

25 febbraio 2021
Minguzzi Lab.

Riflessioni sui temi emergenti ... e oltre l'emergenza

Benedetto Saraceno

Premessa

Vorrei, innanzitutto, ringraziare la presidente della Istituzione Minguzzi, professoressa Bruna Zani per avermi fatto l'onore di includermi nell' Advisory Board del Minguzzi Lab.

È un onore perché da tempo ho modo di apprezzare la qualità e l'utilità delle attività del Laboratorio ed è anche una occasione affettiva per me di ricordare Gianfranco Minguzzi. Conobbi Minguzzi nel 1976 al secondo Congresso Nazionale di Psichiatria Democratica: avevo soltanto ventotto anni ed ero un principiante della psichiatria e lavoravo a Trieste un allievo molto junior di Franco Basaglia. Ricontrai Gianfranco in molte successive occasioni e condivisi con lui la grande emozione della esperienza del Réseau internazionale di alternativa alla psichiatria, tenutosi a Trieste dal 11 al 16 sett. 1977, durante il quale venne finalmente annunciata la chiusura degli ospedali psichiatrici. Di Minguzzi mi piacque immediatamente qualcosa che intuivo allora confusamente ma che poi divenne la mia cifra personale nella vicenda della psichiatria antiistituzionale italiana e internazionale: la sua passione ed esigenza di riferirsi sempre al metodo scientifico, il suo rigore di metodologo mai ideologico pur se sempre fermamente compromesso e militante.

La mia storia di primo psichiatra democratico che riteneva la epidemiologia uno strumento indispensabile per difendere le innovazioni delle pratiche antistituzionali deve molto a Gianfranco Minguzzi oltre che a Giulio Maccacaro e Gianni Tognoni: militanza e rigore metodologico, passione senza paura dei numeri e delle misurazioni sono stati le bandiere della mia storia professionale e oggi a settantatré anni posso dire che chissà forse ho operato nella scia culturale della lezione di Gianfranco Minguzzi.

L'anno 2020

Mi scuso per questo esordio un po' personale e irrituale ma non potevo sedermi in un advisory board intitolato a Minguzzi senza tributargli queste poche parole di rispetto e ammirazione.

Il primo ciclo del Lab Minguzzi è stato fruttuoso e soprattutto ha mantenuto una forte coerenza interna. C'è un chiaro filo rosso che accompagna lo sviluppo tematico del 2020 dalla

intervista a Romano Prodi con il suo richiamo a un “welfare robusto” attraverso gli incontri con Albertini che mette in guardia da un welfare esclusivamente riparativo o redistributivo e con Rizza che pone la enfasi sulle fasce non protette troppo spesso lasciate ai margini del mercato del lavoro. Santuari ci richiama a intensificare lo sviluppo della coprogettazione locale e, in una prospettiva simile, Guerzoni richiama all’aumento di offerta abitative in locazione e soprattutto allo sviluppo di nuove forme abitative.

Infine, *last but not least*, Calvaresi dichiara che la condizione perché il welfare si rafforzi e sia costo effettivo è la sua de standardizzazione.

Sulla scorta di questi spunti importanti e coerenti possiamo riflettere ulteriormente e delineare alcune questioni generali che riguardano il futuro del welfare dopo la pandemia e le criticità che la pandemia ha messo in evidenza

Nella mia relazione accennerò brevemente cinque questioni:

- 1. La salute come variabile assoluta**
- 2. I limiti del modello biomedico e i danni del modello di sviluppo neoliberale**
- 3. Le ricadute nazionali.**
- 4. Il bisogno di processi di democrazia partecipata**
- 5. Qualche pista per il Minguzzi Lab 2021**

La salute come variabile assoluta

Qualche considerazione sulle lezioni GLOBALI che la Pandemia ci ha imposto e la loro ricaduta nazionale. La impreparazione e le tardive e frammentate risposte fornite in occasione della pandemia del coronavirus sono state e continuano ad essere evidenti in ogni paese del mondo, pur se con alcune differenze fra paese e paese e con la virtuosa eccezione della Corea del Sud e in parte del Giappone. Inaspettatamente, il Nord del pianeta ha fornito una immagine di estrema debolezza proprio da parte di alcuni paesi che sono parte del club degli *happy few*, il G8, come è il caso degli Stati Uniti, del Regno Unito e di alcune delle ricche regioni del nord Italia.

Non c’è da sorprendersi. Infatti, se cerchiamo la risposta alle pandemie fra le grandi priorità degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite (UN Sustainable Development Goals, 2015) troviamo ben poco malgrado la centralità e la importanza globale del tema. Se analizziamo uno dei traguardi (*targets*) dell’obiettivo “**Salute Benessere**” esso recita:

“Rafforzare la capacità di tutti i Paesi, soprattutto dei Paesi in via di sviluppo, di segnalare in anticipo, ridurre e gestire i rischi legati alla salute, sia a livello nazionale che globale” e per

questo traguardo l'Indicatore scelto è quello di implementare i Regolamenti Sanitari Internazionali e la “*preparedness*”, ossia la capacità dei paesi di essere preparati alle emergenze. Dunque, non troviamo neppure la parola pandemia se non incluso troppo implicitamente fra i “rischi...sia a livello nazionale che globale”.

E ancora, nell'obiettivo “**Città e Comunità Sostenibili**” troviamo un traguardo che recita: “Entro il 2020, aumentare considerevolmente il numero di città e insediamenti umani che adottano e attuano politiche integrate e piani tesi alla resistenza ai disastri, e che promuovono e attuano una gestione olistica del rischio di disastri su tutti i livelli...”. Anche in questo traguardo non appare la parola pandemia ma la dobbiamo considerare sussunta nel quadro per la Riduzione del Rischio di Disastri.

Sembra dunque che il rischio di una pandemia dovuta a un virus (pur tuttavia molte volte evocata da virologi, epidemiologi ed esperti di sanità pubblica in occasioni precedenti quali le epidemie di SARS, MERS o di Influenza Suina), non sia al centro delle preoccupazioni degli Obiettivi Sostenibili di Sviluppo.

Anche la risposta di organismi quali la Organizzazione Mondiale della Salute è parsa debole in quanto incapace di esercitare una sufficiente autorità tecnica e morale sui singoli stati che hanno proceduto in ordine sparso. Così come, infine, la tenuta politica della Unione Europea è stata decisamente insufficiente in quanto a capacità di leadership e coordinazione (con la motivazione vera ma tutto sommato molto burocratica secondo cui la Unione Europea non ha competenze sanitarie sugli stati membri). Ma queste legittime considerazioni sui limiti delle organizzazioni multilaterali globali e internazionali non spiegano tutto, ossia non spiegano certamente il disastro occorso nelle RSA lombarde e la *débâcle* del sistema sanitario che costituiva, a detta del condannato Formigoni, una eccellenza mondiale. È molto probabile che anche da noi, come dimostrato da studi epidemiologici negli USA e in Gran Bretagna, ci sia una correlazione fra livello socioeconomico e mortalità da COVID. Certamente i morti nelle RSA non erano anziani benestanti. Certamente i più poveri, i più socialmente vulnerabili hanno sofferto di più e hanno pagato i prezzi più alti. Certamente chi, durante il *lockdown*, viveva in appartamenti microscopici e a volte affollati ha sofferto di più. Chi aveva una autonomia economica soltanto di qualche settimana e poi era già in difficoltà ha pagato i prezzi più alti.

In uno studio sulla distribuzione di contagi e sui tassi di mortalità in differenti contee degli Stati Uniti si sono evidenziati tassi più elevati fra le popolazioni urbane che vivevano in povertà o estrema povertà e dove si riscontrano tassi più elevati di neonati a basso peso alla nascita (Finch e Hernandez Finch, 2020).

Uno studio sulla pandemia in relazione alle disuguaglianze nello stato di salute: partendo da una analisi storica della pandemia di Spagnola del 1918, gli autori concludono che le misure di *lockdown* adottate per limitare la attuale pandemia di Covid-19 avranno un impatto diverso a seconda delle differenze dello stato socioeconomico delle popolazioni colpite con un aumento futuro delle disuguaglianze dello stato di salute (Bambra e coll., 2020).

Le persone più vulnerabili, si è detto, sono più esposte al rischio di contagio e anche hanno un rischio più elevato di decorsi gravi e letali. Non si è però sottolineato abbastanza che la vulnerabilità non si riferisce soltanto a condizioni biologiche (obesità, diabete, cardiopatie) ma anche alle condizioni sociali. È quello che mostra uno studio di Calderón-Larrañaga e colleghi che a partire da dati svedesi mostrano che gli anziani più gravemente colpiti dal virus sono quelli non soltanto portatori di malattie croniche importanti ma anche socialmente vulnerabili ossia soli, poveri o isolati (Calderon-Larrañaga e coll., 2020).

Limiti del modello biomedico e danni del modello di sviluppo neoliberale

La adozione di un modello esclusivamente biomedico che non tenga in debito conto i determinati sociali può rivelarsi fallimentare e determinare un aumento della esposizione al contagio e a tassi più elevati di mortalità da Coronavirus-19.

Infatti, le persone in condizioni socioeconomiche svantaggiate vivono in abitazioni sovraffollate e dunque esposti al rischio di infezioni respiratorie (del 20% dei poveri in Gran Bretagna, il 7% vive in abitazioni sovraffollate). Inoltre, il sovraffollamento impedisce il distanziamento fisico e molto spesso le persone in condizioni socioeconomiche svantaggiate svolgono lavori che non possono essere eseguiti a casa in *smart working*. Sono queste le popolazioni che maggiormente affollano i mezzi pubblici. La precarietà lavorativa di molti induce elevati livelli di stress e ansia con conseguente indebolimento del sistema immunitario: dunque la povertà non solo aumenta il rischio di esposizione al virus ma diminuisce la capacità immunitaria per combatterlo. I più poveri e vulnerabili arrivano generalmente alla attenzione dei servizi sanitari in stadi più avanzati della malattia e dunque gli esiti della infezione saranno più gravi se non letali. Infine, stigma e discriminazione dovuti ad appartenenza a minoranze etniche o religiose possono indurre queste popolazioni ad evitare il contatto con i servizi sanitari spesso vissuti come fonte di umiliazione e di incomprensibili procedure burocratico-amministrative. Tutto questo viene descritto da uno studio condotto in Gran Bretagna (Patel e coll., 2020) ma certamente rispecchia situazioni analoghe in Italia o in altri paesi europei.

Le gravi carenze nella gestione della pandemia hanno spesso avuto a che fare con precedenti scelte politiche che hanno progressivamente svuotato l'idea di salute e complementariamente di sanità come indicatori di diritto assoluto e fondamentali. La influenza crescente delle variabili economiche (che si traducono nelle prescrizioni del FMI restrittive di diritti sociali, educativi e sanitari), l'assunzione da parte della Banca Mondiale dei ruoli della OMS nel definire le priorità della salute in termini di compatibilità economiche dei costi delle malattie...hanno portato alla scomparsa della salute come diritto assoluto in favore della sanità come insieme di prestazioni ossia come beni commerciali" (Tognoni, Diritti Globali p.1083).

Una salute e una sanità semplicemente considerate come costi. E come diritti relativi invece che diritti assoluti. Ecco perché ci aspetta una fase in cui sarà indispensabile parlare di empowerment, ossia parlare di democratizzazione della salute e della sanità.

Ricadute nazionali: la salute non è solo Sanità e la Sanità non è solo Medicina e la Medicina non è solo Ospedale.

L'emergenza ha fatto venire al pettine alcune criticità storiche dei nostri sistemi di salute pubblica.

- a) Lo smantellamento della medicina di prossimità e del welfare di territorio e di comunità
- b) Lo sviluppo incontrollato del modello residenziale per le popolazioni fragili e vulnerabili.

Guardiamo alla prima criticità (smantellamento della medicina di prossimità). Alcuni sistemi sanitari regionali e primo fra tutti quello lombardo si sono sviluppati negli anni in accordo con la visione dei politici che da anni li amministrano. La strategia è stata chiara: disinvestire dalla medicina di comunità e dai territori, sviluppare solo il polo ospedale e favorirne la privatizzazione.

Innanzitutto, è urgente e necessario superare la separazione fra sociale e sanitario che conduce a interventi sociali miseri nell'ambito del settore sanità e a interventi sanitari di bassa qualità nell'ambito del settore sociale. È urgente potenziare le reti dell'assistenza sociosanitaria privilegiando la organizzazione strutturata nel Distretto che "deve esser in grado di organizzare i servizi in funzione delle persone e della comunità (e non delle malattie), realizzando una forte integrazione fra professionisti e fra istituzioni, fra sociale e sanità, con la partecipazione della popolazione.

Guardiamo ora la seconda criticità ossia l'ipertrofia del modello residenziale. Le patologie croniche e disabilitanti hanno bisogno di risposte più intelligenti di quelle fornite dal modello residenziale. È ben noto come l'incremento significativo delle malattie croniche non trasmissibili (ad esempio, obesità, diabete, tumori), delle malattie mentali e più in generale di tutte le malattie croniche (dunque anche quelle infettive come l'AIDS o la tubercolosi) sfidi il modello dominante di assistenza sanitaria e richieda modelli altamente innovativi di assistenza territoriale capaci di coniugare interventi sanitari e interventi di sostegno psicosociale.

È invece urgente sviluppare un Piano della Cronicità “per garantire l'assistenza alle persone non autosufficienti nel proprio contesto di vita e per promuovere la vita indipendente delle persone con disabilità. Con l'obiettivo di superare i grandi istituti e di creare piuttosto nuclei piccoli inseriti nel tessuto urbano e quindi parte integrante della comunità”

Non c'è dubbio, infatti, che anche “prima” della pandemia il letto rappresentasse, e continui a rappresentare, “la risposta” prevalente alle condizioni croniche, soprattutto quelle psichiatriche: il termine “residenzialità” è divenuto dominante in quasi tutti i sistemi sanitari regionali ove abbondano forme diverse di residenze, più o meno protette, più o meno manicomiali, pubbliche o private o private convenzionate. Ma, la residenzialità non allude tanto a un luogo di vita integrata, sociale e socializzata, a un luogo che sia parte reale della comunità circostante bensì allude alla presenza di letti utilizzati secondo la logica dell'ospedale. Letti per vecchi, letti per matti, letti per tossicodipendenti, letti per disabili fisici e psichici...e, a pensarci bene, anche e soltanto letti nei dormitori per i senza casa. L'adozione di un modello innovativo per rispondere alla sfida delle malattie croniche si compie essenzialmente al di fuori dell'ospedale e non ha certo bisogno del letto come asse portante perché gli interventi avvengono nei centri di salute territoriali o al domicilio del paziente.

Si tratta di interventi che potremmo definire comunitari sia perché avvengono nel territorio ove vive il paziente sia perché essi sono il frutto di sinergie fra differenti attori e risorse di cui dispone la comunità: risorse formali e istituzionali così come risorse informali pubbliche e private. Si tratta di una vera rivoluzione copernicana per il sistema sanitario tradizionale che pone al centro l'ospedale e il letto; al centro del modello *psicosociale di lunga durata* sta invece la comunità nella duplice accezione di *luogo* in cui i cittadini ed il singolo utente vivono e di *insieme di cittadini e risorse* di cui quella comunità dispone. I protagonisti della messa in opera di questo modello sono ovviamente molteplici ed eterogenei: le sinergie e le

collaborazioni variano e possono essere più formalizzate e istituzionali o più spontanee e generate all'interno di progetti e incroci fra organizzazioni, istituzioni e persone. Questo radicale spostamento del centro del sistema sanitario dall'ospedale alla comunità per essere possibile ed efficace deve disporre di risorse finanziarie e umane: dunque si spostano dall'ospedale non soltanto gli interventi ma anche le risorse finanziarie e umane.

Coniugare qualità dei servizi sociosanitari con processi di democrazia partecipata

Dunque, partecipazione per non essere una parola vuota del vocabolario del politically correct deve sostanziarsi con veri processi di empowerment. L' empowerment non è tanto un conferimento astratto e decontestualizzato di potere ma piuttosto la messa in opera di processi che promuovono diverse capacità contestualmente alla acquisizione di beni e risorse:

- a) *capacità ad aspirare a...* (maggiore benessere, maggiore libertà e maggiore potere)
- b) *capacità ad acquisire* strumenti per aumentare il benessere, libertà e potere

Si instaurano dinamiche, che si autoalimentano, di demoralizzazione collettiva, di apatia, di dipendenza, di rabbia che possono essere contrastate soltanto da forme organizzate di abilitazione democratica alla identificazione di obiettivi e al loro perseguimento.

Nascono così forme di democrazia sconosciute e ignorate dalle istituzioni pubbliche dominanti. Queste forme “diverse” di pratica della democrazia costituiscono proprio quella *deep democracy* di cui parla Appadurai. Si tratta dunque di una pratica dinamica della democrazia: “Una democratizzazione della democrazia, dunque, che non implica soltanto la trasformazione delle istituzioni, delle strutture o dei rapporti di potere, ma anche un lavoro dei cittadini su stessi (Balibar, 2012).

*Si tratta allora di sviluppare tutte quelle esperienze di democrazia sanitaria dal basso. Non mi dilungherò su modelli ed esperienze pilota di cui si è già molto scritto. Ricordo il modello “Casa della Salute” che rende disponibili interventi capaci di mitigare e contrastare gli effetti dei fattori di rischio non solo per la salute ma anche per quella più vasta dimensione che Arthur Kleinman chiama *social suffering* (Kleinman e coll., 1997). Precedenti al modello Casa della Salute, ossia negli anni 2005-2008, si sono create a Trieste le esperienze delle Microaree. La Microarea offre interventi sanitari e sociali intersettoriali in aree piuttosto piccole (1000-2500 abitanti) e nella Microarea agisce una pluralità di soggetti, pubblici e del privato sociale, che, con la regia del pubblico, perseguono il bene della collettività e dunque esercitano complessivamente una funzione pubblica.*

Minguzzi Lab 2021: qualche pista

Come conclusione provvisoria e parziale possiamo delineare alcuni compiti futuri per il Minguzzi Lab.

- a) Contribuire alla formazione di amministratori locali orientati a costruire e gestire un welfare robusto, de standardizzato e, aggiungo io, de istituzionalizzato. Ossia capace di restare ostaggio delle norme e dei regolamenti, delle logiche esclusivamente budhgetarie, coraggioso e curioso.
- b) Contribuire a concettualizzare, documentare, accompagnare e diffondere (i quattro verbi sono importanti) le esperienze innovative di welfare che integra servizi sociali e servizi sanitari
- c) Uscire dalla autoreferenzialità della salute mentale e del terzo settore anchilosati in linguaggi vecchi, in pratiche spesso divenute automatismi, e attraversato da conflittività interne che pur se ammantate di pretese teoriche sono risse di pollaio. Uscire dalla autoreferenzialità per incrociare i mondi dalla Salute Pubblica, della Demografia, delle Scienze Umane come Antropologia ed Etnografia, e finalmente della Economia. Parlare, meticcarsi, dialogare. Minguzzi Lab come hub nazionale di transdisciplinarietà
- d) Fare networking, rompere le oasi che non si parlano e soprattutto coinvolgere gli utenti in modo non simbolico e spesso condiscendente ma sostanziale consentendo un contagio virtuoso fra sapere per esperienza e saperi per conoscenza.

Una parola finale sulla dimensione Locale della azione culturale pratica. Sono una persona che per storia professionale viene dal Global, con tutto il fascino della visione mondiale e tutte le semplificazioni irrealistiche del discorso globale e della sua retorica. Ritengo che per troppo tempo abbiamo consegnato alle destre, ignoranti, populiste, rancorose il dialogo con il Local. Dobbiamo riappropriarcene. Dobbiamo sottrarre il local urbano e il local costituito dai borghi alla influenza nefasta delle culture della destra (xenofoba, intollerante, impaurita, autodifensiva, rancorosa, egoista).

Mi scuso per le idee molto embrionarie e forse un po' sempliciotte ma la mia consuetudine con temi e linguaggi di questo gruppo è ancora agli inizi e devo ancora imparare.

GRAZIE