

FOCUS – MANDATO INIZIALE / RILIEVI FINALI

TEMI TRATTATI	Richieste iniziali	Rilievi finali
Sistema sanitario e spazi di lavoro sociale		
Spazio di lavoro sociale in sanità: problematiche etiche e di contesto – Nazionale e locale	<i>“migliorare il riconoscimento professionale da parte delle altre figure professionali (sanitarie)” “crisi del servizio sociale”</i>	
L’integrazione nel codice deontologico	<i>“ruolo dell’A.S.” “quale è il ruolo del A.S.?”</i>	
Integrazione socio-sanitaria e logiche manageriali	<i>“apparato più flessibile e meno burocratico” “quali “termini” professionali nel lavoro sociale in sanità, come distinguersi”</i>	
Spazio di lavoro sociale in sanità: l’operatività	<i>“pensare a cosa fare non come problema/patologia” “costruire un pensiero sulle storie e non sulla diagnosi” “ruolo dell’A.S.”</i>	
Spunti di riflessione per un approccio etico/deontologico	<i>“come mantenere, salvaguardare il ruolo sociale nel contesto sanitario in cui lavoriamo”</i>	
I processi di aiuto socio-sanitario e la cura sociale		
I problemi e bisogni sociali, multiproblematicità	<i>“spunti per una presa in carico congiunta di casi multiproblematici” “dall’emergenza al progetto condiviso” “gestire la complessità”</i>	
La cura sociale “qui ed ora”	<i>“Approfondire i processi di aiuto socio sanitario: la consulenza sociale di cura” “augmentare lo spazio creativo e di autonomia professionale”</i>	
L’oggetto epistemologico del lavoro sociale	<i>“confronto professionale sullo specifico del sociale nei diversi servizi; quale lo specifico professionale nel sistema sanitario?”</i>	
Spunti innovativi per una valutazione sociale “qui ed ora”	<i>“Tutela delle Storie di vita delle persone, costruire un pensiero sulle storie, mi interessa l’aspetto del “raccontarsi” della persona. Nell’accogliere il racconto dell’altro si crea una fiducia” “progetti innovativi a favore della giovane utenza” “aumento della mia capacità critica, del mio operato e apprendimento di nuove modalità operative” “nuove conoscenze che mi aiutino a vedere la complessità come più facilmente affrontabile” “maggior crescita professionale”</i>	
Le problematiche di Identità	<i>“non perdere le storie dei ragazzi che vanno da un servizio all’altro” “lavorare insieme perché la persona non si senta spezzata” “a fronte di una sempre maggiore affluenza ai servizi di minori e giovani, aggiornamento professionale” “approfondimento di argomenti più concreti e realistici” “innovazione! Proporre nuovi percorsi e nuove possibilità” “condividere metodologie e linguaggi adatti alla fascia 18-22” “individuare strumenti condivisi per la comprensione delle situazioni”</i>	

L'integrazione socio-sanitaria in pratica: rete e protocolli	
Approccio di rete	<i>"cosa fare oltre la rete tra i servizi" "identificare nuove risorse sul territorio utili a questo target"</i>
Integrazione socio-sanitaria: guarire e assistere	<i>"superamento della frammentazione/settorialità degli interventi" "aumento integrazione tra servizi" "strategie di metodo" "come poter svolgere anche un lavoro di prevenzione?"</i>
Lavoro di équipe e lavoro di rete	<i>"portare la cultura della collaborazione dentro i nostro servizi" "acquisizione di elementi per un miglior lavoro di rete" "valorizzare ciò che ci accomuna"</i>
Gli strumenti per l'integrazione: linee guida e protocolli	<i>"individuare un modello organizzativo per la presa in carico globale dei (14-22)" "come effettuare un concreto passaggio di casi multiproblematici" "progettazione condivisa tra servizi" "produrre protocolli di collaborazione interna" "condividere metodologie e linguaggi adatti alla fascia 18-22" "individuare strumenti condivisi per la comprensione delle situazioni"</i>
I percorsi e le procedure di integrazione possibili	<i>"proposte alla dirigenza rispetto all'argomento del corso e rilancio di buone prassi" "buone prassi tra servizi"</i>

RIFLESSIONI SINTETICHE FINALI

Dalle scritture di mandato iniziale è emersa una profonda consapevolezza degli operatori su **ciò che non sta funzionando**.

Si lamenta un **approccio sempre crescente del mondo sanitario che sta patologizzando /categorizzando /spezzando la persona**, non per dare risposte all'esigenza del "malato" così categorizzato ma più **per esigenza organizzativa e di sistema sociale e culturale**.

Se spezzo tratto un pezzo e quel pezzo ho l'impressione di trattarlo al meglio. Ma ognuno di noi ormai sa che quel pezzo da solo non si è in grado di trattarlo perché è collegato, aggrovigliato, con tutto il resto. Per questo anche nella sanità si parla da anni di integrazione socio-sanitaria e ora anche di integrazione con un sociale più esteso del concetto stretto di "disagio sociale".

C'è una tensione a smettere di settorializzare per recuperare un approccio globale alla complessità della persona stessa affinché non si trovi a essere descritta con stereotipi diversi a secondo di chi fa la presa in carico, a seconda di chi vede quella parte con i soli suoi occhi intrisi di proprio sapere disciplinare esclusivo.

Nel contempo non è ben chiaro come si possa cambiare questo processo in quanto il sociale descritto non sembra avere la forza di un ruolo condiviso, né al proprio interno né di conseguenza rispetto ad altre figure professionali.

Si cercano allora linguaggi specifici e professionali che identifichino il lavoro dell'A.S. rispetto a quello degli altri professionisti.

E qui sta una sorta di controsenso di fondo, forse un po' sottile ma fondamentale da sviscerare, ovvero:

accusiamo la sanità di spezzare la persona ... e chi lo fa? I sanitari ? (che addirittura tendono anche al loro interno ad avere condizione di riconoscimento verticistico di potere solo per alcune figure e meno per altre).

Per cambiare questo processo ciò che riteniamo sia importante è specificare meglio il linguaggio professionale che identifica il lavoro dell'AS, stando così nello stesso equilibrio precario? Ognuno riconosce se stesso e non l'altro e il rispetto tra professionisti è dato solo a chi nell'immaginario collettivo è più forte e quindi praticamente, in questo caso, sempre al medico e anzi al medico nella specialità più apprezzata dalla massa e di solito anche più pagata.

Questo a nostro avviso è necessario per contrapporsi alle altre professionalità in una specie di lotta competitiva a "chi vale di più" alla conquista del rispetto dell'altro professionista che diventa di prestigio societario (dentro questo sistema sociale competitivo e conflittuale) e non di sostanza.

Mi spiego meglio, ciò che ci serve è sì non essere "schiacciati" dentro un sistema sanitario verticistico e di superiorità sanitaria sul sociale, ma **la strada da percorrere è più impervia dell'imporre il ruolo per ottenere il riconoscimento** da parte degli altri professionisti dell'identità professionale.

Va svelato anche il gioco interno delle parti... e proviamo ancora a spiegarci meglio.

Come dice giustamente Roberto Mancini, l'interdisciplinarietà (che rischia di essere la moltiplicazione del disciplinarismo) non è la soluzione perché chi interpreta quella disciplina, proprio come anche qui si denuncia, mentre affronta il problema tende a parlare a se stesso (in termini disciplinari autoreferenziali), assolutizza il proprio modello esplicativo, imponendo così autoreferenzialmente il proprio punto di vista disciplinare,

il proprio modello, dandosi ovviamente “ragione” e quindi senza entrare in relazione con il sapere che l’altro porta. Così si disconosce l’altro, soggetto separato da noi e quindi non in relazione, mentre integrare vuol dire esserci personalmente con il proprio pensiero in relazione con gli altri perseguendo in questo caso specifico, il fine ultimo del processo di aiuto socio-sanitario alla persona,

Un sapere dovrebbe essere, invece, costituito come una forma di partecipazione alla realtà.

Qui si cerca una approssimazione alla realtà nel suo grado più profondo e quindi ***ogni approccio va alla scuola della realtà e sviluppa il suo sapere sempre e solo in funzione della partecipazione alla realtà non in funzione della affermazione di se stesso.***

Qui si deve tendere a integrare le persone e non tanto le discipline.

Ciò che conta, infatti, non è la somma delle diverse discipline quando si valuta e si gestiscono percorsi socio-sanitari, bensì l’integrazione del sapere della persona per giungere ad una diversa unicità di pensiero sul processo di aiuto possibile. E questo processo culturale e sociologico è quello cui si deve tendere tutti in una stessa fatica del vivere anche professionale. **Il sapere dell’altro non è sapere esclusivo e immodificabile ma una parte selezionata della realtà visibile che collegata alla realtà selezionata dall’altro e agli altri (e qui anche e soprattutto del cosiddetto “malato”) diventa un nuovo e diverso sapere cui si è arrivati per poter leggere diversamente** la situazione e intraprendere eventualmente una strada diversa e tendere al cambiamento.

Vero è che l’appiattimento al ruolo di “segretari della sanità” (oserei dire) avolte si soffre e si subisce e avolte si supera interpretandolo in silenzio vista la sensazione di inesorabile impossibilità a combattere il sistema e magari addirittura da soli. La comunità di Servizio Sociale non sente da sempre di svolgere una professione di alto livello al pari della professione medica, e la società, anche semplicemente con il valore economico ad essa attribuito, lo conferma. Purtroppo vittime di questo gioco economico-competitivo in senso culturale e non semantico (cum-petere infatti significa in realtà tendere insieme verso la stessa meta e non certo vinco io e tu muori – che è la nostra legge di mercato speculativo).

E’ quindi necessario fare un passo avanti anche professionale a tutti i livelli (che in parte si sta facendo anche se forse un po’ troppo lentamente) e qui dentro questo contesto sanitario, magari anche attivandosi portando nel lavoro quotidiano un diverso e più qualificato sapere relativizzato alla realtà del “sociale” di cui tratta la professione di AS stessa.

Si pone qui molto l’accento sul desiderio di formarsi per capire **chi sono per esempio i nuovi giovani** e conseguentemente pensare ad una azione di **prevenzione efficace**. Si comprende già che **va recuperato il tempo e la relazione con la persona** che deve passare per la costruzione di un rapporto fiduciario con i servizi e i professionisti, **tramite l’accoglimento della sua storia, unica e irripetibile**. Una storia da tutelare dalla settorializzazione a cui il presente sistema socio sanitario ci ha abituati. E qualcuno parla già di consulenza sociale di cura.

Ciò che si legge è la contraddizione in essere tra la necessità di costruire un processo di aiuto socio-sanitario che di principio dovrebbe occuparsi della persona e delle sue necessità per giungere ad una migliore qualità della vita e invece l’opposta organizzazione del sistema socio-sanitario che non accoglie con il giusto tempo la persona, la incardina in un codice del manuale funzionale alla assegnazione di competenza settoriale, scorpora

solo parti di realtà del suo bisogno globale e velocemente risponde in modo impersonale a tali richieste. Ciò rende difficile l'azione dei professionisti/persona che si sentono essi stessi spezzati e dei "richiedenti aiuto" che non sentono di essere accolti ma solo obbligati a stare nel target previsto dal sistema con le sue regole e i suoi moduli.

Ma torniamo ai giovani e alla fascia di età più sentita come spazio unico di bisogno di azione professionale trasversale anche alle diverse aree organizzative dell'amministrazione di appartenenza e solo ad essa funzionale non certo ai bisogni dei giovani e delle loro famiglie. Di cosa e come si dovrebbe pensare a gestire i bisogni di questo target? Come tendere a co-costruire con loro e tra professionisti dei diversi comparti azioni promozionali e preventive, del resto funzione prevista per l'AS che lavora in sanità, come si è anche letto nelle linee guida del Ministero della sanità del 2010.

E qui si apre per tutti noi una nuova sfida alla ricerca di un diverso **modello di pensiero per affrontare questa realtà** e un diverso modo di valutare e guardare quindi questa particolare evidenza del vivere di oggi che spesso sta fuori dal quotidiano sanitario e quindi fuori dai vari codici per es. del DSM ecc.

Su questo si basa il CSC Model che potrebbe e può aiutare a superare l'esigenza di uscire dalle logiche della settorializzazione/patologizzazione/categorizzazione per vedere e agire sulla situazione che abbiamo di fronte, col fine di ridurre la complessità ma certo non ignorandola. Nello spazio specifico dell'oggetto epistemologico del lavoro sociale ridefinito si colloca infatti esattamente questo Modello di lavoro sociale e quindi utile oggi qui ed ora a operare con rigore e in modo concreto e funzionale.

Quello che ci sembra opportuno rilevare quindi è anche e in modo concreto che il piano operativo di intervento realizzato in modo integrato anche interdisciplinare deve prevedere non sempre e solo un elenco di erogazioni di prestazioni specifiche identificate in termini assistenziali o sanitari ma anche un percorso di **consulenza sociale di cura alla persona** (aiuto sociale aperto ma qualificato CSC Model), che la accompagni nel suo percorso di cura dall'inizio e fino alla sua conclusione, in un rapporto anche personale in cui l'AS si configura costantemente come "il suo consulente".

Decidere quindi oggi di realizzare un **protocollo operativo-metodologico professionale** per giungere ad un sistema di cura sociale condiviso e riconosciuto diventa oggi più facile perché è possibile ripartire da questi assunti condivisi su cui poggiare il processo/procedimento che si intende mettere in atto e farlo validare per essere poi operativo per tutti.