

INTEGRARSI PER NON DISINTEGRARE

Integrazione socio sanitaria nel lavoro d'equipe in adolescenza

1. La salute nella nostra società e in adolescenza

Da diversi anni mi porto dietro un'immagine che presento quando cerco di far comprendere il senso e l'importanza dell'integrazione sociale e sanitaria. Al centro un cerchio bianco con la parola SALUTE. Intorno sette cerchi, ognuno di un colore dell'arcobaleno, con dentro i "nomi" di altrettanti "sistemi" di relazioni che compongono ogni società organizzata, quindi anche la nostra: SANITÀ, SOCIALE, FORMAZIONE E SCUOLA, LAVORO, AMBIENTE, FORMAZIONI SOCIALI, GIUSTIZIA E LEGGE.

La SALUTE, "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (art. 32 Costituzione) è il "risultato", la sintesi, di tutti i "sistemi", come la luce bianca è la "sintesi" dello spettro visibile dei colori.

Ci deve essere coerenza tra tutti i sistemi che organizzano le relazioni tra le persone, i gruppi, le formazioni sociali, altrimenti la SALUTE, per ognuno e per tutti, non si mantiene, non si raggiunge, non si recupera.

Particolare attenzione va posta alla integrazione tra il sistema dei servizi sociali e il sistema dei servizi sanitari perché la persona è una... dove finiscono i bisogni sociali e cominciano i bisogni sanitari? o viceversa? Da 35 anni normative nazionali e scelte regionali hanno spaccato e divaricato competenze e responsabilità in questo settore (il "sociale" ai Comuni, la "sanità" alle Aziende Sanitarie) con conseguenze drammatiche

soprattutto sulle persone fragili: minorenni, disabili, persone con sofferenza psichica o mentale, persone con problemi di dipendenza, anziani, soprattutto se non autosufficienti.

Anche nelle Regioni che si sono poste la questione, come in Veneto, dove fin dall'approvazione della Legge 833/78 "Istituzione del servizio sanitario nazionale" è stata fatta la scelta della delega delle competenze sociali dei Comuni alle Aziende ULSS, i rischi, da un lato di una sanitarizzazione dei bisogni e dell'eccessiva medicalizzazione delle risposte, dall'altro della deresponsabilizzazione dei Comuni, devono impegnare a monitorare l'organizzazione dei servizi sanitari, sociali, sociosanitari e le effettive modalità di integrazione rispetto alla centralità della persona e dei suoi bisogni di salute.

Rispetto all'adolescenza o, meglio, alle adolescenze, l'approccio alla salute che propongo, si caratterizza per diversi aspetti che vale la pena anche solo accennare.

- Nelle diverse fasi dell'adolescenza il rapporto dei "cittadini in crescita" (come li chiamava Alfredo Carlo Moro) con gli adulti in genere e con istituzioni e servizi (sanitari, scolastici, sociali...) in particolare è orientato alla diffidenza se non all'opposizione più o meno dichiarata. Il tema "salute", come molti altri, è percepito e affrontato in modo molto diverso dalle/gli adolescenti e dagli adulti e, di conseguenza, la responsabilità di questi ultimi è anche quella di rispettare la persona nella costruzione della propria identità.



- L'adolescenza è il tempo "privilegiato" per l'esperienza del limite; di conseguenza, i comportamenti "a rischio", dal punto di vista del corso di vita e dei "pericoli" come dal punto di vista della "cultura" del rischio... sono in diretta relazione con il tema della "salute" in senso ampio. D'altra parte c'è un nesso inscindibile tra "rischio" e "identità" che viene declinato in modi diversissimi dagli adolescenti, ma spesso rappresenta un "fattore comune" da analizzare e comprendere per poter accompagnare correttamente i percorsi di crescita.

- È diffusa la convinzione che l'adolescenza sia un'età "difficile" che spesso viene accostata all'idea che sia una sorta di "malattia", determinando polarizzazioni e generalizzazioni. È ancora attuale quanto si scriveva in un vecchio rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza: "Occorre aver ben presente che ci sono anche altre infanzie e altre adolescenze. Esse rappresentano, fortunatamente, la maggioranza delle situazioni. Non vi è solo il bambino abusato e violato, non solo il ragazzo delle baby-gang (...); non solo il bambino "problema" ma anche quello "normale"; non solo il bambino sfruttato ma anche quello che abbastanza serenamente studia e gioca; non solo il bambino che soffre le carenze affettive e le trascuratezze dei suoi genitori ma anche quello amato, seguito, sostenuto, stimolato dalla sua famiglia. Ma se questo è vero è necessario da una parte rimuovere dall'immaginario collettivo l'idea che l'infanzia e l'adolescenza siano solo un problema al quale guardare con apprensione e in posizione di sostanziale difesa e, dall'altra,

sviluppare azioni che non siano solo dell'emergenza, dell'assistenza e della protezione, ma anche dello sviluppo della "normalità", della promozione e del benessere." (Da "Non solo sfruttati e violenti", 2001)

2. Costruzione dell'identità in adolescenza

Occuparsi dell'adolescenza non vuol dire (solo) preoccuparsi, ma comprendere i molteplici "piani" che si intersecano in questa fase della vita, cercando di identificare non tanto "modelli" interpretativi, quanto una serie di "punti" da collegare in modo diverso, individualizzato, rispetto alla situazione di ogni persona che si trova in questa fase, in queste fasi, della vita.

Come per il gioco di "unire i punti per indovinare la figura risultante", si propongono una serie di "parole"/"punti" che possono aiutare ad orientarsi nelle fasi dell'adolescenza rispetto ad alcuni "piani":

- Dimensioni prevalenti di "attenzione esistenziale" che tratteggiano una possibile transizione verso l'età adulta.
- Due dei molteplici piani dell'identità in costruzione, quella "personale" e quella "sociale"
- I piani delle "criticità" e delle "potenzialità" per non farsi sopraffare dalle prime e per essere aperti alle seconde.
- Il piano delle "piste" di ricerca e di proposta, con una sequenza di "modalità di presenza" degli adulti che potrebbe riguardare anche i "professionisti": compagnia, accompagnamento, affiancamento... non sono alternative, ma complementari e, spesso, compresenti.

Fasi	Dimensioni prevalenti	Identità personale	Identità sociale	Criticità	Potenzialità	Piste
Preadolescenza	gruppo associazionismo	diversità corporeità essere ascoltati genere linguaggio "dio"	esperienza regole sfida uso riti partecipazione internet	omologazione tagliare fuori virtuale morte gregge trasgressione aggressività	conoscenza avventura giocarsi creatività speranza rete integrazione	rispetto ascolto appassionare compagnia
Adolescenza	sé discontinuità	carattere musica comunicazione essere capiti senso "fede" orizzonte	informazione consumo opposizione notte/giorno confusione fatica confronto	conflitto limite mercificazione solitudine branco abuso violenza	rischio comprensione protagonismo coraggio compromettersi recupero servizio	proposta patto chiarezza accompagnamento
Prima giovinezza	cambiamento "adulità"	orientamento responsabilità progettare futuro	attese impegni comunicazione cittadinanza	tensioni prolungare frammentazione tempo	consapevolezza felicità/infelicità autonomia	discernimento affiancamento

Il rischio di “disintegrarsi” tra tutti questi, ed altri, “punti” è forte; la volontà e, forse, anche la necessità di “integrare” anche “punti” distanti ed incongruenti sono evidenti.

La non linearità della costruzione dell'identità, soprattutto in adolescenza, implica un approccio multidimensionale in chi ha a cuore la felicità ed il futuro di queste persone; soprattutto nel caso di un intervento sull'adolescenza, di tipo sociale, psicologico, terapeutico, educativo... questo non può che tradursi in un'azione multiprofessionale integrata.

Gli adolescenti costruiscono “Identità Itineranti” che gli adulti possono “incontrare”, ma ad alcune condizioni.

Per incontrare le identità itineranti occorre trovare gli “incroci” e i “crocevia” dove si “intrecciano” i percorsi delle e degli adolescenti:

- dai disagi marginali all'assunzione della categoria della “marginalità” come indicatore della situazione giovanile; una marginalità più o meno sopportata e subita anche in relazione alle opportunità che vengono offerte;
- dall'autismo sociale all'omologazione in una “normalità radicale” che spinge comunque all'isolamento.

Quindi come risposta all'incertezza del presente e di un futuro, che è visto in modo diverso dagli adulti che stanno vicino alle e agli adolescenti, c'è spesso una “chiusura sociale”... ma anche il contrario:

- dalla voglia e paura di sé alla voglia e paura di “alterità sociale”;
- dalla “normalità”, passando per la “diversità” e a volte per la “devianza”, verso una “diversa normalità”.

Le “strade” e, quindi, gli “incroci” dove si possono incontrare le identità itineranti delle e degli

adolescenti non sono, solo o tanto, “luoghi” fisici, ma “codici” e “canali” comunicativi, che si attraversano, accavallano, sovrappongono che gli adulti hanno dimenticato o non hanno mai conosciuto perché sono propri dei “tempi nuovi”.

Le identità itineranti tracciano percorsi che sono: disomogenei... compresenti... discontinui... a volte invisibili... se gli adulti, e soprattutto i professionisti, che vogliono incontrarli, accompagnarli, affiancarli non si integrano il rischio è che le adolescenze, e soprattutto le persone che le vivono, si “disintegrino”.

3. Adolescenze e salute

L'“evoluzione” del concetto di salute da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è particolarmente interessante se vista “dalla parte” delle e degli adolescenti. Nel 2006, con una definizione certamente più realistica di quella del 1948 che indicava un improbabile “completo stato di benessere fisico, psichico e sociale” ha indicato la salute come una risultante di stili di vita, aspetti e percezioni culturali ed età della persona.

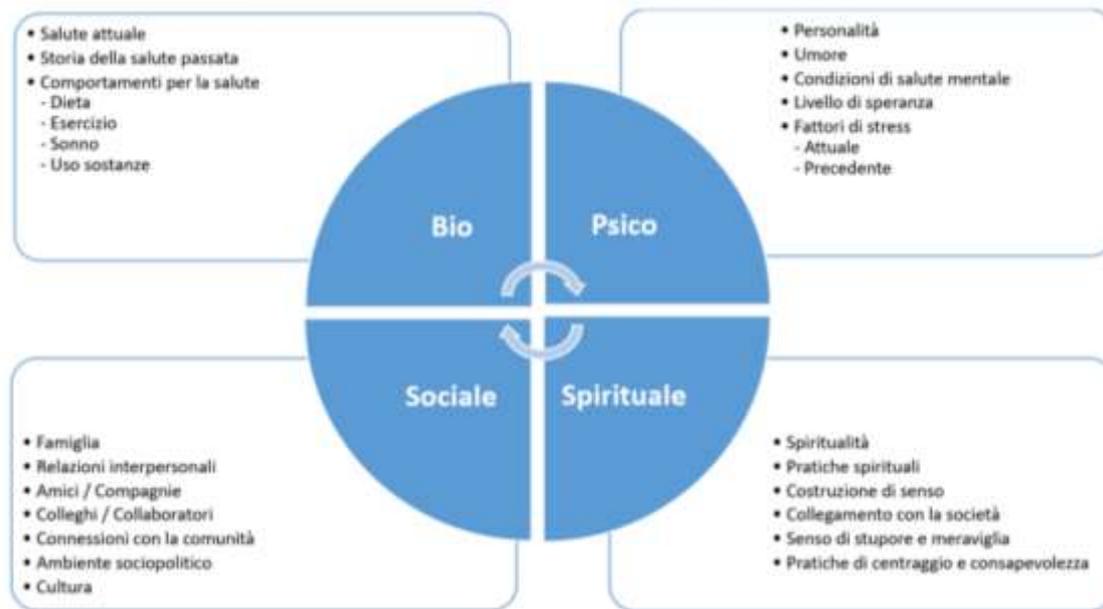
La progressiva attenzione ad una visione sistemica, a partire da una concezione olistica dell'essere umano e della società, ha posto le basi di una visione unitaria in cui come la persona è un tutt'uno e non una somma di parti separate, così anche l'organizzazione sociale è considerata un insieme unitario. Nel 1986 vengono considerati i “prerequisiti della salute” come quelle condizioni e risorse iniziali in cui tutti devono essere messi per poter raggiungere il proprio “massimo” di salute; è proprio con la carta di Ottawa che si tracciano le linee per la promozione della salute.

Su questa linea, successivamente, sono stati identificati i “determinanti della salute” come i fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e, più in generale, di un gruppo di persone, di una comunità, della popolazione.

Determinanti della salute

Non modificabili	Socio-economici	Ambientali	Stili di vita	Accesso ai servizi
Genetica	Reddito	Aria	Alimentazione	Istruzione
Sesso	Occupazione	Acqua e alimenti	Attività fisica	Servizi sanitari
Età	Contesto socio-culturale	Area di residenza e abitazione	Uso/consumo di sostanze	Servizi sociali
	Relazioni personali e sociali	Ambiente sociale e culturale	Fumo/Alcool	Trasporti
			Farmaci	Attività produttive
			Attività sessuale	Attività ricreative

Modello bio-psico-socio-spirituale per un benessere globale



Un'azione per la salute che tenga conto dei determinanti della salute, se è necessaria per tutti, risulta evidente che rispetto all'adolescenza si caratterizza per alcuni tratti particolari.

In particolare, per agire conseguentemente, si ritiene necessario comprendere che:

- storicamente molto poco possono agire le e gli adolescenti rispetto ai determinanti Socio-economici e Ambientali, mentre andrebbero colti e valorizzati in questa logica la "nuova" consapevolezza e l'attivismo nel pretendere un equilibrio tra la vita delle persone, le società e la natura;

- l'Accesso ai servizi da parte delle e degli adolescenti risente del "sospetto" e della "sfiducia" verso percorsi più o meno istituzionali stabiliti dagli adulti, per cui vengono privilegiate piste di ricerca autonome, trasversali e, non raramente, provocatorie ed oppostive (ad esempio per tutta la sfera del "loisir");

- la questione degli Stili di vita, alla luce della costruzione dell'identità e del ruolo che gioca il "rischio" in questo processo dovrebbe ammonire dal giudicare o, peggio, sanzionare sistematicamente i comportamenti "devianti" delle e degli adolescenti in questo ambito; sarebbe conveniente trattare molti di questi segnali e sintomi nell'ambito di un necessario "rischio educativo".

Questo è tanto più vero se, riprendendo la dimensione della "marginalità" che, anche se in modi ed intensità diverse, caratterizza tutte le "adolescenze", si tiene conto che la stessa

Commissione sui Determinanti Sociali della Salute dell'OMS, nel 2008, definisce una cornice concettuale che si riferisce non solo ai fattori che influenzano lo stato di salute degli individui e delle comunità (determinanti della salute), ma anche a quelli coinvolti nella diseguale distribuzione della salute all'interno della popolazione (determinanti delle diseguaglianze nella salute). Per questo lo scrivente "rinomina" spesso i "determinanti della salute" come i "discriminanti della salute"... Anche per questo chi si occupa di infanzia e adolescenza deve assumere questa prospettiva come orientamento generale e specifico, ponendo cioè attenzione ad ogni singola situazione personale.

Sulla necessità dell'adozione del modello bio-psico-sociale per affrontare le tematiche della salute la convinzione è abbastanza generalizzata e non si può e si deve tornare indietro dall'assunto fondamentale che ogni condizione di salute o di malattia sia la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali. Ma si è andati avanti perché la "Commissione Salute" dell'Osservatorio Europeo su Sistemi e Politiche per la Salute, nel 2010, arriva a definire la salute come "lo stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale di benessere, che consente alle persone di raggiungere e mantenere il proprio potenziale personale nella società".

Viene aggiunto un "quadrante" a quello che ora si può individuare come un modello bio-psico-socio-spirituale. Viene riconosciuta importanza e attenzione alla sfera "immateriale", alla dimensione esistenziale, che diventa necessaria al pari delle altre per cercare di raggiungere un benessere globale..e sappiamo tutti quanto questa

componente sia centrale e, forse, addirittura distintiva, costitutiva, dell'età della adolescenza.

Chi si occupa della salute degli adolescenti, coerentemente con la concezione integrata di salute che si è sviluppata, è tenuto ad adottare una strategia di analisi multidimensionale della condizione della persona in età adolescenziale ed una serie di azioni integrate, di sistema, tra le professionalità ed i soggetti coinvolti.

4. Processi di aiuto e professioni: l'integrazione necessaria e possibile

Le e gli adolescenti sono portatrici e portatori (come tutti) di bisogni articolati e complessi, che vanno letti e analizzati con l'attenzione a non ridurre la persona al bisogno che esprime o manifesta; la necessaria analisi delle relazioni tra i bisogni non deve far perdere di vista la persona ed il suo percorso di crescita; solo un approccio ed una metodologia di azione quotidiana integrati possono favorire la definizione di corretti ed adeguati progetti personalizzati di assistenza e, soprattutto, la loro realizzazione.

Le professionalità che intervengono sui bisogni delle persone non sono abituate a lavorare in modo integrato, in molti casi anche quando "lavorano insieme". Le cause di questa situazione che ostacola il raggiungimento di obiettivi comuni sono diverse e vengono da lontano; si accennano soltanto alcuni aspetti:

- le professioni nascono per la necessità di "specializzarsi" in un campo di intervento così da garantire una maggiore competenza, questo, in genere, ha determinato la costruzioni di percorsi formativi molto approfonditi in campi (sempre più) circoscritti;
- la tendenza, comprensibile e corretta, a tutelare le professioni attraverso "albi" ed "ordini" ha favorito l'identità professionale, l'appartenenza, lo "spirito di corpo"... ma anche la difesa delle proprie specificità verso possibili, vere o presunte, "invasioni di campo" di altre professioni;
- lo squilibrio tra i sistemi sanitari e quelli sociali, che si coglie anche nella diversa normativa che riguarda le rispettive professioni, ha determinato diffidenze e asimmetrie, conflitti "gerarchici" a volte insormontabili: con i 22 profili professionali sanitari (L. 43/06) che si aggiungono alle professioni di Medico (declinata per le tante specializzazioni previste) e di Psicologo mentre sul versante sociale, visto che non è stato mai approvato lo specifico decreto previsto dall'Art. 12 della L.

328/00, c'è il solo profilo dell'Assistente sociale ed è ancora "nel guado" tra transizione di tanti Educatori "sociali" verso un riconoscimento formale e sostanziale;

- la divisione in sistemi più o meno rigidi, ma comunque "autoreferenziali" (il sistema dei servizi sanitari, il sistema dei servizi sociali, il sistema dei servizi scolastici...) dove sono inserite le professionalità che operano a servizio delle persone ha ulteriormente ridotto le possibilità e complicato le modalità di interazione, collaborazione, cooperazione, integrazione tra esse.

Ritengo una carenza grave la mancata percezione della necessità di una formazione comune di tutte le professioni di servizio alla persona, a partire dalla formazione di base. La valorizzazione e la condivisione del "sapere comune" che deve essere alla base delle professioni sanitarie e sociali (ma anche educative) nasce dalla consapevolezza delle connessioni tra i bisogni di salute e che questi non sono la persona che li manifesta per cui tutte queste professioni, per quanto "specialistiche" hanno come riferimento la persona nella sua globalità, con un approccio olistico che non riguarda tanto "tecniche" o "rimedi", ma, appunto la consapevolezza che la complessità della persona richiede una attenzione complessiva ed una conseguente integrazione coerente delle azioni.

Le diverse professionalità impegnate nella costruzione di "percorsi di salute" rivolti alle e agli adolescenti oltre che per la competenza si devono caratterizzare per l'umanità e l'unitarietà.

Nel lavoro quotidiano, grazie alla disponibilità e alla consapevolezza di quanti operano a servizio delle persone, c'è collaborazione, ma troppo spesso, soprattutto verso l'adolescenza, mancano criteri unitari, protocolli operativi cogenti e metodologie condivise... elementi necessari per garantire il diritto alle opportunità di crescita dei bambini e bambine, ragazzi e ragazze, soprattutto se in difficoltà.

I sistemi socio-sanitari regionali hanno cercato di organizzare risposte idonee e sostenibili con cure integrate nei territori, ma ancora poco si è fatto per costruire una strategia di promozione e di tutela dell'adolescenza, sia rispetto ai percorsi che all'integrazione professionale.

Infatti, troppo spesso, i servizi sanitari e sociali destinati all'adolescenza non entrano in una

gestione integrata dei servizi (distretti sanitari e ambiti sociali con essi coincidenti, ma anche collegamento con i dipartimenti sanitari interessati: prevenzione, salute mentale, dipendenze patologiche...); mancano risposte qualificate e coerenti a tenere insieme le fasi di: valutazione della domanda, predisposizione dei progetti personalizzati, attuazione e valutazione dei progetti.

La carenza di un lavoro sistematico per progetti personalizzati e la permanenza di un sempre meno giustificabile lavoro per prestazioni caratterizza il modo in cui operatori sanitari e sociali operano per la salute, anche, verso le e gli adolescenti.

I progetti personalizzati vanno costruiti con principi e modalità condivisi che riguardano tutti gli elementi di quello che lo scrivente indica come il “Tangram dell’integrazione sociosanitaria”:

1. L’assetto istituzionale/ territoriale dell’integrazione
2. Programmazione integrata sociale e sanitaria
3. Accesso, valutazione, presa in carico e continuità dell’assistenza
4. L’assetto organizzativo/ gestionale dell’integrazione
5. Processi, percorsi, procedure
6. I modi dell’integrazione professionale
7. Le specificità dell’integrazione sociale e sanitaria per settori di intervento

In particolare, anche per l’area dell’adolescenza, le *dimensioni “operative” dell’integrazione sociale e sanitaria* (i punti dal 3 al 6) devono essere declinate su almeno quattro direttrici:

- valutazione multidimensionale del bisogno e delle risorse, per costruire una adeguata mappa personalizzata di necessità e fragilità, ma anche di capacità e potenzialità;
- costruzione di progetto personalizzato coerente con l’Art. 21 “Percorsi assistenziali integrati” del DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza e con gli articoli specifici che riguardano i minorenni (24, 25, 32), applicando il comma ricorrente in molti articoli del capo sull’Assistenza sociosanitaria: “L’assistenza distrettuale alle persone (...) è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione”;

- monitoraggio in itinere e valutazione di efficacia, individuando risultati attesi di salute misurabili, verificabili nel progetto personalizzato, che va costruito insieme all’adolescente, alla sua famiglia e, per quanto possibile, ai soggetti coinvolti nei processi di crescita;

- garanzia della “continuità dell’assistenza”, cioè l’accompagnamento costante, con intensità modulata rispetto alle diverse necessità, attraverso un governo delle responsabilità che garantisca un rapporto sostanziale e continuo tra i diversi “luoghi” (consultorio, servizi sociali comunali, dipartimenti sanitari...) che, insieme e in diversa misura, sono chiamati a sostenere il percorso di salute delle e degli adolescenti.

Coerentemente con quanto esposto, i *principali obiettivi dell’integrazione socio-sanitaria orientata ai bisogni di salute delle e degli adolescenti*, da coniugare in riferimento alle specificità territoriali, possono essere i seguenti:

- Costruire un sistema territoriale di percorsi di prevenzione, di presa in carico personalizzata e di continuità assistenziale nell’integrazione tra sanità e sociale e nel dialogo costante con gli altri “sistemi” di vita degli adolescenti (famiglia, scuola, tempo libero...).
- Implementare l’area della prevenzione del disagio adolescenziale che rappresenta un aspetto centrale del sistema regionale dei servizi alla persona ed alla comunità ed è strettamente interconnessa con le azioni di promozione dell’agio, del benessere e con le azioni che favoriscono la partecipazione attiva di cittadini e organizzazioni pubbliche e private alla vita della comunità.
- Rafforzare e consolidare il personale sanitario e sociale, competente e dedicato, dei servizi territoriali orientati all’adolescenza, con una costante “manutenzione” della formazione e dell’aggiornamento professionale integrati e dei percorsi di integrazione, attraverso il monitoraggio e la valutazione delle situazioni.

Dr. Stefano Ricci