

L'ASSISTENTE SOCIALE E LA NON AUTOSUFFICIENZA

Normalmente l'assistente sociale accompagna le persone nella loro vita o verso la vita. Molto più spesso di quanto si crede, invece, ci troviamo a fare i conti con percorsi -più o meno lenti- verso la morte. Sia con l'anziano, sia con il malato cronico, l'assistente sociale si viene a trovare a contatto quotidiano con l'imperfezione, con la "non-vita", con ciò che molto spesso suscita paure ed insicurezze. Questo contatto ci spinge quasi sempre alla fuga, un fuggire che è umanamente normale, ma davvero fuori posto per un professionista dell'aiuto, quale noi per Legge siamo. Più che "fuggire dalla morte", è invece il caso di starci di fronte e di saperla affrontare: operazione non facile per l'uomo comune, ma necessaria per ogni assistente sociale. E' invece percezione diffusa che l'assistente sociale fugga dal rapporto col morente, anche se fisicamente presente: in fuga attraverso la burocratizzazione del lavoro, tramite la "brutta abitudine" di fare i conti con i caregiver (spesso parenti) al posto degli interessati, anche attraverso un approccio a bassa empatia o di auto-protezione emotiva. Il "lavoro relazionale" nell'aiuto è terreno specifico dell'assistente sociale, occorre ribadirlo. E' pertanto necessaria la consapevolezza sul nostro ruolo e la nostra presenza tramite un agire competente, anche sperimentando modelli e buone pratiche. E' quindi necessario fermarsi a riflettere e recuperare il lavoro col morente come attività ad alti contenuti professionali, occorre però precisare a grandi linee le aree di azione su cui dovremmo formarci di continuo e verificarci nel tempo. Ne cito solo alcune:

Il counselling. Si tratta, nel lavoro con le persone non autosufficienti, di dare risposta ad un bisogno di orientamento nella vita espresso da parte di chi è destinato a "restar bloccato nel proprio corpo" per lungo tempo o per chi è prossimo alla morte. Quest'ultima, in particolare, non è improvvisa, ma porta con sé diverse fasi che vanno accolte ed accompagnate tramite un ascolto attivo e restituente. Si tratta, infatti, di accogliere la frustrazione derivante dallo stato di non autosufficienza, di aiutare ad accettare la morte, di doversi adattare a questa prospettiva, di accettare questo trapasso adempiendo a tutti i compiti che comunque spettano. Si tratta di considerare la narrazione di sé come un vero e proprio processo di cura e non come un accessorio del trattamento del malato, a torto considerato spesso solo sul piano clinico.

Aiutare chi aiuta. Nella non autosufficienza non c'è solo il malato, ma il suo contesto di vita. La dedizione continua e quotidiana ad una persona avviata alla morte fa ammalare anche chi, invece, proprio perché deve aiutare, assiste il malato. C'è un immenso bisogno di parlare, di comunicare l'impotenza, di gridare il dolore da parte di cui assiste un malato. E' il parente convivente, è la badante straniera che a malapena mastica qualche parola d'italiano, sono gli stessi operatori sociosanitari costretti (o abituati dall'organizzazione del lavoro) a trattare l'altro come un "pezzo" messo in fila a tanti altri "pezzi" da pulire ed imboccare in tempi cronometrati. Ci sono vissuti e motivazioni che richiedono di essere riviste e rielaborate. Ci sono "fantasmi di morte" che occorre che siano liberati. Ricordiamoci quindi sempre di considerare come destinatario del nostro lavoro anche e specialmente il caregiver.

Il progetto di cura. Il lavoro sociale nel campo della non autosufficienza non può non definirsi oggi chiaramente sia nella prassi, sia nei riferimenti teorico-scientifici. Ciò richiede però un preciso impianto operativo, che è quello progettuale, il quale non è solo una "traccia pratica" dell'azione, ma diventa esso stesso fonte teorica verificata dall'esercizio dell'azione di aiuto. Si tratta di dare gambe al "case-management" permettendo l'implementazione di piani assistenziali in una logica di "lavoro di comunità". Non si tratta solo di fare, erogare o attivare, ma di far stare tutto ciò che si realizza in un quadro teorico coerente. Un non autosufficiente porta con sé bisogni di diverso tipo,

da quelli primari a quelli più immateriali, bisogni che devono essere desunti, analizzati e condivisi. Da ciò deve derivare una valutazione precisa e condivisa tra gli attori sulle cose da fare, tenendo sempre in considerazione le capacità (del malato e del suo contesto), se esistenti, assenti o latenti. Ne consegue un “progetto di cura”, in cui vengono disegnate in primis le diverse abilità (di gestione e di cura) presenti e poi evidenziate le aree di bisogno che, reputate come irrinunciabili, vanno prese in carico attraverso il sistema delle erogazioni. Il progetto di cura non è quindi la sommatoria dei servizi attivati, bensì l’impianto in cui si mettono in evidenza i bisogni della persona e la ripartizione degli oneri di assistenza. Il progetto viene poi tradotto in azioni a cui connettere obiettivi, i quali ultimi vanno sempre verificati dall’assistente sociale. E’ un lavoro che non si fa “a tavolino”, ma andando ad osservare le persone non autosufficienti ed i loro contesti, i loro bisogni e le aree di “scopertura” che richiedono una presa in carico.

Di tutto ciò e di altro ne abbiamo parlato nel libro “la dignità nel morire”, edito nel 2010 da La Meridiana. E’ un testo che affronta un tema-tabù, come la morte, dal punto di vista degli assistenti sociali. Se il tema vi interessa e volete leggervi il libro per lavorare meglio con i non autosufficienti, andate in libreria: ricordatevi che state comprando un libro scritto da assistenti sociali.

Dott. Ugo Albano