

## Salute Mentale e Servizio Sociale: quali riflessioni a 30 anni dalla legge 180/78

Provincia di Roma, Palazzo Valentini  
Roma, 5 dicembre 2008

Maria Elisabetta Sguerzi  
Rappresentante Coordinamento Regionale Veneto  
AITSaM Associazione Italiana Tutela Salute Mentale

---

La prospettiva delle associazioni di tutela di familiari e utenti è importante per creare una visione complessiva e coerente delle problematiche della salute mentale e per dare, attraverso la normativa e nella pratica risposte adeguate ai bisogni.

La progressiva attenzione delle Istituzioni a realizzare il coinvolgimento del cittadino nei processi decisionali è un segnale incoraggiante e costituisce, per il volontariato, una difficile sfida di trasformazione e partecipazione cui non deve sottrarsi.

In Veneto la rappresentanza delle associazioni di tutela salute mentale è attiva all'interno delle Commissioni regionali istituite con delibera della Giunta della Regione, è stata fertile nei gruppi di lavoro che hanno portato alla normativa sull'accreditamento istituzionale e stanno elaborando l'accreditamento di eccellenza, ed è impegnata, proprio in questi mesi, nella rilettura di pregi e criticità dell'attuale POR per una sua più efficace riscrittura.

Riguardo al lavoro dell'assistente sociale dopo la L.180, l'uscita nel territorio ha significato conoscenza diretta del contesto del paziente e quindi riconoscimento del carico familiare: carico che è stato in primo luogo assorbito e sostenuto proprio da assistenti sociali e infermieri professionali che, ciascuno per le proprie competenze, alla psichiatria sul territorio hanno dato braccia e gambe.

Da allora il ruolo si è andato "riempiendo", ha assunto - in Salute Mentale - concreta centralità ed è particolarmente forte nell'ambito della riabilitazione, che - come la cura - è preciso e irrinunciabile diritto del malato mentale.

Manutenzione di rapporti con pazienti, con famiglie e con entrambi; interventi di produzione e sostegno di relazioni familiari; inserimenti nel contesto di vita; rapporti col mondo del lavoro; lavoro di progettazione con gli EELL; gestione di percorsi e ricerca di soluzioni relativi all'abitare: l'assistente sociale come **interfaccia** tra sanitario e sociale organizza i tre assi della riabilitazione -socialità, lavoro, casa-, e concretizza, nelle procedure, essenziali diritti di cittadinanza della persona.

E per questi diritti si rendono necessari maggiori risorse: per esempio c'è il bisogno di una residenzialità riabilitativa socio-sanitaria e tutte le persone che hanno questo bisogno vanno messe nelle condizioni di avere l'assegno di accompagnamento, considerato che i costi della struttura sono insostenibili per gran parte delle famiglie. E va affrontato il problema della disponibilità di alloggi e di normative che sostengano l'accesso alla casa anche per il paziente psichiatrico.

Di fatto, meno sono gli assistenti sociali meno procedure e percorsi si mettono in atto: e sono spesso percorsi a ostacoli tra normative, lentezze e difficoltà: i tempi dei passaggi burocratici, la fragilità della rete, l'isolamento dagli altri servizi territoriali, la pochezza di risorse, l'ansia -o peggio- i rifiuti e le deleghe della famiglia, lo scarso riconoscimento del ruolo. Difficoltà che sono e appesantiscono il lavoro quotidiano e che potrebbero ridursi con snellimenti normativi, collaboratività dall'esterno, velocizzazione della burocrazia, risorse maggiori, **più consistente presenza della figura professionale nel DSM.**

Nella recentissima normativa veneta sull'accreditamento, per quanto riguarda la presenza dell'assistente sociale si legge:

- nella CTPR ad alta intensità il personale di servizio include, tra le figure professionali, **almeno un** assistente sociale;
- la CTPR ad intensità intermedia prevede “adeguata presenza”;
- in CA si prevedono interventi programmati, idem per il CD;
- l' SPDC vede una “presenza programmata”;
- nel CSM il personale di servizio, tra le figure professionali, include **almeno un** assistente sociale.

E' contraddittorio che tra le professioni previste e percentualmente stabilite dalla normativa, non vi sia quella -centrale- dell'assistente sociale: una più precisa e consistente definizione numerica ridurrebbe la disomogeneità dei servizi, più o meno sanitarizzati o attrezzati sul piano del sociale. Fissare numeri minimi di questi professionisti potrebbe essere funzionale -certo non sufficiente- ad omogeneizzare in alto **qualità e stili** di lavoro ancora troppo diversi in salute mentale.

E ancor prima a rispettare quella importante raccomandazione già presente nel PO che chiede servizi senza atteggiamenti di attesa, ma attivi e capaci di iniziativa, soprattutto su problematiche complesse o situazioni bloccate.

Nei diversi ambiti in cui si muove l'assistente sociale in psichiatria, specificità e pregio della professione resta la **reticolarità**: produrre e far manutenzione di relazioni e della rete è la costante del ruolo e – su questo- è esemplare quel che succede con l'amministrazione di sostegno.

Il servizio può informare la famiglia, spingerla, aiutarla nel produrre il ricorso, oppure ricorrere in prima persona per la nomina dell'amministratore: ha rapporti con paziente, famiglia, medici, enti, commissioni; ricerca anche nel contesto sociale e nel volontariato disponibilità alla nomina, è in contatto diretto con il giudice, mantiene

relazione tra i coinvolti, fa verifiche e crea positive e reciproche forme di controllo sociale.

Il ruolo centrale dell'assistente sociale, che da un lato rende pienamente legittime le rivendicazioni contrattuali della categoria, pone fortemente - come per altri servizi - la necessità di omogenei e solidi sistemi di formazione e di valutazione .

Aggiornamento continuo, scambi tra professionisti, flussi informativi e strumenti di verifica degli esiti, ricerca e adozione nel bagaglio professionale di tecniche e indicatori oggettivi riconosciuti e formalizzati, possono specializzare la professione, evitare interscambiabilità di ruoli, aumentare la trasparenza e l'efficacia degli interventi.

Tutto ciò verrà utile anche a render giustizia di un'immagine tuttora penalizzante dell'assistente sociale: l'idea delle sue funzioni, -legata forse alla prevalenza femminile,- resta "assistenzialistica"; il riconoscimento esterno va spesso alla singola persona piuttosto che al ruolo; in più, sull'assistente sociale del DSM pesa lo stigma che tocca gli operatori in salute mentale.

Sui problemi e sulle prospettive il lavoro non manca, ma resta buono, come augurio, quello che fu lo slogan della prima ( e ultima !!) Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale, nel 2000 a Roma: "Se si può, si deve".

