

# ALLESTIRE SERVIZI IN UNA PROSPETTIVA DI SALUTE-BENESSERE GLOBALE, DINAMICO, CONTESTUALIZZATO

Luigi Gui

Dipartimento di studi umanistici, Università degli studi di Trieste  
Coordinatore corso di laurea in Servizio sociale

Negli anni più recenti il vento della crisi economica ha eroso, talora infranto, gli assetti di *welfare* (*WF*) **consolidati nel secolo scorso, in particolare nel continente Europeo** (Colozzi, 2012).

L'ideologia della sicurezza sociale come impegno collettivo si era generata e riprodotta entro assetti istituzionali e politiche sociali paralleli alla crescita del benessere economico dei paesi industrializzati. Si era allestito un *WF* con funzione (a prevalente guida pubblica) di regolazione della vita sociale e di redistribuzione delle risorse, per assicurare a una base sempre più estesa di cittadini-lavoratori-contribuenti-consumatori beni e servizi sufficienti, per ridurre le divaricazioni eccessive tra agiati e disagiati, parallelamente all'estensione dei diritti sociali (Castel, 2004).

La specializzazione funzionale delle competenze tecnico-scientifiche per le professioni, nelle istituzioni (per il nostro caso si pensi alla proliferazione delle specialità disciplinari e delle figure professionali in area sociale e sanitaria), era cresciuta entro il mito di un progresso tendenzialmente illimitato, attraverso cui l'uomo moderno, grazie ai "lumi della sua ragione" avrebbe potuto soggiogare la realtà, riordinandola a proprio vantaggio, pianificandone lo sviluppo, risolvendone i problemi, garantendone gli esiti.

Così, in un'ottica a prevalente paradigma positivista, i servizi socio-sanitari affidavano ai professionisti il mandato di possedere il patrimonio di conoscenza tecnico-scientifica necessario a diagnosticare i problemi e a prescriberne gli interventi risolutivi, garantendo un risultato positivo.

Con il nuovo millennio, questi due pilastri del *WF*: sicurezza sociale universale e promessa di risoluzione dei problemi, mostrano grosse crepe.

Nel corso della seconda metà del '900 il *WF* ha rallentato il suo cammino, mentre è andata affermandosi quella che è stata chiamata la **destrutturazione** della società moderna (Bauman, 2002), per la deregolazione dell'economia, la frammentazione della vita sociale, la precarizzazione e le vulnerabilità delle condizioni individuali (Negri, 2002), la deresponsabilizzazione istituzionale.

Il paradigma positivista è stato parzialmente messo in discussione da prospettive costruttiviste, che consentono di leggere i bisogni non come dati oggettivi ma come attribuzioni soggettive, colti dalla prospettiva delle persone che ne fanno esperienza, ciascuna per la sua originale particolarità, in un processo di **soggettivizzazione** della salute e del benessere (Secundulfo, 2000).

La società che basa la propria economia sull'estensione dei consumi individuali (Baudrillard, 1976) ha enfatizzato la libertà individuale di massimizzare le condizioni di vantaggio, ciascuno per sé, in una gara competitiva per la conquista dell'agio, delegittimando le basi ideologiche del *WF* universalistico. Non si rivendicano più prestazioni uniformi (massificate) ma servizi individualizzati, in una prospettiva di **pluralizzazione** eterogenea crescente.

Negli anni '70 del '900 i sistemi di *WF* avevano configurato i servizi sociali e socio-sanitari come "ponte", tramite tra due sponde: da un lato la domanda dei cittadini, dall'altro lato la risposta delle istituzioni. Un ponte tra i bisogni delle persone e la loro soddisfazione a carico della collettività, tra la

carenza di beni-risorse individuali e la redistribuzione sociale. Secondo tale immagine, i professionisti e gli operatori dei servizi si sono trovati nel mezzo del sistema redistributivo, abilitati alla diagnosi di salute o all'*essessment* sociale, con funzione di valutazione dei problemi e di filtro, professionisti come "canali d'accesso" alle prestazioni, essi stessi prestatori di prestazioni e cure.

Ma se ancora permane l'inerzia di quel ruolo, la spirale crescente delle domande particolari e la caduta di responsabilità (e di spesa) pubblica rendono sempre più difficile ai servizi fornire quanto i cittadini chiedono. Le risorse scarseggiano, le competenze professionali non colmano la crescente incertezza. Ora siamo in uno scenario di frammentazione delle politiche sociali e sanitarie e di moltiplicazione (pur precaria) dei soggetti erogatori di servizi, specialmente a livello locale.

Assistiamo a un'ecologia del *WF* **atomizzato**.

Un *WF* in equilibrio instabile, compositivo, dinamico, esito d'intrecci tra bisogni, interessi, obiettivi e risorse, di cui si fanno portatori diversi soggetti provenienti da ciascuno dei settori sociologicamente riconducibili al settore pubblico, al mercato (o privato profit), al terzo settore (o privato-sociale), al quarto settore (le famiglie in forma spontanea o aggregata).

Pare emergente un *WF* **reticolare**, in continua oscillazione tra l'inerzia di apparati rigidi e progettazioni estemporanee (Costa, 2009; Bassi, Moro, 2015).

In prospettiva futura, si ravvisa una grande carenza di condizioni che aiutino a ricondurre le tensioni, le fragilità e le insufficienze individuali a una prospettiva sociale condivisa da più soggetti (Bifulco, 2013). Il passaggio dalla condizione individuale (privata) alla dimensione sociale non è un dato ovvio, al contrario, richiede una scelta consapevole e l'ingaggio di una competenza professionale dedicata. La condivisione del senso e della fatica di **coalizzare attese e problemi particolari, verso progetti comuni** di salute e benessere sociale, richiede professionisti che sappiano orientare a questo esito, componendo soluzioni integrate e attingendo a saperi diversi.

La solitudine vulnerabile degli abitanti della post-modernità, in società a rischio di desocializzazione, richiede operatori del con-sentire e del con-dividere le mete di benessere, così come della corresponsabilizzazione dei problemi e delle risposte (Lazzari, Gui, 2013).

In tale prospettiva, possono segnare la pista da percorrere, ai professionisti sociali e sanitari, sei concetti guida a cui far seguire pratiche di intervento (Gui, 2004).

**Ascolto.** La qualità della dimensione interpersonale cittadino-professionista (sia esso medico di base, assistente sociale, infermiere, psicologo o altro ancora) è cruciale perché il soggetto si senta autenticamente "soggetto" (attivo) e non "oggetto" (passivo) del suo percorso di fronteggiamento delle difficoltà. Solo se l'ascolto fra cittadino e professionista esce dalla trappola della prevedibilità pre-classificatoria di patologie e problemi, può iniziare un vero processo d'aiuto.

**Comprensione.** Indica il modo con cui il professionista cerca di accedere all'universo cognitivo ed emotivo dell'altro, per coglierne il punto di vista, la scoperta dei suoi riferimenti semantici, esistenziali, motivazionali. Con-prende la sua condizione prima ancora di pretenderne il cambiamento.

**Accoglienza.** Segnala la capacità di allacciare nuovi legami, di costruire intrecci solidali inediti; significa sempre meno "includere" in uno spazio e in un modo predefiniti, ma invece approntare un comune spazio di comunicazione e di edificazione condivisa.

**Condivisione.** Con-dividere significa, propriamente, "dividere con", produrre un "comune utilizzo dello stesso spazio" fisico, emotivo, simbolico; implica capacità di comunicazione con soggetti diversi, usando differenti codici comunicativi e strutture di relazione inclusive della diversità.

**Accompagnamento.** Evoca una posizione d'aiuto che non si fonda su una domanda asimmetrica fra colui che chiede aiuto e colui che lo offre, fra colui che è carente di conoscenze e di risorse (l'utente) e colui che invece le possiede (il professionista). Il professionista realmente non ha già le soluzioni

pronte e alla persona assistita non si negano la competenza e la responsabilità di scoprire quali siano le mete del proprio benessere e le azioni efficaci per raggiungerlo; ciò che viene “prestato” è “il fianco”, per affrontare assieme (e così rendere trattabili) i desideri e i problemi che la persona percepisce come propri, così come le strategie e gli impegni da assumere.

**Codeterminazione.** Si riconosce che l’iniziativa di fronteggiamento delle difficoltà e di progettazione delle azioni da intraprendere va determinata insieme. Una co-determinazione che dalla iniziale relazione a due (assistito/assistente) si apre reticularmente a una pluralità di altri soggetti, co-implicati nella sorte di chi viene accolto e nella sua salute-benessere.

Riletto secondo questa seppur sommaria schematizzazione, l’allestimento di servizi sociali e sanitari richiama l’attenzione a due simultanei e inscindibili orizzonti di impegno professionale:

- a) il lavoro con le persone, a fronte di domande crescenti e inedite d’aiuto (esplicite o latenti), nel *front line* del rapporto con i cittadini/utenti/pazienti/clienti, che incontrano gli operatori sociali o sanitari come primo volto del sistema sociale d’aiuto;
- b) il lavoro multireferenziale di progettazione interistituzionale, di management di servizi integrati, di promozione della partecipazione locale, che consenta l’attivazione comunitaria, il miglioramento continuo delle organizzazioni dei servizi, la collaborazione interdisciplinare fra professionisti diversi.

Allestire servizi in una prospettiva di benessere globale, dinamico, contestualizzato non può prescindere dai soggetti di tale benessere, che siano essi singoli cittadini, gruppi, associazioni, enti pubblici o privati. Cosicché la loro implicazione come co-attori e non solo come destinatari fruitori è elemento determinante.

In particolare, se consideriamo le persone (“utenti”, “pazienti”, “assistiti”, talora, eufemisticamente, “ospiti”) tale attenzione comporta la massima valorizzazione del loro sapere esperienziale e delle capacità residue (assi maggiori di quanto appaia in prima istanza) di chi è portatore del disagio e potenziale beneficiario degli interventi socio-assistenziali. Senza il suo “concorso al risultato” (Vecchiato, 2014) l’esito di benessere è solo apparente ed effimero.

Per questo, vanno pensati interventi che sappiano interpellare attivamente le persone assistite e quanti altri si occupano di loro, per provocare un soccorso (sociale e/o sanitario) che investa più attori e più dimensioni personali e sociali (economica, culturale, relazionale, organica, affettiva, psicologica ecc.). L’intervento, assistenziale o curativo, si rende in tal modo “globale” perché implica complessivamente le diverse dimensioni esistenziali (la cui separazione è frutto di un artificio tecnico-professionale che non corrisponde alle esperienze soggettive) e la pluralità di coloro che concorrono a determinarne l’esito (la cui separazione è frutto di un artificio tecnico-burocratico che non corrisponde alle dinamiche reali delle persone).

L’impostazione dei servizi sin qui accennata, richiama con forza il tema della responsabilità multireferenziale (Filippini, 2013), che intreccia strettamente la corresponsabilità di chi assiste, di chi è assistito e del contesto socio-relazionale in cui avviene ogni dinamismo volto al benessere. Il processo può essere positivamente avviato dall’allestimento di spazi condivisi di co-progettazione e di intervento (a carico delle organizzazioni dei servizi) ma l’esito a cui si giunge non è determinato solo e tanto dalla competenza specialistica dei professionisti dell’aiuto e della cura, quanto dall’apporto plurale che saranno riusciti ad ottenere.

**Bibliografia di riferimento**

- Bassi A., Moro G. (2015), *Politiche sociali e diritti di cittadinanza*, Franco Angeli, Milano
- Baudrillard J. (1976), *La società dei consumi*, Il Mulino, Bologna.
- Bauman Z. (2000) *Liquid Modernity*, Cambridge, Polity Press; trad. it. *Modernità liquida*, Laterza, Roma-Bari 2002.
- Bauman Z. (2002), *Modernità liquida*, Laterza, Roma-Bari.
- Bifulco L. (2015), *Il welfare locale*, Carocci, Roma, 2015.
- Castel R., Haroche C. (2001), *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi*, Fayard, Paris.
- Castel R. (2004), *L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti?*, Einaudi, Torino.
- Cesareo V., Vaccarini I. (2006), *La libertà responsabile. Soggettività e mutamento sociale*, Vita e Pensiero, Milano.
- Colozzi I. (cur.) (2012), *Dal vecchio al nuovo welfare. Percorsi di una morfogenesi*, FrancoAngeli, Milano.
- Costa G. (2009), *La solidarietà frammentata*, Mondadori, Milano.
- Dal Pra Ponticelli M. (2010), *Nuove prospettive per il servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Di Nicola P., Stanzani S., Tronca L. (2008), *Reti di prossimità e capitale sociale in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- Filippini S., Bianchi E. (2013), *Le responsabilità professionali dell'assistente sociale*, Carocci, Roma.
- Gregori D., Gui L. (cur.) (2012), *Poverta: Politiche e azioni per l'intervento sociale*, Carocci, Roma.
- Gui L. (2004), *Le sfide teoriche del servizio sociale. I fondamenti di una disciplina*, Carocci, Roma.
- Gui L. (2008), *Tre committenti per un mandato*, in Lazzari F. (cur.), *Il servizio sociale trifocale*, FrancoAngeli, Milano, pp. 169-186.
- Inglehart R. (1983), *La rivoluzione silenziosa*, Rizzoli, Milano.
- Laudan L. (1977), *Il progresso scientifico. Prospettive per una teoria*, Armando, Roma
- Lazzari F. (cur.) (2008), *Servizio sociale trifocale. Le azioni e gli attori delle nuove politiche sociali*, FrancoAngeli, Milano.
- Lazzari F. Gui L. (cur.) (2013), *Partecipazione e cittadinanza. Il farsi delle politiche sociali nei Piani di Zona*, FrancoAngeli, Milano.
- Lorenz W. (2006), *Perspectives on European Social Work – From the Birth of the Nation State to the impact of Globalisation*, Barbara Burdich, Opladen.
- Messeri A., Ruggeri F. (2000), *Quale cittadinanza? Esclusione ed inclusione nella sfera pubblica moderna*, FrancoAngeli, Milano.
- Negri N. (cur.) (2002), *Percorsi e ostacoli. Lo spazio della vulnerabilità sociale*, Trauben, Torino.
- Revelli M. (2010), *Poveri, noi*, Einaudi, Torino.
- Secondulfo D. (cur.) (2000), *Trasformazioni sociali e nuove culture del benessere*, FrancoAngeli, Milano.
- Sen A. (1992), *Inequality Reexamined*, Oxford University Press, Oxford.
- Vechiato T. (2014), *Valori e sintassi di un welfare generativo*, in Fondazione Emanuela Zancan, *Welfare generativo. Responsabilizzare, rendere, rigenerare. Lotta alla povertà. Rapporto 2014*, il Mulino, Bologna.