

Osservatorio sui sistemi sanitari

Osservatorio sui sistemi sanitari

Dalle diadi alle costellazioni: considerazioni sulle pratiche multiprofessionali nei contesti sociosanitari*

Anna Rosa Favretto**

SOMMARIO: 1. Premessa – 2. L'integrazione sociosanitaria nei contesti di cura. – 3. L'integrazione multiprofessionale nei contesti ad alta densità relazionale. – 4. Multiprofessionalità e integrazione: esiti di un percorso accidentato. – 5. L'integrazione sociosanitaria come fatto sociale complesso

1. Premessa

L'integrazione sociosanitaria intesa come fenomeno sociale rappresenta l'insieme di risposte a carattere istituzionale, organizzativo, gestionale nate sulla scorta di almeno due importanti trasformazioni: la mutata sensibilità in merito alla centralità della persona, quest'ultima considerata nella sua interezza e non come semplice essere portatore di malattia e di bisogni sociali, e un differente modo di concepire e organizzare l'erogazione delle cure, oggi improntato ai principi dell'organizzazione manageriale¹ o, come sostenuto in una parte di letteratura, improntato ai principi del neo-liberismo.

* Relazione al XV Convegno nazionale di diritto sanitario "Il sociosanitario: una scommessa incompiuta?", organizzato ad Alessandria, il 16-17 novembre 2017, dal Centro d'eccellenza interdipartimentale per il management sanitario (CEIMS) dell'Università del Piemonte Orientale. Contributo referato dalla Direzione della Rivista.

** Professoressa associata di Sociologia giuridica, della devianza e del mutamento sociale nell'Università del Piemonte Orientale, annarosa.favretto@uniupo.it

¹ G. BISSOLO, L. FAZZI (a cura di), *Costruire l'integrazione sociosanitaria*, Roma, Carocci, 2009.

L'integrazione sociosanitaria così intesa rappresenta, inoltre, un insieme di risposte alle concrete esigenze di cura e di accudimento delle persone, risposte erogate a livello dei singoli contesti, che si realizzano sia sul piano dell'integrazione multiprofessionale, sia sul piano dell'integrazione dei molteplici servizi². Infatti è proprio nelle concrete "scene della cura", per utilizzare il lessico di Lusardi e Manghi³, che l'integrazione professionale e dei servizi è chiamata a essere modalità operativa per svolgere le proprie funzioni nel più ampio disegno dell'integrazione.

Nel presente lavoro verranno individuati e discussi proprio alcuni elementi critici rilevabili nell'integrazione multiprofessionale a livello microsociale. Lo si farà analizzando diversi aspetti relativi all'influenza che le forme organizzative e di gestione del multiprofessionale possono avere sul riconoscimento degli elementi relazionali presenti in ogni scena della cura. Il lavoro si colloca, dunque, sul versante della ricognizione delle condizioni che rendono applicabile il diritto alla salute declinato soggettivamente, con attenzione particolare alla strutturazione dei contesti di cura e di accudimento che rappresentano quei luoghi sociali in cui si manifestano maggiormente gli effetti concreti dell'integrazione sociosanitaria sulla vita delle singole persone e delle comunità.

2. L'integrazione sociosanitaria nei contesti di cura

In molte ricerche condotte con pazienti adulti e bambini e con le loro reti di cura e di accudimento – professionali, parentali, amicali – è stato rilevato quanto l'integrazione multiprofessionale abbia un ruolo fondamentale nella percezione individuale e collettiva del ricevere e dell'erogare prestazioni di qualità, rispettose di tutti coloro che partecipano alla scena della cura, realmente orientate verso il principio della personalizzazione delle cure. L'ipotesi di lavoro qui discussa è che quanto più il multiprofessionale e il multiservizio sono integrati al loro interno, quanto più le caratteristiche relazionali che connotano sia le relazioni terapeutiche, sia gli interventi di aiuto e di sostegno di qualità elevata hanno possibilità di essere riconosciute e valorizzate. Infatti, come è noto, per la costruzione di interventi soddisfacenti e di qualità non è sufficiente che gli interventi stessi siano di elevato standard professionale e scientifico, così come non è sufficiente che essi siano adatti alla persona e al suo contesto di vita, ma è necessario che siano anche definiti, programmati e realizzati in un contesto "denso" dal punto di vista relazionale, ossia in un contesto dove le interazioni siano frequenti, siano in grado di coinvolgere tutti i punti della rete professionale e dell'utenza secondo necessità, siano improntate all'ascolto qualificato – tutti coloro

² D. REI, M. MOTTA, *Ricomporre il Welfare. Ragionamenti e materiali sulla integrazione socio-sanitaria*, Torino, Il Segnalibro, 2011.

³ R. LUSARDI, S. MANGHI, *I limiti del sapere tecnico: saperi sociali nella scena della cura*, in G. VICARELLI (a cura di), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Roma, Carocci, 2013, pp. 145-174.

che vi agiscono debbono poter avere spazi di parola – e dove le relazioni siano stabili o stabilizzabili⁴. In altre parole, in un contesto dove la frammentazione e le discontinuità tra servizi e tra professionisti siano ridotte o quasi annullate, dove gli interlocutori siano riconoscibili e stabili, dove le erogazioni trovino una regia di sintesi, dove vengano garantiti spazi di parola tanto strutturati, quanto informali. Ciò presuppone uno sforzo relazionale notevole operato anche dai professionisti, e non soltanto dai pazienti e dalle loro reti, sforzo che necessita di essere sostenuto da forme organizzative adeguate.

In questa prospettiva, i contesti in cui le cure e le attività di assistenza e di aiuto vengono erogate rappresentano il portato dell'integrazione che avviene ai livelli macro e mesosociale – quindi con integrazione istituzionale, organizzativa e gestionale – insieme con gli esiti dell'integrazione che avviene a livello microsociale, nelle singole scene della cura, tra tutti gli attori che in esse svolgono le loro attività. Tuttavia gli operatori sanitari e del sociale non sono gli unici soggetti impegnati nell'opera di integrazione. Un ruolo importante è sostenuto dai pazienti-utenti e dalle loro reti, come avverte una consolidata tradizione sociologica, la quale considera proprio gli utenti e i loro *caregivers* attori che svolgono un'importante quota di attività nella divisione del lavoro sociale necessaria alle cure e all'accudimento. Le argomentazioni qui proposte intendono porsi sulla scia di questa tradizione e seguono, in particolare, la lezione di un grande sociologo della medicina, Strauss, nelle cui analisi riguardanti i contesti di cura sono stati posti vividamente in evidenza i compiti svolti dai pazienti e dai loro *caregivers*⁵.

La visione interazionista adottata da Strauss e dai suoi collaboratori, che considera tutti coloro che agiscono nei contesti della cura come veri e propri attori protagonisti delle attività che in tali contesti si svolgono, permette di individuare l'esistenza di relazioni improntate alla negoziazione in tutte le scene della cura e del prendersi cura, con la necessaria e conseguente costruzione di un vero e proprio ordine negoziato. Ne consegue che tutti coloro che sono chiamati a organizzare e a rendere operativa l'integrazione sociosanitaria, se collocati in questa prospettiva attenta al lavoro sociale svolto anche dai pazienti-utenti e dalle loro reti, devono necessariamente interrogarsi sulle modalità di partecipazione delle persone che ricevono cure e assistenza e dei loro *caregivers*, chiarendo, *a priori*, il modello di *empowerment* e di partecipazione a cui intendono fare riferimento nelle prassi operative; in aggiunta, a un livello di complessità più ampia, devono attribuire grande peso alla considerazione secondo la quale l'*empowerment* stesso si modula in modo differenziato lungo le traiettorie di malattia e dei bisogni di assistenza, in quanto l'utente-attore

⁴ La letteratura scientifica nazionale e internazionale, a questo proposito, è molto ampia. Per una trattazione delle forme di integrazione sociosanitaria attente alla personalizzazione e al ruolo attivo dei pazienti e delle loro reti, cfr. G. VICARELLI (a cura di), *Oltre il coinvolgimento. L'attivazione del cittadino nelle nuove configurazioni del benessere*, Bologna, il Mulino, 2016.

⁵ A.L. STRAUSS, L. SCHATZMAN, R. BUCHER, D. EHRLICH, M. SABSHIN, *The Hospital and Its negotiated Order*, in E. FREIDSON (a cura di), *The Hospital in Modern Society*, New York, The Free Press, 1963, pp. 147-168.

declina il proprio ruolo e il proprio agire secondo differenti modalità, calibrate di volta in volta sulle proprie necessità e nei differenti contesti di azione. Per esempio, egli può divenire, di volta in volta, secondo una tipologia recentemente proposta, utente-cliente, utente-beneficiario, utente-paziente, utente di comunità, utente-professionalizzato⁶.

L'integrazione sociosanitaria orientata verso la personalizzazione e il riconoscimento della centralità degli elementi relazionali, dunque, riconosce il lavoro sociale compiuto dagli utenti e dai loro *caregivers*, ritenendoli veri interlocutori; è consapevole che le scene della cura e dell'accudimento sono ambiti sociali il cui l'ordine interno è costruito secondo modalità negoziali, e ciò anche quando esse si presentano come estremamente conflittuali oppure, viceversa, quasi completamente *compliant*; riconosce, infine, che le modalità dell'attivazione degli utenti e dei loro *caregivers* sono sensibili al contesto e su di esso si modulano in relazione ai bisogni, mutevoli nel tempo, di cui gli utenti stessi e la loro rete sono portatori.

3. L'integrazione multiprofessionale nei contesti ad alta densità relazionale

Prendendo in esame la letteratura sociologica più attenta all'influenza delle dinamiche organizzative sulla strutturazione delle scene della cura e sulle vite degli utenti, con particolare riferimento all'integrazione multiprofessionale, possiamo enucleare alcuni tra gli ostacoli che possono interferire con la creazione di questa necessaria densità relazionale. Un primo ostacolo riguarda la presenza di paradigmi di riferimento e di logiche professionali differenti - quindi la presenza di differenti mandati - nel medesimo contesto. La letteratura specialistica abbonda di considerazioni in questo senso, sottolineando non soltanto gli effetti disfunzionali che tale differenza può ingenerare, qualora non ben gestita, ma anche, e soprattutto, la prevalenza del paradigma biomedico nella decodifica dei bisogni e nella progettazione degli interventi. Questo secondo aspetto è di sicura rilevanza, sebbene venga frequentemente esaminato in modo semplicistico come prevaricazione di una categoria professionale, quella sanitaria, sulle altre.

Il tema è interessante perché, tralasciando le inutili semplificazioni, richiama l'attenzione sulla centralità dei processi di medicalizzazione e di normalizzazione delle vite individuali e collettive attraverso riferimenti biomedici, con la conseguente interiorizzazione, anche da parte degli operatori del sociale, di modelli operativi di carattere sanitario a scapito di

⁶ F. VADELAGO, *Le dimensioni del ruolo sociale dell'utente-attore*, in G. VICARELLI, *Oltre il coinvolgimento. L'attivazione del cittadino nelle nuove configurazioni del benessere*, cit., pp. 43-60; M. BRONZINI, *Relazione di cura e modelli di attivazione*, *ivi*, pp. 141-166.

modelli peculiari delle professioni dell'aiuto sociale. Scarscelli⁷, nella sua esplorazione del tema, rileva che tra le modalità attraverso cui il paradigma biomedico diventa dominante anche negli interventi di natura sociale, vi sono non soltanto elementi di natura simbolico/culturale, ma anche elementi di natura professionale/trattamentale. Gli effetti di questa assunzione del modello di trattamento medico come principale riferimento da parte degli operatori del sociale può indurre, secondo l'autore, a forme di passività operativa, al riconoscimento della centralità dei saperi esperti come fonte privilegiata della ricognizione dei bisogni degli utenti, alla lettura individualistica, e non sociale, di tutti i problemi e i bisogni, alla biologizzazione dei bisogni stessi. Uno degli antidoti a disposizione degli operatori, secondo Scarscelli, è l'adozione di modelli esperti che sappiano essere inclusivi degli utenti, rappresentando gli utenti stessi il punto di avvio delle attività di osservazione, di interpretazione e di gestione dei problemi e dei bisogni in modo effettivamente ed efficacemente multidimensionale.

Se la contaminazione tra gli ambiti professionali pare favorire la colonizzazione del sanitario sul sociale non soltanto a causa del maggiore peso delle professioni sanitarie, ma anche in ragione dell'interiorizzazione da parte degli operatori sociali di modelli medicalizzanti della lettura dei bisogni, di tutti i bisogni, siano essi fisici, psicologici o sociali, ne discende che muovendo da una decodifica medicalizzata, non può darsi che una risposta, anche sociale, tendente al medicalizzante. Il rischio, nonostante l'utilizzo di ben congegnate schede di valutazione multidimensionale, è di ottenere non tanto la ricognizione dei bisogni nella loro multidimensionalità, quanto la declinazione in chiave medicalizzata di bisogni sociali, accanto all'individuazione di bisogni sanitari⁸.

Particolarmente interessante, al proposito, risulta essere la letteratura che ha esplorato la presenza e l'azione del servizio sociale nei contesti sanitari, presenza che ha rappresentato il primo contesto organizzato di integrazione sociosanitaria. Auslander⁹ in un suo lavoro seminale che ripercorre la storia del servizio sociale ospedaliero – storia che vede i suoi albori nel Regno Unito, nel 1891, e che si struttura in modo formale a partire dal 1905 negli Stati Uniti – rintraccia alcuni elementi caratterizzanti la natura specifica del lavoro sociale in ambito sanitario lungo il filo del tempo, fino ai giorni nostri. Il primo di questi elementi riguarda l'attuale e graduale scivolamento da un "vecchio" paradigma medico, completamente costruito a partire da elementi di natura scientifico-razionale di carattere biologico e in cui la cura era concepita come un processo lineare di tipo fisico, a una pluralità di "nuovi" modelli. Salute e malattia sono oggi sempre più considerati e trattati non soltanto per la loro componente biologica, ma anche per un ampio ventaglio di altri fattori, tra cui quelli

⁷ D. SCARSCCELLI, *Medicalizzazione della devianza, controllo sociale e Social Work*, in *Sociologia del diritto*, 1, 2015, pp. 37-64.

⁸ M. BRONZINI, *Le frontiere indefinite della medicina e la medicalizzazione del vivere*, in G. VICARELLI (a cura di), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, cit., pp 51-86.

⁹ G. AUSLANDER, *Social Work in Health Care. What Have We Achieved?*, in *Journal of Social Work*, 1, 2001, pp. 201-222.

psicologici, contestuali, sociali. Ciò pare non essere un elemento nuovo nella storia del servizio sociale in contesti sanitari, ci ricorda Auslander, in quanto il riferimento alla salute e alla malattia come esito dell'influenza reciproca di vari fattori è presente già dalle origini, al punto che già nella Londra degli inizi del Novecento gli operatori sociali sostenevano pubblicamente che molte delle malattie di cui soffriva la classe operaia erano il frutto delle condizioni di vita e che il semplice trattamento medico risultava, di fatto, insufficiente¹⁰. Queste considerazioni, sebbene fondate sull'osservazione di fatti visibili ai più, stentaronno a essere accolte dal mondo della medicina e furono ritenute degne di considerazione soltanto in periodi molto recenti, quando iniziarono a essere utilizzate nell'organizzazione dei servizi per la salute in funzione della promozione della *compliance* dei pazienti. Tousijn¹¹ sostiene che l'avvento di questa sensibilità, che ha portato lentamente con sé le istanze dell'integrazione socio-sanitaria, è risultata essere, nei fatti, uno degli elementi che ha contribuito a scardinare la dominanza medica in sanità. Non stupisce, dunque, che in ambito sanitario siano state a lungo registrate forme di resistenza alla condivisione della lettura dei bisogni tra sanitario e sociale.

Seguendo la ricostruzione storica proposta da Auslander, nel corso del Novecento si sono determinate alcune modalità di integrazione tra servizio sociale e sanità che hanno visto, da un lato, un crescente riconoscimento giuridico e formale delle professioni del sociale nel sanitario (sebbene tale riconoscimento non sia ancora diffuso in modo universale); d'altro lato, la prevalenza di un ruolo ancillare assegnato al servizio sociale. Tale ancillarità ha assunto talvolta la forma della vera e propria esclusione da alcuni ambiti, quale quello della ricerca in contesto sanitario, ritenuti esclusivo patrimonio delle professioni sanitarie: «Various researchers and authors have claimed that social workers do not carry out practice-based research, lack the skills to do research, do not use research to inform their practice, are turned off by empirical data, are more likely to turn to supervisors and colleagues for knowledge than to research reports; that the writing of academics contributes little to practice knowledge»¹². Posto che queste osservazioni siano ancora oggi fondate, e ciò indicherebbe l'esigenza, per gli operatori del servizio sociale, di progredire nello sviluppo di proprie metodologie e di propri campi di ricerca, la ricognizione di Auslander rileva come in ambito sanitario sia problematica soprattutto la conciliazione del paradigma biomedico, razionale e fondato – almeno nominalmente- sull'oggettività, e l'essenza degli interventi del servizio sociale, che prevedono l'utilizzo di modelli di intervento fondati sull'adeguatezza al singolo caso, irripetibile e unico, e sulla “pratica diretta”, con interventi di natura psicosociale. Nonostante le difficoltà di integrazione tra modalità di intervento che, muovendo da filosofie di differenti, si concretizzano in pratiche che possono apparire

¹⁰ Ivi, p. 211.

¹¹ W. TOUSIJN, *I rapporti inter-professionali in sanità: dal vecchio e nuovo professionalismo*, in *Salute e Società*, 3, 2015, pp. 44-55.

¹² G. AUSLANDER, *Social Work in Health Care*, cit., pp. 213

addirittura antinomiche, un maggiore riconoscimento della filosofia professionale degli operatori sociali nel campo sanitario, a nostro avviso potrebbe condurre non soltanto a una migliore erogazione dei servizi, ma anche a riflessioni più ampie di natura sociale sulle difficoltà di accesso ai servizi stessi, sugli ostacoli alla loro utilizzazione, sui risultati complessivi ottenuti con gli interventi erogati e, come sostiene ancora Auslander¹³, sull'identificazione dei valori culturali e delle norme di cui sono portatori proprio coloro che organizzano ed erogano i servizi per la salute e l'assistenza.

Un secondo ostacolo alla creazione di contesti della cura densi dal punto di vista relazionale è di natura organizzativo-gestionale e riguarda, in particolare, l'influenza delle forme di razionalizzazione su base tecnologico-procedurale utilizzate sempre più frequentemente per rispondere alle sfide poste dalla complessità degli interventi¹⁴. In letteratura vengono segnalati numerosi limiti e distorsioni riguardanti proprio gli interventi in cui l'integrazione sociosanitaria si fonda prevalentemente su procedure standardizzate e informatizzate. Nell'economia del presente lavoro preme soltanto sottolineare il rischio rappresentato dal fatto che in queste forme tecnologico-procedurali, frequentemente gli elementi di natura relazionale tendono a essere considerati residuali per l'integrazione stessa, sebbene, come abbiamo visto, essi rappresentino il nucleo delle attività qualora si eroghino servizi orientati verso la personalizzazione delle cure e degli interventi sociali. Ci riferiamo, in particolare, all'integrazione strutturata soprattutto attraverso procedure informatizzate, quando esse si presentano prevalenti rispetto al lavoro di équipe interprofessionale, con una scarsa presenza in forma attiva sia degli utenti e della loro rete, sia di quegli operatori che sono professionalmente attrezzati per una lettura multidimensionale dei bisogni, per interventi modellati sulle forme di "pratica diretta", quindi estremamente flessibili e adeguabili al rapido mutamento dei bisogni degli utenti-pazienti e particolarmente in grado di produrre una continua personalizzazione degli interventi¹⁵. In altre parole, essendo le dimensioni soggettive degli utenti e delle loro reti centrali nella "pratica diretta" propria dei modelli di intervento sociale, nelle attività in cui l'integrazione sociosanitaria si attua prevalentemente con procedure standardizzate e informatizzate risulta difficoltoso rendere operativi alcuni degli elementi centrali dell'opera dei servizi sociali, come il tenere costantemente in considerazione gli aspetti soggettivi, e dunque mutevoli, dei percorsi di cura e di aiuto¹⁶. L'integrazione sociosanitaria affidata in modo prevalente all'informatizzazione delle procedure può produrre, inoltre, un'ulteriore limitazione della valorizzazione degli aspetti relazionali degli interventi di cura e del prendersi cura. Infatti, non agevola il considerare

¹³ Ivi, p. 216.

¹⁴ R. LUSARDI, S. MANGHI, *I limiti del sapere tecnico: saperi sociali nella scena della cura*, cit.

¹⁵ S. MANGHI, R. LUSARDI, *Défis relationnels dans la scène du soin hospitalier: conflits et possibilités*, in G. FERRÉOL (a cura di), *Systèmes de santé et politiques des soins: vers de nouveaux défis?*, Louvain-la-Neuve, EME Edition, 2018, pp. 13-28.

¹⁶ S. FARGION, W. WIELANDER, D. PINTARELLI, *Il servizio sociale in ambito ospedaliero: riflessioni sull'interprofessionalità in un contesto di equilibrio di potere*, in *Autonomia locali e servizi sociali*, 2, 2017, pp. 299-314, p. 301.

come fonte di informazione importante e sistematica ogni singola interazione con gli utenti e la loro rete¹⁷. Ciò conduce con sé un ulteriore rischio, ossia la lettura dei problemi e dei bisogni in chiave semplificata, in quanto individualizzata, sottoutilizzando le potenziali funzioni degli operatori sociali in sanità come, per esempio, la riduzione delle disuguaglianze sociali nell'accesso alle cure e ai servizi. Infatti, come sostiene Beddoe¹⁸: «Social work has an historical tradition of regarding any threats to health and well-being as being much more than disease and can work in primary care to attack the links between health and social inequalities».

Un terzo ostacolo alla creazione di un ambiente relazionale denso è ravvisabile proprio al livello delle scene della cura, ossia proprio in quei luoghi sociali dove gli aspetti relazionali potrebbero essere più ampiamente rintracciati, coltivati, valorizzati. L'aspetto disfunzionale è rappresentato dal fatto che la persona venga considerata non nella sua completezza, come invece dovrebbe avvenire secondo lo spirito dell'integrazione sociosanitaria, ma nella sua semplice, duplice veste di assistito e di paziente, mero destinatario di interventi specialistici di natura sociale e sanitaria, secondo un vettore che procede dall'alto, i professionisti, al basso, l'utente stesso e la sua rete. Tuttavia nella scena della cura la persona che necessita di aiuto e i suoi *caregivers* svolgono, come abbiamo evidenziato, una quota importante di lavoro sociale, quota che se opportunamente riconosciuta e valorizzata nella sua valenza di "lavoro da svolgere", rendendo l'utente stesso e i suoi *caregivers* attori della multiprofessionalità, può rappresentare uno strumento potente per innalzare la qualità delle interazioni e delle relazioni in questi specifici contesti. Quando il riconoscimento della quota di lavoro sociale svolto da queste figure è elevato, non è possibile esimersi dal rispondere a domande che, dal punto della gestione, risultano complesse. Si tratta di domande che riguardano proprio l'ampliamento delle figure titolate ad avere spazio di parola nella definizione dei bisogni e nella composizione degli intereventi; che riguardano l'esistenza, o meno, della disponibilità riconosciuta e accordata alla negoziazione che potrebbe rivelarsi necessaria tra tutti gli attori convenuti sulla scena della cura; che riguardano le figure legittimate a negoziare, e con quale potere, sulla scena della cura; infine, domande che riguardano le caratteristiche delle forme organizzative e delle modalità di intervento migliori per realizzare un'integrazione sociosanitaria volta a garantire davvero l'esistenza di spazi di parola utilizzabili da tutti coloro che svolgono quote di lavoro sociale in questi contesti.

¹⁷ R. LUSARDI, *Pratiche di welfare nel terzo millennio: verso l'integrazione sociosanitaria tra organizzazioni, tecnologie e professioni*, in *Salute e Società*, 3, 2015, pp. 185-209.

¹⁸ L. BEDDOE, *Health social work: professional identity and knowledge*, in *Qualitative Social Work*, 12 (1), 2011, pp. 24-40, 38.

Al proposito è illuminante una ricerca etnografica realizzata da Lusardi¹⁹ in Emilia Romagna, in relazione alle pratiche per l'integrazione. Lo studio ha dato origine alla rilevazione di due distinti modelli di integrazione sociosanitaria, di carattere paradigmatico, resi secondo due metafore: i binari ferroviari e la rotatoria stradale.

Con la prima metafora, i binari ferroviari, si fa riferimento a un modello di integrazione di carattere eminentemente procedurale, laddove le componenti sociali e sanitarie sembrano procedere lungo binari paralleli, indipendenti, ma orientate verso la medesima direzione, individuata e concordata a monte, con una stazione di partenza condivisa, uno scambio intermedio che può riorientare il percorso e una stazione di arrivo, presso la struttura o il domicilio del paziente, con la continuazione dell'erogazione dei servizi sociali e sanitari del caso. In questo modello le occasioni di scambio tra professionisti sono proceduralizzate, circoscritte, limitate, gerarchicamente preordinate. Si aggiunge a quanto richiamato una nostra osservazione: in questo modello le interazioni con i pazienti/utenti e i loro *caregivers* sono gestite sempre in forma diadica, o con l'operatore sanitario, o con quello sociale. La netta separazione tra mondo sociale e sanitario, ci dice lo studio, di carattere logistico e relazionale, in virtù della quale i mondi degli uni e degli altri sono reciprocamente poco conosciuti, è superata attraverso una infrastruttura informatica specifica, che ricompone micro-mondi organizzativi disseminati spazialmente, i quali realizzano le loro attività in un'inevitabile frammentazione del senso degli interventi, utilizzando forme di comunicazione prevalentemente digitali.

Con la seconda metafora, la rotatoria stradale, si fa riferimento a un modello di integrazione di carattere culturale. Le due componenti del servizio studiato vivono in condivisione logistica e istituzionale, fondata su norme stabilite a monte dalle due diverse istituzioni di appartenenza. I due gruppi procedono su corsie adiacenti, con specifici confini professionali, sebbene i confini di competenza non appaiano delineati in modo netto ma sono, all'occorrenza, condivisi. L'integrazione avviene per la costante esposizione all'altro, nel contesto del *problem solving* e nel lavoro "situato". Le comunicazioni sono prevalentemente analogiche, senza soluzioni di continuità, sebbene prevedano anche forme strutturate di scambio. L'integrazione è costruita in modo culturale perché il senso degli interventi è costruito insieme e si struttura intorno a due elementi organizzativi importanti, ossia le specifiche condizioni logistiche e l'esistenza di rituali collaborativi formali e informali, che accrescono l'interdipendenza. In questo caso, abbiamo la costruzione di una comunità di pratica che, secondo una osservazione aggiuntiva che qui si propone, pare rappresentare la condizione ideale per valorizzare il contributo degli utenti/pazienti e dei loro *caregivers*, superando la diadicità relazionale e contribuendo in tal modo a rendere i contesti delle

¹⁹ R. LUSARDI, *Pratiche di welfare nel terzo millennio: verso l'integrazione sociosanitaria tra organizzazioni, tecnologie e professioni*, cit.

cure densamente relazionali proprio a partire dall'integrazione professionale resa possibile da specifiche modalità di integrazione organizzativa.

4. Multiprofessionalità e integrazione: esiti di un percorso accidentato

L'analisi delle varie forme applicative dell'integrazione sociosanitaria sul territorio italiano potrebbe arricchirsi in relazione a quanto fino a ora illustrato. In particolare, potrebbero essere utilizzati come indicatori di integrazione anche i risultati ottenuti a livello delle singole scene della cura e dell'accudimento, a partire dall'introduzione di quegli elementi che abbiamo rilevato come importanti per la creazione di contesti relazionali densi, necessari per interventi realmente personalizzati: forme strutturate e continue di ascolto dei pazienti (dove possibile) e dei loro *caregivers*; adozione di contiguità logistica tra i professionisti sociali e sanitari chiamati a intervenire sui singoli casi; fluidità delle comunicazioni tra professionisti, limitando all'indispensabile la proceduralizzazione degli scambi in una logica improntata al *problem solving*. In questa prospettiva, il livello di integrazione sociosanitaria potrebbe essere misurato non soltanto al livello istituzionale, organizzativo e gestionale, ma anche a livello dei singoli contesti di erogazione delle cure e dell'accudimento²⁰, utilizzando strumenti già validati, standardizzati o non standardizzati, o costruendone di specifici, fermo restando il riconoscimento della necessità del superamento della visione diadica dei soggetti impegnati nella scelta degli interventi e della loro erogazione – operatore e utente, eventualmente accompagnato dal *caregiver* - a favore di una visione che rimanda a una costellazione costituita da tutti i soggetti che agiscono in modo negoziale nelle scene della cura e dell'accudimento, creando insieme struttura e ordine.

Osservando la situazione italiana, possiamo affermare che l'implementazione delle norme non pare avere sfruttato appieno gli strumenti messi a disposizione dalla normativa vigente. In particolare, strumenti come le case della salute e l'organizzazione di sportelli unici sociosanitari, sostenuti da un impianto organizzativo importante quale quello dei distretti e della coincidenza degli ambiti di erogazione dei servizi sociali e sanitari²¹, parrebbero, in potenza, valide forme operative per la creazione di contesti relazionali densi.

Richiamando, nello specifico, la situazione piemontese, per essa è stata rilevata una sorta di contrapposizione mai troppo superata tra sanitario e sociale²². Il Piemonte, tuttavia, presenta peculiari situazioni locali, anche ampie, che procedono con buoni livelli di integra-

²⁰ S.L. HEPP, E. SUSTER, K. JACKSON, S. DEUTSCHLANDER, E. MAKWARIMBA, J. JENNINS, L. BIRMINGHAM, *Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice*, in *Journal of Interprofessional Care*, 29 (2), 2015, pp. 131-137

²¹ D. SERVETTI, *Esiste un modello sanitario piemontese?*, Rapporto di ricerca, CEIMS-UPO, Fedesantità Anci Piemonte, novembre 2017.

²² Ivi.

zione, per esempio con l'attivazione di sportelli unici e di unità di valutazione multidimensionale. Nel campo della cronicità, inoltre, sono stati posti in essere anche contesti della cura che risultano capaci di realizzare integrazione in misura superiore, per esempio con gli interventi di cure primarie gestiti dall'infermieristica di territorio che coordina i medici di medicina generale, gli specialisti ospedalieri e le figure del sociale. Infine, gli ambulatori per la salute in montagna, così come l'esperienza delle case della salute, soprattutto quelle definite "storiche", laddove il tentativo è quello di offrire contemporaneamente cure primarie e interventi sociosanitari di qualità. Più in generale, si ritiene che le case della salute potrebbero rappresentare luoghi che, per le loro caratteristiche di continuità logistica tra professionisti e per la creazione di contatti costanti, siano in grado di realizzare in misura maggiore le condizioni ambientali necessarie per la costruzione di integrazione culturale anche per mezzo dell'alta densità relazionale, così come con l'ausilio del riconoscimento della quota di lavoro sociale svolto dagli utenti e della loro maggiore partecipazione.

Analoghe forme di integrazione possono essere rintracciate nel territorio alessandrino. In particolare, l'esperienza storica di integrazione multiprofessionale dell'Asl di Casale Monferrato e Valenza, che si presentava istituzionalmente e logisticamente integrata (stesso luogo, stesso ente), ha permesso lo sviluppo costante di una cultura comune e la costruzione di senso condiviso degli interventi. Questa modalità di lavoro, opportunamente adattata, è stata successivamente applicata nel territorio dell'Asl di Alessandria, che vede l'integrazione realizzarsi tra Asl e il Consorzio attivo sul territorio (Cissaca). I gruppi di lavoro stanno così diventando realtà, sebbene piuttosto lentamente, spingendo verso la costituzione di gruppi di lavoro multiprofessionali e multiservizi tesi alla costruzione di una cultura comune. Un ulteriore attuale limite, sia per il sanitario, sia per il sociale è rappresentato dal non promuovere ancora a sufficienza l'integrazione di comunità, che si concretizza nel non "stare ad aspettare l'utente" quanto, viceversa, nel rintracciare le persone che necessitano di aiuto laddove il bisogno si manifesta. L'integrazione multiprofessionale, infatti, se intesa come volta alla creazione di contesti relazionali densi, e quindi efficaci, è necessario favorisca anche l'integrazione sociosanitaria di iniziativa e di comunità.²³ In questo caso, la metafora di riferimento è la rotatoria stradale, con l'integrazione multiprofessionale che si realizza attraverso la costruzione di cultura organizzativa comune e di senso condiviso degli interventi.

²³ Per la comprensione della situazione piemontese e alessandrina mi sono avvalsa di colloqui di orientamento condotti con due figure apicali e di lunga esperienza della Regione Piemonte, il dott. Vittorio Demicheli e il dott. Roberto Stura, che ringrazio per la disponibilità. Ovviamente, è da ritenersi a mio carico ogni responsabilità circa l'interpretazione del contenuto dei colloqui.

5. L'integrazione sociosanitaria come fatto sociale complesso

Le considerazioni proposte intendono contribuire alla costruzione di pratiche multiprofessionali che si riferiscono all'integrazione sociosanitaria come fatto sociale complesso, in grado di stimolare la costruzione di scene della cura e del prendersi cura dense dal punto di vista relazionale e che permettano a tutti i professionisti, così come agli utenti e alla loro rete, di essere considerati parte attiva in esse, riconoscendo e valorizzando la quota di lavoro svolto da ognuno dei partecipanti e, al contempo, promuovendo alti standard nell'erogazione dei servizi.

La complessità dell'integrazione sociosanitaria, tuttavia, non risiede soltanto nei molteplici livelli sociali implicati nella sua costruzione, o nella molteplicità delle logiche professionali – pazienti e *caregivers* compresi - che conferiscono in essa, ma anche nella capacità di coinvolgere l'intera comunità, o di parti importanti della comunità stessa, e di influenzarne le trasformazioni strutturali e relazionali.

Come avverte l'analisi di Lusardi²⁴, proprio per la sua complessità l'integrazione sociosanitaria è uno strumento da maneggiare con cura. La centralità che la nostra società assegna alle risposte offerte per trattare la malattia e per promuovere la salute e il benessere, così come la centralità del paradigma biomedico per l'organizzazione della attuale vita sociale, conferiscono a tale integrazione un'importante forza strutturante del vivere associato inteso in senso più complessivo, così come le assegna la forza di modello che oltrepassa i confini del sociosanitario stesso. È proprio la sua forza strutturante, secondo scelte politiche, istituzionali e organizzative compiute a monte, che può favorire in molti altri ambiti organizzati della società o il diffondersi di forme dell'integrazione multiprofessionale orientate alla personalizzazione degli interventi, oppure il crescente utilizzo di forme dell'integrazione orientate alla proceduralizzazione delle pratiche. È, ancora, tale forza che può condurre o alla creazione di contesti a prevalenza relazionale per l'erogazione delle risposte ai bisogni, di qualsiasi natura essi siano, contesti che favoriscono la circolazione delle informazioni e la costruzione di spazi di parola, oppure la creazione di contesti a prevalenza tecnico-procedurale, che riducono a variabile residuale la densità relazionale. Infine, è tale forza che può favorire la diffusione nella società più ampia la creazione di modelli di integrazione orientati alla comunità, oppure l'utilizzo di modelli orientati alla lettura e alla gestione dei bisogni in chiave individualistica e semplificatrice.

Non resta che scegliere quale modello adottare: quello che prevede insieme giustapposti formati da tante diadi utente/professionista, oppure il modello che prevede la struttura-

²⁴ R. LUSARDI, *Pratiche di welfare nel terzo millennio: verso l'integrazione sociosanitaria tra organizzazioni, tecnologie e professioni*, cit.

zione di costellazioni formate da utenti, *caregivers*, professionisti e parte di risorse della comunità, strettamente interconnessi e interagenti.

La risposta, a nostro avviso, non può che essere orientata verso i principi della personalizzazione degli interventi e del rispetto della persona e delle sue reti sociali, secondo quanto previsto dal dettato costituzionale, per giungere alla strutturazione di scene della cura dense di relazioni ed efficaci nell'uso delle risorse pubbliche e delle comunità, utili a sviluppare ulteriori paradigmi e modelli di intervento che, muovendo dall'integrazione in ambito sanitario e sociale, sappiano stimolare la strutturazione di contesti sociali negoziali e coesi.

