

Verso la città che cura

Franco Rotelli

Il contributo ragiona sulla dialettica tra istituzioni chiuse e aperte e sulla necessità di abbattere i muri – tra saperi, discipline, poteri, ambiti – per costruire un sistema che vada verso i bisogni e i diritti delle persone, verso una «città che cura», una città capace di trovare risposte ai bisogni individuali, affrontandoli

come laboratori di risposte a problemi e a domande collettivi. Si tratta di una prospettiva concreta che potrà arricchirsi nei prossimi anni se i distretti sociali e sanitari sapranno diventare luoghi aperti, istituzioni mobili e flessibili entro cui organizzare risposte intersettoriali ai bisogni di salute.

1. Istituzioni chiuse, istituzioni aperte: la questione del nostro tempo

La dialettica tra istituzioni chiuse e istituzioni aperte rappresenta ancora la questione principale del nostro tempo, quella che deve orientare rispetto ai percorsi, agli obiettivi e alle pratiche che mirano a restituire dignità e potere alle persone. Per chi si è imbattuto nella realtà dei manicomi negli anni sessanta e settanta e ha cercato di smontarli tutto questo non poteva non divenire evidente.

Il manicomio è stato il paradigma dell'istituzione chiusa, il segno tangibile di una psichiatria che si fondava sulla restrizione, sulla negazione e sull'impoverimento. Gli ospedali psichiatrici altro non erano che il tentativo di contenere grandi e complessi problemi dentro una scatola piccola, chiusa, semplificatrice. E proprio per questo violenta. A Trieste abbiamo immaginato che bisognasse fare esattamente il contrario: validare invece di invalidare, includere invece di escludere, arricchire invece di privare, ricostruire invece di azzerare. Ricostruire tessuti di senso e di relazioni; ricostruire casa, lavoro, affettività; ricostruire un rapporto tra etica ed estetica; ricostruire comunità e collettività. E consentire, attraverso un lavoro concreto di cambiamento delle istituzioni, che le persone potessero ricostituirsi come soggetti e come tali interagire dentro la società. Avendo però sempre chiaro che il cambiamento è un processo mai concluso e che ogni giorno bisogna ricominciare dalla realtà: toccando le corde dell'amministrativo, del

politico, dello scientifico, del tecnico, dell'interpersonale, dell'affettivo, del corpo sociale. Mettendo insomma in gioco tutti i livelli delle questioni.

Questo lavoro ha funzionato, si è rivelato giusto al punto da essere ancora oggi terreno di conquista. Perché tuttora esiste un'infinità di pratiche che sono pratiche di negazione, di invalidazione, di sopraffazione, di violenza pura, di esclusione o di contenimento. Si pensi a cosa sono certi Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc) in giro per l'Italia o alcuni centri di riabilitazione che non hanno mai riabilitato nessuno né potranno mai farlo per come sono configurati. Queste sono certamente pratiche da aprire, da reinventare, ma non solo queste. Istituzioni chiuse ne incontriamo in ogni dove. Molti luoghi di lavoro oggi sono istituzioni chiuse. Molti servizi sanitari e molte famiglie sono istituzioni chiuse, di una opacità assoluta. Ma tutto il tessuto sociale è intriso di istituzioni. E anche ognuno di noi è preso in questa dialettica in quanto è dentro un'istituzione o la rappresenta a cagione del ruolo che riveste, della situazione in cui si colloca. In ogni gesto, in ogni comportamento, in ogni pensiero troviamo la dialettica tra aprire e chiudere. Una dialettica che deve interrogarci tutti i giorni.

Tuttavia oggi una questione su tutte ripropone questa contraddizione su scala planetaria e con grande chiarezza: la questione dei migranti. I migranti sono gli esclusi totali e davanti a loro torna la domanda: erigere muri o assumerci responsabilità? E non basta dire: abbattiamo i muri; occorre anche immaginare alternative. Dobbiamo indicare quali relazioni, quali alleanze, quali convivenze, quale contratto sociale vogliamo. La storia della riforma psichiatrica parla, prima ancora che di muri abbattuti, di un'assunzione di responsabilità che da Basaglia in poi è avvenuta rispetto a un mondo: quello degli esclusi. Alcune persone si sono assunte la responsabilità di altre persone e invece di rinchiuderle hanno provato ad affrontare in modo diverso la questione della loro presenza dentro le comunità.

Analogamente occorrerebbe fare con la questione immigrazione, che pone lo stesso interrogativo: affrontare il fenomeno come un'invasione, provvedendo alla costruzione di muri, oppure accogliere le persone attraverso istituzioni aperte, nella consapevolezza che erigere muri garantisce più adesioni che abatterli, e che stare dalla parte degli esclusi non crea consenso elettorale. Tuttavia, se ci si assume delle responsabilità chiare sui problemi sociali – anche su quelli che inquietano e spaventano –, l'elettorato comprende.

Quella che continua a essere la peculiarità del nostro lavoro a Trieste è

che stiamo continuando a far sì che quest'*altro modo* sia un po' vero. E da tutto il mondo continuano a venire per vedere come si fa. In tutti questi anni tante realtà in Italia e fuori hanno prodotto istanze di liberazione come abbiamo cercato di fare noi. In vari posti questo è accaduto, in tanti altri no, in altri un po' è accaduto e poi si è tornati indietro. È una battaglia che bisogna continuare giorno per giorno, a partire dall'Italia, a partire da ognuno dei nostri paesi, perché è una battaglia in parte vinta e in grandissima parte ancora tutta da fare. Ed è una battaglia in cui ne va del significato del nostro lavoro, soprattutto se questo lavoro è quella specie di cosa misteriosa che è la psichiatria: la presunzione di poter curare l'altro, la sua salute mentale, considerandolo come persona, come soggetto, cercando di produrre diritto e diritti, in una situazione che era l'esatto opposto, cioè la negazione del diritto e dei diritti. E in tutti questi anni abbiamo detto una cosa sola: si può fare in un altro modo. Si può fare inventando un albergo ai Caraibi, si può fare inventando una barca a vela che viaggia nel golfo di Trieste, si può fare inventando la prima cooperativa sociale d'Italia nel 1972, si può fare costruendo dei Centri di salute mentale che siano aperti anche il sabato e la domenica e durante tutte le feste comandate, perché si diventa matti anche quando si fa festa, anzi lo si diventa ancora di più perché, come scriveva Alda Merini a proposito del Natale, «chi è solo lo vorrebbe saltare questo giorno».

Non c'è ragione per cui gli ambulatori debbano restare aperti soltanto per qualche ora al giorno. Non c'è ragione per cui a ciò a cui dava una risposta, seppur brutale, l'ospedale psichiatrico, cioè il diritto di asilo, non si debba cercare di dare una risposta oggi, in forma di diritto a una protezione temporanea che consenta di ricostruire insieme ad altri un percorso dentro lo spazio di libertà e dentro istituzioni totalmente aperte. Con la porta sempre aperta, appunto.

Tenere la porta aperta sembra semplice da fare, ma in realtà è molto faticoso ed è una fatica che non vale solo per i manicomi, per i servizi di salute mentale o per le istituzioni, pubbliche o private che siano. Vale per ognuno di noi, nella vita privata e in quella pubblica, vale nei macro-contesti e nei micro-contesti. A partire da quest'idea sono nate tante pratiche, tanti tentativi, poi falliti o conclusi. Ma va bene così, va bene che le cose abbiano anche un loro tempo, un loro spazio, una loro occasione. L'importante è ricominciare ogni giorno, continuare a fare per non subire, e a farlo con gli altri immaginando che ciò che si fa possa determinare effetti molto importanti per tanti.

Guardando a questi oltre quarant'anni credo si possa dire che alcune

ipotesi si siano rivelate assolutamente giuste e che il cambio di paradigma della psichiatria abbia dato vita ad altri modi di fare salute mentale, determinando grandi evoluzioni ancora in divenire: ci sono ancora milioni di persone nei manicomi del mondo e abbiamo ancora psichiatriche fortemente arretrate anche in Italia. E muoiono ancora persone legate ai letti nei nostri Spdc. Accade di tutto, ancora oggi. Ma è anche avvenuta una grande trasformazione, una grande frattura si è creata nel mondo della psichiatria attraverso questa esperienza. Si è passati dal manicomio alle residenze che non hanno più le caratteristiche istituzionali di violenza, di stupidità, di deprivazione che caratterizzavano gli ospedali psichiatrici. Si è passati dallo statuto di persone private per legge dei diritti, della cittadinanza, allo statuto di persone che comunque mantengono i diritti civili e politici e alle quali si cerca di garantire anche i diritti sociali. Persone che sempre più prendono la parola e parlano delle loro esperienze: a Trieste, per esempio, si tiene periodicamente un appuntamento, non solo nazionale, dal titolo «Impazzire si può», dove protagonisti sono coloro che vivono un disturbo psichico. Questo è un approccio che sta crescendo un po' in tutto il mondo e che dà un segnale di speranza importante.

Basaglia è riuscito ad andare veramente alla radice delle questioni. C'è stato un cambio netto di paradigma, di approccio. In questo senso la 180 è una riforma: non una rivoluzione, ma una riforma radicale. Una riforma che è andata talmente alla radice che continua a essere viva e vitale. Dal Giappone alla Cina continuiamo ad avere visitatori, che vogliono sapere come si fa, come è possibile, a quali condizioni.

Deve però essere chiaro che quando parliamo di trasformazione radicale della psichiatria – che in parte è avvenuta e in parte è ancora tutta da venire – parliamo veramente di *qualche cosa che parla anche ad altri mondi*. Perché le esclusioni riguardano tutte le istituzioni, non soltanto la psichiatria. Parliamo di come debba essere cambiata la sanità, di come debba essere modificata la giustizia, di come si debba continuare la battaglia contro l'esclusione sociale in tutti i campi, di come il nuovo contratto sociale debba essere ricostruito dentro rapporti non autoritari e dentro a istituzioni aperte.

Proviamo a pensare: ma quale fabbrica oggi è aperta, quale scuola è veramente aperta, quale istituzione è così trasparente da lasciarsi attraversare, da essere elemento di costruzione di democrazia? Guardiamoci attorno, osserviamo le istituzioni e ci accorgiamo subito di quanto lavoro si possa immaginare di fare da dentro, quali che siano. Se si ha chiaro questo orizzonte di senso, se si fa propria questa as-

sunzione di responsabilità della propria professione e di demistificazione continua di tutte le strutture che tendono a chiudere le istituzioni e a costruire i muri, si apre un campo immenso. Per questo la lezione basagliana è ancora attuale: non solo dentro la psichiatria, ma dentro la medicina, la giustizia, la scuola, il lavoro.

RPS

Franco Rotelli

2. *Abbattere i muri della sanità, riconnettere le risorse*

A Trieste abbiamo iniziato a immaginare che i muri da abbattere fossero quelli della sanità più complessiva. I muri del rapporto tra ospedale e territorio, tra medici di medicina generale e medici specialisti, tra università, facoltà di medicina, ospedali e servizi territoriali. In Friuli-Venezia Giulia è stata varata una legge ambiziosa, la legge regionale n. 17 del 2014, che ha incorporato la facoltà di medicina, l'azienda ospedaliera e le aziende territoriali in un *unicum*, immaginando che soltanto così si possa cominciare a ricostruire un percorso di continuità terapeutica e di presa in cura delle persone.

Ancora una volta si tratta di abbattere i muri valorizzando le risorse che ancora ci sono. Non più mantenendole all'interno di «confini tribali», di divisioni tra i vari sottosistemi, ma provando a costruire un sistema molto più efficace che vada verso i bisogni e i diritti delle persone. Bisogni e diritti che oggi sono bisogni di singolarità, di essere resi protagonisti del proprio percorso di cura, di essere aiutati presso il proprio domicilio, di essere considerati come soggetti *unici* che però necessitano di relazioni.

Si tratta dunque di arrivare ai cittadini con una sanità più *attiva*. E ciò non vale solo per la psichiatria, ma per tutte le patologie croniche e cronico-degenerative. Serve allora una sanità del territorio capace di mettere insieme le risorse che – a ben guardare – nel nostro sistema di welfare sono enormi: risorse economiche, finanziarie, tecniche, strumentali, umane. Il problema è la loro frammentazione: la frammentazione fra le risorse del pubblico e del privato, tra privato e privato sociale, fra quanto è istituzionalmente gestito dallo Stato e le risorse informali delle persone. Riuscire a riconnettere queste risorse è la grande terapia per ricostruire una città capace di trovare la risposta ai bisogni collettivi. E ciò può avvenire solo se le sue forze non sono frammentate, se le tribù non sono più tribù, se si buttano giù i muri tra i vari saperi, tra le varie discipline, tra i vari poteri, tra i vari ambiti. La sfida è quella di andare oltre, verso «la città che cura», che tenta di

coinvolgere tutte le risorse di un contesto, di un conglomerato urbano, di un paese o di una comunità – vera o finta che sia – per occuparsi dei propri cittadini.

Certo, il rischio è quello della medicalizzazione della vita. Di fronte a questi effetti pervasivi il lavoro sviluppato a Trieste, dagli anni settanta in poi, è andato nel senso non di negare o di occultare il potere della medicina quanto piuttosto di socializzare le sue risorse, i suoi strumenti e le sue conoscenze. Già all'uscita dal manicomio, più di trent'anni fa, abbiamo aperto un conflitto con amici psichiatri, nostri alleati, che ai Centri di salute mentale aperti sulle ventiquattro ore opponevano «servizi leggeri», nell'idea che la follia si sarebbe dispersa nel sociale. Secondo questa concezione del lavoro territoriale i malati avrebbero avuto maggiori probabilità di essere accolti e integrati nelle comunità locali se fosse stata ridotta al minimo ogni forma di psichiatria. Anni dopo un analogo conflitto si è aperto nei servizi sanitari, dove dominava il modello ambulatoriale delle cure: la tendenza cioè a offrire tante risposte quanti sono i problemi, senza preoccuparsi di contrastare la cultura dell'internamento e del ricovero, e senza incrociare le condizioni di vita dei soggetti nel loro habitat. Anche in questo caso si è deciso a Trieste di imboccare la direzione opposta: se alla fine degli anni settanta erano stati scelti servizi psichiatrici forti, dalla metà degli anni novanta in poi si è cercato di portare la nostra cassetta degli attrezzi in ogni angolo del territorio, raggiungendo anche i piccoli agglomerati e i rioni più lontani.

Il frutto probabilmente più maturo di questi reiterati sforzi è il «Progetto Microaree», avviato nel 2005 dall'Azienda sanitaria triestina per sperimentare la possibilità da parte dei cittadini di fruire dei beni comuni nei luoghi in cui abitano. Beni e mali comuni: sia relativamente alle risorse che sempre esistono in una micro-realtà territoriale, anche quando non sono riconosciute o valorizzate, sia relativamente ai disastri che non vengono quasi mai affrontati o presi in carico in maniera adeguata. Se prendiamo un qualsiasi caseggiato, o un insediamento urbano abbastanza esteso, non è difficile constatare che è dotato di risorse strumentali, umane e associative; al tempo stesso è pieno di guai, di solitudini, di cose che non vanno. Nei caseggiati popolari ci si imbatte quasi sempre in difetti strutturali: l'habitat è degradato, manca il verde, sono assenti o non funzionano i servizi. Tuttavia, anche dove i deficit sono più evidenti, è possibile scoprire ricchezze potenziali, come in ogni altro contesto.

Dunque, lavorare per micro-area voleva dire avviare un processo co-

noscitivo su due piani paralleli: da un lato, mappare le risorse esistenti in un determinato territorio, ricostruendo – strada per strada, insediamento per insediamento – le condizioni abitative e le capacità delle persone di convivere, avendo o meno accesso a una serie di opportunità; dall'altro, mettere a punto una cartografia dei bisogni sanitari, sia raccogliendo informazioni sul campo e parlando con gli abitanti sia esaminando i dati statistici a nostra disposizione: età media della popolazione, tipi di malattie più diffuse, frequenza dei ricoveri, quantità di prestazioni erogate, quantità di farmaci assunti e così via. L'esplorazione del territorio non era pianificata dall'esterno, a tavolino: il progetto si è basato fin dagli inizi sul criterio di coinvolgere quanti più soggetti e attori possibili, in maniera co-evolutiva, alla raccolta delle conoscenze, nello sviluppo di un metodo di intervento che doveva essere al tempo stesso «locale», «plurale» e «globale». L'attributo «locale» non ha bisogno di spiegazioni: se negli ultimi decenni si è molto insistito sul bisogno di sviluppare progetti localmente sostenibili, è perché si sa che le risorse non sono illimitate. D'altra parte, se l'innovazione viene collegata allo sviluppo di pratiche localmente definite e circoscritte, si impongono immediatamente due criteri: da un lato coinvolgere e attivare la popolazione, dall'altro favorire il pluralismo dei soggetti e delle istituzioni che, da vicino o da lontano, incidono su quel determinato territorio. Un terzo criterio importante era la presa in carico globale dei problemi evidenziati in ciascuna micro-area: da quelli squisitamente medico-sanitari a quelli dell'abitare e del convivere, fino ai problemi esistenziali e sociali relativi al reddito e al lavoro. In altre parole la presa in carico doveva tener conto non solo degli ostacoli e delle difficoltà incontrate dai singoli pazienti nel percorso di cura, ma anche di una serie di questioni ascrivibili a forme di sofferenza urbana: qualità dei contesti e dei sistemi di relazione, risorse per contrastare l'isolamento sociale, capacità o meno degli individui di adattare le loro abitudini e i loro stili di vita ai protocolli della cura ecc.

Nel soddisfare questi criteri lo sviluppo del progetto è stato graduale. Dapprima sono stati individuati referenti, operatori e operatrici esperti che, oltre a esplorare il territorio, dovevano costruire reti e alleanze, tenendo collegati i vari enti o servizi, privati e pubblici. In seguito sono state potenziate le risorse operative grazie al lavoro volontario e all'apertura in ogni micro-area di una piccola sede destinata a diventare un punto di riferimento quotidiano per la popolazione.

Una finalità importante del progetto era conoscere quasi uno a uno gli

abitanti dei rioni anche per realizzare una certa equità nella distribuzione delle risorse. Sappiamo che molti cittadini, pur avendone un gran bisogno, accedono con difficoltà ai servizi, mentre altri usufruiscono di un numero elevato di prestazioni, essendo maggiormente capaci di chiedere o di far valere i propri diritti. Dopo aver conosciuto da vicino le condizioni abitative e di vita di un certo numero di nuclei estesi di persone, sarebbe stato più facile mettere in atto misure ragionevoli ed eque dal punto di vista sanitario, ma anche delle politiche della casa, del reddito e del lavoro, avendo ben presente che il progetto Microaree aveva come principale obiettivo la coesione sociale, o meglio lo sviluppo di capitale sociale¹ in aree territoriali che ne erano tradizionalmente carenti o sprovviste.

3. *La città che cura*

Dopo oltre dieci anni di lavoro il punto è: siamo riusciti a creare un'organizzazione dei servizi sensibile a rilevare i bisogni, a disseminare delle antenne, a creare delle reti? Anche se il lavoro di microarea non è ancora adeguatamente esteso e generalizzato, siamo sulla buona strada? I dati e le storie raccolti in un recente lavoro di ricerca (Gallio e Cogliati Dezza, 2018) in filigrana lasciano emergere che i servizi non sono lì a guardare dall'esterno, ma si costituiscono come sguardo interno alla comunità fino a diventare parte della storia dei soggetti. Entrano nella vita quotidiana delle persone fino a costituire pezzi di soggetto e di soggettività. I servizi fanno il loro mestiere, o almeno le storie raccolte dimostrano che gli operatori stanno facendo il loro lavoro, che è quello di passare dalla medicina della morte alla medicina della vita, da una medicina naturalizzata a una medicina soggettivizzata. Consapevole del corpo biologico, delle tecniche di affrontamento biologico, ma anche del fatto che quando si parla di malattia stiamo parlando di un artefatto istituzionale, di una costruzione al tempo stesso culturale e sociale, esito e prodotto di molte variabili.

I servizi si sono messi su questa pista (su queste piste molteplici, in cui

¹ Alludiamo al capitale sociale inteso sia come un insieme di risorse strutturali e organizzative sia come una «rete di relazioni solidali, capace di mobilitare l'azione collettiva, e in particolare di promuovere l'agire cooperativo» (Donolo, 2002).

ogni volta può variare il percorso di cura) e ci sono stati messi da una storia che viene da lontano. È stata la psichiatria a muoversi per prima nella direzione di guardare ai luoghi e ai contesti di vita, lavorando in profondità su quella che oggi chiamiamo la capacitazione dei soggetti, facendo leva su opportunità e diritti che coinvolgevano interi gruppi, famiglie, micro-comunità. In seguito, dalla metà degli anni novanta in poi, ci è stata offerta l'occasione di estendere questa cultura e questa rete operativa alle altre branche della medicina, spingendo in avanti l'organizzazione di servizi che avrebbero dovuto occuparsi di tutte le malattie: dal diabete ai disturbi cardiovascolari, dall'oncologia alla pneumologia e così via.

Da allora in poi abbiamo riconfigurato un ragionamento che considerava il territorio non come semplice sfondo dell'azione, ma come il tessuto da cui ricavare la materia prima che dà forma e sostanza alle attività di cura. Per anni abbiamo cercato di individuare un'organizzazione coerente con questi principi, impostando un metodo di lavoro che spingeva medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi e tecnici della riabilitazione a confrontarsi con la possibilità di curare le persone a casa loro, facendosi carico della «lettura» e della trasformazione del contesto. Finché una persona è curata in ospedale ciò che conta è l'organizzazione del reparto e il corpo della persona. Quando invece il malato è curato nella sua casa il medico o l'infermiere sono obbligati a vedere dove abita, chi o che cosa gli sta attorno. Non possono curarlo senza incontrare i familiari o i vicini, o capire se è da solo. Tutto questo mondo in cui il soggetto vive entra nel taccuino delle cose di cui occorre prendere nota: l'avere e il non avere, l'essere e il non essere diventano elementi fondamentali nella ricognizione del problema. Per fare qualcosa di buono è necessario attivare le risorse presenti nei contesti e nella storia della persona, nelle sue capacità, perché solo queste risorse e capacità possono aiutare a immaginare una prognosi più favorevole.

Da molti anni la questione dei distretti sanitari in Italia resta insoluta. Il distretto è come l'araba fenice, cambia configurazione a seconda delle realtà locali e regionali; anche gli standard organizzativi dei servizi possono variare da un'amministrazione all'altra. Una cosa è certa: la concezione del distretto che si è affermata in gran parte delle regioni italiane è molto diversa da quella realizzata a Trieste, dove è stata presa alla lettera l'idea di un dispositivo che aggrega tutte le risposte sanitarie relative a un determinato territorio, configurate in alternativa alle risposte date dall'ospedale. Tutte le prestazioni non collegate alla

struttura ospedaliera, e a ciò che l'ospedale offre in via esclusiva, sono erogate dal distretto, che nel realizzare il suo mandato deve soddisfare due condizioni: da un lato interloquire con gli enti e con i servizi che erogano aiuti e supporti di natura assistenziale, per integrare il più possibile le risposte in senso socio-sanitario; dall'altro, ancor prima, integrare al proprio interno, nel farsi stesso della sua organizzazione, le risposte specialistiche collegate alle varie discipline: dalla psichiatria alle patologie delle dipendenze, dalla cura del diabete alla cardiologia, dagli interventi per i pazienti oncologici a quelli per la popolazione anziana, fino alla presa in carico di intere famiglie – la cura delle donne, dei bambini e degli adolescenti, con bisogni speciali e no.

L'organizzazione distrettuale è inoltre responsabile di una serie di servizi di igiene e profilassi nella prevenzione delle malattie: cura dei cibi, salubrità dell'acqua e dell'aria, igiene degli ambienti e così via. In altre parole deve farsi carico della salute degli abitanti di un territorio dalla culla alla tomba, rispondendo simultaneamente a bisogni di prevenzione, cura e riabilitazione.

Il lavoro futuro dovrà avere come obiettivo quello di abbattere i muri che continuamente si innalzano tra ospedale e territorio, tra medici di medicina generale e specialisti, tra servizi sanitari e assistenziali. Anche per abbattere questi muri, e garantire a tutti i cittadini percorsi di continuità terapeutica, in Friuli-Venezia Giulia è stata varata la legge di riforma a cui si è accennato prima, che incorpora in un *unicum* le cliniche universitarie, le aziende ospedaliere e quelle territoriali. La prima fase di implementazione della legge, pur avendo conseguito dei buoni risultati, mostra che non è facile rimuovere i «confini tribali», le divisioni da sempre esistenti tra discipline e ambiti d'intervento diversi². Per quanto faticosa e impervia, questa ci è sembrata la strada da percorrere per costruire un sistema sanitario aperto, capace di accogliere la singolarità e l'unicità delle storie delle persone quando si ammalano. Da un lato è evidente che non ci sarà un futuro per il sistema sanitario se le persone non sono coinvolte e non partecipano, diventando sempre più responsabili del proprio progetto di salute; dall'altro il diritto (e il bisogno) dei malati di essere curati a domicilio, tenendo conto dei

² L'andamento della riforma evidenzia, accanto a un elenco di azioni positive realizzate e di problemi tuttora aperti, un dato significativo: l'amministrazione regionale, presieduta da Debora Serracchiani, è riuscita a garantire un equilibrio di bilancio strutturale, facendo in modo che il sistema sanitario del Friuli-Venezia Giulia sia tra i pochi in Italia a non avere un euro di debito arretrato.

loro contesti abitativi e di vita, non vale più solo per la psichiatria, ma per tutte le patologie croniche e cronico-degenerative. Serve allora una sanità capace di affrontare la crisi finanziaria che da anni incombe mettendo insieme tutte le risorse disponibili. Se si considera l'intero sistema di welfare, sono enormi le risorse – economiche, tecniche, strumentali, umane – messe in campo; quel che colpisce non è la loro scarsità, come di solito si pensa, ma la loro dispersione e frammentazione: tra ospedale e territorio, tra pubblico e privato, tra privato lucrativo e privato sociale, tra risorse di aiuto e risorse di cura formali e informali. Mettere al centro del dispositivo il capitale sociale delle comunità locali, connettendo le risorse delle persone con quelle delle istituzioni: è questa la sfida della «città che cura», una città capace di trovare risposte ai bisogni individuali, affrontandoli come laboratori di risposte a problemi e a domande collettivi.

Non è una sfida assurda ma una prospettiva concreta, che potrà arricchirsi nei prossimi anni se i distretti sociali e sanitari cesseranno di essere mere espressioni geografiche, presidi di controllo dei territori, diventando luoghi aperti, istituzioni mobili e flessibili entro cui organizzare risposte intersettoriali ai bisogni di salute.

Nella guerra attuale tra inclusione ed esclusione, che si gioca in ogni angolo della penisola, si scopre paradossalmente la ricchezza e la varietà dei territori, giacimenti di risorse che rischiano di non emergere o di andare sprecati. In questo senso, nell'affrontare bisogni di salute sempre più complessi, la crisi che stiamo attraversando può diventare un'opportunità: da un lato espone i sistemi di cura a forme involutive di ritiro e di arretramento, dall'altro fa comprendere l'importanza di aprire e contaminare i luoghi e gli spazi istituzionali, spingendo i professionisti e i cittadini a cercarsi e incontrarsi per inventare un sociale più ricco.

Riferimenti bibliografici

- Donolo C., 2002, *Sul capitale sociale e i potenziali di sviluppo*, paper per il master di sviluppo locale, Facoltà di Sociologia, Università Milano-Bicocca.
- Gallio G., Cogliati Dezza M.G. (a cura di), 2018, *La città che cura. Microaree e periferie della salute*, Edizioni Alpha Beta Verlag, Merano.

