



PROSPETTIVA

Salute

PROSPETTIVA

SALUTE

Quaderno I

Settembre 2020

www.battei.it

Associazione culturale “Luigi Battei”



Riflessioni al tempo del Coronavirus

a cura di Marco Ingrosso

INDICE

Introduzione	5
Resistenze e apprendimenti ai tempi del Coronavirus	7
di Marco Ingrosso con commenti di P. Gallicani, B. Agnetti, M. Ingrosso e B. Abati	
L'insegnamento del Coronavirus	21
di Pietro Pellegrini con commento di M. Ingrosso	
Sulle cause dell'epidemia da Coronavirus	32
di Roberto Favilla con commenti di M. Ingrosso e R. Favilla	
La lezione del Coronavirus	41
di Alessandro Volta	
Ricominciamo? L'importanza del servizio sanitario territoriale periferico	43
di Comunità Solidale Parma con commento di M. Ingrosso	
Riflessioni a partire dal libro "La cura complessa e collaborativa"	49
di Fabio Vanni	
Politizzazione virale e attacco all'Organizzazione Mondiale della Sanità	55
di Marco Ingrosso	
L'Ospedale dei Bambini di Parma: un ambiente centrato sulle relazioni	59
di Giancarlo Izzi	
La salute (mentale) non basta	65
di Fabio Vanni con commenti di A. Bosi, M. Ingrosso, S. Manghi	
Cura, prossimità e distanze	75
di Maria Inglese	
Riforma del lavoro medico territoriale e nuovi assetti gestionali	81
di Bruno Agnetti	
La medicina al bivio: fra crescita dimensionale e nuovo patto di cura	84
di Marco Ingrosso	
Il coinvolgimento delle comunità locali nei servizi socio-sanitari territoriali	89
di Marco Ingrosso	

Introduzione

di Marco Ingrosso

Questo quaderno raccoglie di interventi ruotanti intorno al campo della salute ospitati dal blog dell'Associazione culturale "Luigi Battei" nel periodo compreso fra il 15 marzo e il 30 giugno 2020. Il blog era stato velocemente aperto dall'Associazione nel momento in cui avevano dovuto interrompersi le attività in corso, in particolare il Progetto "*Angelus Novus 2020*" in pieno svolgimento, in seguito all'estendersi dell'infezione da Covid-19 e alla conseguente decisione del blocco delle attività non indispensabili assunta dal Governo, estesa, in un primo tempo (il 25 febbraio), ad alcune regioni (fra cui l'Emilia Romagna) e successivamente ampliata a tutto il territorio nazionale a partire dal 9 marzo (fase 1). Nel periodo successivo (4 maggio-14 giugno) si optava per un allentamento delle misure restrittive assunte nella prima fase (fase 2), per poi passare ad un periodo sperimentale di convivenza col virus a partire dal 15 giugno (fase 3).

Gli interventi qui raccolti riguardano le analisi effettuate da aderenti all'Associazione (in particolare membri del Gruppo Salute, ma non solo) durante la fase 1 e la fase 2, a cui si aggiungono i commenti che hanno suscitato.

La decisione di raccogliere questi interventi deriva, da una parte, dall'esigenza di fare memoria di questo periodo così difficile e straordinario, ma soprattutto, dall'altra, di mantenere aperta una riflessione che miri all'azione, soprattutto in termini di ripensamento e nuova costruzione di tutto il comparto della sanità e del campo della salute. Come si vedrà infatti, diversi interventi evidenziano l'esigenza di ripensare le cure primarie e il territorio, così come gli ambienti di cura ospedaliera, ma altresì di andare oltre il perimetro del sanitario,

in particolare nel campo del benessere/malessere i cui problemi si sono accentuati nella fase di lockdown e che sono scarsamente intercettati dai servizi preposti.

Si tratta quindi di un “ricominciare” tenendo conto ed elaborando la forte discontinuità e “differenza” innescata dalla pandemia virale, che comporta non solo adeguamenti dimensionali di risorse e personale (v. *La medicina al bivio*), ma profonde domande epistemologiche, socio-politiche e sui paradigmi di cura. In questo senso, vi è un filo rosso fra molti degli interventi ospitati che, pur nelle contingenze del periodo emergenziale, guardano avanti verso la fase ricostruttiva, in particolare a quella aperta dall’Unione Europea con la decisione di istituire corposi fondi (i così detti Recovery Fund e Mes, in primis) destinati al superamento della crisi socio-economica aperta dal Coronavirus, ma soprattutto ad un ripensamento di vari comparti della vita sociale e del settore sanitario.

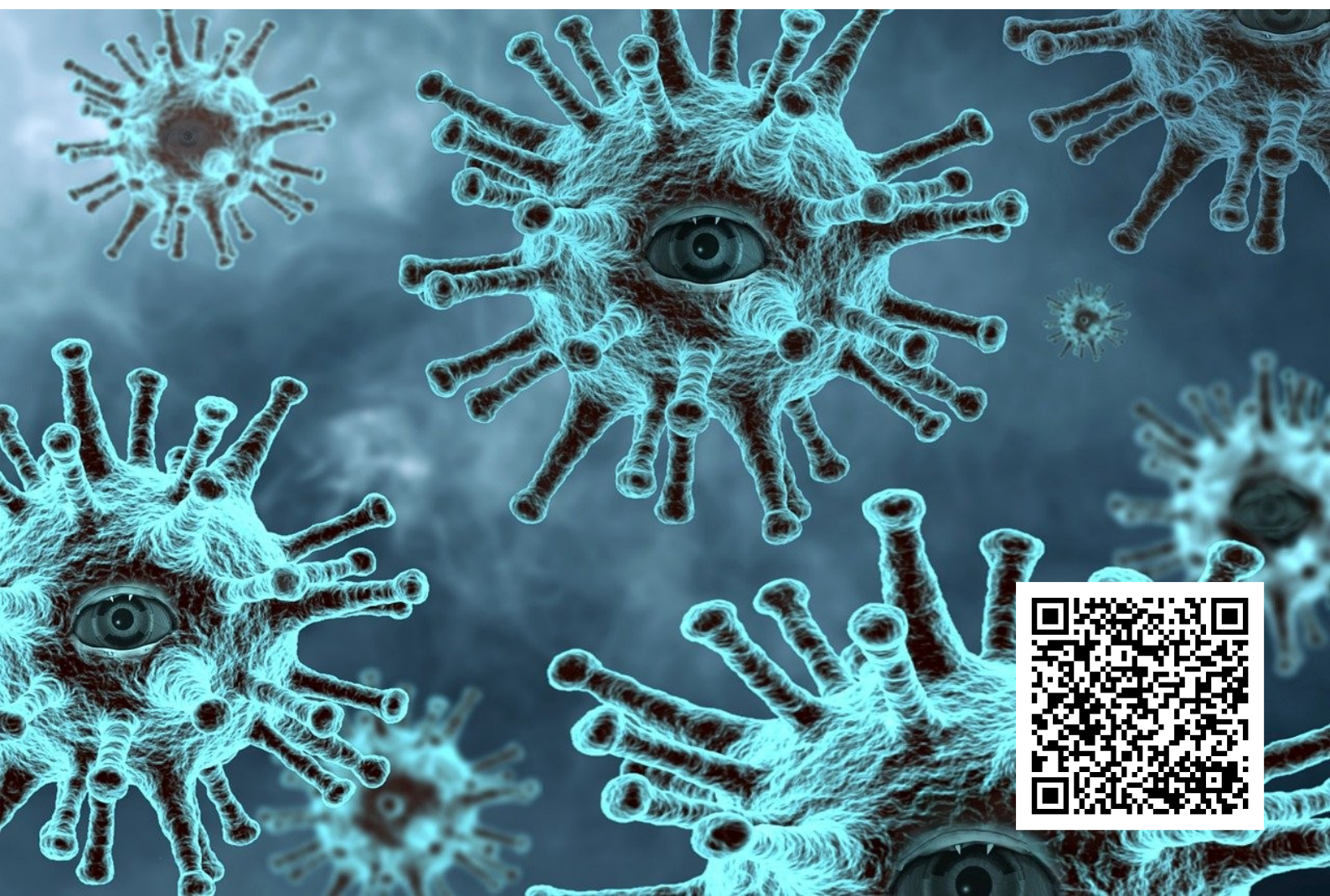
Gli autori desiderano quindi unire le proprie voci a quelle di coloro che vogliono preparare e operare per una ricostruzione creativa del SSN e degli interventi di salute, facendo dell’evento Covid una occasione inedita e imperdibile di apprendimento e investimento nel bene comune della salute.

Parma, 6 settembre 2020

Resistenze e apprendimenti ai tempi del Coronavirus

di Marco Ingrosso

24 Marzo 2020



Pochi anni or sono un antropologo sociale norvegese, Thomas Hylland Eriksen, scriveva un libro intitolato “Fuori controllo. Un’antropologia del cambiamento accelerato” (Einaudi, 2017) in cui esaminava pesanti conseguenze impreviste del cambiamento sempre più veloce contemporaneo: *“Il mondo contemporaneo è... troppo popolato? Troppo intenso? Troppo veloce? Troppo surriscaldato? Troppo neoliberista? Troppo fortemente dominato dagli esseri umani? [...] Nei sistemi complessi, un’azione ha spesso conseguenze impreviste più rilevanti dei risultati programmati”*.

Mettendo a confronto questa previsione con la situazione odierna si osserva, per contrasto, che l’influenza di Coronavirus ha ridotto (seppur di poco percentualmente) la popolazione, ha fortemente limitato l’intensità e la velocità di moltissime attività, ha persino ridotto l’inquinamento in alcune parti del pianeta in ragione del freno posto agli spostamenti e all’attività umana, ha attivato una forte ripresa della mano pubblica, comunitaria e collettiva, ha dato un potere inusitato a microscopiche entità viventi mettendo ‘fuori controllo’ diversi progetti e intenzionalità umane! Si può discutere se questo evento di portata mondiale sia una delle conseguenze impreviste del ‘surriscaldamento’ evocato da Eriksen o sia un fenomeno con una dinamica a se stante che l’autore non prevede nel suo libro. Dunque un’ulteriore tipologia di rischio catastrofico che viene ad aggiungersi a quelle relative ad energia, mobilità, città, rifiuti, sovraccarico di informazioni.

Sta di fatto che già dopo una prima fase di alcuni mesi (e con un futuro di durata e intensità del tutto incerte), tale fenomeno è stato in grado di mettere in crisi i trasporti interni e internazionali, il turismo, la produzione economica, le borse, la scuola, la sanità e molti altri scambi e strutture collettive. Per le popolazioni residenti nelle aree investite in prima persona, si è trattato di una brusca rottura della continuità quotidiana, del “dato per scontato”, che ha richiesto un repentino adattamento. Le strutture collettive (politiche, sanitarie, di sicurezza, ecc.) sono state poste sotto forte pressione per affrontare il veloce cambio delle esigenze primarie legato al tentativo di bloccare la diffusione del virus. Dai ‘focolai’ originari tuttavia l’epidemia tende a diffondersi implacabile su spazi sempre più grandi, con piccoli fuochi via via più estesi che coinvolgono intere comunità nazionali e larghe macro-regioni in quasi tutto il pianeta. Da pochi giorni l’OMS ha definito la diffusione come una “pandemia”. In poco tempo nelle aree interessate si è passati da un coinvolgimento preventivo in termini timore, fame di notizie, corsa all’accaparramento, ritiro dai viaggi e dagli incontri, a una situazione di coprifuoco, di blocco semi-totale di tutte le attività con contagi sempre più vicini e diffusi.

Quale lettura viene dunque fatta di un tale macro-accadimento da parte della gente? Molto dipende dalle chiavi interpretative pre-esistenti relative al legame sociale. Come è

noto, in questa fase storica prevale nettamente la visione sfiduciata, diffidente, cinica (chi ci guadagna? chi manovra?) e securitaria della vita sociale, dunque la paura dell'Altro, una visione che è alla base dei fenomeni psico-politici di retrotopia (Bauman, 2017) e di populismo sovranista. Tuttavia il tentativo dei primi tempi di diffusione di gridare all'untore esterno (questa volta cinese) si è ben presto rovesciato in una esclusione proprio degli italiani che speravano ingenuamente di essere fra gli intoccabili del mondo ("chi la fa l'aspetti"?). L'allarme e il timore finora riservati allo sconosciuto, all'estraneo, al diverso, si trovano improvvisamente estesi al vicino, al conosciuto, all'amico che va tenuto a distanza, di cui è bene diffidare preventivamente. Se il possibile contagio è ovunque è difficile sia scappare sia difendersi. Qualcuno ha fatto notare che si può passare allora dalla paura (di qualcosa o qualcuno ben marchiato e localizzato) all'angoscia o al panico (dove il pericolo è ovunque e relativamente indeterminato)!

Nel frattempo, molti giornali, blog e social sono pieni di critiche alle autorità perché hanno chiuso troppo poco le frontiere, troppo tardi o perché, al contrario, hanno allarmato troppo, non hanno comunicato bene, o ancora perché non si sono occupati di questi e di quelli, della categoria tale e di quell'altra. Quindi anche il Coronavirus conferma e rialimenta in molti l'immaginario rabbioso e sfiduciato precedente, ma insieme lo mette un po' in crisi: non si sa più bene con chi prendersela quindi ci se la si prende con tutti! Gregory Bateson (1972) direbbe che abbiamo un apprendimento zero: anche se viene giù il mondo molti continuano a leggerlo come di consueto!

Un'altra lettura abbastanza diffusa è quella di coloro che privilegiano le libertà personali rispetto alle norme comuni che inevitabilmente vengono emanate. Vi sono molti che manifestano insofferenza, che rivendicano la loro trasgressività e autonomia di giudizio con un atteggiamento acre verso le disposizioni delle varie autorità, evidenziandone le incongruenze, le contraddizioni, l'inapplicabilità in specifiche situazioni. Tali persone privilegiano la visione individuale rispetto all'immaginario massificato del populismo, ma sono altrettanto attente a prendere le distanze di fronte ai richiami alla coesione sociale, al bene comune delle autorità morali del Paese. Spesso si tratta di persone che ritengono di essere al di sopra dei pregiudizi comuni e quindi con uno status morale superiore: più razionali, più controllati, più consapevoli (in particolare di chi prende le decisioni collettive). Quindi anche questo gruppo tende a confermare la propria visione qualunque siano le circostanze.

Un altro tipo di risposta al pericolo è quella di coloro che ritengono di esorcizzare le paure con un'applicazione rigida e maniacale delle disposizioni igieniche, rivolgendo forti critiche a chi non segue il loro esempio, sottovalutando l'allarme e i rischi connessi. In

questo caso vi è un aggrapparsi alle norme, alle regole impartite, alle privazioni conseguenti che, come in un'ascesi laica, dovrebbero rendere più probabile il raggiungimento della salvezza dal morbo. Qui vi è un adattamento, ma del tutto difensivo, chiudendosi in uno spazio protetto con solo se stessi e i familiari dentro: una sorta di Arca di Noè al contrario! In questo quadro contraddittorio e incerto, vi sono però anche molti che riescono a mantenere una visione in equilibrio sul filo teso, evitando sia il panico irrazionale sia l'avventurismo trasgressivo, mettendo in luce una forte dose di pazienza e resilienza, adattandosi alle contingenze, persino evidenziando alcuni aspetti positivi della sosta forzata e del cambio di passo. Sui giornali si leggono di eroi del quotidiano che fino a ieri ignoravamo: ricercatori precari, medici di base e ospedalieri, infermieri, scienziati, capitani di nave, forze dell'ordine, amministratori, tecnici, insegnanti, preti, semplici cittadini che fanno la loro parte. Per molti aspetti, pur nella distanza sociale necessariamente accentuata, molti di costoro sentono l'esigenza di tornare a reincontrare l'altro, appena possibile, di ritrovare i momenti collettivi, sentono la responsabilità di mettersi insieme per ottenere il risultato, sono grati a tutti coloro che rinforzano e perseguono il 'bene comune'. Tanto è vero che, nonostante tutto, torna a serpeggiare un po' di orgoglio per un Sistema Sanitario universalistico che risponde e lo fa verso tutti, per una ricerca scientifica che ottiene risultati, per una scuola che si attiva per i suoi studenti.

Dagli altri europei ci si aspetta aiuti e comprensione, non colpevolizzazione ed esclusione. Ma anche dai cinesi – che già sembrano superare il picco dei contagi – e da popoli di altri continenti, tanto che persino un super-commissario è stato invocato e infine nominato per organizzare gli arrivi di personale, attrezzature, macchinari per la terapia intensiva e quant'altro dalla Cina per affrontare tempestivamente l'emergenza! Insomma gli scenari sono in accelerato movimento e chi non ha ancora preso pienamente coscienza dell'emergenza in corso è invitato a farlo al più presto, assumendo comportamenti, ma prima ancora modi di pensare più consoni all'urgenza dei fatti in corso.

Dunque, viste le tendenze contrastanti che si dispiegano nel corpo sociale, ci si può aspettare dei cambiamenti più o meno profondi nelle pre-cognizioni, nei pre-giudizi con cui guardiamo alla vita sociale? Si accentueranno gli elementi disgreganti dei legami sociali, mantenendo le chiavi interpretative pre-crisi? o cominceranno ad emergere nuove esigenze di ricorrere a strumenti collettivi, a solidarietà, a vicinanze di cui da tempo si diffidava? Si vivrà asserragliati o si comincerà a capire che degli altri, in tutti i sensi, si ha bisogno? Vi saranno apprendimenti strumentali (soluzioni pronto uso) dentro il set di alternative già oggi presenti (pronti a ritornare sui nostri passi appena possibile) o sorgerà l'esigenza di fare un

salto di qualità, una rivoluzione dello sguardo di fronte alle tante situazioni ‘fuori controllo’ che si accumulano?

È ciò che ci diranno i mesi futuri! Come in ogni crisi, accanto ai disagi e all’incertezza, si aprono spazi per nuovi cammini che parevano impossibili da immaginare, prima che da percorrere, ma il rischio di confermare le premesse precedenti ignorando la forza degli avvenimenti resta sempre la tentazione più forte!¹

1 <https://www.battei.it/2020/03/15/resistenze-e-apprendimenti-ai-tempi-del-coronavirus/>

COMMENTI

di Piergiorgio Gallicani

Grazie Marco Ingrosso per l'analisi: ampia, incisiva e sfaccettata. Una “... *rivoluzione dello sguardo*”, invochi – sì, di questo abbiamo bisogno.

“*Non c'è notte che non veda il giorno*”, scrive William Shakespeare (ripreso da Giorgio Nardone, psicoterapeuta). Questo è un modo di pensare; e conforta che a questo pensiero poetico e terapeutico si possano trovare riscontri storici.

Dato che in questi tempi di Coronavirus si sprecano, nel pubblico dibattito, le metafore di tipo bellico, proviamo a pensare – ad esempio – all'Italia dell'ultimo dopoguerra: un paese devastato, stremato, impoverito, rimbambito e ottuso da vent'anni di fascismo, lacerato da conflitti e odi intestini apparentemente insanabili... Che seppe ritrovare in sé le risorse per dar vita a quell'autentico miracolo laico e civile (ben prima del conseguente “miracolo economico”) che fu l'Assemblea Costituente – da cui nacque la Repubblica Italiana; e alla diffusa rinascita culturale, artistica, scientifica, letteraria, civica, intellettuale che poi seguì, in quegli anni di immediato dopo guerra (o, post noctem).

Questo è un modo di pensare; poi c'è un altro modo ugualmente lecito – il pensiero entropico.

... “*così è la vita*” – scrive invece Primo Levi, nel suo racconto “Carbonio” –, benché raramente essa venga così descritta: un inserirsi, un derivare a suo vantaggio, un parassitare il cammino in giù dell'energia dalla sua nobile forma solare a quella degradata di calore a bassa temperatura. Su questo cammino all'ingiù, che conduce all'equilibrio e cioè alla morte, la vita disegna un'ansa e ci si annida. Ecco, io credo che in questo momento sta a noi decidere (non sono tante le occasioni in cui all'Umanità vien dato veramente di pensarsi alla prima

persona plurale, questa è una di quelle): vogliamo permanere – non necessariamente per sempre; ma, ancora un po’ – in quest’ansa ricavata nel cammino all’inghiù dell’entropia, in attesa del mattino prossimo venturo? Allora disponiamoci a ripartire: ma non certo dal punto interrotto, come nulla fosse, per proseguire nella stessa direzione in cui eravamo follemente avviati – verso l’autodistruzione. Disponiamoci a ripartire dalle tante scoperte di questa lunga notte: dalla bellezza del silenzio e da quella del dialogo, della condivisione, della socialità e delle relazioni personali; dal valore della competenza, dell’esperienza e dell’inventiva – in campo scientifico come in quello culturale e artistico –, dalla solidarietà e dedizione valori inestimabili, dal concetto prezioso di “bene comune” – che si tratti del Servizio Sanitario o del sistema educativo o dei Servizi Sociali – da sostenersi pagando tutti le tasse; dal calo delle emissioni di CO₂. Ci siamo capiti. Oppure ... è giunta forse l’ora di adeguarsi alla curva entropica, che conduce “*all’equilibrio e cioè alla morte*”: questo è quanto accadrà se il linguaggio “guerresco” resterà radicato nelle nostre menti, se non sapremo vederci nel tempo della liberazione, del dopo guerra – allora ci servirà una società rigida, “dura”, capace di opporsi con mezzi “bellici” sempre più “vigorosi” alle successive crisi – che di certo arriveranno, sempre più frequenti, ravvicinate. Ci servirà una società in cui la gestione del potere sappia essere prima di tutto efficiente. Poi, ... più efficiente. Chi sono stati “i più bravi” ad affrontare la crisi? I cinesi – possiamo già dirlo con buone probabilità di riscontro. Dunque, quello è il modello di società da seguire... Non so. Di una cosa sono certo: nulla, sarà “come prima”. Lo vedo negli occhi della gente che incontro per strada o al negozio, quando esco per fare la spesa, sopra il naso coperto dalla mascherina. Credo che mai, i nostri neuroni a specchio siano stati sollecitati come in questi giorni: la sorpresa di “vedere” per la prima volta che l’altro – tutti gli altri – sono io; e che ognuno è, per l’altro, insieme oggetto di curiosità, d’interesse, di desiderio, di gratitudine per il solo fatto di esserci, essere lì a vendermi le sigarette, o a comprare il pane che gli vendo – e di paura; perché ognuno può essere “l’assassino” – cioè, io sono, forse, l’assassino.

“*Non c’è notte sì lunga ...*” La paura è positiva, a patto di non entrare in cortocircuito e trasformarsi in angoscia autodistruttiva o in aggressività immotivata. Ora che ci penso – di un’altra cosa, sono abbastanza fiducioso: quando tutto questo sarà passato, i cineasti di tutto il mondo ci sapranno proporre una quantità di horrors di magnifica, inusitata creatività e suggestione.

di Bruno Agnetti

Caro Marco, accidenti che commento intenso quello di Gallicani Piergiorgio al tuo profondo articolo. Da tempo eravamo “fuori controllo” aggravato dalla incapacità di comprendere (arroganza del potere) le accelerazioni che ci hanno portato ad essere l'estremità dell'imbuto così estremo da diventare un puntino “insignificante” per un coronavirus!

La profonda crisi del “dato per scontato” ha prodotto senz'altro un adattamento repentino di molti comportamenti ma non credo che questo abbia inciso negli animi e abbia riportato valori pre-esistenti (alcune persone o gruppi li hanno comunque sempre coltivati). La paura invece c'è... aumenta non con le notizie del telegiornale o dei talk show (che restano legati all'intrattenimento anche se parlano di tragedie). Questo stigma resta, non si cancella... ci sono i conduttori, le luci, i volti noti, la pubblicità. A volte appare all'improvviso e risulta addirittura di cattivo gusto. Ma quanta pubblicità c'è? È informazione o spettacolo? Che approfondimento o che riflessioni possono fare le persone? La paura abissale aumenta in modo direttamente proporzionale alle ultime pagine della Gazzetta!

Il singolarismo è incrementale. È molto complicato ricostruire una cultura individuale e collettiva nuova. Tutto ciò è orrendamente complicato dalle importanti difficoltà dei singoli, sempre più numerosi, che si trascinano dietro veri problemi personologici come ad esempio gli antisociali ai quali non ne può fregare di meno di mascherine o di #iorestoincasa.

Apparentemente alcune autorità ed alcune istituzioni non si sono fatte onore e così come coloro che in questi giorni si fanno onore (di norma silenzioso ed appartato) sono distanti dalle prime perché a volte sono proprio state alcune autorità o istituzioni che hanno propagandato nel tempo “lo status morale superiore”.

Forse potrebbe essere questo il punto dove possa stare inserirsi una rinascita o un rinascimento (per chi ne sarà capace): il bene comune che diventa valore primo senza nessuna altra autoreferenzialità superiore.

di Marco Ingrosso

Caro Bruno, caro Piergiorgio, grazie dei vostri interventi che iniziano a riempire di contenuti le domande poste dal mio intervento! Innanzitutto vi è da riflettere sui tempi: la notte man mano continua a spostare i suoi confini e noi tutti cerchiamo di attrezzarci per sopravvivere a tempi sempre più lunghi. Finora mi sembra che complessivamente ce l'abbiamo fatta, ma ora vedo segnali di cedimento, di forte nervosismo per i contagiati e i ricoveri che non stanno diminuendo, per le diverse realtà dei territori, per (i pochi o molti?) “antisociali”, come dice Bruno, che fanno di testa loro e non si adattano alle restrizioni. Già cominciano arrivare gli avvisi che si andrà oltre il 3 aprile e probabilmente si arriverà fino a maggio, se non a giugno! Però sono d'accordo con Piergiorgio che il “dopo” ci sarà, prima o poi: importante è come ci si arriverà, come si potranno smaltire le tossine accumulate e ripartire con la giusta “esperienza” e “prudenza”, più che a passo di carica, tenendo “a memoria” cosa dobbiamo fare – singolarmente e collettivamente – nei prossimi mesi e anni.

Anch'io da tempo ho una forte allergia per le metafore di tipo bellico usate in sanità, in primis per i riflessi sociali di tutto questo: come dice Piergiorgio, dobbiamo andare verso una società dai comandi militarizzati e centralizzati (tipo Sparta) o preservare la democraticità di Atene, sviluppando però senso di responsabilità e impegno, coesione, senso del bene comune, nuove forme di organizzazione e così via! Ma vi sono anche motivi non meno profondi che riguardano l'idea di salute che vogliamo perseguire: ossessionata dai rischi che ci minacciano ovunque o attenta a combinare resilienza, salutogenesi (processi che originano salute) e contenimento delle patologie, cambiando le dinamiche ecologiche che ci legano al nostro ambiente di vita? Dobbiamo coltivare un senso di superpotenza tecnologica e iperprevedibilità (società securitaria) o accettare che esistono anche larghi margini non conosciuti, non prevedibili? che non è facendola “da padroni” che ci salveremo ma coltivando delle capacità di adattamento, di flessibilità, di prudenza e saggezza.

In questo tempo abbiamo visto all'opera tre macro-modalità di affrontare questa emergenza: quello della società cinese, molto direttiva, molto drastica, molto efficiente, ma che subito ha teso a negare l'emergenza (addirittura punendo i medici che la segnalavano); quello della società europea (in primis il modello italiano) che ha tentennato all'inizio, ma poi ha cercato di accompagnare

misure sempre più drastiche col coinvolgimento della popolazione, con una certa libertà dialettica e con misure organizzative articolate fra autonomie locali e direttive comuni. In questo la struttura della Protezione civile ha giocato ancora una volta un ruolo molto positivo e importante, ma anch'essa andrà affiancata da nuovi strumenti in campo scientifico e in quello operativo. Anche l'Europa sta tentennando, dando ancora segnali contraddittori, ma sembra che si muova: ancora una volta capiamo che non se ne può fare a meno, ma vorremmo di più perché la realtà dei fatti lo richiede. Vi è poi il modello anglosassone e neo-sovranista che sta dando risposte pessime, fortemente inadeguate (per non dire scandalose!) mostrando tutti i limiti di un pensiero che oscilla fra difensivismo verso "gli altri", darwinismo sociale, fai-da-te allergico allo stato, ipereconomicismo cieco.

Come ha scritto Tarquinio sull'Avvenire, si tratta di "un'aspra abdicazione" di (una molto lontana) leadership morale!

Teniamo quindi monitorato questo tempo e ciò che si può fare ora, perché molto del prossimo futuro dipende da ciò che – nel bene e nel male – si co-costruirà in questa fase, compreso l'immaginario del futuro desiderabile verso cui vogliamo dirigerci. A presto!

di Bruno Abati

Caro Marco, ti invio alcune riflessioni di questi giorni. Io, individuo umano, sono di fronte all'Altro e cioè: **a)** alla comunità della natura umana con cui interagisco; **b)** alla natura planetaria che ci ospita e ci offre i suoi doni, e perciò le va riconosciuto rispetto, diritti, tutela.

Non è stato così per secoli. La comunità umana si è combattuta per motivazioni politiche, economiche, sociali, e continua così, oggi, in varie parti del mondo. La natura planetaria è stata devastata, piagata, desertificata, inquinata da colui che ne era stato dichiarato signore, padrone (in pratica sfruttatore all'infinito).

Possiamo, dobbiamo chiederci che cosa stiamo imparando, già da prima del coronavirus e ora con la pandemia. Cosa potremmo capire, progettare e decidere di fare. Già da tempo è notevolmente cresciuta la sensibilità e la consapevolezza che la terra-natura va rispettata e tutelata profondamente se ci teniamo a sopravvivere e soprattutto a vivere una vita buona. È un sapere che si diffonde sempre di più e si traduce in pratiche positive, anche se tanto resta da fare.

- Ma la situazione attuale che cosa potrebbe ancora insegnarci? Comincio dalla solitudine e dal silenzio, che spaventano molti, abituati alla compagnia, alle chiacchiere, ai divertimenti, al rumore. Il risultato potrebbe essere duplice: oltre a guardare la televisione, telefonare a destra e manca, annoiarci, perché non lasciare qualche spazio alla meditazione (e i temi sarebbero tanti), alla preghiera per chi crede, alla riflessione sul senso dell'esistenza, della malattia, del dolore, della morte, sul senso della bellezza e gratitudine di fronte al mondo in tutta la sua varietà, a nuovi modi di incontrarci, stare insieme, a nuove e creative attività di tempo libero, ecc...
- Uno dei caratteri principali della cultura, specialmente negli ultimi 30-40 anni è stato un marcato individualismo, del tutto estraneo a ogni forma di solidarietà (eccetto durante gli episodi di disastro collettivo). Ora la situazione è idonea al ripresentarsi di forme varie di dedizione, dono di sé, solidarietà e fratellanza, che ci uniscono in questo periodo di paura, dolore, solitudine e smarrimento. Ne sono speciali esempi: i medici, infermieri e altri operatori sanitari impegnati a fondo, con tanta fatica e rischio di morire per curare e salvare i contagiati, oltre che gli altri pazienti; poi ci sono varie forme di volontariato, in particolare riguardanti

gli anziani, i disabili, gli indigenti (per fare la spesa, per assicurare e tenere compagnia); molto belli anche i canti collettivi dai balconi (Fratelli d'Italia e altri canti) per corroborare tutti insieme il senso di fratellanza, che ci unisce in questi momenti, e per manifestare tutta la gratitudine e il sostegno della popolazione nei confronti dei medici, infermieri, volontari della protezione civile. Senza pensare, ora, a un cambiamento profondo del nostro stile di vita, è possibile tuttavia che questi sentimenti e comportamenti si consolidino in qualche modo, con conseguenze importanti nelle nostre relazioni interpersonali e sociali;

- La scala che si è percorsa finora per far fronte al coronavirus è stata: restrizioni e norme rigide di salvaguardia della nostra sicurezza, seguite da preoccupazioni per la nostra economia recessiva da riattivare (sperando nei tempi non lunghi); inoltre progressivi interventi per il sistema sanitario: ricerca posti letto, costruzione di ospedali, ricerca di medici e infermieri,...; sul piano tecnico acquisto di mascherine e altri presidi, trasporto di bombole di ossigeno negli ospedali, macchine per le terapie intensive, ecc.... Infine la politica che, acquisendo maggiore autonomia ha cominciato a coordinare le misure restrittive, a programmare un insieme complesso di interventi per il welfare, l'economia, la scuola e l'Università, le tutele economiche per i lavoratori subordinati e autonomi, supportando tutto ciò con un cospicuo fardello di miliardi e molteplici misure attuative. L'obiettivo, oltre che fermare la pandemia, è quello di porre le basi per il ripristino delle condizioni basilari del vivere individuale e associato: liberazione dei cittadini dalle restrizioni imposte; rafforzare il sistema sanitario pubblico; favorire la ripresa dell'economia e dell'occupazione; avviare misure per la tutela ambientale e contro il riscaldamento climatico.

Ciò che ci si deve chiedere è se sia possibile non solo la semplice ripresa delle vecchie abitudini, ma una reale innovazione negli ambiti sopra accennati e di che tipo. Difficile rispondere, ma voglio comunque esprimere una serie di considerazioni:

- anzitutto, credo che vada ripensato il rapporto tra beni-attività privati, pubblici e comuni, nella cornice di un orientamento di fondo volto ad una integrazione restaurativa/innovatrice del rapporto natura umana-natura planetaria. Compito immenso, che esige innanzitutto una piena presa di consapevolezza e un riorientamento culturale praticabili attraverso

l'intervento della politica come principio di sintesi dei più diversi apporti e attraverso il ripensamento radicale dell'educazione e formazione a tutti i livelli di età. Utopia forse. Ma il problema bisogna porsi;

- un secondo approccio è il coordinamento tra la gestione dei beni pubblici e dei beni comuni, con i beni privati da rendere coerenti con tale coordinamento. Mi soffermo per ora, in particolare, sui beni comuni perché è soprattutto qui che si gioca la posta decisiva della democrazia, del cambiamento dei modelli produttivi, gestionali e di controllo, della collaborazione cooperativa e comunitaria per la tutela dei beni appartenenti a tutti. Facciamo degli esempi di beni comuni e delle responsabilità che dovremmo assumere:

a) Tutela dell'aria: l'inquinamento atmosferico è generato da una molteplicità di fonti: sistemi centralizzati (produzione energia), mezzi individuali (auto, moto), carenze nella bonifica di impianti industriali inquinanti, ecc... I rimedi ipotizzabili possono essere: il trasporto pubblico elettrico (gestito in condivisione tra Comune e comitati di cittadini); produzione di energia a piccola scala (uso capillare del fotovoltaico, idroelettrico di piccola taglia, interventi vari di risparmio energetico nelle abitazioni. Qui è determinante l'impegno dei cittadini singoli e associati);

b) Tutela dell'acqua: diffusione di interventi per il risanamento e quindi potabilizzazione dell'acqua; interventi idraulici generalizzati per la riduzione degli sprechi, manutenzione continua degli acquedotti che disperdono mediamente il 35% e oltre dell'acqua, comportamenti rigorosi di risparmio sia nelle abitazioni che nelle aziende. Anche qui è necessaria la stretta collaborazione tra enti locali e gruppi o comitati di cittadini;

c) Conversione produttiva: in funzione di decrescita, eliminazione o riduzione di merci inutili o dannose o nocive alla salute; eliminazione o riduzione massima dell'inquinamento generato dagli impianti di produzione o dalle coltivazioni agricole tradizionali o dagli allevamenti di bestiame (mangiare meno carne è tutta salute); riduzione sprechi e rifiuti attraverso recupero, riciclaggio, riuso. Su questo piano (ma non solo questo) essenziale è l'introduzione di precise forme di democrazia partecipativa all'interno delle aziende con l'apporto ideativo-

contrattuale dei sindacati, delle amministrazioni locali, dei comitati dei lavoratori, coinvolgendo anche altri cittadini.

d) La Scuola e la conoscenza: grandi beni comuni che vanno sottratti al solo governo dello Stato, quanto piuttosto affidati all'elaborazione della pluralità dei soggetti che agiscono all'interno della scuola, a partire da insegnanti, studenti, genitori in forma associata comune per comune, provincia per provincia, ma anche con l'apporto di enti locali e di cittadini. Con l'obiettivo di formare innanzitutto cittadini, non solo lavoratori e con l'istituzione di forme di educazione degli adulti permanenti per tutti coloro che desiderano arricchire le proprie conoscenze e partecipare attivamente alla vita pubblica;

e) Il Sistema della Salute, che va sburocratizzato e gestito in primo luogo dalle comunità degli operatori con il contributo determinante di cittadini, esperti e non, associati;

f) L'Ambiente: oltre la lotta contro gli inquinamenti, sono urgenti, improrogabili tutti gli interventi per fermare il surriscaldamento del clima, non solo per scongiurare disastri, ma anche per segnare una svolta profonda nel rapporto natura umana – natura planetaria;

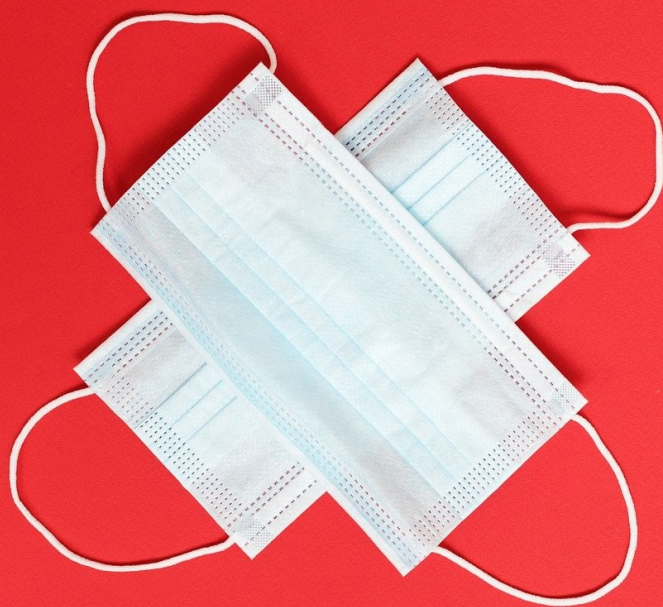
g) La Politica, lasciando da parte leggi elettorali, taglio dei parlamentari, ecc..., i cittadini dovrebbero impegnarsi ad attivare una politica dal basso attraverso le varie forme avviate in questi ultimi anni: bilancio partecipativo, strumenti vari per la discussione e la presa di decisioni nel rapporto con gli Enti locali per l'attuazione degli interventi co-decisi; costruzione di strutture dedicate ai cittadini per lo svolgimento di tutte le attività come discussione, progettazione, decisione. E magari inventandone altre.

Mi fermo qui. Le indicazioni sono molto sommarie e apparentemente astratte, ma è una volontà rinnovata di incontro, cooperazione, solidarietà, assunzione di responsabilità che ci auguriamo possa nascere dall'esperienza del coronavirus, che può aprire il varco ad un clima di autentico rinnovamento. Tenendo conto che non possiamo attenderci granché dall'alto, servono piuttosto capacità di iniziativa, creatività, assunzione di responsabilità per stimolare i cittadini ad agire. Abbiamo di fronte dei problemi enormi da affrontare e risolvere, non lasciamo cadere gli insegnamenti che avremo acquisito dalla dolorosa esperienza della pandemia.

L'insegnamento del Coronavirus

di Pietro Pellegrini

24 Marzo 2020



In poche settimane la circolazione del Coronavirus ha messo in crisi molte acquisizioni, certezze, linee che sembravano consolidate. Il virus sta profondamente modificando sanità, economia, società e politica e aperto diverse contraddizioni. Per questo mi pare essenziale una riflessione sulla lezione del Coronavirus, intendendo con questo un tentativo di comprendere quale sia l'insegnamento che viene inatteso, indesiderato e dall'esterno.

In modo non organico proverò ad evidenziare alcuni punti.

La salute

Secondo la nostra Costituzione la salute è un diritto individuale e interesse della collettività. Viene posta al centro la persona, la sua volontarietà alle cure e il principio di autodeterminazione sono diritti fondamentali della persona da assicurare, insieme alla dignità, in ogni contesto e condizione giuridica.

Nel corso degli ultimi decenni i diritti individuali sono stati via via ampliati (divorzio, aborto, procreazione assistita, unioni omosessuali, questioni di genere, fine vita) e progressivamente distanziati dai c.d. "diritti sociali" all'istruzione, al lavoro e alla tutela dell'ambiente, alla cultura.

Si sono enfatizzati i "determinanti individuali" della salute (stili di vita) rispetto a quelli sociali e ambientali ben sapendo che il peso complessivo dei diversi fattori è diverso e non più del 50% della salute dipende da condotte individuali.² Tuttavia questo, nell'ambito della privatizzazione anche della sofferenza, ha portato ad uno scarso interesse e consapevolezza rispetto a determinanti quali clima, inquinamento, istruzione, lavoro, reddito, casa, quartiere di residenza, tipi di servizi sanitari e sociali.

Le ricerche sulle differenze nelle aspettative di vita nei diversi paesi del mondo, in Europa, nelle regioni italiane, ma anche in singole città sono molto significative. A Torino, ad esempio, in un raggio di circa 7 km si registra una differenza di aspettativa di vita di quasi 4 anni.³

Il Coronavirus evidenzia con forza come i diritti individuali e sociali debbano essere fortemente intrecciati e ciò riporta alla qualità del "patto sociale".

Non vi può essere un diritto alla salute senza un sistema sanitario che per la stragrande maggioranza delle persone non può essere che un welfare pubblico universalistico. Questo non esiste senza una politica sociale e ambientale orientata in tal senso, cioè tesa a promuovere il bene comune rispetto ad interessi di parte.

² Macciocco G. *I determinanti della salute. Una nuova, originale cornice concettuale*, saluteinformazione.info, 2017.

³ Giuseppe Costa, Morena Stroschia, Nicolàs Zengarini, Moreno Demaria (a cura di) *40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche* Ed. Inferenze, 2017.

La salute di ciascuna persona è connessa a quella dell'altra e alla qualità dell'ambiente. E qui, il Coronavirus apre un'apparente contraddizione, in quanto per il bene di tutti occorre limitare contatti e relazioni. Quindi prendersi cura di sé e dell'altro non invoca l'abbraccio ma la 'giusta distanza' e le necessarie precauzioni.

La salute è quindi diritto fondamentale individuale e relazionale ma anche bene comune.

Nell'ottica privatistica ampiamente sostenuta specie nei media dove spesso si è inneggiato al privato come sistema migliore del pubblico, la salute diviene invece un bene solo individuale, la sanità può essere comprata, in genere dal privato, direttamente o mediante l'assicurazione come insieme di prestazioni (rigidamente definite ex ante), in una giungla nella quale "*chi non ha non è*" (Basaglia) in condizione di curarsi. Una sorta di selezione naturale, dove il più forte vince, si afferma nella salute come nell'economia.

In questa logica, la responsabilizzazione del singolo ha diversi risvolti, da quello di combattere l'assistenzialismo prodotto dai sistemi di welfare pubblici (che scompaiono insieme a loro) a quello di migliorare la cura di sé. In certi casi non solo di autodeterminarsi, magari sostenuti da migliori conoscenze o da "dr. Google", ma anche di autoprescrivere esami e terapie. Giungendo persino ad esigerli nei tempi e nei modi anche laddove esistono sistemi sanitari pubblici. Il "cliente esigente" e "prepotente", convinto di andare al "supermarket della salute", incontra spesso difficoltà. Ne deriva un incremento delle rivendicazioni che si accompagna alla messa in ombra, sia da parte delle persone che del decisore politico, della natura del patto (la genericità dei livelli essenziali di assistenza) e del tipo di titolo che dà diritto ad usufruire dei servizi. In quelli finanziati dalla fiscalità generale ad esempio il pagamento delle tasse nei quali il peso dell'evasione fiscale diviene un elemento fondamentale ma quasi totalmente rimosso. Altre variabili concorrono all'attuale situazione, compresa la modificata relazione medico-paziente passata non solo da paternalistica a paritaria ma in diversi casi si è arrivati a mettere in discussione la stessa competenza a curare e sono sempre più frequenti le aggressioni ai sanitari. Welfare a "domanda individuale" e welfare pubblico divengono inconciliabili.

La crisi del patto sociale

Non serviva il Coronavirus per vedere la situazione. Vi erano già state altre malattie infettive ma anche gli effetti sulla salute della crisi economica e sociale del 2008 erano molto evidenti. Purtroppo questi non hanno cambiato le politiche neoliberiste che, con la minaccia del deficit e del default, hanno spinto ancor più alla distruzione dei sistemi di welfare. Un sistema questo che deve fondarsi su politiche che mirano a ridurre povertà, disuguaglianze, vulnerabilità. Solo in questo quadro si può pensare al sistema sanitario come la più grande opera pubblica del nostro Paese (Rosy Bindi, 2018). Il Coronavirus fa dire a tutti che il

sistema di welfare pubblico universalistico è fondamentale ma per rilanciarlo occorrono risorse, culture, politiche. Bene gli interventi urgenti ma un sistema di competenze altamente specialistiche richiede tempo, formazione, investimenti. Un sistema che preveda un nuovo rapporto di comunità dove affrontare cronicità ed eventuali emergenze.

Oggi, vista la crescita dell'infezione è grande la preoccupazione per la sua tenuta e lo scenario di persone non assistite per mancanza di posti letto in rianimazione e terapia intensiva può farsi reale. Questo il rischio, specie se l'infezione dovesse diffondersi per l'indifferenza dei cittadini o magari perché l'economia deve continuare e non può fermarsi. O non si tratta di rivedere le priorità? A prendere umilmente coscienza del limite e dell'essenziale?

Il Coronavirus non è circoscrivibile a gruppi specifici

Il Coronavirus non è circoscrivibile a gruppi specifici da stigmatizzare, isolare e combattere (il tentativo di associare il Coronavirus ai cinesi è stato ben presto travolto dalla realtà) secondo una logica che tende ad identificare, e se serve a creare, un nemico che minaccia la nostra sicurezza verso il quale incanalare malcontento, rabbia e rivendicazioni. Fino a giungere, nel caso dei migranti, a mettere nello stesso problema chi lo sfrutta, chi lo subisce e chi cerca di affrontarlo ("buonisti", ong) omettendo cause e responsabili e, al contempo, deresponsabilizzando la persona verso l'altro, giungendo ad avvalorare, persino a praticare e teorizzare l'omissione di soccorso verso i naufraghi. Questa purtroppo è la cultura che si è disseminata su una base di qualunquismo e individualismo talora poco colto e opportunistica ("non politicamente corretto") ed oggi non è facile chiamare all'esercizio della responsabilità, intesa come contributo individuale, come farsi carico per la propria parte di un problema.

Che siano i migranti, gli ebrei, gli zingari, i gay, i malati psichiatrici o i drogati, o persino le donne poco importa: sono i "diversi". Si può utilizzare un meccanismo proiettivo molto utile per il consenso, dando anche l'impressione che problemi complessi possano trovare facili soluzioni nella discriminazione dell'altro magari con "muri" reali o psicologici.

Il Coronavirus dimostra che i muri non sono possibili, siamo ormai tutti connessi in un destino comune. A questo si aggiunge che il nemico è invisibile e le persone se stanno molto male e sono a rischio vita non possono trovare risposte privatamente. Specularmente viene da chiedersi a quale comunità si fa riferimento? Ed oggi che il virus può colpire tutti, può scomparire in un attimo la "società liquida" e delle "vite di scarto"?⁴ Una società frammentata, sommersa, per quanto sempre più angosciata identificato un nemico comune, diviene solidale? O invece siamo di fronte a società dell'individualismo egoistico ed

⁴ Bauman Z. *Vite di scarto* Ed. Laterza, 2005.

egocentrico, unito solo per mera contingente ed inevitabile convergenza di interessi? In queste condizioni, il sommerso, le varie venature e fratture, ora coperte dall'emergenza, al termine della stessa non riemergeranno in modo deflagrante? Solo ora in piena pandemia, l'Unione Europea i cui paesi prendono provvedimenti non coordinati, ipotizza di rivedere il patto di stabilità.

L'impatto del Coronavirus

Il Coronavirus non solo è invisibile ma anche sconosciuto e i tentativi di inquadrarlo trovano molte difficoltà. L'analogia con il virus dell'influenza non pare adeguato se non per le forme lievi. Il Coronavirus dà un ampio spettro di manifestazioni e gravità (nel 10% polmonite interstiziale) tanto da richiedere un ricovero di 3-6 settimane in terapia intensiva o rianimazione con livelli di letalità del 3,5% circa rispetto agli infettati, ed una prevalenza nelle persone anziane e con altre patologie. Questa situazione mette in crisi il servizio sanitario pubblico già in difficoltà per i tagli di personale (quasi meno 10% in dieci anni) e le carenze (in Italia circa 5300 posti in terapia intensiva contro i 30mila della Germania) cui si aggiunge la scarsa propensione ad affrontare emergenze ambientali e infettive.

Queste ultime hanno connotato la storia dell'uomo e sono state troppe volte date per vinte o dimenticate. Invece persistono: si pensi alle morti per dissenteria per acqua infetta, denutrizione e carenze assistenziali. Ma quello è il terzo, quarto mondo, dove nel disinteresse dell'occidente imperversano guerriglie, guerre, depredamento di risorse, siccità, Aids e mortalità infantile impressionante.

Se il denaro torna ad essere mezzo e non fine, se al centro torna la vita delle persone avremo capito la lezione del Coronavirus. Questo sposta anche l'attenzione alla casa della persona come vera "casa della salute". Una casa non isolata ma connessa (vicinato, internet), non abbandonata ma sostenuta con strumenti nuovi (Budget di salute), con i servizi essenziali (basta sfratti, distacco utenze, e i senza tetto? ecc.). L'invito a restare a casa, a limitare i rischi, dato per ridurre il diffondersi dell'infezione, può essere l'occasione per un nuovo welfare di prossimità e di una nuova socialità.

In questo la società dell'innovazione può dare un forte contributo non solo negli ambiti del lavoro e istruzione (a distanza ecc.) ma anche nella cura (Home care, le nuove tecnologie). Un'innovazione dei servizi, ancora a volte legati a modalità operative rituali, un po' ripetitive, burocratiche e talora inconcludenti (i tavoli ecc.).

L'ospedale segna la sua rivincita ritornando centrale come in passato o la crisi annuncia la necessità di un altro coraggioso passaggio nella ridefinizione delle sue funzioni e nel rapporto con il territorio? L'emergenza ha anche evidenziato come sia da rivedere la divisione fra Sanità Pubblica e Cure Primarie e come non risulti funzionale l'assetto di molti

Servizi di Salute Mentale che sommati alla frammentazione dei Servizi Sociali rendono difficile il sostegno a domicilio delle persone più fragili e spesso povere.

Riprendere interesse a come vivono le persone, a come crescono, comunicano e relazionano, riporta al centro l'idea di destino comune, di impresa di comunità in grado di capire e vivere il territorio, l'ambiente e la qualità creando benessere.

Rispetto al Coronavirus la società della conoscenza e della tecnica ha mostrato limiti e incertezze, comprese quelle tra i virologi. Una situazione che ancora non si è pienamente ricomposta. Abbiamo bisogno di studiare, ricercare, sperimentare. Ma anche di capire quale possa/debba essere l'uso sociale e politico delle conoscenze e delle scoperte (ad es. la lotta per i costosi farmaci anti HIV dei paesi poveri ecc.). Le indicazioni che si stanno dando sono ancora quelle di Semmelweis (1818-65)⁵. Rispetto alle malattie virali la medicina sa di più del passato ma ancora non ne conosce molti aspetti. Appare quindi grave aver trascurato la ricerca. Si assiste ad un'impreparazione generale nell'affrontare l'emergenza, pensata come 'impossibile' ma testimoniata dal fatto che l'organizzazione sanitaria non riesce a proteggere adeguatamente gli operatori della sanità⁶ risultando incapace di dotarli di dispositivi individuali di protezione. Carenze che sono un forte atto di accusa verso tutta la classe dirigente.

Rischi, sicurezze e diritti

Secondo le proiezioni, nel 2050 il pianeta avrà 10 miliardi di persone, una dimensione mai raggiunta che implica un altro rapporto con il territorio, le risorse, il clima. Servono nuove forme di relazione con gli animali, le piante e va ritrovato un equilibrio con la natura. Anche la spinta all'urbanizzazione, alla vita nelle città metropolitane con decine di milioni di abitanti vanno forse ripensate. Globale e locale sono scenari nuovi e inediti per l'umanità.

Sono bastate le misure antivirus e la velocità è diventata lentezza, le distanze si sono allungate, l'Europa e altri continenti ritornano lontani e irraggiungibili. Voli aerei, alte velocità diventano inutili, ritornano i confini (chiusi).

Se la globalizzazione è frutto di un mix tra innovazione ed esiti del colonialismo, sotto l'egida di un sistema neoliberista e incentrato sul denaro come significante globale del valore (indici di borsa e spread anche in questi giorni connotano insieme ai dati sull'infezione il timing quotidiano) oggi la diffusione del Coronavirus dimostra come vi sia bisogno di un'altra globalizzazione quella della solidarietà, della collaborazione, della pace, per un'umanità che sa fronteggiare il rischio derivante anche dal cambiamento climatico

⁵ Celine L.F. *Il dottor Semmelweis* Einaudi, 1975.

⁶ Bentramello C. *Salvare gli operatori sanitari* Saluteinternazionale.info, scaricato 12 Marzo 2020.

(rispetto al quale vi è ancora il negazionismo e l'inconcludenza della politica), al rischio chimico e nucleare.

Nella società del rischio (Ulrich Beck)⁷ si deve esplicitare come non esista il “rischio zero” ed occorra valutare rischi/benefici, condividerne le gestione attraverso la partecipazione per creare, insieme, sicurezza. Oggi nella valutazione entra la percezione del rischio la quale è fortemente deformata e sembrano non valere i dati statistici. Ad esempio i dati sulla criminalità, sugli omicidi non hanno avuto alcun effetto nel correggere la percezione del rischio di reati. Lo stesso parere degli esperti è stato più volte attaccato e ridicolizzato. Questo unito allo scarso prestigio della politica, che in passato ha avallato anche tesi complottiste o strizzato l'occhio ai “no vax”.

I cittadini rispetto al Coronavirus hanno avuto difficoltà ad avere una corretta percezione del rischio e di conseguenza delle condotte da tenere. Basta guardare le oscillazioni delle posizioni di diversi leader politici. Molti rischi per la salute sono taciuti (i morti per l'inquinamento dell'aria PM 2,5 e 5 sono circa 50mila all'anno) o fortemente opacizzati (tabacco, alcool, inquinanti ambientali, morti sul lavoro) pur essendo fortemente correlati con morbilità, mortalità non solo individuale ma anche degli altri (si pensi agli incidenti stradali). Solo la ‘droga’ è oggetto di una persistente e inutile ‘guerra’ che non produce effetti se non quelli di criminalizzare i consumatori e piccolo spaccio e di mantenere attivo un mercato sempre in espansione, anche grazie ad internet dove vengono commercializzate le nuove sostanze psicoattive (NSP). Con il Coronavirus riemergono sottilmente nell'immaginario (e in internet) lo spettro della contaminazione, dell'igiene, del complotto. Temi che evocano anche inquietanti ricordi, specie se si collegano ad azioni che invocano ordine, pulizia, purezza e per qualcuno cinicamente, una sorta di ‘rottamazione’ dei vecchi.

Di fronte al riapparire della morte nello scenario pubblico come pericolo (mentre per il singolo la morte per Coronavirus avviene nella massima solitudine tecnologica, nell'isolamento dai parenti, senza religiosi), l'incombere della malattia che improvvisamente ed in modo imprevedibile, irrompe nella vita delle persone, la deformazione del rischio, la sua metamorfosi, da privato a pubblico rappresenta uno dei punti chiave nella ridefinizione del patto sociale, delle responsabilità e del rapporto tra gestione dei rischi/benefici e fra forme di governo (democrazia / dittature), diritti e doveri.

Insieme ai disturbi mentali, le malattie infettive vedono la possibilità di ordinare in forza di leggi provvedimenti sanitari obbligatori. Una questione che anche recentemente ha visto opposizioni si pensi ai no vax che hanno per altro presentato una lista alle recenti elezioni nella Regione Emilia Romagna.

⁷ Beck U. *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, 1986, Carocci Ed. 2000.

Il tema dei vaccini, al di là del merito, chiama in causa il rapporto volontarietà/obbligatorietà-coercizione e quindi quello dell'autodeterminazione. Se lo scopo dei provvedimenti sul Coronavirus, a fin di bene, è quello di ridurre la diffusione attraverso la limitazione della libertà, credo possa aprire una questione molto profonda specie se dovesse prolungarsi nel tempo.

Le conseguenze della riduzione della socialità è già apparsa in tutta la sua drammaticità nelle carceri. Se vivono angosce, abbandono e disperazione le comunità chiuse possono divenire ambiti molto pericolosi.

“La guerra al virus prima di tutto”. Speriamo che le misure miranti a ridurre i contatti possano dare in tempi ragionevolmente brevi, risultati significativi. Tuttavia se il rischio dovesse continuare dovranno essere adottate altre misure. Gli scenari futuri appaiono inquietanti e viene da chiedersi se si stia andando verso una “serrata generale” o “coprifuoco sanitario”?

Dovremo accettare una diffusione del virus rassegnandoci ad una sua (inevitabile) diffusione?

Certo se tutto dovesse continuare si dovranno trovare altre misure. Ad esempio non si possono diffondere a tutta la popolazione strumenti per fronteggiare il rischio (le mascherine protettive da usare obbligatoriamente, associate al lavaggio delle mani, e alle altre misure indicate nelle norme, nonché diffusione dei tamponi) trovando il modo di proteggere tutti e di ridurre al minimo l'impatto sulla libertà individuale?

A questo punto, per chiudere, la domanda che si ripropone è: a chi appartiene la vita? Sembrano tempi lontani, ma fino al dopoguerra la vita apparteneva allo Stato o a Dio (e per molti è ancora così).

Può appartenere ed essere della persona, costituiva della persona ma solo se questa la pensa come parte dell'altro, nella reciproca responsabilità e libertà. In questo momento la riconquista della libertà passa per la responsabilità e la partecipazione di tutti.⁸

Prof. Pietro Pellegrini

**Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche
Ausl di Parma**

8 <https://www.battei.it/2020/03/24/la-lezione-del-coronavirus/>

COMMENTI

di Marco Ingrosso

Caro Pietro, sono molto contento del tuo contributo che comincia a dare delle possibili risposte alle domande che ponevo nell'intervento su "Resistenze e apprendimenti ai tempi del coronavirus", ossia se "*si accentueranno gli elementi disgreganti dei legami sociali, mantenendo le chiavi interpretative pre-crisi o cominceranno ad emergere nuove esigenze di ricorrere a strumenti collettivi, a solidarietà, a vicinanze di cui da tempo si diffidava?*"

Certamente queste domande restano aperte in quanto il gioco delle idee e forze sociali, come dicevo, evidenzia forti contrasti che possono portare ad esiti molto diversi e forse del tutto opposti. Decenni di involuzione non solo politica ma anche culturale – prima di orientamento neoliberista e poi securitario-sovranoista (con eventuali esiti incombenti di "fritto misto") – non si cancellano in breve tempo. Ma proprio per questo è bene discutere di una diversa lezione/apprendimento che si può trarre dalle vicende in corso e che non dovranno essere dimenticate in un "dopo" che, magari nell'enfasi della ripresa della vita, continui, quasi senza accorgersene, a ripercorre le strade conosciute e praticate precedentemente.

Sicuramente il tema è complesso in quanto non è la singola situazione "fuori controllo" che probabilmente può produrre una svolta collettiva, ma un insieme che vediamo oggi rappresentato dalla questione climatica, da quella energetica, da quella della gestione dei rifiuti, dal dissesto idro-geologico, dal mega-urbanismo delle città contemporanee, dalla questione del lavoro e delle disuguaglianze insostenibili, e ora (ma non solo ora) anche in questa mancata adeguatezza e sostenibilità sociale degli apparati collettivi di sanità! La differenza è forse che il primo insieme di questioni si pone prevalentemente su scale non

solo macro ma direi mega, quindi non è facile capire dove inizia la responsabilità personale e comunitaria. Invece la specificità della questione salute è quella di essere profondamente intrecciata con la cura di sé e degli altri, con la dimensione relazionale della cura, con il coinvolgimento comunitario, con la cultura dei beni comuni e non solo con la gestione dei macroapparati pubblici. Essa persino al bisogno di sicurezza (oggi percepito in modo esasperato!) può dare una piega diversa, dove il contributo di ognuno è decisivo e si deve coniugare con un investimento collettivo maggiore su questo bene primario (come diventa ora evidente con la problematica del coronavirus). Quindi si deve lavorare sulla combinazione coinvolgimento-investimento a partire dalle relazioni di cura fra personale sanitario e cittadinanza che toccano tutti. La co-produzione della cura (ossia il coinvolgimento dei cittadini e dei soggetti nel loro percorso di cura) non significa volere un paritarismo che confonde le competenze e le responsabilità, ma introdurre un gioco relazionale più complesso e collaborativo sulle scene della cura che risponde all'articolazione di tutte le risorse presenti e disponibili – comprese quelle delle persone in cura e dei caregivers – finalizzato a ottenere i maggiori benefici possibili.

Ciò comporta anche, a mio parere, una diversa concezione e pratica della cura di sé, da sviluppare nelle varie età della vita, che non si ferma agli stili di vita e di consumo, ma si allarga alla responsabilità ambientale e sociale, alla co-produzione dei rapporti di cura, alla gestione comunitaria degli interventi di promozione della salute, medicina primaria e d'iniziativa. Ad esempio Paolo Cacciari, nell'articolo "La salute bene comune" (apparso in Saluteinternazionale.info) afferma che: *"La salute dovrebbe essere intesa come una risorsa naturale interdipendente con i cicli vitali della biosfera."* Ciò comporta che: *"Prendersi cura di sé, dell'altro e dell'ambiente in cui si vive è un compito personale che però può essere svolto con successo solo attraverso un'azione collettiva ..."*. In questo senso, soprattutto nel campo delle cure primarie, si tratta *"Non (di) una semplice riorganizzazione dei servizi, ma (di) una rivoluzione nel modo di intenderli."*

Mi sembra che anche il tuo intervento sia molto consonante con questa visione personale-comunitaria-collettiva della salute come bene comune, ad es. dove dici: *"Questo sposta anche l'attenzione alla casa della persona come vera 'casa della salute'".* Una casa non isolata ma connessa (vicinato, internet), non abbandonata ma sostenuta con strumenti nuovi (Budget di salute), con i servizi essenziali (basta sfratti, distacco utenze ecc.). Come dice Cacciari – e come

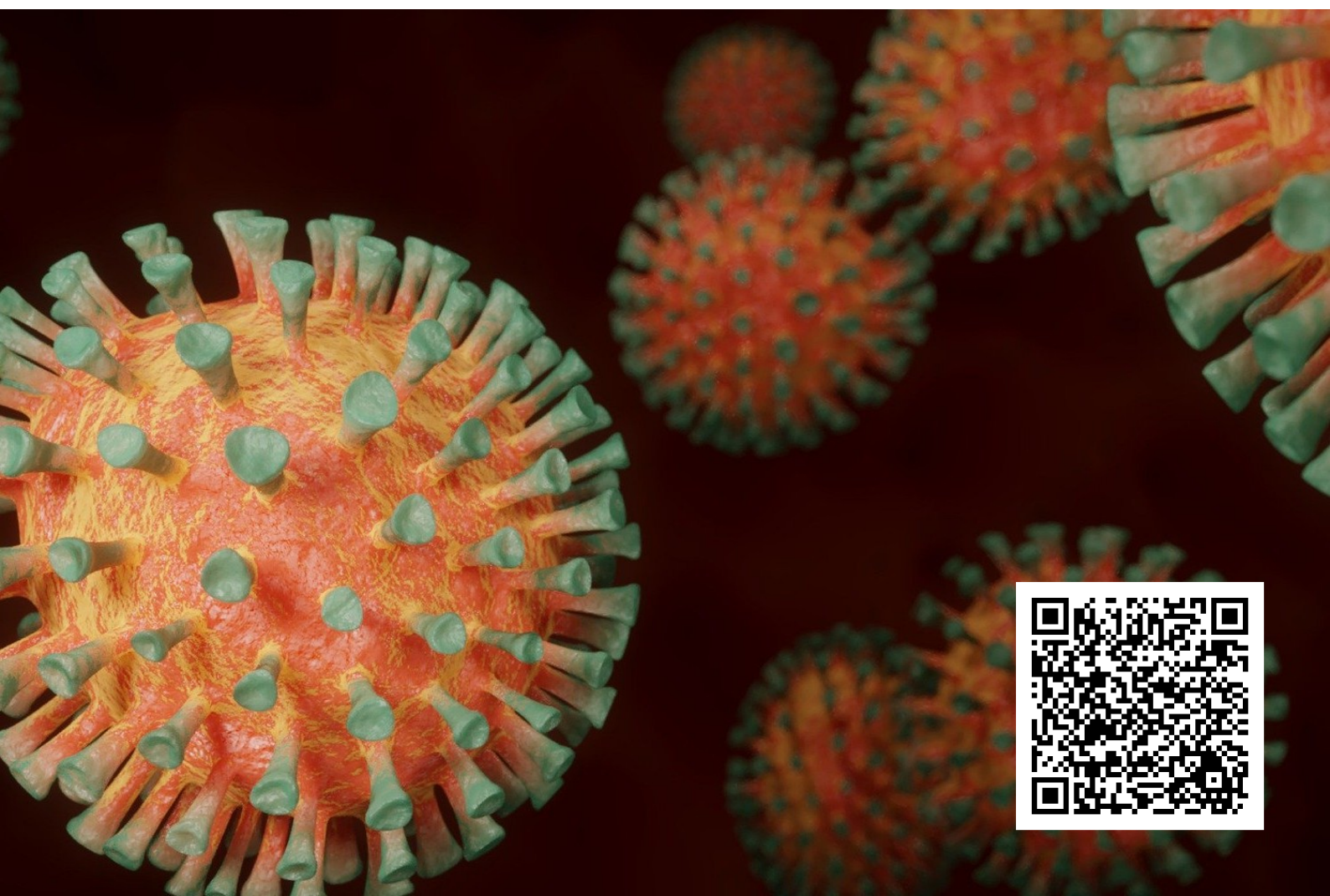
Bruno Agnetti ci ricorda sempre – abbiamo bisogno sia di una nuova concezione della domiciliarità connessa in reti di telemedicina e teleassistenza, sia di una “Casa della salute” che faccia da baricentro e riferimento territoriale adeguato, attivo e partecipativo, veramente connessa coi percorsi di secondo e terzo livello.

Voglio sperare che lo scambio collettivo che abbiamo aperto, e che vorremmo mantenere attivo anche in questi frangenti con le comunicazioni a distanza, possa essere utile per avviare nuove idee e nuove progettualità per la salute e sanità future, ma anche per il comune “abitare la città” che già oggi necessariamente comincia a prendere forma!

Sulle cause dell'epidemia da Coronavirus

di Roberto Favilla

24 Marzo 2020



Come tutti abbiamo notato, in questa imprevista, ma non imprevedibile, situazione di emergenza per l'umanità in cui siamo precipitati, la stragrande maggioranza dei commenti sui Massmedia si è preoccupata, come è giusto che sia, più delle nefaste conseguenze che ne potranno derivare che delle cause. Previsioni che vanno dal catastrofico, con perdita di posti di lavoro, oltre che di vite umane, e quindi aumento della povertà, all'ottimistico, tenuto conto ovviamente del costo pagato, per i possibili cambiamenti dei nostri costumi di vita, considerazioni tutte ragionevoli.

Tuttavia poco o niente si è sentito parlare delle possibili cause di questa pandemia, forse perché è ancora prematuro e forse perché è più urgente pensare in questo momento ai rimedi in una corsa contro il tempo, ed è a queste che voglio rivolgermi, per cercare di giustificare la mia osservazione iniziale che l'epidemia è arrivata imprevista, ma non era imprevedibile ed è per questo che non doveva coglierci così impreparati, come invece è successo.

A mio avviso la prevedibilità doveva essere presa in considerazione per due motivi principali: **1)** questa non è la prima pandemia che si è verificata nella storia; **2)** l'inquinamento dell'aria nelle zone colpite.

Il nostro sistema sanitario, sebbene fra i migliori al mondo dal punto di vista qualitativo, non lo è da quello quantitativo, non è in grado di reggere un'onda d'urto così potente come quella che si sta riversando sul nostro paese, soprattutto nelle regioni del sud.

Sappiamo che le epidemie sono causate da mutazioni nel genoma di alcuni microorganismi (batteri e virus, sebbene sia improprio definire microorganismi questi ultimi, in quanto privi di struttura cellulare propria), che ci vengono trasmessi da altri animali, di solito mammiferi perché più simili a noi come metabolismo. Questi eventi (le mutazioni) sono tutt'altro che rari, ma per fortuna solo raramente patogenici, però basta che un unico batterio o virus mutato in modo patogenico per l'uomo infetti un singolo individuo perché un'intera popolazione ne venga colpita. È quello che è successo con questo ceppo virale appartenente all'ampia famiglia dei Coronavirus, nota da tempo, che già in passato aveva dato origine ad altri ceppi molto patogenici, come quelli della SARS e della MERS. Proprio per queste epidemie pregresse l'umanità avrebbe dovuto agire di anticipo, in particolare in Asia avrebbero dovuto vietare il commercio molto popolare di animali selvatici, ritenuti serbatoi di questi virus. Sembra infatti accertato che il Covid19 abbia avuto origine in uno di questi mercati a Wuhan.

Si potrebbe dire, per analogia, che la mutazione patogenica equivale al batter di ali di una farfalla che scatena un uragano, immagine paradossale usata per evidenziare effetti su ampia

scala che potrebbero derivare dalla imprevedibile dinamica di sistemi complessi come sono il clima e la biologia.

Dunque questa è la prima vera causa, di natura biologica. Altre possibili cause della diffusione dell'epidemia sono invece da attribuire al comportamento umano. Fra le tante, una sembra riguardarci da vicino: alcuni studi preliminari della società italiana di medicina ambientale suggeriscono che l'inquinamento potrebbe essere un vettore di diffusione, in quanto le polveri sottili, ovvero le particelle cosiddette PM₁₀ e PM_{2.5}, con diametro medio 10 e 2.5 micrometri, potrebbero favorire l'adesione delle particelle virali molto più piccole. Se così fosse non sarebbe un caso che l'epidemia si sia diffusa inizialmente proprio nella pianura padana che, come è noto, è una delle regioni più inquinate del mondo.

Sebbene non ci siano ancora conferme che esista una stretta correlazione fra questi due parametri, non è irragionevole pensare che l'inquinamento ambientale possa essere quanto meno una concausa della diffusione dell'epidemia. Comunque stiano le cose, è ormai evidente che tutti noi saremo chiamati a rivedere le nostre abitudini di vita e di sviluppo onde evitare possibili future catastrofi.⁹

Prof. Roberto Favilla

Già Professore di Biologia Molecolare dell'Università degli Studi di Parma

⁹ <https://www.battei.it/2020/03/24/no-iii-03-2020-coronavirus-sulle-cause-della-pandemia-da-coronavirus/>

COMMENTI

di Marco Ingrosso

Gentile Roberto, sicuramente è interessante farsi delle domande sulle cause, anche se vedo che le ricerche fatte a posteriori sulle cause delle precedenti ondate di infezioni pandemiche sono arrivate dopo diversi anni e con gradi variabili di approssimazione.

Tu dici che l'infezione “*non era imprevedibile*”, tuttavia ho il timore che anche la scienza, soprattutto quando deve trattare fenomeni differenti fra loro, e quindi in qualche modo unici, e con pochi precedenti sia sottoposta a vaste oscillazioni. E quindi anch'essa, io credo, deve uscire da un atteggiamento di presunzione, come diceva Alessandro Volta in uno degli interventi ospitati in questo blog, e fare un “*bagno collettivo di umiltà*”. In realtà siamo davanti a fenomeni che sempre più si manifestano in dimensioni e modalità “fuori controllo” (v. mia risposta ad Agnetti e Gallicani del 19/3) e che quindi richiedono una sorta di conversione epistemologica che abbia ben presente il tema del tempo e della complessità.

Ad esempio meno di due mesi fa (29/1/2020) i nostri maggiori esperti “sul campo” in tema di infezioni influenzali ci rassicuravano così: “*Coronavirus, gli esperti: «Niente allarmismi, è meno pericoloso di Sars e Mers.»*” A corredo: “*La Società Italiana di Terapia Antinfettiva tranquillizza: mortalità al 2%. Per la Sars il dato era del 10% e per Mers del 30%*”. L'articolo è corredato di dichiarazioni di altri esperti (in prima linea in questi giorni) che dichiarano unanimemente: “*Probabilmente non siamo ai livelli di letalità della Sars, forse qualcosa di leggermente maggiore dell'influenza. I morti sono perlopiù anziani o affetti da malattie croniche, la differenza è che per l'influenza abbiamo un vaccino, mentre per questo no*”. Si può discutere, a distanza di tempo, se queste dichiarazioni sono state utili e appropriate, ma è indubbio che si basassero sui dati esistenti e

che quindi potevano essere ragionevoli in quel momento. Tuttavia le cose hanno preso una piega molto diversa agli occhi di chi guarda due mesi dopo (e direi giorno dopo giorno in questi due mesi).

Anche i precedenti che anche tu evochi non sono certo stati univoci. Ad esempio, per il virus H1N1 circolato nel 2009, una ricercatrice scriveva nel periodo di diffusione: *“L’attuale virus epidemico influenzale A/H1N1 è un nuovo sottotipo di virus di influenza umana che contiene geni di virus aviari, suini e umani in una combinazione che non era mai stata osservata prima, in nessuna area del mondo.”* Dunque, anche allora ci si trovava di fronte ad un fenomeno complesso mai presentatosi in precedenza. Non solo, ma forse ricorderai le polemiche feroci scoppiate intorno alla vaccinazione di massa. Alcuni dicevano che non serviva, altri che il vaccino era più pericoloso dell’influenza (“suina”). Molti medici non si vaccinarono, mentre molti altri cittadini lo fecero, ma certo non tutti. Sta di fatto che molti giornali, poco tempo dopo, titolarono: *“Quanto ci è costato il flop del vaccino”* (Repubblica, 10/1/2010). Si addebitò al Governo di aver acquistato 24 mln di dosi al prezzo di 184 mln di euro e sorse una estesa convinzione nell’opinione pubblica che le vaccinazioni servissero a poco o fossero sospette. Probabilmente è vero che il contratto è stato troppo oneroso (e qui c’è da trarne insegnamenti sulle modalità di relazioni con Gig Pharma e altri produttori) e che ci fu una valutazione eccessiva delle necessità. Tuttavia mi spiego perché questa volta si è andati molto più cauti!

I casi della SARS (2003) e della MERS (2012) per fortuna sono stati circoscritti per tempo mentre il pericolosissimo virus Ebola, che ha avuto una mortalità altissima nelle varie riprese che si sono succedute dal 1976 fino al 2003 (80-90% dei contagiati), è stato contenuto nell’Africa sub-sahariana, per cui si è ritenuto (a ragione?) che le regioni evolute non avrebbero dovuto fare i conti, se non marginalmente, con tale gravissima infezione.

Anche in questo caso si è valutato che l’infezione fosse partita dai pipistrelli (G. Voghel su “Scienze” del 11/4/2014), ma sempre con animali mediatori (in questo caso scimmie e non solo), così come in Cina, dove non vi è un contatto diretto con questi animali, ma solo mediato da altri “portatori sani”. E qui veniamo alle affermazioni che molti ripetono: *“basta vietare la commercializzazione di tali animali”*. Evidentemente le cose non sono così semplici: in primo luogo le aree rurali e ai confini di grandi aree selvagge sono ancora molto estese. Ad esempio in Cina almeno 2/3 della popolazione vive in tali

aree (800 mln e più di persone), lo stesso in Africa, in parte anche in America Latina, Indonesia, ecc.. In tali aree i costumi e la cultura di sopravvivenza evidentemente sono molto diverse e ci vorrà del tempo per cambiarla. Il rischio di fare dei disastri ecologici e culturali potrebbe essere molto elevato.

Quali sono le mie conclusioni? che bisognerebbe fare molta più ricerca sia nei campi delle influenze globali, sia nei campi dell'antropologia e sociologia applicate nelle diverse situazioni sul campo, temperando aspetti ecologici, culturali e di investimento sociale adeguato nelle vaste aree rurali e "marginali" del mondo. Ma c'è anche un cambio di mentalità ed epistemologia da attuare all'interno di molti ambienti scientifici e non solo.

Rispetto alla mentalità comune odierna, che aveva messo in dubbio il valore delle competenze, c'è da fare una bella svolta, ma anche all'interno degli ambienti scientifici ci sono dei ripensamenti di fondo che questa "lezione", a ben vedere, rende necessari!

di Roberto Favilla

Caro Marco, ho letto con attenzione la tua replica al mio scritto “Sulle cause della pandemia da coronavirus”. Fra le molte considerazioni condivisibili, una mi ha lasciato interdetto: l’attacco alla scienza. Certo la scienza, come tutte le altre attività umane, non è immune da errori o contraddizioni, ma dire che debba uscire da ” un atteggiamento di presunzione” e “fare un bagno collettivo di umiltà” mi sembra quanto meno inappropriato, soprattutto in questo momento, in cui molti operatori sanitari, nonché molti scienziati stanno cercando di uscirne al meglio quanto prima, i primi addirittura mettendo a repentaglio la propria vita.

La scienza ha fatto e continua a fare enormi progressi nelle conoscenze mediche e non solo. Il metodo scientifico procede coi piedi di piombo, prima di affermare qualcosa di sicuro, facendo serie verifiche sperimentali.

Andando alle dichiarazioni di alcuni esperti di epidemiologia e della Società italiana di terapia antiinfettiva, sono vicine a quanto stiamo riscontrando. Infatti gli alti tassi di letalità riportati dai media, sono in larga parte solo apparenti, dal momento che il numero di infettati è verosimilmente molto superiore, di un fattore 5-10, a quello ufficiale. Questo significa che una letalità apparente del 10% corrisponde in realtà ad una effettiva dell’1-2 %, in buon accordo con quanto precedentemente dichiarato dagli esperti. Ma comunque non voglio tanto fare l’avvocato difensore di questi signori, che possono anche aver ecceduto di ottimismo, quanto parlare della contagiosità. Questa sembra che sia effettivamente superiore a quella delle precedenti epidemie da coronavirus, SARS e MERS, a noi più vicine nel tempo. Questo fatto apre però un altro capitolo, che poco ha a che fare con la scienza, quanto piuttosto con improvvise scelte politiche. C’è da chiedersi infatti perché i nostri governanti, ma direi di quasi tutti i paesi, non abbiano preso in seria considerazione le dichiarazioni dell’OMS dello scorso autunno, successive alle previsioni di una imminente nuova epidemia da coronavirus fatte dai più eminenti studiosi di questi virus, che chiamerei Scienziati con la S maiuscola. Ma restando all’Italia, come si può giustificare la mancanza dei più semplici dispositivi sanitari, quali ad esempio le mascherine, e [la scarsità di] le poche unità di terapia intensiva, rispetto ad altri paesi europei, come la Germania (6000 vs 30000), che tante vite avrebbero salvato? Questi sono quesiti, cui si dovrebbe dare una risposta, piuttosto che criticare la scienza, che ripeto avrà le sue colpe, ma non certo paragonabili a quelle della politica.

di Marco Ingrosso

Caro Roberto, lungi da me voler fare un attacco alla scienza! Le mie erano considerazioni legate al tipo di fenomeni di fronte a cui ci stiamo trovando sempre più di frequente, ossia fenomeni unici, imprevedibili e con nuove combinazioni di elementi. In più, spesso, “fuori controllo”, ossia con esiti fuori misura e difficilmente controllabili, nonostante l'ideologia corrente pensi che la scienza-tecnologia umana è oggi ad un punto tale che può occuparsi in breve tempo di tutte le sfide della contemporaneità. In questo senso giustificavo gli scienziati che hanno sbagliato valutazioni nelle prime fasi di questa epidemia (che pure hanno influito notevolmente sul modo con cui si è affrontata la vicenda non solo da parte della politica, ma anche dell'opinione pubblica). Molti, col senno di poi, rimproverano ciò che si è fatto prima, ma – appunto – “prima” non si conosceva l'andamento del fenomeno, così come si è sviluppato nel suo percorso. In questa tipologia di fenomeni il tempo è un fattore decisivo sia per stabilire le concatenazioni effettive, sia per capire cosa sta succedendo. Non sempre gli esempi precedenti aiutano: in questo caso, mi sembra di capire, la sopravvalutazione avvenuta nel caso H1N1 (2009) ha portato ad un atteggiamento ottimistico che poi non si è dimostrato adeguato.

La considerazione del tempo e della combinazione di fattori di tipo non conosciuto prima fa sì che diventa “presuntuoso” pensare ancora in termini di controllo e prevedibilità. La scienza solitamente opera sulla ripetitività e sull'accumulo di esperimenti, ma qui ci troviamo di fronte ad evoluzioni che hanno solo similitudini limitate coi casi precedenti. L' “umiltà” poi, che assumevo dall'intervento di Volta, mi sembrava molto assonante a quella invocata da Gregory Bateson, un autore che abbiamo ricordato nella serata sul clima del ciclo Angelus Novus 2020. Infatti egli afferma: *“Primo, c'è l'umiltà; e non la propongo come principio morale, sgradito ad un gran numero di persone, ma semplicemente come elemento di una filosofia scientifica. Nel periodo della rivoluzione industriale il disastro più grande fu forse l'enorme aumento dell'arroganza scientifica. [...] Ma quell'arrogante filosofia scientifica è ora fuori moda, ed è stata sostituita dalla scoperta che l'uomo è solo una parte di più vasti sistemi e che la parte non può in alcun caso controllare il tutto.”* (1976, p. 452) Bateson sperava che il pensiero ecosistemico o “della complessità” fosse in grado, negli anni in cui scriveva, di cambiare la percezione del posto dell'uomo negli ecosistemi globali, ma forse si sbagliava. Le intuizioni di quegli anni hanno

cominciato a risvegliare una nuova consapevolezza (ad es. ecologica), ma ancora oggi questa consapevolezza “di essere parte” – e non di essere “controllori di tutto” – non è egemone né veramente incorporata nel pensare comune, ma nemmeno in quello scientifico-disciplinare che continua ad operare a compartimenti stagni e senza quella “saggezza sistemica” che Bateson invocava.

Venendo invece alla mancanza di dispositivi di protezione, siamo perfettamente d'accordo che è mancata qualunque forma di precauzione: colpa della politica, certamente, ma anche di quei tanti consiglieri economici che predicavano di lasciare al minimo le scorte di magazzino per risparmiare sui costi! In questo senso dico che per il futuro, se si vuole essere meno impreparati, bisognerà ragionare in modi molto differenti, ad es. pensando che ci dobbiamo attrezzare per interventi veloci nel caso si mettano in modo altri fenomeni imprevedibili di questo o di altro genere (terremoti, terrorismo, crisi climatiche, ecc.). Spero che ci sarà spazio per interventi rilevanti in sanità, sulla scuola, sulla ricerca ma in forme che vanno progettate adeguatamente e col concorso di diversi saperi. Sarà un cammino lungo in cui sarà necessario avviare cambi radicali: sempre se questa esperienza resterà una lezione per molti e se ci saranno degli interpreti che ne sapranno fare tesoro!

La lezione del Coronavirus

di Alessandro Volta

24 Marzo 2020



In molti si stanno chiedendo se finita la pandemia tornerà tutto come prima o se invece ci ritroveremo profondamente cambiati. Penso che molte delle precedenti abitudini torneranno a guidare i nostri comportamenti singoli e collettivi, ma allo stesso tempo ritengo che una vicenda così significativa e duratura non potrà passare come un semplice temporale primaverile. Credo però che il Coronavirus ci stia portando due grandi lezioni, in grado di avere effetti duraturi su ognuno di noi.

La prima lezione è l'*incertezza*, il senso esistenziale dell'imprevedibile e dell'imponderabile, di ciò che non è controllabile e governabile. Con questa esperienza possiamo riscoprire il mistero della vita, che è presente al momento in cui veniamo al mondo ed è ancora vivo al momento della nostra morte. Questa incertezza cerchiamo in tutti i modi di non riconoscerla, la mascheriamo e la sublimiamo, senza riuscire a cancellarla veramente. La scienza e la tecnologia dell'età moderna provano per un po' ad illuderci, anche se il progresso è bello e utile, basta un microscopico e stupido virus a mandare tutto all'aria. Stiamo facendo un bagno collettivo di umiltà, e come medico sono il primo a dover riconoscere il falso senso di onnipotenza della medicina, l'illusorio controllo della vita e della morte. Il mistero della vita va riconosciuto e accettato, senza timore. E l'imponderabile dell'esistenza, anziché disperazione, può regalarci amore e riconoscenza per la vita che abbiamo ricevuto senza alcun merito. La seconda lezione è il senso di *comunità*. Nelle passate epidemie di peste e di colera i ceti più ricchi e nobili pensavano di essere immuni e ritenevano che certi problemi fossero di esclusiva pertinenza dei soggetti più deboli. In effetti i denutriti e gli indigenti sono sempre stati a maggior rischio, ma in presenza di grandi epidemie virus e batteri non hanno mai chiesto il permesso e non sono mai stati interessati al conto in banca dell'ospite. In queste emergenze il problema di uno, o di pochi, diventa il problema di tutti. Allora avere un sistema sanitario pubblico e universale rappresenta una forza formidabile per uscirne con le ossa meno rotte. In questo momento non vorrei vivere negli Stati Uniti, dove un tampone costa 3000 dollari e almeno 1/3 della popolazione non ha le risorse o l'assicurazione per pagarselo. Spero che questo senso di valore collettivo, così evangelico e illuminista al contempo, possa diventare limpido e chiaro a tutti, e venire difeso senza condizioni. Veniamo da anni di tagli al welfare, forse qualcuno sta iniziando a pentirsene. Scriveva quel profeta di don Milani: *"il problema degli altri è uguale al mio; sortirne tutti insieme è la politica, uscirne da soli è l'avarizia"*. Forse allora a qualcosa il Coronavirus può essere stato utile...¹⁰

Dott. Alessandro Volta

Pediatra, programma materno infantile, ASL di Reggio Emilia

¹⁰ <https://www.battei.it/2020/03/24/no-iv-03-2020-coronavirus-la-lezione-del-coronavirus/>

Ricominciamo? L'importanza del servizio sanitario territoriale periferico

di Comunità Solidale Parma

23 Aprile 2020



Questa epidemia (già ampiamente prevedibile nel 2017) ha colto il nostro sistema sanitario impreparato per quanto riguarda gli ospedali e il territorio (screening, monitoraggi, mascherine). Una organizzazione sanitaria territoriale adeguata avrebbe forse rallentato l'infezione, lasciando più tempo per la ricerca di efficaci strategie terapeutiche. Come Comunità Solidale Parma da anni proponiamo soluzioni innovative per il territorio (Casa della Salute o Casa del Quartiere) dirette ad affrontare le nuove sfide "imposte dalla globalizzazione". Abbiamo ribadito in passato come fosse necessaria una ideazione e una progettazione che veda dall'inizio coinvolti i diretti interessati (la popolazione) e gli attori dell'assistenza territoriale (innovazione del processo decisionale). A Parma c'è un eccellente modello di come possono essere stabilite alcune ipotesi di disegno progettuale e di come si possano realizzare: ci riferiamo all'Ospedale dei Bambini.

Le problematiche relative all'organizzazione territoriale palesate durante questa epidemia richiedono un apprendimento veloce che superi tutte le esitazioni passate al fine di costruire un futuro assistenziale periferico che abbia il maggior senso possibile. Si è inoltre capito che nessun sistema economico (che vedrà una profonda innovazione e riconversione) può sopravvivere senza una sanità pubblica forte e saldamente ancorata al territorio (welfare di comunità, sussidiarietà circolare, collegio del territorio, partecipazione non dominante delle imprese generatrici). Questo virus non fa differenze e colpisce il cittadino semplice, l'anziano, lo sportivo, il ministro o l'industriale famoso. Non c'è "buen retiro" che possa proteggere. La salute di tutti dipende quindi dalla salute di ciascuno, siamo interdipendenti e solo insieme potremo affrontare i prossimi problemi che si presenteranno, come altre pandemie o altre modificazioni globali che condizioneranno il nostro benessere.

Comunità Solidale Parma ha da sempre sostenuto l'importanza di difendere il Servizio Sanitario Pubblico e in particolare, per suo statuto, la medicina generale territoriale in coerenza con il paradigma assistenziale bio-psico-sociale. Un servizio sanitario territoriale periferico ben organizzato e con locali adeguati può aiutare a far fronte alle emergenze, offrire cure precoci per molti e di conseguenza sostenere anche il sistema produttivo di un quartiere. Pensiamo che la medicina di base sia un "bene comune" per i cittadini e che i medici e i sanitari debbano essere protetti affinché possano continuare a sorreggere il sistema territoriale senza rischiare il collasso: pensiamo, a tal proposito, a tutte le persone ammalate di patologie croniche non collegate al Covid-19 che necessitano di controlli periodici a volte essenziali.

La salute è quindi da considerare un bene comune e deve essere gestita come tale. È interesse collettivo che le comunità locali possano, in caso di necessità, organizzarsi

rapidamente con autonomia, anche se poi naturalmente saranno necessari interventi dei presidi di secondo livello e strategie nazionali vincolanti.

Per l'attuale pandemia, prima o poi arriveranno dei farmaci efficaci. Al momento occorre però che la popolazione dimostri ancora senso di responsabilità perché il virus è tuttora in circolazione, pronto a causare altri guai. Con le cure opportune finirà definitivamente anche il confinamento e potrà riprendere anche il sistema produttivo, foriero, a sua volta, di benessere, perché anche la salute richiede una società attiva. Le relazioni sociali hanno già iniziato a mutare: sono diventate essenziali. Piano piano comprendiamo come un valore primario della vita sia costituito dai rapporti con gli altri e con il territorio.

Ci sono naturalmente altri beni comuni interconnessi ed interdipendenti, come l'ambiente, l'istruzione, la cultura, la biodiversità. La lezione di resilienza imposta da questa pandemia ci ha liberati, nell'immediato, dalla cultura consumistica del "voglio tutto e subito". Il mondo è improvvisamente apparso come limitato e fragile, non più gigantesco e infinito. Il virus lascia purtroppo dietro di sé tracce profonde che resteranno per tutta la nostra vita (disoccupazione, fallimenti, decessi in solitudine, sofferenze e difficoltà nel poter curare tutti).

Usciti dall'emergenza non potremo accontentarci di atteggiamenti evasivi o burocratici che pensino di aggiustare il nostro sistema sanitario territoriale lasciandolo invariato in attesa della prossima epidemia (che ci sarà!) o della prossima catastrofe o del prossimo disastro. Senza un sistema territoriale efficace, in grado di prendersi cura della popolazione locale, non può esserci salute e benessere collettivo (ed economia funzionante). Da questo punto di vista, la ripresa deve essere adeguatamente progettata, comunicata e sperimentata (democrazia deliberativa).

L'integrazione socio-sanitaria, riconosciuta come bene comune, nelle sue strutture periferiche può svolgere, nel periodo della ripresa, un importante ruolo di riferimento per una comunità e quindi offrire un importante strumento di ammortizzazione sociale. Già ora si prevedono tensioni, agitazioni, rancore ed insofferenza causate dal possibile incremento delle disuguaglianze e dei fenomeni di impoverimento. Una Struttura Sanitaria di quartiere (innovativa nel processo decisionale e nel suo sistema gestionale interno) può rappresentare una risposta valida e convincente alle nuove istanze e ai nuovi bisogni di protezione delle fasce più deboli e periferiche della società alle prese con le conseguenze della globalizzazione e delle trasformazioni radicali dell'ordine sociale.

Per questo, da qualche anno, Comunità Solidale Parma promuove la realizzazione di una struttura complessa di riferimento sanitario (Casa della Salute Grande) per un quartiere come quello di San Leonardo. Questo territorio contiene al suo interno tanti servizi per

l'intera città. Conta, nel suo complesso 30.000 abitanti. Tutto ciò che avviene nel villaggio globale può portare nodi che vengono al pettine anche nelle nostre “sconosciute” periferie del “mondo piccolo” in quanto i nostri territori sono anch'essi costantemente interconnessi con tutto ciò che accade nel mondo, anche in Cina! È quindi opportuno un cambio sostanziale di paradigma e di processo decisionale in campo sanitario territoriale per poter affrontare con forza e comunanza le sfide del presente e del futuro con visioni alte e lungimiranti per il bene comune.

La speranza non è utopia, ma creatività, intelligenza politica e pura passione civile che agisce per vincere la paralizzante apatia (invarianza e inazione) dell'esistente.^{11 12}

Comunità Solidale Parma

¹¹ Il presente articolo è già apparso su Gazzetta di Parma. Viene qui ospitato in una versione modificata per Prospettiva e in relazione ai temi approfonditi.

¹² <https://www.battei.it/2020/04/23/ni-iv-04-2020-ricominciamo-limportanza-del-servizio-sanitario-territoriale-periferico/>

COMMENTI

di Marco Ingrosso

Nei giorni scorsi è stato pubblicato un appello urgente di oltre 100.000 medici italiani (sia territoriali sia ospedalieri) che si sono riuniti su facebook per scambiarsi informazioni e consigli sull'epidemia da Covid-19. Essi scrivono: *"...siamo pressoché giunti alle stesse conclusioni: i pazienti vanno trattati il più presto possibile sul territorio, prima che si instauri la malattia vera e propria, ossia la polmonite interstiziale bilaterale, che quasi sempre porta il paziente in Rianimazione."* Essi quindi chiedono, oltre a dispositivi di protezione e tamponi, che si rafforzi *"il Territorio, vero punto debole del Servizio Sanitario Nazionale, con la possibilità per squadre speciali, nel decreto ministeriale del 10 Marzo, definite USCA, di essere attivate immediatamente in TUTTE le Regioni."* I firmatari ritengono che la valutazione clinica con tamponi e *"il trattamento precoce può fermare il decorso dell'infezione verso la malattia conclamata e quindi arginare, fino a sconfiggere l'epidemia."*

È quindi opinione largamente condivisa che la sanità territoriale debba essere non solo rafforzata, ma ampiamente ripensata. Dove essa aveva una struttura ancora ben radicata (come in Emilia-Romagna) essa ha contribuito e sta contribuendo enormemente al contenimento dell'infezione, mentre altre regioni hanno intasato gli ospedali debordando nelle RSA, che non erano per niente preparate a una tale evenienza. Ovunque si è avuta carenza di mezzi, protezioni, tamponi con gli effetti nefasti che questo ha comportato. Per il futuro si spera di essere più preparati, con scorte adeguate, ma resta il problema, non di breve periodo, di una rilevante riformulazione della sanità territoriale e non solo.

È da tempo che si parla di integrazione socio-sanitaria e di nuove modalità di lavoro nelle comunità locali e che quindi si avanzano proposte in merito. Sul

piano istituzionale è di questi giorni un appello di autorevoli esponenti della società civile e di medici titolato “Coronavirus/Riconosciamo ai sindaci un ruolo nel governo della salute dell'Italia post- emergenza” (Sanità24 – Il Sole 24 ore, 20 aprile 2020).

L'appello evidenzia il ruolo di alcuni sindaci nella gestione della pandemia della propria zona (si ricordi, per tutti, Giorgio Gori, sindaco di Bergamo) e richiama il Manifesto, varato dall'Health City Institute in tempi non sospetti (2016), titolato “La salute nelle città: bene comune”. I firmatari dell'articolo fanno anche una proposta, già messa a punto dall'HCI sopracitato: *“L'istituzione, presso i Comuni, di una nuova figura, l'Health City Manager, un professionista che possa rientrare all'interno dello staff del Sindaco per coordinare e implementare le azioni per la salute pubblica nel contesto urbano in funzione degli obiettivi di mandato espressi dal documento di programmazione dell'Amministrazione comunale.”*

È in questo contesto che si situa la proposta di Comunità solidale Parma che scrive: *“La salute è quindi da considerare un bene comune e deve essere gestita come tale. È interesse collettivo che le comunità locali possano, in caso di necessità, organizzarsi rapidamente con autonomia, anche se poi naturalmente saranno necessari interventi dei presidi di secondo livello e strategie nazionali vincolanti.”* La proposta a cui si pensa è quella di una Casa della Salute Grande e di nuovo tipo, ossia: *“Una Struttura Sanitaria di quartiere (innovativa nel processo decisionale e nel suo sistema gestionale interno) può rappresentare una risposta valida e convincente alle nuove istanze e ai nuovi bisogni di protezione delle fasce più deboli e periferiche della società alle prese con le conseguenze della globalizzazione e delle trasformazioni radicali dell'ordine sociale.”*

Pare quindi importante, fin da ora, esprimere una linea di tendenza che porti in questa direzione, facendo tesoro degli insegnamenti di questo periodo!

Riflessioni a partire dal libro “La cura complessa e collaborativa”

di Favio Vanni

13 Maggio 2020

PERCORSI DI PROMOZIONE
E CURA DELLA SALUTE / 1

PCSA / 1

PERCORSI DI PROMOZIONE
E CURA DELLA SALUTE / 1

La cura complessa e collaborativa

Il curare discende da una relazione sociale che si instaura fra due persone, una delle quali è sollecitata, motivata, capace di portare un aiuto, mentre l'altra è desiderosa e attende un intervento. Non si tratta però di un fatto occasionale e soggettivo: la cura è infatti una "costante antropologica", una necessità per ciascuno in vari momenti della propria vita e per ogni gruppo sociale. Il volume, nella prima parte, propone uno sguardo storico-antropologico sulla cura che, passando dalle società antiche e "di mezzo", arriva alla situazione sociale contemporanea, nella quale emergono dei rilevanti vuoti di cura sia in termini etico-culturali che di operatività. In questo contesto vengono presentati diversi "cercatori della cura" che hanno avanzato proposte che tendono a una nuova fondazione e valorizzazione dell'immaginario e delle pratiche di cura. La seconda parte del libro sviluppa il tema dello sguardo sociologico sulla cura. Dopo una ricostruzione dei principali apporti teorici e di ricerca, si esaminano alcuni dei temi attuali più rilevanti come quello del continuum delle cure, della collaborazione interprofessionale, della comunicazione della salute, delle definizioni di salute, della cura di sé nel corso della vita. In tal modo si propone una visione complessa, basata su ambienti dinamici orientati a far cooperare diverse risorse lungo percorsi integrati e a promuovere la salute attraverso la costituzione di un nuovo settore di benessere e cura di sé.

Marco Ingrosso insegna Sociologia generale e Sociologia della salute presso l'Università degli Studi di Ferrara, dove dirige il laboratorio di studi sociali sulla salute, la cura e il benessere "Paracelso". Fra i contributi recenti: *Il fisioterapista in Italia. Un professionista della cura riabilitativa* (Aracne, 2013); *La salute per tutti. Un'indagine sulle origini della sociologia della salute in Italia* (a cura di, FrancoAngeli, 2015); *La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di sociologia della cura* (Aracne, 2016).

ISBN 978-88-255-1179-6



9 788825 511796

15,00 euro

Ingrosso La cura complessa e collaborativa

ARACNE

Marco Ingrosso

LA CURA COMPLESSA E COLLABORATIVA

RICERCHE E PROPOSTE
DI SOCIOLOGIA DELLA CURA

II EDIZIONE



Ho letto con grande interesse la monografia di Marco Ingrosso, sociologo che si occupa da molto tempo di salute e di cura e che raccoglie qui un pensiero articolato e complesso che merita un’attenta considerazione per chi si occupa, come noi, della soggettualità umana. Il libro¹³ prende avvio dal tema della cura che viene descritto in tutta l’ampiezza che esso merita a partire dal suo essere uno degli elementi fondamentali della nostra convivenza e, potremmo dire, della nostra stessa sopravvivenza come specie. Particolarmente interessante è la parte iniziale del libro ove Ingrosso sviluppa storicamente il concetto di cura a partire dalle origini delle civiltà umane e fino ai giorni nostri mettendo bene in luce come essa riguardasse *ab initio* e per molto tempo diversi aspetti della relazionalità interumana stessa (dalla cura del corpo a quella dell’anima, all’istruzione, alla protezione) e diversi momenti della vita (l’infanzia, certo, ma anche i momenti inevitabili di fragilità presenti in tutto l’arco dell’esistenza, e poi la cura a chi ha spesso o sempre bisogno dell’altro per varie ragioni) per poi mettere in luce l’emergere di esigenze e figure incaricate di rispondere a bisogni presenti in ognuno degli ambiti della cura, ma senza che per molto tempo venisse meno una dimensione di unitarietà della cura stessa.

Della cura, in questa lunga prima fase preistorica e storica durata migliaia di anni, si mette qui in luce anche la dimensione fraterna, e dunque orizzontale, e non solo quindi quella asimmetrica, e poi la cura di sé che merita un’attenzione particolare, come vedremo: “[...] essa (la cura, ndr) *nasce sostanzialmente in ambito domestico, in primo luogo a carico e come caratteristica femminile e poi, più ampiamente, dei responsabili del gruppo di convivenza in una coordinata e complessa divisione di compiti. In questo senso, la cura si occupa di allevamento, educazione, assistenza, terapia, organizzazione ambientale e quant’altro, come il termine ancora oggi rimanda. [...] Cos’hanno dunque tutte queste accezioni in comune, al di là del contenuto specifico e del campo applicativo che varia? Si ha l’azione del curare allorché si stabilisce una relazione fra una persona che ha alcune necessità (di vario tipo) e un’altra che la può e la vuole curare, ossia intervenire in suo aiuto, ascoltarla, affiancarla. Il curare discende quindi da una relazione sociale (corsivo mio, ndr) che s’instaura fra due persone, una delle quali è sollecita, motivata, capace di portare un qualche apporto utile, mentre l’altra è desiderosa e attende un intervento.*”¹⁴.

È infatti una caratteristica della specie umana, non già la cura in sé che appartiene a tutto il mondo vivente, quanto l’esistenza di una lunga fase iniziale della vita, e poi di momenti successivi, nella quale l’interscambio con il caregiver è sì vitale per il bambino in termini di sopravvivenza, ma è anche fondamentale per la specie per trasmettere di generazione in

¹³ Ingrosso, Marco. 2018. *La cura complessa e collaborativa*, Ariccia: Aracne Editrice.

¹⁴ Ibidem, pp. 15-16

generazione i principali valori relazionali e culturali. È attraverso ciò che avviene nella prima parte della vita che l'essere umano sviluppa i tratti fondamentali della sua personalità, le conoscenze di base sul mondo, le forme tramandate di convivenza microsociale (coppia, famiglia) e macrosociale (clan, comunità, etc.) ed è in questa fase che la società tramanda i suoi valori fondamentali. Questa rilevanza, per così dire ‘incrociata’, ha portato ad una esigenza di: *“sacralizzazione” delle relazioni di cura che è stata avvertita in forme diverse in varie epoche e situazioni sociali, dato il forte legame di queste cure con la sopravvivenza, la salute, il benessere propri e della propria discendenza.*”¹⁵

La rottura o l'impossibilità di perseguire questo tipo di legame tuttavia divenivano sovente: *“realità per quote più o meno ampie della popolazione in ragione di lutti, malattie e inabilità permanenti, abbandoni, guerre, migrazioni, etc.. Di qui l'esigenza, gradualmente emersa, di motivare un aiuto non più fondato sui legami di sangue ma su quelli di solidarietà e coesione di gruppo o su principi universali o sulla formazione di liberi rapporti interpersonali di co-implicazione (col vicino, il prossimo, l'amico). Una cura – quest'ultima – originata dall'immedesimazione con l'altro nel contatto diretto e dalla responsabilizzazione verso di lui, in cui l'altro diventa “caro”, riconosciuto, nonostante non esistano fra le due parti vincoli parentali pre-esistenti. [...] La necessità di interventi fuori dall'ordinario e dal quotidiano, che mettevano in gioco e in connessione diversi mondi e livelli di realtà, motivava anche la creazione di altre figure sociali extrafamiliari particolarmente abili e specializzate nel ricreare ordine dove entrava il caos della malattia o del cambiamento di stato*”¹⁶.

Questo breve tratteggio della storia della cura consente di metterne in luce alcuni aspetti chiave ovvero la sua ampiezza (non solo limitata a stati di inabilità o malattia, ma a tutto lo sviluppo della persona compreso quello delle sue conoscenze), la sua dimensionalità (per così dire verticale, obliqua e orizzontale), la sua reciprocità (oggi tocca a me dare, ma domani toccherà a te).

Un aspetto non meno rilevante della cura, fin dalla classicità greco-romana, evidenzia Ingrosso, è la cura sui: *“autorevolmente messa in luce da una famosa opera di Foucault (1984) che si esprime attraverso la ricerca di valetudo fisica e saggezza filosofico-morale. Lo “stile di vita” della cura di sé viene praticato da alte personalità della classicità greco-romana, ma esso genera anche istituzioni sociali come il gymnasium, che associa esercizio fisico e studi filosofico-matematici, o le thermae, che esaltano l'igiene e la cura del corpo ma anche l'incontro e la discussione pubblica*”¹⁷.

¹⁵ Ibidem, p. 21

¹⁶ Ibidem, p. 22

¹⁷ Ibidem, p. 27

Anche in seguito, ben dopo la romanità: “*Nell’età di mezzo la cura assume le forme del materno (generativo, accuditivo e protettivo), del paterno (sapere ordinativo e guaritivo) e del fraterno (ospitalità curante) avviando un’articolazione inedita delle figure preposte e delle modalità d’intervento. Essa, con lunga gestazione e non senza contrasti, raccoglie in parte l’eredità della classicità (ad es. in tema di medicina) e la inserisce in una organizzata teodicea che sviluppa e articola le figure di cura in un quadro congruente*”¹⁸.

Ma il passaggio decisivo, una discontinuità importante, avviene nei secoli successivi, fra l’Umanesimo e l’Illuminismo, e trova nella rivoluzione scientifica che si compie nella tecnologia industriale ottocentesca e novecentesca uno sviluppo importante. Auguste Comte, teorico del positivismo, suddivide in tre stadi il percorso di ‘civilizzazione’ mettendo in luce tre principi ispiratori: “*Nella sua visione, le fondazioni della vita sociale sono state tratte dall’immaginario religioso per un lunghissimo periodo della vita umana. In una fase più recente, che egli definisce “metafisica”, la genesi delle idee sociali è ricondotta ad entità più astratte come la ‘Natura’ e la ‘Ragione’, il ‘Dovere’, ma anche la ‘Libertà’ e l’‘Uguaglianza’ sociale. Si tratta del pensiero che dall’Umanesimo rinascimentale arriva all’Illuminismo filosofico, ma anche al Romanticismo. [...] Solo nel crogiuolo della nuova rivoluzione scientifica, politica e industriale ottocentesca si creano le basi per la fondazione dello Stadio Positivo, in cui le attività umane saranno guidate non più dai Miti o dai Principi, ma dallo ‘spirito positivo’ che non ha più bisogno di cercare dei “perché ultimi”, ma solo di attenersi a leggi effettive, immutabili e universali.*”¹⁹

L’Umanesimo ed il successivo Rinascimento pongono l’uomo al centro e misura di tutte le cose, artefice della storia e autonomo rispetto a “*presunte leggi divine eteronome e immutabili*”²⁰. È in questo periodo che si produce uno sviluppo importante della scienza medica all’interno del nascente pensiero scientifico che pone in essere una “*crescente prospettiva dicotomica che contrappone soma-fisico e psiche-spirito, pratiche empiriche e conoscenze esatte, credenze irrazionali e verità di ragione. (...) È dunque in questa fase che si crea una profonda scissione di premesse fra la cura tecnico-professionale, il cui archetipo diventa il Medico formato nelle Scuole e nelle Università – rispondente al Principio di Ragione e a una visione naturalistica della vita biologica (“Scienza e coscienza”) – e la cura quotidiana a carico di donne non scolarizzate, operata nell’ignoranza delle basi igieniche e gravata dalle credenze religiose nei santi guaritori e nei miracoli mediati dalla Madre di Dio*”²¹.

¹⁸ Ibidem, p. 29

¹⁹ Ibidem, pp. 29-30

²⁰ Ibidem, p. 30

²¹ Ibidem, pp. 30-31

È qui dunque, nella modernità, che viene “risolto” un problema millenario collocando nell’umano la ragione di ogni cosa sottraendone la determinazione al Divino, come fino ad allora sempre accaduto (e, voglio ricordare, come sempre accadrà anche in seguito in pressoché tutte le altre culture non occidentali) creando una dicotomia che ancor oggi viviamo fra scienze della natura e scienze dello spirito o fra scienze naturali e scienze umano-sociali. Sembra essere questo il punto in cui, seguendo la trattazione di Ingrosso, la visione della cura che fino al Medioevo trovava una sua dimensione tutto sommato “unitaria e congruente” diviene qui scissa fra una “biologia applicata” da un lato e un’evanescente e perdente mondo dell’arte e della filosofia. Una visione della cura molto legata alla sapienza e dunque alla verticalità, non solo dei saperi, ma delle classi, delle risorse, e dunque poco attenta sia all’orizzontalità fraterna che alla cura di sé (chi è meno sapiente su di sé, in una logica scientifico-positivista, che sé stesso?) fondando in tal modo un’esigenza di delega. Nessuno spazio poi poteva avere per la scienza positiva la considerazione di ciò che oggi potremmo definire “soggettività del ricercatore e del curante” che non potevano che dover essere espunti e con ciò le ragioni “vocazionali” della cura (e della ricerca).

Il lavoro di Ingrosso prosegue poi, esaurita questa prima parte storica, mettendo in luce i contributi di alcuni autori e ambiti di pensiero che hanno svolto un ruolo significativo nella teoria della cura (da Heidegger a Lévinas, da Foucault a Ricoeur, dalla cultura psicologica a quella pedagogica e femminista) e infine approfondendo maggiormente i contributi del pensiero sociologico, per arrivare a un’ampia disamina delle rappresentazioni e delle esperienze attuali inerenti il mondo sanitario.

È interessante qui notare come il tema della cura si focalizzi sempre più, nel corso del volume, sul mondo della salute e come contestualmente si arrivi ad una visione della salute stessa (ne è un esempio la famosa definizione dell’OMS resa pubblica nel ’48, ma anche le più attuali concezioni di salute che Ingrosso cita) estremamente onnicomprensiva. Anche la proposta definitoria dell’autore si situa d’altronde in questa linea: *“La salute consiste nella capacità (per gli esseri umani) di mantenere il proprio equilibrio vitale, di affrontare gli eventi della vita, di adattarsi ai cambiamenti del proprio ambiente. La salute necessita di ambienti favorevoli alla vita umana, di adeguate relazioni sociali e di opportune forme di cura reciproca e organizzata. Le condizioni che permettono ad un gruppo sociale e ai suoi membri di mantenere e sviluppare la salute costituiscono un bene comune da promuovere e tutelare.”*²²

Il libro compie quindi una traiettoria, significativa in sé, che parte dal tema della cura per poi restringersi a quello della salute, lasciando quindi in secondo piano tutta una serie di

²² Ibidem, p 216

ambiti della cura (da quello che riguarda la conoscenza/educazione a quelli relativi alle forme dell’essere nelle relazioni micro e macro sociali, alla cura dei luoghi, della diverse forme di vita e degli oggetti) che appaiono rilevanti e che non sono certo riconducibili al tema della salute, anche ampliandolo a dismisura (come fa, alquanto inefficacemente, l’OMS dal ’48 o nella carta di Ottawa dell’86). D’accordo naturalmente nel considerare la salute in modo “complesso e collaborativo” (come indica il titolo), ma credo che vada dato spazio di sviluppo, sul piano teorico, operativo e di presenza sociale, a forme di cura “beni comuni” che stanno assai strette nella cura sanitaria, pur intesa nel senso ampio suddetto, e che certo però riguardano quella conquista, in fondo recente, dell’occidente del mondo che è il “welfare state”.

A mio parere questo è il caso, fra l’altro, di tutto l’ambito del benessere/malessere dei soggetti che oggi viene riduttivamente fatto rientrare nella c.d. “salute mentale”, dando a esso, in tal modo, una lettura particolare, nella quale la cultura psichiatrica, agganciata alla tradizione medica, la fa da padrona. Ma di questo parleremo magari in altra occasione.

Il testo ci porta quindi ad immaginare e ad “assaggiare” esperienze dove si possa pensare alla salute in termini complessi, ma altresì inclusivi degli apporti della conoscenza scientifica e delle pratiche di *cure* più avanzate, collocandole in un quadro non riduzionista. Uno sviluppo interessante del libro nascerebbe dall’integrarlo con le rappresentazioni della cura e della salute in altre culture, che forse hanno perseguito tradizioni maggiormente inclusive e olistiche, mi riferisco sia alla tradizione orientale che araba, per esempio. Tuttavia questo contributo di Marco Ingrosso è prezioso anche perché può essere molto utile a contrastare altre interpretazioni della salute, assai presenti anche nella nostra quotidianità italiana e in aree considerate d’eccellenza, ma che continuano a perseguire la cura in termini oggettivanti, iperspecialistici, pan-tecnologici.

Il futuro, anche alla luce dell’incontro con l’esperienza Covid-19 che stiamo vivendo, ci dirà.²³

Fabio Vanni

Psicologo, Psicoterapeuta, AUSL Parma, Università di Parma, SIPRe, Direttore *Ricerca Psicoanalitica e Adomagazine*

²³ <https://www.battei.it/2020/05/13/n2-05-2020-recensione-multidimensionalita-e-relazionalita-della-cura-riflessioni-a-partire-dal-libro-la-cura-complessa-e-collaborativa/>

Politicizzazione virale e attacco all'Organizzazione Mondiale della Sanità

di Marco Ingrosso

1 Maggio 2020



Nell'incalzare degli avvenimenti legati alla pandemia di Covid-19 è passato relativamente sotto silenzio il gravissimo attacco che il Presidente degli Stati Uniti, Donald Trump, ha non solo minacciato, ma messo in atto dichiarando di togliere il finanziamento che il suo paese versa all'Organizzazione Mondiale della Sanità, in ragione dell'accusa di aver dato in ritardo l'allarme per il virus allo scopo di coprire le mancanze cinesi.

L'OMS è una delle più importanti agenzie ONU costituita dopo il II conflitto mondiale per sviluppare il diritto alla salute nel mondo. Attualmente vi aderiscono la quasi totalità dei paesi del pianeta (194) e dispone di un Quartiere generale sito a Ginevra, 6 sedi macroregionali (ad es. una a Washington per tutte le Americhe) e 150 sedi decentrate dislocate nei maggiori paesi. L'intero personale dipendente (di solito con contratti a tempo) è di circa 7000 persone. Certamente non molte, vista la dimensione mondiale coperta e gli obiettivi perseguiti.

I suoi compiti sono, in gran parte, di sviluppare la cooperazione internazionale e indicare nuovi obiettivi globali per la copertura sanitaria, specie delle aree più disagiate. Celebri di documenti che hanno definito il significato della salute (Ginevra, 1948), che hanno indicato la strada prioritaria delle cure primarie (Alma Ata, 1978) – recentemente ribadite e ampliate (Astana, 2018) –, che hanno avviato le politiche della promozione della salute (Ottawa, 1986), o che hanno costituito il “Global Outbreak Alert and Response Network” (2000), ossia l'organismo che sta coordinando le azioni internazionali contro il Covid-19. È grazie all'azione dell'OMS che si sono condotte campagne globali di copertura vaccinale che hanno portato all'eradicazione del vaiolo (1979) e della polio (1988), al controllo dell'infezione HIV (1987), allo sviluppo tempestivo del vaccino dell'H1N1 (2009), al controllo dei virus Ebola (2014) e Zika (2016), per dire delle principali azioni globali che hanno portato a decisivi risultati grazie alla cooperazione internazionale.

La risposta immediata del Direttore generale dell'OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus è stata molto cauta, dicendo che a tempo debito (e negli organismi preposti) le azioni effettuate saranno valutate e che ora è il momento del massimo impegno e della massima condivisione delle informazioni con tutto il mondo, ma, in una successiva intervista, ha affermato che “*occorre mettere in quarantena la politicizzazione del virus*”. Il capo redattore della prestigiosa rivista scientifica medica *Lancet*, Richard Horton, ha affermato, senza mezzi termini, che “*La decisione sull'OMS è un crimine contro l'umanità! Ogni scienziato, ogni operatore sanitario, ogni cittadino dovrebbe resistere e ribellarsi contro questo sconvolgente tradimento della solidarietà globale*”.

Molti ambienti sanitari USA hanno criticato la decisione del Presidente, mentre *USAToday*, dopo aver svolto un'indagine dettagliata sulle accuse, le ha definite assolutamente false e senza prove. Il *New York Times*, il più importante quotidiano statunitense, ha affermato che l'OMS ha agito con molta più oculatezza e velocità di molti governi nazionali. Molti governi nazionali hanno preferito non commentare o affidare a portavoce la presa di distanze, mentre Josef Borrell, Alto rappresentante per la politica estera della UE, ha dichiarato: *“Sono profondamente rammaricato per la decisione degli Stati Uniti di sospendere i finanziamenti all'Oms. Non c'è ragione che giustifichi questa mossa in un momento in cui gli sforzi dell'Organizzazione sono più che mai necessari per aiutare a contenere e mitigare la pandemia di coronavirus”*.

In Italia una delle poche prese di posizione è stata quella di Walter Ricciardi, rappresentante italiano presso l'OMS e membro del Comitato tecnico-scientifico della Presidenza del Consiglio per la lotta contro il virus. Tale presa di posizione è stata duramente criticata da Matteo Salvini che ne ha chiesto le dimissioni con la ragione della lesa maestà di un Capo di Stato straniero e per la sua incompetenza (sich!).

Quali le spiegazioni possibili delle scelte del Presidente Trump? In primo luogo, i tagli di fondi e le critiche contro le Agenzie internazionali e gli Accordi multilaterali sono una costante dell'Amministrazione Trump: già nel 2017 sono stati tagliate le risorse versate al Fondo delle N.U. per la popolazione con l'accusa, anche allora risibile, di aver favorito la Cina (una vera e propria ossessione!). Nel 2019 ha minacciato di rivedere i finanziamenti all'ONU, mentre nel 2018, come si ricorderà, è uscito dagli Accordi Globali sull'Ambiente per contrastare i cambiamenti climatici sottoscritti, pochi anni prima, dal Presidente Obama. Ha inoltre minacciato anche il WTO, organizzazione mondiale del commercio, del ritiro dei fondi. Molti altri i fondi ritirati ad altri progetti, accordi e agenzie in questi anni, per non parlare del sostegno dato a Boris Johnson in occasione della Brexit. Nel discorso nel 24 settembre 2019 all'ONU, Trump ha affermato: *“Il futuro non è dei globalisti, ma delle nazioni sovrane e indipendenti”* lanciando un appello “ai patrioti” per l'affermazione di questa linea in tutti i paesi.

Le ragioni più contingenti di tale comportamento risiedono nella totale sottovalutazione della pandemia da parte dall'Amministrazione Americana che ha portato ad una diffusione molto ampia dei contagi con il primato mondiale del numero dei morti, una evidente impreparazione dei servizi sanitari, l'abbandono di larga parte della popolazione povera non coperta da assicurazioni. Non solo i Governatori dei vari Stati non sono stati supportati dall'Amministrazione federale, ma essi sono stati fatti oggetto di manifestazioni pubbliche anti-lockdown, letteralmente “in armi”, a cui il Presidente Trump ha dato il sostegno.

Il massimo della “politizzazione virale” (basata sulla creazione di false notizie) è stata l'accusa alla Cina non solo di aver nascosto l'epidemia (e su questo sono state addirittura avviate delle azioni legali), ma di aver fabbricato il virus da usare come arma letale e di esserselo lasciato sfuggire. Tale leggenda da tempo girava su internet e poteva sembrare avere qualche verosimiglianza. Il salto di qualità è averla data per certa da parte dell'Amministrazione e aver montato una forte campagna propagandistica. Le prove portate da molti laboratori in tutto il mondo dicono però che si tratta di una fake-news delle più subdole, probabilmente messa in circolo da un insieme di siti finanziati da ambienti oltranzisti statunitensi, per influenzare la campagna elettorale e «politizzare il virus», come ha detto il Direttore Generale dell'OMS. Insomma la politica della creazione di capri espiatori basati su accuse prive di fondamento viene largamente battuta da questo Presidente e da tutti i suoi seguaci (“patrioti”) nel mondo.

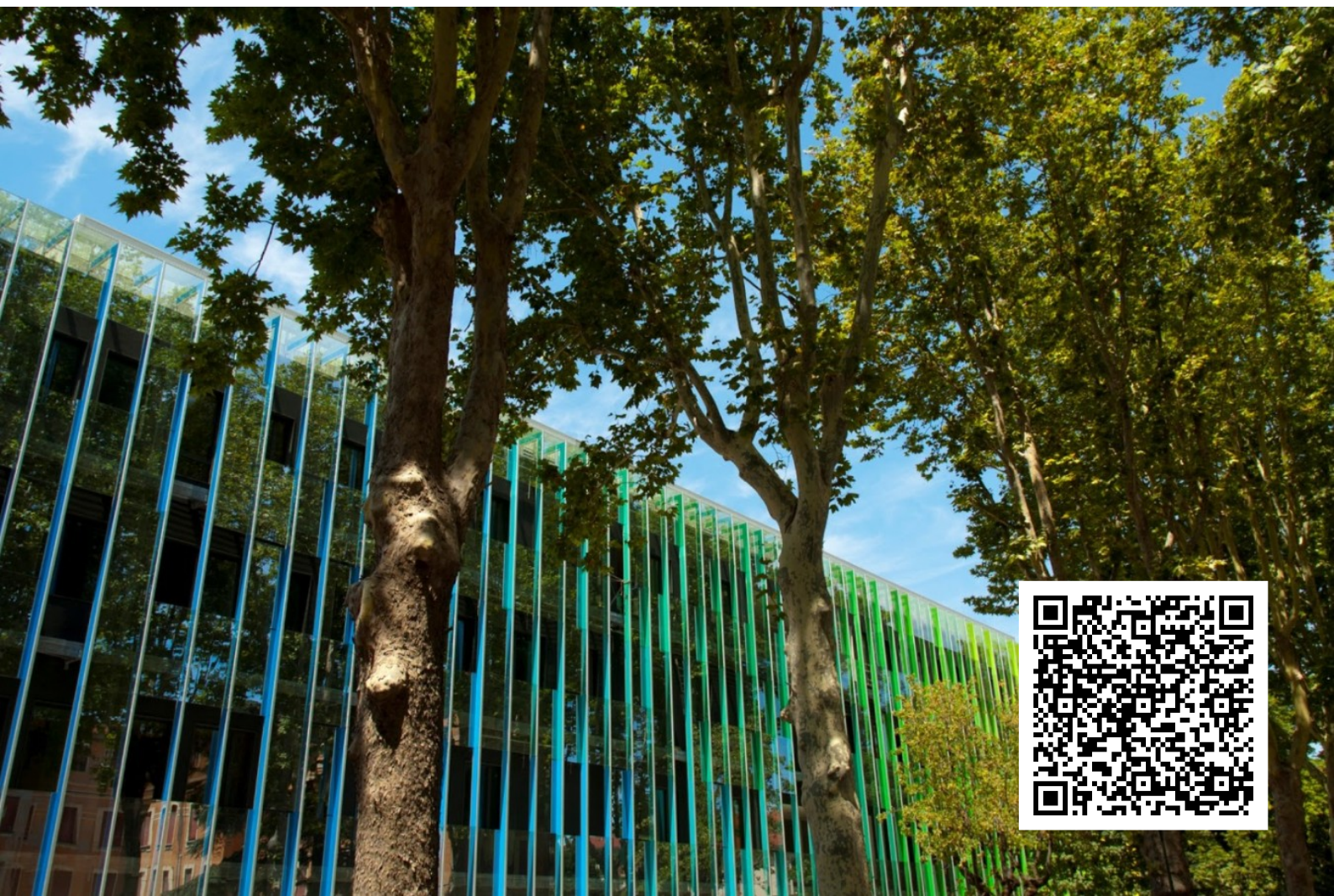
In conclusione, mentre si moltiplicano gli appelli alla solidarietà e cooperazione internazionale per affrontare il virus e per trovare un vaccino e delle cure efficaci, le politiche sovraniste al potere e all'opposizione in vari paesi del mondo si adoperano per bloccare e distruggere gli accordi operanti (che diversi successi hanno avuto in passato), per immettere nel dibattito politico mele avvelenate che diventano virali, inquinando le menti individuali e la mente collettiva, senza trovare resistenze e anticorpi adeguati. Diversi commentatori hanno paventato che la diffusione di controlli di massa attraverso le reti (come app obbligatorie sul cellulare di tutti) possa essere il preludio di una sorveglianza di massa di stile foucaultiano. Il timore è fondato, ma vi è tuttavia anche un altro tipo di politica basata sull'inquinamento sistematico del dibattito pubblico e la creazione di nemici di comodo che pare altrettanto pericolosa e di difficile difesa. La polarizzazione che sta portando in campo la politicizzazione virale (piuttosto che il virus in sé) è sempre più quella fra azioni cooperative, solidaristiche e progettuali in campo interno e internazionale volte ad affrontare la sfida non solo del virus ma anche della ricostruzione creativa successiva, da una parte, e azioni divisive, avversative, falsificanti orientate a mantenere o acquisire un dominio politico assoluto, costi quello che costi, dall'altra. Tale conflitto rende ancor più drammatica la situazione di lunga convivenza e prolungamento degli effetti economico-sociali del coronavirus, che potrebbero richiedere diversi anni per essere affrontati. È in questo contesto e scenario che dovremo probabilmente muoverci nel prossimo futuro, senza dare per scontata né la prevalenza di un orientamento né dell'altro. La partita si giocherà letteralmente nelle menti e nei corpi del nostro “prossimo”, un prossimo che, come ha palesemente messo in evidenza il coronavirus, è ormai *senza confini*!²⁴

²⁴ <https://www.battei.it/2020/05/01/politicizzazione-virale-attacco-organizzazione-mondiale-sanita/>

L'Ospedale dei Bambini di Parma: un ambiente centrato sulle relazioni

di Giancarlo Izzi

19 Maggio 2020



La medicina al tempo del coronavirus

Siamo in un periodo di grande difficoltà per tutta la società. La Medicina è diventata la star della situazione e, in suo nome, molti medici – a mio modesto parere in modo improprio – stanno diventando coloro che decidono le sorti dell'Italia sotto tutti gli aspetti: sociale, economico, pubblico, mentre poco spazio lasciano agli aspetti sanitari, in quanto l'infezione da SARS COV.2 non è una malattia già conosciuta nei suoi aspetti clinici, eziopatologici ed epidemiologici. Tuttavia essi si propongono (o vengono percepiti) come scienziati, detentori di verità, mentre la Medicina è una disciplina fondamentalmente empirica. Ma la Scienza stessa non è certezza, non è verità assoluta – come spesso si vuole spacciare – ma si alimenta di dubbio, di ricerca tramite ipotesi e tesi da verificare, di confronto e di interpretazioni contraddittorie della complessità della Natura. Le teorie scientifiche non sono mai definitive, ma vanno incontro a continue trasformazioni, rivisitazioni e verifiche. Non può essere la Scienza medica a dare risposte definitive, tantomeno politiche. È anche un tempo di crisi della Medicina che non ha più un polo di attenzione unitario e centrale – il malato –, ma ha ormai almeno tre “padroni”: *il malato* (o l’“esigente”, secondo Cavicchi), *il sistema sanitario*, come amministratore di risorse, *la magistratura*, come minaccia costante.

La cronaca sta riportando in grande evidenza il valore della Medicina e dei suoi operatori, dando rilievo alla relazione tra operatori e malati. Grandi emozioni sono richiamate sulla stampa da chi è guarito e da chi ha accompagnato il percorso faticoso dei morenti. Da qui, questo mio breve scritto che ricostruisce alcuni tratti del percorso di realizzazione dell'Ospedale di Bambini di Parma, avvenuta fra il 2006 e il 2013.

La centralità delle relazioni come linea guida progettuale

Quando abbiamo pensato alla costruzione di un nuovo ambiente ospedaliero pediatrico, in particolare l'Ospedale dei Bambini “Pietro Barilla”, abbiamo potuto agire liberi dai vincoli dovuti alle classiche strutture tecniche ospedaliere grazie alla particolare autonomia progettuale che si era potuta realizzare. L'ambiente ospedaliero che abbiamo voluto costruire, doveva avere come riferimento le relazioni tra tutti i partecipanti alla fase di ricovero. Potevo basarmi, in tal senso, sulla mia lunga esperienza personale di pediatria, durante la quale ho prestato particolare attenzione alle dinamiche relazionali che si hanno nel momento dell'ospedalizzazione e durante il suo corso, cercando di intercettare e interpretare la complessità di quanto avviene in questo periodo così problematico e, spesso, prolungato.

Per capire, dobbiamo fare un passo indietro, a prima del momento del ricovero, a casa, quando nasce l'idea che sia necessario portare il proprio figlio in ospedale. Quanta

pressione, quante domande, quante incertezze, quante speranze e dubbi si accumulano nei genitori in un momento così cogente: “*Il mio bambino sta male e io non so cosa fare!*”; “*Ho bisogno del parere di un esperto che risolva la situazione!*”; “*Devo portare mio figlio in ospedale!*”. Si affacciano quindi tante paure e preoccupazioni a causa dell’inesperienza, delle cose sentite intorno, degli scenari problematici – spesso eccessivi – colti dai media, dei racconti trasmessi da amici e parenti. Dover chiedere un aiuto così impegnativo manda spesso la famiglia in una situazione di estrema tensione, a cui si aggiungono le situazioni di necessità aggiuntive qualora ci siano altri componenti della famiglia – quali altri figli minorenni o anziani non autosufficienti – cui trovare una temporanea sistemazione.

Ma cosa avviene una volta arrivati in ospedale?

I genitori, oppressi da tutte queste tensioni, temono, nel momento in cui chiedono l’intervento dei sanitari, che la richiesta di aiuto sia la dimostrazione pratica che sono dei genitori inadeguati: incapaci di prendersi cura del proprio bambino, incapaci di valutare adeguatamente la situazione, incapaci di essere buoni genitori. Già questo è un ulteriore momento di tensione, che rende ancora più facile l’aggressività verso i sanitari, l’intolleranza delle attese, la difficoltà del dialogo.

E il bambino? Cosa succede nel bambino portato in ospedale?

Il bambino vede completamente sovvertito il rapporto con i propri genitori. Sino all’età preadolescenziale, egli ha un’immagine chiara dei propri genitori: sono coloro che sono in grado di dare una soluzione a tutti i suoi problemi. A tutto i genitori offrono una risposta, spesso con determinazione e chiarezza, a cui eventualmente il bambino si può contrapporre – e oggi questo avviene sempre più –, ma che è comunque una risposta.

Arrivato nel contesto ospedaliero, il bambino avverte che i genitori non sono più sicuri di sé: di quanto c’è da fare, di come gestire il figlio, ecc... Dal momento del ricovero, sono i sanitari che dettano le regole: “*Aspetti lì! Mi dia questi documenti! Adesso risponda alle domande, al bambino ci pensiamo noi*”. Il bambino vede i propri genitori tesi, preoccupati, incerti, succubi delle regole dettate da altre persone, vestite in modo inconsueto, in un contesto del tutto nuovo. Colori, rumori, odori, arredi, pareti: tutto diverso dalla propria casa, dalla propria scuola, dalla casa dei nonni, degli amici. Questo *spaesamento* del bambino non può trovare una risposta nel comportamento dei propri genitori, altrettanto disorientati.

Tuttavia, anche i sanitari hanno le loro difficoltà: problemi di turno, sostituzioni incalzanti, riposi saltati, ma magari anche familiari malati, speranze disilluse, aspettative mancate. Talvolta il piccolo malato ricorda il proprio figlio, il proprio nipote. L’ospedale, a mio modo di vedere, è un luogo in cui tanti mondi si incontrano e interagiscono. Ognuno

viene dal suo mondo, ricco di sentimenti, di aspettative, di fatica e di speranze, e si incontra col mondo dell'altro che arriva – per caso – nello stesso luogo: l'ospedale.

È da queste esperienze a lungo vissute che, al momento della progettazione di un nuovo servizio ospedaliero pediatrico, è nata la richiesta, rivolta agli architetti, di creare ambienti nei quali contenere, da subito, un impatto così denso di emozioni e di contrasti, creando degli spazi “quasi familiari” attraverso l'uso dei colori, degli arredi, con attenzione non solo alle esigenze delle persone adulte, ma soprattutto a quelle del bambino. Abbiamo voluto, ad esempio, che nel bancone d'ingresso, dove avviene il contatto iniziale, ci fosse una parte comoda di appoggio per gli adulti di una certa altezza, ma anche una parte, molto più bassa, che permettesse al bambino di vedere l'operatore e partecipare così alle prime interazioni col personale, di modo che potesse sentirsi parte di questo evento che non avveniva sopra di lui, ma che lo coinvolgeva fin dal suo primo momento. Il bancone è diventato una superficie con colori cangianti, che offrono un'immagine piacevole senza tuttavia ricadere nei modelli di arredamento bambinesco, tipico delle scuole dell'infanzia. L'idea guida è che il bambino si senta accolto in modo gradevole, ma come persona, con gli stessi diritti di attenzione che sono riservati ai familiari.

La stanza del bambino: un luogo da abitare

Negli ospedali che ho frequentato, ho avuto la possibilità di vedere tutto il meglio e tutto il peggio che l'umanità, nella sua varietà e complessità, può mostrare. In essi avvengono relazioni di alto significato e di grande intensità emotiva, per tutti coloro che sono coinvolti. Nell'ospedale si arriva pieni di speranze, ma anche di preoccupazioni, traumatizzati dal momento di malattia che si sta vivendo, ma portando con sé il proprio bagaglio di cultura, di conoscenze, di capacità, compreso il ruolo sociale che si vive, con tutto il vissuto legato alla propria famiglia, alle proprie convinzioni religiose, alle proprie informazioni che abbiamo maturato fino a quel momento. La gran parte delle persone, purtroppo, siano essi malati siano familiari o amici, non hanno invece la capacità di vedere che nell'ospedale lavorano altre persone che, come loro, hanno preoccupazioni, conoscenze, esperienze e affanni come avviene a tutti. Pertanto la relazione avviene tra un soggetto che esprime tutte le proprie esigenze e un soggetto che dovrebbe rispondere a tutte le attese, senza una considerazione però della persona che, in quel momento, abita il camice che riveste l'operatore.

Da qui la grande difficoltà del dialogo e la richiesta di umanizzazione, a cui gli “esigenti” – come li definisce Ivan Cavicchi (ossia i malati e i familiari) – non contrappongono una pari umanizzazione, ma pretendono la risoluzione dei propri problemi, senza condividere i percorsi, i dubbi, le soluzioni che talvolta non possono essere risolutive.

A queste considerazioni, un po' generiche e quindi non esaustive, si aggiunge, nel caso dell'Ospedale dei Bambini, il vissuto dei bambini stessi, spesso caricato di nozioni molto superficiali, spesso sbagliate, sempre contornate da un alone di paura e di preoccupazione, che è, per lo più, superiore alla realtà dei fatti. Le fantasie popolano la sua mente, piena di dubbi, incertezze e nozioni terrifiche, spesso trasmesse dagli adulti: “*Se non mangi, ti porto in ospedale!*” oppure “*Se non prendi le medicine, me ne vado*” o anche “*Là ti faranno le punture!*” e altre facezie del genere che ancora oggi vengono dette ai bambini.

Senza volerci dilungare su tutti i molteplici aspetti dell'esperienza che si realizza nel contesto ospedaliero pediatrico, voglio riportare l'attenzione su un secondo importante spazio che abbiamo cercato di ripensare: la stanza di degenza. Questo ambiente è il luogo privilegiato in cui l'esperienza di malattia del bambino e dei familiari viene vissuta. Ecco perché abbiamo voluto che questo luogo avesse delle caratteristiche tali da non essere facilmente etichettabile come stanza di degenza, ma piuttosto come *stanza di vita familiare*, con arredi non ospedalieri realizzati su misura e con criteri specifici. Tale invenzione ha permesso di creare degli ambienti che sono completamente diversi da quelli a cui siamo abituati in ospedale, compresi quelli che ambientano le serie televisive di carattere medico, piene di apparecchiature, di letti tecnologici con sponde di sostegno, con lampade e prese di supporto sopra e a fianco del ricoverato. In questi scenari non c'è spazio per la persona e i suoi bisogni di individuo, ma tutto è orientato alla sua malattia. Quale tipo di relazione può attivare il bambino in ambienti così costruiti? quale tipo di condivisione può essere gestita dal bambino malato e dalla sua famiglia in uno spazio nel quale tutto è a servizio della tecnologia assistenziale per la malattia?

Nella progettazione di un ospedale che fosse abitabile dai bambini, noi abbiamo voluto invece che prevalesse, sempre, la persona, coi suoi affetti, le sue convinzioni, le sue aspettative. E che questa persona viva fosse la base che permette ai soggetti di poter condividere con i sanitari le scelte che riguardano la *propria* salute e la cura della *propria* malattia.

Non tutto, del bambino malato, è malato

Dietro questo orientamento progettuale, vi è di un percorso culturale molto complesso, maturato nel tempo, sintetizzabile in quel concetto e motto che ho seguito nel mio percorso professionale sin dall'inizio: “*Non tutto, del bambino malato, è malato*”. C'è una parte che non è malata, che non è la sintomatologia della malattia, che è presente nella stanza di degenza, nel reparto, nell'ospedale. A questa parte, noi abbiamo scelto di dare spazio, ma soprattutto di dare accoglienza, per fare in modo che la persona possa rafforzare le proprie caratteristiche personali attraversando l'esperienza della malattia, della sofferenza, delle

limitazioni sociali conseguenti. Abbiamo voluto dare attenzione alla crescita della sua personalità, all'acquisizione di competenze maggiori, comprese quelle relative alla gestione tecnica della propria malattia, compresa l'accettazione condivisa di un percorso difficile ma vitale. Un percorso che, passando attraverso la fantasia e il gioco, possa diventare spazio di acquisizione di conoscenze, di competenze nuove, di apprendimenti utili per la crescita.

È quindi sulla base di queste considerazioni, che abbiamo scelto pareti con colori che fossero compatibili con l'esperienza domestica, sulle quali poter disegnare o attaccare i propri disegni come segno di personalizzazione dell'ambiente, così che il bambino, al momento del risveglio, potesse ritrovare segni di sé e della propria vita. Un bambino che, nella situazione speciale in cui si trova, deve riconvertire i rapporti con la mamma, ansiosa per la malattia e incerta per la presenza di altre figure femminili – le infermiere o le dottoresse – che sanno come gestire il corpo dolente del figlio, sanno come dargli sicurezza; come dare risposte alle sue domande. Mentre lei – la madre – non si sente più capace di contenerlo, di trattenerlo a sé e vede il 'suo' bambino gestito da mani altrui, sorridere ad altre donne vestite con divise e capaci di atteggiamenti appropriati, mentre lei è stanca, tesa, irritabile e un po' sgualcita. Ma anche il papà è cambiato: privo dell'alone di forza e di sicurezza di prima, preoccupato e incerto sul da farsi, in attesa di notizie fornite dai medici, che invece ordinano e dispongono le scelte future del figlio.

Questo e tanto altro avviene nelle stanze di degenza, oltre alla malattia e ai suoi sintomi, alle sue sofferenze, alle sue incertezze e difficoltà. Ecco perché la *stanza di vita familiare* è uno 'strumento' di cura, un contenitore di relazioni, intense e molteplici, vivide e forti.

La struttura ospedaliera, le scelte di arredo, la presenza o l'assenza di apparecchiature o oggetti, le dinamiche interpersonali che si compiono, fanno tutte parte dell'attività e del progetto dell'Ospedale dei Bambini di Parma. È importante che chi vi entra, per qualsiasi motivo, possa avvertirne la presenza e viverne l'esperienza culturale, morale, scientifica e non solo la dimensione terapeutica. Per questo mi pare utile continuare a parlarne sia per preservarne lo spirito originario sia per farne tesoro in ulteriori progetti innovativi di cui il SSN ha particolarmente bisogno in questo momento!²⁵

Giancarlo Izzi

Medico pediatra, già Direttore U.O. Pediatria e Oncoematologia Ospedale Maggiore di Parma, Presidente Avis comunale di Parma

²⁵ <https://www.battei.it/2020/05/19/n2-05-2020-lospedale-dei-bambini-di-parma-un-ambiente-centrato-sulle-relazioni/>

La salute (mentale) non basta

di Fabio Vanni

6 Giugno 2020



Prendersi cura di sé nelle relazioni sociali

Lo star bene delle persone parte da una propria ‘cura di sé’ che avviene attraverso vari tipi di pratiche che spesso includono altri ‘prossimali’ come familiari, amici, colleghi di lavoro, etc. Quando questa auto-eco-regolazione non è sufficiente, la *domanda di cura* si allarga in vario modo e può coinvolgere l’aiuto professionale, quel dispositivo che i sistemi di welfare hanno messo a disposizione dei cittadini per rispondere a questo e ad altri tipi di bisogni che travalicano le possibilità autonome di risposta.

Occuparsi di malessere e di salute mentale vuol dire occuparsi di questa parte dell’esigenza di cura che le persone producono. Talvolta si presentifica in brevi momenti, talaltra in periodi più lunghi; in altri casi, in maniere più o meno lineari, caratterizza lunghi periodi della vita o addirittura pressoché tutta l’esistenza di una persona.

Due problemi

La salute mentale, e la psichiatria che ne è la disciplina centrale, nel nostro paese come - e spesso meglio - che in altri, copre una piccola percentuale di questo bisogno di cura “mentale” lasciando fuori di essa tutto il resto, nel mercato professionale e nelle forme che ognuno trova per star meglio, senza attenzione alle disuguaglianze nell’accesso a queste altre forme di cura, per esempio psicologiche e psicoterapiche. La psichiatria e la neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza, inoltre, si occupano del malessere annoverandolo fra le condizioni inerenti la salute *mentale*, assimilando, di fondo, la soggettività ad un organo del corpo che andrebbe perciò trattato da branche specialistiche della tecnoscienza medica, con la collaborazione di qualche operatore di discipline “paramediche” e di qualche psicologo spesso disagevolmente allineato.

Non è una questione di operatori, che provano a recuperare spesso il gap identitario professionale con encomiabile impegno, è una questione di istituzioni e di discipline, di indotti economici, di rispettabilità scientifica e sociale. Trattare le crisi da ‘esordi’, le storie da “anamnesi”, domandarsi “cos’ha” anziché “chi è”, parlare di “visite” anziché d’ “incontri”, di “ricoveri” anziché di “ospitalità”, di “*cure*” anziché di “*care*”, è il *mainstream* sanitario dal quale non è agevole smarcarsi, anche volendo.

C’è quindi un doppio problema. In primo luogo la psichiatria si occupa solo di chi, dopo attenta selezione, arriva ai servizi e, in secondo luogo, riduce il suo problema personale, la sua crisi, le sue difficoltà nell’essere nel mondo, ad un problema sanitario, nella sua accezione riduttiva.

Qualche dato

Per dare qualche dato minimo ricordo che autorevoli ricerche sostengono che fra il 15 ed il 20% degli adolescenti hanno bisogni di cura mentale. I servizi pubblici della nostra regione, sicuramente fra le più avanzate d'Italia - e non solo - ne intercetta (che non vuol dire che li curi, né ovviamente che li curi bene) fra il 3 ed il 4% (nel 2015 il 2,3% dei 14-25enni²⁶ dopo almeno un decennio di sforzi per migliorare i servizi dedicati a questa fascia d'età). Per le altre età i fabbisogni non sono molto distanti, né lo sono, mediamente, le utenze intercettate.

“L'OMS sottolinea che, nel mondo, il 10-20% di bambini e adolescenti soffre di disturbi mentali e che le condizioni neuropsichiatriche sono la principale causa di disabilità nei giovani di tutte le Regioni Oms. La metà di tutte le malattie mentali inizia all'età di 14 anni, dicono gli esperti, e tre quarti comincia entro i 25 anni. Se non trattate queste condizioni possono influenzare pesantemente lo sviluppo dei giovani e la possibilità di vivere vite soddisfacenti e produttive da adulti. A tal proposito, bisogna sottolineare che i sistemi sanitari non hanno ancora risposto adeguatamente al peso globale di malattia correlato ai disturbi mentali. Il divario tra la necessità di trattamento e la sua reale offerta è molto ampio in tutto il mondo. Nei Paesi a basso e medio reddito, il 76-85% delle persone con disturbi mentali non riceve alcun trattamento mentre in quelli ad alto reddito si scende a valori che variano tra il 35-50%.” (Fonte Istituto Superiore di Sanità-Epicentro)²⁷

Un sistema di welfare dovrebbe oggi preoccuparsi di come costituire un aiuto per questo tipo di bisogni. La salute mentale, asserragliata nel suo fortino, protetta dai medici di base armati solo di pochi minuti di pazienza e qualche psicofarmaco²⁸, accessibile pressoché solo dal Pronto Soccorso, risponderà che quelle percentuali sono “i più gravi” e che di più non può fare. Forse anche perché i budget dei Dipartimenti di Salute Mentale sono dedicati per oltre l'80% agli adulti con età media sui cinquant'anni. La cronicità, non la guarigione né l'intervento precoce o, addirittura, la prevenzione, è in cima alle priorità. Nella Fase2, di convivenza col Covid-19, l'arroccamento è ovviamente aumentato, complice il rischio di contagio.

²⁶ Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti. Raccomandazioni regionali, Regione Emilia Romagna, 2017. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/percorsi-di-cura/percorsi-di-cura-di-salute-mentale-per-gli-adolescenti-e-i-giovani-adulti>

²⁷ <https://www.epicentro.iss.it/mentale/epidemiologia-mondo>

²⁸ È noto il consumo altissimo di psicofarmaci nel nostro paese, e in altri del mondo occidentale, soprattutto nelle regioni benestanti del centro-nord; l'Emilia Romagna è quinta in Italia per consumo di antidepressivi - nonché la cultura della sostanza (dalla Valeriana allo spinello, e oltre) che alimenta e invita a quella via per fronteggiare ogni disagio. Una ricerca del 2015 (The British Journal of Psychiatry (2015) 207, 221-226) stima nel 5% della popolazione generale i consumatori di psicofarmaci. Il gap è così in parte colmato.

Mettere al centro la persona...

Ma alcuni colleghi ci danno forse una chiave di lettura per capire perché l'80% della domanda non venga nemmeno intercettato e come mai la cosa non sembri preoccupare più di tanto. La chiave sta nella proposta di considerare che i servizi di salute mentale dovrebbero essere "centrati sulla persona", intesa come persona sofferente, a disagio. Il sottinteso è che il focus non dev'essere sul suo corpo, sul suo cervello, sui suoi sintomi, o sulle sue condizioni sociali, ma sul suo essere un soggetto unitario e unico, vivente entro un contesto relazionale e sociale, in un mondo ampio e in divenire e che dunque si deve spostare il baricentro assistenziale su questo piano. Non si può che condividere.

È però del tutto evidente, a mio parere, come la psichiatria e la salute mentale odierna non abbiano alcuna possibilità di avere come loro "oggetto scientifico-professionale" la persona. Non possono finché rimangono confinati nella tradizione medica modernista e nella sua tecnologia, non possono finché non danno spazi strategici, non ancillari, alla cultura filosofica, psicologica, antropologica, umanistica, non possono finché sono collocati nel contesto di una sanità settoriale e specialistica, non possono finché non devono rendere conto del benessere della popolazione anziché, a essere ottimisti, dei risultati ottenuti sui propri utenti. È a tutti, o quasi, chiaro peraltro che il benessere delle persone non sia un problema del sistema sanitario soltanto, ma è altrettanto chiaro che non vi è un *soggetto sociale* alternativo o complementare capace di fare di questo tema il suo "oggetto istituzionale". La psichiatria rimane quindi ad abbaiare alla luna ottenendo al massimo qualche collaborazione per quelli che, di fondo, vengono considerati "i suoi obiettivi". Si tratta di completare un processo. Dalla cultura umanistica della tradizione greca e romana, da quella olistica di molti paesi orientali, la modernità ha portato, nell'occidente, l'esigenza di includere la follia all'interno della tecnoscienza che, prima isolando e segregando e poi oggettivando e creando l'equazione sofferenza = malattia, ha infine rinunciato proprio alla persona spostandosi, transitoriamente, sul sociale per poi ritornare in gran parte, e anche da noi, al corpo oggettualizzato.

Un luogo sociale nuovo per la "care con" i soggetti?

Si può dare oggi una nuova collocazione al malessere e alla sua cura non riducendoli a questione di salute (mentale)?

Sì, ma non lo potremo fare solo dall'interno del SSN, lo dovremo fare attraverso una discontinuità creativa che metta davvero al centro la persona e non solo il suo corpo, che permane essere l'oggetto identitario del mondo sanitario. Un oggetto importante, quando è il caso che lo sia, una gabbia quando non è il caso. Dall'ospedale psichiatrico al territorio si è fatto, in primis nel nostro paese, un passo avanti, ma dobbiamo uscire da quest'ultimo per

mettere davvero al centro la persona, un “soggetto ecologico”, per citare Sergio Manghi (2009)²⁹ che abita un mondo che è insieme prossimale e distale, un soggetto situato e relazionale, con una storia e una prospettiva verso il futuro.

Difficile ma non impossibile. Bisognerebbe provare ad invertire una tendenza difensivamente riduzionistica e a sostenerne invece un'altra maggiormente aperta, ricca, complessa. Svolgere una funzione pubblica d'altronde non vuol dire tanto gestire la cura di chi arriva, vuol dire avere a mente lo stato di malessere/benessere di quella popolazione che oggi riceve cure solo a condizione che la sua follia sia codificabile ICD/DSM e preoccuparsi di organizzare le forme di ascolto e di presenza relazionale e soggettuale utile.

Scenari durante e dopo il Covid

Se questa era la situazione pre-covid, tutti gli esperti ci dicono che il futuro *insieme al covid* e poi, auspicabilmente un giorno, *post covid* potrebbe essere difficile per molti. Sarà quindi più arduo ancora non preoccuparsi di quella popolazione che, in misura maggiore di oggi, esprimerà i suoi disagi. È possibile, prevedo, che le forme di medicalizzazione di massa divengano allora ancor più valorizzate e giustificate e che quindi il Tavor ed il Lexotan guadagnino l'onore di una statua in qualche piazza cittadina. È possibile che, non troppo in là, si trovi un vaccino contro l'infelicità e che la sua assunzione diventi uno standard di salute, magari rilevabile con un microchip sottopelle. Oppure bisogna arrendersi, e fare del tema di come stanno le persone e del senso dei loro affetti, sentimenti, pensieri, comportamenti, della loro psicoantropologia una questione che travalichi, ancorché comprenda, il loro sistema nervoso centrale e che richieda forme di relazione di aiuto che recuperino una centralità per il “soggetto relazionale”, come oggi è possibile intenderlo, e prendersene cura. Credo che per fare questo sia necessario sviluppare una presenza sociale altra rispetto al sistema sanitario, dialogante, certo, e integrata con esso, ma che guardi alla persona da una prospettiva più ricca e complessa e che collochi i saperi sul cervello e sul corpo nella loro giusta importanza.

Parliamone.³⁰

Fabio Vanni

Psicologo, Psicoterapeuta, AUSL Parma, Università di Parma, SIPRe, Direttore *Ricerca Psicoanalitica e Adomagazine*

²⁹ Manghi Sergio (2009) *Il Soggetto Ecologico di Edgar Morin*, Erickson, Trento

³⁰ <https://www.battei.it/2020/06/06/n3-06-2020-la-salute-mentale-non-basta/>

COMMENTI

di Alessandro Bosi

Parliamone, caro Fabio. Perché è davvero urgente parlarne se le cose stanno come dicono i dati che tu fornisci sulla salute mentale, sulla consapevolezza che abbiamo del problema, sulla capacità d'intervento di cui abbiamo dato prova e sulla tenuta dei paradigmi culturali ereditati dalla tradizione occidentale e da quella orientale. E mi sembra che le cose stiano proprio come tu le dici con esemplare chiarezza.

Parliamone dunque, e proprio ora, a partire dal riferimento alla persona che tu richiami con forza. Dico proprio ora perché non ricordo che sia mai stata in campo, come in questi giorni, una preoccupazione altrettanto estesa e partecipata sui giovani, sulle relazioni tra di loro, sui rapporti con insegnanti e famigliari. Si direbbe, a sentire e a leggere molti discorsi, che, dopo la crisi economica, il più preoccupante lascito del coronavirus sia la ferita inflitta alla socializzazione dei giovani con la chiusura della scuola. E, se possibile, questa preoccupazione è acuita dal timore che la scuola possa ricominciare proprio come è finita. In questi discorsi, la scuola non è una delle istituzioni che compongono il panorama delle istituzioni educative: è lei sola che educa, socializza, istruisce, fornisce competenze, abilità e tutto quel che serve per stare al mondo.

Ora ti sembra possibile, caro Fabio, che, per questa strada, si possa rintracciare una qualche idea plausibile di persona? Uno straccio d'idea di persona, si può averla in mente se si crede che tutto quel che la riguarda debba passare esclusivamente di lì, da quella scuola pubblica che prima del 1860 non c'era mai stata e che ora sarebbe la sola fucina dell'umanità futura? Parliamone, caro Fabio perché, personalmente, a quel che tu dici e a quel che lasci intendere in ordine al concetto di persona, non toglierei proprio nulla, ma ho il sospetto che di "persona" si faccia un uso disinvolto.

Vedo che i fiori crescono negli ambienti più fertili, ma ci sorprendono quando spuntano in terreni aridi o addirittura dalla pietra: solo gli umani di quest'ultimo pugno d'anni hanno un solo luogo dove crescere? O forse, è questo che ci figuriamo e che infine pretendiamo per un'idea ottusa di persona? Quando non sia, dio non voglia, per il privato interesse di delegare a un'istituzione un problema che troppo interferirebbe con la nostra vita?

di Marco Ingrosso

Caro Fabio, mi sembra che il tuo intervento sia pienamente condivisibile e ponga dei problemi molto rilevanti a vari livelli. In primo luogo inizi con un riferimento alla cura di sé. È un tema che mi è caro in quanto da tempo sostengo che sarebbe necessario investire in quest'area sociale (oggi trascurata e disorganizzata) che mette le sue basi durante le prime fasi dello sviluppo personale, ma si prolunga in tutte le età della vita.

Un investimento dunque sia di tipo educativo e comunicativo, sia di organizzazione delle risorse collettive volte a favorire il benessere e la salutogenesi dei soggetti e delle comunità locali, contrastando le diseguaglianze. La logica della prevenzione di tipo sanitario ne è una componente, ma non è quella che possa dare un orientamento che accompagni la crescita della persona, come ha da tempo compreso la prospettiva della promozione della salute.

Il secondo aspetto chiave che tocchi è quello della salute “mentale”, intesa come uno specialismo legato ad un organo del corpo. Tale indirizzo non riesce a intercettare molte situazioni “grigie” di disagio che sono diffuse nella nostra società. In effetti, mi sembra che questa consapevolezza sia presente anche in molti servizi di neuropsichiatria, ma il problema è come affrontare tale situazione. Tanto più che tali problematiche non sono solo legate alla singolarità personale, ma derivano da una serie di dinamiche, immaginario ed emozioni collettive che pervadono la società contemporanea. In una relazione che ho fatto qualche tempo fa ad un convegno veneto di questi servizi, evidenziavo come, per poter godere di un accettabile benessere sociale, secondo diversi studiosi sarebbe necessario che i soggetti siano inseriti in reti che permettono ai partecipanti di sperimentare processi di integrazione, accettazione, riconoscimento, senso di protezione e sicurezza, sostegno e cura. Lo scenario contemporaneo è invece percorso da processi spesso di segno opposto come quelli di isolamento e chiusura, di diffidenza e paura, di insicurezza e incertezza identitaria che portano le persone ad atteggiarsi in modi aggressivi, cinici, depressi, narcisistici e così via.

Certo non è facile trovare una strada di fronte a questi macrofenomeni, ma forse è importante che le giovani generazioni possano fare esperienze di “essere parte”, di protagonismo partecipato, di collaborazione e conflitto regolato, di cura degli altri e dell'ambiente, e così via. Al contempo svolgere cammini e pratiche di scoperta di sé, di contatto col corpo, di auto-formazione.

Nei confronti di alcune “zone grigie”, di cui si parlava sopra, anche i servizi psico-sociali potrebbero pensare ad iniziative di self-help, di gruppalità, di salutogenesi piuttosto che a classiche terapie.

A questo punto tu poni anche un altro grosso problema: qual è il soggetto sociale alternativo o complementare capace di fare di questo tema il suo ‘oggetto istituzionale’? A tuo parere questo soggetto non c’è ma va cercato. A me verrebbe da dire la scuola, la comunità, i servizi territoriali, ma probabilmente nelle attuali debolezze e configurazioni non sono una risposta sufficiente. Forse bisogna pensare più a fondo e oltre per trovare una “discontinuità creativa”, come affermi, e quindi anch’io lascio la domanda in sospeso evocando una latenza che dovrebbe emergere da una meta-intelligenza collettiva che sappia far interagire processi (e soggetti) educativi, culturali, sociali e sanitari capaci di collaborare fra loro facendosi carico di tale problematica sommersa. Continuiamo a pensare agendo!

di Sergio Manghi

Prendo una sola frase, che a me pare dica il punto-chiave, politico e culturale insieme: “non lo potremo fare solo dall’interno del SSN, lo dovremo fare attraverso una discontinuità creativa”. La diade privato-pubblico abita in profondità le premesse del pensiero ‘progressista’. Né basta aggiungere la dimensione del “terzo settore” perché il “comune” non si configura come “settore” (più o meno “sussidiario”). Occorrerebbe sviluppare il “comune” (autonomo, territorializzato), per il quale autotassarsi (il risparmio privato italiano è elevatissimo).

Con l’immiserimento crescente già da prima, e prevedibilmente presto in crescita, sarebbe una misura anche di sopravvivenza. So bene che è irrealistico, sia chiaro, che la pigrizia dell’attendersi miracoli dal pubblico, l’illusione ego-privatistica e la diffidenza familistica verso un “comune” appena un po’ allargato hanno le gambe molto lunghe e le orecchie chiuse verso il rumore del frantumarsi rancoroso del patto sociale che ha retto dal dopoguerra a una trentina (almeno) di anni fa, fondato sulla negazione del disastro ecologico che era costato il benessere, ecc. Avendo inoltre azzoppato (e toninellato-azzolinato) la politica, il senso della “creatività”, oggi necessaria più del pane, nell’ambito della cura e non solo, dove può trovare i luoghi della sintesi e della decisione? Come scrive Morin da vari anni, si dovrebbero creare e sostenere delle “oasi” comuni di resistenza “fraterna” alla deriva, socio-economico-ecologico-culturali, consapevolmente pensate non più come avanguardie del progresso ma come retroguardie della barbarie, cura delle retrovie, vigilanza reciproca e sull’ambiente...

Cura, prossimità e distanze

di Maria Inglese

8 Giugno 2020



Questo contributo nasce dalle riflessioni condivise con l'amica e collega Anna Ventimiglia, psicologa della NPIA di Parma, alla quale devo molte delle intuizioni che hanno portato a questo scritto. La pandemia da coronavirus ha rappresentato un evento-spartiacque in vari ambiti del vivere comune: ha portato lutti, malattie e ferite in diversi nuclei familiari, ha investito il sistema di assistenza sanitaria del nostro territorio impattando soprattutto sui presidi ospedalieri, ma anche sui sistemi di cura e di assistenza territoriali, ha condizionato la tenuta dei legami sociali, il sistema produttivo, l'educazione, la cultura. Si potrebbe usare, a questo riguardo, l'espressione di *"cambiamento drammatico del Sé"*³¹ (Ceretti e Natali), una definizione usata in ambito psicologico per descrivere dei cambiamenti improvvisi e profondi della struttura dell'individuo (quali, ad esempio, una esperienza di violenza o un trauma psicologico); applicato al contesto comunitario e sociale si manifesta con un impatto emotivo violento su famiglie, sui gruppi di lavoro, imprese, aziende, scuole.

La comunità è stata ferita e, passata la fase dell'emergenza, diventa necessario occuparsi del "dopo", del ritorno ad una dimensione routinaria, normale. Sapendo che esiste un 'prima ed un dopo', che la vita di prima non ritornerà, che la tenuta dei legami e dei patti sociali sono destinati a modificarsi per quanto successo. Nei giorni che sono seguiti all'emergenza si fa più urgente individuare quel "dopo nell'ora" *"C'è bisogno di condivisione e apertura al mondo, c'è bisogno di conoscersi e parlarsi, siamo 'unicum'. Il male è la disgregazione. Il ruolo psicoanalitico oggi, come lo è sempre stato, riveste un ruolo di 'ricucitura' dopo il 'taglio'. E voi, curatrici dell'anima, rammendatrici di tessuti strappati, 'dovete' dar voce al silenzio. E' presto? No! E' già tardi. Il progetto è cura dell'oggi, è l'andare 'oltre' nell'esistente. La stanchezza è un velo trasparente che può offuscare la mente. C'è bisogno di 'rigenerare' la mente, attraverso una 'espulsione' mnemonica di immagini dolorose (e magari su fogli bianchissimi) per distanziarli e guardarli in una prospettiva diversa, 'accompagnati', una prospettiva curata"*.

Devo questa riflessione ad AD, in uno scambio sul senso del lavoro di cura e del sostegno alle équipes di lavoro primariamente impegnate in ospedale nel tempo della pandemia.

Occorre riflettere ora su ciò che ci ha lasciato il periodo della pandemia e quello della cura, nonostante la pandemia, *"oltre la pandemia"* Ivo Lizzola (Università di Bergamo) ha usato questa espressione, *"oltre la pandemia"*, nel seminario svolto per Il Ruolo terapeutico di Milano, in data 8 maggio 2020. Occorre riflettere su come si è organizzata la nostra professione della cura in tempo di pandemia e di distanziamento. Occorre, infine, ripensare

³¹ Ceretti A. e Natali L., *Cosmologie violente. Percorsi di vite criminali*, Cortina, 2009.

alla nostra come una professione che non rimane in attesa, nelle stanze, negli ambulatori o dentro le case in *smart working*. L'operatore della cura si attiva anche nel tempo del distanziamento, e solo attivandosi riesce ad attivare l'altro. In questo modo l'operatore della cura diventa una testimonianza viva della capacità di sopravvivere psichicamente nel tempo della sofferenza.

C'è bisogno di rinnovare il patto fiduciario tra umani feriti, stanchi, segnati. Come scrive Luigino Bruni (economista e teologo, sulle pagine de L'Avvenire del 31 marzo 2020): *“Il contratto non è capace di dimenticare le parole di ieri per generarne di nuove; il patto sì, e se non lo fa muore in quanto patto”*.

C'è bisogno di dare ascolto e accoglienza alla paura di quei giorni maledetti sovraccaricati di morte, fatica. Scrive Ivo Lizzola (intervista del 30 marzo 2020): *“La paura è un pericolosissimo motore di conflitti e di difficoltà nel rapporto con l'altro, quando non ha luoghi per passare dentro la parola e l'incontro. “Ci si sente così esposti da rendere cieca anche l'evidenza che c'è chi è molto più fragile di noi, verso cui è giusto essere più attenti. La paura vissuta da soli, ci avvelena. Passare dalla paura alla veglia reciproca è possibile, ma ci vogliono dei percorsi di accompagnamento, di pedagogia sociale. Se non lo facciamo, rischiamo di impedire la costruzione del dopo”*.

C'è bisogno di “restituire”. Restituire al personale sanitario impegnato nell'emergenza della pandemia un tempo di ascolto, restituire un abbraccio solidale, restituire un patto di convivenza capace di non allontanare la paura e le esperienze di morte vissuti. Per restituire anche alla paura la sua posizione: quella di ricordarci che siamo tutti vulnerabili e tutti fragili di fronte al male, come ci ha ricordato Papa Francesco nella preghiera sul sagrato di piazza San Pietro vuota e battuta dalla pioggia il giorno 27 marzo: *“La tempesta si è abbattuta su di noi... siamo tutti sulla stessa barca”*.

La cura, oggi

La cura è tormento. La parola deriva dal latino e significa sollecitudine, grande e assidua diligenza, vigilanza premurosa, assistenza, grave e continua inquietudine. Il professionista declina operativamente tale definizione di cura e, nel periodo della pandemia, è stato forzato a ritrovare nel proprio “mestiere” (o arte per qualcuno) tale visione. I gruppi di lavoro di tanti servizi della cura hanno imparato a ‘stare in sicurezza’ nel tempo “*sine-cura*” quale è stato quello della pandemia. Operatori e colleghi che condividono una visione e una pratica quotidiana, normalmente si trovano fianco a fianco a fronteggiare le richieste e i bisogni della comunità, ed esperiscono un senso di “sicurezza” mentre forniscono “cura”. Essere separati, come nel tempo del distanziamento, ci rende più vulnerabili, più “in-sicuri”. Essere operatori del Dipartimento di salute mentale della città ci permette di fare

affidamento su conoscenze e prassi condivise, su un ‘sapere e un saper fare’ che ci appartiene e ci identifica. Francesco Stoppa scrive: *“La sicurezza in quanto tale non produce salute. Sentirsi sicuri è la condizione di chi è sine cura, di chi in sostanza non ha alcun interesse al prendersi cura delle cose o delle persone, chi delega ad altri questa incombenza, questo tipo di responsabilità”*³².

La cura è nel gruppo. Di fronte alla paura che il tempo della pandemia ha seminato nei soggetti, l'appartenenza ad un gruppo ha fornito il sollievo, momentaneo, fragile e tremante, di un ‘essere insieme’, rispondere insieme, non lasciare l'altro da solo. Nell'équipe si condividono informazioni, si scambiano conoscenze e dubbi, si incrocia lo sguardo di colleghi alla ricerca di alleanze. Senza alleanza non c'è cura, non c'è affidamento, non c'è trasformazione. I pazienti in noi cercano quello sguardo, capace di trattenere fiducia e speranza anche in condizioni estreme. Nina Coltart scrive che *“saper sopravvivere come terapeuti”* rappresenta una testimonianza preziosa per il paziente³³. Il paziente, infatti, cerca il riconoscimento al suo tentativo di sopravvivere; il terapeuta apprende con il paziente che si può sopravvivere al dolore e testimonia che crede nella trasformazione perché anche lui in prima persona la sperimenta. Come posso io favorire un cambiamento e una evoluzione se non sono certa della mia capacità di cambiamento? (op. cit., p. 14)

Prossimità “senza”

Il lavoro nei servizi di cura del territorio per molto tempo e per molti è stato un lavoro “senza”. Senza pazienti, almeno nelle prime settimane dalla diffusione del contagio. Le notizie e le testimonianze sono state e sono al centro della narrazione del paese: medici, infermieri, operatori socio-sanitari sono diventati i protagonisti di questo tempo della cura. Enfatizzando le posizioni: eroi e responsabili della diffusione. Il bene e il male. Luci e ombre. In questo tempo del Covid ‘siamo tutti colpevoli e tutti vittime’, paradossalmente: possibili contagiati e possibili diffusori del contagio. I servizi hanno affrontato un periodo di incubazione, sospensione e direi di smarrimento: *“Ora, che cosa facciamo? Ora che i pazienti sono invitati, come tutta la popolazione, a rimanere a casa? Il lavoro di cura è possibile ‘senza’ la presenza fisica degli attori coinvolti? Senza l'incontro dei corpi?”* Penso che ogni servizio abbia dovuto fare i conti con la materializzazione di un vuoto e di una assenza. Gli unici incontri, almeno all'inizio della pandemia, erano tra colleghi dello stesso servizio. Curare noi stessi e curarci a vicenda. Dopo questa prima fase di assenza abbiamo cominciato a riorganizzare il lavoro a “distanza”: telefonate, video-chiamate. Una quotidianità che entra negli ambulatori, il luogo di vita delle persone che entra nel *setting*

³² Stoppa F., *Prendersi cura delle istituzioni e delle comunità*, in “La città si-cura”, L'Ippogrifo, 15, 2019.

³³ Coltart N., *Come sopravvivere da psicoterapeuta*, UTET, 1998.

(come è successo per la scuola in remoto che ha visto studenti ed insegnanti incontrarsi dalle proprie case). Questa è stata ed è una fase molto promettente: ci permette di entrare nelle case, negli spazi e nei tempi di vita dei nostri pazienti. Che opportunità! E che dilemma! Nel *setting* terapeutico la cura “senza” la presenza del corpo diventa una sfida ai dispositivi e agli attrezzi del clinico. È possibile curare/accompagnare anche in questa fase del distanziamento? La risposta agli operatori. Stiamo raccogliendo le testimonianze di operatori e pazienti su questo “*stare con/stare senza*” in uno studio condotto insieme alla dott.ssa Maria Teresa Gaggiotti del CSM est di Parma e alla psicologa in formazione dott.ssa Susanna Divita.

Nelle ultime settimane i pazienti sono tornati ad abitare i luoghi della cura: ospedali, PS, residenze terapeutiche e ambulatori. In questi ultimi il paziente entra dopo un filtro, un *triage*, sulle sue condizioni di salute, esposizione al rischio di contagio, misurazione della temperatura, lavaggio delle mani, consegna dei dispositivi minimi di protezione individuale (mascherina e guanti). Misure di distanziamento nei colloqui. Nessun contatto fisico. Sanificazione dell’ambiente. Quanto tutto questo impatterà sui vissuti di operatori e pazienti potrebbe essere materia per una ricerca. Ma un’altra domanda ci interroga: oggi chi sono i pazienti? Oggi siamo tutti pazienti, potenziali ‘nuovi pazienti’, perché tutti coinvolti. Pensiamo a quanti operatori a lungo impegnati nell’assistenza diretta ai malati delle terapie intensive chiedono aiuto agli sportelli di ascolto psicologico-psichiatrico delle aziende sanitarie.

Distanze

Siamo stati tutti sollecitati a praticare la nostra presenza nella distanza. La vita delle persone nella comunità di appartenenza diventa il soggetto inedito della nuova relazione ai tempi del distanziamento. Alcuni elementi di riflessione si aprono e sono degni di ulteriore approfondimento. Ma vorrei soffermarmi su un dettaglio del colloquio clinico che spesso ho incontrato in queste settimane. La “pausa”, nella telefonata e nel colloquio. La ‘pausa’ nel discorso è qualcosa di diverso dal “silenzio” in terapia. Con questo ha in comune la possibilità di lasciarsi abitare dall’immateriale e dall’invisibile, ingredienti creativi del processo trasformativo della cura. Sempre la Coltart ci regala pagine molto intense sul valore del silenzio in psicoterapia³⁴. Su uno di questi voglio soffermarmi. Cioè il “dono” per il terapeuta di lasciarsi andare alle proprie associazioni, immaginazioni, intuizioni. Nel silenzio questo è molto evidente. Nella “pausa” trovo che vi sia una possibilità di *immediata identificazione* tra paziente e terapeuta: entrambi hanno attraversato le stesse paure, timori, fantasie di contagio (“*Dottoressa, lei ha paura?*”). Stare nella ‘pausa’ apre a questo

³⁴ Coltart N., *Pensare l’impensabile e altre esplorazioni psicoanalitiche*, Cortina, 2017

riconoscimento fraterno e solidale. Timori, incertezze, ma anche infusione di fiducia. Il lavoro di cura ai tempi del Covid attiva prepotentemente questa “fiducia” nella capacità di sopravvivere sia per i pazienti che per i terapeuti. Nel distanziamento, nella telefonata, nel contatto da remoto è prioritario saper attingere alle nostre capacità di contenimento interiore, nel saper stare, nonostante e “oltre” la paura. Per sopravvivere come terapeuti abbiamo bisogno di avere fiducia nella nostra capacità clinica, nel sapere cosa stiamo facendo, nel saper attendere e nel saper aspettare. Abitati dalle stesse emozioni, dalle stesse aspettative.

Come in ogni esperienza umana, c'è un tempo della semina. Ci sarà un tempo del raccolto.³⁵

Maria Inglese,

Medico psichiatra dell'azienda USL di Parma, già responsabile dell'UOS Salute Mentale e Tossicodipendenza negli II.PP., attualmente referente del Centro Studi e Ricerca del DAISM-DP di Parma

35 <https://www.battei.it/2020/06/08/n3-06-2020-cura-prossimita-e-distanze/>

Riforma del lavoro medico territoriale e nuovi assetti gestionali

di Bruno Agnetti

21 Giugno 2020



Sarebbe interessante studiare, tra i tanti dati illeggibili di questa pandemia Covid, l'operatività di quei Medici di Medicina Generale (mmg) che sono riusciti a fare diagnosi (o almeno ipotesi diagnostiche precocissime) e a mantenere al domicilio i propri assistiti seguendoli con contatti ripetuti nella giornata portandoli così alla "guarigione". Poi, ma dopo, sono arrivate le circolari e le linee guida ufficiali, modificate di settimana in settimana, a complicare ulteriormente ciò che già era difficile. Finché è stato possibile si è assistito ad una piccola innovazione "autonoma" del lavoro medico creata così, su due piedi, dai mmg a partire dai primissimi momenti.

Non sono certo esperienze operative circoscritte che possono consolidare un riordino delle Cure Primarie, ma in questo periodo molti mmg, silenziosamente, non solo hanno saltato il fosso ma hanno eseguito un balzo in lungo degno di un record mondiale. Quando i mmg hanno l'occasione di agire in autonomia e riescono a governare il processo decisionale, spesso creano valore aggiunto, indotto e ricchezza. Modificano necessariamente i paradigmi e i valori di riferimento (empatia, solidarietà, reciprocazione, meritorietà, comunità, welfare) e decretano un patto d'onore tra professionisti e assistiti a sostegno del nuovo sistema valoriale di quella comunità. In questo caso i "pazienti esigenti" diventano *co-operanti* perché possono "dire la loro" e ritengono, insieme ai loro medici e a chi pratica quotidianamente l'assistenza territoriale, che la salute è un bene comune e che il rispetto e la considerazione reciproca vanno considerati "beni relazionali" al pari dei servizi assistenziali e di prevenzione.

I mmg hanno quindi sperimentato modalità e luoghi dove poter espletare una innovazione radicale e hanno "prodotto" beni immateriali impossibili da realizzare con normative calate dall'alto. La medicina di base (se non sarà condotta alla dipendenza come da normative tuttora vigenti) dovrà strutturarsi culturalmente come una impresa che oltre ad offrire professionalità possa garantire continuità nella produzione della qualità dei servizi, dell'efficienza e dell'innovazione basata sull'esperienza.

La Medicina basata sull'Evidenza è utilissima, ma deve mescolarsi con la tradizione culturale della medicina altrimenti rischia lo stesso distacco autarchico dalla realtà tipica di alcune istituzioni ed esporsi a svarioni imbarazzanti.

Una società, una comunità che non fosse in grado ora (dopo l'esperienza pandemica, tuttora presente) di assicurare una *riforma dell'attività lavorativa del medico* dove i valori relazionali ritornino ad essere identitari dei territori, diverrebbe inevitabilmente una società destinata ad un livello di benessere ancora più incerto di quello che abbiamo sperimentato finora e tutto ciò indipendentemente da protocolli, algoritmi, statistiche, normative e posti di lavoro che le istituzioni potrebbero riuscire ad assicurare.

Forse uno degli elementi sottesi alla dotta elaborazione inerente la riforma del lavoro medico auspica che l'era Covid possa rappresentare l'occasione per poter abbandonare la filosofia del pensiero unico o dei tagli finalizzati al risparmio aziendale e regionale. È diventato improvvisamente evidente a tutti il motivo della chiusura dei presidi sanitari territoriali che a volte, dal punto di vista medico-assistenziale e sociale erano considerati veramente dei piccoli e preziosi gioielli per le comunità.

Finalmente è apparso chiaro che il nesso che c'è tra economia e salute è indissolubile e una impostazione gestionale orientata al risparmio o a tagli conduce a disastri di cui siamo diretti testimoni. Il momento può favorire una riprogettazione della vita sanitaria territoriale, dell'attività lavorativa, ma anche delle *competenze gestionali*. Le USL (Unità Sanitarie Locali) potrebbero ritornare ad una nuova vita essendo state più a contatto con i cittadini di un territorio ben definito anche politicamente così da sostituire le AUSL, cioè le aziende diventate eccessivamente elefantiache e burocratiche per la loro diretta dipendenza regionale. A fronte dell'ennesima promessa di ridimensionamento della burocrazia, molte professioni o impieghi degli assessorati o delle aziende potrebbero trovarsi in situazioni di lavoro libero e spontaneamente diventare di grande aiuto se inserite nelle aggregazioni mediche territoriali: basti pensare al ruolo del *farmacista* che potrebbe co-operare con i medici di Assistenza Primaria per un aggiornamento in tempo reale (di team e di briefing) su farmaci e terapie, ma avere un ulteriore ruolo fondamentale epistemologico e statistico nella nuova enorme area di ricerca scientifica rappresentata proprio dalla medicina territoriale che potrebbe basare le proprie analisi non su studi di coorte ma "live".

Il lavoro del mmg, e in generale degli attori coinvolti nell'assistenza territoriale, è strettamente collegato alla domanda di qualità della vita, di attenzione, di cura, di servizio, di partecipazione, di relazionalità. La qualità di questo "lavoro" è pesato non tanto dai prodotti, dai beni o dai servizi offerti per il "consumo" quanto piuttosto dalla qualità delle relazioni umane e dall'abilità di comprendere la matrice della società o della comunità di riferimento che, a sua volta, esprime bisogni diretti o indiretti di stili di vita che dipendono dalla cultura e dalle tradizioni di quel territorio cioè la personalizzazione delle cure come indice di qualità dell'assistenza.³⁶

Bruno Agnetti
CSPS (Centro Studi Programmazione Sanitaria)
FISMU (Federazione Italiana Sindacato Medici Uniti)
Regione Emilia-Romagna

³⁶ <https://www.battei.it/2020/06/21/n3-06-2020-riforma-del-lavoro-medico-territoriale-e-nuovi-assetti-gestionali/>

La medicina al bivio: fra crescita dimensionale e nuovo patto di cura

di Marco Ingrosso

30 Giugno 2020



La medicina percepita nella fase pre-Covid

La percezione della medicina da parte della popolazione italiana è profondamente cambiata durante il periodo di diffusione della pandemia da Covid-19. Se facciamo un breve riepilogo dello stato dei rapporti prima di tale “evento catastrofico”, vediamo che il dibattito era spesso centrato su uno scetticismo più o meno diffuso circa il grado di credibilità da accordare alla medicina, ma anche sul grado di fiducia da accordare al medico (e più in generale alle competenze esperte) come adeguato esecutore e traduttore dei saperi medici. In altri termini, si passava da una sottovalutazione del sapere medico, quasi da assimilare all’opinione di qualunque voce tratta da internet, ad una sopravvalutazione delle mirabolanti promesse di una medicina onnipotente e salvifica, spesso accompagnata però da una preconcepita diffidenza circa le capacità dello specifico medico di saper applicare adeguatamente tali infallibili saperi.

Le cronache erano inoltre sempre più piene di notizie sulle violenze perpetrate nei confronti di sanitari e ambienti medici, in parte spiegabili col degrado generale della convivenza civile, ma altresì riconducibili a diversi fattori specifici, quali i disservizi nel funzionamento dei servizi, il degrado degli ambienti di cura, la mancanza di comprensione e comunicazione nei confronti dei pazienti, i timori generati dall’invadenza giudiziaria che determinavano un orientamento sempre più ‘difensivo’ da parte della classe medica, fino al paradosso di ritenere la medicina infallibile e quindi di rifiutare violentemente il ‘fallimento’, da addebitare allo specifico medico o al personale sanitario tutto. La violenza, a sua volta, era la punta estrema e incontrollata di una più generale trasformazione culturale-antropologica del soggetto post-moderno che non accettava più di incarnare la tradizionale figura di “paziente” (debole, passivo, fatalista), ma si era trasformato in “esigente”³⁷, “im-paziente”³⁸ o che semplicemente cercava un nuovo posizionamento come “persona in cura”, co-produttore e collaboratore del sistema di cura³⁹. Orientamenti questi poco compresi e poco accolti dall’ambiente sanitario, sempre più eterodiretto dal management e dai protocolli terapeutici, affascinato dalle tecnologie, spesso autoreferenziale per lunga abitudine culturale o per potere sociale. Si argomentava dunque che il patto di cura era fortemente compromesso e aveva bisogno di interventi urgenti che partivano da un ripensamento sia

³⁷ Cavicchi I., *Stati Generali della professione medica. 100 tesi per discutere il medico del futuro*, Roma, Fnomceo, 2018

³⁸ Tozzi A.E., *Impazienti. La medicina basata sull’innovazione*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2019.

³⁹ Ingrosso M., *Quale ruolo della persona-in-cura? Trasformazioni e prospettive delle relazioni di cura nello scenario contemporaneo*, in Ingrosso M., Pierucci P. (a cura), *Relazioni di cura nell’era digitale. Le persone in cura come partner nei percorsi terapeutici*, Roma, Aracne, 2019

della figura del medico⁴⁰ sia dell'epistemologia medica⁴¹, nonché da una rilevante modifica della gestione, comunicazione e organizzazione sanitaria⁴².

Le trasformazioni radicali durante l'evento-coronavirus

La percezione sociale della medicina, tuttavia, è profondamente cambiata nel corso del traumatico periodo di diffusione galoppante del Covid-19. In primo luogo, la medicina è tornata ad essere ascoltata attraverso suoi autorevoli rappresentanti. Ben presto l'alone di scetticismo che l'aveva precedentemente contornata si è dissolto come neve al sole. I pochi irriducibili no-vax, magari loro stessi contagiati, hanno cercato di tenere le loro posizioni, ma sono stati travolti da un'ondata di ludibrio generale. Subito dopo si è accentuata, per un po' di tempo, la posizione massimalista di sopravvalutazione della medicina: molti speravano che i nuovi taumaturghi avrebbero presto risolto la partita dall'alto del loro sapere. Vi è anche chi ha parlato di una sorta di sostituzione della religione, resa silente dal divieto di celebrazione, con la medicina, circondata dagli onori e dalle attese di tutta la popolazione che faceva "mea culpa" per non aver finora abbastanza "creduto" (e quindi investito) nei nuovi demiurghi.

Tuttavia anche questa fase si è presto dissolta: la medicina ha mostrato la propria impotenza, la propria non-conoscenza, la pluralità di voci e opinioni che la abitavano. Sia gli ambienti medici sia la popolazione hanno così dovuto fare un lungo esodo, una traversata del deserto, irto di spine e abitato da serpenti velenosi, per arrivare ad una posizione di debolezza, relatività, di Chirone ferito. La medicina non aveva magicamente in tasca la soluzione di tutti i mali, ma piuttosto si metteva a fianco della gente con gli strumenti che aveva, magari anche a mani nude (come molti medici di base), ma con tutto l'impegno umano, conoscitivo, esplorativo che poteva esprimere. Improvvisamente il medico si è rivelato "umano, troppo umano" e non chiuso nella torre d'avorio, si è messo a fianco di pazienti in condizioni critiche, ha parlato con voci rotte dalla stanchezza, si è gettato nella mischia (quanti pensionati e giovani specializzandi si sono sentiti chiamati a ritornare "in prima linea"?), ha fatto gruppo (superando distinzioni di casta e ruolo, ma costituendosi come team curante). Alcuni tecnici superspecializzati hanno momentaneamente rinunciato alle loro abilità per ridiventare semplicemente medici nei reparti d'urgenza neo-costituiti o per umilmente mettersi a fare da collegamento fra familiari (impediti di entrare) e pazienti ricoverati (testimonianza di alcuni Direttori generali e Direttori di reparti Covid).

⁴⁰ Cosmacini G., *La scomparsa del dottore. Storia e cronaca di un'estinzione*, Cortina, Milano, 2013; Flamigni C., Mengarelli M. (2014), *Nelle mani del dottore? Il racconto e il possibile futuro di una relazione difficile*, Milano, Franco Angeli, 2014.

⁴¹ Cavicchi I., 2018, op. cit..

⁴² Ingrosso M., *La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di sociologia della cura*, Roma, Aracne, 2018.

Abbiamo quindi rivisto una medicina “eroica” nei comportamenti dei suoi operatori, ma senza l’aura dell’infallibilità. Una medicina “sorgiva”, come forse non si vedeva dai tempi mitici dei suoi inizi ottocenteschi. E abbiamo visto una organizzazione del SSN che ha rotto molte barriere burocratiche procedendo a forti cambiamenti strutturali e utilizzando più intensamente le tecnologie digitali per fornire servizi agli utenti (es. ricette senza recarsi dal medico).

Certo, non sempre la comunicazione è stata adeguata e conseguente, ma almeno si è cercato di comunicare, di essere più trasparenti, pur nella contraddittorietà di certe dichiarazioni, spesso non fondate e smentite dal procedere dei processi diffusivi (e recessivi) del virus. Si può dire che anche queste contraddittorietà sono state pedagogiche per il pubblico. La medicina, nonostante la scientificità dei suoi procedimenti selettivi e valutativi, è sempre impastata di considerazioni relative al caso, alla situazione, è influenzata dal contesto e dalle credenze dei suoi esponenti, come è emerso ripetutamente in questo gigantesco e traumatico esperimento sociale.

Si potrebbe quindi affermare che il messaggio più forte che è venuto dagli ambienti medici e sanitari in questa pandemia è stato: “Non ti lascio solo, mi occupo di te al massimo, per come posso e con gli strumenti che ho, cercandone incessantemente dei nuovi e migliori”.

Per contro, si diceva di una vera e propria “conversione” del pubblico che è passato ad una “fede” non più scettica e nemmeno miracolistica, ma più matura e consapevole. Una fiducia che non ha mancato di organizzarsi in comitati di familiari (laddove si sono perpetrate gravissime sottovalutazioni a danno degli anziani ricoverati), pressioni nei riguardi dei Sindaci a farsi rappresentanti attivi e partecipi della comunità, sollecitazioni ai media per soddisfare un interesse diffuso per i destini dell’organizzazione sanitaria, richieste alle strutture sanitarie (e socio-sanitarie) di non abbandonare la cura e la comunicazione verso i pazienti e con i familiari.

Il SSN al bivio: espansione dell’esistente o nuovo patto di cura?

La situazione di eccezionalità ha quindi prodotto degli effetti insperati e imprevisi che hanno originato una situazione che potremmo definire aperta e potenzialmente creativa. Tuttavia è urgente dare una risposta a questa fase di “latenza generativa”, pena vederla collassare su sé stessa e riaprire problematiche e divisioni non sanate. La fase di convivenza col Covid (fase 2 e 3) apre delle finestre temporali che possono essere sfruttate in due modi divergenti: **a)** per “portare all’incasso” la nuova fiducia e prestigio sociale acquisiti dai servizi sanitari, crescendo in uomini, mezzi e peso sociale; **b)** proponendosi di definire un

nuovo patto-alleanza di cura, facendo tesoro delle nuove “evidenze” e dando risposte ai problemi di fondo da tempo inevasi.

Teoricamente le due cose non si contraddicono: che ci sia bisogno di nuovo personale è noto ed evidente, che ci sia bisogno di investimenti e nuove strutture, pure. Tuttavia la prima strada rischia di tradursi (per scelta o di fatto) in una visione monocratica, di centralità medica, di ripristino di un orientamento centralista-statalista che lascerebbe irrisolti i temi dell'integrazione socio-sanitaria, della partecipazione della popolazione, della sostenibilità sociale e finanziaria. In tal caso, si può prevedere che il “tesoretto” acquisito si disperderebbe velocemente in mille rivoli, ripresentando le problematiche gestionali e relazionali non sanate e magari acuite dalle dinamiche socio-economiche post-Covid.

Se invece si vuole provare a intraprendere la seconda opzione, è necessario essere consapevoli che bisogna, in certo senso, andare oltre la struttura pubblico-statale del SSN. Bisogna infatti coinvolgere i territori facendoli diventare comunità organizzate, competenti, responsabilizzate. Si tratta di una occasione unica e storica che non può essere sprecata con una visione meramente accrescitiva, ma piuttosto di trasformazione radicale e paradigmatica, culturale e organizzativa. In altri termini, vi è bisogno di una *discontinuità creativa* che, attraverso nuovi accordi con un terzo luogo “comune/comunitario” - che è tutto da scrivere e da costituire - possa fornire le gambe di un patto dai contorni percepibili che possa tenere assieme e far cooperare diverse esigenze, diversi attori, diverse risorse aprendo ad uno scenario fortemente innovativo di cui nel nostro Paese abbiamo grande bisogno.

Al contempo mi pare decisivo non ripristinare delle relazioni di cura asimmetriche e gerarchiche che sarebbero oggi ancora più deludenti, ma procedere verso una prospettiva di partnership avviando le modifiche organizzative oggi possibili e orientando anche in questa direzione le nuove leve che, sperabilmente, verranno immesse.⁴³

43 <https://www.battei.it/2020/06/30/n3-06-2020-la-medicina-al-bivio-fra-crescita-dimensionale-e-nuovo-patto-di-cura/>

Il coinvolgimento delle comunità locali nei servizi socio-sanitari territoriali

di Marco Ingrosso

30 Giugno 2020



La partecipazione come principio istitutivo del SSN

È da tempo che il principio della partecipazione dei cittadini alla programmazione e gestione dei Servizi sanitari pubblici è stato posto. In Italia fin dalla legge istitutiva del SSN (833/1978) e in vari passaggi chiave successivi (DL 502/1992, L. 229/1999, L. 328/2000). Nello stesso anno la Conferenza OMS di Alma Ata (1978) indicava che l'assistenza primaria richiedeva la partecipazione dei pazienti e delle comunità nella pianificazione, organizzazione e controllo delle strutture sanitarie a livello locale (oltre che nazionale). I vantaggi attesi di questa opzione erano molti, sia a livello individuale dei cittadini (*empowerment*) sia a livello comunitario, ma in particolare si sentiva la necessità di un riequilibrio di potere (totalmente unilaterale quello manageriale e quello professionale), di rappresentare un punto di vista e una parte essenziale della relazione sanitaria, di dare ascolto a chi finanziava il servizio stesso.

Purtroppo, nonostante le “buone intenzioni” ripetutamente richiamate negli anni, questo principio costitutivo del SSN è ben lontano dall'essere stato attuato. In particolare la minimizzazione della partecipazione degli Enti locali alle decisioni sanitarie - a partire dalla L. 502/1992 - ha portato ad un difficile coinvolgimento dei territori.

Dopo il cambio del Titolo V della Costituzione [2001], alcune Regioni (circa la metà) hanno varato norme che permettevano a rappresentanze associative di partecipare alla redazione di Piani di salute e di zona o di essere rappresentate nei Comitati consultivi misti, ma tali opzioni si sono rivelate piuttosto asfittiche e ben lontane dal raggiungere dei risultati di effettivo coinvolgimento della popolazione nelle scelte.

Forse gli unici risultati concreti sono venuti dall'impegno di Associazioni di cittadinanza (come *Cittadinanzattiva* - ex Tribunale dei diritti del malato -), Associazioni di pazienti e di familiari, Gruppi di mutuo-aiuto, Associazioni di volontariato e civiche, Comitati di quartiere che, nei vari ambiti di attività, hanno cercato di tenere alta la bandiera dei diritti e della responsabilizzazione dei cittadini-pazienti nei confronti delle autorità politiche e sanitarie.

Cittadini, volontari, pazienti

Negli ultimi anni si è ricominciato a parlare di partecipazione in ambito di sanità. Ad esempio la Regione Toscana ha varato una LR (75/2017) che istituisce un nuovo sistema partecipativo in ambito regionale basato su un “Consiglio dei cittadini per la salute” e dei “Comitati di partecipazione aziendali e di zona distretto”. La partecipazione a tali comitati è riservata ad associazioni di volontariato, tutela e promozione sociale, aventi come ambito di riferimento il settore sanitario e socio-sanitario, che fanno domanda di essere incluse nei comitati. Il Consiglio istituito a livello regionale, presieduto dall'Assessore competente,

riunisce delle rappresentanze dei comitati aziendali e di zona oltre ad altri comitati costituiti su specifiche tematiche. Anche la Regione Emilia Romagna ha puntato sul Terzo Settore istituendo un Osservatorio e una Conferenza regionale (LR 20/2017). In modo simile, ma con strumenti diversi si sono mosse altre regioni, a cominciare da Lombardia, Veneto e Lazio.

Sul piano dell'associazionismo, agli inizi del 2019 si è realizzata una rilevante iniziativa, partita da Cittadinanzattiva, che ha mobilitato decine di associazioni di pazienti e consumatori, ma anche molti studiosi, operatori ed esperti, dando vita ad un documento finale: "Consultazione sulla partecipazione civica in sanità". Come suggerisce il titolo, l'ottica di riferimento del documento è quella della *democrazia diretta* e dell'*attivismo civico*. Il documento rileva che la partecipazione civica è largamente incompiuta in Italia, mentre segnali migliori vengono dal livello europeo e dall'esperienza di altri Paesi. Il documento sottolinea inoltre che la partecipazione civica "*può portare benefici anche nella relazione di cura tra cittadini/pazienti e professionisti sanitari*", in particolare i cittadini divengono più consapevoli e capaci, aumentano i loro contatti sociali e le loro competenze, ma può anche essere utile ad "*aumentare la gratificazione e la capacità di lavorare insieme all'interno di un servizio e ottimizzare il rapporto costi-benefici del servizio stesso*".

Nel 2017 è stata varata, inoltre, una "Carta Persone non solo pazienti", sottoscritta inizialmente da sedici Associazioni di pazienti e poi firmata da molte altre, che rivendica una centralità della persona nelle politiche e una partecipazione dei 'pazienti esperti' agli organi decisionali dei servizi sociali e sanitari. Nel 2018, in occasione di un convegno nazionale sulle relazioni di cura tenuto all'Università di Ferrara, è stata firmata da un centinaio di studiosi ed esperti di varie discipline la Dichiarazione di Ferrara sul Ruolo delle Persone in cura che mette al centro il tema delle relazioni di cura come titolo partecipativo e avanza una serie di proposte politiche, gestionali e formative.

Le diverse logiche e arene partecipative

Si devono, a tal proposito, avanzare alcune riflessioni di fondo su quale siano le arene in cui si muovono i servizi sociali e sanitari e quali siano i titoli di partecipazione a tali arene. Diversi autori hanno infatti evidenziato come vi siano attualmente almeno tre opzioni che insistono sulla figura del soggetto curato: quella della cittadinanza, quella del consumatore di prestazioni e quella del co-produttore, ossia della collaborazione fra i partecipi alla relazione terapeutica alla creazione del bene salute. François Vedelago⁴⁴ ha esteso questa analisi mettendo in luce che, come i membri della società contemporanea, rivestiamo

⁴⁴ Vedelago F. (2016), *Le dimensioni del ruolo sociale dell'utente attore*, in Vicarelli G., a cura, *Oltre il coinvolgimento. L'attivazione del cittadino nelle nuove configurazioni di benessere*, Il Mulino, Bologna.

potenzialmente diversi abiti e sviluppiamo ruoli conseguenti allorché partecipiamo a diverse arene in cui si decidono vari aspetti degli interventi socio-sanitari, in particolare le politiche vengono decise nell'ambito dell'arena politica dove abbiamo titolo come cittadini, all'interno del sistema giuridico abbiamo titolo come beneficiari in una relazione contrattuale con le istituzioni, abbiamo poi un ruolo di clienti-consumatori allorché ci troviamo all'interno di una prestazione negoziata sul mercato, siamo utenti di comunità in quanto facciamo parte di reti sociali territoriali, pazienti allorché siamo definiti dal sapere e dall'ottica medica, utenti professionalizzati allorché siamo integrati dentro processi di co-costruzione dei beni (o output) sanitari.

Nella partecipazione, intesa come cittadinanza, tutti questi diversi abiti vengono fusi insieme e sussunti in quello tipico dell'arena politica o di quella giuridica (diritti/doveri). Altre associazioni sembrano invece partire dal rivendicare un ruolo diverso come partner delle relazioni di cura, non più pazienti ma co-responsabili, collaboratori dei sanitari, co-produttori e co-curanti. Un'altra corrente, sempre più rilevante⁴⁵, indica inoltre che anche il titolo di residente/abitante, ossia associato ad una comunità locale, spesso partecipa di reti e associazioni vicinali, dovrebbe essere valutato come titolo partecipativo nella gestione dei servizi territoriali, dato che solo l'impegno statale non basta più ad affrontare la complessità delle articolazioni e dei processi di cura.

Se utilizziamo questo sguardo legato alle cerchie e alle relazioni sociali (originariamente proposto da Georg Simmel), possiamo vedere che a livello macro è pertinente la dimensione politica, giuridica e etico-culturale, mentre a livello di comunità locale valgono gli aspetti di partecipazione al tessuto e alle reti/associazioni civiche, e che nell'incontro diretto fra sanitari e persone in cura vale il ruolo di portatore di conoscenza ed esperienza come persona sana o malata. Uno dei basilari problemi della partecipazione è che associazioni nate avendo come riferimento le scelte di policy hanno difficoltà a porsi ad un livello "di base" o ad uno "comunitario", mentre viceversa, associazioni di pazienti, nate solitamente nell'ambito di servizi e relazioni di cura, faticano a rappresentare i cittadini ai livelli decisionali regionali e nazionali. Inoltre, manca un riferimento alla presenza comunitaria territoriale. Di massima, quindi, si può affermare che sia necessario *andare oltre una partecipazione di pura cittadinanza* per articolare la presenza attiva a tutti e tre i livelli in cui si sviluppano i complessi processi di promozione della salute, sostegno sociale, cura e riabilitazione.

45 Sthrol H. (2008), *L'État social ne fonctionne plus*, Albin Michel, Paris.

Motivazioni e risorse dell' "essere parte"

Ma vi sono anche due ulteriori problemi: quello delle motivazioni a partecipare e quello delle risorse. Nel primo caso si è fatto riferimento al solidarismo etico, al senso civico, alla responsabilità per il bene comune fondati quasi sempre su una disponibilità di tempo volontariamente messo a disposizione. Tuttavia, le dimensioni che possono motivare l'impegno attivo a vari livelli possono anche essere quelle di chi ha finanziato i fondi sanitari, di chi chiede che ci sia una gestione oculata delle risorse e dei beni, di chi vorrebbe che sia garantita una certa qualità dei servizi vicinali, di chi pensa che debbano essere affrontati i casi più difficili e problematici che lasciano le persone e famiglie in grave difficoltà, di chi vuole affrontare problemi sociali e sanitari che toccano molte persone e ambienti producendo emarginazione e disuguaglianze e così via.

Quasi sempre, inoltre, la partecipazione si scontra con problemi di impotenza ad incidere, di inefficacia dell'azione che spesso portano all'abbandono, alla delusione. Non si hanno risorse a disposizione, non si ha peso nelle decisioni, non si è titolari di un potere riconosciuto, non si ha potere contrattuale. Ovviamente l'aspetto motivazioni e quello del potere sono strettamente legati, mancando il secondo (o essendo molto difficile crearlo attraverso i movimenti sociali) vengono spesso a cadere anche le motivazioni. Si crea quindi scetticismo, allontanamento dalla partecipazione, sfiducia sociale nei decisori politici e anche nelle professioni che gestiscono un potere unilaterale senza curarsi degli interlocutori abilitati a vario titolo a "essere parte", ossia essere ascoltati e contare.

Ovviamente non è questa la sede di una trattazione e proposta generale sul tema. Basti però dire che per uscire dalla partecipazione bloccata o volontarista è necessario attribuire alle rappresentanze ai vari livelli dei compiti precisi, rendere disponibili delle risorse adeguate, stabilire dei meccanismi di concertazione obbligatori ed efficienti. In particolare è necessario che vi sia un'adeguata rappresentanza nazionale di cittadinanza capace di influire sui Piani sociali e sanitari, esercitare un'adeguata capacità di analisi, di valutazione, di comunicazione alla popolazione sullo stato del SSN e sulle politiche sociali e sanitarie. Tale rappresentanza deve poter indicare esperti da inserire in organi come il Consiglio Superiore di Sanità e l'AIFA, deve poter disporre di un Centro studi capace di mobilitare intelligenze multidisciplinari in termini di proposta, progettazione, formazione, comunicazione. Per fare ciò deve essere finanziata con una tassa di scopo volontaria (tipo 8 per mille) decisa dai cittadini.

Per quanto riguarda la rappresentanza regionale negli organi di pianificazione e nell'Agenzia regionale per i servizi sanitari e sociali dovrebbe poter mettere insieme delegati

inviati dal terzo settore, dall'associazionismo dei pazienti e da rappresentanti dei residenti nei territori.

Una Casa della salute inserita nella comunità locale

Il vero nodo si pone tuttavia a livello di territori dove rimangono separate le competenze sociali (ASP e Servizio sociale) da quelle sanitarie (ASL) e dove la rappresentanza dei residenti e persone in cura è quasi nulla e non coinvolge in alcun modo la popolazione. Un'ipotesi di lavoro potrebbe essere la creazione di enti di gestione di dimensione di zona/quartiere, tipo 'Case della salute', dotati di una certa autonomia finanziaria e gestionale alle quali le rappresentanze della popolazione e dei pazienti potrebbero partecipare con un ruolo di valutazione e orientamento generale (non organizzativo ed esecutivo). Tali rappresentanze potrebbero convogliare verso la Casa della salute di zona lasciti e donazioni della popolazione residente, raccolte fondi su progetti, donazioni etiche di aziende, promuovendo progetti finalizzati particolarmente sentiti dalla popolazione e urgenti in zona, ma scarsamente o per niente coperti dai LEA.

In tale ipotesi organizzativa si darebbe al territorio una struttura molto più forte, attrezzata e integrata dell'attuale configurazione ponendo al centro le cure primarie, la medicina della persona, l'assistenza domiciliare, la salute mentale, la riabilitazione, la specialistica territoriale e creando ponti con le strutture ospedaliere e di alta specialità attraverso percorsi di cura fortemente monitorati sul piano tecnico e su quello relazionale. Oltre al personale e ai fondi pubblici (sia di provenienza sanitaria sia sociale-comunale) ci potrebbe essere un apporto aggiuntivo di fondi provenienti direttamente dalla popolazione e dalle imprese del territorio. Ciò potrebbe permettere la costituzione di un settore apposito per la promozione della salute e il sostegno alla cura di sé mobilitando centri sportivi, palestre e operatori di salutogenesi e stili di vita sani convenzionati con cui concordare prezzi calmierati o accessi gratuiti capaci di estendere le pratiche di benessere anche a strati sociali disagiati. Il territorio potrebbe diventare inoltre un luogo di 'formazione alla cura' per le giovani generazioni (e non solo) inseriti in vari progetti e iniziative che tale Casa potrebbero avviare.

Pare evidente che una rappresentanza legata al territorio, dotata di risorse e iniziative, capace di giocare un ruolo di conoscenza, ascolto e segnalazione, valutazione e orientamento costruirebbe ponti solidi nei confronti della popolazione locale che potrebbe riconoscere come propri i servizi territoriali integrati ed essere responsabilizzata della loro buona gestione.⁴⁶

⁴⁶ <https://www.battei.it/2020/06/30/n3-06-2020-oltre-la-partecipazione-il-coinvolgimento-delle-comunita-locali-nei-servizi-socio-sanitari-territoriali/>

PROSPETTIVA

Associazione Culturale “Luigi Battei”

Oggi come non mai l’incontro di idee si rivela di fondamentale importanza per affrontare le sfide che ci giungono inaspettate e per le quali non ci siamo ancora attrezzati a dovere. Chi volesse inviare contributi per PROSPETTIVA ci contatti all’indirizzo mail redazione.prospettiva@gmail.com, oppure è possibile farlo direttamente dal nostro Blog alla sezione “[Proponi un articolo](#)”. Chiunque potrà commentare sotto gli articoli, la vostra partecipazione è di vitale importanza!





NEWSLETTER: tramite il nostro servizio di newsletter potrete essere sempre aggiornati sui nostri articoli, contributi e iniziative. Basta solo iscriversi! Clicca su [Registrati](#).



FACEBOOK: Seguite la nostra [Pagina](#) Facebook ed entrate nel [Gruppo](#) di discussione.



QR CODE: potrete utilizzare i codici QR per accedere agli articoli, ai contenuti e per commentare in qualsiasi momento, anche se utilizzerete una versione cartacea di PROSPETTIVA, semplicemente con la vostra fotocamera.

PROSPETTIVA

SALUTE

Quaderno I

www.battei.it



PROSPETTIVA

Salute