

DISPENSA DEL CORSO

**LAVORARE SOCIALE ... IN SANITA'**

*Approfondimenti e pratiche professionali di gestione delle attività sociali in sanità*

*A cura dei docenti – ad uso esclusivo degli allievi, riproduzione vietata*

**INDICE**

<b>MODULO I</b> .....	<b>2</b>
<b>Sistema sanitario e spazi di lavoro sociale</b> .....	<b>2</b>
1. Spazio di lavoro sociale in sanità: problematiche etiche e di contesto .....	2
1.1. Nazionale e Locale .....	2
1.2. <i>L'integrazione</i> nel codice deontologico .....	3
1.3. Integrazione socio-sanitaria e logiche manageriali .....	3
2. Spazio di lavoro sociale in sanità: l'operatività .....	4
1.1. Spunti di riflessione per un approccio etico/deontologico .....	4
1.1. L'approccio etico/deontologico in pratica .....	6
<b>MODULO II</b> .....	<b>7</b>
<b>I processi di aiuto socio-sanitario e la cura sociale</b> .....	<b>7</b>
1. I problemi e bisogni sociali, multiproblematicità .....	7
2. La cura sociale "qui ed ora" .....	10
2.1. L'oggetto epistemologico del lavoro sociale .....	10
2.2. Spunti innovativi per una valutazione sociale "qui ed ora" .....	11
2.2.1. Le problematiche di Identità .....	11
2.2.2. Rito e simbologia .....	15
2.2.3. Conclusioni .....	16
3. Pensieri convergenti: <i>ridondanze per l'integrazione metodologica</i> .....	17
<b>MODULO III</b> .....	<b>18</b>
<b>L'integrazione in pratica</b> .....	<b>18</b>
1. Lavoro di rete: spunti teorici .....	18
1.1. Approccio di rete .....	18
1.2. Integrazione socio-sanitaria: guarire e assistere .....	20
1.3. Lavoro di équipe e lavoro di rete .....	21
2. Gli strumenti per l'integrazione: linee guida e protocolli .....	23
3. I percorsi e le procedure di integrazione possibili .....	27

## MODULO I

### Sistema sanitario e spazi di lavoro sociale

*Approfondimento teorico-pratico con azione di ricerca di elementi fondamentali per poter sviluppare il procedimento di gestione integrata inter-servizi anche nel rispetto del codice deontologico*

#### 1. Spazio di lavoro sociale in sanità: problematiche etiche e di contesto

*Analisi contestualizzata e condivisa del sistema socio-sanitario con identificazione dello spazio di lavoro sociale in sanità a livello nazionale e locale e nel rispetto del codice deontologico*

##### 1.1. Nazionale e Locale

Proviamo a fare una piccola analisi dello stato dell'arte a livello Nazionale e poi locale a seconda delle diverse appartenenze territoriali, visto che ogni regione ha una sua autonomia di funzionamento per legge e quindi le differenze possono essere anche notevoli.

Per prima cosa si evidenzia l'esistenza dal 2010 di un documento del Ministero della Salute denominato:

#### **“FUNZIONI DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE IN SANITÀ”**

*( Documento approvato il 29 ottobre 2010 dai componenti il Tavolo Tecnico istituito dal Ministro della Salute, Prof. Ferruccio Fazio, per esaminare le problematiche connesse alla realizzazione nelle Aziende Sanitarie del Servizio Sociale Professionale in relazione a quanto previsto dalla Legge 251/00 e dalla normativa regionale di attuazione della stessa ).*

A tale riguardo lo scopo di questa iniziativa è quella di individuare percorsi e azioni condivise per promuovere e valorizzare il Servizio Sociale Professionale nel Servizio sanitario nazionale, finalizzato ad una concreta riorganizzazione dei servizi nella logica di una corretta integrazione socio sanitaria nel territorio.

Questo documento mette in file conferma sostanzialmente il ruolo e lo spazio che il servizio sociale professionale e l'As occupano in sanità dando corpo in modo preciso e concreto a quanto dovrebbe essere realizzato in ogni organizzazione e puntualizzando come a questo punto si realizza l'integrazione socio-sanitaria.

Nonostante tutto ancora particolarmente complicata resta l'applicazione in pratica di tali indicazioni e nelle varie regioni ancora oggi si presentano situazioni molto diverse e difficili per ragioni diverse ma soprattutto possiamo puntualizzare ancora una volta purtroppo la sofferenza della nostra identità professionale che è pur sempre vissuta come “assoggetta” alla classe medica.

## 1.2. L'integrazione nel codice deontologico

Leggiamo insieme una piccola parte del codice deontologico solo per non dimenticare e approfondire semmai insieme il significato del termine *Integrazione* nel codice deontologico dell'AS.

Titolo IV  
RESPONSABILITÀ DELL'ASSISTENTE SOCIALE NEI CONFRONTI DELLA SOCIETÀ  
Capo I - Partecipazione e promozione del benessere sociale  
Art 36.  
L'assistente sociale deve contribuire alla promozione, allo sviluppo e al sostegno di **politiche sociali integrate favorevoli** alla maturazione, emancipazione e responsabilizzazione sociale e civica di comunità e gruppi marginali e di programmi finalizzati al miglioramento della loro qualità di vita favorendo, ove necessario, **pratiche di mediazione e di integrazione.**

Questo che è un *dover integrarsi* e non un *possibile luogo di azione* diventa complesso nel momento in cui la pratica professionale dell'AS dentro lo spazio più strettamente sanitario in cui è costretto ad agire risente delle logiche prestazionali-liberiste dell'attuale sistema di welfare nazionale e mette quindi in grande difficoltà il confinamento reale del lavoro sociale e socio-sanitario ai fini della pratica concreta quotidiana. Gli sforzi si fanno da professionisti ma che direzione prendono? E fino a quando potranno essere fatti?

## 1.3. Integrazione socio-sanitaria e logiche manageriali

<sup>1</sup>“Il tema dell'integrazione socio-sanitaria è da tempo all'attenzione dell'agenda politica e del dibattito scientifico, con esiti tuttavia quasi mai all'altezza delle intenzioni, né sul piano logico-concettuale né su quello tecnico-operativo. Il perché di questa perdurante impasse va ricercato nel divario, che rimane a tutt'oggi irriducibile, tra due istanze inconciliabili:

- da un lato l'altissimo e sofisticato potere di «integrazione» (capacità di aggrovigliarsi) connaturato alle umane fragilità;
- dall'altro la naturale tendenza all'autoreferenzialità (a chiudersi in se stesse) delle singole prestazioni di cura, a prescindere dalla qualità e dalla caratura di ogni erogatore e a prescindere dal modello di welfare — statalista o liberista — cui il singolo erogatore faccia affidamento, tra quelli oggi sul campo.

L'interpenetrazione delle difficoltà umane è sotto gli occhi di tutti: quei **disagi che chiamiamo sociali (che, in essenza, sono difficoltà di senso e di organizzazione della vita) possono produrre rischi o conclamate patologie sanitarie;** quest'ultime a loro volta, specie se gravi e invalidanti come nel caso di varie forme di disabilità, possono ingenerare progressive e altrettanto gravi complicazione del vivere, in un intreccio che di per sé, qualora agisse incontrastato, tenderebbe ad autoalimentarsi.

La percezione di intrecci di tal genere nei «casi» clinici di maggiore evidenza porta gli addetti ai lavori a chiedersi: come rispondere unitariamente (o almeno in modo non manifestamente sconnesso) all'unitarietà emergente dalla vita?

In realtà questo interrogativo si pone solo a partire dalla frammentazione esistente nei sistemi eroganti che — non va dimenticato — è effetto di un artificio. **La distinzione analitica tra sociale e sanitario non è «nelle cose»:** essa alberga nelle menti e si giustifica in primis per esigenze analitiche, per la necessità di mettere ordine nel pensiero e quindi per esigenze pratiche di natura organizzativa e amministrativa.

**Soltanto dopo aver suddiviso artificialmente le cose per rispondervi con più comodità secondo la razionalità strumentale tipica del managerialismo si è costretti poi a porre il problema spinoso della loro ricomposizione.** Un nodo, questo dell'integrazione, che viene sempre al pettine poiché appunto contrasta frontalmente con quella potente

---

<sup>1</sup> F. Folghereiter, *Integrazione socio-sanitaria* – Rivista Lavoro Sociale Vol. 9, n. 3, dicembre 2009

razionalità lineare che in origine ha voluto divaricare e tenere separato l'ambito sanitario da quello sociale.

*L'integrazione socio-sanitaria non può aggirare la questione dell'olismo sia prima sia dopo l'eventuale intervento tecnico di welfare. In generale pone il problema del rapporto tra «prestazioni artificiali di cura» e «mondo della vita», vale a dire l'ambito nel quale le persone vivono e lavorano, si pongono in relazione e ridefiniscono continuamente il senso di ciò che sono e di ciò che fanno. Tale mondo, per definizione, dovrebbe avere il primato su tutto: **le prestazioni socio-sanitarie dovrebbero sempre essere finalizzate alla vita, addirittura prima ancora che alla stessa salute, dato che si può vivere con pienezza di senso anche da malati.***

Come non essere purtroppo d'accordo ancor oggi anche se sono passati ormai quasi 10 anni da queste affermazioni. Niente è cambiato in meglio purtroppo. **Le logiche managerialiste sono ancora più forti di ieri** e a ciò si aggiungano i **tagli continui alla spesa pubblica** che certo non hanno aiutato a spostare l'attenzione verso un discorso più prettamente legato alla logica della qualità della vita. La sanità è ancor più prestazionale di prima e il sociale le corre dietro.

## 2. Spazio di lavoro sociale in sanità: l'operatività

*Verifica delle procedure e atti che lo supportano nell'attuale scenario con attenzione particolare al target utenza trasversalmente presente nei diversi servizi e all'etica e deontologia professionale.*

### 1.1. Spunti di riflessione per un approccio etico/deontologico

L'approccio sanitario del nostro tempo

*Se io prendo un A.S. e lo metto in un ospedale cosa vede?*

Iniziamo ad analizzare le possibili ridondanze cui, il contesto sanitario nella sua osservazione, si presta (in **gruppi brainstorming**)

Si sarà notato probabilmente che:

- esiste un approccio per cui la persona prima di essere persona inizia ad essere la sua malattia, o la sua problematica.
- se accettiamo questo approccio l'a.s. si limiterà ad accompagnare uno stato di malattia più o meno cronico, o a trovare soluzioni a...
- ... DIAGNOSI ovvero ad una serie di sintomi che corrispondono ad un quadro clinico di riferimento.

Prendiamo in considerazione il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, il DSM V. Questo indica tutta una serie di disturbi per cui se una persona dimostra possedere nel suo comportamento 5 o più dei dieci criteri elencati in una specifica fattispecie, la persona rientra di diritto in quello specifico disturbo. I quadri sintomatologici sono descritti a prescindere dal vissuto del singolo e sono valutati in base a casistiche frequenziali

A chi serve il DSM V?

prima di tutto serve ai medici psichiatri per capirsi tra loro, magari quando fanno un invio tra colleghi. Gli psicologi hanno dovuto iniziare a parlare la lingua medica per poter interagire con gli psichiatri.

Le domande che dobbiamo porci sono:

- La persona che ha un sintomo va considerata come il sintomo stesso? Da debellare/sedare?

4

A cura di Sabrina Paola Banzato – Gabriele Zen

SocialNet s.r.l. unip. - p.i. 02137200412 -

Iscr. Reg Imp. sez. ordinaria di Pesaro e Urbino – R.E.A. 157178

Cap. sottoscritto 10.000,00 € - Cap. Versato 10.000,00 €

Sede legale: Via Mameli 42/A int.303 – 61100 Pesaro - Sede operativa: Via Donizetti 20 – 61011 Gabicce Mare (PU)

Tel. 0541 411391 - Cell. 333 2901003 – 348 3020785

web: <http://www.socialnet.it> - @mail: [info@socialnet.it](mailto:info@socialnet.it) - [amministrazione@socialnet.it](mailto:amministrazione@socialnet.it) - [formazione@socialnet.it](mailto:formazione@socialnet.it)

- La persona che “fa” un sintomo lo fa sempre per una predisposizione genetica?

Esiste una sola risposta che ci può condurre a intravedere il compito dell’a.s. ovvero spostare l’ottica dal sintomo/malattia alla persona, alla sua storia, alle sue relazioni ai suoi ruoli.

Un esempio:

la persona che oggi ha gli attacchi di panico nel servizio sanitario spesso finisce per assumere ansiolitici. Rischia inoltre di percepirsi come una persona malata in cui la malattia sarebbero gli stessi attacchi di panico. Se intorno a lui le persone avvalorano il fatto che abbia questo tipo di patologia la persona incarna il ruolo del malato.

Dico attacchi di panico perché è il caso più emblematico di limite dell’attuale approccio sanitario. Ma potrebbe anche essere “il dottore mi ha detto che sono bipolare” “mi ha detto che sono borderline” che tradotto significa che una serie di comportamenti che ho raccontato al dottore rientrano in un determinato quadro clinico per cui mi ha detto che ho i tratti del bipolare o del borderline ( e mi ha dato le medicine) (questo è il migliore dei casi in quanto il dott. in questo caso è uno psichiatra. Pensiamo quando i farmaci sono dati senza diagnosi dal medico di medicina generale).

Le domande da porsi sono:

- È diventato bipolare per una predisposizione genetica? (in famiglia tutti hanno tratti psichiatrici, che può anche essere, ma potrebbe anche trattarsi di un comportamento appreso)
- I tratti bipolari possono essere spiegabili dal tipo di vissuto della persona... ma se comunico al paziente che è bipolare gli dico che ha una malattia che è indipendente dalla sua volontà
- Che convenienza ha a “fare” il bipolare? **Qui si entra nel nostro campo. L’analisi del vissuto della persona e della sua identità sociale.**

L’**etnopsichiatria** ci insegna che:

Ogni società crea e consuma follia, ovvero ogni società spera che i suoi cittadini non si ammalinino, ma se decidono di farlo, essa consiglia come farlo.

**La società occidentale è quella che identifica nella perdita dei ruoli sociali la possibilità di impazzire.**

Prime conclusioni:

se non siamo in grado di spostare la riflessione dal sintomo medico alla persona nella sua complessità (identità da vissuto/identità sociale/identità virtuale) stiamo consegnando la persona ad una definizione parziale che non ci appartiene. Accettandola la nostra professionalità non viene lontanamente sfiorata e ci mettiamo nella condizione di fare i portaborse della “classe sanitaria”.

DOBBIAMO ESSERE IN GRADO DI SPOSTARE IL CASO NEL NOSTRO AMBITO (congruenza e autenticità) SE VOGLIAMO PORTARE UN VALORE AGGIUNTO AL SISTEMA SANITARIO, MA SOPRATTUTTO ALLA PERSONA ben sapendo che rendere la persona un sintomo fa comodo a tutti (semplifica la relazione medico (UP) paziente (DOWN)), deresponsabilizzando la persona dal suo cambiamento, facilita la vita a noi che in fin dei conti siamo ospiti del sanitario... e l’ospite deve essere molto educato e riverente a patto che non dimostri di portare del valore aggiunto) quindi la nostra strada all’inizio sarà in salita.

### **1.1.L'approccio etico/deontologico in pratica**

E ora chiediamoci quali sono le procedure, gli atti e i fatti che supportano lo scenario di lavoro attuale e come sia possibile eventualmente operarvi al fine di poter confinare al meglio il proprio spazio professionale nelle diverse tematiche e contesti di riferimento.

Un luogo e un modo sono sempre possibili tenuto conto in specie della concreta possibilità da parte del professionista AS di agire anche in uno spazio discrezionale- professionale insindacabile ai più pur se avolte oggetto di confronto acceso nella sua reale operatività. E' più facile però che in tale spazio discrezionale specie nelle istituzioni pubbliche di una certa dimensione, si possa agire quasi indiscriminatamente se non per il limite posto eventualmente dai professionisti altri, specie di discipline sanitarie meno affini che poco conoscono del lavoro sociale.

Utile è quindi in questo caso avviare un approfondimento concreto delle procedure in essere sottolineando l'approccio personale e quello amministrativo per individuare interstizi concreti e magari anche disfunzioni sia per agire più consapevolmente nel qui ed ora e in integrazione sia per poter eventualmente promuovere altro, ovvero il giusto cambiamento nell'ottica del benessere sociale al quale è necessario e deontologico tendere sempre.

## MODULO II

### I processi di aiuto socio-sanitario e la cura sociale

I processi di aiuto socio-sanitario: la consulenza sociale di cura e i suoi presupposti in sanità  
*Approfondimento teorico-pratico con azione di studio per la condivisione di metodi, tecniche, linguaggi*

#### 1. I problemi e bisogni sociali, multiproblematicità

**E' ormai concetto condiviso che quando si definisce quella situazione un *problema* si faccia riferimento a un sorta di "normalità" riconosciuta (dal soggetto e/o dalla collettività) dalla quale la condizione di disagio percepita o esplicita di cui trattasi si discosta.**

Ma cos'è quindi un problema sociale?

E rispetto a quale normalità si definisce o lo definiamo?

Approfondiamo questa accezione partendo da una breve analisi condivisa volta a definire cosa sia un "problema sociale".

In un modello teorico classico, il processo di servizio sociale individuale di Helen Perlman (1957), l'autrice afferma che il processo di servizio sociale individuale è essenzialmente un processo di soluzione di problemi<sup>2</sup>, ovvero di sostegno e aiuto alla soluzione di problemi che è un normale processo del vivere di ognuno di noi, che, in quel dato momento non è possibile avviare da soli.

Questo processo ha due finalità: la riduzione di una condizione insoddisfacente o il passaggio a una condizione di maggiore soddisfazione.

**L'assistente sociale interviene quando vi è una riduzione della capacità naturale di agire della persona** che può nascere da diverse ragioni e che può avvenire in qualsiasi momento della vita di tutti. Il termine problema, nel modello della Perlman, può quindi rilevarsi in una qualsiasi questione esistenziale comune.

Altri due autori, Allen Pincus e Anna Minahan, affermano che **quando si parla di una situazione come di un problema, abbiamo già formulato un giudizio** su quella situazione.

Si può quindi dire che un problema è un insieme fatto di tre parti collegate:

- una condizione o situazione sociale;
- delle persone che hanno giudicato problematica la condizione o la situazione sociale;
- i motivi e le basi della loro valutazione<sup>3</sup>

**Nessun problema sociale esiste in se stesso:** è necessario un atto di valutazione per renderlo tale. [...]

Gli atti di valutazione scattano quasi sempre al di là della consapevolezza. I nostri occhi vedono i dati esterni e mai i giudizi che vi si incorporano nella percezione e che rendono questi dati realtà fenomenica. Questa realtà in buona fede ci sembra essere oggettivamente quella che appare.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> H. Perlman, *Il processo di servizio sociale individuale*, in M. Dal Pra Ponticelli (a cura di), *I modelli teorici del servizio sociale*, Astrolabio, Roma, 1985, p. 53 e sgg.

<sup>3</sup> A. Pincus., A. Minahan, *Un modello integrato per la pratica del servizio sociale*, in M. Dal Pra Ponticelli, cit., p. 254

<sup>4</sup> F. folghereiter, *Teoria e Metodologia del Servizio Sociale*, p.268



Queste definizioni ci aiutano a collocare ogni problema (individuale o collettivo, definito da un individuo o definito istituzionalmente) in uno **spazio di relatività** – il problema esiste quando è definito come tale.

Questo ci mette un po' in crisi, vuol dire che **i problemi hanno bisogno di essere pensati per esistere**: i problemi come frutto di una costruzione sociale e individuale non esistono in natura, ma sono il prodotto di complesse costruzioni in cui s'intrecciano rappresentazioni di sé e del mondo, emozioni e razionalità, memorie, pensieri, ricchezze e mancanze, rappresentazioni del passato e prefigurazioni del futuro.

Per pensarli, le organizzazioni devono ricorrere a strumenti per pensare, più o meno consapevoli, quadri di riferimento, contenitori, schemi mentali. *L'uso di stupefacenti in sé non è un problema, lo è in rapporto ad un sistema di norme, valori, paure, emozioni collegate.*

Inoltre, **i problemi sono relativi nel tempo**: un problema non è sempre un problema.

I problemi sono in divenire, vanno collocati su un asse temporale; ciò che è oggi un problema, tra un anno potrebbe non più esserlo. O ancora ciò che ieri non era un problema oggi lo è.

**Gli operatori hanno due codici per far nascere il problema nella loro mente**: *uno morale* che fa da base e *uno tecnico*.

L'individuazione dell'esistenza dei problemi può essere uno specifico compito del tecnico; si dice che solo i tecnici riescono a individuarli riconduzione da parte dei tecnici dei disagi, desideri, domande dei clienti ai veri problemi che li originano. È un modello di razionalità forte: il paziente descrive i sintomi, ma è il medico che definisce il problema. (Autorità del tecnico). Il limite di questo modello è che, siccome i tecnici hanno memorizzato le soluzioni per una serie di problemi, sono indotti a riconoscere quelli collegati alle soluzioni e non altri; si dice "le organizzazioni sono piene di soluzioni alla ricerca di problemi".

Se da una prima osservazione non è possibile rilevare quanto necessario sarà utile realizzare una approfondita indagine, ovvero cercare dati e informazioni nascoste, che per loro natura sono nascosti all'osservatore. **Per essere compresi bisogna fare attenzione a come, cosa e perché si osserva e ciò appartiene al diagnosta**. Tecnicamente potremmo dire, **il problema c'è quando la diagnosi lo coglie**, o meglio, **il problema è come la diagnosi lo coglie**.<sup>5</sup>

<sup>6</sup>**Definire qualcosa – un fenomeno sociale, un comportamento individuale – come problema è anche un potere**: qualcuno ha il potere di definire qualcosa come problema: i tecnici, i dirigenti, i gruppi politici, i media, specifiche organizzazioni, la comunità scientifica.

Dare potere alle persone è accettare che possano dare una loro definizione di problema e creare le condizioni affinché possano dirlo. Poi si può negoziare, se il problema individuato dal tecnico è un altro o se il tecnico non ha soluzioni per quel problema.

Nel sociale, possiamo identificare **due grandi categorie di problemi**:

- quelli **generali**, istituzionalmente definiti, capaci di orientare e di identificare un servizio e i soggetti che ad esso accedono;
- quelli **specifici**: sono quelli legati al singolo caso trattato, costruiti volta per volta.

Al problema, noi attribuiamo molti **significati**:

---

<sup>5</sup> ibidem, pag. 274

<sup>6</sup> tratto da: C.Pregno, 2007,

[http://www.cittastudi.org/flex/files/D.2ae099d38f7bb2b5fb4b/Microsoft\\_Word\\_dispensa\\_Pregno\\_06\\_07.pdf](http://www.cittastudi.org/flex/files/D.2ae099d38f7bb2b5fb4b/Microsoft_Word_dispensa_Pregno_06_07.pdf)



1. *sinonimi d'imperfezione*. La situazione ideale è quella senza problemi
2. *un giogo da sopportare*: essi sono legati al destino, è un titolo di merito sopportare la gravosità dei problemi, non c'è nulla da fare;
3. *una sfida*: risolvere problemi appassiona, è la sfida (contro l'imperfetto, il disordine) individuale o di gruppo del problem solving. Si accompagna alla convinzione che è essenziale aver imparato il maggior numero di soluzioni possibili a problemi predefiniti;
4. *oggetti di ricerca, occasioni di relazioni, stimoli della curiosità*. La centratura sulla loro soluzione si accompagna con il piacere per il percorso di ricerca. Sono opportunità e non solo minacce, stare con i problemi, esplorare con curiosità.

Possiamo **trattarli in modi diversi**:

- a) *evitarli*; l'oggetto di lavoro è il fastidio e non il problema configurato dal cliente, esterno o interno, si è guidati più dall'interesse individuale che da quello collettivo
- b) *risolverli-eliminarli*. Tendenza all'efficienza: non ci si riesce a rappresentare i problemi senza soluzione, si cerca di passare ad altri i problemi irrisolvibili, sino al paradosso "se non c'è soluzione, non c'è problema"
- c) *gestirli*: mantenere una relazione meno costosa e distruttiva con essi, si impara a convivere, senza essere travolti.

Il tema del *problema* è direttamente connesso all'**oggetto di lavoro**:

il problema o la parte dei problemi sui quali decidiamo di intervenire (problemi di cui ci prendiamo cura); ciò che è possibile fare, date le risorse limitate, è investire sulla quota di problemi sui quali ci si può effettivamente alleare con i clienti per giungere a una loro soluzione o migliore gestione.

**L'oggetto di lavoro non s'impone**; esso è costruito dall'operatore, in relazione con il cliente e in funzione dei modelli, delle routine, della cultura del servizio e dell'ambiente in cui opera.

**L'oggetto di lavoro ha due dimensioni**:

- quella generale in cui è l'organizzazione a individuare i confini dell'area in cui i suoi membri sono autorizzati ad investire;
- e quella particolare, gli oggetti di lavoro specifici dei singoli progetti, costruiti sui particolari problemi del singolo cliente.

Gli oggetti di lavoro generali sono in una certa misura predefiniti, hanno la forma di mandati sociali ai servizi, di direttive, di programmi, di tendenze culturali, costituiscono il "quadro generale degli indirizzi", l'organizzazione dà delle piste per individuare l'oggetto di lavoro.

Non è però così automatica, la chiarezza nei servizi circa l'oggetto di lavoro, non è per nulla scontata.

*Gli oggetti di lavoro sono concetti, simboli, relazioni tra persone, gruppi, organizzazioni.*

Di fronte alla difficoltà di individuare gli oggetti di lavoro si tende a ipersemplificare, a buttarsi soltanto su aspetti molto concreti o marginali (l'arredamento anziché il funzionamento dell'ufficio).

Occorre una solida alleanza con i clienti (cittadini o altri servizi) nella costruzione degli oggetti di lavoro; un'alleanza di lavoro tra operatori e clienti.

**Dal problema di salute al bisogno di salute**

Termini come mancanza, stato di malattia e disturbo, sembrano maggiormente pertinenti con la nozione di "problema di salute" più che a quella di "bisogno di salute".

Il problema sociale, sociosanitario o sanitario, dunque, corrisponde ad uno stato di salute carente giudicato

dall'individuo, dai professionisti o dalla collettività.

**Il bisogno rappresenta ciò che è richiesto per risolvere i problemi identificati.**

Si misura stimando lo **scarto in rapporto alla norma**: il bisogno di salute fa nascere il bisogno di servizi.

In poche parole, il bisogno nasce quando si nota una differenza tra una situazione considerata come ottimale e la situazione osservata attualmente (differenza da ridurre).

**Il bisogno è, in un certo senso, la traduzione operativa del problema.**

**I due principali bisogni sociali dell'essere umano** sono:

- **bisogno di appartenenza**: l'appartenenza ad una comunità che mi protegge, che ha al suo interno valori e principi condivisi che ci orientano tutti, perché da tutti riconosciuti;
- **bisogno di identità** che posso sviluppare se sono appartenente e quindi sono protetto nella mia comunità che ha determinati valori e principi condivisi, mi dà un senso e una direzione alla vita, non è insensata ovvero priva di direzione.

Se l'essere umano ha una base sicura e appartiene è libero dalla peggiore schiavitù umana che è la sottomissione alla **paura**.

**Se appartengo e ho quindi una mia identità non ho paura e posso esplorare me stesso e il mondo esterno, imparando a diventare adattato al territorio e posso anche esplorare.**

Grazie a questo background il mio io è in contatto con il sentire primario con la mia comunità e il mio cuore è aperto. Tutto ciò che faccio lo faccio non solo per me ma anche per gli altri, perché abbiamo gli stessi valori, lo faccio per la polis fondata sull'amicizia ovvero una delle caratteristiche fondamentali dell'amore.

Mentre io creo la mia vita piena divento risorsa per la vita piena degli altri, non ci sono conflitti strutturali.

Se il mondo esterno è ben formato c'è una comunità esterna che funziona così, c'è anche una comunità interna così e quindi la struttura psichica sarà tendenzialmente convergente.

## **2. La cura sociale "qui ed ora"**

### **2.1. L'oggetto epistemologico del lavoro sociale**

Il LS studia la capacità d'azione (a livello micro-meso) intesa come risultante parzialmente indeterminata di influssi interni ed esterni, di soggetti sociali interessati al mantenimento o al recupero di standard minimi, socialmente definiti, di benessere che li riguardano.

Ovvero si interessa dei modi con cui le persone riescono a evitare di cadere in, o a risollevarsi da, una situazione di carenza di benessere

Ossia da ciò che è *comunemente e impropriamente* definito "patologia sociale" (o condizione patologica sociale)<sup>7</sup>

// LS Non si occupa di benessere in senso generalista si focalizza su quelle situazioni di disagio e di patologia che la coscienza collettiva ritiene particolarmente rilevanti e dotate di una loro evidenza quasi oggettiva

**Più semplicemente l'assistente sociale si occupa di ciò che produce l'incapacità di azione "grave", cioè**

---

<sup>7</sup> *Fondamenti di metodologia relazionale*, F. Folgheraiter, Erickson, 2011,

## quella considerata socialmente inaccettabile

La gran parte dei problemi che attengono in via specifica il lavoro sociale nascono non da deficit dell'umano (psicologia) o da deficit del sociale (sociologia) presi in se stessi, come fonti separate di difficoltà di vita, ma come un **prodotto della loro interazione**,

I problemi sociali di cui ci si occupa sono un prodotto dell'interazione tra istanze psicologiche e sociologiche

Psicologia > < OGGETTO EPISTEMOLOGICO LS > < Sociologia

*E di questo che può e deve occuparsi l'AS*

- **Il lavoro sociale si occupa delle modalità con cui le circostanze interne ed esterne , intrecciandosi, si "incarnano" diventando disfunzionamento circoscritto in *storie di vita qui ed ora***
- Si tratta sempre di concrete situazioni in cui si può andare a impigliare – per determinazioni interne ed esterne o per nessuna determinazione apparente – un'umanità contingente (non esistono infatti regolarità astratte cui riferirsi ma solo contingenze .. .qui ed ora ...)

... **la nostra tesi è quindi:**

- che il sociale sia l'*ambiente* necessario dell'aiuto personalizzato
- Che l'aiuto umano non possa esserci fuori da una logica sociale ...
- Che il sociale è un ombrello più <<comprensivo>> del sanitario tant'è che l'<<aver cura>> può <<produrre guarigione>> di per sé, ovvero ne può diventare un prerequisito indispensabile;
- Che una guarigione realizzata può rivelarsi alla fine inutile, senza la *care*;
- Che quando la guarigione risulta impossibile – nei casi di cronicità, ad esempio – ecco che la cura sociale può essere la risposta d'elezione, e così via.

... e molto altro

## 2.2. Spunti innovativi per una valutazione sociale "*qui ed ora*"

### 2.2.1. Le problematiche di Identità

Ciò che 10 anni fa era solo latente negli ultimi anni si è materializzato diventando esponenziale e visibile a molti: **le problematiche di identità**.

Se le comunità arcaiche permettevano ai loro partecipanti di ritagliarsi un ruolo, quindi un'identità all'interno della stessa, oggi, con quali modalità avviene questo processo? Quali sono gli elementi che compartecipano allo sviluppo dell'identità della persona?

Il professor Domenico De Masi (sociologo) ci dice che siamo da circa 30 anni senza un modello condiviso conseguentemente che stiamo vivendo una perdita totale del sistema valoriale condiviso.

Il recente libro di Domenico De Masi<sup>8</sup>, nasce dalla constatazione che, nonostante il progresso tecnologico e le numerose scoperte degli ultimi anni, sempre più spesso e in diverse parti del mondo, si avverte un senso di disagio e di infelicità diffusa.

*“Girando per il pianeta s’incontra pochissima gente soddisfatta del luogo e del tempo in cui vive. Molti adulti si rammaricano di non risiedere altrove; molti giovani, punti dall’irrequietezza, cambiano continuamente città e Paese [...] Ma appena credono di averlo trovato subito si chiedono: «lo che ci faccio qui?» e riprendono il loro cammino di eterni viandanti”.*

Secondo il sociologo, professore emerito di Sociologia del Lavoro all’Università La Sapienza di Roma, noto a livello internazionale per le sue ricerche sulla società postindustriale e sul cosiddetto “ozio creativo”, ciò è dovuto al fatto che, **per la prima volta, nella storia dell’umanità viviamo in una società priva di un modello di riferimento che possa orientarci nelle sfide dell’esistenza.**

Tutte le società sono nate sulla base di un modello precedentemente teorizzato: il medioevo cristiano è nato dopo il Vangelo, i paesi musulmani sono nati dopo il Corano, mentre nell’attuale società ciò non è avvenuto.

La società postindustriale, a differenza di altre che l’hanno preceduta, è nata prima che qualcuno ne teorizzasse il modello di sviluppo.

*“l’attuale società postindustriale a differenza di altri macrosistemi che l’hanno preceduta, non è nata in base a un modello preesistente, a un paradigma già elaborato e condiviso: è nata per successioni rapide di idee geniali ma parziali, di tecnologie e protesi sorprendenti ma anche di prodotti superflui, di riti noiosi, di comportamenti insensati, cresciuti uno accanto all’altro prima ancora che qualcuno li mettesse a sistema, teorizzandone, disegnandone, progettandone, proteggendone, indirizzandone l’insieme”.*

**L’assenza del modello di riferimento ha determinato un senso di disorientamento che si traduce nell’incapacità di tracciare le coordinate del presente e decidere con lucidità gli approdi del futuro.** Ciò ha generato un senso di smarrimento al quale è bene porre rimedio, elaborando un nuovo modello di vita capace di indirizzare il progresso verso esiti felici.

L’autore invita quindi gli intellettuali a fare uno sforzo creativo collettivo per individuare i criteri sulla base dei quali elaborare questo nuovo modello.

## **Fattori caratteristici della presente società**

**Generazioni separate.** siamo passati da medesime credenze condivise tra nonni, figli e nipoti quindi da un’oggettività di norme e comportamenti, ad un *relativismo senza precedenti*, al punto che sembra ormai impossibile oggi stabilire chi sia il “deviante” in quanto manca una morale condivisa.

**Velocità:** più sei connesso, più velocemente riesci a gestire informazioni. Più sei giovane più sei in grado di accedere alla maggior parte dei nuovi strumenti comunicativi,

**Informazioni** Chi ha vissuto il “tempo prima” è cresciuto con una presunzione: quella di conoscere ciò che era vero. Chi invece è nativo digitale nasce teoricamente avendo appreso che non c’è una unica verità, che non c’è né giusto, né sbagliato

## **Comportamenti espressi.**

Una società estremamente **individualizzata** in cui ognuno vive il suo mondo

---

<sup>8</sup> *Mappa mundi. Modelli di vita per una società senza orientamento*, Domenico De Masi, (Rizzoli 2013)

La velocità non consente di pensare troppo, non ci sentiamo di dover sacrificare la nostra felicità in relazioni che ci opprimono e la **società dell'usa e getta** si è ormai insinuata anche nella sfera affettiva facendoci gestire le relazioni significative come i nostri amici di facebook, con un semplice "aggiungi" o "cancella".

La famiglia tradizionale come la conoscevamo è diventata **una delle possibili forme di famiglia**, la più complicata da gestire rispetto a una società che sembra andare in altre direzioni.

Una deresponsabilizzazione che consente **una post-adolescenza continuativa** che si può estendere per tutta la vita, per inseguire l'unica età della vita che sembra valere la pena di vivere: *la giovinezza*

Siamo passati **dal vedere il reality in televisione, ad essere noi stessi gli attori principali**, sempre in vetrina, sempre alla ricerca di nuovo audience, sempre insoddisfatti, e certi che quel qualcosa di grandioso, di unico e di grande che sta accadendo ad altri, presto potrebbe accadere anche a noi.

### **Ne deriva che la confusività diviene quasi lo standard.**

Una confusività intrafamiliare, di ruoli, con figure che possono sovrapporsi, confusività di orientamento sessuale, con padri che magari si riscoprono omosessuali a cinquanta anni, una confusività di genere in cui l'unica soluzione possibile sembra essere ricorrere al femminicidio, o allo stalking, poi il bullismo; e la medesima risultante: fenomeni in cui non ci si sente più adeguati e si necessita di imporsi sugli altri schiacciandoli o ritirandosi (ikikomorismo) o togliendosi la vita. (es. Lettera di Michele) - Radicalismo delle seconde generazioni.

"Nessuna sfera resta immune da questo disorientamento: né quella economica, familiare, politica, sessuale, culturale. Non sappiamo se questo disorientamento rappresenti un sintomo di sviluppo o l'avvisaglia di un tracollo. Sappiamo solo che provoca una diffusa sensazione di crisi (...) La mancanza di un modello interpretativo, anzi il vuoto oppressivo di un non modello ci rende inermi (...)" Scrive ancora De Masi.

Si evince che questo tipo di società chiede ad ognuno di noi di crearsi la propria identità autonomamente... di scrivere ogni giorno il proprio curriculum... chi è che lo sa fare?

*Dal concept album alla generazione shuffle*

### **Il tempo prima e il tempo dopo e le generazioni**

Aver chiaro a che tipo di generazione appartiene la persona che ci chiede aiuto significa comprendere meglio chi c'è di fronte a noi. Non si tratta di una vera e propria classificazione ma semplicemente un modo per orientarsi e avere quindi più chiari alcuni elementi e non sottovalutarne l'impatto sul *qui ed ora*.

- Gli *analogici* hanno avuto una vita segnata da ruoli chiari e definiti
- I *turisti digitali* hanno avuto un periodo economico florido, anni in cui si poteva realizzare ciò che si desiderava se solo ne aveva voglia, quindi hanno un'identità legata al ruolo lavorativo e lo status costruito rappresenta l'identità stessa. Con la crisi abbiamo purtroppo visto molti esempi di uomini di questa epoca che si sono tolti la vita con il fallimento della loro attività.
- I *migranti digitali* sono cresciuti a cavallo di due epoche economiche, quindi vivono ancora con il mito del successo professionale visto spesso nei loro genitori, muovendosi tra le macerie dell'economia. Un gap incolmabile. I nati tra gli anni '70 e '80
- I *nativi* hanno tra i sedici anni e i venti circa. Nati con la rete, con il telefono cellulare, e quasi subito con lo smartphone. È forse presto per fare delle valutazioni? Forse sì, ma sicuramente possiamo tentare di vedere ciò che il loro modo di pensare ed agire virtualmente sta creando, con l'affermazione di un unico nuovo comandamento: "esisto se gli altri mi vedono". All'interno del gruppo dei nativi vi sono gli

I Gen, i nati tra il 1995 e il 2012 avevano dodici anni quando uscì lo smartphone. Sono coloro che nel suo libro la docente di Psicologia di San Diego Jean Twenge definisce iGen, già molto diversi dai Millennials in quanto cresciuti con una continua possibilità di accesso alla rete proprio grazie allo smartphone, il cui possesso, sembra delimitare oggi il simbolo del passaggio all'età adulta più della patente.

INTERNET    SMARTPHONE

Analogici	Turisti digitali	Migranti digitali	Nativi digitali
<1949	1950 a 1970	1971 a 1995	>1996
		Millennial	iGen

←TEMPO PRIMA    TEMPO DOPO→

- Proprio gli *igen*, che sono più a loro agio online che nella vita reale, sarebbero molto più a rischio di depressione rispetto ai nati solo pochi anni prima: calano le relazioni sociali, l'incontro con l'amico diviene sporadico, come diviene sempre più raro il primo appuntamento, ed il sesso è rimpiazzato dalla pornografia online, pratica che fomenta aspettative non realistiche negli incontri reali, o il rifiuto di questi per la paura dell'inadeguatezza.

Il maggior tempo libero rispetto alle generazioni precedenti, derivato prevalentemente dalla mancanza di occupazione aumenta la possibilità di rifugiarsi in questa "zona di confort" in cui la gratificazione è immediata e allontana la frustrazione di doversi confrontare con la vita reale, magari quella del mondo lavorativo attuale. La risultante è quella di una generazione con una soglia di tolleranza molto più bassa, che passa molte ore online, risucchiata in uno stato di solitudine al limite della depressione; condizione che può sfociare in quella che gli esperti chiamano FOMO, *Fear of missing out*, la paura di essere esclusi o in fenomeni di ritiro sociale.

Caratteristiche dei ragazzi:

- Identità virtuale parificabile all'identità da vissuto
- Importanza della visibilità agli occhi degli altri in qualsiasi modo (collegata al tema precedente)
- Abitudine al soddisfacimento istantaneo... il tutto e subito (paragone tra ludopatia e smartphone)
- Perdita della capacità di stare nella fatica e di saper attendere
- Fenomeni di devianza correlati... ikikomorismo/suicidi/cyberbullismo

*"L'identità si costruisce, infatti, attraverso l'interazione con il proprio ambiente, e l'identità sociale in particolare si fonda sull'appartenenza dell'individuo a gruppi, realizzandosi attraverso un processo di identificazione (riconoscimento della propria appartenenza) ed individuazione (differenza dall'altro da sé)" (Borselli, Chiodini, Corsari, Giaccherini, 2003).*

### Manca qualcosa?

Non possiamo ignorare un fenomeno totalmente nuovo, ovvero la **percezione di sé collegata alla rete**. Esisto se ho molti amici su "Face". Esisto se ho centinaia di visualizzazioni su youtube. Esisto perché sono in grado di comunicare meglio di altri. Tutti in mostra nella grande vetrina del web e non importa come, a ognuno la sua scelta, "Che se ne parli bene o male, purché se ne parli"; mai fu tanto vero l'aforismo di



Oscar Wilde.

- Allora riflettiamo se oggi l'identità come la abbiamo conosciuta sino ad oggi non sia diventata parziale e non si debba introdurre il nuovo elemento, ovvero l'idea che esista una terza dimensione dell'identità.
- L'ingestibilità delle informazioni ha fatto sì che la maggior parte delle persone abbia smesso di cercare la propria verità, visto che quella condivisa non esiste più.
- La realtà virtuale ha sostituito alle grandi domande esistenziali la possibilità di appagare immediatamente la maggior parte dei bisogni che nel tempo prima avrebbero richiesto un progetto, ed un impegno ben maggiore.
- Vacillano i confini tra reale e virtuale. Se consideriamo che passiamo ore e ore ad interagire con macchine ci dobbiamo chiedere quanto questo stia incidendo nelle modificazioni del nostro cervello. Quanto le nostre scelte siano ancora del tutto libere da questa influenza. Studi recenti ad esempio dimostrano come i nativi che comunicano molto virtualmente stiano perdendo le competenze relazionali legate all'espressione e all'interpretazione dei messaggi non verbali, ovvero la capacità di ascoltare in sé e percepire nell'altro le emozioni.
- Finita la società tradizionale, finito poi il benessere in cui c'era il lavoro a fornire una chiara percezione di sé il più grave rischio che sta oggi correndo la persona che si trova a vivere questo tempo è la crisi dell'identità sociale.
- La costruzione dell'identità oggi, quindi, risente di una terza dimensione che non esisteva fino a quindici anni fa: **l'identità reale/virtuale.**

### 2.2.2. Rito e simbologia

Davanti all'ignoto all'impossibilità di conoscere, l'uomo per millenni ha eretto santuari alle divinità. Ha scritto storie che sono diventati libri sacri e poi opere di inestimabile valore culturale, ha prodotto riti collettivi. Tutto questo è durato fino a meno di 100 anni fa.

La società dei mercati ha cancellato "la morte", non se ne parla, non ci si interroga sul suo mistero, non ci si prepara. Finiscono gli dei e finisce Dio. Ma soprattutto finiscono i grandi riti collettivi e comunitari che avevano la funzione di esorcizzare l'ignoto l'imponderabile.

La società dell'incertezza, lontana dalla paura della morte e dal culto degli dei, non sembra aver raggiunto una condizione di migliore serenità e tranquillità, a giudicare dai casi di ansia e depressione che produce. Non potendo più credere in niente, mancando la possibilità di affidarsi ad un pensiero salvifico che da sempre compensa la finitezza dell'essere umano, si rischia di perdere di vista il senso delle cose.

Una cosa si è però mantenuta rispetto al passato, anzi i dati ci dicono che è in netto aumento; **sono in aumento le dipendenze.**

**Ogni dipendenza prevede una ritualità, quindi una serie di azioni rassicuranti rispetto all'imponderabile. I riti cambiano forma passando dall'essere collettivi, a riti individuali in cui ognuno porta avanti i propri, specifici e personali.**

Per usare una metafora: come si è dovuto specializzare il lavoro diventando sempre più frammentato e settoriale andando a perdere di vista il prodotto finito, così, anche alcuni di noi incapaci di cogliere il fine, il senso della propria esistenza, per sopravvivere all'ansia, hanno dovuto specializzarsi approfondendo una qualche forma di ritualità.



La ritualità scelta è rassicurante, e siamo sicuri che appagherà per un po'. Fino a che di nuovo quel desiderio di ripetere il rito non si ripresenterà prepotente, unico, totalizzante.

*Ludopatia, pornografia legata a qualche forma di feticismo, alcool, uso di droghe, dipendenza da social, videogiochi, dipendenza da internet spesso legata a forme di ritiro (ikikomorismo), shopping...* potremmo andare avanti.

Spesso una dipendenza apre ad altri comportamenti di dipendenza, i più disparati, ed il rito si amplia e diventa sempre più complesso, come più complesso diviene allontanare quell'ansia che divora.

L'accezione positiva che è insita nel termine "specializzazione" e che viene usata in questa sede, non ha una connotazione provocatoria, quanto l'idea che **in questo tempo di profonda solitudine, risulta difficile giudicare qualcuno che sta agendo un comportamento che un tempo sarebbe stato comunitario e salvifico, ma che purtroppo, slegato dalla spiritualità resta un rituale fine a se stesso che ha come proprio obiettivo solo la compensazione di bisogni materiali.**

Possiamo immaginare che la goccia che ha fatto "traboccare il vaso" sia stato lo **smartphone**? Simbolicamente il suo avvento "ha costretto" miliardi di persone al controllo continuo di una realtà virtuale che prima non era di così facile accesso,

Guardare il telefono, significa vedere chiamate perse, notifiche, leggere post e postare e se sono cinque minuti che non sento rumorini strani, forse ho perso io qualche chiamata.

Le relazioni che si intrattengono virtualmente sui vari social sono "più reali" della persona con cui sto passeggiando in questo momento, anche perché se non decidiamo di postare almeno un nostro *selfie* della giornata questa passeggiata non sarà mai esistita.

**Osservando le nostre abitudini e quelle delle persone che ci circondano viene da chiedersi dove sia la differenza con la gestualità ripetitiva che compie la persona con diagnosi di compulsione.**

Al di là del cambiamento di prospettiva a cui ci hanno abituato i social, lo smartphone sembra averci rieducato al rito, come un qualcosa di normale, rassicurante... del resto è normale, lo fanno tutti.

Il rendere normale l'abitudine smisurata al controllo può favorire un dilagante modo di pensare e di agire che può trasformarsi per molte persone in vera e propria dipendenza.

Si dice che la sostanza psicoattiva possa essere definita droga nel momento in cui perde le caratteristiche di ritualità condivisa. Eccoci arrivati al bivio.

**Abbiamo due strade o prendiamo in carico la persona classificandola a dipendente e patologizziamo il suo stato, fermando l'analisi al sintomo espresso, atteggiamento che per noi assistenti sociali andrebbe nella direzione di un abuso di competenze, tra l'altro, visto che non siamo dei sanitari; o decidiamo di prendere la via più difficile che è quella di soffermarsi sul *rito individuale e sulla sua simbologia*.**

### 2.2.3. Conclusioni

- Ci sembra possibile pensare che il tema dell'identità e la cura della stessa, possa essere oggi appannaggio della nostra categoria professionale, un argomento essenziale per poter oggi valutare nella sua complessità il disagio della persona.
- Riteniamo necessario iniziare a far conoscere questo approccio agli altri professionisti con i quali collaboriamo al fine di poter aprire specificità professionali degne di questo nome.

- Con questo, ribadiamo che non tutti i comportamenti disfunzionali della persona possano essere spiegabili con l'analisi delle sue tre identità.
- Ci sembra doveroso ricordare che un momento di transizione di questo tipo resetta completamente le regole del gioco precedente, dando a chiunque la possibilità di partecipare. Coloro che sono in grado di "leggere" questo tempo, le personalità forti capaci di cogliere nuovi segnali e bisogni sociali, le teste creative, sono coloro che riusciranno a sfruttare e a cavalcare questa onda intravedendo le risposte nella creazione di nuove forme di comunità.

"Ciò di cui abbiamo bisogno è un nuovo paradigma, una nuova visione della realtà; un mutamento fondamentale dei nostri pensieri, percezioni e valori" Fritjof Capra

### 3. Pensieri convergenti: ridondanze per l'integrazione metodologica

Le ridondanze dei settori nel Target individuato  
Sintesi dei lavori di gruppo

↓	Fine dei modelli condivisi/identità fragili/	<i>"figli con problemi identitari, aspetti di riconoscimento sociale" "difficoltà ad identificare i valori dei ragazzi e delle loro famiglie, quindi i loro bisogni" "assenza di una cultura condivisa" "fragilità dei ruoli genitoriali e pochi strumenti educativi"</i>
↓	Famiglie fragili/ Separazione generazionale/ mancanza di scambio	<i>"mancanza di reti di sostegno, aspettative diverse fuori dal piano di realtà" "fragilità relazionali, promiscuità, relazioni violente" "difficoltà di contenimento genitoriale" "difficoltà di dialogo, funzioni genitoriali infragilite"</i>
↓	Multiproblematicità	<i>"sessualità precoce, ivg come strumento contraccettivo, sostanze, sessualità virtuale" "isolamento sociale" "difficoltà economiche e disoccupazione" "migrazione"</i>
↓	Sintomo/urgenza	<i>"compartimenti stagni" "mancanza di integrazione" "rischio di agire sull'urgenza" "difficoltà nel passaggio dalla minore età all'età adulta" "aumento delle psicopatologie e abbassamento dell'età di esordio"</i>
↓	Approccio sanitario/patologizzazione e stigma	<i>"prevalenza logiche medico centriche e sanitarie" "in appropriatezza degli invii, marginalità e stigma"</i>
↓	Manca un approccio sociale condiviso	<i>"ci vuole una formazione trasversale" "non sappiamo lavorare in modo innovativo creativo" "e allora vengono gestiti in strutture private convenzionate" "manca la prevenzione che coinvolga utenti, famiglie, operatori" "mancano idee nuove" "linguaggi adeguati ai ragazzi" "manca un servizio per l'adolescenza e per tutta la famiglia" "mancanza della valutazione (sociale)" "manca la prevenzione primaria, lavorare sul benessere"</i>
?	Una possibile chiave di lettura	<i>Generazioni separate e ruolo e identità</i>

## MODULO III

### L'integrazione in pratica

*dalla condivisione di metodi, tecniche e linguaggi di competenza,  
alla co-costruzione di protocolli/accordi/pratiche operative condivise*

*Ciò che è stato individuato nelle fasi precedenti ha necessità di diventare operativo concretamente all'interno dell'organizzazione di appartenenza, si provvederà quindi ad identificare i percorsi e le procedure possibili isolando in modo particolare il metodo con cui si potrà costruire il processo organizzativo e gestionale in pratica e i relativi strumenti*

#### 1. Lavoro di rete: spunti teorici

##### 1.1. Approccio di rete<sup>9</sup>

**L'approccio di rete ha cominciato a diffondersi in Italia tra la fine degli anni '70 e i primi anni '80**, soprattutto in conseguenza dei processi di deistituzionalizzazione dei malati psichici e dei minori portatori di handicap, per lo sviluppo di un sistema di servizi decentrati nella comunità che ha via via coinvolto numerose fasce di popolazione assistita (si pensi al trattamento degli alcolisti e dei tossicodipendenti, così come della gran parte delle malattie croniche e della terza età).

In Italia l'approccio di rete, collegato al processo di decentramento dei servizi nella comunità, **ha influenzato** in diversi modi - negli ultimi vent'anni - **l'intervento sociale e sanitario, soprattutto in quattro direzioni:**

- (a) **la deistituzionalizzazione psichiatrica** e le teorie della riabilitazione psicosociale, approdate nell'esperienza di Trieste alla teoria dell'impresa sociale';
- (b) **il lavoro e l'intervento con i tossicodipendenti e disabili**, nelle esperienze di diversi gruppi associativi o di cooperazione (si pensi in particolare al Gruppo Abele di Torino);
- (c) **il modello di trattamento degli alcolisti**, elaborato da Vladimir Hudolin ed espressamente basato su una concezione di lavoro di rete (club), particolarmente diffuso e radicato nella regione Friuli-Venezia Giulia;
- (d) **la scuola di servizio sociale**. È soprattutto la Scuola di Servizio Sociale di Trento e la Casa Editrice Centro Studi Erickson, per l'impulso del prof. Fabio Folgheraiter, ad aver contribuito alla traduzione, sistematizzazione e diffusione nel nostro paese di teorie e modelli della Community Care e del lavoro di rete.

Il riconoscimento, anche da parte dell'OMS, del ruolo fondamentale svolto dalle cosiddette "risorse umane" comunitarie e dai network delle persone con bisogni speciali (network di relazioni intese, innanzitutto, in quanto legami "oggettivi" di appartenenza sociale, che traducono l'insieme dei diritti di cittadinanza, e cioè anche di partecipazione alla vita della propria comunità da parte dei soggetti svantaggiati), è andato di pari passo con la crisi e la critica del modello di Welfare messo a punto in Europa nel secondo dopoguerra, nel generale ripensamento di finalità, obiettivi e criteri che devono presiedere le politiche sociali.

Gli argomenti più frequentemente addotti di crisi e critica dello stato sociale sono abbastanza noti e particolarmente dibattuti già dalla seconda metà degli anni '70.

- la proliferazione dei bisogni d'intervento e delle categorie di utenza che ha comportato un aumento della spesa non più sostenibile, senza che si siano raggiunti quegli effetti redistributivi delle politiche sociali che erano stati preconizzati, e senza che sia stata soddisfatta la promessa di *uguaglianza nell'accesso*, nella quantità e qualità delle prestazioni erogate alle varie categorie di cittadini. Il modo in cui la redistribuzione delle risorse è stata attuata

<sup>9</sup> *Tratto dall'articolo: Lavoro territoriale e approccio di rete – Giovanna Gallio, Oltre lo Specchio – medico & bambino, 1997*

avrebbe prodotto effetti di *omologazione delle differenze*, anziché di *uguaglianza di opportunità sociali*, e in tale omologazione sarebbe implicito un effetto di *negazione delle diversità e la produzione di nuove discriminazioni*.

- *la logica del problem-solving nell'organizzazione dei servizi* («l'idea - o approccio deterministico - per cui si suppone che, dato un problema, vi siano "una" causa e "una" soluzione, e che una linea diretta unisca causa, problema, soluzione»), insieme alla *standardizzazione delle risposte e al carattere frammentato degli interventi*, avrebbero indotto l'aggravamento di una serie di problemi. In particolare sono diventati sempre più visibili effetti di scrematura, selezione e discriminazione nelle modalità di risposta al bisogno, con la *produzione di "residui"* (cronicità, inguaribilità) inizialmente non previsti, e ciò è accaduto mano a mano che le prestazioni, nel loro specializzarsi, venivano erogate secondo criteri di 'diritto' e di 'contratto'.

Infine, proprio *nel passaggio dal paradigma di tutela al paradigma contrattualistico* che caratterizza il Welfare avanzato, è diventato appariscente il *carattere asimmetrico della relazione* tra la popolazione e i servizi. Da una parte c'è qualcuno che esprime un bisogno, un problema, una sofferenza più o meno grave e urgente; dall'altra c'è qualcun altro che ha il potere/sapere di definire questa domanda e di rispondervi. Da una parte c'è un codice per classificare il bisogno, dall'altra c'è qualcuno che deve adattarsi a questo codice se vuole esprimere una richiesta.

*In tale relazione la dipendenza dell'assistito non scompare ma si trasforma*: diventa una *dipendenza non più personale ma impersonale*, che si manifesta sotto forma di lealtà, sottomissione, strutturazione di aspettative di comportamento adeguato alla filosofia/offerta del servizio.

Per altri versi, e in altri termini, la frammentazione delle prestazioni e degli specialismi fa sì che i bisogni, sanitari e sociali, siano affrontati senza che i soggetti che ne sono portatori possano ricomporre il senso e le risposte in modo globale e coerente, con il risultato che la famiglia e la comunità si trovano depauperate di una serie di capacità e di competenze nella promozione del benessere.

È evidente che tutti questi limiti si riflettono sugli stili professionali da diversi punti di vista. I principali aspetti di trasformazione delle professionalità, su cui si è dibattuto in molte sedi, si possono riassumere nel modo seguente.

1. *I destinatari dell'intervento devono diventare il più possibile co-attori e co-produttori delle risposte*; il che ha come conseguenza l'attribuzione all'utenza di un potere di negoziazione degli obiettivi e delle risorse. Si tratta di un criterio-guida nella riorganizzazione delle politiche sociali: il loro sviluppo dal basso deve/può avvenire solo attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei cittadini-utenti (Consumer involvement), la promozione di iniziative solidaristiche, la costruzione di una complessa rete mista di azioni per il benessere, tra il privato e il pubblico. Non si può più prescindere, nella programmazione e messa in atto delle strategie di salute e di assistenza, dalle diverse forme di partecipazione dell'utenza alla definizione, implementazione, valutazione e riformulazione degli obiettivi degli interventi, secondo modalità interattive e processuali.

2. *È considerato un limite lavorare sui problemi*, e sui soggetti portatori dei problemi, secondo categorie precostituite (una risposta per ogni problema e per ogni categoria di assistiti) perché si è scoperto che: a) lavorando in questo modo *le risorse sono sempre insufficienti*, e - ancora di più - vi è spreco di risorse nella ridondanza e sovrapposizione degli interventi e degli specialismi;

b) si ripropone l'immagine falsa di un *operatore 'onnipotente'*, addetto a trasformare un problema nella sua soluzione.

Per quanto riguarda l'operatore come solutore del problema, sono ormai molto pochi gli assertori dell'efficacia e dell'efficienza dell'intervento di aiuto in quanto basato solo sul miglioramento "tecnologico" delle professioni e degli specialismi. Se è vero che le specifiche abilità e competenze degli operatori devono essere continuamente formate e perfezionate, tuttavia sempre più si riconosce l'importanza di *inquadrare le professioni in un paradigma o approccio strategico*.

In definitiva si ammette, soprattutto nell'area del lavoro territoriale, che *l'intervento non debba più essere chiuso in un setting specialistico*; è necessario rompere e oltrepassare i confini del servizio, il che significa concretamente:

- *identificare e reperire risorse nella comunità*, nel senso ampio prima enunciato: aggirando, cioè, la questione della scarsità delle risorse perché è l'intera comunità che viene coinvolta con i suoi giacimenti di risorse;

- passare da una concezione autoreferenziale, di risorse che essendo concentrate solo nel servizio sono da risparmiare, perché si consumano, a una concezione in cui le risorse del servizio vanno investite e “rischiate” per essere ricapitalizzate e accresciute. Le prime risorse da rischiare in un servizio pubblico sono gli stessi professionisti che ci lavorano: le loro capacità e i loro talenti non solo professionali; e anche gli utenti;
- superare la logica della dipendenza personale dell'utente dal servizio e dall'operatore (ma anche viceversa, dell'operatore dal proprio servizio e dal proprio utente) moltiplicando i contesti e le condizioni di una dipendenza intesa come inter-dipendenza, e cioè anche come scambio allargato, nel perseguire determinati scopi e interessi dell'utente e del servizio nella comunità.

Di seguito approfondiremo alcuni punti nodali che derivano da questo approccio e ci aiuteranno a chiarire alcuni aspetti ancora controversi nel lavoro territoriale:

- l'integrazione socio-sanitaria a partire dalla logica intrinseca di funzionamento dei due mondi Sociale e Sanitario: guarire e assistere;
- il lavoro di équipe e il lavoro di rete; nonché specifiche sul lavoro di rete e il lavoro in rete;

## 1.2. Integrazione socio-sanitaria: guarire e assistere

Dalle riflessioni appena accennate si desume che il lavoro di rete consiste sostanzialmente nel far sì che tutti gli elementi, le parti che compongono sia il problema che la soluzione, siano collocati in maniera da collegarsi e inter-dipendere, costituendo in questa trama di interdipendenza una nuova totalità, un nuovo “sistema” che, per la sua stessa esistenza, situerà il problema in un'altra prospettiva (prima di tutto cognitiva), favorendo delle soluzioni impensate.

A tal proposito l'elemento di fondo che può aiutare a tracciare le diversità da cui ripartire come vincolo per organizzare e gestire un lavoro integrato sul piano professionale riguardano la differenza tra curing e caring.

**Nella cultura anglosassone si distingue il concetto di cura per intendere il darsi da fare per guarire (curing) rispetto al darsi da fare per assistere la persona prendendo atto dello stato di bisogno in cui è (caring).**

In proposito ci ricorda F. Folgheraiter<sup>10</sup>:

con il termine curing indichiamo la strategia di eliminare o controllare il malessere attaccando una manipolazione precisa basata su dati obiettivi. **E' l'idea tipica del curare nel senso di <<guarire>>**. Il *curante sanitario* vede il problema circoscritto alla patologia e tenta di risolverlo *sopprimendola* con arti e procedimenti scientifici consolidati, che il più delle volte possono tradursi in prestazioni standard replicabili. (...) quando la malattia diviene cronica ...definisce come suo scopo quello di accompagnarne il suo decorso inesorabile controllandone gli effetti mitigandone le manifestazioni collaterali (ad esempio il dolore) ... Stesso orientamento troviamo in altre branche della sanità come la *medicina sociale* che si preoccupa di studiare e controllare l'insorgenza collettiva di malattie e affezioni in chiave preventiva che emergenziale. E' sempre la patologia che prende il pensiero, è sempre il mal funzionamento organico che va prima accertato e poi trattato o controllato secondo il classico schema binario della <<diagnosi e trattamento>>, eventualmente sapendolo individuare anche prima che esso arrivi a prodursi.

E sugli utenti aggiunge:

I pazienti fungono da portatori del problema e rimangono ignari della sua realtà precisa che solo il medico abilitato può vedere, e molte volte persino toccare con mano in senso letterale.

... Tuttavia la medicina *postmoderna* tende a mettere in discussione questo approccio così <<realistico>>. Si sforza di immaginare quanti benefici deriverebbero ai sistemi sanitari se i medici adottassero ragionamenti sofisticati e mettessero a volte in discussione la loro tendenza a <<cosificare>> i problemi, e spesso anche gli

<sup>10</sup> *Fondamenti di metodologia relazionale*, F. Folgheraiter, Erickson, 2011, p.27

stessi pazienti che li portano<sup>11</sup>.

E infine:

**La logica sociale è quella del prendersi cura secondo reciprocità (*caring*)**

**La logica sociale dell'aiuto è altro rispetto a quella sanitaria, anche se le due si debbono spesso integrare in pratica dentro una stessa <<terapia>> complessa.**

*... Mentre la medicina più moderna deve tendere a tener conto del punto di vista degli interessati alle cure per il lavoro sociale questa è questione vitale.*

Un operatore che lavora su problemi sociali anziché strutture biologiche rotte o disfunzionanti, deve riconoscere la complessità dei sistemi osservanti che guardano quei problemi. ... i problemi sociali emergono (si costruiscono) dalla molteplicità di fuochi osservativi presenti nelle loro situazioni costitutive, da quelli più coinvolti (utenti e familiari ad esempio) ad altri via via più distaccati. L'operatore sociale presente in situazione è uno di questi sistemi osservanti. ... Di più si dice che <<operatore sociale>> si dice anche di colui che vede se stesso quale osservatore di tutto il sistema osservante sotto di sé.

Osservatore sociale = (n.livelli osservativi + il proprio) + 1

Deduciamo per inciso da queste affermazioni che il Lavoro sociale ha la struttura formale della *supervisione*. ... esprime una competenza di osservazione sopra altre competenze di osservazione, nello stesso modo in cui opera un tipico supervisore formativo ... tiene conto delle percezioni degli altri e le amalgama nel proprio agire, anche nel caso in cui non sia consapevole di farlo.

<sup>12</sup>... la nostra tesi è che il sociale sia *l'ambiente* necessario dell'aiuto personalizzato. L'aiuto umano non può esserci fuori da una logica sociale ... Il sociale è un ombrello più <<comprensivo>> del sanitario tant'è che l'<<aver cura>> può <<produrre guarigione>> di per sé, ovvero ne può diventare un prerequisito indispensabile; una guarigione realizzata può rivelarsi alla fine inutile, senza la care; quando la guarigione risulta impossibile – nei casi di cronicità, ad esempio – ecco che la cura sociale può essere la risposta d'elezione, e così via.

... Il lavoro sociale è un campo poliprofessionale un campo comune a più professioni affini .. Assistente sociale, Educatore sociale, Animatore , ....

### 1.3.Lavoro di équipe e lavoro di rete<sup>13</sup>

Se nella rete di fronteggiamento vi sono molti professionisti in qualità di erogatori di qualche prestazione specializzata, o addirittura se ve ne sono molti, come può essere probabile se la situazione è grave, il quadro si complica.

In base a che cosa un esperto funge da guida, posto che gli altri membri della rete sono esperti anch'essi, nel loro genere? Chi, fra tutti dovrà essere la guida? In qualche caso la risposta verrà da sé, e nessuno si metterà a discutere. In altri sarà necessario trovare un accordo, in modo che la distinzione tra la guida e tutti gli altri sia ben chiara. Ma quando anche la guida sia chiara ci sarà la collaborazione?

Ogni membro professionale di una rete di *care* dovrebbe far rientrare nel suo spezzone di responsabilità il *riconoscere* la responsabilità sovraordinata del collega che funge da guida e sentire il *dovere* - deontologico – di mettersi in rete e agire collaborativamente. Per questi professionisti non dovrebbe essere troppo difficile disporsi in un tale atteggiamento, posto che il collega che funge da guida deve ovviamente conoscere i principi della guida medesima, senno' entrerebbe in contraddizione con se stesso (in primo luogo il principio di retroazione – l'operatore agisce prevalentemente attraverso feedback e non attraverso prescrizioni - e quindi evitare l'impostazione gerarchica).

<sup>11</sup> l'OMS in effetti invita a considerare la salute come <<uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non soltanto l'assenza di malattia o infermità>>

<sup>12</sup> *Teoria e metodologia del Servizio Sociale. La prospettiva di rete.*, F. Folgheraiter, Erickson, 2007, p.36

<sup>13</sup> *Ibidem*, pag. 498



Ma ancora non è sufficiente, una rete di logn term care non può basarsi solo sulla buona volontà a collaborare è necessario a questo punto mettere in rilievo la differenza tra: un lavoro di rete e un lavoro di team (équipe).

**Un'équipe** multiprofessionale è una squadra di diversi operatori, con qualifiche e ruoli funzionali diversi, che appartengono a uno stesso Ente.

Essi si riuniscono e si coordinano sotto la direzione del dirigente del Servizio, il quale è legittimato a richiedere a ciascuno di adeguarsi alle necessità strategiche o funzionali che lui ha in mente. **Nell'équipe la collaborazione è un dovere.**

**Nel lavoro di rete tutto è più destrutturato** e anche spesso, perciò, più complicato.

In una rete di fronteggiamento i professionisti che si incontrano appartengono a Servizi diversi, e questi a loro volta si incontrano con la controparte naturale: famiglie, comunità, ... Tutte queste componenti si ritrovano alla pari, in linea di principio (e anche in pratica se si vuole che la rete funzioni). Il principio gerarchico che fa funzionare un'équipe non vale nel lavoro di rete, dove l'enfasi è piuttosto posta sulla collaborazione tra differenti organizzazioni e tra differenti tipi di persone a livello locale.

La discrezionalità relazionale tra operatori in questi casi, cioè la libertà di decidere se interagire o meno, e con chi, dovrebbe essere in qualche modo codificata: ogni esperto è responsabile di una prestazione per la quale è lì chiamato ma deve essere anche responsabilizzato formalmente all'interazione e alla collaborazione. Una responsabilità che non è più riferita solo al proprio ente ma che è comunitaria.

Servono precisi marchingegni istituzionali per condizionare la collaborazione inter-agenziale dei loro operatori sul terreno (es. contratti o protocolli di rete).

#### Distinzione tra lavoro di rete e lavoro in rete

#### **Sintesi dei concetti<sup>14</sup>**

<b>Lavoro in rete</b>	Azione di un singolo componente della rete che agisce cercando in qualche modo di raccordarsi o di tener conto dell'esistenza di altre azioni di altri interessati sul compito. E' quindi il tentativo anche inconscio di un singolo componente della rete di migliorare la sua stessa azione ponendola in relazione con quella di un altro (o pochi altri).
<b>Essere in rete</b>	Posizione di una persona che svolga una parte, anche isolatamente, in compito comune.
<b>Lavoro di rete</b>	Azione di guida (raccordo, direzionamento e sviluppo) nei confronti delle diverse persone in relazione che costituiscono la rete. E' intenzionale e consapevole, anche se non necessariamente <i>professionale</i> , e va oltre le semplici funzioni di coordinamento (raccordo funzionale).
<b>Reticolazione informale</b>	Azione inconsapevole di coordinamento funzionale espressa dall'interno della rete da uno suo membro. E' un'azione centralizzata in una figura-perno che tendenzialmente va a raccordare varie azioni nella rete (al limite, tutte).

<sup>14</sup> *ibidem*, pag.447



## 2. Gli strumenti per l'integrazione: linee guida e protocolli

### LINEE GUIDA

Le linee guida sono raccomandazioni sviluppate sistematicamente sulla base di conoscenze continuamente aggiornate e valide, redatte allo scopo di rendere appropriato e con un elevato standard di qualità un comportamento desiderato. Hanno quindi funzione di supporto decisionale e si concentrano sul risultato da ottenere, mantenendo una certa flessibilità sull'assegnazione dei compiti.

Tali norme sono una base di partenza per l'impostazione di comportamenti e modus operandi condivisi in organizzazioni di ogni genere (sia private, sia pubbliche) nel campo sociale, politico, economico, aziendale, medico e così via. Prevalentemente **non si tratta di procedure obbligatorie** (in questo caso si parla di protocollo, di codice o procedura).

I due termini, **linee guida e procedure**, si riferiscono a sequenze ordinate di azioni, indicate in maniera concreta ed esplicitamente correlate agli orientamenti di senso sottostanti, che per l'appunto ci si attende vengano svolte dall'assistente sociale per realizzare gli interventi di aiuto di cui è incaricato dall'ente per cui opera.

**La differenza tra le due espressioni** è che le linee guida consistono in indicazioni un po' più ampie e meno strettamente vincolanti rispetto alle procedure. Le linee guida lasciano all'operatore maggiore discrezionalità e, quindi, sono in genere completate da un corpo più consistente di informazioni e riflessioni analitiche, finalizzate a facilitare la presa di decisione caso per caso.

Le **Linee Guida** assistono il professionista in tutte quelle situazioni in cui non si può **imporre** un dato comportamento **senza influire negativamente** sul processo di **assistenza**.

Tanti sono i casi in cui si devono prendere decisioni diverse, quindi è necessario il supporto della linea guida, poiché evolvono in maniera imprevedibile i fattori in gioco. In questi casi le regole imposte non funzionano perché limitano gli interventi dell'operatore che deve basarsi su quello che è la sua esperienza personale, la sua capacità di problem-solving e il suo corpus di conoscenze al fine di agire per il bene dell'utente.

Le linee guida devono:

- coinvolgere le parti in causa;
- avere rigore metodologico;
- essere chiare e applicabili;
- essere editorialmente indipendenti.

**In sintesi:** se le linee guida indicano cosa **dovreste** o potreste fare in una specifica situazione, il protocollo invece, dice esattamente cosa **dovete** fare.

### PROTOCOLLI

#### Definizione

*Complesso di regole e procedure cui ci si deve attenere in determinate attività, per es. in medicina: nel prescrivere una certa terapia*

Oppure

*Insieme di regole convenzionali che disciplinano il funzionamento di un sistema di comunicazione*

#### Cosa sono e a cosa servono

Sono schemi predefiniti di comportamento e fanno riferimento a sequenze procedurali abbastanza prescrittive.

Sono strumenti rigorosi che indicano la sequenza di azioni che permette di raggiungere un determinato obiettivo.

Sono redatti per garantire che l'erogazione di prestazioni sia efficace, efficiente e omogenea.

È necessario procedere con la redazione di protocolli in presenza:

- di prestazioni prevedibili e standardizzabili
- di situazioni assistenziali complesse
- di procedure assistenziali poco frequenti nella realtà di riferimento.

Oltre a essere fondato e contestuale, un protocollo deve caratterizzarsi per:

- validità, applicabilità e riproducibilità;
- flessibilità;
- chiarezza, completezza e concisione.

Il protocollo è uno strumento che ha una valenza scientifica poiché scaturisce da una ricerca, ma perché acquisti validità **deve essere contestualizzato nella realtà operativa per il quale è stato realizzato in quanto deve tener conto dell'ambiente, delle risorse umane e materiali, in un preciso contesto temporale e culturale.**

L'elaborazione di un protocollo consente un esercizio logico, attraverso il quale ci si sofferma a riflettere sulla propria pratica assistenziale, analizzandola e modificandola al fine di renderla più consona alle proprie esigenze professionali e ai bisogni degli assistiti.

E' un documento scritto che si inserisce nel sistema informativo di una unità operativa o servizio, descrivendo tecniche e modalità da osservare nell'erogazione di intervento/servizio, in vista di un obiettivo definito e che sulla base della progettazione di un sistema di verifica ne consente la valutazione.

*Non è una garanzia se non viene corredata l'applicazione di un sistema di verifica e valutazione.*

#### Che tipo di protocollo

- organizzativo
- operativo-metodologico
- completo: organizzativo e operativo-metodologico

#### Come si costruisce un protocollo

Le attività per la costruzione del protocollo seguono almeno cinque fasi distinte:

1. Redazione
2. Approvazione (validazione formale)
3. Diffusione e Adozione
4. Verifica
5. Valutazione

#### Elementi di un protocollo

- **Titolo**, deve esplicitare immediatamente il contenuto del documento, in genere corrisponde all'azione che si vuole protocollare;
- **obiettivo** che si vuole raggiungere con il protocollo rispetto a standard definiti o da definire;
- **standard<sup>15</sup> di risultato**: costituisce il criterio di orientamento che guida l'operatività del professionista e permette la valutazione della sua azione in relazione all'obiettivo;
- **indicatori<sup>16</sup>**;
- **materiale/strumenti** occorrente elencato in dettaglio e se possibile in successione d'uso;
- **operatori coinvolti**;
- **tempi richiesti** nella realizzazione del percorso/processo (preparazione, attuazione e verifica);

<sup>15</sup> [dal francese antico *estandard*, *stendardo*] Livello soglia, valore, modello, esempio di riferimento, meta da raggiungere

<sup>16</sup> [dal latino *index*, "che mostra, " che indica"]] Caratteristica qualitativa (paragonabile) o quantitativa (misurabile) di un oggetto o di un fenomeno che su questi consente di inferire (costruire ipotesi, dare giudizi).

- **procedura operativa:** ovvero le azioni da compiere elencate in sequenza indicando le motivazioni (cioè il perché si rende necessario fare ...);
- **flow-chart o diagramma di flusso** inerente il protocollo e/o procedura operativa, in alternativa si possono utilizzare schede tecniche informative;
- **complicanze** possibili indicando relative misure di superamento;
- modalità e tempi di **verifica e valutazione** del percorso/processo
- **data** di stesura e di revisione del protocollo;
- **nominativi** e qualifica dei componenti il gruppo di lavoro;
- **timbro e firma di validazione** formale del protocollo

#### Fasi di realizzazione

1. individuazione dell'argomento o della situazione problematica che viene trattata;
2. costituzione e formalizzazione del gruppo di lavoro;
3. analisi delle attività esistenti (ci sono procedure e/o protocolli inerenti il tema trattato?) per evidenziare le diversità di comportamento;
4. definizione degli obiettivi rispettando i criteri di: pertinenza, logicità, precisione, realizzabilità e misurabilità;
5. definizione dello standard di risultato che si vuole raggiungere e identificazione degli indicatori;
6. individuazione delle risorse materiali, umane e strutturali disponibili in quel contesto;
7. definizione del processo di lavoro (attività e loro sequenza) e motivazioni che sottendono alle modalità/tecniche;
8. definizione delle responsabilità degli operatori specificando in sequenza logica chi, fa cosa, come, quando e con quali risorse/tempi;
9. raccomandazioni eventuali da osservare nella realizzazione del percorso a protocollo;
10. descrizione delle complicanze (cosa può succedere se ... e come comportarsi);
11. individuazione delle modalità e tempi di verifica del protocollo (risorse, processo, risultato) e di valutazione (livello di adesione da parte degli operatori – indicatori- );
12. individuazione della data di revisione;
13. approvazione del protocollo
14. diffusione del protocollo prevedendo una strategia di implementazione all'interno dell'Organizzazione

#### Cosa può contenere un protocollo operativo-metodologico sociale (gestione casi complessi)

Un protocollo operativo-metodologico in ambito sociale è in sostanza un documento condiviso che contiene un modello/metodo di presa in carico (in genere integrata tra più operatori) per uno o più diversi processi di aiuto, e contiene quindi un certo tipo e numero di fasi del percorso, in cui sono indicate le attività, le risorse e le responsabilità, come per es.:

- analisi della domanda: chi fa cosa e quando
- analisi del problema (e tipo di aree di indagine – disegno della ricerca valutativa): chi fa cosa, quando, e come, specie se si integra con gli altri per la raccolta dati/informazioni e la relativa analisi per la formulazione di una valutazione sociale. Qui vanno stabiliti anche i relativi strumenti di rilevazione, con l'indicazione di strumenti ad hoc disponibili (es. Valutazione RISC, SVAMA, ...) e se non disponibili in modo standard indicare semmai fac-simile di strumenti da poter utilizzare come scale di valutazione, ecc.
- piano di intervento: chi costruisce il piano e come si integra con gli altri per la sua realizzazione e per la sua gestione (chi prende in carico e come, ...)
- verifica e valutazione del piano di intervento

Aspetti innovativi e spunti metodologici per un protocollo specialistico in ambito di servizio sociale professionale: il CSC model

- per l'analisi del problema:
  - a. il CSC model ci suggerisce di analizzare le ridondanze del ciclo di vita di una persona affinché sia possibile individuare con maggior evidenza una serie di elementi fondamentali per le scelte di vita della persona
  - b. Il CSC model ci suggerisce di analizzare la sua identità da vissuto
  - c. Il CSC model ci suggerisce di analizzare la sua identità sociale e quella reale/virtuale

Il tutto per ricollocare la persona in relazione all'ambiente e alle persone della sua rete di appartenenza nelle posizioni funzionali e rifunzionali e valutare al meglio il disagio sociale (incapacità di azione).

Si ricorda che mentre si agisce questa azione con la persona/e si mette già in atto un primo importante percorso di consulenza sociale di cura che già si avvia e in seguito dovrà procedere per la via che già si potrà evidenziare. Da questa fase può uscire già una prima proposta di piano di intervento in sintesi.

- Per il piano di intervento:

emergerà dalla fase precedente in cui si potranno/dovranno isolare gli elementi fondamentali delle varie aree di indagine che si possono considerare in disagio condividendole con la persona stessa. Per determinate situazioni di disagio sociale oltre agli interventi assistenziali (erogazione prestazioni personalizzate) si può e si deve prevedere un percorso di sostegno/accompagnamento in termini consulenziali "di cura sociale" ( - aiuto sociale "aperto" - ) che procederà dalla fase precedente e che non potrà e non dovrà essere abbandonata.

### 3. I percorsi e le procedure di integrazione possibili

analisi delle diverse aree/settori/organismi di appartenenza alla luce degli sviluppi formativi precedenti

Lavori di gruppo sulle procedure di integrazione possibili ...

*che cos'è l'INTEGRAZIONE GESTIONALE in pratica oggi ?*

**OVVERO**

*Come gestite oggi le situazioni complesse in integrazione tra i servizi? Serve un protocollo e per cosa?*

#### TRACCIA DEL LAVORO DI GRUPPO

1. Individuazione dell'argomento o situazione problematica da mettere a protocollo
2. Ci sono già procedure o protocolli per gestirla? (impliciti o espliciti)
3. Definizione del *processo di lavoro*, delle *responsabilità* e delle *risorse*, da mettere a protocollo

definizione del processo di lavoro (attività e loro sequenza) e motivazioni che sottendono alle modalità/tecniche		
	Oggi	A protocollo

definizione delle responsabilità degli operatori specificando in sequenza logica chi, fa cosa, come, quando e con quali risorse/tempi		
	Oggi	A protocollo

individuazione delle risorse materiali, umane e strutturali		
	Oggi	A protocollo