

[Integrazione socio-sanitaria e professioni sociali]

Quale ruolo per il sociologo? Quale per l'assistente sociale?¹

Title: Social-health Integration and Social Profession. What Role for Sociologist? What Role for Social Worker?

Abstract: The article discusses the issue of integration between the social sector and health sector in the Italian system of services. After stressing the importance of integrated work, we describe the professions involved in the same. Starting from a study carried out on the Italian territory, in the year 2012, we attempt to delineate the role that the sociologist and social worker can play in the achieving the integration between health and social sector.

The results suggest that both professionals play important roles in the realization of social-health integration and that, to avoid duplication of responsibilities and functions, it's necessary, on the one hand, to encourage dialogue and collaboration between these professionals, on the other hand, formalize profiles and skills of the social sector professions.

Keywords: Integration, Profession, Sociologist, Social worker.

Introduzione

È noto che, in Italia, le storie dell'assistenza sociale e sanitaria sono state a lungo contraddistinte dalla separazione e che l'insorgere di nuovi bisogni e delle problematiche ad essi connessi ha obbligato i due settori a cercare forme e luoghi di confronto, di collaborazione.

Da questa esigenza deriva la necessità da parte delle istituzioni responsabili dei due comparti di attuare interventi volti a integrare professionalità e risorse al fine di fornire risposte olistiche ai cittadini-utenti. Il superamento della settorialità e della rigida separazione dei servizi a favore dell'integrazione fra gli stessi nasce, infatti, dalla necessità di considerare la persona nella sua globalità, tenendo nel dovuto conto tutte le dimensioni che contribuiscono a determinare il benessere della stessa (componenti psicologiche, sociali, familiari, lavorative, stili di vita, fattori ambientali, ecc.). Da ciò deriva che l'integrazione non deve essere intesa come semplice avvicinamento o "incastro" tra servizi, interventi o professioni, ma come indirizzo operativo che fa riferimento all'intera persona, alla sua storia e al suo ambiente (Guiducci 1988), che prende in esame – e in carico – la persona globalmente intesa e non solo la parte malata della stessa. L'allontanamento dall'approccio bio-medico comporta altresì che, ad occuparsi delle persone in stato di bisogno non siano solo – e in modo separato – gli operatori dei servizi sanitari e sociali ma che le risposte ai cittadini siano fornite da professionisti diversi che lavorano in *équipe* multiprofessionali e che condividendo linguaggi, strumenti di lavoro e risorse, permettono di fornire risposte multidimensionali,

¹ L'articolo è frutto della riflessione congiunta delle due autrici. Tuttavia è possibile attribuire ad Annamaria Perino l'introduzione, i paragrafi 3, 3.1, 3.2 e le osservazioni conclusive e a Chiara Lezzer i paragrafi 1, 2 e 2.1.

personalizzate, efficaci ed efficienti ai problemi delle persone. Inoltre, le nuove modalità di lavoro promuovono il coinvolgimento dei cittadini stessi, chiamati a esprimere la loro opinione sui bisogni della comunità in cui vivono e sui servizi presenti, oltre che a partecipare attivamente ai progetti di intervento, favorendo autodeterminazione ed *empowerment*.

Obiettivo del presente contributo è quello di riflettere sulle professioni chiamate a realizzare l'integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento al ruolo e alle funzioni che nell'ambito della stessa vengono ad assumere il sociologo e l'assistente sociale.

Si tratta di due professioni che, pur condividendo la matrice formativa, mostrano differenze soprattutto in termini di "spendibilità" professionale. Se l'attività del sociologo è focalizzata a studiare fenomeni sociali (devianza, comportamenti di voto, funzionamento di strutture e organizzazioni, ecc.) e ad analizzare comportamenti di specifici gruppi di persone (giovani, immigrati, anziani, ecc.), quella dell'assistente sociale è generalmente orientata all'avvio di una relazione d'aiuto che dovrebbe consentire di sostenere le persone in difficoltà (temporaneamente o stabilmente non in grado di trovare autonomamente risposte ai propri bisogni) e di avviarle al cambiamento². Diversa anche la "collocazione" dei citati professionisti: estremamente variegata quella dei sociologi (istituti di ricerca, unità operative di enti pubblici e privati, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali, libera professione); più limitata quella degli assistenti sociali, prevalentemente impiegati nei servizi sociali e socio-sanitari degli enti pubblici (Comuni, Province, Aziende Sanitarie, ecc.) e nelle strutture residenziali e semiresidenziali facenti capo al terzo settore.

Sullo sfondo di tale scenario, nel contributo che qui si introduce ci si propone di riportare sinteticamente i risultati di una indagine esplorativa volta ad identificare le principali competenze richieste e le prevalenti funzioni svolte da assistenti sociali e sociologi nell'ambito dei servizi socio-sanitari.

Per realizzare il suddetto scopo, nel periodo marzo-dicembre 2012 sono state raccolte le opinioni di 20 sociologi e 20 assistenti sociali³ che operano in servizi connotati da elevata integrazione socio-sanitaria (anziani, salute mentale, dipendenze patologiche, materno-infantile, servizio sociale ospedaliero), del Nord (20), del Centro (10) e del Sud Italia (10), sia pubblici sia di terzo settore.

A partire dall'ipotesi che quella dell'assistente sociale è una professione più consolidata, rispetto a quella del sociologo, nei percorsi di cura e sostegno delle persone che presentano bisogni socio-sanitari e che quella del sociologo trova spazio in alcuni specifici contesti, in ruoli che non siano di diretto contatto con l'utenza, si è utilizzata l'intervista semi-strutturata al fine di approfondire alcune dimensioni tematiche che consentissero di verificarle⁴.

Il percorso metodologico che ha consentito di fare trovare le risposte agli interrogativi di partenza e di far emergere le peculiarità delle due professioni, si è articolato nei seguenti passaggi operativi:

- revisione della letteratura e della normativa mirante a delineare i concetti teorici di salute, integrazione socio-sanitaria, professione sociale;
- acquisizione di studi e ricerche recenti aventi ad oggetto le professioni sociali;
- indagine sulle funzioni svolte dal sociologo e dall'assistente sociale nell'ambito dei servizi socio-sanitari;
- riflessione sulle tendenze delle professioni esaminate.

2 Le differenze sono rinvenibili soprattutto se si guarda ai percorsi formativi di base delle figure professionali in questione; se si volge l'attenzione sulla formazione specialistica, invece, si nota una tendenza all'assottigliamento delle suddette differenze e, talvolta, una sovrapposizione di ruoli e funzioni.

3 La ricerca, pur non potendo essere considerata statisticamente rappresentativa delle caratteristiche e delle problematiche delle professioni esaminate, ha cercato di perseguire criteri di significatività scientifica, benché nella limitatezza numerica delle interviste somministrate. I soggetti intervistati sono stati reperiti grazie a contatti personali dei ricercatori, in contesti e situazioni organizzative tra loro differenziate

4 Tra esse: a) domini di competenza di ciascuna professione e grado di istituzionalizzazione della stessa; b) funzioni svolte dai professionisti intervistati nei servizi in cui prestano la propria attività; c) ruolo dell'integrazione socio-sanitaria nel servizio di riferimento e nella professione esercitata.

Sulla base del citato percorso e coerentemente con i risultati emersi dalle interviste raccolte, si sono individuati alcuni nodi interpretativi che saranno esposti nel proseguo del lavoro.

L'integrazione socio-sanitaria: principi e livelli

Il termine “integrazione” ha sempre avuto un notevole potere rappresentativo. Se la sua origine etimologica rinvia a ciò che è “intero”, “non toccato”, intatto nella sua unità, non si può ignorare il fatto che il verbo integrare fa riferimento all’azione di «rendere completo aggiungendo ciò che manca» (www.myzanichelli.it).

Alla luce di ciò l’integrazione socio-sanitaria può essere definita come «un insieme di pratiche, strumenti, culture e competenze professionali che cerca di far integrare il settore sanitario con quello sociale per il raggiungimento di scopi comuni» (Bissolo, Fazzi 2005: 15). È importante precisare che, al fine di attribuire al suddetto concetto il giusto peso, non possiamo analizzarlo solo privilegiando il punto di vista dei servizi (quindi pensando esclusivamente alla collaborazione e al coordinamento tra servizi sociali e sanitari), ma dobbiamo prendere in considerazione, soprattutto, il punto di vista degli utenti che, in virtù della stessa, vengono visti come un *unicum* e trovano risposte unitarie ai bisogni assistenziali.

Il tema dell’integrazione socio-sanitaria è andato assumendo crescente rilievo nel sistema dei servizi del nostro paese, a partire dagli anni settanta del secolo scorso (Vecchiato 2005); l’obiettivo era quello di riuscire a fronteggiare alcuni fenomeni emergenti sia in ambito medico, sia in ambito sociale. Tra essi si possono citare: la diffusione delle patologie cronico-degenerative a carattere invalidante e l’aumento di patologie con un decorso lento, che si stabilizzano nel tempo e che richiedono attività di cura non solo di tipo sanitario; la trasformazione del ruolo e della struttura della famiglia, che non è più in grado di prendersi cura, da sola, dei membri deboli; l’emergere della sensibilità e dell’attenzione da parte dei cittadini nei confronti della qualità e della completezza dei servizi. Da qui la necessità, da una parte, di utilizzare approcci multidimensionali in grado di dare risposte complete ai bisogni complessi, dall’altra, di evitare le inefficienze dovute alla duplicazione degli interventi sociali e sanitari (Bissolo, Fazzi 2005).

I principi che ispirano e orientano l’integrazione fra sociale e sanitario sono riconducibili alle seguenti attività: integrazione sinergica tra attività di “*cure*”⁵, proprie del comparto sanitario, e di “*care*”⁶, di pertinenza dell’ambito sociale; sostituzione della concezione cartesiana di malattia intesa come “guasto della macchina corpo” con quella di salute considerata come benessere globale della persona, che va osservato nella sua globalità; contesto visto come luogo in cui il bisogno nasce e trova risposte, quindi estrema rilevanza attribuita allo stesso in sede di analisi e di progettazione dell’intervento; messa in comune delle risorse dei due comparti (Bissolo, Fazzi 2005; Perino 2010).

L’integrazione socio-sanitaria, pertanto, può essere considerata come un insieme di indicazioni di massima che, facendo leva sulla collaborazione tra sanitario e sociale, cerca di rispondere ai processi di cambiamento dei bisogni e di trasformazione dei sistemi di *welfare* (Bissolo, Fazzi 2005).

Generalmente, quando si parla di integrazione socio-sanitaria, si fa riferimento a tre livelli:

- *livello istituzionale*. Si fonda sulla necessità di promuovere collaborazioni fra diverse istituzioni (Comuni, Aziende sanitarie, ecc.) che si organizzano al fine di conseguire obiettivi comuni di salute. Questa forma di integrazione si avvale di una gamma di strumenti giuridici e di pianificazione: si va dalle convenzioni agli accordi di programma, dai piani di zona ai piani di salute;

- *livello gestionale*. Consta nel rapporto operativo che viene ad instaurarsi tra gli enti (afferenti al comparto sanitario e a quello sociale) incaricati di realizzare l’integrazione medesima. Condizioni necessarie per la realizzazione di questa forma di integrazione risultano essere il coordinamento dei processi assistenziali nonché

⁵ La nozione di “*cure*” si fonda su di una logica propria del comparto sanitario, avendo come riferimento l’attività terapeutica indirizzata alla componente biologica della persona. L’idea che ne sta alle fondamenta è quella di «produrre guarigione» (Folgheraiter 1998: 137).

⁶ La nozione di “*care*”, invece, si riferisce alle relazioni con la componente psico-sociale della persona e si basa, altresì, sulla logica di «aver cura” o “prendersi cura”» (*ibidem*: 137).

l'unificazione delle risorse. Numerosi sono gli strumenti che consentono di realizzare la gestione integrata delle attività socio-sanitarie: si va dalla delega alla costruzione di "aziende sociali" (i consorzi, le aziende speciali, ecc.), dai sistemi informativi ai punti unici di accesso, ecc.;

- *livello professionale*. Fondandosi sulla reciproca conoscenza, sul rispetto dei diversi punti di vista e sulla fiducia che intercorre fra gli operatori sanitari e socio-assistenziali, fa riferimento non tanto a strumenti giuridici quanto a forme di collaborazione e a sinergie utilizzate dai professionisti che vogliono mettersi in relazione e unire le proprie competenze al fine di raggiungere degli obiettivi comuni. Si pensi, a titolo esemplificativo, al lavoro d'*équipe* o al *case management* (Perino 2005; Vecchiato 2005).

Pur essendo questi i livelli che, ufficialmente, sono ricondotti all'integrazione socio-sanitaria, non si può non tener conto del fatto che numerosi sono i rimandi e le connessioni che l'integrazione ha con altri livelli/dimensioni: si pensi, ad esempio, a quanto possono influire sul lavoro integrato gli aspetti politici o economici, o al ruolo giocato dalla dimensione comunitaria. La mancanza di interazione – e collaborazione – tra tutti i livelli citati impedisce – di fatto – la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria.

Il concetto di integrazione fra sociale e sanitario risulta essere una tendenza che accomuna le riforme sanitarie nonché le nuove modalità organizzative basate su forme maggiormente coordinate ed integrate di erogazione di assistenza di tutto il mondo. Kodner e Spreeuwenberg (2002) asseriscono che il concetto oggetto di discussione rinvia ad una serie di dimensioni che investono gli interessi, la gestione e l'organizzazione dei servizi relativi alla diagnosi, al trattamento, alla cura, alla riabilitazione nonché alla promozione della salute. Pertanto, l'integrazione diventa un mezzo, uno strumento, attraverso il quale migliorare i servizi, l'accesso ad essi, la loro qualità, l'efficienza e la soddisfazione degli utenti, in un'ottica in cui i vari professionisti coinvolti (si veda § *Le professioni dell'integrazione socio-sanitaria*) collaborano fra di loro mantenendo comunque "integro" il proprio ruolo e le proprie specificità.

Il concetto di salute

Prima di affrontare il tema delle professioni chiamate a realizzare l'integrazione fra sociale e sanitario, appare opportuno spendere qualche parola sull'evoluzione del concetto di salute e dei bisogni che a essa fanno riferimento.

Se in passato il concetto di salute si faceva coincidere con l'assenza di malattia, a partire dalla fine del secolo scorso esso, per una serie di motivazioni, ha subito vari cambiamenti. Lo sviluppo della medicina e delle tecnologie ad essa connesse hanno permesso di individuare l'esistenza di malattie in fase pre-sintomatica, overosia prima che la persona colpita se ne rendesse conto, continuando così a considerarsi "sana"; la scoperta di nuove terapie, inoltre, ha consentito di migliorare l'esistenza di persone afflitte da malattie croniche o invalidanti. Si è passati, pertanto, da una situazione dicotomica, ove l'esito della cura poteva condurre o alla guarigione o alla morte, ad una situazione nettamente più complessa connotata dalla presenza di svariati scenari: si parla, infatti, di "guarigione completa", di "guarigione ritardata", di "guarigione sufficiente", di "guarigione dipendente" e, solo nei casi estremi, di "morte" (Bissolo 2005a). Tutti scenari che richiedono, per la natura delle caratteristiche che presentano, il giusto mix di cure sanitarie e assistenziali.

Dalla fine degli anni settanta del XX secolo emerge un nuovo concetto di salute, intesa come benessere globale della persona (OMS 1978) e viene considerata anche come diritto fondamentale di ogni individuo, nonché interesse di tutta la popolazione⁷.

Questa nuova concezione allarga l'area della salute umana dalla sfera del corpo a quella delle relazioni sociali, provocando dei cambiamenti nella Sanità pubblica, poiché estende il campo d'azione alle scienze psicologiche e a quelle sociali nonché, successivamente, anche a quelle economiche.

Si fa coincidere la teorizzazione del moderno concetto di salute con la Conferenza di Alma Ata del 1978.

⁷ Interessante notare che questa concezione è già presente nella Carta Costituzionale italiana (Senato della Repubblica 2012), all'articolo 32, comma 1, recita: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».

Nel corso della stessa si afferma la concezione di salute come benessere globale della persona, includendo il complesso sistema delle aspettative e delle relazioni sociali degli individui. Essendo la salute considerata come un diritto di tutti i cittadini, va da sé che il suo soddisfacimento e la sua salvaguardia non competono unicamente ai professionisti sanitari, ma a tutti coloro che detengono un qualche potere decisionale nello sviluppo delle competenze degli individui e dei gruppi sociali, per mantenere e preservare il proprio stato di salute. In definitiva, quindi, la salute viene concepita come esito dell'azione degli individui con l'ambiente fisico e sociale.

Ulteriori approfondimenti ed elaborazioni del concetto di salute hanno fatto seguito alla Conferenza di Alma Ata: nel 1986, grazie all'approvazione della Carta di Ottawa, si è chiarito che la promozione della salute è un processo sociale e politico che comprende non solamente le azioni per rafforzare e sviluppare le capacità ed abilità delle persone di affrontare la vita, ma anche l'azione rivolta a cambiare le condizioni ambientali, sociali ed economiche, in modo tale che risultino vantaggiose o favorevoli al miglioramento della salute pubblica ed individuale, ossia alla qualità della vita. In questo documento si esplicita che la salute è una risorsa per la vita quotidiana e non lo scopo del vivere; è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali nonché le capacità fisiche. Essa si raggiunge nel momento in cui le persone sviluppano e impegnano le proprie risorse in modo da soddisfare aspetti personali (fisici e mentali) ed esterni (sociali e materiali). In questo documento la salute e la malattia non sono considerate come condizioni che si escludono a vicenda, ma sono viste come punti di arrivo di un percorso continuo.

Nella Carta di Lubiana del 1996 si sottolinea il fatto che l'assistenza sanitaria deve portare a un miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita delle persone e che i servizi sanitari pur avendo un ruolo importante nel conseguimento del benessere non sono gli unici servizi chiamati in causa. Ne consegue che, per promuovere benessere e qualità della vita, si debba puntare sull'intersectorialità; nella dichiarazione di Jakarta del 1997 si identificano nuove strategie di promozione della salute e di sviluppo di alleanze in grado di rispondere alle sfide mondiali e si indicano le azioni prioritarie che porterebbero in quella direzione (promozione della responsabilità sociale per la salute; aumentare gli investimenti per lo sviluppo della salute; consolidare ed espandere "accordi operativi per la salute"; accrescere la capacità della comunità e "attribuire maggiori poteri" agli individui in materia di salute; garantire una infrastruttura per la promozione della salute).

La nuova concezione di salute, quindi, vede la persona come sistema composto da una unità bio-psichica che interagisce ininterrottamente con i sistemi esterni dell'ambiente nel quale essa vive. Alla luce di ciò la salute interessa il sistema uomo nella sua totalità e risulta essere connessa alla sua storia personale nonché alle sue esperienze, alle sue caratteristiche fisiche ed alle sue abitudini di vita, ma anche alla partecipazione alle attività di una data comunità. Pertanto la salute non è solo uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, bensì una stretta interdipendenza degli aspetti sociali e sanitari della persona, con il conseguenziale ruolo significativo dei determinanti della salute (presenza di reti sociali e di comunità, condizioni di vita e di lavoro, condizioni socio-economiche, culturali, ambientali).

Dalla concezione multidimensionale di salute è derivato un nuovo modello di intervento, definito "bio-psico-sociale". Esso, facendo propria la logica della stesura di progetti d'intervento condivisi fra diversi professionisti, mira a superare il tradizionale modello cura-diagnosi-trattamento e si propone di rispondere in maniera integrata e personalizzata ai bisogni delle persone. Bisogni che, non facendo esclusivamente riferimento alla dimensione strettamente "fisica", chiamano in causa concetti quali quelli di educazione, animazione, *counseling*, mediazione.

Il ruolo del cittadino-utente nella costruzione del benessere - Se, come si è detto, il bisogno di salute è un bisogno complesso, che richiede interventi sia "curativi" sia "assistenziali", per garantire un intervento appropriato nonché la continuità tra le diverse tipologie di cure è indispensabile attivare, a favore della persona, una presa in carico globale fondata sulla «integrazione di servizi ed attività a livello multidimensionale e multi professionale in particolar modo per i cittadini "fragili"» (Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013: 65). La presa in carico della persona "fragile" e della sua famiglia non può esimersi dalla costruzione di una rete integrata di interventi, rete che presuppone il lavoro sinergico tra i servizi del comparto sanitario e i servizi del comparto sociale, stimolati a condividere obiettivi, responsabilità e risorse al fine di fronteggiare bisogni e problemi complessi che non risultano essere affrontabili singolarmente e settorialmente (Vecchiato 2005). Il suddetto lavoro però

ha senso se al centro della rete si pone la persona, il soggetto portatore del bisogno, che deve essere coinvolto e stimolato, a sua volta responsabilizzato e reso protagonista delle azioni a lui destinate.

La presa in carico dell'utente si dovrebbe realizzare attraverso la costruzione e condivisione di un progetto personalizzato di intervento che, partendo dall'analisi del bisogno, determina i centri di responsabilità fondamentali per il raggiungimento dei risultati attesi, i costi per raggiungerli, le risorse da utilizzare, le fasi, le azioni integrate. Ciò consente, inoltre, di tener conto dei criteri basilari dell'integrazione: natura del bisogno, complessità (risorse professionali e/o di altra natura per fronteggiare la situazione) e intensità dell'intervento assistenziale (intensivo, estensivo, lungoassistenza), durata di tale intervento.

Il raggiungimento dell'obiettivo "benessere" comporta quindi la presa in carico globale e il superamento dell'ottica dell'intervento individualizzato e settoriale. Questo tipo di lavoro favorisce l'integrazione a livello *professionale* (ad es. mediante la costruzione di unità valutative integrate), a livello di *struttura operativa* (si pensi alla *integrazione organizzativa e gestionale*), determinando meccanismi di coordinamento nonché modalità organizzative volte a garantire un'efficace attuazione delle attività, dei processi e delle prestazioni, a livello *inter-strutturale* (si pensi alla partecipazione dei diversi soggetti nella definizione del progetto individuale e nella presa in carico, nonché nella condivisione di dati e informazioni), a livello *inter-istituzionale* (si pensi alle collaborazioni tra Aziende Sanitarie ed Enti Locali, finalizzate a raggiungere scopi comuni).

L'approccio descritto, se correttamente utilizzato, dovrebbe far accrescere, da un lato, la soddisfazione degli utenti e delle loro famiglie, non più obbligati a cercare di unire risposte frammentarie e settoriali che non tengono conto delle effettive condizioni personali, familiari, economiche, abitative, ecc., e, dall'altro, dovrebbe assicurare l'effettiva efficacia degli interventi nonché l'utilizzo efficiente di risorse.

Il valore strategico dell'integrazione socio-sanitaria si evince in modo particolare in quattro fasi del percorso assistenziale (che caratterizza principalmente la presa in carico di persone anziane con malattie croniche e con disabilità):

- accesso ai servizi territoriali. Detta fase, che può manifestarsi alla dimissione da un ricovero ospedaliero, oppure a seguito dell'aggravamento della situazione cronica, nasce dalla necessità di fronteggiare nuove e più complesse esigenze assistenziali;
- valutazione del bisogno e sua traduzione in richiesta di intervento. Dovrebbe essere attuata da un'*équipe* valutativa multiprofessionale che prende in esame la persona nella sua globalità e definisce un progetto individuale di assistenza da condividere con la stessa e/o con la sua famiglia;
- costruzione di un progetto individuale. In esso, che dovrebbe essere il più possibile personalizzato, vengono identificate le responsabilità delle persone e delle strutture coinvolte;
- valutazione periodica e sistematica. Un'*équipe* multiprofessionale effettua la valutazione in itinere e del percorso assistenziale, verificando progressi e criticità del percorso stesso, nonché la valutazione del complessivo stato di salute e di benessere dei cittadini-utenti.

Ma la partecipazione del cittadino-utente non si limita al percorso assistenziale. In letteratura si è parlato molto di pianificazione, dandone definizioni da diverse angolature. Essa non si configura solamente come uno strumento attraverso il quale attori sociali e istituzionali cercano di risolvere i problemi, ma è anche un bene da presiedere, un valore da diffondere e tutelare, che orienta e ispira anche al di là del suo significato strumentale, è un modo per alimentare la vita democratica. La partecipazione, quindi, assume una enorme rilevanza, inducendo i cittadini a farsi espressione del sapere comune.

La partecipazione dei cittadini si configura come elemento indispensabile nella identificazione dei reali bisogni di un determinato territorio, nonché delle scelte rispetto ai servizi e agli interventi da attivare nel suo ambito. L'attivazione di processi di partecipazione è azione essenziale della pianificazione socio-sanitaria; essa consente di migliorare la qualità della progettazione degli interventi, di valorizzare le risorse presenti sul territorio, di promuovere forme di collaborazione, di lavorare ispirandosi ad una logica preventiva.

Esistono differenti modalità di progettare e dare luogo alla partecipazione: si va dall'ascolto alla consultazione fino alla *partnership*. L'attivazione dei processi di partecipazione, però, non è priva di complicazioni; si pensi al problema della rappresentatività, a quello delle motivazioni, a quello della gestione dei processi partecipativi stessi (Fazzi 2006). Un elemento di difficoltà è legato, ad esempio, al fatto che la partecipazione è un processo che porta

a far interagire culture, punti di vista ed interessi molto eterogenei, che possono far comparire atteggiamenti difensivi o stereotipati. Detto altrimenti, «quando i cittadini sono partecipanti attivi della ricerca, invece che soggetti, sono più favorevoli a contribuire al disegno complessivo del progetto, è più probabile che conoscano i problemi pratici della implementazione, utilizzino i risultati della ricerca e contribuiscano alla comprensione delle implicazioni dei risultati, sia per l'azione che per la teoria» (Asl 1 di Venosa: 36).

La partecipazione produrrebbe, quindi, un aumento del senso di controllo che le persone hanno sugli eventi. Se esse riconoscessero di essere in grado, nel lungo periodo, di incidere su interventi istituzionali a favore del benessere psico-fisico, potrebbe migliorare il loro stato di salute. In particolare, la partecipazione ai processi di pianificazione socio-sanitaria, permetterebbe di raggiungere tre importanti obiettivi (Perino 2005b):

- la conoscenza precisa dei problemi, dei bisogni di salute e delle risorse presenti;
- la predisposizione di interventi efficaci ed appropriati;
- l'aumento della qualità delle relazioni sociali ed uno sviluppo della comunità.

Alla partecipazione si riconosce, quindi, la capacità di «mettere in moto processi di democrazia diffusa e di condivisione di interessi collettivi, in un'azione concreta di contrasto delle logiche di delega e/o estraniamento alla vita della polis» (Altieri 2004: 420).

Le professioni dell'integrazione socio-sanitaria

Partendo dall'assunto che la dimensione lavorativa dell'individuo è connessa all'organizzazione della vita sociale e che il riconoscimento di specifici ruoli professionali conduce all'attribuzione di prestigio e potere, dall'evidenza che il processo di istituzionalizzazione delle occupazioni ha portato alla creazione delle c.d. "professioni intellettuali"⁸, connotate da funzioni sociali rilevanti, da elevata formazione, dalla presenza di codici etici e di pratiche specialistiche distintive (Olgiati 2010; Castro 2011), dalla osservazione dell'attuale contesto lavorativo, sempre più destrutturato e in continuo mutamento, vede – da una parte – la competenza tecnica confrontarsi con l'interdipendenza tra professioni che condividono lo stesso ambito lavorativo (Abbott 1988) e – dall'altra – le occupazioni emergenti strette nella morsa della professionalizzazione, costretta a confrontarsi anche con le sfide tecnologiche, che richiedono competenze sempre più sofisticate (Sarchielli 1998), appare chiaro che le suddette spinte siano ancora più evidenti nei servizi socio-sanitari, ambito operativo di professioni differenziate, depositarie di competenze che devono essere al passo con i tempi e che necessitano di integrarsi per produrre risultati migliori (Castro 2011).

Se la nuova concezione di salute spinge in direzione dell'integrazione tra sociale e sanitario, diventa necessario che i professionisti dei due comparti imparino a dialogare, a interagire, a confrontarsi e a collaborare. Cosa non facile visto che i suddetti professionisti sono portatori di storie, culture organizzative, formazione e modalità operative estremamente differenziate.

Un rapido sguardo alle professioni che gravitano nell'ambito socio-sanitario (tab. 1) consente, da una parte, di verificare la numerosità dei profili professionali che possono essere chiamati in causa quando i servizi devono fornire risposte integrate ai bisogni di salute dei cittadini e, dall'altra, di evidenziare il maggior peso esercitato dalle professioni del comparto sanitario che, peraltro - a differenza delle professioni sociali - beneficiano anche di un'ampia e puntuale normativa che le definisce e ne regola la formazione⁹.

Nel parlare di professioni dell'integrazione socio-sanitaria non si può non ricordare che i cambiamenti che hanno attraversato il sistema dei servizi hanno avuto ricadute diverse sia sulle organizzazioni dei servizi stessi, sia

⁸ Le professioni intellettuali, regolamentate dal Codice Civile (artt. 2229-2238), fanno riferimento alle prestazioni d'opera aventi la caratteristica di fondare un rapporto di lavoro sulla richiesta di un cliente, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione.

⁹ Numerose le leggi che si sono susseguite, nel comparto sanitario, al fine di regolamentare le professioni in esso operanti. Si va dalla Legge n. 42 del 26 febbraio 1999 al Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999, dalla Legge n. 251 del 10 agosto 2000 al Decreto Ministeriale del 29 marzo 2001, dalla Legge n. 1 dell'8 gennaio 2002 alla Legge n. 27 del 3 febbraio 2006.

sulle figure professionali che al loro interno sono chiamate ad operare.

Se, nel settore sanitario, l'attenzione ai concetti di educazione, *counseling*, mediazione, ha comportato una sorta di "contaminazione" con il sociale, facendo sì che si registrasse l'ingresso nello stesso di figure professionali che, nonostante il possesso di competenze prettamente sociali, venissero considerate "professioni sanitarie" (si pensi agli educatori professionali), nei servizi sociali, di fronte alla complessificazione dei bisogni (si pensi, a titolo esemplificativo, agli anziani non autosufficienti e privi di una rete familiare di sostegno e alle loro necessità) e alla difficoltà di scindere la componente sociale del bisogno da quella sanitaria, non si è verificata la stessa tendenza (Bissolo 2005b). Il fatto che i servizi sociali non abbiano fatto propri i concetti delle scienze mediche e non abbiano attribuito alle figure sociali anche competenze sanitarie, ha contribuito a creare distanza tra i professionisti dei due comparti. Se a ciò si aggiunge l'annosa questione della "dominanza medica" (Ridolfi 2011) che porterebbe i medici a godere di un prestigio maggiore di quello attribuito ad altri professionisti, si comprende facilmente quali siano le difficoltà che le professioni sociali si trovano a dover affrontare.

Tabella 1 - Le professioni dell'integrazione socio-sanitaria

TIPOLOGIA	PROFESSIONI
Professioni sanitarie mediche	Medico chirurgo, Odontoiatria, Farmacista, Veterinario, Psicologo
Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica	Infermiere, Ostetrica, Infermiere pediatrico
Professioni sanitarie riabilitative	Podologo/a, Fisioterapista, Logopedista, Ortottista, Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, Tecnico Riabilitazione Psichiatrica, Terapista occupazionale, Educatore/trice professionale
Professioni tecnico-sanitarie	Tecnico audiometrista, Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico, Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, Tecnico di Neurofisiopatologia
Area tecnico- diagnostica	Tecnico ortopedico, Tecnico Audioprotesista, Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare, Igienista Dentale, Dietista
Area tecnico-assistenziale	Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, Assistente Sanitario
Professioni tecniche della prevenzione	Massofisioterapista
Operatore di interesse sanitario	Operatore di stabilimenti idroterapici, Ottico, Odontotecnico, Puericultrice
Arte ausiliaria	Operatore socio-sanitario
Altre figure /altre professioni sociali	Psicologo, Sociologo, Assistente sociale, Educatore, Operatore socio-sanitario, Mediatore interculturale, Tecnico dei servizi sociali, Animatore, Assistente familiare, ecc.

Ai provvedimenti normativi che hanno adeguato – a partire dagli anni '70 – il percorso di professionalizzazione delle attività sanitarie ai mutamenti della realtà sanitaria non ha fatto riscontro, come già accennato, un adeguamento delle professioni sociali, per le quali il percorso di riordino è stato previsto – e non del tutto compiuto – solo dalla legge quadro di riforma del *welfare* (L. 328/00).

Tra le professioni sociali si individuano, da una parte, figure professionali piuttosto consolidate e stabilmente presenti all'interno di organizzazioni pubbliche (psicologo, sociologo, assistente sociale, educatore professionale), per le quali esistono norme precise che regolamentano i percorsi formativi e l'accesso al mondo del lavoro, dall'altra, figure professionali emergenti (operatore socio-sanitario, mediatore interculturale, operatore di comunità, criminologo clinico, *manager* dei servizi sociali, ecc.), per le quali non esistono percorsi di studio

omogenei – essendo gli stessi demandati alle Regioni¹⁰ – e la cui richiesta/diffusione è fondamentale legata a specifici contesti (Ridolfi 2011; Cipolla *et alii* 2013).

L'unica figura professionale socio-sanitaria attualmente riconosciuta a livello nazionale - e la cui formazione è demandata alle Regioni - è quella dell'operatore sociosanitario (OSS)¹¹. Si tratta di un professionista che ha il compito di supportare le persone nella soddisfazione dei bisogni primari, in contesti sociali e sanitari, favorendo il loro benessere e la loro autonomia (assistenza e aiuto nelle attività quotidiane di igiene personale e di governo della casa, supporto nell'organizzazione della vita quotidiana, collaborazione con altri professionisti nella realizzazione del percorso assistenziale, ecc.).

Che si tratti di professionisti del comparto sanitario, del comparto sociale o di quello socio-sanitario, obiettivo del lavoro integrato è quello di adottare una logica interprofessionale che consenta di unificare i diversi apporti disciplinari (sanitari, psicologici, socio-assistenziali, educativi, ecc.) e di condividere i processi di presa in carico dei cittadini al fine di garantire il loro diritto alla salute.

Le professioni sociali - Si è già detto che in ambito socio-sanitario sono chiamate a confrontarsi professioni del comparto sanitario e professioni del comparto sociale e che queste ultime sono considerate tradizionalmente meno "forti" delle prime, essendo il settore dei servizi sociali piuttosto marginale e poco istituzionale¹² rispetto a quello dei servizi sanitari.

Dopo circa quattordici anni dalla emanazione della legge 328/00, le professioni sociali non hanno ancora avuto, nel nostro Paese, una codificazione condivisa (Luciano *et alii* 2011). Benché da più parti si sottolinei l'urgenza di una regolamentazione nazionale delle suddette professioni, sia definendo in maniera più omogenea i profili professionali rispetto a servizi nell'ambito dei quali si richiedono determinate funzioni, sia definendo le sfere di competenza dei diversi professionisti, il settore si caratterizza, tuttora, per l'esistenza di numerose figure professionali (sociologo, assistente sociale, psicologo, educatore professionale, mediatore culturale, operatore socio-sanitario, assistente domiciliare, ecc.), non tutte regolamentate¹³, nonché per la compresenza di pratiche affini che possono determinare sovrapposizioni nelle sfere di competenza, sovrapposizioni che possono portare anche a competere per conquistare spazi di esercizio della professione. Si tratta, in effetti, di professioni che possono avere spazi di esercizio "condiviso" (Edman 2001) o che possono essere aperte a diverse attribuzioni (Abbott 1988)¹⁴.

Una recente riflessione sulle professioni sociali (Casadei e Franceschetti 2011) mostra che il contenuto del lavoro delle professioni sociali fa riferimento sia alle competenze sia ai valori messi in gioco per svolgere i compiti connessi alle attività da realizzare in un determinato contesto organizzativo¹⁵. I dati relativi alle

10 Solo qualche Regione ha, al momento, avviato processi organici di riforma delle professioni sociali, stabilendo dei repertori regionali delle qualifiche e sistemi di certificazione delle competenze (Cipolla *et alii*, 2013).

11 Introdotta con provvedimento del 22 febbraio 2001 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, prevede una formazione di almeno 1.000 ore, di cui 450 di tirocinio.

12 Si pensi che la definizione di servizi sociali è stata formalizzata nel decreto legislativo 112/98.

13 I risultati di una indagine del Formez (2009) mostrano che solo alcune figure delle professioni sociali possono vantare un riconoscimento normativo più o meno importante. Sono, in particolare, l'assistente sociale (ben 4 provvedimenti che lo riguardano sono fonti primarie) e l'educatore professionale (benché definito solo per il comparto sanitario ha 7 provvedimenti normativi che lo riguardano). Mancando una regolamentazione quadro a livello nazionale delle professioni sociali, compete ai sistemi di *welfare* regionali provvedere alla qualificazione dei servizi e degli interventi assicurando gli standard professionali, operativi e funzionali che consentano di garantire livelli uniformi delle prestazioni. Al momento, però, non tutte le Regioni italiane hanno avviato percorsi per il riordino delle professioni sociali.

14 È evidente che il riconoscimento di sfere "esclusive" di competenza rafforza una determinata professione, sia nei confronti del gruppo di cui fa parte, sia nei confronti dell'esterno. Nell'attività dell'assistente sociale, ad esempio, si possono individuare come attività abituali o esclusive il segretariato sociale e la presa in carico delle persone che hanno bisogni di diversa natura; come attività da condividere con altri professionisti l'analisi dei bisogni e delle risorse, la progettazione e la programmazione sociale, la ricerca sociale. Non è raro, infatti, che l'assistente sociale si trovi a collaborare con medici, psicologi, educatori, ecc., sia in attività di analisi dei bisogni sia di progettazione.

15 Sono state individuate: sette categorie di competenze (1. c. di base su contenuti e linguaggi; 2. c. di base sulla gestione e il controllo dei

competenze permettono, innanzitutto, di individuare ruoli e caratteristiche della professione, distinguendo tra professioni a elevato contenuto di conoscenza e professioni di livello medio-basso. Se le prime concernono un lavoro specialistico e manageriale (controllo dei sistemi e dei processi, gestione delle risorse umane, ecc.), le altre mettono in evidenza competenze di base su conoscenze e linguaggi appresi in percorsi di istruzione secondaria superiore o universitaria di primo livello. Rispetto alle categorie di valori presi in considerazione emerge che, indipendentemente dai gruppi professionali di appartenenza, quelli considerati più importanti sono l'orientamento al risultato (che concerne l'impiego delle proprie abilità e l'orientamento al successo) e gli aspetti sociali (cooperazione, utilità sociale del lavoro, conformità del lavoro ai propri principi morali).

In particolare quelle del sociologo e dell'assistente sociale risultano essere le professioni sociali che richiedono un uso elevato sia di competenze di base (e sulla gestione e sul controllo dei processi e su contenuti e linguaggi), sia di competenze trasversali (nella gestione delle risorse umane, nella analisi dei sistemi, nel *problem solving*). Sul fronte valori, invece, se gli assistenti sociali attribuiscono importanza prioritaria agli aspetti sociali e, in seconda battuta all'orientamento al risultato, i sociologi direzionano la loro attenzione prioritariamente sull'orientamento al risultato e, successivamente sull'autonomia professionale e sugli aspetti sociali. L'analisi delle attività generalizzate¹⁶, infine, evidenzia che sociologi e assistenti sociali attribuiscono estrema importanza alla ricerca delle informazioni utili per il loro lavoro, nonché alla elaborazione delle suddette informazioni.

Fatte queste premesse di senso generale, nelle pagine che seguono si proverà ad individuare il ruolo che i due professionisti sopra menzionati vanno ad assumere nella integrazione socio-sanitaria.

Sociologo e assistente sociale: quale ruolo nell'integrazione socio-sanitaria? - Volendo delineare con maggior precisione compiti e funzioni assegnati alle professioni sociali nell'ambito dei percorsi di cura integrati, potremmo dire che esse sono chiamate a svolgere funzioni ampie e diversificate: si va dalla prevenzione all'aiuto e sostegno, dalla animazione al supporto educativo, dalla progettazione alla valutazione, dalla programmazione alla organizzazione e gestione dei servizi.

In generale agli operatori sociali che lavorano in ambito socio-sanitario competono:

- la *valutazione multidimensionale* del bisogno, con particolare attenzione ai fattori socio-relazionali che influiscono sul benessere e sulla qualità della vita;
- la *progettazione integrata* che favorisca interventi finalizzati a promuovere la partecipazione dei cittadini, l'autodeterminazione e l'*empowerment* degli stessi;
- il *monitoraggio e valutazione in itinere ed ex post* dei progetti, degli interventi e delle prestazioni, con l'obiettivo di introdurre correttivi funzionali alla soluzione dei problemi, coerentemente con l'evoluzione degli stessi.

Stringendo il fuoco di attenzione sulle figure del sociologo e dell'assistente sociale è possibile rilevare alcune differenze e similitudini. Innanzitutto entrambi i titoli di studio si conseguono dopo aver frequentato corsi di laurea, triennali e magistrali, presso istituzioni universitarie; entrambi i professionisti possono svolgere funzioni operative o dirigenziali. Non essendo quella del sociologo una professione regolamentata, per l'esercizio della professione non ci si deve sottoporre a prove d'esame finalizzate all'iscrizione all'albo, obbligo che connota, invece, l'esercizio della professione da parte dell'assistente sociale.

Se, in senso lato, si può affermare che entrambi i professionisti si occupano di "sociale", entrando in un livello di analisi più specifico, possiamo dire che il sociologo è più portato ad occuparsi di analisi e di interpretazione di aspetti "macro" della società (organizzazione sociale, politica, cultura, lavoro, comunicazione, servizi, ecc.) al fine di individuare problemi, tendenze e risposte generalizzabili, e che l'assistente sociale si focalizza maggiormente sugli aspetti "micro" (disagio dei singoli individui, conflittualità tra gruppi di individui, mediazione tra cittadini

processi; 3. c. trasversali di tipo sociale; 4. c. trasversali per il *problem solving*; 5. c. trasversali di tipo tecnico; 6. c. trasversali per l'analisi dei sistemi; 7. c. trasversali per la gestione delle risorse umane); sei categorie di valori (1. orientamento al risultato; 2. condizioni di lavoro; 3. riconoscimento; 4. aspetti sociali; 5. sostegno, per i lavoratori subordinati; 6. autonomia); sette categorie di attività generalizzate (1. ricercare e ricevere informazioni per il proprio lavoro; identificare informazioni rilevanti; elaborare informazioni, prendere decisioni, comunicare e interagire con altri; coordinare e fornire consulenze; amministrare).

¹⁶ Si tratta di insiemi di attività lavorative, pratiche e comportamenti che sono comuni a più professioni anche molto diverse tra loro.

e servizi, ecc.), al fine di fornire aiuto e sostegno alle persone o ai gruppi che non sono in grado di trovare autonomamente risposte ai propri bisogni e problemi.

Entrambi i professionisti possono utilizzare le proprie conoscenze in campi di intervento diversificati (servizi sociali e sanitari, pubblica amministrazione, enti di formazione e ricerca, ecc.) e ricoprire ruoli diversi (operatore, formatore, libero professionista, ecc.), in enti pubblici e in imprese private. Si rileva, tuttavia, che l'assistente sociale lavora prevalentemente nei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari pubblici e privati e che il sociologo trova occupazione anche in settori molto diversi da quelli citati (si pensi all'area della comunicazione e dei media, all'area della ricerca, all'area del lavoro e dell'organizzazione).

Ma... come si connotano i ruoli del sociologo e dell'assistente sociale in riferimento all'integrazione socio-sanitaria? Quale contributo possono fornire in questa direzione i due professionisti se impegnati all'interno di servizi sociali, sanitari o socio-sanitari?

Va precisato preliminarmente che parlare di ruoli significa fare riferimento ad aspettative che vengono associate a determinati compiti e che sono orientate normativamente nell'ambito di sistemi di interazione (Parsons 1951). Si tratta di un concetto che non esiste in quanto tale ma che assume senso se associato a una posizione collegata a determinate relazioni sociali. Ciò comporta che il ruolo professionale sia condizionato in modo rilevante dalla struttura entro la quale viene esercitata la propria attività (Tousijn 1987; Abbott 1988) e che l'esercizio di un determinato ruolo influenzi la competenza tecnica, facendola arricchire di elementi trasversali.

Essendo l'esercizio delle professioni in ambito socio-sanitario basato sulla collaborazione tra diversi professionisti, si può verificare che si possano assumere competenze che non sono proprie della professione di riferimento e che se ne possono cedere altre della professione che si esercita abitualmente, fino ad arrivare al fenomeno della "assimilazione dei compiti" (Abbott 1988). È ciò che spesso accade ai professionisti del sociale, costretti ad assumere funzioni non specifiche e mansioni de-professionalizzanti¹⁷.

Il sociologo, nello specifico il sociologo della salute, che svolge la sua attività in ambito sanitario o socio-sanitario è chiamato a studiare le relazioni nonché i fattori collettivi e individuali che contribuiscono a produrre salute/malattia, agio/disagio, inclusione/esclusione sociale, conformità/devianza, ad analizzare le forme organizzative dei servizi, i sistemi comunicativi e relazionali, i processi di programmazione, a svolgere attività di consulenza e mediazione, a promuovere attività di ricerca, progettazione e valutazione, a dirigere specifici servizi o aree operative, a favorire il lavoro di *équipe* (SISS 2010).

L'assistente sociale che lavora in ambito sanitario e socio-sanitario (Servizio Sociale Ospedaliero, Ser.T., CSM, ecc.) si occupa, generalmente, delle valutazioni integrate dei bisogni, al fine di individuare le soluzioni appropriate per ciascun utente, della costruzione della rete integrata dei servizi territoriali, fungendo da ponte tra servizi e cittadini-utenti, mette altresì in atto azioni di aiuto e sostegno che mirino a promuovere l'autodeterminazione delle persone, progetta, organizza e gestisce servizi privilegiando la visione olistica della persona (CNOAS 2009).

Nelle pagine precedenti si è detto che l'integrazione socio-sanitaria si articola lungo tre principali livelli: istituzionale, gestionale, professionale. In ciascuno di essi, come confermato dalla ricerca realizzata da chi scrive, le figure prese in considerazione trovano spazi specifici che consentono loro di mettere in campo competenze e abilità professionali.

A livello istituzionale, nell'ambito del quale si instaurano rapporti di collaborazione tra diverse istituzioni (principalmente Comuni e Aziende Sanitarie Locali) e si utilizzano strumenti come le conferenze dei servizi, gli accordi di programma, le convenzioni, i piani e i programmi delle attività, un ruolo di rilievo pare essere assunto, soprattutto in riferimento alla programmazione e pianificazione, dal sociologo. Egli, per formazione e competenze possedute, pare particolarmente avvezzo a svolgere attività di comunicazione finalizzate a diffondere la logica della programmazione partecipata, ad effettuare l'analisi dei bisogni del territorio di riferimento, ad interpretare le dinamiche intercorrenti tra società, individuo e ambiente, ad effettuare la selezione delle priorità tenendo conto delle risorse disponibili, ad effettuare il monitoraggio e la valutazione di progetti e attività realizzate (Perino 2009).

¹⁷ Gli assistenti sociali intervistati hanno lamentato questa tendenza ad assumere ruoli diversi da quelli che dovrebbero competere loro, spesso a causa di carenze di personale, di problemi organizzativi, di incapacità degli altri professionisti, delle caratteristiche della loro formazione.

Al livello gestionale dell'integrazione socio-sanitaria afferiscono modalità di coordinamento dei processi assistenziali e di unificazione delle risorse che si instaurano tra gli enti incaricati di realizzare l'integrazione socio-sanitaria. Anche in questo contesto appare rilevante il ruolo del sociologo, essendo il professionista chiamato ad individuare modalità di gestione dei servizi che favoriscano il lavoro integrato (Cipolla e Perino 2004), ad effettuare studi di fattibilità su specifici servizi e organizzazioni, ad implementare e gestire strumenti che possono rendere concreta la suddetta integrazione (si pensi ai sistemi informativi, alle forme di *partnership*, ecc.).

Il livello professionale, invece, è quello nel quale si realizza l'incontro diretto tra cittadini e operatori dei servizi. Esso, a partire dal confronto costante tra diverse figure professionali e facendo leva sulla conoscenza e sulla fiducia reciproche, sul rispetto delle diverse opinioni, nonché sulla consapevolezza della necessità di apporti diversificati su ogni singolo caso, si propone di dare risposte complete – integrate, appunto – ai cittadini-utenti. In questa dimensione assume rilevanza il ruolo – dall'assistente sociale, professionista abituato ad effettuare la valutazione globale dei bisogni, a connettere risorse, obiettivi e persone diversi, a mediare tra interessi contrastanti, a negoziare risorse economiche e relazionali.

Se dal quadro più generale ci si sposta ad analizzare alcune specifiche aree di intervento nell'ambito delle quali il sociologo e l'assistente sociale possono esercitare la propria attività professionale, ci si rende facilmente conto dell'esistenza di aspetti che paiono accomunare le due figure professionali.

Nell'area anziani, ad esempio, il sociologo può agire in qualità di programmatore di interventi volti a prevenire e risolvere situazioni di disagio altamente complesse, come pianificatore di servizi e interventi integrati, come ricercatore, come promotore della creazione e della implementazione del sistema informativo, come valutatore della qualità dei servizi implementati, come coordinatore di strutture residenziali, come formatore e consulente, ecc. L'assistente sociale che lavora in questa area, invece, può far parte delle Unità Valutative Multidimensionali, può essere chiamato a co-progettare interventi personalizzati, può svolgere funzioni di responsabile del caso nelle attività di Assistenza Domiciliare Integrata, può essere responsabile di servizi territoriali, di strutture residenziali e semi-residenziali, può essere operatore di sostegno per gli anziani e le loro famiglie, ecc.

Se si prende in esame il settore delle dipendenze patologiche (uso/abuso di sostanze legali o illegali, tabagismo, gioco d'azzardo, *shopping* sfrenato, ecc.), si può notare che il sociologo, se e ove previsto in organico¹⁸, svolge funzioni: di ricerca e implementazione dei sistemi informativi; di pianificazione e programmazione dei servizi; di progettazione delle attività; di coordinamento di tavoli di lavoro; di valutazione delle attività svolte; di coordinamento dei servizi residenziali e semi-residenziali; di direzione degli Osservatori; ecc. Se pratica la sociologia clinica o la socioterapia, può svolgere anche funzioni di aiuto, sostegno e accompagnamento degli utenti, nonché interventi di *counseling* con finalità preventive e riabilitative. L'assistente sociale, invece, se opera nei servizi territoriali, è chiamato ad occuparsi: dell'accoglienza dell'utenza e della valutazione sociale; della realizzazione di azioni di sostegno sociale (individuale, familiare, di coppia, di gruppo); della stesura e della realizzazione – assieme agli altri componenti dell'*équipe* (medici, psicologi, infermieri) – dei piani di intervento, nonché alla valutazione degli stessi; della promozione e della messa in rete delle risorse presenti sul territorio. Inoltre, se lavora nel privato sociale, può svolgere anche mansioni di coordinamento delle strutture residenziali e semi-residenziali.

Anche negli organici dei servizi dell'area della salute mentale, connotata dalla elevata integrazione tra aspetti sociali e sanitari, possono trovare posto il sociologo e l'assistente sociale. Il primo di essi, se collocato all'interno dei servizi pubblici, può svolgere attività di ricerca e di implementazione dei sistemi informativi, di pianificazione e programmazione dei servizi, di progettazione, di coordinamento di tavoli di lavoro, di valutazione delle attività svolte, ecc.; nelle strutture di terzo settore può svolgere mansioni di coordinamento. La figura dell'assistente sociale, invece, quando e se prevista nell'organico dei servizi pubblici, si occupa dell'accoglienza dell'utenza e della valutazione sociale, svolge funzioni di informazione e consulenza, attiva le risorse presenti sul territorio, realizza azioni di sostegno sociale, partecipa – assieme agli altri componenti dell'*équipe* di lavoro – alla stesura e alla realizzazione dei piani di intervento, nonché alla valutazione degli stessi. Nelle strutture del privato sociale, al pari di altre figure professionali, può svolgere mansioni di coordinamento.

¹⁸ Non in tutti i servizi per le dipendenze viene contemplata la presenza questa figura.

Osservazioni conclusive

Da quanto fin qui argomentato risulta evidente che sia il sociologo sia l'assistente sociale sono chiamati a fornire un importante contributo alla realizzazione e all'implementazione dell'integrazione socio-sanitaria. Se le competenze del sociologo paiono essere maggiormente spendibili ai livelli istituzionale e gestionale, con attività di ricerca, progettazione, pianificazione, organizzazione e valutazione (analisi dei sistemi che interagiscono nell'integrazione socio-sanitaria; funzioni di indirizzo rispetto alla creazione delle alleanze per la realizzazione del benessere sociale; contributo organizzativo-gestionale nella implementazione di progetti e servizi che tengano conto della multidimensionalità dei bisogni e delle risorse disponibili; mediazione tra gli attori chiamati a realizzare l'integrazione socio-sanitaria), quelle dell'assistente sociale sono più orientate a dare un contributo al livello professionale dell'integrazione, attraverso il lavoro di *équipe*, il *case management*, l'utilizzo di specifici sistemi informativi (implementazione di concrete modalità di lavoro integrate; gestione - in sinergia con altri professionisti - dei casi complessi o multiproblematici che richiedono una valutazione e una presa in carico multi professionale; costruzione delle politiche sociali locali attraverso la partecipazione ai tavoli di lavoro per la costruzione di strumenti di pianificazione).

Se la professione dell'assistente sociale pare definirsi soprattutto nella relazione con l'utente ed essere centrata sul processo di aiuto, quella del sociologo, invece, pare essere più orientata a cogliere le dinamiche comunitarie e ad individuare strategie di risposta ai problemi sociali.

Non ci sono dubbi circa il fatto che entrambe le figure professionali siano state investite dalle trasformazioni che hanno attraversato la società, manifestando l'esigenza della promozione del lavoro integrato tra comparto sociale e sanitario, e si siano indirizzate in quella specifica direzione.

Se sul fronte della professione sociologica si avvertono al contempo due diverse spinte, quella verso la specializzazione del profilo professionale, con la conseguente individuazione di precise competenze e campi di azione (in primis la sociologia della salute) e quella di non farsi "espropriare" competenze peculiari (ad es. la ricerca, la pianificazione e la progettazione sociale), sul fronte della professione dell'assistente sociale si constata una sorta di tendenza al contrario, in direzione della "apertura", della acquisizione di nuovi ruoli e funzioni, non essendo più il professionista relegato alla sola relazione di aiuto ma sempre più spesso chiamato ad esercitare funzioni di progettazione, organizzazione, coordinamento, gestione della rete dei servizi, nonché consulenze nei confronti degli organi di governo che programmano le politiche sociali (CNOAS 2009). Lo spostamento progressivo della attenzione dalla dimensione della relazione con l'utente (micro) alla dimensione comunitaria (meso) e societaria (macro) e la "conquista" di nuovi spazi di lavoro (non solo enti pubblici ma anche strutture del privato sociale ed esercizio della libera professione), quindi, fa sì che l'apporto del professionista all'integrazione socio-sanitaria non sia più solo rinvenibile al livello professionale ma che si espanda anche ai livelli gestionale e istituzionale, andando talvolta a "sconfinare" in campi di azione propri del sociologo (si pensi, ad esempio, alle esperienze di pianificazione zonale realizzate in alcune realtà del nostro paese che hanno visto come coordinatori delle attività gli assistenti sociali). Ciò comporta una duplice necessità, apparentemente contraddittoria: a) la ridefinizione dei profili professionali e la formalizzazione dei requisiti che consentono l'accesso a determinati ruoli¹⁹; b) la ricomposizione – al pari di quello che dovrebbe accadere con le professioni sanitarie – di competenze, ruoli e funzioni, facendo riferimento ai criteri propri della integrazione professionale che, nell'evitare rigorosamente la parcellizzazione dei profili professionali, tende all'accorpamento e alla aggregazione degli stessi.

Per evitare che alle normali difficoltà insite nel lavoro integrato tra sociale e sanitario si aggiungano le tensioni connesse alla mancata definizione di competenze e profili professionali del comparto sociale, si dovrebbe intervenire almeno su due livelli. A livello normativo dovrebbero essere ridefiniti campi di azione e competenze dei diversi professionisti del sociale, anche facendo ricorso alla recente normativa che prevede la certificazione delle professioni non regolamentate (L. 4/2013); a livello organizzativo, quindi nelle strutture che erogano interventi e servizi sociali, sanitari e socio-sanitari, dovrebbe diffondersi l'abitudine e di valorizzare e interconnettere tutte le risorse professionali presenti e di promuovere, tra le stesse, quadri interpretativi condivisi, nonché azioni di

¹⁹ Si tratta di una esigenza che risulta essere ancora più sentita dai professionisti che non hanno un Ordine professionale e precise norme di riferimento.

autoriflessione e creatività. Lo sviluppo di una cultura comune tra sociologi e assistenti sociali oltre a contribuire alla costruzione del sistema integrato dei servizi, potrebbe essere il primo passo in direzione del riconoscimento del ruolo e della legittimazione delle professioni sociali, da sempre considerate “minori” rispetto a quelle sanitarie e contribuire a potenziare il lavoro interdisciplinare, allentando la tensione tra approcci operativi apparentemente diversi. In fondo, per dirla con Lester e Mayher (1987), essere professionisti non significa né essere in grado di fare tutto, né di avere le risposte esatte per ogni quesito ma, piuttosto, essere in grado di collaborare con altri sulle strade percorribili, nonché di riflettere su soluzioni provvisorie, anche assumendosi il rischio di fare errori, parte inevitabile della costruzione di nuove strade e della individuazione di soluzioni innovative e poco dispendiose, sempre più richieste dal sistema dei servizi socio-sanitari.

Riferimenti bibliografici

- Abbott A. (1988), *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Altieri L. (2004), *La partecipazione alla salute*, in C. Cipolla (2004, a cura di), *Manuale di sociologia della salute - I Teoria*, Milano: Franco Angeli.
- Azienda Sanitaria Locale 1 di Venosa, Regione Basilicata, *Piano di Salute*, su www.asl1venosa.it/pianodisalute.
- Bissolo G. (2005a), *I principi dell'integrazione sociosanitaria*, in G. Bissolo, L. Fazzi (2005, a cura di).
- Bissolo G. (2005b), *Le professioni dell'integrazione sociosanitaria*, in G. Bissolo, L. Fazzi (2005, a cura di).
- Bissolo G., Fazzi L. (2005, a cura di), *Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Roma: Carocci.
- Brizzi L., Cava F. (2004), *L'integrazione sociosanitaria. Il ruolo dell'assistente sociale*, Roma: Carocci.
- Carr Saunders A.M., Wilson P.A. (1954), *Profession*, in «Encyclopaedia of the Social Sciences», New York.
- Casadei S., Franceschetti M. (2011), *Le professioni sociali in Italia. Dimensione occupazionale e contenuti del lavoro*, “Osservatorio Isfol”, 3 e 4.
- Castro M.P. (2011), *Professioni e mutamento sociale. Il caso dell'assistente sociale*, paper per la Conferenza Espanet *Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa*, Milano, 29 settembre-1 ottobre.
- Cinti P. (2011, a cura di), *Prendersi cura. Indagine sulle professioni sociali*, Milano: Franco Angeli.
- Cipolla C., Perino A. (2004, a cura di), *Oltre la delega. I Servizi sociali nei Comuni delle Ausl di Rimini e Bologna Nord*, Milano: Franco Angeli.
- Cipolla C., Agnoletti V. (2011, a cura di), *La spendibilità della sociologia fra teoria e ricerca*, Milano: Franco Angeli.
- Cipolla C., Campostrini S., Maturo A. (2013, a cura di), *Occupazione senza professione? Il lavoro nel settore dei servizi sociali*, Milano: Franco Angeli.
- Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali (2009), *Codice Deontologico*, 17 luglio, Roma.
- Dal Pra Ponticelli M. (2005, diretto da), *Dizionario di servizio sociale*, Roma: Carocci Faber.
- Diomede Canevini M., Vecchiato T. (2002, a cura di), *L'integrazione delle professionalità nei servizi alle persone*, Padova: Fondazione Zancan.
- Edman J. (2001), *New Directions in Theorizing the Professions*, in «Acta Sociologica», 44 (4).
- Fazzi L. (2006), *La pianificazione socio-sanitaria tra integrazione e partecipazione*, in M. Ingrosso (2006, a cura di), *La promozione del benessere sociale. Progetti e politiche nelle comunità locali*, Milano: FrancoAngeli.
- Flexner A. (1915), *Is social work a profession?*, in «School and Society», XXVI.
- Folgheraiter F. (1998), *Teoria e metodologia del lavoro sociale. La prospettiva di rete*, Milano: Franco Angeli.
- Formez (2009), *Il lavoro nel settore dei servizi sociali e le professioni sociali*, Roma: Ministero del Lavoro, della Salute

e delle Politiche Sociali.

Frenk J. et al. (2010), *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health system in an interdependent world*, in «The Lancet», 376.

Giarelli G., Venneri E. (2009), *Sociologia della salute e della medicina*, Milano: Franco Angeli.

Greenwood E. (1957), *Attributes of a Profession*, in «Social Work», II.

Guiducci P.I. (1988), *Persona e relazionalità tra desiderio e incontro*, Milano: Franco Angeli.

Isfol, *Alla scoperta delle professioni. Area servizi socio-sanitari*, su <http://orientaonline.isfol.it>

Lester N.B., Mayher J.S. (1987), *Critical Professional Inquire*, in «English Education», 19 (4).

Luciano A., Di Monaco R., Demartini M. (2011), *Le figure professionali nei servizi sociali: competenze, fabbisogni formativi e domande di cambiamento organizzativo. Sperimentazione di un modello di analisi in provincia di Torino*, paper per la Conferenza Espanet, Milano, 29 settembre-1 ottobre.

Olgiati V. (2010), *The Concept of Profession Today: A Disquieting Misnomer?*, in «Comparative Sociology», 9 (6).

Organizzazione Mondiale della Sanità (1946), *Costituzione*.

Parsons T. (1951), *Il sistema sociale*, Milano: Comunità.

Pavesi N. (2012), *L'integrazione socio-sanitaria, con particolare attenzione alla dimensione di integrazione professionale. Una ricerca su 12 regioni italiane*, in F. Foglietta, F. Toniolo (2012, a cura di), *Nuovi modelli di governance e integrazione socio-sanitaria*, in «Salute e Società», 1.

Perino A. (2005a), *I livelli dell'integrazione sociosanitaria*, in G. Bissolo, L. Fazzi (2005, a cura di).

Perino A. (2005b), *Il Piano di Salute come strumento di programmazione partecipata*, in C. Cipolla (2005, a cura di), *Manuale di sociologia della salute*, vol. III, Milano: FrancoAngeli.

Perino A. (2009), *La pianificazione socio-sanitaria: ruolo e funzioni del sociologo della salute*, in SISS (2009, a cura di).

Perino A. (2010), *Il Servizio Sociale. Strumenti, attori e metodi*, Milano: Franco Angeli.

Perino A. (2011), *Sociologia e Servizio Sociale: quale spendibilità?*, in C. Cipolla, V. Agnoletti (2011, a cura di), *La spendibilità della sociologia fra teoria e ricerca*, Milano: Franco Angeli.

Ridolfi L. (2011), *Le professioni sociali e sanitarie nelle loro differenze di ruolo: nuovi modelli e strumenti di integrazione professionale*, Paper for the Espanet Conference *Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa*, Milano 29 settembre - 1 ottobre.

Sarchielli G. (1998), *Le abilità per un lavoro che cambia: spunti per una classificazione*, Milano: Franco Angeli.

Siza R. (2006), *Le professioni del sociologo*, Milano: Franco Angeli.

SISS - Società Italiana di Sociologia della Salute (2004, a cura di), *La sociologia della salute in Italia: temi, approcci, spendibilità*, in «Salute e Società», III (3).

SISS - Società Italiana di Sociologia della Salute (2009), *Essere e Fare il sociologo in sanità*, in «Salute e Società», VIII (3 - supplemento).

SISS - Società Italiana di Sociologia della Salute, *Statuto*, 26 marzo 2010.

Statera G., Agnoli M.S. (1985, a cura di), *Le professioni sociologiche in Europa e in America*, Milano: Franco Angeli.

Tousijn W. (1987), *Tra Stato e Mercato: le libere professioni in Italia in una prospettiva storico-evolutiva*, Bologna: Il Mulino.

Tousijn W. (1997, a cura di), *Sociologia delle professioni*, Bologna: Il Mulino.

Tousijn W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Bologna: Il Mulino.

Tousijn W. (2012), *Integrating Health and Social Care: Interprofessional Relations of Multidisciplinary Teams in Italy*, «Current Sociology», 60.

Vecchiato T. (2005), *Integrazione*, in Dal Pra Ponticelli M. (diretto da), *Dizionario di servizio sociale*, Roma: Carocci Faber.

WHO (2008), *Integrated Health Services – What and Why?*, Technical Brief, 1.

Siti consultati

<http://orientaonline.isfol.it>

www.asl1venosa.it/pianodisalute

www.myzanichelli.it

Normativa di riferimento

Camera dei Deputati, proposta di legge *Disciplina della professione di Sociologo*, presentata il 22 luglio 2009.

Conferenza Stato-Regioni, Seduta del 22 febbraio 2001, *Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione*.

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*.

Decreto Legislativo 15 novembre 1993, n. 507, *Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante il riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*.

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*.

Decreto Ministeriale 3 novembre 1999, n. 509, *Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei*.

Decreto Ministeriale 28 novembre 2000, *Determinazione delle classi delle lauree specialistiche*.

Decreto Ministeriale 29 marzo 2001, *Definizione delle figure professionali di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4, della legge 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, legge n. 251/2000)*.

Decreto Ministeriale 22 ottobre 2004, *Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica*.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*.

Decreto del Presidente della Repubblica 15 gennaio 1987, n. 14, *Valore abilitante del diploma di assistente sociale in attuazione dell'articolo 9 del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162*.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*.

Legge 23 marzo 1993, n. 84, *Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale*.

Legge 26 febbraio 1999, n. 42, *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*.

Legge 10 agosto 2000, n. 251, *Disciplina delle professioni sanitarie, infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica*.

Legge 8 novembre 2000, n. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*.

Legge 8 gennaio 2002, n. 1, *Conversione in legge, con modifiche del decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario*.

Legge 3 febbraio 2006, n. 27, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 5 dicembre 2005, n. 250, recante misure urgenti in materia di università, beni culturali ed in favore di soggetti affetti da gravi patologie, nonché in tema di rinegoziazione di mutui*.

Legge 14 gennaio 2013, n. 4, *Disposizioni in materia di professioni non organizzate*.

Senato della Repubblica, Disegno di legge n. 3431, *Ordinamento della professione di sociologo*, luglio 1998.

Senato della Repubblica, dicembre 2012, *Costituzione della Repubblica italiana*, Roma.