

Il servizio sociale in ambito ospedaliero: riflessioni sull' interprofessionalità in un contesto di squilibrio di potere.

Silvia Fargion, Walburg Wielander e Daniela Pintarelli

L'introduzione del servizio sociale in ambito sanitario ed in particolare nel contesto ospedaliero risale alla seconda metà del XIX secolo. Tuttavia, nelle forme che conosciamo oggi, si è evoluto soprattutto negli ultimi 60 anni in relazione alle nuove concezioni di salute e malattia emerse in questi anni. Le idee di salute e malattia, riconosciute e promosse dall'OMS - che nel suo atto di costituzione del 1948 al primo paragrafo recita: la salute è uno stato di benessere completo, fisico, mentale e sociale - hanno avuto peraltro un impatto importante sul sistema delle professioni coinvolte nella produzione della salute. Queste concezioni, ormai non più nuove, hanno comportato non solo l'inserimento nel sistema di figure diverse non necessariamente sanitarie, tra cui psicologi, educatori e assistenti sociali, ma soprattutto hanno introdotto la necessità di una modificazione nella relazione tra professioni: i temi della interprofessionalità e collaborazione interdisciplinari sono divenuti centrali in ambito sanitario. In effetti le nuove definizioni non solo ampliano l'idea di sanità, ma, scardinando il concetto che la salute equivalga ad assenza di malattia, si contrappongono alle concezioni e culture più tradizionali della medicina. In questo senso implicano anche una messa in discussione di una cultura organizzativa e di consolidati rapporti di potere nel sistema sanitario.

Dal punto di vista della riflessione, delle indicazioni e delle normative queste concezioni di salute sono state pienamente accettate e il modello di una medicina centrata sulla persona e non sulla malattia e di una collaborazione tra competenze diverse sono ormai dominanti. D'altra parte, la realtà dell'organizzazione sanitaria ha mostrato spesso inerzia, se non resistenze, a mettere in discussione le più consolidate culture e gerarchie. In questo articolo si presentano alcune riflessioni su questi temi collegate ad una esplorazione qualitativa sulle rappresentazioni di figure mediche, pazienti e assistenti sociali nel contesto della provincia di Bolzano. La riflessione prende le mosse da una rivisitazione del servizio sociale nel contesto ospedaliero, che supporta l'identificazione di linee di tensione nella collaborazione tra figure sociali e sanitarie. Questa introduzione costituisce lo sfondo per presentare le considerazioni sugli interventi sociali in ospedale tratte dalle differenti rappresentazioni.

1. Il servizio sociale in ambito sanitario e ospedaliero

Come si è detto la storia del servizio sociale ospedaliero è piuttosto lunga, anzi si può dire che il contesto sanitario sia uno dei primi in cui si è dato avvio al processo di

professionalizzazione dell'assistente sociale. In questo senso il servizio sociale ospedaliero va collocato in una più ampia dinamica relativa, inizialmente, all'identificazione di una relazione tra l'insorgere di malattie e le condizioni generali connesse alla povertà, come alimentazione inadeguata, o ambienti di vita malsani. Le analisi storiche permettono di cogliere come questa introduzione delle professioni sociali nella sanità sia caratterizzata da una profonda ambivalenza: da una parte si coglie una crescita di responsabilità sociale nei confronti della povertà, dall'altra è evidente una dimensione di controllo e auto-protezione delle classi dominanti in relazione al rischio che la povertà stessa rappresenta per i ceti privilegiati. (Dotti, 2015). Per gli assistenti sociali tuttavia il contesto ospedaliero ha da subito rappresentato una sfida nel senso che, a differenza che in altri contesti, nell'ambito della sanità la professione è, in un certo senso, ospite di altre organizzazioni quali ospedali o ambulatori e deve confrontarsi con i valori, gli obiettivi e la cultura organizzativa di queste istituzioni (Auslander, 2001a). In questo senso il servizio sociale si confronta con un sistema gerarchico forte e in una posizione minoritaria rispetto ad una cultura dominante. In effetti la ricerca internazionale sul servizio sociale ospedaliero mette a fuoco questa contraddizione. Se Ida Cannon prefigurava un rapporto di interdipendenza tra personale sociale e sanitario, la realtà è che più spesso il ruolo dell'assistente sociale in ospedale viene descritto come di netta subaltermità (Dotti, 2015).

La tensione percepita dalle figure sociali si accentua nel momento in cui il servizio sociale prende le distanze dal modello medico cui si ispiravano le prime riflessioni e teorizzazioni (June Huntington, 1986, p. 1153)

In particolare si fa riferimento ad un differente approccio all'intervento. Il modello medico tradizionale si centra sull'identificazione di ciò che non funziona e che viene definito malattia, il modello sociale al contrario si focalizza sul rapporto tra disagio e risorse, anzi nella valutazione sociale l'identificazione delle risorse interne al sistema in cui si interviene rappresenta la base per l'intervento. In questo si sottolinea un'ulteriore differenza nel senso che il modello medico più consolidato basa l'intervento su una diagnosi, che consiste nel collocare lo specifico quadro clinico di un paziente in un sistema di categorie. Il sistema di categorizzazione e l'utilizzo delle categorie contribuisce ad una costruzione di oggettività: le categorie costituiscono degli standard che vanno nella direzione di un'omogeneizzazione dei giudizi medici. Nel contesto ospedaliero il sapere medico è forte ed è il sapere rilevante: la figura del professionista medico, che possiede tale sapere, è centrale nella diagnosi. Al contrario nel campo del servizio sociale si parla di valutazione (non di diagnosi) come di un processo negoziato di attribuzione di significato ad una situazione, un processo in cui le persone coinvolte partecipano e i differenti saperi giocano un ruolo rilevante, compreso il sapere di chi vive direttamente l'esperienza. Le valutazioni hanno dimensioni di originalità e specificità che riflettono l'unicità delle situazioni di vita umane. In effetti, al contrario che nel modello medico, nel modello sociale le dimensioni soggettive sono centrali: nel

processo di intervento di servizio sociale il comprendere, e dare spazio a desideri, intenzioni e preferenze delle persone sono fondamentali. In questo senso si richiama la centralità del principio di autodeterminazione nel servizio sociale.

2. La definizione di un ruolo

Queste sono solo alcune delle differenze tra modello medico tradizionale e modello sociale e diversi autori evidenziano come l'inserimento del servizio sociale in ospedale non sia stato certamente semplice per gli assistenti sociali (Auslander, 2001b; Beddoe, 2011; Davis, 2004; McLeod & Eriksson, 2002; Mizrahi & Abramson, 2000). Da una parte la letteratura sottolinea la poliedricità e le potenzialità del ruolo del servizio sociale in ospedale e dall'altra la ricerca rileva come questo ruolo sia spesso poco riconosciuto e valorizzato.

Partendo dalle potenzialità, la mission del servizio sociale viene identificata nel comprendere l'ambiente di vita della persona e il suo vissuto rispetto alla malattia e la sua situazione, per pianificare la cura, la riabilitazione e la riorganizzazione di vita che la malattia comporta. Il cuore della professione nel contesto ospedaliero viene sintetizzato in modo estremamente acuto da Dotti sulla base di tre questioni centrali: un supporto alla resilience, la promozione della qualità di vita e la tutela. Per quanto riguarda la resilience, si pensi che l'ospedale è il luogo deputato alla cura della malattia acuta, che rappresenta un fattore di crisi dell'equilibrio di vita delle persone. Il servizio sociale ha il compito di affiancare, supportare i processi attraverso cui le persone e le loro reti fronteggiano la crisi e ristabiliscono o trovano nuovi equilibri. La dimensione della qualità di vita è centrale e qualifica gli equilibri, come anche soddisfacenti per le persone ed infine la tutela si riferisce alla condizione di vulnerabilità della persona in presenza di malattia acuta, ed ai possibili rischi iscritti in questa condizione (Dotti, 2015).

Si sottolineano in questo quadro le dimensioni psicosociali e di counselling. Gli assistenti sociali si vedono come educatori o coloro che collegano parti del sistema, in un contesto in cui la cultura medica e la cultura del sociale sono spesso state viste in contrapposizione, l'una incarnazione del modello tecnico razionale, l'altra uno dei migliori esempi di una pratica riflessiva (Davis, 2004). Herod e Lymbery entrano nel merito dei diversi aspetti e declinano in modo più specifico il contributo dell'assistente nel contesto ospedaliero, che a loro parere è rilevante per:

- il valore dato alla persona nella sua globalità e per la prospettiva olistica che caratterizza la professione,
- l'ampiezza di conoscenze che sostengono il lavoro dell'assistente sociale,
- le competenze nel lavoro di rete e il ruolo strategico nei team multidisciplinari
- l'attenzione al contesto e al contributo che esso può dare nella qualità delle relazioni con le persone e i loro familiari

- il ruolo di connessione dell'ospedale con le reti formali ed informali nella comunità (Herod & Lymbery, 2008)

3. Le sfide del lavoro sociale in ospedale

Questi sono solo alcuni esempi di come il ruolo dell'assistente sociale ospedaliero sia stato letto in termini positivi. Tuttavia numerosi studi hanno fatto emergere come il panorama rispetto al lavoro in ospedale sia complesso e in molti casi il ruolo sia stato riconosciuto in modo parziale a livello medico o addirittura meramente considerato in termini poco più che strumentali. (Craig & Muskat, 2013; Mizrahi & Abramson, 2000). Numerose ricerche negli anni passati hanno rilevato come le figure sanitarie abbiano valutato spesso le competenze degli assistenti sociali limitatamente alla connessione e coordinamento con i servizi appropriati al di fuori della sanità, con la specifica funzione di accelerare la dimissione. La dimissione sembra occupare uno spazio centrale nelle rappresentazioni che il personale medico ha del servizio sociale. In particolare nello studiare la collaborazione tra assistenti sociali e infermieri in Israele, Ben-Sira e Szyf hanno identificato due tipi di bisogni: quelli psicosociali e quelli che loro definiscono strumentali e che potrebbero essere definiti come bisogni pratici (Ben-Sira & Szyf, 1992). La loro ricerca mette a fuoco come tra infermieri e assistenti sociali si possa parlare di una collaborazione tra diseguali, dove gli infermieri si attribuiscono tutti i compiti legati al sostegno psico-sociale e ascrivono agli assistenti sociali i compiti pratici. Le ricerche di Huntington e di Cowles & Lefcowitz, più o meno negli stessi anni (Cowles & Lefcowitz, 1995; Huntington, 1986) mostrano un quadro più positivo, ma che sempre denota una consistente discrepanza tra la visione del personale medico e quello degli assistenti.

Anche alcune indagini più recenti hanno messo a fuoco come in ospedale il ruolo degli assistenti sociali sia estremamente limitato. La ricerca di Judd e Sheffield (Judd & Sheffield, 2010) per esempio presenta una survey su tutti gli Stati Uniti d'America con un campione di 370 assistenti sociali. La ricerca mostra che un 43,8% degli assistenti sociali ha seguito 60 o più pazienti al mese, mentre meno del 25% ha seguito meno di 30 pazienti al mese. Ma il dato più rilevante emerso è che la maggior parte del tempo viene impiegato in attività di organizzazione e coordinamento in relazione alle dimissioni e solo una quantità di tempo marginale è dedicata ad attività di counselling. La totalità non impiega tempo in questioni di bioetica di evidence based practice e di progettazione.

Nonostante le condizioni avverse alcune ricerche recenti hanno messo a fuoco il contributo positivo del servizio sociale in ospedale e in pratiche efficaci di interprofessionalità (Craig & Muskat, 2013; Hepp et al., 2015; McLaughlin, 2016; Reese, 2011; Yarlagadda, Hatton, Huettig, & Deschler, 2015). Ancora più significativi sarebbero gli esiti di una recentissima ricerca in Israele (Baum, Shalit, Kum, & Tal, 2015) in cui si dimostra il ruolo del servizio sociale ospedaliero nel fronteggiare la

disuguaglianza sociale e l'impatto di questo sull'assistenza sanitaria. Molti problemi di collaborazione interprofessionale e del ruolo del servizio sociale restano comunque aperti (Beddoe, 2011; Sims-Gould, Byrne, Hicks, Franke, & Stolee, 2015)

Recentemente si sottolinea l'importanza che gli assistenti sociali siano in grado di sostenere ed argomentare il senso del proprio ruolo in ospedale in rapporto con le figure mediche. Si rileva anche l'importanza che come ha sostenuto Huntington (J Huntington, 1986), tale sostegno si basi su un' argomentazione fondata sulla ricerca scientifica relativa agli esiti degli interventi di servizio sociale ospedaliero (Bronstein, Gould, Berkowitz, James, & Marks, 2015).

4. Il progetto ISSO (Interprofessionalità nel servizio sociale ospedaliero)

Il progetto che presentiamo in questo articolo nasce da una riflessione e collaborazione tra due assistenti sociali che operano nella realtà ospedaliera e una docente universitaria di servizio sociale.

L'incontro è avvenuto in un seminario in cui si presentavano le opportunità di progetti collaborativi tra professionisti impegnati sul campo ed università. La motivazione alla ricerca in ambito ospedaliero origina da una percezione di disagio e di sbilanciamento nell'operatività, dall'idea che anche nella realtà italiana il servizio sociale ospedaliero abbia delle potenzialità che non vengono pienamente riconosciute: in questo senso una ricerca qualitativa, pur di piccole dimensioni, rappresenta un modo di riaprire una riflessione che non sia solo autoreferenziale, ma che si basi su un confronto con dati empirici e in particolare su una considerazione delle percezioni dei principali soggetti presenti in ospedale. Questa attenzione al mettere a confronto rappresentazioni differenti ha dall'inizio orientato verso una metodologia qualitativa, che permettesse di esplorare punti di vista diversi senza imporre schemi precostituiti.

Si intendeva raccogliere un primo livello di informazioni per ipotizzare quali temi, tra quelli messi a fuoco dalla ricerca internazionale, fossero presenti anche in Italia e per studiare le interazioni tra personale medico e servizio sociale nel quadro di una comprensione delle dinamiche di relazione tra culture professionali differenti in un contesto di squilibrio di potere.

Gli strumenti per la rilevazione sono stati, oltre all'analisi di documentazione, interviste qualitative e focus group. La ricerca, autorizzata dalla ASL della provincia di Bolzano con l'approvazione del comitato etico, è stata effettuata negli ospedali di Silandro e Bolzano, rispettivamente esempi di un ospedale in area montana e di un ospedale in area urbana. Inizialmente si era pensato ad un numero di interviste maggiore di quello che si è riusciti a realizzare. In realtà identificare e reperire i soggetti è stato più complesso di quanto ci si era aspettati. L'attività in ospedale è frenetica ed i tempi sono molto stretti, tanto che molti degli intervistati hanno partecipato alla ricerca fuori dal loro orario di lavoro dimostrando una grande disponibilità. Sono stati intervistati 6 assistenti sociali (che rappresentano la totalità dei professionisti presenti) 15 infermieri 7 medici e

6pazienti. Tutti i partecipanti sono stati informati dello scopo della ricerca e dell'utilizzo dei risultati ed hanno firmato un modulo di consenso informato. Le interviste sono state tutte registrate, trascritte ed analizzate utilizzando il programma NVivo8.

5. Prospettive a confronto

Presenteremo ora gli esiti della ricerca mettendo a confronto le diverse posizioni emerse in particolare da figure mediche, assistenti sociali e pazienti ospedalieri che sono entrati in contatto con il servizio sociale. Partendo dal punto di vista dei sanitari si illustreranno comprensioni e fraintendimenti relativi agli interventi sociali in ospedale. L'esperienza dei pazienti e le letture degli assistenti sociali del loro ruolo e delle problematiche dell'intervento in ospedale, aprono spunti di riflessione per ripensare alla collaborazione tra le diverse figure professionali.

5.1 I professionisti della sanità parlano del servizio sociale: nuove aperture

Considerando unitamente il punto di vista di medici ed infermieri, una prima osservazione di rilievo è che, a parte qualche eccezione, l'idea che la salute non possa essere concepita in modo ristretto e in relazione a corpo e specifici organi, appare essere più diffusa (di un tempo?), almeno tra gli intervistati. Come ci si poteva aspettare l'attenzione si focalizza sulla malattia e sui disagi più che sul benessere. Tuttavia sia medici sia infermieri ritengono che il compito dell'ospedale non si possa limitare a curare il corpo ma debba includere anche un'attenzione alla situazione globale delle persone.

In una visione che richiama quella del famoso dott. Cabot (considerato uno dei promotori e fondatori del servizio sociale ospedaliero), la visione della malattia non risulta più concentrata su corpo e organi:

La malattia non è un punto isolato in un corpo, al contrario bisogna considerare tutto l'ambiente: se la malattia si sviluppa è perché nell'ambiente c'è qualcosa che non funziona allora l'assistente sociale ha un compito importante e può dare supporto. (medico)

Anche nella visione del proprio ruolo ci sono delle aperture:

io come altri qua ho una passione nel fare il lavoro bene, non solo dal punto di vista tecnico, ma appunto anche creare una bella relazione con le pazienti, riuscire quando fai una diagnosi prenatale ad avere una comunicazione anche a un livello anche affettivo. (medico)

Una medico per esempio osserva come l'ospedale non possa ignorare problematiche quali per esempio l'alcolismo giovanile: l'intervistata pensa che quando arrivano in pronto soccorso giovani in coma etilico, l'ospedale non si possa limitare a curare dal punto di vista strettamente medico. E particolarmente in questo conteso si coglie

l'importanza di un rapporto con l'assistente sociale. Questo tipo di atteggiamento secondo l'intervistata non è però generalizzato:

Perché magari ci sono colleghi maschi per cui è lo stesso se un ragazzo arriva ubriaco. Per me non è proprio lo stesso e bisogna pensarci e offrire un colloquio...noi qua abbiamo fatto un progetto... (medico)

Un'altra medico in ambito pediatrico osserva come i disagi che emergono possano essere molti e come sia importante avere in ospedale delle figure in grado di affrontarli. Anche in questo caso, questo modo di gestire le situazioni viene contrapposto ad una concezione di ospedale come dedito alla mera cura delle malattie fisiche:

Adesso mi vengono in mente anche casi di, di bambini magari trovati abbandonati o in situazioni di disagio materiale estremamente importante così e sarebbe molto più facile fare finta di niente, si dimette, non si fa niente. Invece secondo me il fatto che si possa comunque fare una segnalazione, coinvolgere qualcuno, è una tutela del bambino, che va assolutamente valorizzata. Secondo me è importante, è un compito a cui spesso noi facciamo riferimento... (medico)

In diversi casi l'ampliamento del compito richiama ad un'esigenza di interprofessionalità:

Allora è chiaro tutto quello che bisogna fare perché un paziente sia curato bene e sia dimesso. E non può essere fatto tutto dagli infermieri o dai medici invece c'è bisogno di un terzo e magari quarto gruppo professionale. Io penso che sia semplicemente meglio di come era prima. (medico)

In questo contesto non stupisce come da parte dei professionisti sanitari ci sia un generale apprezzamento degli/ delle assistenti sociali. Se si escludono due soggetti che hanno portato un esempio di insoddisfazione, per il resto tutti gli intervistati, sia medici che infermieri, hanno espresso una valutazione altamente positiva del servizio sociale in ospedale:

Io trovo che la collaborazione con l'assistente sociale funzioni molto bene, da quando c'è anche con i servizi (infermiere). Abbiamo un stretto contatto, una buona collaborazione tra lei, medici, noi infermieri e anche i parenti. (infermiere)

Noi con l'assistente sociale lavoriamo molto bene a voce per mail o con un colloquio e poi lei si organizza con il distretto, con il medico di base, con la casa di riposo, che è molto difficile... (medico)

Nella traccia dell'intervista era presente una richiesta specifica di esempi di difficoltà incontrate nel rapporto con gli assistenti e a questa domanda solo un intervistato è stato in grado di dare una risposta, precisando che si trattava di un'eccezione con una persona che sostituiva temporaneamente l'assistente sociale titolare e che una situazione del genere non si era mai più verificata.

5.2 La comprensione del ruolo

Considerando le risposte del personale medico e infermieristico in modo più approfondito emerge tuttavia un quadro parzialmente diverso: molti intervistati, infatti, esprimono una comprensione solo parziale del ruolo dell'assistente sociale. Almeno una parte delle interviste conferma gli esiti della ricerca a livello internazionale, nonché la percezione iniziale degli assistenti sociali di non essere riconosciuti. In effetti il riconoscimento è estremamente positivo, ma in termini che non corrispondono a come gli assistenti sociali vivono il proprio ruolo. L'analisi ha consentito di identificare tre modi di leggere il ruolo dell'assistente sociale che possono essere letti come parzialmente squalificanti.

Il primo consiste nel vedere l'assistente sociale in modo meramente strumentale, come quella figura che toglie un peso alle figure mediche consentendo loro di svolgere il lavoro cruciale 'importante' in ospedale. In questo senso la dimensione sociale diventa un peso che distoglie dal *vero compito* dell'ospedale e l'assistente sociale non viene vista come qualcuno che dà un contributo al processo di cura e di produzione del benessere, ma come qualcuno che 'ripulisce il campo' per le figure sanitarie:

noi siamo molto contenti che questo grande peso della gestione sociale, del problema sociale della paziente *ci viene tolto dalle "spalle" e noi le ringraziamo (RIDE)* (medico)

Certamente abbiamo avuto modo direttamente di vedere come l'attività professionale sia frenetica e si può comprendere come ci sia una ricerca di alleggerire il lavoro, tuttavia non si può non rilevare che in questo caso l'assistente sociale viene percepita come una sorta di segretaria:

Posso accompagnare lì un familiare e dire: la signora vorrebbe farsi due chiacchiere per capire un po' quali sono le possibilità. C'è stato un peggioramento, come può fare per avere un aggiornamento sull'assegno di cura ... *poi se ne occupa fondamentalmente lei. E io mi occupo di altro, (infermiere)*

La battuta citata sopra è chiaramente uno scherzo, che però è in sintonia con una posizione che molti nel contesto ospedaliero condividono: tutto ciò che non riguarda direttamente l'universo medico viene considerato come un peso che può essere scaricato altrove.

La seconda modalità, collegata alla prima, consiste nel semplificare il lavoro degli assistenti sociali identificandone solo gli aspetti più pratici e burocratici: fare carte compilare moduli ecc. Un buon numero di intervistati quando pensano al lavoro dell'assistente sociale pensano a pratiche burocratiche:

Ma sono situazioni legate magari a problemi di abitazione, di aiuto nella compilazione delle varie pratiche per i vari sussidi dall'invalidità alla legge 104 a – perché sono tutti pazienti che ricevono un'invalidità civile e che quasi tutti praticamente hanno anche accesso poi alla legge 104 per cui la figura dell'assistente sociale è fondamentale. (medico)

Questo compito viene visto come tutto sommato semplice ed alcuni intervistati dichiarano che se avessero tempo farebbero direttamente loro, altri riconoscono di non avere competenze, ma specificano che si tratta di competenza burocratiche nella compilazione di moduli.

In ultimo in alcuni casi si è rilevata una tendenza ad attribuire la propria soddisfazione alla specifica persona piuttosto che alla presenza di competenze professionali. Molto facilmente l'assistente sociale viene nominata in modo specifico e ci si riferisce al fatto che proprio quella persona è particolare e 'con le persone ci sa fare'.

6. L'esperienza dei pazienti

I pazienti coinvolti sono stati in numero ridotto, per le difficoltà nel prendere i contatti con le persone rispettando la privacy. In alcuni casi l'intervista è stata effettuata in ospedale e in condizioni certamente non ottimali. Quello che è emerso è che senz'altro anche i pazienti intervistati, come le figure mediche, hanno apprezzato il servizio sociale. Alcuni mettono l'accento sulla parte pratica anche se in ogni caso emerge una dimensione affettiva: 'è proprio una persona deliziosa e dove può aiutare aiuta' dichiara una paziente che racconta come in una situazione di grande difficoltà a seguito di un incidente, abbia potuto riprendere una vita piena e autonoma grazie al supporto dell'assistente sociale. Un'altra paziente sottolinea come l'assistente sociale l'abbia aiutata prendendo in mano la sua situazione in un momento in cui, per una grave malattia lei non poteva muoversi. Aveva trovato molto di aiuto che l'assistente sociale venisse da lei e si sedesse accanto al letto per parlare. Anche quando le dimensioni pratiche sembrano essere quelle sottolineate maggiormente, i pazienti comunque raccontano come l'intervento dell'assistente sociale sia stato cruciale e abbia toccato aspetti estremamente importanti della loro vita, quali per esempio la possibilità di vivere a casa propria e di non essere costretti ad accettare una soluzione di tipo residenziale, che in prima istanza sembrava inevitabile.

Alcuni pazienti esplicitamente si riferiscono al supporto e in un certo senso ad un counselling di orientamento rispetto ad una riorganizzazione di vita:

...(il compito è) aiutare la gente a trovare una strada... perché, prendendo d'esempio l'assistente sociale xy, è proprio quello che lei ha fatto, per cui credo che sia il "sugo" del discorso. (paziente)

La dimensione di ascolto e la qualità dell'ascolto emergono come centrali, così come la comprensione delle situazioni specifiche:

perché con la assistente sociale abbiamo parlato bene e lei mi ha ascoltato, mi ha capito, ha tenuto conto di quello che io dicevo (paziente)

si, ha ascoltato, ha inquadrato il problema abbastanza rapidamente e abbastanza bene rispetto...(paziente)

È una persona che ha molte corde alla sua chitarra. È una persona che si immedesima nelle situazioni (paziente)

A volte addirittura l'ascolto diventa un aspetto centrale rispetto a quanto le persone si aspettano dal servizio sociale, così una paziente riferendo della sua esperienza dichiara:

Credo che in queste situazioni sia importante ascoltare una persona ricoverata, qualcosa di buono da un dialogo esce sempre. Magari quella persona non ti risolve tutti i problemi, ma intanto ti ha ascoltato e contemporaneamente dato qualcosa. L'assistente sociale mi ha regalato un sorriso e la sensazione di essere compresa. In più ha agito, a seconda delle sue possibilità, con fermezza e convinzione. Da lei ho ricevuto veramente tanto...in ospedale, i medici della geriatria non mi hanno mai ascoltata, anzi, mi hanno presa per demente. Credimi, questo fa male, più di una costola rotta. (paziente)

Anche se ovviamente si tratta di un numero di interviste ridotto, dalle storie raccontate dalle persone che hanno utilizzato il servizio sociale ospedaliero, emergerebbero impressioni e aspettative sintoniche con quello che è il ruolo dell'assistente sociale in questo contesto.

7. Le autorappresentazioni degli assistenti sociali

7.1 La *mission* del servizio sociale ospedaliero

La ricerca, come si è accennato nella presentazione, nasce da un senso di insoddisfazione relativo alla posizione del servizio sociale in ospedale e da un bisogno di comprendere meglio le dinamiche nelle relazioni interprofessionali. In effetti, come ci si poteva aspettare, i modi di auto-presentarsi degli/le assistenti sociali sono molto più articolati rispetto a quelli delle figure mediche.

Gli/le assistenti sociali percepiscono il proprio ruolo come quello di un supporto alle persone che attraversano una crisi di vita connessa alla loro condizione fisica. L'assistente sociale è chiamata/o ad intervenire quando le persone e le loro reti non riescono a fronteggiare la crisi. In congruenza con quanto emerso da Dotti (2015) gli/le assistenti sociali fanno esplicito riferimento a fattori di rischio e fattori di protezione, concetti legati agli approcci teorici sulla resilience.

Questo comporta offrire comprensione e orientamento per affiancare le persone nell'elaborare e fronteggiare la nuova situazione di vita che si viene a creare a causa della malattia:

quello che può accomunare secondo me è (per gli utenti) trovare questo aspetto qui dell'essere compresi per poi arrivare alla definizione di un progetto perché anche quando un reparto stabilisce per il paziente quale è il progetto per me è buona prassi, come dire (assistente sociale)

Questa definizione collega in modo forte la dimensione pratica, organizzativa -che peraltro dal punto di vista delle/gli assistenti sociale richiede conoscenze e competenze sofisticate - con la dimensione di ascolto e counselling. Ovviamente la dimensione pratica è presente, ma è solo una faccia di un poliedro, un aspetto di un processo che consiste nell'elaborare un progetto che abbia significato per la persona e per il suo

benessere. Così l'assistente sociale in tempi molto brevi deve dare informazioni e permettere alle persone di comprendere ed elaborare la situazione e sostenere delle scelte che sono estremamente complesse e pregnanti dal punto di vista emotivo:

ci sono cose pratiche: tipo che cosa è l'assegno di cura, cosa è l'accompagnamento, che cosa è l'invalidità civile e dopo anche cose emotive: io me la sento di occuparmi a casa della mia mamma? Oppure è meglio che pensi di fare domanda per la casa di riposo... che poi è facile compilare una scheda per la casa di riposo, però il contenuto emotivo che sta dietro questo modulo è molto complesso ... (assistente sociale)

Questa è la base per trovare nuovi aggiustamenti e adattamenti rispetto ai quali gli assistenti sociali sono una figura chiave in quanto hanno competenza rispetto al complesso sistema burocratico e alla rete delle risorse. Questo richiede competenze su diversi livelli:

(per noi è centrale) la competenza nella comunicazione come gli psicologi ma agli psicologi manca la parte organizzativa perché la nostra competenza di riuscire a gestire un colloquio anche difficile ma anche la competenza di riuscire a organizzare cose pratiche (assistente sociale).

Gli assistenti sociali si ritengono anche responsabili nel creare nuovi servizi o nel modificare le procedure così da renderle più 'user friendly', più adeguate rispetto alle nuove questioni emergenti.

Rispetto al tema del ruolo in ospedale va comunque sottolineata una questione: gli/le assistenti sociali hanno avuto molte esitazioni nell'affrontare questo tema. Spesso venivano messe le mani avanti dicendo che esso è molto diverso a seconda delle situazioni, oppure le risposte viravano sul procedimento metodologico e sugli strumenti, per arrivare ad esprimere, spesso attraverso esempi, quello che è il senso del lavoro in ospedale.

7.2 Le tensioni

Nelle interviste e nel focus group, le questioni problematiche sollevate dagli/le assistenti sociali sono emerse in modo articolato. Da una parte c'è la percezione che le cose siano migliorate negli ultimi anni e che ci sia un riconoscimento maggiore del ruolo del servizio sociale. D'altra parte c'è la consapevolezza che la comprensione del servizio sociale nell'universo sanitario non corrisponda sempre o corrisponda solo in parte a quella che è realtà di lavoro, e che spesso vi sia una consistente semplificazione di quello che comporta il lavoro sociale in ospedale. Chiaramente questo ha un impatto sui carichi di lavoro che a volte vengono percepiti come intollerabili. Vi è la percezione che spesso, in particolare gli/le infermieri/e pensino che il lavoro sociale non richieda competenze specifiche: chiunque, e loro stessi, potrebbero svolgere il lavoro di assistente sociale se ne avessero il tempo. Tra gli incidenti critici riferiti, uno in particolare riguarda una situazione in cui l'assistente sociale viene chiamata dall'infermiera perché completi le carte per l'organizzazione dei pasti a domicilio per una signora anziana in via di

dimissione. L'infermiera dice di aver già organizzato tutto. Quando l'assistente sociale si mette in contatto con i diversi servizi, emerge che in effetti non c'è un servizio che offra pasti a domicilio nella zona in cui abita la signora; nel colloquio con la signora emerge poi che lei in effetti era abituata a trovarsi con il fratello, il quale peraltro sarebbe disponibile ad aiutare. Tuttavia il problema principale che la signora fa presente è che, in seguito all'intervento subito, lei necessita di cure 24 ore su 24 almeno per il primo periodo, ed ha molta paura di tornare a casa da sola in queste condizioni. Insomma il quadro che emerge è molto più complesso di quello che l'infermiera aveva descritto come: 'basta compilare le carte'. Una collega assistente sociale commenta al racconto di questo episodio:

...per chi poi è medico o altri in quel reparto dove era questa infermiera, e che non approfondisce naturalmente la cosa, il risultato è solo: l'infermiera aveva già organizzato il tutto e arriva l'assistente sociale che crea solo ostacoli e confusione ... (assistente sociale)

Se la non comprensione e il mancato riconoscimento possono creare attriti con il personale medico, la lettura degli/delle assistenti sociali è comunque che il problema principale sia la distanza tra l'approccio del servizio sociale e l'approccio sanitario e da questo derivi la percezione di essere trattate come un corpo estraneo all'ospedale e all'organizzazione. Molti/e sottolineano come si sentano una sorta di liberi/e professionisti/e dentro un ospedale che non si fa carico di creare le condizioni per una possibilità di lavorare in modo qualificato. Anche nelle relazioni con l'esterno gli/le assistenti sociali rilevano come la direzione ospedaliera tenda a non intervenire e a lasciare tutte le negoziazioni ai singoli:

Per esempio per fare un esempio cioè una Comunità comprensoriale che ha semplicemente tolto la figura dell'assistente sociale che si occupa di adulti. E questo è avvenuto senza che la mia organizzazione portasse avanti questo discorso. Quindi veramente vuol dire che l'assistente sociale è un libero professionista? (assistente sociale)

La struttura ospedaliera viene percepita come un' istituzione che fa delle richieste all'assistente sociale di prestazioni, in particolare la richiesta sembra essere quella di liberare letti, ma che poi abbandona i professionisti a loro stessi senza intervenire o per esempio creare protocolli per le relazioni tra ospedale e servizi esterni. Una assistente sociale dichiara:

Io parlo di un altro tipo di solitudine. Nel senso proprio di (solitudine) istituzionale [...] non ho problemi di accettare delle frustrazioni, però devo avere chiaro che c'è un percorso, che c'è una condivisione...(assistente sociale)

L'assistente sociale fa chiaramente capire che è proprio la condivisione che manca nel contesto ospedaliero.

Un problema principale identificato, che in qualche modo rappresenta una cartina tornasole rispetto a come viene visto il servizio sociale ospedaliero, riguarda le segnalazioni al servizio: queste arrivano in modo molto casuale e quasi sempre, nel caso delle dimissioni, all'ultimo momento. Questo confermerebbe che l'idea del personale medico sia che il servizio sociale abbia un ruolo meramente pratico (trovare una collocazione qualsivoglia, piuttosto che orientare la persona perché trovi degli aggiustamenti che permettano di mantenere al massimo la qualità della vita), e per di più semplice (basta qualche telefonata)

7.3 Strategie di fronteggiamento

L'aspetto più interessante è che, mentre risulta esserci omogeneità di vedute tra i/le professioniste in relazione ai punti di forza e debolezza del servizio sociale in ospedale, forse la maggiore differenziazione riguarda il come fronteggiare questa situazione. In effetti alcuni/e pongono l'accento sulla necessità di creare procedure e protocolli: questo è il modo in cui l'ospedale si muove e il servizio sociale deve accettare e adeguarsi se vuole essere riconosciuto:

l'ospedale, in generale, lavora su protocolli e su procedure per cui sarebbe molto semplice come abbiamo fatto anche noi: scrivere una procedura, comunicarla a tutti i medici...dire che l'assistente sociale non lavora senza un mandato diretto del medico, del primario, dell'infermiere o di chi che sia ... dopo di che la prima volta lo mandi via, la seconda volta lo mandi via e alla terza volta arriva la richiesta ufficiale. Il tuo ruolo viene comunque valorizzato e queste cose non succedono più. (assistente sociale)

Un altro gruppo sembra invece resistere al modello ospedaliero e valuta come adeguato mantenere un approccio più informale, più consono alla cultura dell'assistente sociale.

Perché se non hai individuato i reali problemi non risolti la cosa con un protocollo una lista di ABCD, risposte automatiche, non so come dire è molto di più. (assistente sociale)

Anche se non si prefigurano in questo caso delle strategie definite si parla di essere più presenti nei tavoli di discussione, di avviare processi di comprensione delle dinamiche e di creazione di collaborazioni tra professionisti. Alcuni sottolineano come la stessa ricerca qui presentata sia stata una mossa per comprendere meglio le differenti visioni e trovare nuove strade per un'inclusione più proficua della figura sociale.

8. Conclusioni

Partendo dalle visioni degli assistenti sociali, ciò che emerge da questa prima ricognizione è che una caratteristica del servizio sociale nel contesto ospedaliero è di aver in qualche modo abbracciato nelle rappresentazioni del proprio intervento una

visione olistica del ruolo sociale in ospedale. Si coglie come gli assistenti sociali non separino le funzioni di tipo pratico e burocratico da quelle connesse alle funzioni di counselling, orientamento e sostegno personale. Queste sono viste come dimensioni sempre in diversa misura co-presenti nell'intervento sociale ospedaliero; anche quando il lavoro sembra riguardare aspetti pratici come l'espletamento di pratiche burocratiche gli/le assistenti sociali sottolineano come queste pratiche riguardino aspetti centrali della vita delle persone, cambiamenti drammatici nelle condizioni, che la persona si trova ad elaborare. Quindi emerge come l'intervento comporti sempre un mettere in gioco le competenze relazionali e di counselling. Ciò che emerge come elemento distintivo è proprio che l'intervento sociale risulta contenere sempre una dimensione di counselling e un lavoro di rete e fondarsi sempre su delle competenze di valutazione sociale partecipata e relazionali sofisticate. Questo è innovativo rispetto a definizioni che identificano elenchi di competenze differenti. Interessante e positivo inoltre il fatto che le rappresentazioni degli assistenti sociali siano congruenti con aspettative e percezioni espressi dai pazienti intervistati.

Tuttavia, come la ricerca internazionale ha dimostrato, questa complessità viene riconosciuta solo parzialmente, solo da alcune componenti del personale medico e molto limitatamente dall'organizzazione ospedaliera. Al di là del generale apprezzamento, che è comunque un elemento importantissimo, si percepisce l'impatto dello squilibrio di potere nell'organizzazione ospedaliera che, come risulta anche da ricerche internazionali (Beddoe, 2011; Weiss, 2005), si traduce in visioni semplificate e dequalificate del lavoro sociale. Queste visioni fanno intravedere una cultura ospedaliera che fatica a mettere al centro il paziente, che tende ancora a vedere la persona come scissa e a centrare lo sguardo sulla malattia e su aspetti di funzionamento specifico o su organi. Anche se tra i professionisti stanno emergendo visioni differenti, si coglie come la cultura prevalente legga tutto ciò che esula dalla specializzazione come un'interferenza, un peso che non è realmente di competenza dell'ospedale. Dal punto di vista del servizio sociale, un particolare aspetto di problematicità che si coglie è legato allo sviluppo di una competenza nell'articolare e presentare il proprio ruolo e il significato del lavoro sociale in ospedale. Come si è rilevato sopra, il significato emerge nel corso delle interviste e attraverso esempi, tuttavia alle domande dirette le risposte tendono ad essere poco articolate e spesso sfuggenti. Questa problematicità può essere connessa anche al dover comunicare in un contesto di squilibrio di potere, in cui i soggetti più forti reinterpretano le situazioni secondo i propri codici, non lasciando spazio a quadri di lettura differenti. Questo è per esempio il caso in cui il cogliere la complessità delle situazioni dell'assistente sociale viene percepito come un 'complicare le cose' o l'identificazione di problemi viene ridefinito come lamentela. La comunicazione in questi contesti potrebbe per reazione diventare difensiva e questo rappresenta un nodo su cui è necessario lavorare. Sono emerse in effetti molte idee su come migliorare la situazione, ma senz'altro un primo passo è quello di essere in grado di rappresentare in

modo efficace e positivo il compito primario del servizio sociale ospedaliero. Come si è rilevato negli incidenti critici, gli esempi riportati dimostrano che il servizio sociale ha delle chiarezze a questo proposito: vi è una consapevolezza di un contributo specifico che il servizio sociale può offrire, proprio per la coesistenza della competenza a cogliere l'esperienza delle persone nella sua globalità con la conoscenza e la capacità di connettere bisogni ed esigenze al sistema delle risorse istituzionali e non. Una maggiore capacità di rappresentare e comunicare il proprio ruolo può essere la base che consente di negoziare anche nuove condizioni quale l'introduzione di linee guida e protocolli che permettano al servizio sociale di esprimere al meglio le proprie potenzialità, elevando in tal modo la qualità del servizio ospedaliero.

ha eliminato:

9. Bibliografia

- Auslander, G. (2001a). Social Work in Health Care. *Journal of Social Work*, 1(2), 201–222.
- Auslander, G. (2001b). Social work in health care: What have we achieved? [References]. *Journal of Social Work*, 1(2), 222.
- Baum, N., Shalit, H., Kum, Y., & Tal, M. (2015). Social workers' role in tempering inequality in healthcare in hospitals and clinics: a study in Israel. *Health & Social Care in the Community*, 1–9.
- Beddoe, L. (2011). Health social work: Professional identity and knowledge. *Qualitative Social Work*, 12(1), 24–40.
- Ben-Sira, Z., & Szyf, M. (1992). Status inequality in the social worker-nurse collaboration in hospitals. *Social Science & Medicine* (1982), 34(4), 365–74.
- Bronstein, L. R., Gould, P., Berkowitz, S. A., James, G. D., & Marks, K. (2015). Impact of a Social Work Care Coordination Intervention on Hospital Readmission: A Randomized Controlled Trial. *Social Work*, 60(3), 248–55.
- Cowles, L. A., & Lefcowitz, M. J. (1995). Interdisciplinary expectations of medical social workers part 2.pdf. *Health & Social Work*, 20(4), 279–286.
- Craig, S. L., & Muskat, B. (2013). Bouncers, Brokers, and Glue: The Self-described Roles of Social Workers in Urban Hospitals. *Health & Social Work*, 38(1), 7–16.
- Davis, C. (2004). Hospital social work. *Social Work in Health Care*, 38(3), 67–79.
- Dotti, M. (2015). *Il servizio sociale ospedaliero* (Carocci). Roma.
- Hepp, S. L., Suter, E., Jackson, K., Deutschlander, S., Makwarimba, E., Jennings, J., & Birmingham, L. (2015). Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 29(2), 131–
- Herod, J., & Lymbery, M. (2008). disciplinary teams The social work role in multi-disciplinary teams. *Practice*, (January 2012), 37–41.
- Huntington, J. (1986). The proper contributions of social workers in health practice.

- Social Science & Medicine* (1982), 22(11), 1151–1160.
- Huntington, J. (1986). The proper contributions of social workers in health practice. *Social Science & Medicine*, 22(11), 1151–1160.
- Judd, R. G., & Sheffield, S. (2010). Hospital social work: contemporary roles and professional activities. *Social Work in Health Care*, 49(9), 856–71.
- McLaughlin, J. (2016). Social work in acute hospital settings in Northern Ireland: The views of service users, carers and multi-disciplinary professionals. *Journal of Social Work*, 16(2), 135–154.
- McLeod, E., & Eriksson, B. S. (2002). Hospital social work in Sweden and the UK: Access to chances of physical health and well-being. *European Journal of Social Work*, 5(2), 159–169.
- Mizrahi, T., & Abramson, J. S. (2000). Collaboration Between Social Workers and Physicians. *Social Work in Health Care*, 31(3), 1–24.
- Reese, D. J. (2011). Interdisciplinary Perceptions of the Social Work Role in Hospice: Building Upon the Classic Kulys and Davis Study. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 7(4), 383–406.
- Sims-Gould, J., Byrne, K., Hicks, E., Franke, T., & Stolee, P. (2015). “When things are really complicated, we call the social worker”: Post-hip-fracture care transitions for older people. *Health and Social Work*, 40(4), 257–265. h
- Yarlagadda, B. B., Hatton, E., Huettig, J., & Deschler, D. (2015). Patient and Staff Perceptions of Social Worker Counseling before Surgical Therapy for Head and Neck Cancer. *Health and Social Work*, 40(2), 120–124.