

Intervento al Convegno CNOAS "Salute mentale e Servizio Sociale: quali riflessioni a 30 anni dalla Legge 180/78".

La presenza della figura dell'Assistente Sociale in Psichiatria si può far risalire agli anni '50 con le prime esperienze negli Ospedali Psichiatrici e nei Dispensari di Igiene Mentale.

A Padova già prima della Legge 180/78 erano funzionanti le équipes multiprofessionali che operavano sia all'interno dei reparti dell'Ospedale Psichiatrico che nel territorio dell'intera Provincia, divisa in zone di competenza per ciascuna équipe.

La costituzione delle ULSS (Unità Locali Socio Sanitarie) ridefinisce il territorio e le nuove competenze delle équipes psichiatriche e vengono aperti i Centri di Salute Mentale.

L'Assistente Sociale sposta il baricentro dell'intervento professionale dal reparto ospedaliero all'ambulatorio esterno e questa presenza costante permette un incremento delle relazioni con le realtà istituzionali locali, pubbliche e private.

Le nuove modalità di intervento nei confronti del disagio psichico hanno comportato negli anni la necessità di dare risposte maggiori e più adeguate ai bisogni fondamentali dell'utenza: dall'abitazione, al lavoro, alle relazioni sociali, ecc.

Vengono così aperti centri diurni ed occupazionali e nascono le prime comunità residenziali, delineando già il ruolo fondamentale che via via va assumendo il privato sociale.

La mancanza di precise normative che siano andate a regolamentare gli assunti della Legge 180/78 hanno però comportato una disomogeneità di interventi nel territorio nazionale.

Nel Veneto si sono succeduti negli anni Progetti Obiettivo in materia di Salute Mentale, che hanno trovato applicazione successiva nei Piani di Zona di ciascuna ULSS.

Su questi scenari s'inserisce l'intervento dell'Assistente Sociale del Servizio Psichiatrico, che attualmente, nella ULSS n. 16 di Padova si trova ad operare su vari livelli.

La Regione Veneto nella raccolta dati per la Psichiatria del 2007 fa emergere come il DISM (Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale) di Padova si qualifichi per la presenza complessiva di 12 Assistenti Sociali, divisi nei 3 Servizi Psichiatrici, a fronte di una media regionale di 4/5 Assistenti Sociali negli altri DSM.

Questo ha permesso di differenziare le modalità operative, sia nei confronti dell'utenza ambulatoriale che nella collaborazione con gli enti istituzionalmente preposti agli interventi di carattere sociale, quali i Comuni o altri Uffici dell'Ulss come il Consultorio Familiare, ma anche con il privato sociale, che a Padova gestisce attività semi-residenziali, come centri diurni e centri occupazionali e comunità residenziali.

- nel CSM quindi, all'interno dell'équipe ed a stretto contatto con gli altri operatori, l'Assistente Sociale assume in carico situazioni che necessitino di interventi sul piano relazionale individuale o familiare, segue i percorsi occupazionali o gli inserimenti lavorativi in collaborazione con gli operatori o le agenzie coinvolte, organizza e partecipa ai momenti riservati agli incontri con i gruppi di familiari o con le associazioni di volontariato.
- nelle strutture residenziali, in particolare nelle Comunità Residenziali, Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento, da alcuni anni l'Assistente Sociale ha assunto la funzione di responsabile di struttura e rappresenta la figura catalizzante dell'interagire dei vari operatori coinvolti nel processo riabilitativo, garantendo l'indispensabile omogeneità degli interventi ed il coordinamento dell'équipe.

L'Assistente Sociale può utilizzare una valutazione tridimensionale dei bisogni dell'utente e ciò lo differenzia e qualifica rispetto agli altri professionisti coinvolti.

Una rapida riflessione sul percorso compiuto in questi 30 anni di applicazione della legge 180 ci permette di affermare che in questo lungo periodo molte cose sono cambiate in termini positivi, sia per la nostra utenza che per gli operatori coinvolti: adesso la fase preventiva è molto più accentuata del passato, l'offerta di servizi è più ampia e permette di rispondere in modo differenziato alle varie richieste di intervento.

Noi operatori siamo in cammino, non siamo arrivati, perché è ben chiara la coscienza che ancora molto resta da fare: dalla lotta allo stigma, all'ampliamento delle possibili risposte sul territorio (apertura di nuovi centri diurni ed occupazionali, nuove comunità), al diritto ad inserimenti lavorativi dignitosi, al diritto alla casa, ecc.

Una riflessione sulle possibili criticità fa ritenere che il riconoscimento della figura professionale e delle competenze e responsabilità assunte dall'Assistente Sociale spesso non sono ancora automatiche ed è ancora presente il rischio di conflittualità con altre figure professionali (principalmente psicologi ed educatori, secondariamente medici psichiatri).

Le possibilità di carriera non sono ancora contrattualmente previste (al di là dell'inquadramento all'interno del comparto sanità al livello DS), mentre ritengo che ormai anche l'Assistente Sociale possa trovare un giusto inserimento tra le figure dirigenziali.