

Corrado Cappa, Claudia Marabini

Di chi sono gli adulti fragili di una città?

Un'esperienza di collaborazione tra servizi a Piacenza

I servizi sociosanitari (di psichiatria e per le dipendenze) e i servizi sociali sono chiamati a collegarsi e collaborare sui casi di fragilità adulta, che sono casi di confine perché hanno problemi compositi. Ma come si fa a collaborare? Collaborare richiede di mettere in discussione approcci e logiche che producono inerzie, compartimentazioni e rigidità nel rapporto tra sociale e sanitario. Implica investire tempo ed energie nella lettura, conoscenza e comprensione delle situazioni, sapendo che quel tempo e quelle energie saranno un valore aggiunto. Collaborare insomma non è un atto meccanico, ma un processo vitale di apprendimento.

Quest'articolo è il racconto di un percorso di ricerca-formazione svolto a Piacenza tra i servizi sociali territoriali (di città e provincia) e il Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche dell'ASL. L'obiettivo è stato riconoscere in modo più allargato (tra operatori di servizi diversi) le problematiche degli adulti in condizioni di fragilità socio-relazionale e condividere l'esigenza di promuovere rispetto ad esse collaborazioni più efficaci ⁽¹⁾.

Un'area di confine

L'area degli «adulti fragili» è infatti una problematica di «confine» che più di altre richiede un investimento conoscitivo e di costruzione di accordi: sono situazioni (che si moltiplicano sotto la spinta dei pesanti cambiamenti socio-economici e culturali) che i servizi psichiatrici tendono a espellere come «improprie» e che i servizi sociali non possono gestire da soli. Sono storie che non rientrano nelle ripartizioni previste dall'organizzazione dei servizi.

1 | L'iniziativa, promossa dal Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche (DSMDP) dell'Azienda USL di Piacenza, ha preso corpo in relazione al riconoscimento e all'ascolto di fatiche, conflitti, attese e disattese che rendono difficile realizzare interventi di cura qualitativamente attenti ai problemi delle persone. Si è così avviato (tra il 2012 e 2013) un percorso di ricerca-formazione che ha visto attivamente partecipi il responsabile del DSMDP, i responsabili dei servizi sociali comunali, i responsabili degli Uffici di piano, i responsabili dei distretti di Piacenza, Levante e Ponente, il direttore della Uoc psichiatria di collegamento e gli operatori coinvolti.

Situazioni che richiedono costruzione di accordi

L'intrinseca complessità delle vicende e l'intreccio di tante fragilità e disfunzioni fa saltare la tradizionale divisione del lavoro. Rispetto a queste situazioni è dunque necessario contrastare le suddivisioni dei servizi, che portano a visioni separate e unilaterali delle problematiche e inibiscono le possibilità di comprenderle e affrontarle. A partire da queste premesse si è costruita l'alleanza (tra sociale e sanitario) a investire in un'impresa così impegnativa.

Ciò non significa disconoscere l'importanza che le specializzazioni hanno avuto nello sviluppare competenze per trattare i problemi di salute (fisica e psichica) dei cittadini. Ma significa riconoscere la necessità di sostenere in modo più convinto processi di integrazione tra servizi e tra professionisti nell'affrontare i problemi degli adulti fragili ⁽²⁾.

CHI SONO GLI ADULTI FRAGILI?

Nel percorso gli adulti con fragilità socio-relazionale sono stati così identificati: persone che non tengono un lavoro, non riescono a essere abbastanza autonome nella vita quotidiana, hanno comportamenti impropri e disturbanti, sono sempre alla ricerca di una sussistenza economica, presentano sintomi di disturbi mentali, commettono piccoli reati.

Quasi mai i servizi sociali sono nelle condizioni per far fronte a situazioni così complesse: per scarsità di personale, povertà di mezzi, poco tempo a disposizione. Da parte loro i servizi sanitari (ad esempio, psichiatrici) sono oberati da un numero crescente di disturbi diagnosticabili e finiscono per concentrarsi nella cura e riabilitazione dei pazienti più gravi (*serious mental illness*, che richiedono ingenti investimenti in risorse umane, in sostegni assistenziali, in spesa farmaceutica).

Questi casi di fragilità non si caratterizzano per la prevalenza netta di un problema, ma per la complessa composizione di problemi personali e sociali, intrecciati da lunghe storie di fatiche ed emarginazione. Sono *casi* a cui un servizio da solo non è in grado di dare risposte esaurienti, ma *su cui occorre imparare a collaborare*. Ma come si fa a collaborare? Come rompere inerzie, rigidità, compartimentazioni, difese? Di quale collaborazione abbiamo bisogno?

Collaborare è conoscere insieme

Per avviare processi di collaborazione tra servizi, occorre produrre conoscenza insieme intorno alle situazioni degli adulti fragili. Questa è l'ipotesi alla base del nostro percorso. Questa è l'ipotesi che sostiene la possibilità che servizi diversi (sociali e sanitari) non rimangano mondi separati.

2| Per questa ragione si sono costituiti due gruppi eterogenei di circa 30 operatori (SERT, servizi sociali comunali dei tre distretti, UOC psichiatria di collegamento) che hanno lavorato per sette incontri di mezza giornata ciascuno. Hanno provato a leggere insieme i singoli casi di fragilità (che nel giudizio degli operatori avevano caratteristiche emblematiche e che si ripresentano con una certa

frequenza nei servizi) con l'obiettivo di: costruire criteri di valutazione più condivisi delle problematiche vissute dagli utenti; mettere a punto ipotesi per sviluppare nelle situazioni progettualità adeguate e integrate; definire alcune linee guida e indicazioni metodologiche per il supporto ai processi di collaborazione tra servizi.

Nelle pagine che seguono riporteremo indicazioni metodologiche e strumenti di lavoro che possono sostenere processi di collaborazione così intesi. Sono acquisizioni condivise da tutti i partecipanti al percorso. Riporteremo anche alcune comprensioni delle criticità emerse nel produrre conoscenza insieme sulle situazioni. Sono comprensioni che hanno appassionato, costruite attraverso confronti serrati che hanno portato a rivedere l'approccio che ogni professionista ha nei contenuti e nei modi di gestire le situazioni che incontra.

Prima tappa: la raccolta dei dati

La prima fase che scandisce un processo conoscitivo è la raccolta dati. Occorre in prima battuta raccogliere dati che ci permettano di accordarci su una lettura della situazione. È una fase importante per arrivare a comprensioni non troppo generiche e semplificanti.

I dati servono per accordarsi su una lettura della situazione

Al primo incontro del percorso dei gruppi è stata proposta una traccia per la presentazione delle situazioni di fragilità adulta. La traccia sollecitava un'esplorazione delle caratteristiche soggettive dell'utente, delle risorse e delle relazioni. Ma – fatto interessante – è stata utilizzata solo parzialmente.

Ne abbiamo discusso e abbiamo capito che ogni operatore (e con lui l'organizzazione in cui lavora) nel tempo ha costruito delle «mappe», dei modi di rappresentare le situazioni che risultano molto difficili da modificare. È come se si fossero strutturate delle routine cognitive e dei cliché interpretativi che orientano e strutturano il pensiero, la raccolta dati, la modalità di entrare in relazione con le situazioni. Queste routine e questi cliché sono un ostacolo a integrare l'apporto conoscitivo di altri, perché istruiscono la situazione su un binario già predefinito.

I dati servono per attivare un confronto sulle situazioni

Abbiamo visto che tendiamo a presentare le situazioni utilizzando un approccio prevalentemente anamnestico (cioè attraverso l'esposizione in sequenza cronologica di una gran quantità di dati, fatti ed eventi), mettendo l'accento sull'individuo, sulle sue patologie e disfunzioni, nonché sugli interventi che il servizio ha realizzato.

Nelle descrizioni la successione degli eventi e dei fatti è tutta centrata nel rapporto della persona con i servizi. Manca la «storia» della sua vita prima dell'arrivo al servizio. Non si dice o non si sa nulla, ad esempio, dei trent'anni in cui Antonio (una delle situazioni portate) è riuscito a mantenersi un lavoro; della sua famiglia (cos'hanno visto i servizi che sono entrati in contatto con lui in passato?); di eventuali amici e delle relazioni sociali che intrattiene; delle caratteristiche del territorio in cui vive.

Si tratta di rappresentazioni che ci fanno «vedere poco» le persone. Si parla del soggetto e delle sue criticità, ma non si vede chi è, cosa desidera e gli interessa, cosa gli piace, quali sono le sue risorse. È come se il modo di descrivere rendesse impersonale e asettica la situazione. Un approccio conoscitivo di questo tipo rende difficile attivare un confronto conoscitivo sulle situazioni.

I dati servono per andare oltre le etichette diagnostiche

Questo approccio risente tipicamente dell'impostazione medica tutta votata a trovare analogie tra un caso clinico e l'altro per formulare la diagnosi, che etimologicamente, «attraversa» il paziente per individuare i sintomi comuni e riconoscere un disturbo specifico. La fretta di attribuire un'etichetta diagnostica al paziente sotto la lente dell'osservazione, è fenomeno ben noto in psichiatria, perché conduce all'oscuramento dell'individualità e dell'unicità della persona. Per questo le persone riconosciute come fragili non rientrano in alcun sistema classificatorio, non rappresentando una categoria con caratteristiche comuni e permanenti nel tempo.

Analizzando le diverse storie di adulti fragili si è capito che sono persone più fuori che dentro ai servizi, difficili da agganciare (anche quando vengono a chiedere in modo pressante qualcosa), e che difficilmente si avvicinano se non quando accade qualcosa di dirompente nella loro vita. Per cui è sul «fuori» che dobbiamo investire per conoscere la persona.

I dati che ci serve avere non sono solo quelli relativi al singolo individuo (le sue carenze e criticità) e ai contatti con i nostri servizi, ma soprattutto quelli che riguardano le sue relazioni, i suoi rapporti con il contesto sociale, le interazioni che lo circondano ⁽³⁾.

I dati non sono «già dati», ma vanno cercati

Questi dati spesso non sono immediatamente disponibili nell'emergenza. Diventa importante riuscire a darsi un tempo che sia congruente all'assumere effettivamente dei processi conoscitivi, anche quando si deve rispondere all'emergenza, non istruendo già la situazione su una rotaia predeterminata.

Fragile quindi è anche il nostro intervento se, prima di dare risposte in urgenza (quelle che ci portano via più energie e tempo), non cerca di ricostruire i punti di forza per ricomporre almeno una quotidianità accettabile come punto di partenza per un progetto di vita «altro». Si tratta in altre parole di focalizzare le risorse, ossia quegli elementi (legati al soggetto, al sistema di relazioni, al contesto ⁽⁴⁾) che possano permettere contenimenti e riformulazioni dei problemi, appigli e legami che aprano a spazi terzi in cui la persona possa rigiocarsi.

I dati aggiungono variabili di potenzialità

Portare la nostra attenzione sulle risorse è indispensabile, in questi casi di fragilità, per ragionare in termini evolutivi. Non è infatti possibile pensare un'evoluzione focalizzandosi *solo* sulle criticità né su quanto messo in atto *solo* dai servizi (che non

3 | Chi è vicino e in interazione con il soggetto sia in termini di persone (familiari, operatori, amici...) che di istituzioni o associazioni, ma soprattutto la qualità di quello che c'è (quali rappresentazioni hanno gli altri di lui, ad esempio di lui il condominio pensa che..., i suoi amici pensano che...).

4 | Ciò è tanto più vero se si considera l'innata ca-

pacità adattiva della persona al suo contesto, per complicato che sia. Nei casi di fragilità adulta troviamo quasi sempre un adattamento per difetto: la parte difettuale è quella che emerge alla ribalta sociale, ma finisce per nascondere le capacità cui il soggetto ha attinto per «adattarsi». Queste capacità personali devono essere valorizzate e reindirizzate verso obiettivi più realistici e utili.

può essere su tutto, continuare per sempre, o con questa intensità). Occorre cercare risorse nel contesto anche se è più faticoso, uscendo da modalità auto-centrate, per dare maggiore consistenza alla dimensione dell'agire insieme ad altri: un agire più innovativo, più ricco e anche più creativo.

Talvolta le rappresentazioni dell'operatore impediscono di allargare la visione al contesto di vita e di relazioni dell'utente. È invece importante analizzare il contesto per capire meglio la situazione che si ha di fronte, scomponendo e ricomponendo il processo conoscitivo attraverso lo sguardo degli altri soggetti. Possiamo scoprire così immagini diverse dell'adulto fragile che ci consentono di integrare le conoscenze che abbiamo di lui e aggiungono variabili di potenzialità.

Da questo punto di vista, abbiamo condiviso l'importanza di decostruire l'idea che solo gli operatori sociali abbiano la capacità di trattare queste persone. Occorre far crescere l'idea che anche i «non professionisti» possono intervenire all'interno di un progetto. Le persone che fanno parte dei contesti informali frequentati dall'adulto fragile possono rappresentare riferimenti significativi per accompagnarlo nel processo di cura.

Seconda tappa: l'elaborazione e l'interpretazione dei dati

La raccolta dei dati è solo il primo passo di un processo conoscitivo. Se infatti la descrizione resta fattuale, scandita per fatti ed eventi, rischia di essere come una registrazione, che lascia implicito il commento: cosa ci dicono questi dati e questi fatti? Cosa pensiamo della situazione?

Chiedersi perché

Occorre quindi elaborare e interpretare i dati raccolti. L'elaborazione e interpretazione dei dati ci permette di dirci che cosa pensare delle situazioni, come avvicinarle. Ci consente di leggere i dati e collegarli gli uni agli altri.

Consideriamo ad esempio i dati sanitari. In genere sono messi a disposizione in modo puntuale, ma in base ad essi sappiamo solo «cosa ha» la persona (diagnosi), non «come sta» che è l'esito di un dialogo fra le diverse dimensioni che la riguardano: diagnosi, dimensione soggettiva, relazioni, contesto.

Sembra che ci sia una difficoltà culturale, cognitiva, a volte anche emotiva, a elaborare e interpretare i dati. Eppure chiedersi perché un fatto accade può aprirci la porta a ipotesi che possono accrescere la conoscenza della persona e del suo contesto. Questa difficoltà è riconducibile a una serie di fattori:

la soggettività degli operatori sembra debba rimanere in disparte perché non è considerato «professionale» interpretare. Come se i fatti avessero una loro evidenza di significato: riflessioni e letture sono presenti, ma non espresse, perché c'è il timore che diventino giudizi.

Gli orientamenti sulle situazioni di «adulti fragili» in letteratura non sono stati oggetto di investimento. Non si conoscono elaborazioni di esperienze che si sono accreditate come prodotti conoscitivi a cui fare riferimento. C'è una conoscenza

«marginale» e ai margini. Tendiamo allora a utilizzare i riferimenti e le modalità consuete.

La possibilità di conoscere è bloccata dalla presenza di «pesanti» interferenze organizzative ed economiche che indirizzano il processo conoscitivo verso interventi predefiniti.

Astenersi dall'interpretare non ci rende più professionali, anzi

Astenersi dall'elaborare e interpretare non ci rende più professionali, anzi. Succede soltanto che le ipotesi di lettura restino implicite, ossia vengano agite, non permettendo all'operatore di verificare il proprio agire e da questa osservazione approfondire la conoscenza e/o modificare le azioni.

Ognuno di noi infatti, per leggere e interpretare ciò che accade, utilizza proprie rappresentazioni, proprie mappe di riferimento apprese e interiorizzate lungo la propria esperienza formativa, professionale, lavorativa e personale. Sono un modo immediato di dare ordine a ciò che si vede, di attribuire significato e senso a fatti ed eventi.

Queste «lenti» interiorizzate da un lato consentono di muoversi (non potremmo farne a meno), dall'altro sono filtri e binari che impediscono di cogliere altri lati della realtà. Spesso non ci si accorge di utilizzarle, ci si dimentica che sono rappresentazioni, ossia frutto di un punto di vista sulla realtà (non la realtà), e che nel sociale ci sono tanti modi possibili di leggere la realtà e di intervenire.

Le rappresentazioni dell'operatore dipendono anche dall'interiorizzazione di una «cultura di servizio»: una cultura organizzativa che può essere sia di tipo tecnico-professionale (approcci di tipo clinico-sanitario) che tecnico-amministrativa (approcci di tipo burocratico). Tali approcci condizionano e indirizzano la nostra operatività per cui è importante riconoscerli sia per capire quanto sono congruenti, ma anche per avvicinarsi ad altri punti di vista.

Fare ipotesi permette di verificare il nostro agire

Se non riconosciamo i criteri che utilizziamo per leggere le situazioni, non abbiamo possibilità di verificarli ovvero di mettere a fuoco come abbiamo letto/ci siamo mossi nella situazione, di porci interrogativi del tipo «ciò che abbiamo è stato pertinente?», «è ripetitivo di ciò che si è già sperimentato come inefficace?». Quanto più i criteri sono impliciti e/o inconsapevoli, tanto più si tende a considerarli buoni in sé e quindi ad assolutizzarli. Ci si affeziona a queste visioni perché aiutano a collocarsi, ma questi attaccamenti ci impediscono di ricercare spostamenti possibili. Se invece riusciamo a riconoscere e anche talvolta a ri-vedere i nostri orientamenti – quelli più collaudati dentro di noi – possiamo raggiungere letture più attendibili della realtà, guardare e verificare le mappe che ci guidano per non usarle in modo assolutistico ma contestualizzarle; possiamo diventare più consapevoli della necessità del confronto e dell'opportunità di non avere un approccio rigido.

Se esplicitati, confrontati, condivisi, assunti, gli orientamenti sono un aiuto a costruire conoscenza con altri. Non ci muoviamo più appoggiandoci a pensieri pre-pensati, un po' automatici, ma mettiamo un po' di distanza tra le nostre mappe e

la realtà, riconosciamo le mappe altrui e ciò ci consente di formulare ipotesi più contestualizzate». È attraverso questo processo che arriviamo a costruire i problemi su cui intervenire.

Terza tappa: la costruzione dei problemi

Per collaborare è fondamentale arrivare a «costruire il problema» il più possibile condiviso sulle situazioni degli adulti fragili.

La costruzione del problema avviene dopo la raccolta, elaborazione e interpretazione dei dati. Per poter lavorare nelle situazioni complesse è indispensabile circoscrivere il problema (o alcuni problemi) da trattare, distinguendo problemi non trattabili/parzialmente trattabili/trattabili. Si tratta in questa fase di accordarsi sul processo di lavoro da sviluppare insieme.

Spesso invece succede che il problema si perda. Questo accade perché intervenire nelle situazioni di adulti fragili comporta percorsi lunghi; e la lunghezza del percorso rischia di sfocare i «problemi» su cui si sta lavorando. È perciò opportuno di tanto in tanto chiedersi «qual è la questione centrale su cui stiamo lavorando?».

Inoltre in situazione di emergenza, o di fronte a una situazione critica, tendiamo a proporre una o più soluzioni generando un corto circuito che sfocia sempre nell'azione. Rispondiamo alle richieste dell'adulto fragile con un «pacchetto servizio» che incorpora già una definizione di problema da trattare.

Così facendo si saltano i passaggi intermedi (elaborazione dati, loro interpretazione, formulazione dell'ipotesi) e di fronte al fallimento della proposta attivata non si è in grado di capire se era azzardata la proposta in sé o se altre cause abbiano interferito. L'eventuale errore non aggiunge conoscenza. L'errore è depotenziato nella sua possibilità di produrre conoscenza sul perché le cose non hanno funzionato.

Strumenti per sostenere i processi di collaborazione

Per poter mettere in pratica con i colleghi processi di collaborazione basati sul conoscere assieme (ipotesi centrale di questo articolo), è indispensabile dotarsi di alcuni strumenti in grado di incanalare e sostenere l'operatività entro le scelte individuate come più opportune. Ne proponiamo due che nel percorso di sono rivelati fondamentali.

La scheda di supporto alla valutazione e progettazione

Il primo strumento è la scheda. Essa contiene i punti utili per la conoscenza della situazione e per capire «come stanno» le persone; sostiene l'accordo sugli elementi conoscitivi attesi nello scambio fra servizi e professionisti; supporta il processo di lavoro dal primo contatto alla valutazione, dalla valutazione alla progettazione di interventi e alla verifica/monitoraggio; consente di costruire in situazioni di emergenza, impasse, ad alta complessità delle aree di sosta riflessiva

La sua funzione consiste nel permettere di allargare i punti di vista e il campo di

analisi, di «guardare» dimensioni meno usuali, di valorizzare indizi e frammenti conoscitivi. Inoltre orienta verso il riconoscimento delle risorse presenti nelle situazioni, uscendo da un inquadramento rigidamente diagnostico.

Essa focalizza tre grandi aree:

- *conoscenza della persona*: non limitarsi agli aspetti critici (che ovviamente vanno riportati essendo il punto di partenza), ma contestualizzarli nella sua storia e nelle sue relazioni familiari e sondare le possibili autonomie (presenza di progettualità anche minime sul futuro, attese e desideri...);
- *rapporto che la persona ha con il suo problema*: che immagine ha di sé, quali sono i suoi livelli di consapevolezza? Sono conoscenze utili agli operatori per formulare ipotesi praticabili;
- *rapporti con i contesti allargati*: nei due sensi: dall'adulto fragile verso i diversi contesti, ma anche dai contesti verso l'adulto fragile.

È importante che la scheda circoli tra gli operatori coinvolti nel caso. Essa ci indirizza a esplicitare ciò che abbiamo compreso, quali problemi abbiamo individuato, quali obiettivi di lavoro vediamo possibili e quali priorità definire. Incoraggia gli sviluppi sulle ipotesi possibili e questo serve a creare dialogo fra servizi e aprire porte, non a giustificare la chiusura o assegnare le competenze.

Quindi non va intesa come un protocollo, ma come uno strumento comune per parlarsi, per sostenere lo scambio e la ricomposizione degli elementi conoscitivi di cui ciascuno è in possesso, promuovendo uno spostamento dalle modalità più consolidate di valutare queste situazioni. Sono «lenti comuni» con cui provare a guardare la realtà, capaci di favorire la condivisione (si prova a parlare a stessa lingua).

SCHEDA PER CONOSCERE E INTERVENIRE IN MODO COLLABORATIVO

• *Nome, cognome e dati strutturali*

• *La persona che abbiamo davanti chi è?*

1. Breve descrizione della situazione e della storia della persona e dei suoi familiari o altri soggetti significativi presenti (se ci sono), come è stata conosciuta dal servizio e cosa ha chiesto al servizio
2. Condizioni psico-fisiche (disturbi organici in atto o in anamnesi, deficit stabili o evolutivi/processuali, compensati/non compensati e in quali condizioni...)
3. Risorse soggettive e livelli di autonomia (es. riesce a prendersi cura di sé e dell'ambiente in cui vive?)
4. Capacità progettuale (non progettualità a medio/lungo termine, manca la costruzione del futuro...)
5. Desideri, attese, interessi...

• *Quali rapporti ha con se stesso? Con i problemi che vive?*

6. Rappresentazione dei problemi (riesce a vedere i suoi problemi, livello di consapevolezza della malattia e delle condizioni di salute, risorse elaborative...)
7. Immagine di sé e capacità di entrare in contatto con i dati di realtà (es. immagine di sé non realistica, distorta rispetto alla realtà...)

• *Quali rapporti ha con il contesto? La famiglia, gli altri, i servizi?*

8. Capacità del singolo di entrare in relazione con il contesto (riesce a usare le sue risorse e ad avere un ruolo sociale, a fronteggiare le richieste, quale livello di autostima rispetto alle proprie capacità)

9. Quantità e qualità delle relazioni familiari (capacità di adattamento del sistema familiare: per es. fa sponda/tiene dentro o solitudine, con rete familiare/primaria assente o disturbata o espulsa dall'utente/paziente con conseguente assenza di chi può accompagnarlo in un percorso terapeutico/riabilitativo)

10. Quantità e qualità delle altre relazioni/rete/vicinato/amici/servizi di primo livello (ha persone che gli vogliono bene e si fa voler bene, ci sono dei luoghi in cui passa il tempo, parla con qualcuno, ci sono delle persone di cui si fida e di cui segue le indicazioni...)

11. Rapporto che la persona ha con i servizi sociali e CSM/SERT (livello di conoscenza; modalità di relazione: dipendenza, attese di soluzione dei problemi, altalenante, ecc.; motivo della presa in carico legato a evento traumatico – ricovero, sfratto, ecc. – o dovuto ad allerta sociale. La richiesta di aiuto c'è solo nel momento di conclamata difficoltà, poi può esserci chiusura o allontanamento)

12. Rapporto che il contesto ha con il soggetto e capacità di leggere la sua fragilità/sofferenza (stigmatizzazione, evitamento, inclusione/accoglienza, paura, relazioni di sfruttamento e strumentali, non empatia nei suoi confronti e aspettative in contrasto con le effettive possibilità)

[Per ognuno dei 12 focus di esplorazione è importante mettere in evidenza fatti, comportamenti, verbalizzazioni, con un'attenzione non solo ai vincoli (criticità/mancanze) ma anche alle risorse]

• *Problematiche valutate dall'operatore/servizio*

Cosa abbiamo capito? Quali problematiche abbiamo visto in questa situazione?

Problema1 Problema2 Problema3

• *Quali sono i problemi su cui è possibile lavorare? Con quali obiettivi, con chi?*

• *Chi sono gli operatori e i soggetti sociali implicati?*

• *Quali tempi di verifica e monitoraggio?*

Lo strumento delle tipologie

Il secondo strumento è la costruzione di tipologie di situazioni. Lo strumento delle «tipologie» permette di individuare aggregazioni di situazioni con caratteristiche e ordini di problemi simili, che forniscano indicazioni mirate per la progettazione e la realizzazione delle offerte.

Perché abbiamo l'esigenza di costruire tipologie sulle problematiche dell'utenza? Ogni operatore sa che gli utenti non sono tutti uguali, e che occorre riconoscere le caratteristiche, le domande, le esigenze, le attese della persona e della sua famiglia, per arrivare a identificare che lavoro fare con lui. Ma nel far questo corre due rischi opposti: o produrre rappresentazioni troppo semplificate e generiche delle problematiche (ricorso a definizioni diagnostiche, a macro categorie di disagio, a identificazioni amministrativo-giuridiche legate al tipo di prestazione messa in campo...) o rilevazioni eccessivamente dettagliate.

Si tratta perciò di ricercare una terza strada tra l'offrire prestazioni standardizzate e rigidamente definite e il considerare ogni situazione come caso a sé. Le tipologie, quindi, non sono categorie definite una volta per tutte ed esaustive della realtà sociale incontrata, ma sono aggregazioni di elementi che tendenzialmente ricorrono nelle storie degli adulti e delle loro famiglie, elementi che diventano caratterizzanti non solo della storia di quella persona e di famiglia e che, nel ritrovarli in altre storie, acquisiscono una rilevanza sociale.

In questo senso le tipologie sono parziali perché vanno contestualizzate rispetto alle caratteristiche dei contesti locali e dei cambiamenti sociali; sono dinamiche perché costruite attorno a variabili significative rispetto al problema.

Si arriva a ricomporre e dar corpo a conoscenze che orientano alla messa a fuoco delle priorità di intervento e delle risorse su cui e con cui lavorare, mettendo anche a fuoco l'impegno che viene richiesto al servizio.

L'adozione di tipologie si allontana così dalla diagnosi categoriale (le classificazioni statiche) e dimensionale (il sintomo nel continuum dalla normalità alla malattia). La tipologia è fin dall'inizio precaria, mobile, grossolanamente definita, ma di utilità immediata per individuare con rapidità gli orientamenti essenziali.

I punti essenziali di una tipologia Nel percorso, a partire dalla lettura dei casi presentati e analizzati insieme, sono state costruite *quattro tipologie* (gli «invisibili»; gli «stabilizzati»; gli «arrabbiati»; gli «sfuggenti»). Per ognuna sono state identificate alcune caratteristiche qualitative legate: alla persona (le sue modalità di rappresentarsi i problemi e di entrare in relazione ai contesti); ai comportamenti problematici e ai tratti psicopatologici; al rapporto che la persona ha con i servizi; a come i servizi tendenzialmente trattano queste situazioni. Per ogni tipologia sono stati quindi identificati gli obiettivi di lavoro e, a partire da questi, gli obiettivi di collaborazione tra servizi.

A titolo di esempio, proponiamo una sintesi della tipologia degli *sfuggenti*.

UN ESEMPIO DI TIPOLOGIA: GLI «SFUGGENTI»

Caratteristiche qualitative legate alla persona

Sono persone la cui vita è caratterizzata dalla discontinuità in ogni settore (esperienze lavorative, relazioni amicali o sentimentali, rapporti con i servizi). L'incostanza è determinata non da fragilità cognitiva, ma da un profondo disagio del proprio stare nel mondo (in alcuni casi ci si ritiene strutturalmente carenti e difettosi). L'insicurezza è talmente potente da ostacolare la capacità di gestire le proprie reazioni emotive. Si scatenano così reazioni aggressive o di fuga, difficili da controllare.

L'abuso o l'uso incongruo di sostanze (legali o meno) può essere considerato utile a sopportare il dolore (oppioidi, sedativi) o a mantenere l'immagine di sé (cocaina, eccitanti). La presenza di uso di sostanze rende problematica la contestuale presa in carico dei servizi psichiatrici. Siamo in assenza di una rete di contesto, la persona appare isolata e sola, i contatti sociali non si presentano come relazioni di supporto o non sono di per sé in grado di attivare percorsi di cambiamento.

Comportamenti problematici e tratti psicopatologici

Sono persone definite dalla psichiatria come sociopatiche o anche psicopatiche. Nei loro profili di personalità si riconoscono i tratti dell'instabilità relazionale e dell'assenza di un progetto esistenziale.

L'instabilità relazionale si deduce dalle travagliate relazioni nel nucleo familiare (d'origine o proprio), dai frequenti cambi di lavoro o lunghi periodi di disoccupazione, dalle relazioni controverse col vicinato e dalle amicizie strane o inopportune. Le relazioni sono spesso influenzate da stati di malessere temporaneo (malattie, difficoltà economiche, impulsività sessuali, condotte di abuso). La comunicazione si svolge assai più sul registro emotivo che su quello razionale.

I meccanismi psicologici di difesa sono quelli più primitivi (negazione e proiezione, identificazione proiettiva, ipervalutazione e svalutazione). Altra caratteristica di questi casi è che c'è un «e... e...». La persona mostra caratteristiche apparentemente opposte, che gli operatori devono riuscire a tenere insieme per poter lavorare con lei.

Rapporti con i servizi

La caratteristica principale di questa tipologia è l'assenza di richiesta nei confronti del servizio. Il servizio è più spesso chiamato in causa da segnalazioni esterne provenienti da un contesto sociale «preoccupato» oppure da segnalazioni istituzionali di altri servizi (es. autorità giudiziaria).

La relazione col servizio è discontinua e per questo difficilmente vengono stabilmente presi in carico. Ribelli e indomiti (talvolta protervi), sono di difficile addomesticamento ai percorsi di cura e recupero. Poco consapevoli della loro situazione di bisogno, accade che le loro richieste siano tangenziali o mascherate rispetto ai veri problemi. Il contatto con la realtà è in genere conservato, ma l'adattamento ad essa è colmo di espedienti, di improvvisazioni, di imprese inconsistenti, di vaghezza progettuale.

Come i servizi tendono a entrare in relazione con queste situazioni

I servizi, sia sociali che psichiatrici, tendono a evitare la presa in carico. L'instabilità psicologica e sociale di questi utenti è faticosa da sopportare e da gestire.

Gli operatori tendono a «difendersi», dando all'utente risposte razionali o limitative («noi possiamo offrirvi questo», «noi arriviamo fin qui»); per questo frequentemente la relazione si interrompe. Obbedendo a un principio di autoconservazione, l'operatore preme per l'espulsione dell'utente dal servizio o per l'auto-assolvimento a fronte dell'abbandono del paziente («se rifiuta la cura...»). Si ripropone il tormentone del «non è di mia competenza».

Le difficoltà di gestione di questa tipologia includono la scarsa disponibilità di risorse concrete: alloggio di emergenza, contributo economico finalizzato, sostegno domiciliare. Difficile è anche il raccordo con i medici di medicina generale e con la rete ospedaliera.

Obiettivi di lavoro

I servizi dovrebbero prendere in considerazione altre o ulteriori modalità di intervento sull'utente con i seguenti obiettivi di lavoro:

- non esistendo di norma una domanda esplicita da parte di questi utenti, va ridefinita la domanda di aiuto per quello che per la persona è possibile non arrivando al punto di rottura;
- a causa della comunicazione di tipo prevalentemente emotivo, è cruciale creare nel breve tempo una relazione di fiducia con un operatore preferenziale;
- occorre considerare la discontinuità come caratteristica della relazione, concedendo all'utente un'ampia flessibilità nell'avvicinamento. D'altra parte l'operatore deve cercare attivamente l'utente, anche al di fuori degli appuntamenti concordati e spesso disattesi;
- adattarsi alla mutevolezza dello stato d'animo dell'adulto: l'operatore deve passare con rapidità da atteggiamenti normativi ad atteggiamenti di conferma e rassicurazione: così la relazione si mantiene viva e si introducono elementi di realtà per consolidare le esili «parti sane»;
- tendere comunque a una regolarità degli incontri con l'utente: lo scopo è ricostruire una traccia di continuità dell'io, lasciando comunque «la porta aperta» in caso di allontanamento, pronti in caso di ritorno a rinegoziare la relazione d'aiuto.

Obiettivi della collaborazione

- Condividere tra gli operatori una rappresentazione approfondita dei problemi dell'utente per evitare il rischio di frammentazione degli interventi. Questa visione condivisa permette ai servizi di tollerare che l'utente «giri» tra un servizio e l'altro, «attacchi e stacchi» la spina: ciò comporta uno scambio fluido di informazioni, la ripresa delle iniziative avviate dai colleghi, la condivisione della valutazione e del progetto;
- convergere verso una funzione di accoglienza diffusa tra più servizi (più che verso la presa in carico di un servizio solo), almeno finché l'utente non è agganciato solidamente. Conviene lasciare all'utente l'iniziativa di «scegliere» a quale servizio rivolgersi. Ci può essere un responsabile del caso;

- sostenere una alleanza duratura. L'alleanza tra servizi non deve attivarsi solo nelle emergenze (quando l'ambiente sociale protesta o manifesta preoccupazione); riportare ai diversi livelli istituzionali e organizzativi l'importanza di un intervento attivo e preventivo su queste persone, prefigurando il rischio di evoluzione in psicopatologie più gravi, in comportamenti più disturbanti e di conseguenza in costi sociali maggiori.

Rafforzare una cultura professionale basata sul collaborare

Nel percorso svolto in modo congiunto tra servizi sociali e servizi sanitari abbiamo visto come, nella presa in carico degli adulti fragili, sia necessario allargare la responsabilità soprattutto in riferimento alla specificità delle situazioni.

Sono casi di confine, rispetto ai quali l'atteggiamento di ricercare confini organizzativi e professionali, prima di aver fatto la valutazione dei problemi delle persone, rischia di far sì che gli utenti più fragili rimangano esclusi da qualsiasi percorso di aiuto.

Abbiamo visto come occorra decostruire la dinamica del «tocca a me, tocca a te». I casi di cui stiamo parlando non sono attribuibili in modo automatico, ma è importante che la titolarità sia costruita sui problemi definendo obiettivi specifici in modo congiunto. L'esigenza è quella di mantenere un dialogo dinamico nelle situazioni, allentando l'identificazione con regolamenti e mandati...

Abbiamo anche riconosciuto come spesso ogni servizio reclami la collaborazione degli altri, ma in realtà è un aspettarsi che l'altro corrisponda a ciò che ognuno, a partire da una sua valutazione, definisce e decide che gli serve. Queste attese spesso si condensano su aspetti prestazionali (es. «Mi aspetto la visita per avere la diagnosi») che esigono risposte pronte, veloci, che non favoriscono una riflessività sul fare. Nelle relazioni tra servizi sociali comunali e CSM/SERT poi a volte ci sono dei *ritiri anticipati* dalla possibilità di avviare una collaborazione: abbiamo la rappresentazione che l'altro non sia con noi sui problemi, e questo porta a desistere prim'ancora di cominciare.

Ciò che appare comunque chiaro è che la collaborazione, oggi più che mai, è da costruire, ricercare, perseguire con pazienza e tenacia. Ed è necessario sostenerla perché è su questo versante – sul rafforzare una cultura professionale che riconosca l'importanza di trasgredire i confini disciplinari, le divisioni del lavoro basate soltanto su qualifiche formali o ripartizioni dei servizi – che possiamo avere più chance di tutelare i diritti delle persone in condizioni di fragilità sociale e relazionale e di legittimare maggiormente il valore tecnico, politico e culturale del lavoro dei servizi sociali e sanitari.