

Articolo su invito

## Gli interlocutori sconosciuti: i servizi sociali

GOLDONI L<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Direttrice rivista "Servizi Sociali Oggi", Modena

---

### Abstract

L'Autore parte dalla constatazione che vi è la diffusa convinzione che i risultati raggiunti nel campo dell'integrazione socio-sanitaria non sono soddisfacenti per diversi motivi: chi è tramite del collegamento con il mondo circostante almeno nelle situazioni di disagio non è riconosciuto protagonista attivo; chi deve intervenire nel campo della prevenzione in questo settore non agisce a tutto campo; ecc. L'Autore propone pertanto cinque aree paradigmatiche della collaborazione fra il mondo sociale e quello sanitario sia nella gestione dell'emergenza e del danno che nella prevenzione: costruire una Raccomandazione; migliorare le conoscenze della normativa; assicurare la formazione; rinforzare il terreno della prevenzione e dell'ascolto, dell'accompagnamento e della cura; migliorare l'attenzione alla patologie emergenti, ad esempio le obesità o le dipendenze da comportamenti, in cui gli intrecci sociali, sanitari, relazionali, psicologici sono incontestabili.

**Parole chiave.** Integrazione socio-sanitaria, raccomandazione, prevenzione, collaborazione, rete.

---

### PREMESSA

Ci si domanda spesso perché si continua a parlare d'integrazione socio-sanitaria, e nessuno, anche per motivi opposti, è soddisfatto dei risultati raggiunti. Tra gli addetti ai servizi sociali ci si domanda dove si è sbagliato. A oltre trenta anni della riforma del DPR 616/76 che riorganizzava le competenze amministrative dopo l'istituzione delle Regioni, all'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, passando per la legge 180/78, le varie riforme della Sanità sino a giungere alla legge di riforma dei servizi sociali la n. 328/2000, tutto pareva indirizzato a un unico comune obiettivo: valorizzare l'unicità dell'uomo e del paziente, perché si era acquisito un percorso culturale che dalla malattia evolveva nel concetto di salute e di benessere.

Che la legge di riforma dell'assistenza sia giunta esattamente 110 anni dopo l'ultima normativa in materia (la famosa legge Crispi del 1890) ha creato un gap tra le due aree dei servizi alla persona che proprio nell'ultimo trentennio è diventato culturale, conoscitivo, organizzativo, professionale e di stato sociale, non necessariamente tutto a favore o a sfavore di uno dei due soggetti. Anche nel punto di contatto più immediato, l'ambito delle cure primarie, e nello specifico dei servizi anziani e disabili, poco si sa dell'intervento sociale che non certo è una nicchia di "carità e beneficenza" per gli emarginati.

Se sempre più si parla di quanto la salute sia dipendente dalle condizioni economiche, abitative, lavorative, d'inclusione sociale della persona tanto più appare chiaro che i servizi chiamati a rispondere a questi disagi di base e a costruire percorsi di reinserimento sono essenzialmente i servizi sociali, che mettono in campo professioni, esperienze e progettualità impegnate dai bambini, agli anziani, dai disabili ai disoccupati, dalla lotta alla violenza contro donne e minori, alla creazione di spazi di socializzazione per le categorie fragili o a rischio, dall'accompagnamento tutelare nelle esigenze della vita quotidiana al sostegno nell'affrontare l'organizzazione esterna sia essa inerente il trasporto o la burocrazia, la pratica amministrativa o l'inserimento lavorativo. Tutto questo ancora non esaurisce la varietà degli interventi.

Allora la domanda è: se la salute dipende tanto dal mondo cir-

costante, perché chi è tramite di questo collegamento, almeno per affrontare le situazioni di disagio non è riconosciuto protagonista attivo - e non solo per chiamata diretta - della costruzione dei percorsi di salute? Se la prevenzione è fondamentale perché chi è chiamato ad intervenire per ridurre le condizioni di disagio determinanti non gioca il suo ruolo a tutto campo? Se anche la salute dipende da un'uguaglianza di opportunità che devono essere create sulla base delle scelte e capacità individuali, perché il percorso non diventa congiunto sin dall'inizio? Perché, per dirla con il vocabolario del Devoto Oli, se l'integrazione è un "Funzionale completamente mediante opportune addizioni e compensazioni" non è praticata da tutti come elemento essenziale del buon esito del proprio "agire professionale"?

### CHE COSA FARE

#### Costruzione di una Raccomandazione

Da quasi un anno la SIQuAS-VRQ, unitamente alla rivista Servizi Sociali oggi (Maggioli editore) e altri promotori, sta programmando in tutto il territorio nazionale, da Salerno a Bologna a Roma e con una presenza al congresso di Grado, un approfondimento sul tema dell'integrazione socio-sanitaria nella convinzione che esista una qualità dell'integrazione stessa che abbisogna di una nuova impalcatura concettuale, organizzativa e attuativa. I termini, anche ideali che hanno presieduto negli anni Settanta e Ottanta alle grandi riforme assistenziali sono oggi, se non superati, certo riduttivi. Vanno arricchiti di un dibattito nuovo che faccia proprio quanto si sta discutendo fuori dagli universi sociali e sanitari.

Questo dibattito, per ognuno dei percorsi che sono indicati, necessita d'essere esso stesso strumento e metodo di qualità.

La costruzione di una Raccomandazione necessita di essere accompagnata, oltre che dal dibattito all'interno del gruppo di lavoro, da approfondimenti e contributi anche su QA.

#### Migliorare le conoscenze della normativa

Una seconda linea risponde a una necessità conoscitiva. La differenziazione delle normative e delle prassi a livello regionale e dello sviluppo dei servizi nelle diverse aree del paese rende dif-

ficile una diffusione non solo delle buone prassi, per le quali ci sono oggi, anche per iniziativa SIQuAS, convegni e siti dedicati, ma la rielaborazione delle stesse per una loro trasferibilità e adattabilità e acquisizione. Alcuni dei temi più discussi, assistenza domiciliare, continuità assistenziale, relazione con il cittadino esigono approcci e approfondimenti congiunti.

#### **Assicurare la formazione**

Una terza ipotesi investe la formazione. Normative anche diverse e la molteplicità di enti coinvolti tendono a separare questo momento essenziale dell'attività professionale. Sempre nei momenti formativi c'è "l'altro" che, secondo i luoghi, è il comparto sociale o il comparto sanitario. Nel momento della formazione c'è la conoscenza reciproca, lo scambio di esperienze, la costruzione di modalità congiunte di azione.

#### **Prevenire e ascoltare**

La quarta area, sempre in quest'ottica di funzionale e imprescindibile comportamento, interessa le nuove manifestazioni da una parte di disagio, emarginazione e povertà e dall'altro dell'insorgenza di vecchie e nuove patologie, d'inevitabili percorsi di degrado e di dipendenza. Sono il terreno della prevenzione e dell'ascolto, dell'accompagnamento e della cura, in cui non solo s'incontrano sociale e sanitario, ma il settore del lavoro e dell'abitazione, delle politiche economiche e ambientali.

#### **Migliorare l'attenzione alle patologie emergenti**

Infine e non per minore importanza, sempre nel campo della prevenzione, ci sono le patologie emergenti, ad esempio le obesità o le dipendenze da comportamenti, che spesso si liquidano con "scelta di stili di vita", ma in cui gli intrecci sociali, sanitari, relazionali, psicologici sono incontestabili.

Queste indicazioni di linee di sviluppo non sottendono un giudizio d'inerzia nel merito da parte di qualcuno degli attori. Sono assunte come paradigmatiche di un'inevitabile collaborazione tra ambiti diversi di cui il sociale e il sanitario sono solo due delle componenti, ma chiamate ad intervenire nell'emergenza e nel danno, troppo poco nella prevenzione.

## **The unknown interlocutors: the social services**

The Author starts from the common belief that the social-health system integration is still unfulfilling and explores quickly some reasons such as: the lack of acknowledgement as leading protagonists towards those people that are linked to the surrounding world; the lack of a full involvement of these people in the field of prevention. Therefore the Author suggests five paradigmatic areas in which the collaboration among social and health system world has to be warranted both in the management of emergency and damage and in the prevention field: to build up a recommendation; to improve the knowledge of the laws; to plan the education activities; to strengthen the field of prevention and listening, of accompaniment and care; to improve the attention to emergent diseases, e.g. obesity and dependence behaviors, in which the social, health, relational, psychological networks are indisputable.

**Keywords.** Social-health system integration, recommendation, prevention, collaboration, networks.