenze, gli operatori della Unità Operativa territoriale del Servizio Sociale del Comune di Trieste, attivi su quel territorio.

Il vantaggio è che gli operatori di servizi diversi che operano nella stessa area territoriale si relazionano tra di loro, lavorano insieme, conoscono il territorio, non solo le persone che stanno male e le aree problematiche, ma anche le risorse presenti; i percorsi di presa in carico avvengono sul campo.

Con la finalità di evitare il ricovero in ospedale, quando non è necessario, di garantire la continuità delle cure.

L'organizzazione dei Distretti a Trieste e in Friuli Venezia Giulia si differenzia da quella di altre regioni italiane, dove i Distretti svolgono un ruolo esclusivo di ordinatori di domanda, ovvero di committenza e controllo, mentre la produzione è affidata al privato accreditato, ovvero finanziato con risorse pubbliche. Non, come accade nella nostra regione, ove nei distretti la produzione di servizi e il governo sono funzioni totalmente pubbliche.

Il modello di riferimento non è quello della medicina ambulatoriale che accoglie e risponde a quella specifica domanda di salute per quella determinata patologia, senza preoccuparsi di contrastare la cultura del ricovero in ospedale o in istituto, senza guardare ai contesti di vita. La medicina di territorio si fonda su un modello di intervento proattivo, prevalentemente domiciliare, fortemente integrato, di presa in carico a tutto campo, che si relaziona con il territorio di pertinenza, che alle risorse di quel territorio può attingere, che sta nel quotidiano della vita reale.

A volte servizi definiti territoriali perché ubicati in un'area geografica rionale extra-ospedaliera, in realtà non costruiscono un rapporto interattivo con quell'area, non la conoscono né per le persone malate o sane che la abitano, né per le sue caratteristiche e le potenziali risorse da attivare. Che stiano in quel rione o in un altro, di fatto non fa differenza.

Abbiamo definito **forti** i Distretti

- per la cultura sottesa,
- per le competenze professionali,
- per le risorse di personale, di diagnostica, per gli investimenti,
- ma soprattutto forti da un punto di vista **della responsabilità gestionale** che assumono i servizi, distribuiti e attivi capillarmente nel territorio di competenza di ogni distretto. Responsabilità di struttura, semplice o complessa, ma anche responsabilità individuale di ogni operatore. Responsabilità dislocate, che penetrano il territorio in tutti i suoi angoli, di prossimità, a garanzia di conoscenza e relazione con il reale. Responsabilità perché serve decidere caso per caso, strada per strada. A tutto campo. E questa responsabilità non è condizionata soltanto dalla complessità della malattia, anche, ma -e a volte soprattutto-, dalla necessità di scegliere individualmente, l'operatore presente in quello specifico momento, cosa come e quando fare, cosa come quando attivare. Ovvero metterci "del suo". Ma per farsi carico di questa responsabilità è necessario che l'operatore conosca,

condivida, contribuisca a definire il progetto comune, che avverta l'appartenenza ad un gruppo, sia coinvolto nelle scelte. Le possa discutere. Operazione delicata! ma io credo che la partecipazione al progetto e al governo della salute sia lo strumento più forte del lavoro territoriale. Da curare e preservare.

Le microaree

Le microaree si inscrivono nella organizzazione distrettuale e in quel contesto culturale di cui si è fatto cenno.

Sono degli *avamposti* di salute, una sorta di sguardo vigile sul territorio, in aree connotabili come periferie urbane o extra urbane per caratteristiche sociali, sanitarie e urbanistiche. Caratterizzate da grande prevalenza di caseggiati di edilizia pubblica residenziale, da condizioni di particolare svantaggio degli abitanti, che, dall'analisi dei dati di esenzione per patologia, per età, per invalidità e per reddito, appaiono più vecchi, più malati, più invalidi, più poveri della media cittadina. Territori, dunque, dove le diseguaglianze sociali e di salute sono particolarmente evidenti. Comprendono, ciascuna, una popolazione che va da un minimo di 200 abitanti circa ad un massimo di 2.000. Le piccole dimensioni, microaree per l'appunto, derivano dalla necessità di raggiungere tutti gli abitanti, a prescindere dalle condizioni di benessere o di salute. L'obiettivo primario è quello di conoscere tutti. Oggi sono 18; si rivolgono ad un numero complessivo di circa 20.000 abitanti.

Un Accordo di Programma siglato tra gli Enti: Azienda Sanitaria Triestina, Comune di Trieste e Ater, sul programma "microaree", periodicamente rinnovato a partire dal 2006 fino ad oggi, e' la cornice di riferimento normativa ed organizzativa del progetto. Ne stabilisce gli obiettivi, le modalità di funzionamento, il personale dedicato da ogni ente, un infermiere professionale distaccato a tempo pieno dall'azienda sanitaria per ogni microarea, figure di portierato sociale messe a disposizione da Comune e Ater.

Il gruppo tecnico territoriale al quale partecipano gli operatori citati, quelli dei servizi formali sanitari, sociali e abitativi di zona, le associazioni e cooperative sociali e alcuni cittadini, definiscono il programma di lavoro periodico.

L'azione che gli Enti sviluppano ha le seguenti caratteristiche:

Locale, plurale, globale: **locale** perché si lavora in aree micro per raggiungere tutte le persone; **plurale** perché prevede il coinvolgimento dei tre enti, di tutti i soggetti attivi in quel territorio, la partecipazione dei servizi sanitari, sociali, abitativi e delle altre istituzioni; **globale** perché si propone di affrontare tutti gli aspetti che determinano lo stato di salute generale della popolazione, attraverso modalità intersettoriali.

Dal 2005 al 2009 gli uffici dell'azienda sanitaria hanno periodicamente messo a disposizione per ogni microarea **elenchi di persone residenti, grandi consumatori di sanità**, per ricoveri, farmaci, specialistica, diagnostica, o **che, per l'esenzione riportata, risultavano affette da patologie di lunga durata**, (*quali diabete, scompenso cardiaco, broncopneumopatie, problematiche di salute mentale e dipendenze...*). Molto spesso presente una condizione di svantaggio sociale.

La visita della microarea a domicilio avveniva previo contatto con il medico di medicina generale sia per raccogliere ulteriori elementi conoscitivi sulla situazione clinica e di contesto, sia perché la persona malata potesse essere informata dal curante.

Il percorso di presa in carico a tutto campo che ha fatto seguito ai contatti, si è rivelato molto efficace, in specie nei casi in cui, non pochi, si evidenziava una profonda distanza, uno iato tra visita medica, prescrizione terapeutica e risposta della persona. Spesso prescrizioni del tutto disattese, stili di vita assolutamente non adeguati.

Sono stati anni, dal 2005 al 2009/10, di esiti positivi e di miglioramento sensibile degli indicatori di salute in quei micro territori.

Guadagnare la fiducia del soggetto al percorso di cura, ovvero guadagnare salute è la finalità che ci ha guidato L'operatore sanitario, quando è necessario, non può non occuparsi di questioni che attengono alla dignità di una vita umana e che, se non trovano risposta, rendono impraticabile la cura. L'asse casa lavoro reddito e socialità va indagato e, se appaiono delle falle, ci si deve attivare in prima persona per quello che si può fare e attraverso i servizi competenti. Una sorta di sconfinamento da un ruolo sanitario altrimenti giocato a maglie troppo strette, reso obbligatorio dalla realtà. In alternativa resta solo il ricovero, che sarebbe corretto evitare, **inappropriato** per quella specifica patologia, ma necessario e coerente se il parametro di riferimento è la possibilità di effettuare la cura a domicilio.

A proposito dello sviluppo di capitale sociale

In ogni MA è attiva una sede aperta a tutti, ove può arrivare ogni tipo di domanda; è uno spazio multifunzionale spesso dotato di punto ristoro e aperto alla sperimentazione di forme di parziale autogestione da parte degli abitanti: pranzi condivisi, orto sociale, biblioteche diffuse, distribuzione di frutta e verdura con il progetto Trieste recupera e l'alimentare invenduto dei commercianti di zona. E' ricco di calore e di vita, si intrecciano relazioni. Le persone si attivano e promuovono a loro volta la capacitazione di altre. Cittadini che utilizzano la sede per il corso di ballo, di inglese, di computer, restituiscono ore di volontariato in aiuto a chi sta peggio. Un vù cumprà che chiede l'elemosina davanti al market diventa l'assistente familiare di alcuni anziani che lo pagano con il Fondo Regionale per l'Autonomia Possibile. Il tossicodipendente in misura alternativa alla detenzione si occupa del punto ristoro. I rifugiati, grazie ad un'apposita convenzione dell'azienda sanitaria con l'ICS (Consorzio Italiano di solidarietà), mal accolti dal rione, imbiancano corridoi e sottopassaggi di Valmaura e sono così apprezzati. Una ricchezza di rapporti, occasioni, iniziative che trasforma un luogo anomico e di degrado in uno pieno di vita.

C'è stato anche un notevole coinvolgimento dell'apparato amministrativo dell'azienda nei progetti di salute con l'attivazione di risorse a basso o bassissimo costo, da destinare ai servizi e in specie ai territori delle microaree. Partecipazioni a bandi europei, a bandi regionali per Lavoratori Socialmente Utili, Lavoratori di Pubblica Utilità, volontari del servizio civile e del servizio civile solidale regionale, la convenzione con il Centro Italiano di Solidarietà per i rifugiati, tirocini formativi, borse di lavoro anche per detenuti in misura alternativa, risorse che hanno assunto una funzione di volano. Hanno attivato altre risorse. A dimostrazione che quando lo strumento amministrativo si flette nel rispetto dei bisogni, si crea una cornice normativa e pratica di ulteriori possibilità. Molto in tal senso è stato fatto anche da Comune e Ater.

Ed è importante al riguardo sottolineare la partecipazione di singoli cittadini o gruppi, oltre a quella delle organizzazioni di stakeholder e di cittadinanza attiva. Mi pare che cittadini e organizzazioni abbiano funzioni sinergiche, ma non sovrapponibili: i primi si attivano e sviluppano relazioni solidali, ovvero possono produrre capitale sociale; i secondi in maniera peculiare sono deputati alla rappresentazione dei problemi vissuti ed esplicitati dai cittadini e a negoziare le possibili soluzioni interfacciandosi con gli interlocutori politici o decisionali. Dell'una e dell'altra funzione c'è assoluto bisogno.

Per concludere

Negli anni le microaree hanno attraversato dei momenti di incertezza da riferire non tanto

e non solo alla definizione dei programmi di lavoro, ma soprattutto al fatto che i diversi governi tecnici e politici di scala regionale o locale che nel tempo si sono succeduti hanno letto e valutato il programma con modalità differenti. Creando, per l'appunto, un clima di discontinuità. Lo sviluppo di comunità, la crescita di relazioni di reciprocità e di fiducia nei confronti delle istituzioni, dunque di capitale sociale necessario alla tenuta di aree popolate, degradate, ricche di soggetti in difficoltà, spesso schierati gli uni contro gli altri, piuttosto che mettere in crisi un modello di salute territoriale inefficace basato su prestazioni e visite ambulatoriali, lontane dalla particolarità dei soggetti e dei contesti, ha creato diffidenza nei decisori politici e tecnici, ostacolando quel percorso innovativo.

Negli ultimi anni, a livello nazionale, a fronte dei costi del sistema sanitario e dei bilanci in rosso, si è cercato di rispondere al problema della sostenibilità economica aggregando strutture e funzioni. In Italia hanno cominciato a svilupparsi grandi organizzazioni ospedaliere per grandi territori. Non credo che il risparmio conseguito abbia soddisfatto le attese!! Si è persa invece l'attitudine a valutare le particolarità dei soggetti e le conseguenze che queste comportano sulla evoluzione della malattia.

Per quanto riguarda il territorio, l'abolizione di distretti di piccola scala e delle strutture intradistrettuali finalizzate a penetrare capillarmente nel territorio di competenza, sostituiti per accorpamento da macrostrutture, hanno rischiato e rischiano ogni giorno di oscurare i particolari, di non renderli più evidenti. Particolari legati alla sofferenza, particolari legati alle risorse della comunità. Con la conseguenza di rendere l'organizzazione sanitaria territoriale e i professionisti meno abili a districarsi nelle maglie della medicina del reale.

Il Piano Nazionale di Recovery e Resilienza, varato in questi giorni dal governo italiano, finanzia la sanità territoriale istituendo le Case di Comunità una ogni 50.000 abitanti. Ottima proposta. L'aspettavamo da tempo.

Ma non si può non esprimere una preoccupazione: che queste strutture di prossimità, che dalla particolarità dei soggetti che abitano un determinato territorio e dalle specifiche caratteristiche dello stesso dovrebbero trarre elementi per articolare programmi mirati e integrati di salute, ricercando e stringendo specifiche alleanze con la comunità, riproducano invece pratiche vetuste, sottese da un modello di cura di tipo ospedaliero e ambulatoriale, rivelatesi nel tempo del tutto inefficaci. E' necessario innovare la cultura della medicina di territorio, dibattere, formare il personale dedicato, per affermare e praticare **la salute della comunità**. Se un tanto non dovesse accadere, si rischierebbe di rendere vana la nuova articolazione dei servizi previsti dal Piano di governo. Una innovazione che potrebbe essere epocale e della quale sentiamo un grande bisogno.

Maria Grazia Cogliati Dezza

