

## Quale integrazione sociosanitaria per la salute mentale?

Il lavoro integrato è una necessità progettuale per affrontare/governare le politiche sanitarie e sociali, secondo il dettato della attuale LEGISLAZIONE (L. 328/00; LR. 6/05) in materia.

Inoltre a Trieste ed anche in regione c'è stata continuità fra la cultura sanitaria delle Aziende Sanitarie Territoriali e l'esperienza psichiatrica comunitaria di F. Basaglia, in antitesi alla precedente attitudine ospedalocentrica.

Concettualmente la programmazione sanitaria regionale riparte da un'altra prospettiva rispetto alla malattia, cioè da INDICATORI SOCIALI di SALUTE (favorire la soddisfazione dei bisogni di: abitare, lavoro, socialità, cultura..) , soprattutto in relazione alle categorie deboli. L'indice di morbosità, cioè di malattie croniche ( le patologie psichiatriche di solito lo sono), è doppio nelle fasce povere, deprivate, di popolazione (5).

Bisogna tornare a leggere questi bisogni invece nel territorio prima che si strutturino in domanda sanitaria, molto più costosa e difficile da affrontare.

Bisogna creare strategie che permettano agli operatori della sanità di manipolare questi bisogni, di coinvolgere altre agenzie sociali per favorirne risposte, promuovendo salute. Dal curare la malattia al prendersi cura delle persone.

Come? L'istituzione VA VERSO I CITTADINI, a conoscere le loro condizioni di vita e di rischi per la salute, a incontrare gli esclusi dalle cure e facilitarne l'accesso ai Servizi

Costruendo RETI di SERVIZI che lavorino insieme per ottimizzare risposte sanitarie

Favorendo RETI di CITTADINI per il recupero di potere decisionale sulla loro vita reale

Riconoscendo/investendo sulla CAPACITA' TRASFORMATIVA di tutti i soggetti presenti nella comunità (operatori, malati, familiari, condomini, 3;settore, cittadini..), dando loro voce/protagonismo, coinvolgendo le loro potenzialità e pluralità di saperi e risorse (=empowerment) nella definizione dei problemi, nelle riflessioni e soluzioni, con la dignità di lavoratori od abitanti del rione, col diritto di partecipare, di incidere sulle scelte dei Serv. Pubbl.in loco e dialettizzarle verso nuove opportunità.

Queste sono le basi dei progetti locali triestini come Habitat (attuato dal 1998 fra ASS1, Ater, Comune e Associazioni per ricostruire vivibilità in agglomerati Ater multiproblematici), MICROAREE (dal 2005 fra strutture dell'ASS1 fra loro e con Associazioni per ottimizzare nei microcontesti le risorse sanitarie ed umane) e Budget di Salute (dal 2006 riconversione della spesa sociosanitaria responsabilizzando tutti i soggetti coinvolti in progetti di cura personalizzati e ben definiti, oltre l'erogazione di prestazioni).

Nello specifico la STRATEGIA DELL'ASS1 TS, con la sua giusta dose di utopia, spinge tutti gli operatori ad INCONTRARE i microterritori coi loro abitanti ed ASSUMERSENE il DISAGIO, senza spezzettarlo fra i vari Servizi.

Poi costruire "COESIONE SOCIALE, contesti sociali integranti" (2)nell' area, ponti di comunicazione fra l'irriducibilità individuale ed il bisogno di incontrare l'altro, non solo interventi di aiuto ai singoli cittadini/famiglie. Nel disagio diffuso il contesto non regge i conflitti, i diversi, e le spinte alla disgregazione sociale. E' necessario quindi guidare interventi concreti, con l'occhio a privilegiare soprattutto condivisione e legami sociali fra gli abitanti dell'area.

La teoria del CAPITALE SOCIALE prevede la produzione di benessere attraverso l'organizzazione comunitaria ( quando favorisce scambi, fiducia, reti nei contesti di vita), che deve essere indirizzata e supportata da culture,norme e misure istituzionali. (6,4) Ognuno deve essere portato a mobilitare le sue connessioni personali, contribuendo a solidificare i legami di comunità..

"La logica del prodotto non soffochi la logica del processo"(3).

Ogni processo deve essere sentito proprio da chi vi partecipa.

Quindi abilitare anche OPERATORI ASPECIFICI, non formati all'aiuto sociosanitario e non connotati solo dalla delega sanitaria, che possono offrire "sguardi di normalità" e nuove prospettive, un capitale umano meglio investibile in territori meno tecnici e più dialettici, individuando, decostruendo e ridefinendo i problemi e le soluzioni insieme ai cittadini che li subiscono.

Le esperienze di recupero con progetti statali delle concentrazioni di case popolari nelle periferie degradate di Milano, Torino (Cinisello Balsamo, Stadera).. affidate con coraggio ad architetti, assistenti sociali, giovani disponibili..più con le qualifiche di attivatori sociali che di tecnici, hanno prodotto originali soluzioni sociali di problemi urbanistici, culturali, sanitari ed economici interconnessi. Gli spazi architettonici predeterminano le relazioni al loro interno; assumendosi la responsabilità di modificare gli uni, coinvolgendo Ater, Comune, Assoc.. si facilita il cambiamento delle altre.

La promozione della comunità locale si fa, ascoltandola su tutte le sue difficoltà per decostruirle insieme con azioni partecipate, coinvolgendola e responsabilizzandola sulla comunicazione dentro i condomini ed il quartiere e su soluzioni abitative e di servizi e accompagnando il processo(4).

Come declinare le competenze professionali in questi territori su compiti non specifici, come depotenziare lo sguardo medico, psicologico, infermieristico.. tutti con letture parziali? Più che definire sintomi e cure, che diventano barriere escludenti, tentare di spogliarsi del solito ruolo in un insolito contesto e dentro una compagnia variegata,tentare di riaprire la comunicazione, ricostruire ponti col mondo per persone ai margini, nascoste in casa, con dignità ferita e talora parassitando/parassitati, disinteressati alla loro salute fisica e psichica; poi ridare diritti, rendere relative le loro scelte folli, improduttive, rendere sopportabile e scambiabile ciò che non è cambiabile.

"La salute è un PROGETTO, non un prodotto" (F. Rotelli)

Da ruoli diversi impegnarsi su concreti obiettivi: ricostruire biografie delle persone, rompere l'isolamento, coinvolgere figure terze, ricostruire legami sociali, socializzare le contraddizioni,promuovere le abilità nascoste,ridare credito, aumentare il loro campo d'azione, riattivare cioè il capitale sociale.

"Coinvolgere le persone sofferenti in progetti di vita più ampi, in cui i loro problemi si sciogliono e si mescolano a quelli altrui, con una complicità nel progetto comune"( F. Basaglia Ongaro). La malattia si può relativizzare, storificare, depotenziare.

Solo i soggetti possono trasformare i loro diritti in titolarità effettiva, in capacità e libertà di agirli. "Investire in un territorio per trasformare con le persone i loro contesti di vita" (4)

PER I SERVIZI DI SALUTE MENTALE l'integrazione significa RIPARTIRE da F. BASAGLIA per rivitalizzarsi nella progettualità attuale.

"Mi interessa la PERSONA malata più che la malattia", l'esistenza malata nel suo contesto di vita, l'"esperienza umana abnorme non separata e nascosta nell'Osp. Psych., ma RICONNESSA alla sua storia personale e sociale" (3)

La medicina dà risposte parziali, oggettivanti.. e non solo in psichiatria.

Medicalizzare un problema è un valore solo su un acuzie fisica, oltre diventa disvalore, crea attese false, di soluzioni esterne e una cultura di risposte separate, aliene dal contesto, riproduce domanda sanitaria, trasformando bisogni altri in sanitari. Produce ospedalizzazione, istituzionalizzazione e ghetti. Determina riduzione dei diritti. Crea aumento dei costi.

Basaglia inventa la strategia della DEISTITUZIONALIZZAZIONE: le istituzioni devono essere smontate e ricostruite in continuazione secondo i nuovi bisogni, perchè tendono a deteriorarsi, a cronicizzare compiti momentanei. Bisogna rimodellare i dispositivi di risposta (Ospedali, Aziende Sanitarie, Dipartimenti, Distretti, MMG..) ai bisogni sempre in evoluzione. Anche le famiglie ed i condomini si istituzionalizzano. Curare il singolo significa lavorare sul contesto.

La Competenza trentennale di deistituzionalizzazione e di pratiche territoriali della psichiatria triestina ed italiana deve rinnovarsi, reinvestendo sulle nuove presenze dei suoi territori (nuovi

target di popolazione: immigrati, persone sole, nuove fragilità, povertà e derive sociali..) e collaborando coi nuovi Servizi.

Bisogna investire di più anche sulle proprie risorse umane perchè ormai la maggioranza degli operatori della salute mentale sono giovani, non hanno partecipato alla creazione di questo modello, al cambiamento scientifico e culturale del paradigma psichiatrico ed hanno diritto di essere aiutati a vederlo ed applicarlo sul campo, di avere tempi per rifletterne soprattutto nei passaggi teorico-pratici del Servizio.

L'esperienza travolgente di chiusura dei manicomi sembra lontana, non vissuta dai più; il principio di riconversione delle risorse dall' OPP al territorio non è stato molto rispettato, per la mancanza allora di vincoli precisi e per la progressiva opacizzazione mediatica e contrattuale delle fasce deboli della popolazione coinvolta. Se quasi ovunque sono state approntate Servizi sotto un cappello dipartimentale, in nessun DSM italiano (nemmeno in regione) il budget attuale raggiunge il 5% di quello sanitario come previsto pochi anni fa dalla Consulta delle Regioni..e che già è la metà di quello di molti paesi sviluppati.

Inoltre emergono in Italia scollamenti fra le strutture psichiatriche e pericolose segmentazioni delle risposte, contenzioni fisiche delle persone in crisi, gravi sottrazioni di diritti soprattutto per gli utenti più gravi sia per le strutture psichiatriche chiuse, ma anche per prestazioni sociosanitarie scadenti offerte a clienti meno contrattuali dai Mmg, dagli Ospedali e dai Servizi Sanitari e Sociali. La psichiatria è sempre stata una disciplina di confine, ma ora i Servizi di SALUTE MENTALE, se devono essere tali, cioè intervenire a sostegno dei diritti di salute nei frequenti momenti di fragilità esistenziale (passaggi delicati del ciclo di vita, invecchiamento, lutti, fallimenti economici, insicurezza lavorativa, ospedalizzazioni, malattie invalidanti, tumori, trapianti..) di tutti i cittadini del loro territorio e non solo come specialisti delle malattie psichiatriche, non hanno confini, quindi non possono essere relegati nell' angolo culturale ed economico di oggi; deve essere ridefinita la loro mission nella attuale organizzazione sociale.

Se aumenta l'afflusso di situazioni di malessere, più che di malattia, queste devono a priori essere sempre condivise con altri Servizi ed i percorsi di collegamento (verso i mmg, specialisti pubblici, ospedali, distretti..) devono essere facilitati, per evitare l'incapsulamento psichiatrico o la dispersione di queste domande.

Il DSM di Trieste ha sempre scelto di privilegiare le persone più gravi (non solo per livello diagnostico, ma per deprivazione economica, sociale, culturale, affettiva..condizioni che tendono a riprodurre il disturbo psichico) e si è organizzato per permettere loro di vivere più dignitosamente nella città e nelle sue vie, nella comunità, scambiando almeno qualcosa con gli altri. Ma come ci poniamo di fronte alle pressioni di nuove popolazioni sofferenti, che chiedono direttamente o attraverso altri Servizi ( Distretto, Mmg, Comune, Forze dell' Ordine..) prestazioni ai CSM? Popolazioni che vivono la loro salute mentale già deprivata socialmente, compromessa in "malattia costruita" (P.A. Rovatti) non nelle vecchie istituzioni pubbliche ma da culture psicoterapeutiche di stampo individualistico passivizzante, o che semplicemente soffrono di fronte a sfide esistenziali e non hanno strumenti individuali o di rete per reggere.

Come ricollocare i nostri CSM, le strutture di accoglienza della domanda, soprattutto nel lavoro di integrazione operativa e culturale con gli altri Servizi sanitari e sociali in espansione, talora più posizionati a selezionare o smistare le richieste, che tendono a proporci loro situazioni di confine (comportamenti della popolazione senile, alcolismo, emarginazione, handicap, comportamenti devianti..) e quasi mai quelle più vicine al nucleo della psicopatologia psichiatrica, che cosa rischiano di scivolare ancora più nell' ombra?

In effetti molti problemi potrebbero essere affrontati fuori della psichiatria, se altri operatori territoriali potessero dedicare tempo e attenzione alla storia ed alla valutazione dei sintomi e dei comportamenti attuali, che probabilmente così riprenderebbero un senso ed una "normalità", senza venire psichiatrizzati. Si ridurrebbero i costi umani, ma anche quelli economici, perché Servizi più specifici riproducono costi maggiori di Servizi meno specifici. Oltre un maggior tempo spesso bisogna assumersi più responsabilità nel trattenere la domanda senza il ricorso/delega di una situazione complessa a specialisti.

Da parte loro gli operatori della S.M. potrebbero proporre non la delega ma la contaminazione esperienziale con gli altri colleghi del territorio, la cocostruzione di un sapere operativo minimo, che dovrebbe essere previsto in un lavoro territoriale integrato (cfr. esperienza del GCP, Gruppo Cure Primarie nel Distretto 2 dell'ASS1 TS).

Quindi bisogna "RIPARTIRE dal RICONOSCIMENTO del proprio OGGETTO di LAVORO" (3) nella sua naturalità, nel suo contesto di vita ed anche in dialettica con gli altri partner territoriali, per reinvestirvi idee e risorse.

Qualche limite alla domanda ed al mandato di totipotenza verso gli operatori psichiatrici bisognerà pensarli, prima che venga sfondata ogni programmazione organizzativa dei Serv, finora un pò difesa dalla remora del pregiudizio e dalla presa in carico divisa fra tutte le figure professionali presenti (infermieri, ass.soc., tecnici della riabilitazione, educatori..), anche se di solito la domanda è orientata solo allo psicologo od al medico.

E per superare progressivamente la logica delle competenze bisogna che anche tutti i Serv sul territorio la abbandonino, sennò un bisogno che non è di competenza di nessuno basta dimenticarlo ed avrà presto molta probabilità di diventare di nostra competenza, la competenza dei bisogni inevasi altrove e trasformati per progressivo scivolamento in psichiatrici.

I bisogni di salute, compresa quella mentale, devono essere affrontati dai MMG e dai vari Servizi, con la consulenza dei CSM, se necessaria.

I CSM devono mantenere risorse e tempo per rilanciare attivamente specifici programmi preventivi o precoci o almeno di cura per gli utenti più gravi, rivalorizzando il lavoro fuori della sede, la visita domiciliare con le sue molteplici finalità di lettura della realtà dal vivo, di ristrutturazione e connessione dei contesti anche nella presa in carico dell'individuo più desocializzato ed incistato, facilitando il suo diritto ad accedere anche agli altri Servizi sociosanitari.

Oggi sembra più facile COSTRUIRE ALLEANZE coi loro OPERATORI, molto più vicini di un tempo, su strategie di salute comunitaria. Progetti Habitat, Microaree..sono nuove occasioni di produrre deistituzionalizzazione nei vari Servizi per il bene dei cittadini che devono sostenere.

Questo creerebbe le condizioni per valorizzare tutti gli ATTORI, anche sofferenti e deprivati presenti nel territorio, in Microarea, i loro saperi, le loro risorse, accreditare i cittadini e coinvolgerli, renderli protagonisti dei percorsi di salute.

Basaglia aveva cominciato il lavoro di trasformazione manicomiale attivando assemblee gionaliere di operatori ed utenti in OPP; oggi nella psichiatria internazionale si investe sul protagonismo degli utenti rispetto al loro recupero ("recovery"), altrove si scommette sulle potenzialità degli emarginati nei ghetti quando si riaprono le contraddizioni.

Il dispositivo istituzionale deve essere rimodellato, coscienti della "circolarità fra soluzioni adottate e problemi da risolvere" (3). Il cittadino problematico, se valorizzato, può contribuire alle soluzioni; se oggettivato, escluso, può lasciarsi andare ad una deriva sociale, costosa per la comunità.

Con lungimiranza civile la persona "da problema diventa risorsa" (L. Ciotti)

"Offrire al cittadino un nuovo vocabolario e nuovi spazi per esprimere il suo disagio e la sua solitudine lo allontana dalla domanda sanitaria. Il processo di cura è sempre un processo di promozione di cittadinanza, un processo di individuazione e socializzazione delle persone" (3)

Emerge però un interrogativo: Come creare luoghi di condivisione non artificiale fra diversi, fra soggetti forti, sogg. deboli e SOGGETTI ancora più FRAGILI per un grave disturbo psichico, senza che questi ultimi vengano schiacciati, come vasi di coccio fra vasi di ferro? ed anche condivisione fra operatori con sensibilità, esperienze, culture e competenze diverse, cioè di salute fisica e di salute mentale?

La commistione fra diversi è naturale e proficua di per sè ma deve salvaguardare le caratteristiche e fragilità di ognuno e non semplicemente ignorarle; spesso all'inizio il processo deve essere accompagnato con lucidità e discrezione.

Purtroppo permangono nella cultura degli operatori sanitari difficoltà legate a :

- disparità di modello, potenzialmente più complesso nella s.m.( non prevalentemente biologico, con

trattamenti meno ambulatoriali, meno clinici, con una persona spesso resistente all'accesso ai Servizi)

- comprensibilità dell'oggetto-malattia o del soggetto-persona più oscura e di più difficile identificazione

-persistenti pregiudizi sulla follia (incomunicabilità, pericolosità, incurabilità..)

-tendenziale delega allo specialista verso risposte e luoghi separati, col rischio di diventare contenitori di vecchie e nuove contraddizioni sociali (immigrazione, disoccupazione, povertà..)

-difficoltà a confrontarsi con la scarsa coscienza del disturbo e la resistenza all'intervento sanitario.

-Oggettivamente tuttora c'è diseguaglianza di diritti per le persone con disturbi psichici per loro frequente incapacità ad autodifenderli, ma pure per la CULTURA TOTALIZZANTE comune sul disturbo che vi ingloba malattie fisiche, bisogni comuni., cioè il resto della vita. Si pensa che è migliore la gestione dello specialista psichiatra anche di problemi internistici, forse perchè questi è più abituato alla manipolazione del consenso, alla creazione di un rapporto... Se questa impostazione forse facilita l'approccio all'inizio, poi riduce l'impatto positivo con la realtà e il diritto a cure sanitarie dignitose, perchè lo psichiatra non è di solito un buon internista; in nome dello specialismo iniziale si sottraggono cure efficaci. E soprattutto il setting chiuso in se stesso e l'allontanamento dai diritti comuni demotiva le persone dall'autonomizzarsi.

-Inoltre la notizia di un'anamnesi psichiatrica o di un comportamento un pò disturbante spesso fa bypassare l'analisi dei veri problemi presenti e le risposte conseguenti, con un invio allo psichiatra di disturbi fisici molto più rischiosi per la sopravvivenza (scompensi glicemici o metabolici, ematomi cerebrali, intossicazioni...)

L'operatore della salute mentale può sempre essere coinvolto, ma per contribuire all'inquadratura generale, aumentare la collaborazione dell'utente e la garanzia dei suoi diritti, non per delegargli il caso "dalla testa ai piedi".

Anche la maggior penetrazione e conoscenza del territorio, l'illuminare nel porta a porta delle Microaree le situazioni a rischio con le loro deviazioni dalla norma potrebbe, se l'occhio non è limpido, deviare verso una tendenza al controllo più che verso una risposta più adeguata ed un aumentato rispetto per le diversità.

La condivisione del lavoro in Microarea prevista fra operatori CSM e DISTR costituzionalmente è più facile per i primi, perchè più abituati a domande eterogenee e comportamenti professionali flessibili.

Questo talora può produrre la tendenza a delegare, non tanto per malafede ma per difficoltà o rapidità, i casi con aspetti specifici a operatori CSM, rischiando di perpetrare i pregiudizi precedenti e mantenere la cultura della separatezza.

Anche la diversa organizzazione e dotazione storica di risorse dei Servizi sanitari extraospedalieri (Serv psichiatrici da decenni con più penetrazione territoriale di quelli sociosanitari di base), ora modificatasi, tende ancora per inerzia ad incanalare le risposte per disagio aspecifico, alcolismo refrattario, deriva sociale, problematiche igieniche gravi, assenza di rete, disturbi del comportamento senile.. verso il CSM ancora tante volte vissuto subliminalmente come un contenitore erede del manicomio e raggiungibile senza filtro ad ogni ora nelle sue dislocazioni; ma poi queste situazioni rischiano di bloccarsi l' per scarsità della grande energia progettuale necessaria per ricoinvolgere risposte altrui, talora impreparate o resistenti.

La cultura territoriale presenta ancora tante incertezze, nonostante le intenzionalità progettuali.

Questo deve obbligare tutti gli operatori sanitari, ma pure chi lavora sull'organizzazione della domanda, ad un'attenzione continua che l'azione congiunta sul territorio mantenga una qualità che non riproduca le "sottrazioni di diritti" (8) che dichiara di combattere.

Accompagnare gli utenti psichiatrici con problemi internistici verso strutture con più competenze e risorse per quei bisogni non significa delegare il proprio lavoro, ma completarlo avvicinandoli al diritto di tutti i cittadini di accedere a quelle risorse. Surrogare con competenze mal possedute a Servizi a ciò attrezzati depriva di risposte dignitose i nostri utenti e ci fa interrogare sulla

organizzazione sociosanitaria attuale, divisa per competenze, risorse, responsabilità e poteri d'intervento ma ancora poco permeabile alla domanda.

D'altronde da un approccio ospedalocentrico forse si è passati ad una territoriale, ma bisogna continuare a confrontarsi con la cultura degli specialismi ambulatoriali( spesso diventati specialismi della normalità, valutata secondo un parametro sempre più ristretto, forse per rincorrere la catalogazione delle anomalie umane, oggi più palesi), indirizzandosi verso una presa in carico della complessità della persona, spostando su di essa le conoscenze e non il contrario.

E l'emergenza psichiatrica deve riprendere un percorso di depotenziamento e non continuare ad essere appesantita dalle "scorie" di ogni comportamento umano disturbante.

Anche dalle istituzioni sanitarie del territorio, oltre le buone intenzioni, arrivano domande improntate a residui culturali di stampo iperspecialistico o di responsabilità su "scarti sociosanitari", di casi di nessuno...talora più col timbro della delega che con quello della condivisione.

Condivisione difficile resta quella sui problemi sociosanitari, anche gravi, di persone con psicosi, spesso sole con noi o talora abbandonate anche da noi, distratti da una domanda diffusa anche se meno prioritaria.

Centri di Salute Mentale attivi 24 ore con un'organizzazione già molto complessa (urgenza e continuità, posti-letto, visite ambulatoriali e domiciliarietà, accesso senza filtri e richieste continue di responsabilità e garanzie per la comunità sociale..), con una cultura e risorse umane in calo, più appesantiti da situazioni periferiche, dalla gestione del disagio sociale in crescita, coinvolti in ore di UVD, Reti..per progetti a volte più formali che sostanziali, con altri Servizi che hanno tempi e modalità di risposte, teorie e definizioni della presa in carico ed uso delle risorse differenti ( la domanda si orienta dove trova risposte più rapide o più adeguate), i CSM diventano una barca troppo appesantita. Evitano quotidianamente istituzionalizzazioni lavorando sulla rete naturale o inventandosi soluzioni di sopravvivenza per le persone, ma quando l'integrazione è impedire il ricovero in Case di Riposo di un anziano, magari con storia di psicosi, con pluripatologie, assenza di rete( correlato frequente della psicosi) e di risorse economiche, spesso ci si trova poco accompagnati nelle soluzioni da adottare.

Su persone, viste e definite per la loro trascuratezza ictu oculi come casi psichiatrici da altri sanitari, spesso sono ancora gli operatori psichiatrici, magari intervenuti per ultimi, a difendere il diritto alla salute riconoscendo un disturbo fisico serio, nemmeno preso in considerazione da colleghi fermatisi alle apparenze.

Anche il peso della risposta o dell'accompagnamento verso una risposta più integrata per i bisogni sociosanitari spesso correlati dei disturbi psichici gravi o delle persone in deriva sociale, per i CSM collocati nelle aree più degradate è elevato e dispendioso.

La fatica, il carico di far vivere i nostri utenti nelle loro case, nelle loro famiglie, dentro una rete cittadina, dentro un'attività, è molto più pesante e dispendioso che non il curarli dai loro sintomi; questo dovrebbe essere valutato anche per i risparmi umani ed economici di molte istituzionalizzazioni evitate.

Deistituzionalizzare lo specialismo psichiatrico significa non solo dotarsi di maggiori risorse ad un prezzo minore ma riprodurre una cultura dove una miglior attenzione di base alla persona da parte di tutti gli operatori comunitari evita disattenzioni gravi o costruzione di carriere speciali, distruttive eppur molto costose per i bilanci pubblici.

In sintesi, se la deistituzionalizzazione delle culture sulla diversità è tuttora un valore, bisogna tarare tutte le riflessioni e le prassi su un range di normalità il più ampio possibile, perchè i bisogni di persone fragili o diverse sono, prima di tutto, gli stessi di tutti.

Quindi bisogna riaccentuare la centralità dei mmg nei percorsi di salute e malattia di tutti i componenti della comunità, anche se psichiatrici, se lungoassistiti nel CSM, se anziani in Case di Riposo, se pluriproblematici... I percorsi sanitari delle persone più fragili devono essere facilitati dal mmg, gli interventi in rete ed i progetti congiunti devono essere visti come un'opportunità per le cure delle persone, verso cui il mmg sollecita la collaborazione dei Servizi, mobilizzandosi

insieme e non derogando alla propria regia se non per spezzoni specifici concordati con gli specialisti.

La consulenza psichiatrica, oltre a reclutare i disturbi più severi, dovrebbe permettere una discussione col mmg o altro inviante, per offrire un minimo inquadramento sui bisogni di salute mentale della persona, che l'inviante dovrà poi continuare a gestire, e non solo una prescrizione farmacologica. Quindi le intenzioni e le condizioni dovrebbero essere di formazione congiunta sul campo in modo che l'oggetto malattia mentale diventi più conoscibile ed avvicinabile dai non specialisti.

Una iniziale valutazione di alcuni progetti integrati inseriti nei PDZ evidenzia che sono sempre i Servizi sociosanitari con più esposizione alla domanda e con più flessibilità ( non specificità) di risposta, su cui ricade quasi tutto il carico del caso. Ciò crea uno spostamento di risorse verso casi periferici alla specifica mission, che entrano in competizione per le risposte a situazioni specifiche più gravi.

Di qui la necessità di uniformare, pur nella specificità dei diversi Servizi, l'organizzazione che interfaccia i cittadini: modalità di accesso, orari di apertura, tempi di risposta, reperibilità degli operatori, risorse attivabili, responsabilità istituzionali, circuiti di recupero dei dropout....per permettere una reale integrazione fra Servizi e garantire meglio i diritti dei cittadini utenti.

Molti scambi formativi teorici e sul campo sono tuttora necessari ed auspicabili perchè diventi possibile "progettare,realizzare e gestire insieme" (F Rotelli) un materiale prima umano che psichiatrico, internistico, sociale...

Gli operatori dei CSM devono forse uscire un pò di più dalla solitudine della follia, dal loro ghetto specialistico per lavorare insieme, come ne sono già usciti a Trieste oltre 30 anni fa, approfittando oggi di una maggior presenza di altri interlocutori sul campo.

Ma non possiamo lasciare indietro i nostri clienti più gravi parcheggiati nei CSM, "desaparecidos" in manicomi casalinghi o in Strutture riabilitative chiuse, per dedicarci a ripulire comportamentalmente ed emotivamente categorie più visibili e più contrattuali; anche i "veri matti" devono entrare nel contratto sociale e quindi anche altri devono occuparsene con noi per la loro parte .

L'inclusione è un valore potente di trasformazione sia dei diversi che del loro contesto e la presenza del Distretto sanitario, oltre che dei Mmg, sul territorio anche come cultura dell' accoglienza e regia dei bisogni sanitari di tutti i cittadini è una realtà che deve ulteriormente garantire sensibilità alla diversità e INCLUSIONE nelle regole e nei diritti comuni, prima ancora che specifiche cure.

Bibliografia:1. F.O. Basaglia: Sanità e salute in Per la salute mentale Ô88

2.DaCol P.:Primi appunti per un avvio alla comprensione del progetto Microaree-Habitat e Salute; Ô05 ASSITS

3.O. De Leonardis e T. Emmenegger: Le istituzioni della contraddizione in Rivista sperimentale di freniatria n.3 Ô05

4.L. Canaia: Responsabile di un progetto urbano complesso: manager,architetto o..macchina da guerra? in Corso di antropologia culturale Ô01

5.G. Costa: relazione a Giornate della salute Ts maggio Ô06

6.F. Sabatini: Il concetto di capitale sociale, dottorato di ricerca Ô04

7.F. Rotelli: Nodi, Ô04

8.G. Tognoni: relazione a Giornate della salute Ts maggio Ô06