

## **A PARTIRE DAL CENTRO DI MEDICINA SOCIALE DI GIULIANO**

---

*Silvana Petri - Psicologa, Napoli*

*Parole chiave: Centro di medicina sociale, Giuliano (Napoli), partecipazione, bisogni, solidarietà, organizzazione*

Il progetto del C.M.S. (Centro di Medicina Sociale di Giugliano in Campania, avviato nel 1975 dal suo primo Direttore Sanitario, Luciano Carrino, e successivamente diretto da Piero Cerato), è figlio di tutte le esperienze autocritiche e di trasformazione pratica che in quegli anni investivano le istituzioni dello stato, in parallelo col dibattito

critico sulle scienze e sulle tecniche, nel periodo di forte cambiamento sociale seguito al sessantotto: ricordiamo le lotte di Psichiatria e Medicina Democratica, del Movimento studentesco, del Movimento delle donne per la 194 ed i consultori femminili, delle associazioni dei disabili, dei Sindacati per la salute dei lavoratori e dei pensionati, dei Collettivi sanitari spontanei nei quartieri popolari di Napoli dopo il colera o l'epidemia di virosi respiratoria nota come il "Male Oscuro", etc.

Anch'io, dopo una formazione presso i Servizi Psichiatrici di Arezzo, dal 1976 ho partecipato a questa esperienza, affascinata dall'originalità del C.M.S. e del suo gruppo promotore di voler collegare queste esperienze e lotte, spesso settoriali, in un progetto mirato a cambiare il modo di fare sanità, e non solo psichiatria, attraverso una struttura unitaria per tutte le "malattie sociali" ricollegabili a fasce o gruppi di popolazione deboli o esposti a grave rischio di oppressione, emarginazione, isolamento, e secondo una dimensione territoriale ottimale che superava il singolo territorio comunale, sul modello dei Consorzi socio-sanitari di altre Regioni.

Già nel 1975 il Centro prevedeva un unico servizio territoriale, che accorpava: un Servizio Donne, un Servizio Bambini, un Servizio di Salute Mentale per gli adulti e per l'Infanzia che agiva anche in ospedale psichiatrico, un Osservatorio epidemiologico e Servizio di Medicina preventiva dei lavoratori, un Servizio Anziani comprensoriale, un centro per analisi cliniche per le "malattie sociali", ed era chiaro l'impegno per una presa in carico globale, sia sanitaria che sociale, tutto ciò con tre anni di anticipo sulla Riforma Sanitaria (L.833/78) che ribadirà i medesimi principi di territorialità e di decentramento dei servizi sanitari di base e con tre anni di anticipo sulla 180.

L'esperienza pratica del C.M.S divenne per la Regione Campania modello di riferimento per le leggi regionali applicative della riforma, ed il CMS, dopo una mobilitazione politica e tecnica nei confronti di Regione e Comuni, confluì nell'USL 23 nel 1981, e poi nel 1995 nell'ASL NA2.

Ormai è difficile distinguere quello che ho imparato dalla storia del CMS da quello che ho imparato dal Movimento di Riforma della Psichiatria, ma vorrei citare quello che mi sembra servire ancora oggi che mi occupo di integrazione socio-sanitaria: cioè quali acquisizioni professionali ed organizzative sono ancora attuali e da riaffermare, e con quali interlocutori.

- Non basta fare leggi meritorie e chiedere che vengano applicate: **bisogna intervenire contestualmente sull'insieme della gestione sanitaria**, dagli indirizzi finanziari alle opzioni generali di piano e di territorio.
- Qualunque servizio di settore, come il Servizio Dipartimentale di Salute mentale, o il Servizio per le Dipendenze Patologiche, deve essere unitario, territoriale e collegato in maniera permanente con gli altri servizi sanitari e sociali, in modo da poter guidare l'interessato anche verso la soluzione dei problemi di salute o sociali connessi con il

disagio/patologia/dipendenza specifica. **È ciò che si intende per polivalenza!**

- Per ridurre l'esclusione dei pazienti non basta promuovere il dialogo e l'analisi delle dinamiche soggettive, bisogna **intervenire concretamente** sugli aspetti più pesantemente nocivi ed oppressivi, **realizzando una trasformazione reale della situazione esistente.**
- Nel lavoro socio-sanitario di base per le fasce deboli, è fondamentale cercare di **stabilire un "rapporto a tre": noi operatori / l'utente / i gruppi di cittadini organizzati con il medesimo problema.** L'esperienza critica di migliorare il livello qualitativo delle risposte dei servizi attraverso il coinvolgimento di una serie complessa di interlocutori sviluppa un modello diverso di partecipazione, diretto, sostanziale, talvolta sanamente conflittuale col sistema dell'offerta esistente.
- In manicomio la "cronicità" non dipendeva dall'evoluzione "naturale" della malattia, ma era il risultato mostruoso della reclusione istituzionale, e poteva essere contrastata e riabilitata attraverso una umanizzazione delle forme di intervento tradizionali, spesso basata su una complicità affettiva di fondo contro il manicomio e la sua oppressione. **La dimensione politico-affettiva, agita apertamente e volontariamente, di fatto ha cambiato e rinnovato positivamente le tecniche di intervento sia in manicomio, che sul territorio**
- Quando si devono dare risposte ai bisogni delle persone in più grave difficoltà risalta il rischio che le professionalità si specializzino sempre più in modo frammentario, perdendo di vista la necessità di occuparsi non solo dell'uomo in quanto membro della comunità, ma perfino dell'individuo in quanto persona intera. Le tecniche classiche centrate sull'individuo vengono filtrate allora rispetto alla loro efficacia nell'intervenire su gruppi sociali, per finalità come la prevenzione, la deistituzionalizzazione, l'educazione alla salute ed a corretti stili di vita etc. **Il lavoro sull'individuo prende senso ed efficacia solo in un contesto di perseguimento di finalità comunitarie, sostenute dalla complicità affettiva tra operatore ed utente.**
- Per adattare i servizi ai bisogni della gente e non viceversa al C.M.S. è stata adottata una metodologia d'azione chiamata "L'analisi dei bisogni" che vede come tappe:
  1. creare numerose e differenziate **occasioni di espressione dei bisogni** nel quadro del lavoro quotidiano.
  2. Avviare una **"contrattazione" tra operatore ed utente sulle azioni più utili da fare**, poiché spesso la gente chiede solo quello che gli viene offerto. In questo passaggio della "contrattazione" è fondamentale per l'operatore la sensibilità affettiva alla sofferenza ed al disagio, la capacità di indignarsi e di difendere il più debole.
  3. L'operatore nella "contrattazione" deve **disporre di una o più offerte di intervento alternative** alle prestazioni usuali, meno oppressive, non inquinate da logiche di profitto, di dominio, di vantaggio corporativo etc. Questo presuppone una revisione critica da parte dell'operatore della propria professionalità e delle tecniche acquisite, nella prospettiva delle nuove finalità ma anche **la formazione di un gruppo, orga-**

**nizzato ed omogeneo, che diventa l'interlocutore dell'Equipe sanitaria.**

4. È questa la tappa decisiva dell'analisi dei bisogni, quando l'azione dell'Equipe consente ad un gruppo che ha bisogni analoghi **non solo di riconoscerli, non solo di elaborare insieme un programma, non solo di organizzare e trovare gli alleati necessari, ma anche di agire** per realizzare il programma e superare gli ostacoli.

Queste parole d'ordine, eredità del C.M.S. e della 180, mi sembrano ancora utili ed indispensabili per le nuove sfide di una sanità e di un welfare solidale e sostenibile.

Per gli operatori del C.M.S. e del Movimento di Psichiatria Democratica lavorare in maniera critica nella sanità era il proprio modo di fare politica, indipendentemente dai partiti o dai Sindacati, poiché significava trasformare concretamente una parte della realtà nociva o scarsamente adeguata ai bisogni dei più deboli, cioè i servizi sanitari ed i servizi psichiatrici.

Il "rapporto a tre", l'alleanza operatore-utente come dimensione politico-affettiva fondante dei servizi, "l'analisi dei bisogni" sono ancora provocazioni di senso e di metodo preziose, che nella mia esperienza vengono sviluppate ulteriormente adattandole ai nuovi contesti istituzionali dell'integrazione socio-sanitaria, con i suoi problemi di integrazione tra servizi, tra Enti, tra saperi, tra risorse più o meno garantite.

Vi racconto come esempio di un progetto svolto dalla ASL insieme ad uno degli Ambiti socio-sanitari (uno dei 4 Distretti sociali corrispondenti alla ASL).

Viene avviata nel 2004/05 assieme ai servizi sociali comunali una revisione congiunta dei bisogni assistenziali di disabili adulti, da anni ricoverati in regime diurno in Centri di riabilitazione privati provvisoriamente accreditati (spesso piccoli manicomi per disabili). La revisione porta tra l'altro ad individuare un certo numero di disabili medio-lievi, per i quali prioritariamente presso gli stessi Centri di ricovero vengono avviati programmi individualizzati di recupero/potenziamento delle autonomie e di inserimento sociale, il tutto su diretta competenza assistenziale dei Comuni, che iniziano ad assumersi anche una parte della spesa.

La conoscenza diretta dei casi, l'esperienza condivisa con gli operatori dell'ASL di come farsi "carico" delle famiglie più problematiche, la relativa efficacia delle attività di inserimento sociale proposte dai Centri privati convincono l'Ambito ad avviare un proprio intervento diretto, aprendo un Centro polifunzionale diurno per disabili medio-lievi, dietro garanzia di una strettissima collaborazione dell'ASL, che destina una sua assistente sociale esperta come Coordinatore del Centro stesso.

Seguono una serie continua di nuove attività, con appropriazione degli spazi del Centro, arredato e dipinto direttamente dai ragazzi, con iniziative ludiche e per il tempo libero, con discussioni in gruppo sulle relazioni tra di loro e in famiglia, in cui emerge un sempre maggior diritto di presenza e di parola. Le attività sono molto concrete, puntano a far conoscere ed utilizzare in maniera il più possibile autonoma i servizi e i trasporti pubblici, ma anche a partecipare produttivamente ad attività culinarie e lu-

diche legate a tradizioni e festività (fare il limoncello, o la pastiera, fare uno spettacolo inventato da loro, etc). Sono tutte attività che spesso coinvolgono (e convincono) le famiglie, che offrono la propria casa per i laboratori di cucina, etc.

È come se il destino finora cupo di avere un figlio disabile cambi un po' di colore: le donne spesso isolate per il dolore e per la fatica della gestione di questi figli/fratelli vengono messe a contatto, chiamate a dare una mano, spinte ad aiutarsi in piccoli problemi di trasporto o per consentire amicizie che stanno sviluppandosi tra i ragazzi.

Cos'è tutto ciò se non il primo passo dell'analisi dei bisogni, cioè creare numerose e differenziate **occasioni di espressione dei bisogni** nel quadro del lavoro quotidiano?

Ed ecco allora emergere dalle riflessioni delle operatrici ma anche da domande esplicite o implicite delle madri di questi ragazzi, una nuova domanda, cioè uno spazio di accoglienza, di ascolto e di sostegno al vissuto di donne che assistono familiari disabili, come madri o sorelle, di donne care-giver. È il secondo passaggio nell'analisi dei bisogni: **la "contrattazione" tra gli operatori**, sensibili alla sofferenza ed al disagio di tutto il nucleo familiare **e gli utenti** ha fatto emergere una nuova domanda, più "avanzata" ed appropriata da parte delle famiglie.

C'è adesso (terza tappa dell'analisi dei bisogni) necessità di una **offerta di intervento alternativa alle prestazioni usuali**: l'occasione è un progetto sulle pari opportunità, finanziato con fondi europei (una delle misure POR Campania) che raggiunge circa ottanta tra disabili e familiari in un percorso di valorizzazione della relazione madre-figlio o sorella/fratello, e di sostegno del care-giver nei percorsi educativi ed in quelli di auto-muto-aiuto, attraverso la condivisione e l'ascolto delle esperienze. Di fatto sono gli operatori a promuovere la costituzione di un gruppo, sulla base della omogeneità del bisogno dei care-givers. Il progetto, denominato "Una rosa blu" dalle parole di una poesia di una madre di una ragazza "diversamente abile" trascende ben presto il gruppo delle madri dei medio-lievi, e diventa servizio disponibile anche per parenti di disabili gravi, che nelle riunioni di gruppo itineranti presso i vari Comuni dell'Ambito o addirittura presso i Centri di ricovero trovano comunque una solidarietà ed un mutuo aiuto. Quando necessario vengono previsti percorsi individuali di sostegno psicologico e di orientamento educativo. Ovviamente la presa in carico è parallela per i figli (percorso individualizzato di inclusione sociale pre-formativa e pre-lavorativa) e per le care-givers. Su richiesta è garantita anche una consulenza legale.

Quarta fase dell'analisi dei bisogni: **il gruppo delle care-givers è diventato interlocutore** dell'Equipe socio-sanitaria, **ha riconosciuto di avere bisogni analoghi**, si sta costituendo in associazione, chiede all'Ambito ed alla ASL che il progetto non muoia con i finanziamenti della misura POR ma venga assunto tra i servizi ordinari del Piano di Zona sociale dell'Ambito, coinvolgendo anche i Centri privati sulla qualità del sostegno alle famiglie dei loro ricoverati.

Vi posso testimoniare la commozione delle madri e dei partecipanti al convegno conclusivo del progetto, in cui loro interventi diretti ed un piccolo video sulle attività svol-

te hanno raccontato dell'alleanza operatore-utente, della dimensione politico-affettiva fondante del progetto, del clima relazionale positivo, del diluirsi e ritrovarsi sia delle donne care-givers che dei figli/fratelli nel gruppo, rinforzandosi e diventando protagonista di nuove rivendicazioni per se stessi

I contenuti metodologici ed operativi accennati sono a mio avviso una eredità del Movimento critico in sanità ed in psichiatria necessari di fronte alla limitatezza delle risorse, ed ai processi dell'aziendalizzazione in sanità. Sono quasi un materiale fondante perchè le politiche sanitarie e sociali siano veramente integrate e partecipate, e perchè la costruzione del Welfare sia veramente centrata sui più deboli nei fatti e non solo a parole, recuperando la tensione trasformativa ed ideale, etica e liberatoria delle migliori esperienze di sanità critica e di psichiatria democratica italiane.