

INTE(G)RAZIONI MULTIPROFESSIONALI: IL GRUPPO COME LUOGO, MEZZO E AGENTE DI CAMBIAMENTO

Percorsi di apprendimento antropologico per équipe socio-sanitarie

Il progetto

Introduzione

Il Progetto Inte(g)razioni si rivolge a **gruppi multiprofessionali composti da professionisti/e provenienti da diversi nodi della rete assistenziale territoriale** (medici specialisti, infermieri, ostetriche, tecnici di riabilitazione, tecnici di prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, MMG e PLS, ecc.), in quanto considerati i principali possibili agenti e promotori di cambiamento.

Tramite un **approccio antropologico orientato al riconoscimento e alla gestione della pluralità culturale e professionale**, Inte(g)razioni si configura come un processo continuo di accompagnamento di operatori/icci nella sperimentazione e nel consolidamento di nuove possibilità di collaborazione interprofessionale.

Il percorso, attraverso la realizzazione di **tre fasi processuali e complementari**, mira a innescare un cambiamento di paradigma volto a valorizzare e integrare la diversità professionale in un contesto altamente settorializzato come quello dell’Azienda USL e alla creazione di un dispositivo stabile di autoapprendimento e collaboratività, fornendo ai/alle professionisti/e strumenti per trasferire le competenze acquisite nei loro reali contesti di lavoro.

Grazie all’accompagnamento “morbido” e graduale dell’antropologia e all’**utilizzo di metodologie esperienziali e al coinvolgimento attivo**, il progetto Inte(g)razioni invita i/le partecipanti a rielaborare emotivamente e cognitivamente i vissuti del tempo dell’emergenza e condividere collettivamente apprendimenti e innovazioni professionali messe in campo, individuando criticità e potenzialità e immaginandone un possibile sviluppo futuro verso la valorizzazione delle capacità cooperative e di coprogettazione interprofessionali.

Inoltre, il progetto contribuisce a promuovere il senso del gruppo e stimolare e migliorare il dialogo e l’interazione tra professionisti/e diversi, attraverso l’apprendimento di un **modello di relazione in equipe** centrato sulla mediazione e sulla comunicazione circolare e simmetrica.

In aggiunta, l’opportunità di allargare la conoscenza e la consapevolezza della *diversità e pluralità* culturale e professionale, dei suoi vincoli e delle sue risorse all’interno dell’organizzazione favorisce, come un “potenziatore analitico”, lo sviluppo della dimensione di **co-creatività, di co-responsabilità organizzativa** e la messa in rete e a valore di competenze multidisciplinari.

Il gruppo di lavoro. La progettazione e il coordinamento del progetto sono a cura di Cecilia Gallotti con la collaborazione di Consuelo Nocentini e Gabriella Tritta. Formatori invitati sono il prof. Bruno Riccio e la prof.ssa Federica Tarabusi dell’Università di Bologna. Il gruppo di co-progettazione è presieduto dalla Direzione Sanitaria e coinvolge Direttori di Distretto, Dipartimento Cure Primarie, Direzione Socio-Sanitaria, Direzione Assistenziale, Servizio Sviluppo Organizzativo, Comunicazione e Formazione, Uffici di Piano.

Il background del progetto

Anche il nostro progetto si iscrive nel solco dell'esperienza traumatica della pandemia, che ha rinnovato la sfida verso quel **cambiamento di paradigma** che da decenni (a partire dalla conferenza di Alma Ata dell'OMS nel 1978) cerca di orientare la sanità pubblica: da un sistema di assistenza settorializzato, nel quale l'oggetto dell'intervento è mirato al trattamento delle patologie, verso un sistema orientato alla salute delle persone nei loro contesti di vita, che comprende non solo dimensioni biomediche, ma anche le cosiddette determinanti sociali di salute. Un sistema dunque che ricolloca la salute dentro le comunità e gli ambienti di vita delle persone e che oggi in Italia vorrebbe esso stesso ricollocarsi, in quanto organizzazione, dentro il tessuto sociale e dentro i territori attraverso le case della comunità.

Salto culturale

Queste sono le parole del nuovo ordine, intorno alle quali anche in Italia oggi si stanno muovendo tante iniziative, tante organizzazioni, persone, idee, politiche... Il punto è che sembra necessario, ancora, **preparare il terreno culturale** sul quale costruire la salute integrata e di comunità, cioè lavorare sul cambiamento delle mentalità e delle pratiche delle persone. In un processo di educazione permanente certo, non solo attraverso un corso, ma insieme ai professionisti e gli operatori che possono diventare essi stessi agenti e promotori di cambiamento.

Mettere a terra il cambiamento

Ci sono svariati modi di lavorare per tentare di produrre un cambio culturale. Il nostro progetto si è dato una piccola sfida. Perché per mettere a terra quella più grande c'è bisogno anche di lavorare nel piccolo, di arrivare a incidere realmente nelle **micropratiche dei singoli territori e delle singole equipe** di operatori, cioè di investire sul cambiamento culturale dei singoli e dei gruppi, sulla educazione al pensiero integrato, scommettendo sul contagio microsociale.

Il contributo dell'antropologia

L'antropologia applicata offre buone chiavi in questa prospettiva per tre motivi fondamentali.

Prima di tutto perché storicamente è la disciplina che da decenni elabora pensiero e ricerca sull'approccio **olistico/comprendivo** alla salute e alla malattia. In secondo luogo, perché da sempre lavora sui confini interdisciplinari, sulle **differenze culturali**, sulla integrazione; in terzo luogo, perché il suo metodo è etnografico, cioè **immersivo**, in piccola scala, vicino ai singoli e specifici contesti, territori, gruppi, persone.

Approccio antropologico, metodo etnografico, tecniche attive ed esperienziali

L'effetto specchio della migrazione e il giro lungo dell'antropologia

L'antropologia, storicamente dedicata allo studio di culture "lontane", è oggi sempre più applicata ai contesti vicini a noi, soprattutto alle comunità migranti. Il sapere che le ricerche antropologiche hanno maturato intorno alla "alterità" culturale, così come l'addestramento dell'antropologo/a a cercare di vedere il mondo attraverso gli occhi degli altri, ci invitano a una **postura di "straniamento" rispetto a ciò che ci appare scontato**. È il "giro lungo" dell'antropologia: cercare di guardare ciò a cui non siamo abituati come non del tutto estraneo (avvicinare l'estraneo), per vedere sotto un'altra luce ciò a cui siamo abituati (rivedere ciò che diamo per scontato).

Per entrare più nel merito dei nostri contesti, l'antropologia riconosce "l'effetto specchio della migrazione": le difficoltà che spesso i migranti incontrano nelle nostre società e nei nostri servizi rivelano quelle **luci ed ombre del nostro sistema** che riguardano tutti, non solo gli "stranieri", e che condizionano l'agire professionale di operatori ed operatrici. Per questo l'approccio antropologico, tipicamente dedicato ai contesti migratori, può essere utilmente applicato anche ai nostri contesti di servizio sanitario e sociale.

Approccio olistico e orientato alla valorizzazione delle differenze

L'antropologia riconosce l'importanza di guardare ai fenomeni sociali con un approccio olistico e polidisciplinare che si avvicini, il più possibile, a cogliere le relazioni complesse che li caratterizzano. Così come per l'antropologia, anche il lavoro di cura necessita di un approccio olistico, che consideri i **bisogni multidimensionali dell'utenza**, superando le targettizzazioni imposte dalle politiche settorializzate che caratterizzano il sistema di cura e assistenza. Assumere un approccio olistico risulta fondamentale non solo per la gestione dell'utenza ma anche per l'integrazione professionale: nonostante esistano già equipe multiprofessionali, queste sono spesso formate da professionisti che continuano a pensarsi come segmenti separati, contribuendo a rafforzare tensioni e disarmonie inter e intraprofessionali. Proprio per questo, lo sguardo antropologico si rivela utile per offrire chiavi di lettura **della pluralità/diversità culturale e professionale** nelle organizzazioni e mette in azione competenze dialogiche, di mediazione e di gestione delle asimmetrie.

Metodo etnografico

L'antropologia utilizza il metodo etnografico, immersivo, su piccola scala, vicino ai singoli e specifici contesti, territori, gruppi; **orientato ai microcontesti**: attento alla vita quotidiana delle persone/operatori, curando soprattutto i processi, le persone e le loro relazioni nei contesti di lavoro.

Il metodo etnografico presuppone una **coproduzione di conoscenza** tra ricercatore/ice e i suoi interlocutori/ici: attraverso la sua forma dialogica e polifonica infatti, mira a mettere in luce i significati, le pratiche e le conoscenze incorporate che emergono nell'interazione etnografica.

Inoltre, le metodologie di analisi antropologica mirano ad attivare la riflessività critica degli operatori sulla **diversità dei loro saperi** professionali, le possibilità di mediazione e integrazione, la consapevolezza del loro ruolo nei contesti organizzativi in cui lavorano.

Tecniche esperienziali

Il progetto inte(g)razioni attinge ai **metodi attivi esperienziali di matrice sociodrammatica** finalizzati ad attivare l'esplorazione e la condivisione dei vissuti dei/delle partecipanti, ad addestrare il ruolo professionale attraverso tecniche di drammatizzazione, *roleplayIng* e *role training* e a sperimentare un modello di relazione e comunicazione collaborativo interpersonale e di gruppo. I/le partecipanti sono invitati ad rielaborare e condividere i propri vissuti come esercizio di consapevolezza di sé, del rapporto con gli altri e dei rispettivi bisogni, desideri e credenze, in una dinamica circolare ed intersoggettiva.

Le fasi del progetto

Prima fase: la Ricerca/intervento

La prima fase di ricerca ha avuto il duplice obiettivo, da un lato, di raccogliere conoscenze e aggiornare le informazioni sui bisogni attuali, le aspettative e le proposte delle/dei professionisti sul tema della integrazione multiprofessionale; d'altro lato, di favorire le interazioni tra i/le partecipanti e la costituzione di gruppi dialogici motivati e riflessivi. In un primo momento è stato chiesto ai/alle partecipanti di rielaborare in modo intersoggettivo i **vissuti del tempo dell'emergenza, gli apprendimenti nella "ripresa"**, i nuovi bisogni specifici e trasversali ai diversi professionisti. Successivamente, sono stati invitati/e ad esplorare collettivamente il **tema della integrazione multiprofessionale e della collaboratività tra professionisti**: le criticità e i vincoli che gravano sui processi evolutivi in corso ma anche le risorse e le proposte, con particolare riferimento alle nuove modalità di lavoro sperimentate durante la crisi, alle aspirazioni al cambiamento e ai suggerimenti per realizzarle concretamente nel prossimo futuro. La scelta di coinvolgere professionisti/e che appartenessero a differenti categorie professionali si fonda sull'idea che questi siano portatori di competenze e saperi esperienziali fondamentali per riuscire a comprendere la complessità del sistema dei servizi sociosanitari e far emergere criticità e soluzioni non tanto dal punto di vista "esperto" dell'antropologo, quanto attraverso il valore "generativo" della varietà di punti di vista dei/delle partecipanti.

Seconda fase: la Formazione

La seconda fase del progetto inte(g)razioni si propone come un percorso di formazione intervento mirato all'esplorazione e lo sviluppo di nuove forme di dialogo e di integrazione multiprofessionale. L'intento è di fornire chiavi antropologiche per comprendere la diversità professionale e la pluralità "culturale", per promuovere l'integrazione delle differenze e sviluppare l'appartenenza di gruppo nei contesti organizzativi e di coinvolgere attivamente i professionisti in un training esperienziale centrato sulle interazioni tra professionisti e sulla comunicazione gruppale, circolare e collaborativa. Gli incontri saranno dedicati ad alcuni ambiti specifici come la conoscenza reciproca e la condivisione del metodo di lavoro e dei contenuti formativi; l'analisi e la costruzione di un vocabolario comune riguardante concetti come "diversità", "identità", "cultura professionale", "multidisciplinarietà"; la ricostruzione e condivisione delle proprie biografie e traiettorie professionali. Inoltre particolare attenzione sarà rivolta ai ruoli professionali e al sistema organizzativo, attraverso la riflessione sull'interdipendenza tra attoresistemaruolo e sulle reti socialiprofessionali di ciascun partecipante. Infine, verranno presi in considerazione gli aspetti che caratterizzano oggi la relazione di cura in equipe multiprofessionale e in particolare il processo di cocostruzione dei bisogni di salute.

Terza fase: la Sperimentazione

La terza fase sperimentale scommette sulla continuità. Ipotizziamo che a partire dalle tappe precedenti del percorso si autoselezionino, su base volontaria, alcuni/e professionisti/e motivati/e a costituire, in alcune aree chiave della salute integrata, delle équipes di intervizione permanente nei propri contesti lavorativi e/o alcuni interventi innovativi di coprogettazione che facciano da apripista alla realizzazione dell'integrazione multiprofessionale.

VIVERE DENTRO I SERVIZI IN TEMPO DI PANDEMIA...E GUARDARE AL FUTURO VERSO L'INTEGRAZIONE

I primi esiti della ricerca/intervento

La prima fase del progetto ha coinvolto circa 150 professioniste/i con diversi profili e diversi ruoli nell'azienda, attraverso **interviste e focus group** realizzati nei 7 distretti della provincia di Modena, dedicati alla rielaborazione condivisa dei vissuti della pandemia e a una riflessione comune sul tema della integrazione multiprofessionale e delle sue nuove sfide.

Una iniziale rielaborazione del ricco materiale emerso dal confronto fra le/i partecipanti ai focus group è raccolta nelle **slides interattive consultabili nel sito**. Queste riportano il punto di vista "emico" degli operatori e delle operatrici che hanno partecipato alla fase di ricerca, cioè le loro voci, punti di vista, esperienze, opinioni e aspirazioni. L'approccio antropologico, infatti, consapevole di come gli eventi possano essere vissuti, percepiti e raccontati in modi diversi a seconda del posizionamento degli attori nel contesto, prende in seria considerazione il punto di vista dei singoli soggetti, cercando di mettersi negli occhi dell'altro e di guardare il mondo dalla sua prospettiva. Questa prima parte della ricerca riporta il **punto di vista degli operatori**, tenendo conto sia della trasversalità dei vissuti comuni sia delle differenze e variabilità dei punti di vista. Sottolineiamo inoltre che, primo obiettivo degli incontri, non è stata *la ricerca* – ossia la raccolta di elementi conoscitivi da sottoporre ad analisi- ma piuttosto *l'intervento* – ossia la predisposizione di contesti di confronto e scambio tra professionisti con punti di vista diversi. Questo è stato il principale interesse dei focus group attivi e partecipati: conoscersi nelle differenze e mettere in comune.

Nella prima parte emergono gli aspetti più critici legati all'esperienza e alla rielaborazione emotiva e cognitiva dei vissuti del periodo pandemico, sia i **problemi incombenti** legati alla peculiare situazione emergenziale, sia i problemi che possiamo definire **ricorrenti** e, come tali, esasperati dalla situazione pandemica. Esprimere, confrontare e condividere le criticità incontrate da operatori/ici durante le prime fasi della pandemia è stata anche l'occasione per capovolgere tale visione ed evidenziare le **risorse** messe in campo in quel momento: troveremo dunque nelle slide anche parole riferite e agli **apprendimenti** di cui fare tesoro oggi e nel prossimo futuro. Si aggiunge una riflessione specifica sull'impatto che ha avuto **l'irrompere dei nuovi media** durante la pandemia: quanto le nuove tecnologie hanno aiutato e quanto hanno ostacolato, quanto hanno irreversibilmente cambiato...

Nella seconda parte del documento vengono messe in luce le capacità immaginative e creative dei/delle professionisti/e coinvolte: a partire da una riflessione sulle **debolezze e i vincoli che caratterizzano il sistema e la rete dei servizi** del territorio, i/le partecipanti descrivono la loro **idea di integrazione multiprofessionale** e individuano alcuni possibili luoghi e modi privilegiati dove metterla in campo.

Nell'ultima sezione del documento, troverete alcuni approfondimenti legati alle **specificità dei distretti territoriali** dell'Azienda USL di Modena, osservandone in particolare le buone pratiche realizzate in materia di integrazione multiprofessionale, l'avanzamento e le caratteristiche delle case della salute (o case della comunità) del territorio, le specifiche **esigenze formative** emerse da interviste e focus group condotti nei singoli distretti. Infine, una breve esplorazione di esigenze formative più trasversali che sono state rilevate durante questa prima fase di ricerca/intervento.

La rielaborazione emotiva e cognitiva dei vissuti dell'emergenza

Problemi incombenti: il Covid come tsunami

Le prime tappe del percorso del progetto inte(g)razioni hanno offerto ai/alle partecipanti l'occasione per **rielaborare le emozioni** legate alle esperienze vissute durante la prima fase della crisi pandemica.

In questa circostanza, riflettere e condividere i propri racconti si è rivelato un processo molto significativo per reintegrare le proprie **esperienze soggettive all'interno di una cornice condivisa**, sia i sentimenti più legati alla rabbia, al senso di tradimento di insicurezza e paura che hanno caratterizzato l'emergenza, ma anche alle esperienze di creatività, apprendimento, protezione e **senso di appartenenza al proprio gruppo di lavoro** che sono state messe in campo.

Rispetto al primo periodo della pandemia, il vissuto che emerge come più significativo è un'**esperienza di profondo disorientamento e confusione**, non solo per la diffusa incertezza e straordinarietà del momento, ma anche per la sensazione di caos percepita nei confronti delle (in)decisioni emergenziali a livello organizzativo.

Tali carenze organizzative, attribuite a diversi livelli di responsabilità dirigenziali, si declinano in modo specifico **distinguendo tra la gestione della prima e quella della seconda fase** della pandemia (e più in generale, delle fasi successive alla prima). Mentre la prima è caratterizzata da un **impatto emozionale intenso**, drammatico, pieno di giustificata paura ma anche ricco di vissuti contrastanti, la seconda viene raccontata attraverso un senso di impotenza percepito come direttamente connesso alle **incapacità da parte delle politiche e della organizzazione** di far fronte ad una situazione ormai non più del tutto inedita.

Più specificamente, la prima criticità che emerge è la sofferenza degli operatori/operatrici rispetto alle **catene decisionali**, in particolare riguardo alle disposizioni e alle linee guida ricevute, alimentata anche da una certa discrezionalità nell'interpretare le norme anche tra gli stessi professionisti. In generale, tale disorganizzazione viene percepita come **incoerenza di indicazioni date dall'alto e la loro inapplicabilità alle specificità territoriali**: la catena decisionale, infatti, già normalmente considerata confusa, durante l'emergenza ha assunto la caratteristica di una esperienza di spaesamento sistematico collegata alla percezione di disposizioni e informazioni che *"si perdevano per strada"*.

La disorganizzazione e l'incoerenza non sono state le uniche criticità rilevate: molti/e operatori/ici hanno dovuto **affrontare profondi dilemmi etici e problemi di giustizia sociale**. Il sentimento più ricorrente è infatti quello della **frustrazione**, sia per la sensazione di vedere aggirati i propri **diritti sul lavoro**, la 104 in prima battuta, sia per la **sospensione forzata del proprio lavoro quotidiano** e le ricadute che questo ha avuto in relazione al loro mandato professionale di cura in quanto costretti/e a *"dover dire no"*, nonostante la consapevolezza del possibile aggravarsi di patologie esplicite e latenti.

La maggiore preoccupazione emersa riguarda proprio la seconda fase dell'emergenza (ma anche quella attuale), ritenute più faticose rispetto alla prima fase emergenziale, per **carico di lavoro e stress**, effettivamente correlato all' **aumento di marginalità, di cronicità e casi complessi** provocati da tali sospensioni e rinvii.

Infine, i/le partecipanti segnalano come il Covid e l'**interdizione al lavoro di gruppo** abbiano minato le basi dell'integrazione che si stavano formando o erano già attivi sul territorio.

Problemi ricorrenti: il covid come cartina tornasole

E' opinione diffusa tra i/le partecipanti che il Covid abbia esacerbato problematiche preesistenti, soprattutto in merito al tema dell'integrazione professionale e a questioni di "ordinaria amministrazione".

In questo senso, i racconti di pandemia sottolineano **differenze cruciali tra l'area sanitaria e il sociale**, declinate sia nella programmazione e nella gestione dei servizi afferenti all'ASL rispetto a quelli comunali (elemento che complica notevolmente la possibilità di interventi integrati), sia nei vissuti personali ed emotivi dei e delle professioniste coinvolte.

La difficoltà di **accesso ai dispositivi di protezione**, per esempio, viene letta dalle assistenti sociali come una sorta di "discriminazione": *"I sanitari avevano più o meno i dispositivi di protezione, noi no, come assistenti sociali noi siamo state senza mascherina..."*.

Così come, **le differenze di linee guida sul lavoro a casa o sul campo**, rispettivamente per l'area del sociale e del sanitario, che hanno interrotto attività programmate, anche in modo drammatico, e hanno contribuito a una perdita di senso riguardo al proprio lavoro.

Queste differenze tra il sociale e il sanitario si sono manifestate in **positivo per i settori "sanitari"** che, nella percezione delle/dei partecipanti, sono stati capaci, una volta decifrata la gravità della situazione, di offrire "una buona organizzazione, anche tempestiva" alla "macchina della sanità", mentre *"l'aspetto del sociale forse è stato un po' messo da parte"*.

In generale, l'esperienza della pandemia ha evidenziato **l'assenza di condivisione di obiettivi e di relazioni tra il territorio e l'ospedale** poiché *"tra territorio e ospedale viene difficile amalgamarsi insieme, collaborare non è sempre così scontato"*; e la fragilità del sistema sanitario pubblico, in particolare nel bisogno di **ripensare il rapporto tra il pubblico e il privato in termini di accreditamento**.

Durante i focus group e le interviste sono state rimarcate altre **barriere strutturali** che contraddistinguono la quotidianità del lavoro nei servizi e che sono state inasprite nel corso della pandemia: da un lato è emersa la metafora del **labirinto** per riferirsi sia alle strutture fisiche sia alle reti che compongono il sistema sanitario, la cui strutturale tortuosità di percorsi e ostacoli alla comunicazione, anche **tra sistemi informatici**, sono diventate drammatiche durante l'emergenza; dall'altro una generalizzata **mancanza di personale, di spazi, di risorse e investimenti**, soprattutto per far fronte ai cambiamenti imposti dallo stato pandemico, chiamando in causa la responsabilità pubblica e personale dei professionisti sociosanitari.

Le diverse prospettive professionali sul covid

La presenza di diverse professionalità ha consentito ai gruppi di confrontarsi, in modo ricco, franco e tutelato, sulle differenze tra i vissuti dell'emergenza e i diversi punti di vista: a seconda di dove ci si collocava nella rete dei servizi, a seconda della propria posizione gerarchica, a seconda delle proprie mansioni e funzioni, ciascun/a professionista poteva aver vissuto un'esperienza simile o profondamente diversa da quella degli/delle altre.

Dalle storie raccontate sono ad esempio emerse esperienze contraddittorie rispetto ad alcune **figure chiave**, sia nell'ambito sociale che sanitario, considerate cruciali nella gestione dell'emergenza.

In primo luogo, si sottolinea la centralità del **medico di base**, per la sua supposta conoscenza "complessa" dell'utente, facendo particolare riferimento al sovraccarico e alla **saturazione di**

responsabilità e eccesso di aspettative che sono state attribuite a questa figura durante l'emergenza. In linea generale, da parte degli altri professionisti viene imputata ai MMG una insufficiente assistenza domiciliare ai pazienti. Da parte loro, i medici di base segnalano **difficoltà emotive specifiche**, incertezza e senso di impotenza, legate alle difficoltà gestionali nell'emergenza: in particolare, la prima fase è stata *“uno shock che ci è cascato dal cielo e una grandissima confusione e senso di impotenza e difficoltà”*. Questo disorientamento e senso di frustrazione è stato amplificato dalla distanza che i MMG hanno percepito nei confronti degli specialisti ospedalieri e dalla responsabilità a loro attribuita dai **media** a livello nazionale: *“I media dicevano: chiedete al vostro medico! ma il medico non aveva le conoscenze”*.

Un'altra figura chiave che ha vissuto la **moltiplicazione delle proprie responsabilità** durante le prime fasi della pandemia è quella dell'**infermiere/a**. In particolare, questa categoria esprime una percezione di continuo travalicare i confini del proprio ruolo professionale, dovuto principalmente all'aver *tirato troppo la corda* in situazione di emergenza. Nella percezione comune, infermieri e infermiere hanno gestito la maggior parte del lavoro sul territorio, con un impegno così oneroso da costringerli/e a mettersi in gioco continuamente e a prendersi *“responsabilità che non erano di loro competenza”*.

Al contrario, per quanto riguarda l'ambito del sociale, la figura dell'**assistente sociale** è stata percepita come assente, rispetto ai ritmi e al lavoro richiesto all'ambito del “sanitario”. D'altro lato, questa **assenza** è stata vissuta dagli stessi professionisti del sociale con un profondo **senso di inutilità e di frustrazione**: molti/e sono state obbligate al lavoro da casa, con l'impressione di essersi visti bloccare la possibilità di svolgere a pieno il proprio lavoro; altri/e hanno lamentato una forte **mancanza di riconoscimento dei propri saperi e competenze** (ad esempio, di quelli che avevano acquisito durante l'emergenza terremoto ma che ora che non hanno potuto mettere in pratica): *“Forse ho messo pezza qua e là ma quello non è il lavoro dell'assistente sociale, almeno non organizzato così”*.

Inoltre, rispetto alla gestione del lavoro in emergenza, sono state riconosciute come fondamentali alcune figure che abbiamo denominato **figure jolly**.

A volte utilizzate come “tappabuchi”, spostate di qua e di là a seconda delle esigenze del momento, spesso i/le più **giovani**, sia su un piano anagrafico che di età lavorativa. Questi/e professionisti/e hanno fatto esperienza di **profonde ingiustizie e mancanza di integrazione con gli altri professionisti**, incastrati/e tra una flessibilità vissuta come obbligo e la mancanza di riconoscimento della propria condizione di “tappabuchi”.

D'altro canto, la pandemia ha rivelato figure **jolly** che sono state invece positivamente valorizzate. un esempio su tutti, quello del **ruolo di integrazione giocato dalla domiciliare**: *“Vorrei dire che noi abbiamo avuto una grandissima collaborazione con la domiciliare. Non ci fosse stata la domiciliare l'OSCO non avrebbe potuto essere Covid, perché per trasporto dei tamponi e altre problematiche che si sono presentate nel tempo, ci sono stati di grande supporto”*. Le infermiere e gli infermieri della domiciliare hanno anche assunto, durante la pandemia, un ruolo di mediazione e trasmissione tra i vari specialisti e sono diventate un'eco del paziente, hanno fatto da **“cassa di risonanza”**. In molti gruppi, infatti, è emersa, come risorsa appresa, la capacità del servizio domiciliare di funzionare da cerniera per la collaborazione tra professionisti: *“Essendo una sede distaccata, per cui un po' fuori da tutto, noi ci siamo sentiti in alcuni momenti, tanto soli... Noi secondo me abbiamo sentito molto la mancanza di collaborazione, ma abbiamo avuto un'ottima collaborazione con la domiciliare”*.

Risorse e apprendimenti

L'altra faccia della medaglia

La rilevazione delle criticità ha permesso ai/alle partecipanti di osservare e raccontare le risorse che ritengono di aver appreso e messo in campo durante l'emergenza pandemica come **"l'altra faccia della medaglia"** degli ostacoli incontrati.

Se è vero che la necessità emergenziale di attivare nuova flessibilità e capacità di adattamento è stata vissuta da operatori/ici come pressione del sistema e richiesta eccessiva (e talvolta abusante) di sconfinare dai propri compiti e di assumere responsabilità improprie per colmare le lacune organizzative, questa è stata anche vissuta come un momento di forte **crescita personale e professionale**, perché *"ognuno ha tirato fuori il meglio di sé, le proprie risorse che credeva di non avere"*. Richiamando il concetto di **"capacità negativa"** (Lanzara F., *Capacità negativa. Competenza progettuale e modelli di intervento nelle organizzazioni*, 1993), operatori e operatrici raccontano di come nella straordinarietà della pandemia, si siano trovate le risorse per volgere le difficoltà in risorse, per sostare nella incertezza trovando nuove soluzioni... così il senso di isolamento e la mancanza di confronto fra colleghi sono diventati, per contrappasso, dei rinforzi alla capacità di collaborazione di gruppo; o ancora, la disorganizzazione delle decisioni dall'alto è diventata capacità di autorganizzazione; ecc. Il tema dell'**autogestione**, legato alla necessità di prendere decisioni **"d'emergenza"** sul campo e attivare **dispositivi dal basso**, è emerso in più occasioni come opportunità significativa e possibilità di aumento della propria **"autoefficacia"** e della propria capacità di **"problem solving nell'immediatezza"**.

Attraverso l'esperienza della pandemia si è imparato a dare **importanza alle persone e alle cose che prima davamo per scontate**, come il benessere quotidiano e le attività informali sul lavoro (ad esempio, andare in mensa, ritrovarsi per prendere un caffè, ecc.) ma anche le mansioni professionali e persino formali: *"Riapprezzare le normali prassi e metodologie, quindi quello che era la normalità prima del Covid"*.

Anche il **senso di appartenenza al gruppo**, inteso a volte come l'intero servizio ma più spesso come la propria equipe e i propri colleghi/e, si è rivelato una risorsa determinante. Soprattutto nella prima fase dell'emergenza: lo spirito di collaborazione e il rispecchiamento, **la capacità di mettersi nei panni degli altri**, hanno messo in luce *"la forza del gruppo"* e il *"senso di protezione, sentirsi parte di una famiglia lavorativa"*. Oltre a rafforzare relazioni esistenti, dal punto di vista dell'integrazione questo è un elemento positivo che ha prodotto **relazioni nuove**, la possibilità di *"capire ancora di più l'importanza di potersi incontrare e vedersi con le differenti professionalità e lavorare in gruppo"*. *"Si sono create nuove forme di vicinanza, perché nonostante abbiamo parlato tutti di solitudine abbiamo visto poi, tra colleghi, in qualche modo siamo riusciti a supportarci (anche a sopportarci!) anche a distanza, proprio fisica, e ... abbiamo reinventato i nostri strumenti, gli assistenti sociali, magari strumenti vecchi che avevamo come il colloquio e le visite domiciliari non le abbiamo più fatte e le abbiamo riadattate al nuovo contesto, affinato le nostra capacità"*.

Queste nuove connessioni hanno prodotto **inediti sconfinamenti**, sia a livello di lavoro individuale sia a livello di **territorio** (associazionismo, farmacie, il volontariato, le donazioni, ecc.), aspetto che si è reso subito fondamentale nella gestione dell'emergenza. Questa infatti ha spinto **fuori** i servizi, fuori nel territorio, fuori dai loro confini, verso i cittadini e nei territori: *"I servizi sono andati fuori: forse è l'inizio di una crescita, il processo critico che però ha costretto a uscire dalle sicurezze dei propri orticelli spaziali, temporali, metodologici e professionali. Più avanti per crescere bisogna andare fuori."*

Le ambivalenze dei nuovi media

Un tema molto discusso e emerso trasversalmente è stato senza dubbio il rapporto di operatori/ici con l'irrompere imprevisto delle **“nuove tecnologie” nelle pratiche lavorative quotidiane**, in particolare l'uso ancora ingovernato delle call on line, delle email o di what's up. In particolare, i/le partecipanti, ripensando ai cambiamenti avvenuti grazie o a causa di queste nuove modalità e anche immaginandone lo sviluppo nella telemedicina, hanno proposto una lettura critica dei fenomeni in questione, evidenziandone le profonde **ambivalenze**.

Molti concordano sul fatto che le nuove tecnologie abbiano **favorito l'integrazione professionale** poiché hanno facilitato l'organizzazione di equipe territoriali e **l'attivazione di nuove reti**. In particolare, le **riunioni online** sono considerate **“un grande risparmio di tempo”**, ma anche **l'uso delle email** ha rappresentato un passo in avanti verso una maggiore fluidità di relazione e, soprattutto, nello **sdoganare metodi** che sembravano impossibili da attuare. I servizi hanno aumentato la loro viabilità e hanno così raggiunto più persone, anche attraverso modalità di cura e coinvolgimento delle figure familiari prima escluse: *Quello che riscontro è un'opportunità proprio di fare una cosa assieme alle famiglie. [...] abbiamo preso in questo modo i papà che spesso non partecipavano e invece facendoli a orari strampalati la sera anche i papà sono riusciti a partecipare.”*

Più in generale, le nuove tecnologie sono ritenute valide per quanto riguarda lo **“scambio burocratico”**: la possibilità di contattare in modo immediato i propri referenti è un vantaggio autoevidente. Così come, per alcune categorie di utenza, soprattutto per i più giovani o per chi si trova ad abitare in aree lontane dai servizi, le nuove tecnologie hanno facilitato la comunicazione, anche in termini di risparmio ed efficienza.

D'altro lato, **il rapporto con l'utenza** è stato, secondo i nostri interlocutori/ici l'ambito in cui si sono avute le ricadute più problematiche: le nuove tecnologie hanno infatti spesso ostacolato la relazione interpersonale e di empatia con i/le pazienti, arrivando fino ad isolare l'utenza più anziana.

Un secondo aspetto negativo è **l'effetto cosiddetto “falsante” del setting online**, intendendo con questo quel “filtraggio”, quella distanza relazionale caratteristica del media, che finisce per impoverire la comunicazione e impedire quel gioco metacomunicativo che consente di affrontare la complessità della relazione di cura, in particolare di quella sociosanitaria. Ad esempio, per i casi complessi, non essere nella stessa stanza **impedisce l'esperienza di cura condivisa**; mentre per i casi sociali in cui siano necessarie letture di procure d'indagine, le partecipanti sottolineano quanto sia difficile preservare la necessaria empatia “relazionale” a fronte della **freddezza del sistema giudiziario e burocratico**.

In merito all'utilizzo della telemedicina e dell'informatizzazione vengono sollevate anche **questioni di carattere etico e deontologico: sia nei confronti dell'utenza** (*“non avrei mai prescritto certe terapie senza aver visto il paziente di persona, senza averlo visitato, invece adesso, in molti casi, mi sono trovata a doverlo fare andando contro a quelli che erano miei principi”*) sia **nei confronti dei/delle professioniste** del sociale e del sanitario, ingabbiati in uno smart working “imposto dall'alto”, che ha snaturato spesso il senso del proprio ruolo, e in una tecnologia che rende sì “più raggiungibili” ma anche, e soprattutto, “sempre più reperibili”.

In generale, non si registra una resistenza pregiudiziale diffusa relativamente a questi nuovi strumenti, ma una intelligente e focalizzata **necessità che essi vengano introdotti attraverso percorsi di accompagnamento che tengano conto delle condizioni reali delle soggettività che li utilizzano e che ne usufruiscono**.

Innovare con criterio, quindi, significa, per i/le partecipanti, **saper differenziare il tipo di utenza**, tenendo conto delle **differenze intergenerazionali** che facilitano o ostacolano l'uso dei nuovi media e delle **disuguaglianze socioculturali** tra gli utenti (ad esempio, per l'accesso con strumenti adatti, l'esperienza di "sapersi muovere nei servizi" ecc.). Allo stesso modo lo **smart working** può essere ripensato in un suo uso **differenziato**, ovvero legato all'effettivo rischio di contagio sul posto di lavoro o a problematiche specifiche: *"Secondo me non c'è stata una valutazione su quale professionalità sospendere o meno [...] l'imposizione dello smart working poteva avere senso laddove c'era un rischio di contagio effettivo, [...] da noi forse questo obbligo non credo avesse molto senso... quindi differenziare."*

Dalla crisi alla integrazione: l'immaginazione e le aspirazioni verso il futuro

Un momento di crisi come quello della pandemia (ma un discorso analogo potrebbe valere per l'esperienza del terremoto che ha investito questo stesso territorio dieci anni fa) si configura come un tempo in cui si perde la bussola, le certezze del proprio quotidiano vengono meno e appare sempre più necessario trovare altre forme, altri significati per pensare se stessi, la propria comunità, il proprio lavoro. Le parole di un medico che ha partecipato ai focus group ci ricordano come i momenti emergenziali, di crisi, abbiano paradossalmente prodotto una maggiore integrazione tra professionisti attraverso la possibilità di agire in maniera autonoma, secondo le necessità contingenti: *"È stato anche bello perché poi io credo che i momenti di grande difficoltà uniscono"*.

Ridefinire concetti e valori

E' per questo che i momenti di crisi e la loro rielaborazione offrono un'occasione cruciale per elaborare nuove modalità di lavoro, di condivisione e collaborazione ed esercitare così quella che gli studi sociali chiamano **"capacità di aspirare"** (Appadurai A., *Le aspirazioni nutrono la democrazia*, 2011). Con il concetto di aspirazione si fa riferimento alla facoltà di esplorare il campo del possibile, immaginarne obiettivi reali e incidere così in ottica trasformativa sulla realtà che ci circonda.

In questa seconda parte approfondiremo **come operatori/ici pensano l'integrazione multiprofessionale** e quali strumenti reputano fondamentali per saper "navigare" la complessità che caratterizza la rete dei servizi e la loro compartecipazione.

Secondo loro, tra i principali obiettivi per realizzare l'integrazione troviamo la **condivisione di valori e di linguaggi comuni**, intesi come fondamento per una buona collaborazione simmetrica ed inclusiva del punto di vista e dei saperi di ciascun/a professionista. La simmetria e il rispetto reciproco non può che venire da una **co-responsabilità sull'oggetto** e sull'obiettivo collettivamente riconosciuto, cioè il benessere del paziente e le priorità che lo riguardano e sulla disponibilità di "farsi carico" delle situazioni. Un tema centrale riguarda, infatti, la **nozione di persona e di intersoggettività**: il suo universo di significati ha sempre al centro la relazione: *"Quando sei capace di abbassare le tue difese e mettere a disposizione quello che tu porti e di accogliere soprattutto quello che l'altro porta, sempre mantenendo alto quello che è l'obiettivo: non il nostro sapere o la nostra professione, quello ci serve per raggiungere l'obiettivo, che è il benessere della persona"*.

Per quanto riguarda la relazione con l'utente/paziente, la centralità della persona nella integrazione professionale rimanda all'idea che i bisogni delle persone siano complessi, insieme **sanitari e sociali** e che è questo che dovrebbe essere il fuoco della presa in carico. Ma più ampiamente, l'idea di

integrazione convoca un concetto di salute come **benessere** e non solo come terapia. Peraltro, il benessere non è solo quello dell'utente ma anche quello dei professionisti: *"Pensiamo sempre al benessere del paziente ma credo che a monte non si debba sottovalutare neanche il benessere dei professionisti. Anche questi focus group sulla integrazione, in fondo sono momenti di benessere per noi!"*.

Riconoscere la complessità del sistema

Durante la fase di ricerca-intervento, i/le partecipanti hanno esplorato alcune **debolezze di sistema** che ostacolano la realizzazione dell'integrazione multiprofessionale. Questo esercizio, insieme ai particolari "occhiali" antropologici, ha permesso ad operatori/ici di allenare una prospettiva capace di prendere in considerazione **la complessità e pluralità culturale e professionale** che contraddistingue un'organizzazione complessa e articolata come quella dell'Azienda USL.

Le differenze identitarie tra ruoli professionali sono al centro del lavoro di integrazione: in quanto **costrutto culturale**, ogni identità, anche quella professionale, si costruisce in relazione all'altro e alla sua differenza, attraverso una doppia operazione che traccia i confini di un "noi" e un "loro". Inoltre, ogni categoria professionale agisce e si orienta secondo il proprio **habitus**, una serie di modi di fare, di pensare, di comportarsi che vengono interiorizzati, si trasformano in modelli incorporati e vengono così riprodotti, anche implicitamente, dai/dalle professioniste.

Oltre agli habitus professionali, bisogna considerare le gerarchie e l'autoreferenzialità dei saperi tecnico-culturali che implicano spesso **aspettative sui reciproci compiti** e che generano equivoci. Per l'assistente sociale, per esempio: *"Spesso e volentieri le pecche, le criticità che ho riscontrato sono state legate al fatto che ognuno di noi ha delle aspettative rispetto a quello che possono fare altri professionisti che forse non coincidono con i reali compiti che hanno"*.

La carenza di momenti di autoriflessione e riconoscimento rispetto ai propri **attaccamenti e automatismi** si traduce in una **posizione etnocentrica ed essenzialista**, orientata a guardare e pensare ai propri modelli culturali e professionali come immutabili, naturali ed universali. La postura antropologica, al contrario, richiede che lo sguardo sull'*altro* ne riconosca la diversità e consideri la sua identità come qualcosa che si costruisce continuamente attraverso il proprio agire intersoggettivo. L'intercomprensione reciproca (multiculturale, multiprofessionale, ecc.) ha bisogno infatti di una postura di **sospensione del giudizio**, sia nei confronti di ciò che sappiamo (che diamo per scontato) sia nei confronti degli altri e dei loro diversi saperi. E' questa capacità che consente di **modellare le proprie diversità e di co-costruire linguaggi e valori condivisi** per lavorare assieme in modo cooperativo e non competitivo (Cfr. Sennett R., *Insieme*, 2014).

Questa chiave di lettura offre la possibilità di ripensare e migliorare la gestione delle asimmetrie e delle gerarchie "intersezionali" che animano il mondo dei servizi del sociale e del sanitario e appesantiscono il lavoro quotidiano di operatori/ici del settore. Riflettere su questi vincoli di sistema offre la possibilità di ripensare la propria posizione e capacità d'azione e, in prospettiva, di realizzazione di un percorso di integrazione multiprofessionale, di **mettere in azione delle efficaci competenze dialogiche, di mediazione e di gestione della complessità**.

I labirinti della comunicazione

Oltre alle differenze culturali che, come abbiamo visto, condizionano le relazioni e l'integrazione multiprofessionale, i/le partecipanti hanno messo in luce altre debolezze di sistema, descritte in termini di non conoscenza di percorsi e servizi, chiusura, incomunicabilità, ecc.

Il nucleo portante verso il quale tutti convergono è quello dei blocchi comunicativi e informativi che caratterizzano la complessità strutturale dell'ingranaggio burocratico. La metafora del **labirinto** spesso è emersa per riferirsi sia alle strutture fisiche sia alle reti che compongono il sistema sanitario. Quest'impressione labirintica deriva, secondo molti, dalla mancata conoscenza che gli interni stessi al sistema hanno dei ruoli, dei luoghi e degli obiettivi di ciascuno: *“Io da amministrativo, dove lavoro, io vedo che noi per quelli fuori siamo un labirinto e mi dispiace scoprire che certe volte siamo un labirinto anche per noi stessi che siamo dentro”*.

In particolare, l'organizzazione dipartimentale dell'azienda è descritta attraverso la figura dei **“silos”**: la frammentazione e compartimentazione dei vari Dipartimenti, sia su un piano orizzontale, riferito alle culture professionali dei diversi servizi, sia su un piano più verticale, inerente le catene decisionali e le gerarchie interne all'azienda, si riflettono nella frustrazione dell'operatore in trincea, investito dalla *mission* “eroica” e salvifica della cura, che però stride con le complicazioni e le urgenze con cui ci si misura nella vita professionale quotidiana.

Questa tortuosità si manifesta in una serie di **“rimbalzi di responsabilità”** (*“Ah il paziente è competenza mia, piuttosto che tua...”*) che crea frustrazione e fatica, sia per l'utenza sia per i professionisti. Tra le principali criticità troviamo la **carezza strutturale di informazioni e comunicazione nel labirinto burocratico dell'organizzazione**, soprattutto in merito alle disposizioni aziendali e a questioni di carattere operativo: *“Mancanza di informazioni su tutti i piani e su tutti i livelli: il meccanismo di passaggio delle informazioni è stato solamente cartaceo, mai verbale ed è mancata anche la comunicazione, anche solo telefonica, ai parenti, è stato tutto agito a livello solo burocratico, senza pensare minimamente alle persone”*.

Le “barriere” qui descritte non sono soltanto istituzionali: racconti di difficoltà di integrazione fanno spesso riferimento a specifiche professioni, in primo luogo rispetto al rapporto con i **medici di medicina generale, i quali poco conoscono i percorsi** attivabili e non sono abituati alla comunicazione diretta con la rete dei servizi e i cui sporadici momenti di collaborazione e dialogo sono stati ulteriormente ostacolati del periodo pandemico. Più in generale, a partire dalle esperienze raccontate, i/le partecipanti individuano una complessiva **assenza dei medici di base (“irraggiungibilità”)**, attribuita al fatto che sono oberati ma anche al loro particolare status contrattuale esterno (**“separatazza”**), nonostante la situazione cambi molto a seconda del territorio, della generazione di riferimento e, più in generale, delle singole persone.

Un altro muro che ricorre nelle esperienze di operatori/ici è quello **tra servizi sociali e servizi sanitari** e, di conseguenza, tra assistenti sociali e sanitari. I/le partecipanti raccontano reciproche difficoltà ma sono anche disponibili a riconoscere le differenze sul piano organizzativo, ostacoli strutturali, che creano distanze tra gli operatori, come **“i tempi diversi dati dagli spazi diversi”** tra chi in reparto vede la paziente quotidianamente e chi invece, come l'assistente sociale, deve spostarsi per raggiungerla: *“Se devo notare un elemento negativo o problematico sono le tempistiche: se la paziente è ricoverata in reparto da noi, noi siamo tutti giorni presenti e attivamente ce l'abbiamo sotto gli occhi sempre. Invece magari il servizio sociale ce l'ha in mente, chiede aggiornamenti, ma per staccarsi e organizzarsi per venire da noi... ecco, le tempistiche sono più lunghe”*.

Saldare le utopie con il presente: come realizzare l'integrazione

L'esperienza della pandemia ha offerto ai/alle partecipanti lo stimolo per riflettere sulle capacità necessarie a mettere in campo l'integrazione multiprofessionale nonostante le criticità emergenziali e strutturali identificate. Con riferimento a questa esperienza, la possibilità di stabilizzare in qualche modo le capacità di integrazione sperimentate viene individuata dalle/i partecipanti in qualità che poggiano sulle capacità personali, o soft skills: l'esperienza della pandemia consolida l'idea che per una buona integrazione siano decisive competenze proattive e relazionali, come la **disponibilità e la flessibilità**, la **capacità di reagire** attivando processi di comunicazione e messa in sinergia creativi e veloci, in contrapposizione alla passività che attende i protocolli e le indicazioni dall'alto. Nel lessico delle scienze sociali la chiamiamo *agentività* (*capacità di agire intenzionalmente nel contesto sociale in cui si opera per generare un cambiamento*. Cfr. Bandura, *Autoefficacia*, 2000): l'esperienza dell'emergenza ha fatto fare esperienza acuta del margine di azione che l'attore sociale-operatore può attivare nel rispetto dei confini istituzionali.

Questo margine viene rappresentato come una possibilità oscillante tra proattività/creatività e responsabilità: la capacità reattiva o proattiva deve però essere compensata da una **ponderatezza responsabile riguardo ai confini professionali**: dove inizia e dove finisce la responsabilità personale dell'operatore e quella della istituzione in cui opera? Quale legittimità ha l'invenzione e l'attivazione personale e collettiva senza un mandato istituzionale specifico? La flessibilità ha la faccia di Giano, da un lato positiva reattività, d'altro lato sostituzione vicaria di mancate risposte istituzionali. Questo punto sarà al centro del lavoro successivo di formazione: da un lato allenare capacità relazionali e di flessibilità, d'altro lato riflettere sui vincoli di sistema, sul rapporto tra ruolo professionale e organizzazione nella formazione...

Mettere in campo l'integrazione: dalle Cds alle CdC

Durante gli incontri con operatori/ici sono emerse alcune osservazioni spontanee rispetto alle **Case della salute**. Sebbene non fossero oggetto specifico di esplorazione, queste sono entrate nei nostri discorsi in virtù del fatto che sono inequivocabilmente viste come **un'opportunità di integrazione** tra professionisti/e differenti. Infatti, le CdS, anche per la prossimità fisica degli ambienti di lavoro, offrono **occasioni di conoscenza reciproca** e sono pertanto **funzionali** (termine giusto ma che *"non rende il giusto calore"*) all'integrazione professionale perché permettono, ad esempio, di *"bussare alla porta"* di altri/e professionisti e di ottenere così *"un lavoro più fluido"*, fuori da quelle attese *"cristallizzanti"* della comunicazione da remoto.

Nei racconti dell'emergenza, la casa della salute viene rappresentata come un **luogo protettivo e capace di assicurare scambi e solidarietà** fra colleghi: *"ti sentivi un po' meno solo in tutto questo casino e poi riuscivi anche a confrontarti 'tu che cosa sai di questa cosa piuttosto che di quest'altra?', in modo da riuscire comunque a dare una risposta anche all'utente"*.

Inoltre, la pandemia ha rivelato, in contropunto, come la casa della salute sia anche un luogo **d'integrazione con l'utenza**: prima della pandemia questa aveva assunto la caratteristica di *"casa"* per molti degli anziani del territorio: *"era vista dal cittadino un po' come il circolo ricreativo poi quando c'è non c'è stata più la possibilità ne abbiamo sofferto...e l'abbiamo sentito tutti: 'ma come non posso venire a prendere il caffè alla casa della salute!'"*.

Per molti/e, l'**elemento strutturale "inclusivo" e di prossimità** è fondamentale per migliorare l'attività di cura poiché permette un passaggio che viene definito: *"dal lavoro in fabbrica al lavoro artigiano"*.

Dalle distanze che ostacolano la conoscenza degli altri e lo scambio di informazioni alle prossimità che lo facilitano, la questione dell'integrazione a livello di spazi e strutture architettoniche è molto importante per gli operatori ed è considerata una precondizione per una realistica integrazione.

Lo spazio ha infatti una funzione importante di riconoscimento identitario per gli operatori e di riconoscibilità del servizio presso gli utenti:

“Spazio fisico, nel senso che lo spazio fisico non è tantissimo e un punto di forza che abbiamo individuato è che sarà uno spazio definito e riconoscibile anche dagli utenti con un obiettivo definito per cui sarà un luogo riconoscibile”.

Tuttavia, dalle esperienze riportate, non sfuggono alcune contraddizioni che attraversano le case della salute. In primo luogo, i/le partecipanti segnalano una **discrepanza tra la narrazione sulle case della salute e la realtà**, in particolare per l'assenza in molte di queste di alcune figure professionali, tipicamente i medici o il servizio sociale.

Inoltre, le case della salute possono assumere anche tratti **“esclusivi”** rispetto a chi lavora sul territorio e si percepisce distante ed estraneo, oppure possono portare a paradossali forme di **disgregazione dell'equipe**, dovute a caratteristiche strutturali degli edifici scelti, spesso considerati non sufficienti in termini di spazio: ritrovarsi a lavorare in corridoio, non avere una sala riunioni o una sala per la formazione, dover dividere gli ambulatori... tutti motivi per i quali il fatto di “bussare alla porta” si trasforma in un continuo corrersi dietro e non trovarsi.

Nel complesso, la critica più diffusa riguarda la casa della salute come luogo di una integrazione “di facciata”: il più delle volte, **manca un'efficace co-progettazione di partenza**, che prenda in considerazione le necessità reali dei territori, nelle loro diversità, e cerchi forme di mediazione tra i bisogni dei diversi professionisti

Un'ultima questione riguarda le **specificità del territorio** in cui si inserisce ciascuna casa della salute. Le esperienze che abbiamo raccolto raccontano di realtà molto differenti tra loro. Ad esempio, quella di Spilamberto viene raccontata come una esperienza positiva del passato, in cui si è realizzata una integrazione che oggi sembra più difficoltosa; di Castelfranco si descrivono gli ostacoli strutturali, come ex struttura ospedaliera, che sembrano ostacolare l'efficienza e generare dispersione; a Mirandola il tema della integrazione degli spazi è molto sentito, a fronte di un territorio percepito come frammentato e disperso: la condivisione di spazi e l'avvicinamento degli operatori è vissuta come una urgenza. Sono loro che, pensando alla “casa della salute che non c'è”, parlano di questa come una occasione per *“mettere in campo finalmente una vera integrazione”*.

Esigenze formative trasversali

La fase degli incontri dedicati al futuro ha incluso una riflessione condivisa sulle esigenze formative connesse alla integrazione, alcune delle quali caratterizzate da uno slancio ideale, altre rivolte concretamente alla seconda fase del progetto Inte(g)razioni dedicata alla formazione. Le proposte concrete emerse sono variegata e specificamente **orientate a rispondere a esigenze formative specifiche dei singoli territori** (per esigenze di sintesi, rimandiamo su questo alla navigazione nel documento interattivo: slide 36 e 37), ma in linea generale esse tendono a sintonizzarsi con l'impostazione complessiva delle metodologie applicate nei focus group stessi.

Verso un linguaggio comune: riformulare concetti per una presa in carico integrata

Il primo focus formativo è l'esigenza di una messa in comune di linguaggi e saperi. Dalla discussione emerge come nel linguaggio comune in ambito sociosanitario sia diffusa una concezione riduzionistica della **“persona”** e della **“salute”**, connessa a una presa in carico circoscritta a una definizione delle patologie di un individuo funzionale a delimitare i campi d'intervento e quindi le responsabilità dei singoli professionisti: *“Ha solo un disturbo di personalità quindi noi non ce ne occupiamo, però in realtà non ha solo un disturbo di personalità se è una cosa che va a incidere sulla vita di relazione, sulle funzioni di questa persona forse è importante riuscire a trovare delle soluzioni anche se non è uno psicotico o uno schizofrenico quindi... Si tende un po' a classificare, quindi anche a rimandare le problematiche delle persone a quello che ti sta di fronte come unico responsabile senza dire: ok, prendiamo in carico la persona nella sua globalità.”*

Si fa strada dunque il correlato bisogno di mettere in comune una riformulazione dei concetti di **“persona”**, non solo in senso biologico ma anche biografico (la sua rete di relazioni, i suoi contesti di vita) e di formarsi (sì, ancora!!) a una nuova cultura della salute, che includa quel salto di paradigma che la pandemia ci ha invitato a fare: il passaggio dalla erogazione della prestazione alla costruzione di una relazione di cura che coinvolga non solo il singolo **“caso”**, ossia la persona-utente-paziente, ma anche la sua rete intersoggettiva, protagonista nella definizione dei bisogni ma anche nella risposta agli stessi.

In secondo luogo, le/i partecipanti sottolineano il bisogno di riformulare il concetto di **“ruolo”**, generalmente inteso meramente come insieme di compiti e mandati: *“Perché alle volte c'è come dire un po' implicitamente, questi non detti, l'aspettativa che l'assistente sociale debba fare delle cose che probabilmente non sono nemmeno nel suo ruolo e nelle sue competenze”*. Le difficoltà di integrazione, facilmente attribuite a una mancata conoscenza dei reciproci ruoli, come se fosse questione di **“capire”** razionalmente i confini delle mansioni dell'uno o dell'altro, indicano la necessità di formarsi a un concetto di ruolo più ampio e di attivare interventi formativi che consentano un addestramento al ruolo (**role training**), che comprenda la dimensione soggettiva del ruolo professionale e la consapevolezza dell'essere inseriti in un sistema di vincoli reciproci di cui è possibile addestrarsi ad allargare le maglie.

In terzo luogo, è il **gruppo** al centro delle esigenze formative indicate dai protagonisti: addestrare strumenti per gestire il gruppo, per stare nel gruppo, per far circolare la parola, per rispettare la verità soggettiva... creare contesti di lavoro in cui sia il normale funzionamento quello di attivare dispositivi di confronto, di condivisione e di protagonismo capace di spezzare quella frammentazione verticale che insieme a quella orizzontale fra servizi rappresentano le barriere istituzionali più complesse.

Addestrarsi alla intersoggettività

Le competenze dette soft-skills, spesso associate alla formazione personale, vengono riformulate qui come esigenze di formazione in gruppo.

Consolidare la **capacità di rispecchiamento** e di mettersi nel punto di vista dell'altro, sperimentata spontaneamente durante l'emergenza e riprodotta attraverso le tecniche attive durante i focus group: *“Manca molto secondo me la possibilità in azienda di una formazione relazionale di gruppo, in cui sviluppare la capacità di mettersi nei panni dell'altro. Infatti, secondo me nessuno di voi ha fatto niente o quasi niente, giusto?”*

Allo stesso modo, l'aver sperimentato in pandemia la possibilità spontanea di collaboratività interprofessionale e le attività sociometriche proposte durante gli incontri, hanno suggerito ai/alle partecipanti l'idea che sia possibile "addestrare" delle capacità specifiche di **gestire i conflitti che derivano dalle le diversità intersezionali** tra professionisti, prima di tutto quelle relative ai ruoli e ai compiti professionali, ma anche quelle più ampie di carattere sociodemografico come la **diversità generazionale**.

Più in generale, l'insistenza su una formazione alla integrazione centrata sulle relazioni accentua la necessità di sviluppare consapevolezza attraverso una **riflessività di equipe, ciclica e condivisa** che arrivi fino a condividere una sorta di "**protocollo**" di **gentilezza** o un modello di "buona relazione":

"Perché i protocolli ci sono, però se uno non ha creato le relazioni, sembra che appunto che mi faccia un piacere... e in realtà non è così: creiamo un "protocollo per le relazioni"

Comunicare e integrare percorsi

Il tema della (non)comunicazione emerge costantemente. A un primo livello, viene indicata come possibilità di **condividere informazioni** sui singoli casi. Il bisogno di conoscersi è in primo luogo bisogno di conoscere il lavoro e il valore delle altre professioni: *"La mancanza di conoscenza del lavoro altrui credo sia davvero un ostacolo da superare, assolutamente."* In particolare, emerge una richiesta dal campo del "sanitario" di **conoscenza del mondo del sociale e dei compiti degli assistenti sociali e una conoscenza più articolata tra ospedale e territorio**. In questo senso, la formazione è vista come occasione di **conoscenza tra professionisti rispetto alle proprie attività e ai percorsi di cura** avviati da ciascuno, perché, altrimenti, *"hai la sensazione di parlare una lingua diversa rispetto a quella che parlano gli altri"*. Ma bisogna distinguere tra informazione e comunicazione, quest'ultima caratterizzata da un gradiente importante di messa in relazione più coinvolgente e significativa: *"Noi operatori di reparto non siamo mai coinvolti nelle dinamiche sociali e addirittura alcuni di noi non hanno neanche idea di quali sono i ruoli degli assistenti sociali nel nostro campo e quindi è una bella formazione ci vorrebbe anche e mi metto anch'io in questo gruppo perché io sto imparando, lavorandoci con loro, come ci dividiamo i compiti ma non ho assolutamente questo tipo di formazione quindi si va un po' a buon senso sostanzialmente si spera che tutti ce l'abbiano ma questo non è così scontato, la realtà territoriale e sociale per noi non è così conosciuta"*

La questione della comunicazione non riguarda solo le relazioni interne ma anche quelle all'esterno: la circolazione delle informazioni sulle attività di ogni servizio sul territorio potrebbe essere garantita attraverso **incontri periodici per professionisti e per cittadini**: *"perché i servizi che offriamo cambiano, si evolvono..."* Ci si immagina che questi incontri favoriscano la collaborazione tra varie figure professionali con valorizzazione di ciascun servizio, parificando l'importanza di ognuno e a rinforzo del lavoro in equipe sulle situazioni multiproblematiche.

Idee per la fase sperimentale

Le esigenze formative sopra descritte si concretizzano in proposte per la terza fase in Inte(g)razioni, di carattere sperimentale. Anche qui, siamo tutte/i consapevoli dei limiti della gettata del presente progetto, ma per la continuazione dello stesso aver prodotto delle immaginazioni collettive ha aiutato le/i professionisti a mettere a fuoco e a mettere in comune le aspirazioni.

Equipe multiprofessionali permanenti a geometria variabile

Molto condivisa è la necessità di avere continuità di lavoro e di riflessività comune. Correlativamente, le/i professionisti sottolineano l'interesse di un accompagnamento di equipe e di una stabilizzazione dei gruppi multiprofessionali. Le declinazioni di tali equipe sono moltissime ma tutte rinviano all'esigenza di mettere insieme, anche in modo apparentemente paradossale, caratteristiche diverse e complesse, per rispondere, appunto, alla complessità dei bisogni sociosanitari degli utenti: stabilità insieme a flessibilità, trasversalità insieme a specializzazione.

Proviamo a raggruppare le proposte in alcune tipologie principali:

- **supervisione/intervisione di equipe multiprofessionali in qualche misura permanenti** capaci di riflessività comune continuativa;
- strutturazione e **accompagnamento di gruppi/equipe a geometria variabile centrate sui casi complessi**;
- progettazione per **gruppi interdisciplinari dedicati a tipologie** di problematiche sociosanitarie;
- equipe dedicate alla **co-progettazione con il territorio**, che potrebbero avere una composizione mista di professionisti e cittadini (ad esempio, etnografie collaborative dentro le Casa della Comunità).

In primo luogo, è diffusa l'esigenza di mettere a sistema equipe multiprofessionali permanenti, **formate all'autogestione o "intervisione"**, ancorché accompagnate da un professionista esperto: *"Spesso si parla di equipe o anche microequipe ma in realtà di base non sono delle equipe. Dopo vien fuori che sei più, incazzato di prima...". "Ci servirebbero delle formazioni diverse in grado anche di focalizzarsi su quella che è l'equipe... quindi non solo trasferire le conoscenze ma avere anche un occhio di riguardo rispetto a quelli che sono i ruoli dei singoli professionisti"*. Così si immagina una sorta di **equipe "interservizi"** (che coinvolga uno o due operatori per servizio), con incontri a cadenza regolare, che permetta un lavoro di prevenzione e mantenimento delle relazioni.

In secondo luogo, ancorché "permanente e stabile", tale utopica ma non utopistica equipe, viene immaginata **"a geometria variabile"**, dotata cioè di una porosità e flessibilità complesse. In stretta correlazione con gli obiettivi specifici ogni volta collegati a delle situazioni di cura e presa in carico, l'equipe è pensata in modo "permeabile", **attraversabile anche da professionisti non "stabili"**: *"Nella mia utopia l'integrazione andrebbe realizzata mettendo veramente e non così per dire, al centro il bisogno dell'utente, del nucleo familiare, di quello che è e costruire in modo ragionato una integrazione a geometria variabile"*. Così, per rispondere ai bisogni di un'utenza sempre più complessa, i/le partecipanti propongono incontri in cui discutere di singoli casi o specifiche situazioni **con tutte le figure che possono ruotare attorno a un caso** e discuterne le criticità e trovare strategie insieme per inserire l'utente in percorsi già avviati o da avviare ex novo: *"A scadenza, più o meno, regolare: "perché uno sa che quel giorno si trova e quindi non va in ansia"*. Questi incontri più "specifici" e, spesso, urgenti, potrebbero essere favoriti dai processi di informatizzazione e dalle modalità telematiche che si sono avviate durante il covid. Per far fronte alle problematiche complesse e intersezionali dell'utenza ci si immagina la possibilità di **invitare gli specialistici a seconda delle tematiche e dei casi trattati**: il gruppo deve *"avere questa flessibilità di visione rispetto ai bisogni e non rispetto all'etichetta diagnostica quindi partecipazione più fluida all'equipe"*.

Ancora, si riflette sulla opportunità di mettere a sistema momenti di formazione/supervisione multidisciplinari non di equipe reali ma di **gruppi interdisciplinari intorno a tematiche simili, per tipologie di casi, con la conduzione affidata a qualcuno di esterno**: *“Ad esempio organizzate per aree, quindi adulti, anziani, migranti, minori... quindi fra colleghi che non sono colleghi dello stesso servizio col supervisore esterno specialista preparato”*.

Da ultimo, si sottolinea l'importanza di fare tesoro della esperienza dell'emergenza in termini di apertura e di uscita “fuori” dai confini professionali, di ruolo, di compiti, ecc. è anche **uscita verso il territorio**. A partire dalla conoscenza dei bisogni del territorio per arrivare alla co-progettazione con associazioni e cittadini riguardo ai bisogni di salute specifici: *“Un punto è la formazione sulla conoscenza di quali sono le varie offerte del territorio agli operatori dell'ospedale e quali situazioni ospedaliere hanno agli attori del territorio”*. Così, si elabora una proposta di **mappatura etnografica dei bisogni dei singoli territori e prevenzione delle fragilità acute**: una fotografia accurata dei bisogni del territorio, non in sovrapposizione con il lavoro del PUASS (che si occupa di criticità conclamate ed esplose) ma in ottica preventiva, per intercettare delle situazioni di fragilità che potrebbero scoppiare.

Feedback conclusivi

Siamo solo alla conclusione della prima tappa. Poiché durata e ricorsività costituiscono in generale il cuore metodologico del processo di apprendimento, consideriamo anche gli intoppi legati alle tante emergenze che hanno rallentato lo svolgimento dei focus group, una possibilità ancora maggiore di rendere reale e più profondo il cambiamento.

Procediamo ora con i percorsi formativi dedicati a gruppi multiprofessionali dei singoli distretti, tenendo seriamente in conto sia le esigenze e interessanti indicazioni dei professionisti sia quelle più complessive dell'intero sistema di servizi nella prospettiva di una integrazione auspicabile ma anche realizzabile.

I feedback offerti dalle/dai partecipanti sono numerosissimi e generosi. Ricordiamo qui soltanto l'enfasi data al beneficio ottenuto sul piano personale (*“Mi ha rincuorato sentire le loro esperienze... ora secondo me c'è da parte di tutti più ottimismo rispetto alla situazione attuale ancora di pandemia, e anche sul futuro”*); interpersonale (*“Mi porto a casa la maggior confidenza che ho raccolto da ciascuno di voi: è bello constatare che ci sono ancora davvero delle opportunità di stare bene insieme ai colleghi in questo momento... mi sento più amica adesso!”*); interprofessionale (*“è rarissimo avere formazioni che ci chiariscono i problemi e i temi cari ai sanitari” - “siete stati voi a regalarmi qualcosa, cioè delle informazioni che riguardano l'ambito sociale, che per quanto riguarda questo noi infermieri di reparto non siamo molto coinvolti e quindi grazie”*); ma anche sul piano della sostenibilità (*“in un secondo momento ti porta a risparmiare del tempo, perché a me è successo con dei pazienti che inizio a fare chiamate a destra e manca per capire chi più fare cosa e ci perdo anche delle giornate... “perché poi ci si guadagna tutti: secondo me con la professione che facciamo avere la possibilità di avere questi spazi è preziosissima”*). Ci sentiamo di condividere quest'ultima nota di gratitudine per avere, con questo progetto, la possibilità di co-creare quei dispositivi di spazio-tempo sospeso che contribuiscono a rendere più vivi e vivibili i servizi e le persone che li abitano.