

salute a tutti

È facile riconoscere che nella salute, e nella garanzia contro ciò che la minaccia, si identifica la condizione per vivere bene l'intera esperienza della vita, come il diritto alla salute sancito dalla Costituzione non fa che ribadire. Ma è proprio nella possibilità di salvaguardare il benessere che più drammaticamente emergono oggi disuguaglianze che il sistema dell'assistenza sanitaria non riesce a neutralizzare e che, al contrario, rischiano in questi anni di aggravarsi con il progressivo venir meno delle garanzie di assistenza che alle prestazioni sanitarie si associavano.

Si tratta di un drastico impoverimento che colpisce chi non potrà contare, ad esempio, sul ricovero ospedaliero per una convalescenza e che sarà costretto a pagare l'assistenza domiciliare, o a rinunciarvi, visti i tagli alla spesa sociale che si prospettano.

Per comprendere la gravità del fenomeno, che colpisce anche i redditi medi, è utile l'esperienza dei servizi che in

tanti anni hanno accompagnato persone emarginate e con forte disagio nella cura delle loro condizioni di salute spesso fortemente compromesse.

È in quell'ambito, infatti, che si è sviluppata e praticata una cultura che individua nell'incapacità o impossibilità di curarsi il maggiore rischio per la salute. Perché mancare dei mezzi materiali, o degli strumenti culturali, o in generale della competenza, per garantirsi riparo, assistenza, terapie in un ampio arco di tempo rende vana anche la prestazione ospedaliera che agisce sulla malattia acuta. È la storia della cooperativa «La Rete», che fino al 2006 gestì un ambulatorio infermieristico, non solo per prestare aiuto a chi soffriva delle tipiche patologie del senza dimora, ma per offrire loro l'accompagnamento in un percorso di cura. Il riconoscimento della validità di quell'esperienza fu tale da indurre le Asl a farlo proprio,

**il diritto al benessere
ha bisogno di cura**

l'editoriale

Diritto alla salute in deficit di equità

di Valeria Negrini
Cooperativa La Rete



Si chiamava Prospero una delle prime persone che sul finire degli anni ottanta venne ospitata in un alloggio protetto perché le condizioni di salute non gli permettevano più non solo di stare in strada, ma nemmeno al dormitorio. Di lui si occuparono le infermiere e le operatrici dell'associazione «La Rete» (il gruppo di volontarie che poi fondarono la cooperativa), che in quegli anni percorrevano le strade e i luoghi frequentati dai senza dimora. L'esperienza di quell'assistenza infermieristica itinerante approdò poco dopo alla creazione di un ambulatorio che prestava cure e assistenza nel quartiere del Carmine.

Già allora avevamo ben chiare due cose: che la salute è un diritto di tutti, anche di chi vive in mezzo a una strada, e che «stare bene» non è solo guarire o non avere una malattia.

Quell'idea di salute e di benessere tuttora muove il nostro operare quotidiano, oggi non più rivolto solo ai senza-dimora e agli emarginati gravi, ma alla fascia, sempre più ampia, di persone per le quali non è scontato - anche in una regione, come la Lombardia, a livelli eccellenti di assistenza sanitaria nel Paese - riuscire a «stare bene».

A noi appare chiaro che a tale riguardo, accanto alla responsabilità individuale circa i comportamenti e gli stili di vita, vi è una responsabilità della comunità e del governo locale, delle politiche da cui dipendono disponibilità e accessibilità dei servizi sanitari, sociali ed educativi,



2006. Giovanna Ronchi, della cooperativa sociale «La Rete» a colloquio con un senza-dimora durante un'uscita in strada». momento fondamentale del servizio di cura delle persone più fragili

l'occupazione, la salvaguardia della rete sociale, la qualità dell'ambiente.

La salute è negata, oggi, da un ambiente sempre più inquinato, da un cibo sofisticato, da diffuse condizioni di disagio abitativo, ma anche da liste di attesa troppo lunghe nei servizi specialistici ambulatoriali pubblici (cui si contrappone l'immediata ma esosa disponibilità di quelli privati), da un rapporto con il medico di base sempre più burocratizzato. Ma soprattutto non stanno bene, oggi, gli anziani soli, le famiglie monogenitoriali o con più figli, gli stranieri con problemi di integrazione, le persone e le famiglie a rischio di povertà, chi ha un lavoro precario.

Al di là degli episodi di malasanità (che rimangono comunque isolati) e quelli di mala-gestione (al contrario non così sporadici) la cura della salute è ancora troppo slegata dai principi di equità, solidarietà e giustizia sociale.

Negli ultimi anni, allargandosi le disuguaglianze economico-sociali, si sono accentuate anche quelle relative alla salute, rivelando che l'universalità del sistema sanitario, di per sé, non è garanzia di equità. Anche sistemi sanitari universalistici come il nostro, infatti, benché garantiscano ai cittadini la copertura sanitaria di base e di emergenza, non li proteggono dal rischio di disuguaglianze nelle possibilità di tutelare le condizioni di salute e di accedere a servizi sanitari di qualità.

Nel nostro operare riscontriamo sistematicamente che chi ha minore cultura, più scarse conoscenze in ambito sanitario, difficoltà linguistiche, fragilità di diverso tipo trova maggiori ostacoli per orientarsi in un'organizzazione complessa, con modalità di accesso e regole in continuo cambiamento.

Su questi temi, sulle caratteristiche e gli strumenti del «rapportarsi e del comunicare» con le persone fragili è centrata buona parte del nostro lavoro da vent'anni a questa parte, un'operatività che cerca di colmare la differenza che passa tra essere titolare del diritto alla salute e poterlo vedere veramente soddisfatto.

La salute è un diritto di tutti e «stare bene» non è solo guarire o non avere una malattia

La brigata dei buoni pasti
catering solidale per la dignità del lavoro e la qualità del cibo

che cosa offriamo

- Coffee-break
- Aperitivi
- Buffet
- Corsi di cucina
- Piatti della cucina tradizionale e delle cucine del mondo

per privati, enti, aziende e associazioni

info su menu e preventivi
Cooperativa Sociale La Rete
030.3772201
segreteria@cooperativalarete.it



► dalla prima

inserendolo nel servizio di Medicina del Disagio, al quale possono oggi rivolgersi i senza dimora e gli stranieri senza iscrizione al Ssn e che fa di Brescia una città capace di garantire una risposta ad un'emergenza altrove inascoltata.

La stretta relazione fra il servizio ad impronta educativa e il servizio infermieristico che contraddistingueva all'origine il Centro diurno l'Angolo ha prodotto un forte sapere, che non è andato perduto.

Chi vi ha lavorato ha potuto cogliere che talvolta nella fragilità della malattia, con il cadere di alcune barriere, emergono potenzialità nuove, che rendono possibili anche svolte esistenziali, come è accaduto per alcuni utenti di allora.

Diventa chiaro, così, che la condizione di salute è un ambito di complessità, che influenza scelte e momenti di passaggio nella vita di ciascuno e che richiede risposte efficaci.

Se il servizio sanitario investe in educazione e prevenzione e offre modalità di assistenza orientate alla riabilitazione, il rapporto fra il cittadino e il sistema della salute può sottrarsi al vecchio modello assistenzialistico, ma contemporaneamente sopperire alla perdita di una rete di riferimenti e di sostegno che in qualche misura tutti hanno subito con l'affermarsi dei nuovi stili di vita e della famiglia monucleare.

Pur evitando inopportune mitizzazioni, si deve riconoscere che nella società del passato (e spesso ancora in quella contemporanea per i migranti) trovavano spazio forme di reciproco aiuto e di trasmissione di saperi pratici nella condivisione degli eventi cruciali della vita: malattia, gravidanza, infanzia, vecchiaia. Oggi il sistema dei consultori familiari riesce a costituirsi come «luogo in cui si può mettere pensiero» su eventi della vita destinati altrimenti a generare talvolta importanti forme di disagio. Una cultura della «salute dei legami» che contrasta le spirali della disaffezione.

Chi è impegnato nel servizio di assistenza domiciliare sa che la solitudine in cui sono confinati tanti anziani è la malattia delle malattie, capace di rendere drammatico anche un piccolo incidente domestico, e si misura con la necessità di sopperire all'assenza di quelle ampie reti familiari che il nostro sistema di vita ha superato, ma non smette di esigere. Ad essere soli, oggi, non sono soltanto i senza-dimora che gli operatori dell'Angolo assistevano in ospedale. Anche madri o padri separati, *singles*, uomini e donne stranieri, anziani o giovani studenti, in caso di ricovero si trovano in strutture ospedaliere in cui una

struttura familiare alle spalle del paziente è presupposta e comunque praticamente indispensabile. Dove attingere una cultura che dia risposta a queste esigenze?

Gli operatori che – come quelli della «Rete»– intervengono nelle situazioni più serie di disagio ed emarginazione sono gravati contemporaneamente dalla fatica dell'incontro con il dolore nelle sue forme più acute e dalla

difficoltà di accreditarsi come professionisti della cura, quasi che lo stigma che colpisce le persone di cui si occupano ricadesse anche su di loro. Il loro intervento a sostegno di chi è considerato perduto rischia di apparire un inutile spreco di risorse ed energie. Al contrario, bisognerebbe forse meglio indagare il paradigma di cura che permette loro di stimolare alla anche minima cura di sé chi sembra avere scelto la deriva. Fare una doccia, cambiarsi d'abito, adottare precauzioni per evitare la trasmissione di virus, talvolta anche solo mangiare. Perché? Nella risposta che l'operatore sa dare a quella domanda c'è il rovesciamento dello schema che rende la cura un'imposizione. Nel riconoscere che il soddisfacimento di bisogni primari come quelli può diventare un obiettivo, risiede anche la consapevolezza che riguadagnare quella pur elementare pratica rappresenta il primo passo per riguadagnare alla relazione chi con la sua marginalità dissemina disagio nell'insieme del contesto sociale.

Oggi si parla di natura ferita e di ambiente malato per descrivere gli inquinamenti e gli squilibri che portano disagio persino nell'atto di respirare l'aria o di mangiare il cibo quotidiano. Siamo ormai avvertiti che lo sfruttamento incontrollato delle risorse ambientali corrisponde ad un comportamento a rischio che minaccia la salute e la vita stessa del pianeta. Così, negli ambienti di lavoro, nel traffico, nelle abitazioni le minacce alla salute crescono, al crescere dell'indifferenza per la salvaguardia dei beni che una società condivide.



Raffigurazione classica del centauro Chirone

Chirone è la figura del mito classico diventata simbolo della cura. Un colpo ricevuto in battaglia gli procura una ferita che non può rimarginarsi. Egli è dunque il guaritore ferito, colui che può guardare alla sofferenza come a qualcosa che lo riguarda, esperienza possibile, immagine riflessa di ciò che segna lui stesso.



Bruno Platto

Come sta evolvendo il ruolo del medico di base nel sistema della salute?

I progressi del sapere scientifico degli ultimi anni hanno fortemente modificato il modo di fare il medico. Generalmente in meglio, creando tuttavia una pericolosa perdita di equilibrio tra la dimensione umana dell'atto medico e quella strettamente scientifica. Purtroppo oggi il medico è sempre più spinto ad affidare il senso stesso della propria figura alla tecnica, invece che piegare la tecnica – e i suoi straordinari benefici effetti – alla cura. Attualmente, nel percorso formativo dei giovani medici riscontriamo una capacità scientifica elevatissima, ma grande difficoltà nel rapporto con il paziente.

Il medico è stretto oggi fra il modello paternalista di un tempo e quello tecnicistico, nel quale la potenza dei risultati raggiunti dalla tecnica sacrifica gli aspetti umani della professione. È evidente che nell'uno e nell'altro dei due modelli le figure di medico e paziente non risultano piene. Un terzo modello è invece quello in cui fra loro vige la reciprocità nell'assunzione della responsabilità della cura, la scambievole sussidiarietà.

Per il medico di base è imperativo oggi il passaggio dal «curare» al «prendersi cura». Al medico non compete, quindi, solo il «sapere», ma anche promuovere, sostenere e stimolare tutte le azioni che all'interno del sistema della salute propongono risposte per le persone in difficoltà. E l'intero sistema, però, e non solo la figura del medico, che rischia oggi di smarrire l'obiettivo del «prendersi cura». Andrebbero incoraggiati tutti i tentativi per mettere in rete le diverse risorse già esistenti (nei Comuni, nelle Asl, nel Terzo Settore e nel volontariato). Sopravvivono invece resistenze di fondo alla condivisione dei percorsi di cura, anche perché non è ancora sufficiente la chiarezza rispetto ai compiti e ai ruoli di cui i diversi soggetti sono investiti.

Il rapporto fra medico e paziente deve instaurare la reciproca assunzione di responsabilità della cura

Non si tratta solo di aspetti strettamente organizzativi, ma anche culturali.

Finché il medico pensa di doversi occupare della malattia nella mera accezione clinica, difficilmente comprenderà che

per risolvere il problema della *persona* ammalata è indispensabile incominciare a dialogare con le altre figure professionali che si occupano di assistenza, ognuna con le proprie specifiche competenze.



Bruno Platto

Segretario dell'Ordine dei Medici di Brescia, medico di famiglia nell'hinterland bresciano dal 1981. Specialista in Geriatria, dopo una breve esperienza ospedaliera all'indomani della laurea, sceglie di lavorare come medico di medicina generale, convinto di poter vivere così in modo più autentico il contatto con le persone.

Dove sta oggi l'emergenza sanitaria?

L'assistenza primaria fornita dai medici di famiglia è mediamente una buona assistenza, ma mostra delle lacune nell'integrazione con altri servizi territoriali. A ciò si aggiunge che una serie di strumenti e servizi esistenti possono risultare inefficaci perché difficilmente fruibili o poco conosciuti da chi ne potrebbe maggiormente beneficiare. In questo contesto sta crescendo una povertà che non riguarda soltanto la condizione economica, ma attiene in forme sempre più drammatiche e sempre più diffuse al senso di insicurezza sociale, alla fragilità delle relazioni, alla precarietà del lavoro. Si determina quindi un'emergenza che riguarda in primo luogo l'emarginazione sociale come esito di una povertà di relazioni. Tale è la condizione tipica degli anziani, che oggi rappresentano una delle aree di frontiera nelle situazioni di marginalità sociale. Il rischio di esclusione della popolazione anziana è aumentato in questi anni, in cui si sono aggravate precarietà del reddito (dell'anziano e della famiglia che lo assiste) e cattive condizioni abitative. Benché essere anziani non sia di per sé un malattia, l'età avanzata crea problemi sanitari importanti. L'aumento della percentuale di anziani nella popolazione, che determina la crescita di bisogni proprio mentre diminuiscono le risorse, mette in luce nuove situazioni di rischio.

Che una persona anziana viva sotto la soglia della povertà è triste, ma che sia costretta alla solitudine è un fatto preoccupante, e spesso le due condizioni coincidono.

Il bisogno di assistenza cresce anche perché una quota sempre maggiore di popolazione – gli anziani – perde l'autosufficienza. Oltre

Per il medico è imperativo il passaggio dal curare al prendersi cura

alle inabilità legate alle patologie che colpiscono tipicamente l'età avanzata, infatti, anche in relazione ad eventi relativamente lievi, come una banale influenza, un anziano solo rischia di trovarsi in situazioni pesanti di isolamento. È impensabile rispondere solo con la creazione di luoghi di degenza. La risposta consiste nella realizzazione di reti di servizi in cui integrare le competenze su percorsi condivisi e conosciuti.

«La disciplina della medicina generale/medicina di famiglia promuove la responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute (*empowerment*)»

Il termine *empowerment* non è traducibile in italiano con una sola parola. Rappresenta, eminentemente psicologico di comunità, lo ha definito nei termini più generali come il processo attraverso il quale le persone raggiungono la padronanza delle loro vite. Feste e Anderson, riferendosi specificatamente alla salute affermano che l'*empowerment* è un processo educativo finalizzato ad aiutare il paziente a sviluppare la conoscenza, le capacità, le attitudini e il grado di consapevolezza necessari ad assumere responsabilità nelle decisioni che riguardano la sua salute. Potremmo perciò tradurlo come responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute».

Le definizioni europee degli Elementi Costitutivi della Disciplina della Medicina Generale, Wonca Europe, (Società Europea di medicina generale/di famiglia), 2011.

È vero che la sanità costa troppo?

Sprechi ci sono stati, e certo non solo da parte della medicina, anzi! Di fatto, la razionalizzazione della spesa oggi è dovuta. La cura di un paziente, però, deve mettere al primo posto l'evidenza scientifica, poi l'efficacia e solo in terzo luogo considerare l'economicità. Bisogna evitare che il sistema sanitario si barrichi dietro l'obiettivo dell'economicità. Il richiamo costante al valore economico delle prestazioni sanitarie più che alla loro efficacia rischia di allontanare il medico dal corretto rapporto con il paziente, che dovrebbe basarsi su solidarietà e intesa fra persone responsabili.

E vero che oggi la coperta è diventata più corta, ma il rischio è che a restare fuori siano le fasce più deboli.

Se la razionalizzazione della spesa richiede scelte politiche su come allocare le risorse, d'altra parte vi è la necessità che il medico di base possa vivere con maggiore convinzione il proprio ruolo. L'appropriatezza delle indagini e delle terapie, strumento importante per combattere gli sprechi, può essere perseguita a patto che il medico abbia l'autorevolezza, per esempio, per contrastare la

gli anziani oggi
rappresentano una
delle aree di frontiera
nelle situazioni di
marginalità sociale.

commercializzazione
della salute che va
diffondendosi.

Oggi, efficacia ed efficienza sono misurate solo con lo stretto controllo dei costi delle prestazioni erogate, cioè tramite un controllo sul medico che le prescrive. Non esistono o, meglio, non si utilizzano indicatori di efficacia. Con i criteri economici di cassa attualmente adottati, non si può certamente misurare il valore – anche economico – che l'azione del medico di base, coordinata in una rete sociale di sostegno, può svolgere in termini di educazione e di indirizzo al benessere. I vantaggi sarebbero molteplici, eppure pochissimo si investe in tale direzione.

Si pensi soltanto ad un dato: quando viene meno la mediazione linguistica e quindi la possibilità di dialogare, come accade spesso fra il medico e i pazienti stranieri, aumenta vertiginosamente la richiesta di esami diagnostici.

In assenza di una comunicazione autentica, nasce l'illusione che le risposte possano arrivare solo dalla tecnica, anziché dal rapporto di cura.

E' difficile rimanere imperatore in presenza di un medico; difficile anche conservare la propria essenza umana; l'occhio del medico non vede in me che un aggregato di umori, povero amalgama di linfa e di sangue.

Marguerite Yourcenar, *Memorie di Adriano*



in libreria

Il lavoro avvelenato

di Ivan Giugno
Cooperativa di Cultura Rinascita



Qualsiasi posto di lavoro dovrebbe essere creato con misure a tutela della salute e della sicurezza, per assicurare ben/essere, inteso non solo come assenza di mal/essere, ma come somma di condizioni di lavoro orientate alla difesa dell'integrità psico-fisica della persona-lavoratore.

L'attualità delle vicende giudiziarie dei casi Thyssen ed Eternit, che hanno segnato la storia civile e democratica del paese, riveste particolare pregnanza nella provincia di Brescia, che detiene il triste primato degli infortuni sul lavoro. Diventa anche occasione per ricordare che l'integrità psico-fisica del lavoratore costituisce un diritto primario della persona-lavoratore e che, come tale, può entrare in conflitto con il diritto di fare impresa, mentre le erogazioni risarcitorie, anche importanti, non mettono a tacere l'esigenza di giustizia di chi ha visto morire sul lavoro un proprio amico o congiunto.

Due libri che aiutano ad approfondire il tema sono il romanzo *Ternitti* di Marco Desiati e il saggio-inchiesta *La lana della salamandra* di Giampiero Rossi, che ha meritato il premio «Piero Passetti – Cronista dell'anno 2009», entrambi dedicati alla tragedia dell'amianto, un veleno, le cui spine dolorose arponano i polmoni, e che non uccide solo chi vi lavora a contatto tutto il giorno, ma che contamina il territorio e minaccia la popolazione.

Ternitti è l'eternit, il materiale composto da cemento ed amianto massicciamente sfruttato nell'edilizia a partire dal Dopoguerra. In dialetto significa anche *tetto*, *fabbrica* e, per associazione, *lavoro*. *Lu ternitti*, promessa di eternità che nasconde una lenta e dolorosa fine, era il miraggio di ricchezza promessa agli emigranti, che partendo per l'estero erano convinti di trovare un lavoro dignitoso e redditizio, ma che, in realtà, li sfruttava e poi, lentamente li uccideva.

Il romanzo di Desiati è centrato su di una vicenda personale, declinata al femminile, quella di Mimi Oriando, costretta a lasciare l'adorata Puglia per seguire il padre nella grande fabbrica svizzera che produce l'eternit. Per Mimi quelli al Nord sono gli anni del freddo che ghiaccia le cose e le persone, ma sono anche quelli della passione per Ippazio, diciottenne, le dita già corrose dall'amianto, che la renderà madre di Arianna. Lei compirà un percorso di emancipazione, mentre lui tornerà al paese, ormai minato dalla malattia e gravato dai sensi di colpa, per avere abbandonato Mimi e per aver lasciato morire un coetaneo nel cemento bollente della fabbrica di morte.

Il saggio di Giampiero Rossi riprende l'antica credenza popolare secondo cui l'amianto era la lana della salamandra, quello che le conferiva il magico potere di

sfidare indenne il fuoco. Di magico, in questa storia, non c'è nulla. Anzi. Tutto è, purtroppo, tremendamente vero e reale. Il libro riporta la vicenda dei primi operai Eternit che si ammalano dopo decenni e la battaglia per far riconoscere come malattia professionale l'asbestosi, una patologia polmonare cronica derivata dall'inhalazione di asbesto, ossia amianto. Si tratta di un materiale



Interno dell'acciaieria ATB (Acciaieria e Tubificio di Brescia), recentemente demolita nell'ambito della trasformazione dell'area compresa tra via Milano e la linea ferroviaria. Negli spazi occupati da alcuni dei reparti produttivi sorge ora il centro commerciale Freccia Rossa, la cui fisionomia esterna ricorda i capannoni che sorgevano nella parte meridionale dell'insediamento industriale. Nella fotografia – tratta dal libro curato da Carlo Simoni *La città, la fabbrica, la memoria. Dall'Archivio Ugo Allegrì le immagini della Brescia industriale di ieri* (Grafo, 2008) – si distinguono gli operai addetti a uno dei forni elettrici: a difenderli dalle alte temperature sono ampi grembiuli in amianto. Il minerale era presente, in diverso modo, anche nella struttura e negli impianti della fabbrica ed è responsabile, ad anni di distanza, di un drammatico seguito di morti fra gli ex-dipendenti dello stabilimento.

indistruttibile con cui, per decenni, sono stati fabbricati i nostri elettrodomestici, rinforzate le nostre vernici e realizzati i freni delle nostre automobili, ma che celava un inganno mortale. Una volta inalata, la fibra di amianto può rimanere una minaccia nascosta, per 30 o 40anni prima di produrre il cancro. Il mondo intero, però, ci ha messo quasi un secolo per capire che l'amianto uccideva. Quasi un secolo per contare – 142 a Cavagnolo, 2272 a Casale Monferrato, 54 a Rubiera e 500 a Bagnoli – i decessi in Italia, quasi un secolo per metterlo al bando e per far partire le bonifiche. Quasi un secolo per reagire all'orrida contabilità delle morti provocate anche dall'indifferenza per il rischio al quale la produzione esponeva i lavoratori e la popolazione, di cui la recente sentenza del processo Eternit – le cui premesse sono ricostruite da Rossi - fa giustizia. E' questo un piccolo libro, che attraverso le voci di tanti uomini e donne, dirigenti sindacali, delegate e delegati di fabbrica della CGIL, racconta una grande lotta di civiltà.

Mario Desiati, *Ternitti*, Mondadori 2011 euro 18,50
Giampiero Rossi, *La lana della salamandra*, Ediesse 2010 euro 10



Tutti i titoli citati in questo numero de «il nodo» sono disponibili presso la Libreria Rinascita in via Calzavella 26 a Brescia



Alfabetizzazione emotiva per futuri medici

Per definire la sensazione che il soggetto ha del proprio stare male - una percezione personale che lo porta ad entrare in contatto con i suoi pensieri e sentimenti - si usa il termine inglese *illness*, in cui è racchiuso tutto il mondo intimo di chi soffre, le sue paure, le ansie che accompagnano il suo disagio. *Disease* è invece la malattia fisica vera e propria, tutti i sintomi che il medico può constatare e che gli servono per fare la diagnosi ed occuparsi dello stato di salute del soggetto. Spesso sono esclusivamente tali aspetti fisici della malattia a ricevere attenzione, restando trascurato come si sente chi ne soffre e come l'alterazione dalle abituali condizioni di vita che ne consegue arrechi sconvolgimento nel mondo personale del soggetto.

Per quale motivo il medico porta la sua attenzione principalmente sul *disease*?

Entrare in contatto quotidianamente con la sofferenza dei pazienti e con il loro portato emotivo necessita di competenze che non possono essere banalizzate come qualità personali del medico, ma devono essere riconosciute come fondamentali strumenti di cura. Le facoltà di Medicina consegnano al futuro medico strumenti per entrare in contatto con le parti più sofferenti del paziente?

In alcune ricerche fatte dall'Università di Medicina di Brescia dalla fine degli anni novanta ad oggi, emerge che durante gli anni di frequenza gli studenti diventano più competitivi, individualisti e convinti di non aver bisogno di aiuto da una parte, ma dall'altra evidenziano la necessità di spazi di vicinanza emotiva, di relazioni affettivamente calde. Gli studenti percepiscono molto forte la pressione istituzionale esercitata nei loro confronti riguardo al conseguimento del titolo di laurea e di adeguate capacità professionali, che li induce a strutturare un forte controllo delle emozioni. Esigenza rafforzata inoltre da un contesto - la clinica alla quale la Facoltà di Medicina li avvia - nel quale il contatto

Il contatto con la sofferenza necessita di competenze che devono essere riconosciute come strumenti di cura

con il dolore, la sofferenza e la morte richiede adeguati spazi di rielaborazione, che tuttavia spesso non trovano.

In generale, la necessità di saper gestire con maggior competenza il versante relazionale-interpersonale e le variabili emotive-affettive, proprie e altrui, necessariamente implicate nella futura funzione professionale, risulta l'aspetto che gli studenti rilevano come maggiormente inavoso nel curriculum didattico.

Se obiettivo della pratica medica è che il medico entri in contatto con il paziente in quanto persona, con tutto il suo portato, è allora fondamentale promuovere un percorso di alfabetizzazione emotiva per i futuri medici. Bisognerà pensare, dunque, alla possibilità di dar vita ad un rapporto tra scienza medica e scienza psicologica, in cui la prima non dovrà diventare terra di conquista per la seconda, ma - al tempo stesso - non potrà restare chiusa ed ancorata alle proprie sicurezze, senza cogliere la necessità di coprire l'area delle competenze relazionali e psicosomatiche dei futuri professionisti della cura.

«Non c'è cura se non si sa cogliere cosa ci sia in un volto, in uno sguardo, in una semplice stretta di mano, e in fondo se non si sia capaci di sentire il destino dell'altro come il nostro proprio destino».

Eugenio Borgna

Smarriti sui percorsi della vita

Se salute non è semplicemente assenza di malattia, ma è uno stato di equilibrio e di benessere complessivo, come vuole la definizione che ne dà l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la promozione di stili di vita salutari e le attività di prevenzione diventano determinanti.

Al riguardo, se è necessario da un lato creare servizi imperniati sul ben-essere della persona, dall'altro lo è anche estendere a questo aspetto della salute il principio dell'universalità. Oggi sempre di più ci rendiamo conto di quanto sia indispensabile allargare a tutta la cittadinanza la prevenzione, sulla scorta della considerazione che sostenere le persone prima che il loro malessere divenga troppo invasivo rappresenti un vantaggio generale. Tuttavia, che cosa è prioritario per il ben-essere della persona?

Già nel 1968 Bob Kennedy diceva che il Pil «misura tutto, eccetto ciò che rende la vita degna di essere vissuta». In Italia, dal 2011 anche l'Istat ha deciso di accogliere nelle statistiche sulla condizione di vita della popolazione alcune variabili che prendano in considerazione proprio i fattori che danno agli individui la percezione di condurre «una vita degna di essere vissuta».

Sapersi creare un gruppo di amici, cavarsela a scuola, inserirsi nel mondo del lavoro, formare una famiglia, allevare i figli, comprendere un adolescente, sapere affrontare le lacerazioni di una separazione, misurarsi con una malattia o con la mancanza del lavoro fa parte di esigenze di ben-essere, eppure sempre più spesso diventa molto complesso.

Le psicoterapie sono uno strumento di prevenzione, purché se ne potenzi l'accessibilità

In questo ambito insorgono quei problemi psicologici cosiddetti «sotto-soglia» che comunque provocano malessere e difficoltà nella

vita di tutti i giorni e provocano il forte aumento della richiesta di prestazioni psicoterapiche, che tuttavia non trova sufficienti risposte all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Ampie fasce di popolazione sono dunque precluse di fatto all'accesso alla psicoterapia, che comporta costi diretti per l'utente. Nasce così il paradosso che a fronte del fatto che il disagio sociale è maggiormente presente nelle fasce più povere della popolazione, proprio queste

sono di fatto escluse da un trattamento talmente costoso da essere disponibile solo per le fasce agiate dei cittadini.

La psicoterapia - o meglio le psicoterapie - si rivelano uno strumento efficace ed attualizzano una concreta prevenzione, purché se ne potenzi per davvero l'accessibilità. Da qui nasce un'esperienza come quella dello Studio Dedalo della cooperativa «La Rete», in cui figure professionali diverse offrono servizi di sostegno psicologico, con il desiderio di avviare un tentativo collettivo di lettura dei fenomeni di sofferenza, in grado di ispirare rinnovate forme di risposta.





La responsabilità della cura. Dalla Comunità Casa Lea

Persone, non problemi. In queste parole, che sono il titolo di un libro di don Ciotti, è esplicitato il senso pieno del nostro lavoro di cura.

Le persone che accedono ai nostri servizi sono esemplari nella loro condizione di vita, in quanto la loro esistenza è un precipitato di malessere, dipendenze, solitudine. La loro presenza interroga la nostra responsabilità individuale ed è quasi impossibile non ritrarre lo sguardo dal dolore, non prenderne le distanze.

La loro sofferenza, fisica, psichica, relazionale, si accompagna ad una fragilità che amplifica la difficoltà sia di riconoscerne le cause, sia di accedere alla cura nei luoghi preposti. In loro, spesso sono labili tanto l'identità quanto la volontà di guarigione e non è raro incontrare, fra loro, persone per le quali la malattia non è che l'espressione nel tempo di un disagio interiore profondamente radicato. Allora, sollecitate a prendersi cura di sé, rispondono in modo evasivo, eludono l'assunzione delle terapie o non si presentano alle visite prenotate per loro in ospedale, protestando un'indifferenza che è a sua volta dolore: «perché curarmi, se a nessuno importa di me?».

La nostra azione di cura, perciò, ha senso solo nel momento in cui si avvia il percorso di conoscenza reciproca basato sull'ascolto, sull'accoglienza e il riconoscimento delle difficoltà, delle paure e del dolore. Solo a questo punto la

persona in difficoltà dimette la passività che la rende opaco oggetto di cura e accetta di affidarsi a un «sé esterno», che assume responsabilità. Perché di questo si tratta: di accompagnarla in un percorso in cui il trascorrere del tempo e la presenza di un «altro» la predispongono ad un rinnovato desiderio di cambiamento.

Accompagnare nella cura significa anche svolgere una funzione pratica, di connessione e mediazione tra il linguaggio specialistico dell'istituzione sanitaria e le necessità di chi è malato. Mantenere vivo quello scambio valorizza le risorse di entrambi gli attori e le inserisce in una continuità assistenziale, che si traduce tanto in una maggiore efficacia degli interventi, quanto in una migliore efficienza delle strutture.

Numerose - in questi anni di lavoro - sono state le persone per le quali l'accompagnamento alla cura è stato, nei fatti, un accompagnamento alla morte, l'avvicinarsi in modo ineluttabile alla fine. Avere vissuto quell'esperienza ci permette di comprendere il senso del limite.

Tante volte abbiamo potuto riconoscerci nelle parole dello scrittore Mario Bellatin: «Fu tutto inutile. La conclusione fu semplice. Il male non si poteva curare. Tutti gli sforzi non furono che vani tentativi per sentirsi in pace con la coscienza. Non so dove abbiamo imparato che aiutare il malato è cercare di strapparli, a qualunque prezzo, dalle grinfie della morte». E anche - per noi - apprezzare il valore e la semplicità riposta nei gesti di accudimento di ogni giorno, piccole tessere che contribuiscono a creare legami di senso e a risvegliare in noi la responsabilità della cura.

Salute senza esclusioni

Le testimonianze e i racconti raccolti da Medici per i Diritti Umani (Medu) e da poco pubblicati in *Città senza dimora. Indagine sulle strade dell'esclusione* (Infinito Edizioni, Roma 2012) descrivono le condizioni sanitarie in cui si trovano migliaia di persone che nelle nostre città vivono senza-dimora, o senza permesso di soggiorno, affidati a strutture di emergenza per rifugiati, o accampati in aree di sosta, nei luoghi dove loro vanno ad incontrarli e a prestare cura. A Brescia, oggi, buona parte delle situazioni di cui quelle pagine parlano sono state superate, grazie alla consolidata presenza di servizi di assistenza sanitaria concepiti per raggiungere chi - in condizioni di disagio ed emarginazione - rappresenta la fascia più fragile e vulnerabile, ma rischia di non avere accesso ai servizi che garantiscono il diritto alla salute.

I volontari dell'associazione «La Rete, assistenza sanitaria» ebbero una straordinaria intuizione: se i senza dimora difficilmente riconoscevano il loro bisogno sanitario e ignoravano o rifiutavano le procedure standard per l'accesso alla cura, si rendeva necessario trovare un'altra modalità per avvicinarli, un approccio-ponte che consentisse il recupero della consapevolezza di esistere, l'instaurarsi di un legame di fiducia, la capacità di uscire dal proprio isolamento e di considerare il proprio corpo come degno di cure. La tutela della salute diventava l'avvio di un processo che conduceva alla tutela dei diritti fondamentali: possedere una carta d'identità e una tessera sanitaria, avere un luogo, uno spazio fisico dove poter star bene. Nacquero le prime esperienze di alloggi assistiti e la scommessa di una Casa d'Accoglienza per persone emarginate gravi: vite di strada, prostituzione, alcolismo, disagio psichico. Nel frattempo, i ricoveri in ospedale - che fino ad allora erano la sola risposta possibile ma anche quella che arrivava nella fase di emergenza ormai grave -

da un anno all'altro si ridussero del 90%. Si era creato ben-essere e, contemporaneamente, si erano alleggeriti i costi a carico del Ssn.

Quella impostazione ha accompagnato la cooperativa fino ad oggi: l'opzione originaria per la cura della totalità della persona, la visione di una comunità sociale in grado di declinare i diritti fondamentali in opportunità diverse nel rispetto della differenza di ognuno, la necessità di creare una cultura sociale che favorisse l'integrazione di reti, processi, servizi, ha sviluppato capacità riflessive che non si fermano al saper essere ma scommettono sul *saper e poter diventare* in un processo di continua trasformazione.

«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».

Costituzione della Repubblica Italiana, art. 32



Brescia, fine anni Novanta, scalinata di Santa Maria del Carmine. Utenti e operatori del Centro Diurno L'Angelo, che aveva sede nel quartiere



Prove di accessibilità ai servizi sanitari. Dal Centro Diurno l'Angolo

Un semplice ma persistente mal di pancia diventa uno dei casi che segnano la differenza fra la vita «normale» e quella del senza-dimora. La visita del medico di base, infatti, in genere risolve il disturbo, con l'eventuale prescrizione di un farmaco. Visita e farmaci sono gratuiti, o quasi, per chiunque sia iscritto al Servizio sanitario Nazionale e possa esibire la tessera sanitaria. L'utente dell'Angolo che aveva il mal di pancia ieri mattina, però, la tessera sanitaria non ce l'ha, come non l'hanno moltissime delle persone che vivono senza dimora, proprio perché sono ai margini della vita sociale e della sua organizzazione.

Essere un senza-dimora non significa necessariamente non possedere la residenza. Le anagrafi comunali, infatti, registrano anche i senza-dimora, ma ad un indirizzo convenzionale. A Brescia è Sante Marie del mare, il tratto di strada che ha lo stesso nome della cittadina francese nota per il grande raduno annuale dei nomadi (un caso?), sotto l'arcata di un cavalcavia. È lì che la tessera sanitaria – inviata per prassi all'indirizzo di residenza- sarebbe spedita dalla Regione che la rilascia, salvo che il postino non avrebbe modo di recapitarla, se non abbandonandola sul marciapiede.

Che fare? Chiamiamo gli uffici dell'Asl, per chiedere l'invio ad un diverso indirizzo e scopriamo che la procedura non ne

Molti senza-dimora non hanno la tessera sanitaria perché vivono ai margini della vita sociale e della sua organizzazione

prevede la possibilità, ma anche che la Regione spedisce la tessera in base ai dati dall'anagrafe tributaria. Ci rechiamo quindi all'ufficio dell'Agenzia delle Entrate. Lì basta chiedere copia del codice fiscale (per lo stato, nasciamo tutti con il codice fiscale e quindi non è un problema ottenerlo per un problema dimora che abbia la cittadinanza italiana) per ottenere l'immediato rilascio di un foglio di carta formato A4 su cui è stampato un codice a barre che sostituisce a tutti gli effetti la tessera sanitaria ed ha validità 6 anni. È questo il documento con cui, al posto della card con microchip che gli altri possiedono, l'utente dell'Angolo può finalmente rivolgersi ai servizi sanitari. Ben diversamente sarebbe stato se il caso avesse riguardato un senza-dimora straniero, o che non risultasse iscritto all'anagrafe, o che, nel suo disagio, fosse stato solo.

L'accessibilità dei servizi sanitari, ospedalieri e non, da parte di categorie considerate fragili (in particolare gli immigrati, gli anziani e i senza fissa dimora) è materia della ricerca di Isaidat, Unità di ricerca del Laboratorio dei diritti fondamentali di Torino. Anche Margherita Giannoni, del Dipartimento di Economia, Finanza e Statistica dell'Università di Perugia, ha studiato il problema e ha curato sull'argomento il saggio *Equità nell'accesso ai servizi sanitari, disuguaglianze di salute e immigrazione: la performance dei servizi sanitari* (Franco Angeli, 2010).



Brescia: via Sante Marie del mare, sotto il cavalcavia Kennedy.

il film

Il segno della ferita

È nella prospettiva della cura, dell'«essere per l'altro», che il film proposto in questo numero tratta il tema della salute. Lo stato di malattia, una condizione che impedisce a qualsiasi essere umano di svolgere le funzioni correlate al suo ruolo ed alla sua personale ricerca di benessere e felicità, è affrontato qui come occasione di disvelamento. Nel cinema essenziale di Isabel Coixet, infatti, è raccontato con delicata attenzione come le ferite, evidenti, del corpo siano il segno esteriore di quelle nascoste, segrete, dell'anima e come la loro guarigione, con lo sguardo che torna ad individuare scenari futuri, di «salute», sia riconducibile alla profonda comprensione delle storie e dei vissuti delle persone. Ambientato in un luogo perfetto, circondato solo dal mare, il film narra la vicenda di un uomo e di una donna, durante la quale, in una condizione essenziale, due anime trovano nelle parole segrete la cura che salverà entrambi.

Nell'aprirsi, nell'accarezzare il dolore che per lungo tempo le aveva tenute lontane dalla vita, la guarigione si fa strada nel groviglio muto del dolore. Nello svelarsi, nel guardare nel profondo, freddo e inospitale, nel coraggio di toccare le ferite dell'altro, si disvela un orizzonte ancora aperto al possibile.

Erasmus Sommilli commenta

La vita segreta delle parole

di Isabel Coixet
Con Sarah Polley, Tim Robbins, Julie Christie, Javier Cámara, Eddie Marsan, Steven MacKintosh
Titolo originale: *La vida secreta de las palabras*
112 min. - Spagna 2005



Prodotto, fra gli altri, da Pedro Almodovar, al quale non potevano sfuggire di questo film le situazioni estreme che gli sono tanto familiari, trattate qui con estrema essenzialità e delicatezza, attraverso il volto Sarah Polley, un volto «nudo», caro alla regista che aveva scelto l'attrice anche per il suo film precedente, *La mia vita senza di me*.

Hanna, originaria della Croazia, è sorda e vive sola, in Gran Bretagna, in compagnia delle sue ossessioni. Costretta a prendere un mese di vacanza dalla direzione della fabbrica in cui lavora, finisce, un po' per caso, ad accettare il ruolo di infermiera, per assistere Josef, gravemente ustionato in seguito ad un incidente su di una piattaforma petrolifera. L'uomo reso temporaneamente cieco dalle fiamme e la donna richiusa in se stessa avviano lentamente la reciproca conoscenza, fino a che lei – dopo avere scoperto il dramma celato nell'incidente che lo ha reso invalido – gli rivelerà di essere a sua volta vittima di un trauma, per le atrocità e le violenze subite durante il conflitto dei Balcani.

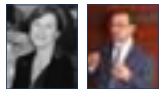
Tutta la vicenda si svolge sulla piattaforma, una scelta stilistica molto precisa per la regista che ama l'unità di luogo, in ambienti raccolti. Nei suoi angoli oscuri ed ovattati diventa possibile scavare nell'intimità dei personaggi. Fuori dal mondo, nel gelido Mare del Nord, si crea il contesto in cui dal corporeo si può accedere alla dimensione profonda degli esseri umani.

LA BALAUSTRATA, il blog di Erasmus Sommilli:
<http://labalaustrait.blogspot.com/>

il contributo

L'urgenza di un modello alternativo

di Ermellina Zanetti e Stefano Bazzana
Collegio Ipasvi Brescia



L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona.

Codice deontologico dell'infermiere (2009), art. 4

Le disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi sono un tema ampiamente discusso dagli infermieri in tutto il mondo: l'International Council of Nurses (Icn), la federazione internazionale di associazioni infermieristiche, che rappresenta 138 paesi (tra cui l'Italia) e oltre 13 milioni di infermieri, vi ha dedicato per due anni consecutivi, il 2011 e il 2012, la giornata mondiale dell'infermiere che si celebra il 12 maggio.

Vi è una stretta correlazione fra l'accesso ai servizi sanitari e l'equità nella salute: tra i fattori che determinano ostacoli all'accesso, l'Icn sottolinea le condizioni economiche, la disponibilità di servizi e strutture sanitarie, la preparazione del personale e fattori culturali quali le informazioni sui servizi e la mediazione linguistica per i migranti. Ostacoli presenti anche nel nostro paese, in particolare per le fasce di popolazione che recenti ricerche hanno individuato come maggiormente a rischio: le famiglie con tre o più figli, le famiglie con almeno un anziano, gli anziani soli, gli stranieri e le persone affette da malattie croniche (si vedano i dati del 45° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese/2011).

Porre al centro la cura degli eventi acuti rischia di trascurare l'assistenza dei pazienti cronici che è la vera emergenza sanitaria e sociale

individui e gruppi di popolazione che vi sono maggiormente esposti. Compito che risulta particolarmente complesso nel nostro paese, dove il modello più adottato fino ad oggi nell'organizzazione dei servizi sanitari è quello della medicina di attesa: attesa di un evento su cui intervenire, su cui mobilitarsi per risolverlo. Quel modello concentra i professionisti sanitari nei servizi per acuti: il 70% dei 400.000 infermieri italiani (di cui 7.800 sono a Brescia) lavora negli ospedali.

L'organizzazione che pone al centro l'ospedale, e quindi la cura degli eventi acuti, rischia inoltre di trascurare l'assistenza nei confronti dei pazienti cronici che rappresentano, in tutti i paesi occidentali, una vera e propria emergenza sanitaria e sociale.

L'individuazione del territorio come sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari è invece quella che meglio si presta ad avvicinare l'assistenza sanitaria ai luoghi dove la popolazione vive, lavora e affronta i problemi legati alle condizioni di cronicità: un modello prevede che gli infermieri assicurino un'assistenza «estensiva», caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine modulando l'intervento in funzione del bisogno.

La consolidata esperienza inglese e canadese degli



«infermieri di comunità» è molto interessante. I buoni risultati conseguiti, quali l'aumento dei soggetti assistiti, la riduzione degli accessi ai servizi di emergenza in popolazioni particolarmente a rischio, la soddisfazione espressa dai cittadini per le cure ricevute, confermano la necessità che l'ambito assistenziale per l'infermiere sia sempre più il territorio: dai piccoli centri fino alle grandi città, negli ambulatori in collaborazione con i medici, nei servizi distrettuali in sinergia con le altre figure sanitarie e sociali e, con la famiglia, nelle case delle persone. Luoghi e bisogni cui guardare con uno sguardo più ampio per riconoscere le

tante possibili e diverse condizioni che minacciano la salute: è questo il punto di partenza per progettare interventi che non si limitino a tamponare singole situazioni disperate, ma attraverso la condivisione di saperi e competenze costruiscano una rete assistenziale entro la quale offrire percorsi a sostegno del diritto alla salute per tutti e, in particolare, per i più fragili e poveri.

Attraverso la condivisione di saperi e competenze che costruiscano una rete assistenziale è necessario riconoscere le tante diverse condizioni che minacciano la salute



Brescia, Ospedale Civile

diamo i numeri

7

È il numero delle morti sul lavoro in provincia di Brescia (105 in tutta Italia) nei primi 4 mesi del 2012. Lo scorso anno Brescia ne ha contate 11 e in Lombardia, negli ultimi 5 anni, le vittime sono state 354. Il dato sulla mortalità è la punta dell'iceberg nella somma dei casi di infortunio e invalidità fra i lavoratori.

(fonte: Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi del Lavoro)

4150000

(euro)

È il valore dell'appalto che lo scorso 15 dicembre la Giunta Regionale aggiudicava alla 'Ernst&Young Spa Axterria Elite division' per la consulenza tecnica di attuazione delle politiche regionali di riforma del welfare in Lombardia. Il Forum Regionale del Terzo Settore ne deve prendere atto senza avere voce in capitolo.

6902

Il numero delle strutture («siti») sul territorio bresciano in cui è stata rilevata presenza di amianto secondo il censimento effettuato nell'ambito del Pral, Piano regionale amianto Lombardia, varato nel settembre del 2003 con l'obiettivo di bonificare entro il 2015 il territorio regionale. È aperta la questione della creazione delle discariche per lo smaltimento.

24%

La percentuale dei casi di malattia attribuibili alla qualità dell'ambiente secondo i dati forniti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel marzo 2010 alla V Conferenza Ministeriale Ambiente e Salute. La percentuale sale al 33% nei bambini sotto i 5 anni.

10 miliardi

(euro)

È il valore della sanità low cost, che cresce nell'ordine del 25% all'anno, offrendo prestazioni sanitarie in ambito privatistico a tariffe molto inferiori alla media del mercato (fino al 60%), spesso tramite promozioni veicolate dal web.

(fonte Censis)

727

Sono i pazienti che nel 2011 si sono presentati all'ambulatorio dentistico La Rete, attività non profit aperta nel 2009 dalla cooperativa sociale La Rete per offrire cure sanitarie di qualità certificata a costi contenuti.

914

(euro)

La pensione media percepita in Lombardia dagli anziani.

(fonte Auser)

30 milioni

(euro)

A tanto ammonta la riduzione del Fondo Regionale Sociale: dai 70 milioni nel 2011 ai 40 del 2012 che la Regione Lombardia assegna ai Comuni per il welfare.

4 milioni

(euro)

È all'incirca la riduzione di spesa annunciata alla presentazione del prossimo piano sociale di zona a Brescia, con il quale l'Amministrazione programma una drastica riduzione delle risorse per il welfare, facendo i conti con mancati trasferimenti del governo, dividendi di A2A dimezzati e taglio dei contributi statali e regionali destinati ai servizi sociali.

50-60

Sono i bambini delle province di Brescia, Mantova e Cremona che ogni anno si ammalano di tumore e che sono ricoverati nel reparto di Oncematologia dell'Ospedale dei Bambini al Civile di Brescia. È dell'1,7% la percentuale di aumento annuo di tumori infantili in Italia, dell'1,5% in Europa.

(fonte: Giornale di Brescia)

2600000

Sono i non-autosufficienti in Italia, di cui circa 2 milioni gli anziani. L'Assistenza domiciliare integrata erogata dai servizi sociali è realtà solo per 502.475 persone. Per tutti gli altri, si ricorre ad assistenti e colf (780mila sul territorio nazionale), a servizi privati o ai ricoveri in strutture residenziali.

(fonte Spi-Cgil)

95%

La percentuale della spesa per le cure odontoiatriche che i cittadini pagano di tasca propria, in assenza di adeguata copertura da parte del Ssn. Ad aver fatto ricorso alle prestazioni a pagamento nel 2010 è stato il 41% dei cittadini. Il 18% dichiara di avervi dovuto rinunciare per motivi economici.

(fonte: Censis)

+4

Sono gli anni di aspettativa di vita di un torinese che vive in un quartiere ricco rispetto ad un torinese che vive in un povero, secondo una ricerca divulgata dal Censis a dimostrazione dell'impatto delle condizioni economiche sulla salute anche all'interno dei paesi economicamente privilegiati.

46001

Sono i residenti al di sopra dei 65 anni nel Comune di Brescia al 31.12.2010, pari al 23,4% della popolazione. Hanno più di 75 anni 22.920 bresciani.

(fonte: Ufficio di Informazione statistica del Comune di Brescia)



Brescia, l'Ospedale Civile, opera avviata nel 1938 e conclusa nel 1952, su progetto di Angelo Bordini

2012 Anno delle cooperative*

Empresas recuperadas, lezioni di rinascita economica

Pauline Green, la prima donna presidente dell'Associazione Cooperativa Internazionale, sottolinea che «Il modello cooperativo offre le basi per un modo più sostenibile di fare attività imprenditoriale rispetto ai modelli capitalistici tradizionali attualmente sotto esame.

Ciò che distingue questo modello dagli altri è che le cooperative condividono i valori di democrazia, solidarietà, uguaglianza, creando imprese al servizio dell'interesse più ampio rispetto alla massimizzazione del profitto per pochi».

Di quel legame importante - fra la produzione e la responsabilità sociale, fra l'imprenditorialità e la democrazia - raccontano le oltre 200 *empresas recuperadas* che a partire dal 2001 in Argentina hanno fronteggiato la crisi economica nazionale riaprendo molte imprese dichiarate fallite. Molte delle *empresas recuperadas* sono nate infatti dai fallimenti seguiti al lungo periodo di declino dell'economia argentina, cominciato con la dittatura del 1976-1983 e culminato nella crisi del 2001.

Le *empresas recuperadas* non sono altro che cooperative di lavoro autogestite dai lavoratori che, occupati nelle imprese prima della loro chiusura, ne hanno riavviato le attività e i servizi, come nel caso del centralissimo albergo di lusso a Buenos Aires o di fabbriche delle province di Santa Fe e Cordoba.

La loro caratteristica distintiva - il loro principale capitale politico e simbolico - è la modalità di gestione collettiva. Non sorgono per effetto di una normativa ma dallo slancio dei lavoratori a diventare protagonisti di un'impresa economica collettiva.

Le *empresas recuperadas* - leggiamo in uno studio della Facoltà di Filosofia e Lettere di Buenos Aires effettuato fra il settembre 2009 e il marzo 2010 - sono cresciute tanto da occupare nel 2010 quasi 10mila lavoratori.

In un contesto meno drammatico, e circa 20 anni prima, ma con forti analogie con quell'esperienza, nasceva in provincia di Brescia la Cooperativa Scalvenzi, per riavviare la produzione di macchine agricole dell'azienda Scalvenzi di Pontevico, cambiando il paradigma gestionale: dalla ricerca del profitto alla garanzia del lavoro. Oggi la cooperativa Scalvenzi, a trent'anni dalla sua fondazione, produce oltre 400 macchine per la raccolta dei rifiuti e fattura oltre 7 milioni di euro.

Il Comune di Pontevico e la Regione Lombardia, che costituirono una S.p.a. Immobiliare per garantire l'acquisizione del sito industriale, hanno fornito un fondamentale contributo alla riuscita dell'operazione. A prova che gli enti locali e le Regioni dovrebbero rivolgersi con fiducia alle forme cooperative come modelli di sviluppo che guardano alla comunità in cui operano con un atteggiamento di responsabilità che non può essere sottovalutato.

Lo confermano le parole di Ban Ki-moon, sul sito dedicato all'anno delle cooperative da Onu Italia: «Le cooperative ricordano alla comunità internazionale che è possibile conciliare la produttività economica con la responsabilità sociale».



*La rubrica dedicata allo sguardo sul mondo cooperativo nell'Anno delle cooperative indetto dall'Onu.

Vivere la città

Il naufragio della Nave di Harlock

Accogliere il disagio, stimolare progettualità e avviare sperimentazioni attraverso il coinvolgimento di giovani in nuove realtà imprenditoriali per offrire opportunità lavorative, aggregative, di svago e di partecipazione creativa. Questo l'ambizioso progetto «Palcogiovani», che nei primi anni 90 spinse un gruppo di ragazzi a costituirsi in comitato, poi associazione e fondazione, con ben due cooperative al seguito. Finanziamenti pubblici, investimenti personali, forti impegni sui mutui e tanto lavoro per la sistemazione di una cascina diroccata a S.Polo che diventa «Nave di Harlock». Assenza di freni, mancanza di esperienza, errori, furberie? Quel che ne resta è lo sgretolamento dell'avventura progettuale e il mancato uso della bella struttura, accogliente, ospitale e attrezzata che rischia di diventare l'ennesimo esempio di degrado, in un quartiere che di certo non ne sente il bisogno.

Edilizia

Torre Tintoretto e nuovi percorsi dell'abitare

La prevista demolizione della Torre Tintoretto è slittata, ma non sospesa. L'operazione è iscritta nel Contratto di Quartiere avviato a fine 2009, dispositivo regionale «finalizzato ad attivare e governare lo sviluppo locale in modo integrato e sostenibile», e si ripromette di contrastare il «degrado» dell'ambiente urbano. Intanto procede il trasferimento delle 173 famiglie che nella Torre di San Polo hanno abitato e vissuto, nel bene e nel male, la loro storia. Ne restano da trasferire ancora 80, circa 180 persone che oggi risiedono in un edificio semi-disabitato. Per loro si è attivato un servizio di accompagnamento sociale. Inoltre, per sostenere i disagi del trasferimento, ognuna riceve un contributo (che varia dai 200 ai 1.600 euro). Per l'edilizia pubblica realizzata per fornire i nuovi alloggi la regione ha stanziato 13.089.284,31 euro. Ragioni e costi, non solo economici, di quello che prende il nome di degrado, tuttavia, richiedono forse nuove analisi e l'impegno a progettare nuove risposte al bisogno di abitare, che il Contratto di quartiere sembra ancora lontano dal fornire.



Brescia, il quartiere di San Polo Nuovo. Al centro, la Torre Tintoretto.

Emergenza carcere

Accelera il progetto del nuovo istituto a Verzano

Dopo l'approvazione del pgt che lo mette in progetto, l'ampliamento di Verzano rientrerà nel Piano Carceri (che ne accelererà la realizzazione) con cui lo stato prova a porre rimedio alle condizioni di estremo disagio condivise da detenuti e guardie negli istituti carcerari italiani. L'associazione «Carcere e territorio» di Brescia da anni denuncia le situazioni di invivibilità che si traducono in suicidi dalla frequenza impressionante (19 volte maggiore rispetto alle persone libere). Il maggiore ritardo si sconta però nelle misure che puntano alla riabilitazione e all'integrazione e prime fra tutte l'attività di inserimento al lavoro, che oggi coinvolge solo 1300 detenuti, per l'80% inseriti in cooperative sociali. Urge l'aggiornamento delle norme.

Ambiente

Non piangere sul latte versato. Circuiti virtuosi per le eccedenze alimentari

Basta ai rifiuti organici: No more Organic Waste. Now. È il progetto per il ritiro e il recupero degli alimenti che i supermercati scartano in prossimità della scadenza, con cui la cooperativa sociale bresciana Cauto ha partecipato all'ultima edizione di «Fa' la cosa giusta!», fiera del consumo critico e degli stili di vita sostenibili, organizzata a Milano da Terre di mezzo. Buone pratiche, da rafforzare, coordinare, inserire in un circuito virtuoso, come fa la «Scuola delle Buone Pratiche – Amministratori locali per la sostenibilità» creata da Lega delle Autonomie Lombardia e Terre di Mezzo, per provare davvero a cambiare – se non il mondo - i comportamenti.

www.cauto.it www.scuoladellebuonepratiche.it



Legalità

Uso sociale di beni della mafia confiscati a Brescia. Progetti cercasi

In provincia di Brescia sono 91 immobili e 32 aziende i beni confiscati alla mafia. In una regione, la Lombardia, che è quarta in Italia (dopo Sicilia, Campagna e Calabria) nella graduatoria delle confische alla criminalità organizzata, Brescia sta dietro solo a Milano (che conta 448 beni immobili più 129 aziende). La legge 109/96 che regola la gestione dei beni prevede che la loro proprietà resti dello stato, ma che siano gli enti comunali nel cui territorio si trovano ad usarlo direttamente oppure a darlo in gestione ad associazioni e cooperative a scopi sociali. Un Nucleo di supporto in prefettura – di cui a Brescia fanno parte le due associazioni «Libera» e «Comitato Antimafia di Brescia Peppino Impastato» - effettua il monitoraggio sulla quantità e sulla destinazione dei beni.

Salute mentale

Chiudono gli Opg: più sanità, meno carcere

Entro marzo 2013 saranno chiusi tutti gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, le strutture nate nel 1975 in seguito alla riforma penitenziaria, per sostituire i vecchi manicomini giudiziari. Lo stabilisce la legge sull'emergenza carceri approvata a febbraio. I 6 Opg in Italia, che ospitano 1400 persone, saranno sostituiti da veri luoghi di cura, strutture sanitarie, fra le quali quelle residenziali psichiatriche all'interno della regione di riferimento, con il progetto di creare comunità protette di circa 20 pazienti.

A Castiglione delle Stiviere, l'Opg lombardo, unico in Italia ad avere anche una sezione femminile, nel giro di circa un anno si dovranno dimettere i circa 300 ricoverati. La nuova legge rende disponibili finanziamenti sia per progetti terapeutico riabilitativi individualizzati che per la realizzazione o riconversione delle strutture. Lo stato stanzia però solo 11 milioni per un'operazione che sarà, alla fine, a carico delle Regioni.

L'obiettivo delle 50.000 firme per la presentazione delle proposte di legge è stato ampiamente superato. 215.597 firme raccolte per la Campagna sono già state consegnate alla Camera dei Deputati: 109.268 per la proposta di legge sulla cittadinanza ai nati in Italia e 106.329 per quella sul diritto elettorale dei migranti. Il comitato bresciano (che ha coperto la provincia, ad esclusione della Valle Camonica, in cui ha operato un comitato locale) ha raccolto 4.474 firme: 2.330 per la prima e 2.144 per la seconda. In attesa di sviluppi dell'iter parlamentare.

Integrazione

Comunicazione istituzionale, il buon esempio

L'assessore ai servizi sociali di Gallarate (Va), come tanti altri suoi colleghi, nell'ultimo anno ha dovuto affrontare due emergenze: l'arrivo dei profughi dalla Libia e lo smatellamento di un campo sinti. La creazione della figura di un «custode sociale» per mantenere la comunicazione costante con il Comune» nella fase di trasferimento delle famiglie sinte e la lettera inviata ai cittadini sull'allestimento della struttura di accoglienza per i profughi si segnalano come pratiche di dialogo: «Cari concittadini, ... nel nostro piccolo, come Comune ma soprattutto come comunità di persone, sforziamoci di fare la nostra parte: cittadinanza, ospitalità, dignità sono le tre parole con le quali l'Amministrazione intende accogliere gli stranieri in fuga dalla guerra e sulle quali, con l'indispensabile aiuto di Exodus e delle altre associazioni di volontariato, intendiamo lavorare per garantire il diritto alla dignità, nel naturale rispetto della legalità e delle regole della convivenza...

Nel nostro Paese ci sono già tante belle e ricche esperienze di integrazione di cui non si parla perché "non sono notizia". Con l'aiuto di tutti e soprattutto con la vostra generosa comprensione facciamo in modo che anche villa Calderara venga annoverata tra tali positive realtà».



La Rete...
Studio Dedalo
 la cura e il benessere
 una possibilità per tutti
 Lo Studio Dedalo nasce per offrire servizi di sostegno psicologico personalizzati, per qualità e costi a tutti i cittadini coinvolgendo ed arricchendo la comunità.
 Via... 11/10



Il 5x1000 per una comunità più accogliente e responsabile

«La Rete» opera sul territorio cittadino fin dal 1991 per l'inclusione sociale e l'accessibilità dei servizi. Promuove servizi di tipo educativo, assistenziale, sanitario, di housing sociale e di accompagnamento al lavoro.

La nostra finalità è la convivenza senza esclusioni, per la promozione dei diritti di tutte le persone e per questo, accanto alla gestione di servizi propri della nostra attività, ogni anno coinvolgiamo decine e decine di persone in iniziative culturali, sociali, ricreative.

Se vuoi condividere con noi la passione civile e il desiderio di costruire nuovi progetti e proposte che contribuiscano a rendere la comunità nella quale operiamo più accogliente e responsabile, una comunità che sappia e voglia promuovere l'integrazione sociale di individui e gruppi deboli, puoi aiutarci ricordandoti di inserire nella tua dichiarazione dei redditi (con i modelli CUD, 730 o Unico per persone fisiche) la tua firma e il codice fiscale 03136080177, per destinare il 5x1000 della tua Irpef a La Rete – ONLUS.



La firma nell'apposito spazio non toglie nulla alla tua eventuale preferenza espressa sull'8x1000, e non comporta alcun costo, ma ti consente di destinare a noi parte delle imposte che hai già versato.

il nodo è in distribuzione gratuita presso:

- Cooperativa Sociale La Rete • Centro Diurno L'Angolo
- Botteghe del Commercio Equo e solidale
- Libreria Rinascita • Emeroteca Queriniana

il nodo | nel prossimo numero:
Pensare luoghi per la salute mentale



Sommario

il nodo salute a tutti	1
l'editoriale	2
Diritto alla salute in deficit di equità di Valeria Negrini	
tre domande a...	4
Bruno Platto Il ruolo del medico di base? Creare percorsi di cura condivisi	
in libreria...	6
Il lavoro avvelenato	
occasioni e percorsi	6
Alfabetizzazione emotiva per futuri medici • Smarriti sui percorsi della vita • Dalla Comunità Casa Lea • Salute senza esclusioni • Dal Centro Diurno L'Angolo • Il benessere della condivisione trova spazio nel Consultorio	
il film	9
Il segno della ferita	
inoltre... letture	10
inoltre... appuntamenti	10
il contributo	11
L'urgenza di un modello alternativo di Ermellina Zanetti e Stefano Bazzana	
diamo i numeri	12
sguardi puntati	13
Vivere la città • Edilizia • Emergenza carcere • Ambiente • Legalità • L'Italia sono anch'io • Salute mentale • Integrazione	
la cooperativa	16
Il 5x1000 per una comunità più accogliente e responsabile	

il nodo

Periodico di informazione della Cooperativa Sociale La Rete

2 numero copis



Direttore Responsabile: Teresa Mazzina
 Redazione: Domenico Bizzarro, Alberto Gobbin, Stefania Lottieri, Mariella Mentasti, Valeria Negrini, Marco Taglietti.
 Sede: Via Mazzucchielli 19, 25126 Brescia
 Tel/Fax 030.3772201

E-mail redazione: ilnodo@cooperativalarete.it
 Hanno collaborato a questo numero: Mariella Belleri, Raffaella Bonetti, Isabella Casadio, Lisa Colucci, Carlos Corbellini, Stefano Dallera, Lisa Giustacchini, Gianni Lorigliola, Sara Pedretti, Silvia Piazza, Sandra Rampazzo, Andrea Romano, Giovanna Ronchi, Paola Sisti, Giuliana Tonoli, Lina Turrina, Sara Ungaro e Stefano Bazzana, Ivan Giugno, Erasmo Sommilini, Ermellina Zanetti.

Fotografie: Stefano Cornali, Christian Penocchio, Silvia Piazza, Sara Pedretti, Archivio Aler, Archivio La Rete.

Progetto Grafico: CMAP

Stampa: ColorArt s.r.l., Via Industriale, Rodengo Saiano (Bs)

La Rete Società Cooperativa Sociale Onlus, Via Rua confettoria 6/8, 25122 Brescia | P.Iva 03136080177 | Autorizzazione del Tribunale di Brescia n. 15/2011 del 08/08/2011