de apportare il contributo degli operatori al progressivo riassetto dei servizi sociali nel nostro Paese secondo un preciso orientamento basato sul decentramento e sull'unificazione dei servizi a livello territoriale, sulla prevenzione delle condizioni di disagio socio-culturale e biopsichico, sulla priorità per i servizi aperti, sulla partecipazione effettiva dei cittadini alla programmazione e gestione dei servizi.
Un modello di servizi, quindi, alternativo all'attuale e socializzato, in cui trovino un nuovo ruolo cittadini e operatori.
Nel momento attuale peraltro, data la situazione di eterogeneità di interventi e di diversità di linguaggi, questo tipo di lavoro culturale si rende necessario anche per promuovere e arricchire il processo di identificazione degli operatori nei propri ruoli professionali.
I contributi che appaiono sulla Rivista tendono, quindi, nel loro insieme, a perseguire tali obiettivi; è evidente però la necessità di una visione dialettica e critica della problematica dei servizi sociali, per cui, nell'intento di essere utile ad un suo inquadramento, la Rivista è aperta ad apporti anche non convergenti.
Data inoltre l'attuale situazione dei servizi, fortemente settorializzata, la Rivista tende anche a seguire i problemi dei singoli settori, sempre però nell'intento di un loro superamento in una visione unitaria. Sono infatti previsti, accanto a saggi di carattere generale e teorico, connessi al mutamento sociale del Paese e a contributi relativi ai problemi del territorio, della partecipazione, del decentramento, del costo dei servizi, anche studi concernenti settori più specifici quali quelli riguardanti l'handicap, la droga, la salute mentale, il disadattamento sociale, i problemi della donna, dei giovani, degli anziani e tutti gli altri problemi consimili.
La Rivista tende inoltre a costituire dei "corrispondenti" in ogni Regione, in modo da creare un ampio scambio di esperienze ed una reale dialettica tra le varie situazioni in cui si articola il nostro Paese.
Tutti i nostri lettori sono perciò invitati a collaborare inviando documentazione, resoconti di esperienze, elaborazioni teoriche su tutti i temi sopraindicati.

Comitato di direzione: GIORGIO BARTOLOMUCCI, CELSO COPPOLA, ANNA MARIA D'OTTAVI, AURELIA FLOREA, FRANCO MARTINELLI, RENZO SCORTEGAGNA.

Collaboratori: ENRICO APPETECCHIA, GIUSEPPE BALDINO, ENZO BARTOCCI, GIORGIO BARTOLOMUCCI, FRANCESCO BASSANINI, GIOVANNI BOLLEA, LUIGI CANCRINI, LEANDRO CANESTRELLI, VITTORIO CASTELLANO, ANNA MARIA CAVALLONE, ARNALDO CHERUBINI, DANTE COSI, GAETANO DE LEO, GIUSEPPE DE RITA, NORA FEDERICI, FRANCO FERRAROTTI, ALBERTO FRANCI, MASSIMO SEVERO GIANNINI, ALBERTO L'ABATE, GIOVANNI MARONGIU, MICHELE MAROTTA, LUIGI MESCHIERI, EMMA FASOLO PAGLIA, CLAUDIO PIERLORENZI, GIANNI SELLERI, TULLIO TENTORI, FERDINANDO TERRANOVA, ALDO VISALBERGHI, LUIGI VOLPICELLI.

Redazione: CRISTINA GALLI, GIOVANNI MORETTI, LUIGI RICCI, ELENA SPINELLI.

Segretaria di Redazione: DANIELA NESCI.

Direttore responsabile: RENZO SCORTEGAGNA.

SALUTE E CORPO NELLE SCIENZE DEL SERVIZIO SOCIALE

*di Laura Corradi**

La salute è un diritto umano fondamentale[1].

I principi dei diritti umani e della giustizia sociale sono fondamentali per il servizio sociale[2].

Introduzione

Questo contributo nasce con due obiettivi: quello di argomentare la necessità di una maggiore riflessione sulle tematiche relative a salute e malattia nelle scienze del servizio sociale e quello di indicare studi e interventi effettuati in altri paesi che rivelano attenzione alle ricerche ed alle pratiche relative a salute e malattia nel servizio sociale. Le pagine che seguono trattano quindi dello *status* attuale della produzione di conoscenza e di interesse attorno a salute e malattia indicando temi e prassi emergenti nel lavoro sociale che ritengo importante apprezzare; il saggio ha quindi il sapore di un *position paper,* ovvero di un intervento che prende posizione su un cammino da intraprendere. Al fine di conseguire almeno parzialmente i miei obiettivi, introdurrò anche alcune considerazioni sociologiche sul concetto di "corpo" che considero essenziale per una corretta comprensione delle lacune e delle potenzialità del nostro pensare i temi della salute sia fisica che mentale, in senso non dicotomico.

---

* Ricercatrice-docente, Fondamenti Sociali della Salute e della Malattia-Studi sulla Costruzione Sociale delle Differenze di Genere, Corso di Laurea in Scienze del Servizio Sociale-Facoltà di Scienze Politiche-Università della Calabria.

[1] Organizzazione Mondiale della Sanità, *Dichiarazione di Alma Ata*, 1978.

[2] *International Federation.Social Workers e International Federation Schools of Social Work*, 2001.

Vediamo innanzitutto i termini della discussione. La definizione ufficiale di salute prodotta dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, se da una parte aveva il pregio di superare l'idea di salute come assenza di malattia, proponendone una che si identificasse con uno stato di "completo benessere fisico, mentale e sociale" – dall'altra è stata criticata "perché irreale e idealistica (quando mai una persona si sente in un simile stato di benessere?) e perché implica un concetto di staticità, mentre la vita non è mai statica" (Salmaso, 2005). Aggiungerei che tale definizione dell'Oms rispecchia una visione occidentale e quindi separante del rapporto tra salute e malattia; in altre parole, possiamo essere o sani o malati. Dialogando sul tema, i/le Maya del Chiapas suggeriscono invece che "la salute è l'equilibrio tra salute e malattia" (Corradi, 1997), indicando una dialettica tra i due elementi ancora viva nella medicina indigena che ho riscontrato un po' ovunque, dalle Americhe al subcontinente Indiano. Questa definizione ci rammenta l'idea forte che la malattia ha un ruolo importante nella nostra vita, anche positivo, se sappiamo cogliere i linguaggi del *corpo-mente-spirito,* dell'ambiente di cui siamo parte e dei sottili equilibri di cui partecipiamo (Corradi, 2001a). E' questa la nozione a cui faccio riferimento nel testo: quando uso il termine "corpo" lo intendo in maniera olistica, integrata.

Quello che percepiamo come il nostro ben-essere personale è un processo di armonizzazione collettivo che si integra nella dimensione sociale e comunitaria. *Starbene* diventa il termine che può ridurre "ad unità il fenomeno che appare in infinite varianti, uno starbene che non nega né corpo né psiche né anima, ma li sintetizza. E'centrato sull'individuo, sulla vita quotidiana, sul tempo presente e soggettivo" (Guizzardi 2004, p.150). Certo, la sociologia del tempo in Italia vanta una lunga storia di attenzione e di ricerca, ma credo manchi ancora una riflessione sul tempo come dimensione della salute e dell'ambiente (Corradi, 1991; 1998), della qualità della vita e del lavoro di cura. E' invece diffusa la percezione sociale che il disagio del tempo si traduca in disagio psicofisico così come sono frequenti le pratiche discorsive sulla scarsità di tempo – sui vissuti di ansia e sullo stress - che si attivano in risposta alla consueta domanda "come stai?".

Se il benessere, il Welfare, è obiettivo dei servizi sociali, forse *tutto il lavoro dell'assistente sociale è lavoro per la salute* - suggerisce Annamaria Campanini -anche se alla salute non viene data l'attenzione formale che meriterebbe. Al fine di una corretta "presa in carico" da parte dell'operatore professionale ("messa in rete" si direbbe oggi, valorizzando la forma dello scambio nella relazione) è necessaria l'assunzione di responsabilità e l'impegno a costruire con l'utente un progetto personalizzato ovvero "che prenda in considerazione la complessità del caso e preveda la mobilitazione di più risorse o servizi" (Piva, 1993, pp. 90-91); per fare ciò occorre lavorare con competenze anche specifiche sia in campo sanitario che preventivo.

Le definizioni e le azioni riguardanti la salute nel servizio sociale sono orientate più all'ambito ospedaliero che al territorio, e alla salute mentale piuttosto che a quella fisica. La salute nel servizio sociale è declinata alla cura più che alla prevenzione, in un contesto in cui le realtà regionali sono disomogenee e il duplice obiettivo del "mantenimento e recupero della salute dei cittadini" è in realtà spostato sul secondo termine, ovvero nel coadiuvare l'intervento clinico per ristabilire il benessere della persona ricoverata o bisognosa di cure. Sono rari i casi in cui l'assistente sociale fa promozione della salute o prevenzione di malattie.

L'intervento di servizio sociale in ambito ospedaliero riguarda sia le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria che le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ovvero sia gli interventi su realtà svantaggiate in presenza di una patologia, sia quelli riguardanti situazioni che proprio la malattia ha reso svantaggiate (Caprini, 2005). Faremo un breve *excursus* in queste aree di ricerca; quindi attraverseremo studi recenti sul lavoro dell'assistente sociale in campo preventivo – sia in ospedale che nel territorio – e guarderemo all'intervento qualificato del/la *health social worker*: l'assistente sociale specializzato/a in materia di salute, una figura relativamente nuova che già opera in altri paesi.

Corpo e salute nel servizio sociale

L'assistente sociale deve avere la volontà di trovare i mali che non si vedono ... rapportarsi con la persona e non solo col suo bisogno[3].

Un campione stratificato di 924 assistenti sociali - delle circa 25.000 in forza nel registro professionale in Italia - ci indica che il 36.4% lavorerebbe nel sistema sanitario nazionale, mentre, ad esempio, solo il 4.6% lavora nei settori della giustizia (Campanini, 2004, p. 135). Eppure, comparativamente, i contributi che riguardano la salute sono pochi (Burgalassi, 2006; Olmetti, 2006; Brizzi, Cava, 2003; Galavotti, 2004; Pompei, 2002; Coracci, Giammaria, 2000; Russo, De Lorenzi, 1999); alla salute non viene dato il rilievo necessario durante la formazione dell'assistente sociale professionale, né esiste al momento un *curriculum* specifico rivolto a questo tipo di bisogno.

[3] De Menasce (1946), come citato in Elda Fiorentino Busnelli (2002).

Possiamo riscontrare almeno due spiegazioni. Una è molto semplice e di tipo strutturale: l'Italia, insieme alla Finlandia, presenta i *curricula* più generalisti (Campanini, Frost, 2004, p.211); ciò riguarda quindi l'aspirazione educativa di chi ha fondato i corsi di laurea e le scelte formative conseguenti. La seconda spiegazione è di tipo culturale, più complessa: riguarda storia, religione e politica del nostro paese.

Infatti, parlare di salute nelle scienze del servizio sociale, come nelle altre scienze sociali, significa inserire con forza la dimensione corporea – in una situazione disciplinare italiana che vede il corpo quasi assente a livello concettuale nella sociologia, con l'eccezione di alcuni tentativi (Stella, 1996; Borgna, 2005). Eluso o perlopiù alluso, il corpo rappresenta ancora un *taboo*, in parte per la tradizione sessualmente repressiva del nostro paese, in parte perché in occidente il corpo è antropologicamente percepito come luogo di pericolo (Douglas, 1993) su cui esercitare un - più o meno silenzioso - controllo (Foucault, 2001). Non essendo oggi possibile parlare del corpo in maniera asessuata e politicamente neutrale, la tendenza dominante è quella di evitare il riferimento al corpo nelle pratiche discorsive di molta sociologia. Possiamo serenamente rilevare che persino in ambiti disciplinari che danno spazio alle differenze sessuali e di genere - come nella sociologia della vita quotidiana e della famiglia – la salute è di fatto relegata ai margini del dibattito teorico e della ricerca empirica. Anche laddove sono centrali i temi legati alle culture e alle identità, i percorsi riguardano in maniera preferenziale la mente *scorporata* dal suo contesto carnale.

Ma se è vero che la salute è stata involontariamente sospinta ai margini dell'interesse teorico e di ricerca, è proprio da questi margini di posizione, di cui *bell hooks* (1998) traccia l'elogio - e quindi anche dalle *scienze del servizio sociale intese come margine delle scienze sociali* - che forse può arrivare la spinta verso un cambiamento di paradigma. Pietro Fantozzi parla di una "cultura della irrilevanza del lavoro sociale" che si riflette nella marginalizzazione dei suoi operatori e dei suoi ambiti di interesse teorico. Le scienze del servizio sociale sono state considerate fino a ieri ancillari perché *pratiche*; discipline minori, non-scientifiche perché non misurabili; non importanti perché femminili (Campanini, Frost, 2004); legate alla sfera della riproduzione sociale e perciò considerate "improduttive".

Penso che le scienze del servizio sociale abbiano bisogno di più teoria - sia in senso quantitativo che qualitativo - come sostengono Eve Johnsson e Kerstin Svensson sullo *European Journal of Social Work* (2005) a partire da una profonda rivisitazione delle categorie della sociologia classica storicamente prodotta da uomini bianchi (Corradi, 2001b), utilizzando il genere e

l'etnia come grimaldello necessario per aprire contraddizioni non più occultabili sulla costruzione sociale della conoscenza prodotta, e ri-localizzando criticamente la nozione occidentale di scienza. Le scienze del servizio sociale – proprio per la posizione privilegiata che occupano, tra la sfera della teoria e la sfera della prassi – hanno bisogno di *grounded theory*, di teoria che nasce dalla ricerca, ovvero di dispositivi che ci aiutino a spremere dal grande ammontare di produzione empirica, studi socialmente orientati e ricerche-azione, quell'impianto teorico che oggi è storicamente maturo produrre. Il mio contributo si vuole collocare su questo cammino, a partire dal concetto di salute, da un *re-embodiment* - un ri-prendere corpo - che ritengo necessario.

Nella pratica del servizio sociale *il corpo è ben presente*: pensiamo alla relazione di cura – sia a livello conoscitivo che sul piano professionale. I campi di intervento che si sono aperti per il *social work* vedono protagoniste le persone - con il loro corpo che esprime anche le diversità etniche, sessuali, spirituali: molta letteratura ha messo al centro la persona migrante e i cambiamenti necessari nei sistemi sanitari e sociali (Sgrignuoli, 2002; Chiaretti, 2005; Totire, 2005; Chiarenza, 2005; Rudvin, 2005; Conti, 2005). I nuovi soggetti con cui l'assistente sociale ha a che fare sono profughi di guerra, di conflitti etnici, di disastri economici o ecologici; lavoratrici della *sex industry* e vittime della tratta; oppure persone che appartengono a subculture, i cui corpi esprimono appartenenze identitarie: minoranze sessuali, *trans* e gay; minoranze religiose; *punkabestia*, nomadi e barboni; vittime di nuove povertà o di *mobbing*; persone sopravvissute ad incesto, stupro o altra violenza di genere; persone che non vengono accettate per il loro aspetto; persone considerate socialmente come 'causa del proprio male' perchè hanno sviluppato dipendenze da alcol o sostanze, da gioco o da *shopping* compulsivo, cadendo così nelle mani degli usurai. Questi spesso sono temi delle tesi su cui le studentesse di laurea triennale chiedono di impegnarsi in questi anni, e anche sulle persone diagnosticate con Aids, cancro, Alzheimer o altra patologia invalidante. Le domande sono importanti: come ci rapportiamo alla diversità di questi corpi sofferenti? Come comunichiamo verbalmente e non verbalmente di fronte a forme di disagio che ci inquietano? Quanto teniamo conto del corpo, nella nostra pratica di servizio sociale?

Applicano quei metodi moderni che sono diventati, nel campo dell'assistenza sociale, altrettanto necessari quanto la competenza medica nella cura degli ammalati[4].

L'assistente sociale entra nell'ospedale con la legge n. 132 del 1968 – ma la sua figura non è prevista in organico fino al 1988 (decreto Min. San. 255). Questo ritardo è grave per il riconoscimento del lavoro dell'assistente sociale in campo sanitario – la cui collocazione è ancora lasciata alle direzioni ospedaliere, che decidono sui reparti di appartenenza. Nel 1999 viene introdotto (decreto legislativo n. 229) il principio di integrazione tra intervento sanitario e sociale sia nelle azioni di cura che di riabilitazione. Oggi l'attività ospedaliera dell'assistente sociale ha a che vedere con i percorsi di umanizzazione, i rapporti con le reti solidali – a cui sempre più spesso ci si affida per garantire la continuità terapeutica – ed altri attraversamenti assistenziali integrati che riguardano la persona ospedalizzata.

Il ruolo dell'assistente sociale nel campo della salute è socialmente percepito come limitato all'ambito ospedaliero – ove protagonista è l'organizzazione – oppure circoscritto ai problemi sociali, dalle tossicodipendenze alle disabilità. In realtà, in quasi tutti gli interventi di servizio sociale vi sono dimensioni che riguardano la salute *anche fisica* della persona: dai senza dimora alle vittime di violenza domestica, dagli anziani ai minori, dai disoccupati ai *drug users*, nella erogazione di servizi sociali ci troviamo di fronte a soggetti che, in maniera latente o evidente, necessitano una attenzione specifica sul piano della salute in senso olistico – poiché la loro condizione implica rischi certi e molteplici. In ogni spazio sociale, dai campi profughi ai quartieri poveri, dalle case famiglia alle discoteche, dai marciapiedi ai dormitori, molto spesso chi opera nel servizio sociale guarda alla condizione di disagio ma non alle conseguenze che ricadono sull'utente nella sua interezza di corpo-mente-spirito. Inoltre si ritiene che la salute fisica e mentale siano appannaggio della medicina e della psicologia e che ricadano esclusivamente sotto la competenza di chi si occupa professionalmente di tematiche legate alla salute, del personale medico e paramedico.

Il "Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali" del 2001-3 metteva in rilievo la necessità di un sistema integrato che coinvolgesse una

[4] Rita Cutini (2002, p. 59).

pluralità di attori pubblici e privati, istituzionali e non. L'assistenza sociale diveniva così non più solo impegno di stato, regioni e comuni ma anche di organizzazioni ed enti *no-profit*, patronati, Ipap (Corrà, 2005). La realizzazione del benessere sociale, infatti, può realizzarsi pienamente grazie al protagonismo di settori della società civile, ovvero alla corresponsabilizzazione e partecipazione dei soggetti interessati. Molte aree di intervento della assistenza sociale hanno a che fare con questioni di salute: i consultori famigliari, le residenze sanitarie assistenziali, l'assistenza domiciliare integrata, i centri diurni e quelli di riabilitazione, anche le varie forme di telesoccorso e telecontrollo.

Le problematiche riguardanti la salute – anche fisica - interessano tutti gli ambiti: le comunità alloggio e le case famiglia, le residenze sociali assistite e le case protette. Eppure il *background* delle future assistenti sociali non prevede corsi specifici sulla assistenza alla persona malata, sulla prevenzione dei rischi di malattia e sulla promozione della salute. Ancora una volta la professione – per tempi stretti, risorse scarse e quel "lavorare sull'emergenza" a cui ci stiamo abituando – opera a posteriori anziché in maniera preventiva; agisce a fatto avvenuto, a crisi aperta. In altri termini: l'assistente sociale interviene quando è più difficile ottenere risultati, come indica anche la ricerca internazionale, che vedremo più oltre. Se i servizi sociali devono essere in grado di realizzare tutte le attività necessarie ad aiutare le persone a superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che si incontrano durante la vita – la prospettiva della prevenzione diventa obbligatoria: l'ultima indagine Prometeo indica che le morti evitabili in Italia siano imputabili per il 30-40% alla mancanza di prevenzione (Salmaso, 2005). Fare lavoro sociale significa anche contribuire a ridurre questa incidenza laddove già si interviene professionalmente.

Le singole prestazioni definite a livello locale, nell'ambito dei programmi per le politiche sociali, riguardano ambiti, età, abilità e bisogni diversi: per gli anziani abbiamo le case di riposo, i centri sociali, le università della terza età, i pasti a domicilio e altre forme di assistenza domiciliare che riguardano da vicino la salute del soggetto, e che possono includere, oltre al monitoraggio di una malattia anche pratiche di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Oltre alle varie forme di assistenza economica che hanno l'obiettivo di garantire un reddito sufficiente a coloro che vivono in condizioni svantaggiate (assegni ed indennità per gli invalidi, portatori di handicap e disabili; sussidi per le famiglie, assegni di maternità, reddito di ultima istanza, contributi previdenziali, assegni sociali, contributi per l'alloggio), la persona malata può accedere all'assegno di cura ed alla copertura dei costi della spesa sani-

taria, all'indennità di accompagnamento e ad altre forme di contributo come quelli previsti a livello regionale per le persone affette dal morbo di Alzheimer. Ad esempio, la Regione Veneto stabilisce delle graduatorie determinate dal reddito: a parità di condizione economica diventa discriminante la valutazione della gravità della patologia e l'età (vengono favorite le persone giovani). L'importo é poco più di 500 euro e viene erogato ad un numero limitato di persone che devono essere assistite a domicilio, al fine di facilitare la loro permanenza in famiglia. Anche in questo caso, nella regione Veneto, è una associazione "Malattia Alzheimer" a rappresentare il maggiore tramite informativo e di contatto – a riprova della presenza, sempre più importante e visibile nel nostro paese, di un attivismo sulla salute positivo, progettuale, efficace (Capizzi, Scatolini, 2004; Sturlese, 2005) che ricopre un ruolo in molte malattie, anche quelle che fino a ieri vedevano la persona sola o con la propria famiglia. Siamo infatti di fronte ad un attivismo sulla salute maturo ed in crescita, in molti casi capace di interfaccia efficace con le istituzioni e di innovazione nell'intervento, capace talvolta anche di riorientare il servizio sociale verso azioni preventive e di promozione, rispetto a quelle riparative.

La salute fisica e mentale nei corsi di scienze del servizio sociale

> *Rapportarsi con la persona e non solo col suo bisogno richiede anche di possedere una certa arte educativa*[5].

Anche nella didattica del servizio sociale rileviamo un certo disequilibrio tra salute mentale e salute fisica – e l'assenza di integrazione tra questi due aspetti del benessere della persona. Nella salute mentale gli obiettivi del servizio sociale sono sintetizzati in quattro punti nel Dizionario di Maria Dal Pra Ponticelli, che vale riportare integralmente:

"1. contribuire con strumenti propri di analisi, progettuali e operativi, a prevenire l'aggravamento e le ricadute invalidanti del disagio psichico nella sua complessità bio-psico-sociale con interventi precoci e nelle situazioni a rischio di marginalizzazione ed esclusione sociale;

2. individuare strategie di intervento che contrastino i processi di definizione e di cronicizzazione della malattia mentale e/o la istituzionalizzazione attraverso l'attivazione di programmi personalizzati finalizzati al reinserimento e/o al mantenimento della persona utente nel proprio ambiente;

[5] De Menasce (1946), come citato in Elda Fiorentino Busnelli (2002).

3. contrastare l'emarginazione e lo stigma favorendo l'inclusione nella realtà sociale della persona, cercando di elevare il grado di comprensione e di accettazione sociale dei disturbi mentali, potenziando il sistema di rete intorno alla stessa, sostenendo e supportando le famiglie;

4. favorire l'emancipazione dal bisogno e dalla dipendenza attraverso interventi riabilitativi e di raccordo della persona paziente psichiatrico e la sua famiglia con il contesto sociale, e di aiuto nel reperimento e nell'utilizzazione delle risorse formali e informali disponibili sul territorio, mirate alla migliore possibile qualità della vita della persona utente" (Spisni, 2005).

Dalla riforma psichiatrica (legge n.180 del 1978) in poi, l'assistente sociale è progressivamente entrata/o nelle équipe dei servizi di salute mentale che rappresenta un importante intervento – nonostante le disomogeneità regionali e le diverse modalità organizzative – nei servizi sociali. Non succede lo stesso nel caso della salute fisica.

La malattia, con o senza ricovero ospedaliero, comporta uno squilibrio nei rapporti interpersonali, famigliari, lavorativi, amicali, con conseguenze psicologiche e sociali, talvolta economiche e giuridiche. Per questo l'assistente sociale deve essere attrezzato/a per "intervenire al fine di mantenere o ridare la possibilità di gestione autonoma della propria vita". Questo ha a che vedere anche con la prevenzione e l'informazione-educazione: "l'ottica unitaria della concezione di *salute,* oggi ampiamente proclamata anche nella recente normativa, è del tutto in linea con lo statuto etico e teorico del servizio sociale e richiede agli assistenti sociali capacità aggiuntive di analisi e di attivazione di strumenti per un lavoro di *integrazione* fra interventi, fra servizi e risorse, fra professioni sociali, sanitarie, educative" (Caprini, 2005).

Se guardiamo i *curricula* delle future assistenti sociali e il contenuto dei programmi dei corsi, mentre la salute psichica è trattata (sul piano delle patologie mentali, dalla eziologia ai percorsi di cura e riabilitazione), non si trovano molte chiavi di lettura della malattia e del disagio fisico nel background delle studentesse in servizio sociale. Ma il problema non è solo quello dell'offerta formativa.

Ciò che sembra mancare nella formazione dell'assistente sociale è il collegamento tra la pratica e la riflessione riguardante questi temi, che dovrebbero essere affrontati anche in altre materie. Fino a quando la salute in senso solistico non entrerà con decisione anche negli insegnamenti di sociologia generale e della famiglia nelle psicologie e nelle materie professionali, l'insegnamento di medicina sociale e sociologia della salute non possono fare molto, né per la formazione dei soggetti, né in termini di spostamento dell'attenzione nella pratica e nella riflessione professionale.

Parlare di salute a chi diventerà assistente sociale significa includere il corpo e la dimensione sessuale: nei miei corsi guardiamo anche alle problematiche delle persone gay e transessuali, ma anche a coloro che si considerano "normali", ai razzismi e alle omofobie che esprimono: discutiamo le diversità e come accoglierle, come ascoltarle. Cerchiamo anche di capire, nonostante la prevalenza che viene data al disturbo psichico, che le persone in difficoltà si trovano davanti a noi con il loro corpo: una profuga di guerra con segni di tortura ha bisogno di un colloquio ma anche di un *check up* completo; una prostituta può avere problemi mentali, di abuso, di droghe; ma anche malattie – non necessariamente veneree - tra cui quelle vascolari e le infezioni alle vie respiratorie per il lungo tempo passato al freddo e in piedi. Rimettere il corpo al centro è quindi importante per l'accoglienza della persona in senso olistico, e quindi per il miglioramento complessivo del servizio che le stiamo rendendo.

Gli studi sul lavoro dell'assistente sociale nell'ambito della salute

> *L'assistente sociale interviene nel punto in cui le persone interagiscono con il loro ambiente*[6].

Buona parte degli studi sul lavoro dell'assistente sociale nell'ambito della salute sono in lingua inglese e riguardano l'intervento dell'assistente sociale sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero e preventivo. I campi tradizionali sono i reparti oncologico, pediatrico, materno-infantile, psichiatrico (Johnson, 2005) e i reparti di pronto soccorso. Il volto del servizio sociale sta mutando nella direzione della salute, sostiene Sophia Dziegielewski in un recente testo *practice oriented*, che ha l'obiettivo di formare assistenti sociali in grado di prendere in carico professionalmente, di mettere in rete, le persone malate, siano esse in situazioni di *home care,* ospedale, o cliniche geriatriche. Il servizio sociale dovrebbe così mutare *anche* sostenendo la specializzazione di una nuova figura di *clinical social worker* (Dziegielewski, 2004) da inserire nelle équipe mediche e da diffondere sul territorio.

Oltre ai campi tradizionali ospedalieri, la nuova figura di assistente sociale nel settore della salute (*health social worker*) può farsi spazio nell'ambito della prevenzione, terreno strategico su cui sarebbe auspicabile una riflessione nelle scienze del servizio sociale (e nelle scienze sociali in generale). Come sottolinea Marco Ingrosso, padre del social-costruzionismo italiano sulla salute, non è chiaro se il termine prevenzione nasca in campo sociale o in campo sanitario (Ingrosso, 2005); talvolta, aggiungerei, non è nemmeno correttamente distinto l'uso dei due termini nel dibattito corrente a riprova della marginalità delle tematiche preventive e di *public health*, come lamentano gli esperti del settore anche in altri paesi a capitalismo maturo (International Forum for Social Science and Health 2005).

Storicamente, il carattere *no-profit* dell'intervento preventivo, rispetto a quello sanitario, è posto su un piano di minor rilievo anche nelle scelte delle carriere mediche; inoltre, la non immediata misurabilità dei risultati di un investimento sulla prevenzione spinge spesso i decisori verso altri terreni considerati più vantaggiosi e più spendibili politicamente. Sul tema dell'utilizzo di figure di assistenti sociali in ambito preventivo si sono moltiplicati gli studi in questi anni. Da segnalare il lavoro dell'indiano Surjit Singh Dhooper (1997), che anticipò come questo secolo avrebbe visto sia la prevenzione dei rischi di malattie che la promozione della salute nelle comunità come nuova frontiera per il ruolo del/la *social worker* e come sfida per i servizi.

Il tema della prevenzione può essere visto in maniera trasversale ai settori di intervento: una corretta presenza dell'assistente sociale tra le future mamme nei quartieri a basso reddito per prevenire le gestosi e i problemi di depressione della puerpera (Romito, 1990); tra le persone anziane, l'azione preventiva dell'assistente sociale può svolgere un ruolo determinante nella qualità della vita e nel minore accesso a servizi sanitari – come sostiene Barbara Berkman in un recente lavoro che punta su prevenzione, informazione e varie forme di alleviazione dei fenomeni depressivi della terza età, con decisa attenzione alle variabili economiche ed etniche – incoraggiando la messa in prassi con la persona anziana di forme di *empowerment* che generalmente vengono declinate ad uso delle persone più giovani (Berkman, 2003).

Soprattutto in risposta alla necessità di evitare ricoveri non necessari e dimissioni tardive, nel Regno Unito si assiste ad un graduale sviluppo di servizi di assistenza sociale collegati agli *accident and emergency department* (Bywaters, McLeod, 2003) che corrispondono ai nostri reparti di pronto soccorso. L'assistente sociale professionale può contribuire all'efficienza ed all'efficacia di altri servizi ospedalieri ed al tempo stesso divenire una porta di accesso per i servizi sociali. Ma alcuni ostacoli restano da superare: la mentalità che guarda alla pratica dell'assistenza sociale in modo ristretto; gli orari di lavoro del/la *social worker*, che generalmente non copre l'arco delle 24 ore ma quello dell'apertura di ufficio; il cronico sottofinanziamento di questo settore (Bywaters, McLeod, 2003).

Uno studio pilota descrive un buon numero di questioni pratiche che neces-

[6] *International Federation Social Workers e International Federation Schools of Social Work*, 2001.

sitano l'intervento di assistenza sociale nella persona anziana post-trauma, dopo un pronto soccorso: spesso la valutazione dei bisogni funzionali e sociali non è adeguata. Lo studio riporta che su 212 anziani/e di età maggiore ai 75 anni che avevano fatto ricorso all'area di emergenza senza poi avere un ricovero, nemmeno uno era stato riferito all'attenzione specialistica della gerontologia. La presenza part-time di un/a assistente sociale nei reparti di pronto soccorso – che rivede le cartelle di persone anziane rivoltesi all'ospedale per motivi percepiti come urgenti - può indirizzare in maniera positiva i bisogni di questa utenza (Bridges et al., 2000).

Anche nel caso di adolescenti che arrivano in pronto soccorso con i segni di violenze auto-procurate la presenza dell'assistente sociale si dimostra importante. Una ricerca descrittiva su 100 ragazzi/e di età fino a sedici anni (18 maschi e 82 femmine) indica la tendenza ad arrivare in ospedale da sole o accompagnate da persone non della famiglia. Solo un quarto di esse (25%) avevano avuto precedenti contatti con esperti di salute mentale o con i servizi sociali; eppure il 92% aveva utilizzato droghe farmacologiche (Nadkarni, 2000). Vista la inclinazione di alcuni (9%) a replicare i tentativi autolesionisti, ovvero la loro vulnerabilità, occorre intervenire sulla prevenzione del suicidio nella accoglienza - questo dovrebbe già essere nella formazione dell'assistente sociale: Bywaters e Rolfe (2002) indicano come riconoscere i segni dell'autolesionismo. Lo stesso vale anche per le persone senza casa, per le prostitute e per altre categorie a rischio suicidio come i/le omosessuali.

L'efficacia del lavoro di servizio sociale nei reparti di pronto soccorso è nota da tempo. Una ricerca pubblicata nel 1994 su *Social Work and Health Care* metteva in luce che la presenza di un/a *social worker* tende a ridurre significativamente la recidività nei ricoveri di emergenza nell'utenza interessata. I dati raccolti durante 12 mesi di servizio di lavoro sociale in una unità di emergenza – con una presenza limitata dalle 3 di pomeriggio alle 11.30 di sera - hanno confermato un declino nella recidività, soprattutto quando è stato utilizzato un approccio pro-attivo anziché orientato al semplice supporto (Keehn, Roglitz, Bowden, 1994).

Ma la presenza di un'assistente sociale professionista nel pronto soccorso può avere anche uno scopo preventivo, come indica il contributo della *Society for Academic Emergency Medicine Public Health* e il gruppo di lavoro *Education Task Force Preventive Services*. L'implementazione di una *Preventive Care in Emergency Department* significa prendersi una opportunità nel raggiungere settori della popolazione che altrimenti non avrebbero accesso ad informazioni preventive (Babcock et al., 2000). Questo è particolarmente vero in paesi come gli Stati Uniti, dove la maggior parte dei cittadini non usufruisce di copertura dei servizi sanitari, ma può accedere a quelli di emergenza attraverso apposite assicurazioni popolari. Mentre nei paesi come il nostro, la presenza di un/a assistente sociale nel pronto soccorso può essere importante per coloro che vivono ai margini della società – prostitute, transessuali, *homeless*, *drug user* – e per le persone in difficoltà per ragioni temporanee come minorenni in fuga, donne abusate fisicamente o sessualmente; l'entrata ad un reparto di pronto soccorso può costituire un importante punto di contatto con l'assistenza sociale e l'accesso ad informazioni preventive, per la riduzione del danno e per consulenze legali.

Inoltre, alcuni servizi preventivi e di diagnosi precoce possono essere effettuati nel pronto soccorso dopo un colloquio con un'assistente sociale professionista: dal test Hiv allo screening per l'ipertensione nelle persone a rischio, dall'immunizzazione contro pneumococchi negli anziani alla assistenza famigliare a bambini in stato di denutrizione o di negletto, dal *counseling* per smettere di fumare agli interventi di informazione geriatrica per la prevenzione delle cadute, dal *pap test* allo screening per violenza domestica, dalla prevenzione della depressione alle raccomandazioni sull'uso del casco e sulla guida sicura (Babcock et al., 2000). Tutti questi interventi entrano nelle mansioni preventive del/la *social worker*.

Sulla legittimità di tale "invasione" del campo preventivo vorrei menzionare la *agency* dei sostenitori della *pharmaceutical care*, di cui si discute anche nel nostro paese (Maturo, 2005). Durante un convegno internazionale indetto da *European Pharmaceutical Students'Association* e *International Pharmaceutical Students Federation*, tenutosi a Strasburgo (15-19 Ottobre 2003), si è evidenziato come la farmacia di comunità abbia esteso i propri interventi – oltre che alla prescrizione diagnostica – anche alla informazione preventiva nel territorio. In Portogallo, ad esempio, le farmacie si sono fatte carico di un notevole impegno nel lavoro di prevenzione Aids sul territorio, con risultati molto positivi, divenuti oggetto di studio come buona pratica. Se le farmacie di comunità possono essere viste come una rete praticabile per la prevenzione, lo sono certamente anche le assistenti sociali sul territorio, a livello ospedaliero ed extraospedaliero. E' chiaro che nel contesto italiano sarebbe necessaria una rivisitazione delle mansioni e dei reparti, sia dal punto di vista del lavoro sociale, sia dal punto di vista dell'intervento preventivo di cui il/la professionista di servizio sociale può farsi protagonista.

La definizione generale di *Social Worker* fornita dal *Department of Labor* degli Stati Uniti, enfatizza il servizio sociale nella salute: per coloro che hanno una malattia che minaccia la loro vita o altra malattia importante, negli interventi ambulatoriali, nella decentralizzazione dei servizi ospedalieri, nell'assistenza sanitaria di comunità, in quelle situazioni in cui l'operato del/la *social worker* va nella direzione del contenimento dei costi, come è specificato a chiare lettere nei documenti governativi. Per coloro che non scelgono la pianificazione e il *management,* ma preferiscono il lavoro a contatto con l'utenza, vengono specificati tre settori di specializzazione: bambini-famiglia-scuola; sanità e salute pubblica; salute mentale e abuso di sostanze (www.bls.gov). In tutti e tre i settori, come vedremo, la salute è considerata importante.

Nella prima area di intervento sono incluse questioni come l'assistenza in campo geriatrico e la violenza domestica (considerata emergenza salute per donne e bambini, sia sul piano fisico che psichico, Romito, 2001; Pallotta, 2001). Nella seconda area vengono indicati gli interventi per i malati acuti, trapiantati, cronici, terminali, e più specificatamente le necessità dei malati di Alzheimer, cancro ed AIDS: l'assistente sociale deve aiutare questi pazienti a ripianificare la propria vita quotidiana dopo le dimissioni dall'ospedale - a ricevere pasti pronti a casa, l'erogazione di ossigeno quando necessario - lavorando in *team* con medici, infermieri e psicologi in maniera interdisciplinare (www.bls.gov) e proponendosi come interfaccia tra la persona e la sua famiglia, tra i servizi sociali e le amministrazioni locali.

L'assistente sociale che si specializza in campo sanitario o di salute pubblica deve quindi avere una preparazione che si articola "dalla prevenzione alla cura alla riabilitazione": conoscenza delle malattie, del loro decorso e implicazioni, modalità di offerta di aiuto e capacità di interagire con personale medico e paramedico in modo professionale.

Anche nel terzo settore di intervento specialistico, nella salute mentale e nell'abuso di sostanze, si fa riferimento sia al lavoro dell'assistente sociale in campo ospedaliero che alle sue attività nelle comunità. La definizione di *clinical social worker* sottolinea una prossimità al lavoro di psicologi e *counselor,* nei servizi che includono la partecipazione durante le terapie, la riabilitazione sociale e l'intervento nei momenti di crisi. Anche altri settori a rischio salute vedono la presenza di questa figura: dalle persone senza fissa dimora a tabagisti ed alcolisti, dalle situazioni di povertà a quelle di violenza. Laddove l'assistente sociale identifica problemi di salute e opera per la loro soluzione, nel testo governativo si prevede la possibilità di suggerire soluzioni legislative o di attivarsi per raggiungere finanziamenti di nuovi programmi per sperimentarle (www.bls.gov).

La pubblicazione scientifica più letta dagli/dalle *health social worker* - che si occupano dell'assistenza sociale nel campo della salute, sia nell'ambito ospedaliero che nel territorio - è *Social Work in Health Care*. Questa rivista sulla cura della salute nei servizi sociali è inclusa nelle banche dati di *Medline*, *Index Medicus* e *Pubmed* e va segnalata come una delle dieci pubblicazioni che a livello mondiale contano più accessi in rete.

Una delle ragioni del successo di questa rivista è che vanta la primogenitura dell'interesse su servizio sociale e salute. Con un forte impegno nella teoria e nelle prassi di amministrazione, copre molte aree della salute fisica e mentale e dell'intervento sul territorio: dall'alcolismo all'assistenza ambulatoriale, dall'Aids alla pediatria, dalla salute della donna in generale a temi specialistici come il monitoraggio dell'uso di droga *post-partum*; dalla violenza domestica alle molte questioni che riguardano gli anziani. La rivista si occupa anche di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza, di questioni metodologiche e del dibattito contemporaneo su temi come la globalizzazione e i suoi effetti sul servizio sociale. Questa pubblicazione è un importante punto di riferimento non solo per i/le assistenti sociali ma anche per educatori, amministratori, ricercatori, tirocinanti, studenti, *manager* dei servizi sociali, *policy maker* e professionisti della salute, poiché offre l'opportunità di esplorare nuove tematiche, e aggiornare competenze professionali e conoscenze specifiche.

Per avere una idea del *range* di tematiche di studi e ricerche pubblicate possiamo guardare gli ultimi numeri di *Social Work in Health Care* nell'anno 2005: i saggi non si limitano ad analisi descrittive ma affrontano decisamente anche questioni teoriche: troviamo interventi critici sul supporto psico-sociale alle persone diagnosticate di cancro e sull'attivismo etico delle assistenti sociali; ricerche e riflessioni che vogliono rispondere a domande importanti. Per esempio: quali sono i predittori (ambientali e psico-sociali) del bisogno di servizio sociale? Come cambia il ruolo del servizio sociale con le persone malate di Aids? Quale training si può dare nelle scuole di servizio sociale per i terminali di cancro? Quali sono le implicazioni del *social work* con i/le parenti in situazioni di ansia per l'ospedalizzazione dei loro cari? Che tipo di servizi sociali, allo stato dell'arte, si possono sviluppare per la genitorialità minorile? C'è un rapporto tra la lunghezza del ricovero di anziani fragili in ospedale e intensità di relazione con l'intervento dell'assistente sociale? In generale l'ambito teorico della produzione in lingua inglese guarda

maggiormente a come l'assistenza sociale può invadere nuovi ambiti della salute e della malattia, piuttosto che alla inclusione di tematiche della salute nell'assistenza sociale: queste sembrano farne già parte in maniera abbastanza organica, nel *background* offerto dalle scuole di *social work*.

La necessità di documentare la produzione di servizi sociali in campo ospedaliero è un altro tema ricorrente – ed è indice del fatto che questo tipo di intervento di lavoro sociale non è accettato comunemente come utile negli ambiti dominati dalla medicina: la ricerca effettuata da cinque assistenti sociali della Mayo Clinic, sezione di servizi sociali, punta alla valorizzazione del loro lavoro sui casi, al fine di misurare la produttività dei/delle assistenti sociali e per "giustificare a posteriori" l'aumento di *staff* del 38% nel quinquennio 1997-2002 (Kossman et al., 2005). Ricerche di questo tipo ci inducono a riflettere su quanto siano sotto attacco i servizi sociali – spesso considerati non necessari – nel clima economico e politico del neoliberismo.

Studi sulla casistica nel servizio sociale ritengono erroneamente che l'assistente abbia dei contatti continuativi con la stessa utenza, mentre l'esperienza in molti settori, tra cui quello ospedaliero e della salute, indicano che molto più frequentemente si tratta di sessioni singole, ovvero di contatti *una tantum* con la persona in stato di bisogno (Gibbons, Plath, 2005). Sebbene a questo tipo di intervento non venga data la rilevanza che meriterebbe, un alto livello di competenza viene messo in atto dal/la *social worker* nello stabilire una relazione con l'utente, nel definire obiettivi e parametri, nell'aderire ai principi di autodeterminazione dei soggetti durante una prassi che è abbastanza direttiva (Gibbons, Plath, 2005).

I contatti unici tra assistente sociale ed utente nell'ospedale non ricevono riconoscimento istituzionale: vengono visti come interventi a pioggia, che si disperdono in molte direzioni, non valutabili in termini di costi e benefici. In realtà, questo tipo di lavoro è fortemente riproduttivo e andrebbe riconsiderato nell'insieme delle pratiche di accoglienza come un elemento di grande facilitazione: entrambe le persone coinvolte investono molto in questo tipo di relazione e l'utente ne trae un vantaggio discreto, ancorché non misurabile meccanicamente - come gran parte degli interventi preventivi.

Nonostante la consapevolezza diffusa sulle problematiche psicosociali che interessano le persone anziane, l'intervento di assistenza sociale spesso enfatizza maggiormente la necessità di provvedere a bisogni materiali e servizi concreti, rispetto alla sfera psicologica e relazionale. Un recente studio britannico mette l'accento su questo problema individuando buone pratiche nella gestione di casi che assumono anche l'intervento su questioni chiave della condizione della persona anziana (Ferry, Abramson, 2005).

La dimensione simbolica e comunicativa svolge un ruolo determinante nelle condizioni di salute della persona anziana, come dimostra una ricerca sperimentale sugli effetti della comunicazione non verbale tra assistenti e pazienti di una casa di riposo nel Veneto, condotta attraverso il metodo della osservazione partecipante. L'agire su questa sfera non può tuttavia essere lasciato alla personale buona volontà dell'assistente sociale: un modello generalizzabile di intervento olistico sui casi geriatrici sarebbe ormai possibile e necessario, anche per i suoi risvolti positivi di contesto, nella vita quotidiana delle famiglie delle persone anziane e nella qualità dell'intervento del/la *social worker* di geriatria.

Ma il lavoro dell'assistente sociale nel campo della salute non si limita solo alle fasce considerate deboli, anziani, donne e bambini: una ricerca quantitativa sugli adulti che utilizzano servizi ospedalieri diurni dimostra una stratificazione interna che rispecchia le ineguaglianze esistenti nel campo della salute, a livello di etnia, istruzione, grado di benessere mentale, risorse finanziarie e risorse sociali – mettendo al centro la necessità di una azione che dal servizio formale si estenda alla comunità (Dabelko, 2005).

Come la letteratura indica, il cancro al seno è una malattia in rapido aumento nei paesi industrializzati - e impatta drammaticamente sia la persona diagnosticata che la sua famiglia, e la comunità in generale (Corradi, 2004). In questi contesti, il lavoro dell'assistente sociale è considerato una parte importante dell'intervento anche durante il trattamento, al fine di fornire aiuto e mettere a punto strategie di *coping* per ridurre la negatività di questa esperienza (Shannon, Bourque, 2005). In particolare per le donne, questa malattia è mutilante sia sul piano fisico che sociale giacché non consente loro di assolvere al ruolo di cura famigliare, di cui sono ancora erogatrici principali quando non esclusive. Una ricerca qualitativa mette l'accento sul ruolo delle attività di *leisure* e supporto che l'assistente sociale può introdurre nel percorso di aiuto alla donna – tracciando anche elementi riguardanti l'istruzione delle future assistenti sociali (Shannon, Bourque, 2005).

---

[7] L'*advocacy* rappresenta un ruolo di sostegno professionale, politico, sociale. Il termine "advocacy" è traducibile con quello di "tutela dei diritti delle fasce deboli di popolazione". In tal senso si parla esplicitamente di "volontariato dei diritti" (Santanera, Gallo, 1998). Cfr. anche Rita Bressani che guarda all'*advocacy* come a "tutela di parte" nel *Dizionario di servizio sociale*, 2005.

[8] *Outreach* rappresenta una attività di raggiungimento: significa "andare a consultare le persone piuttosto che aspettare che esse vengano da noi". L'*outreach* può essere descritto come un processo di presa di contatto con una utenza che non si rivolge ai servizi pur necessitandoli. Mentre l'accoglienza fa riferimento alla disponibilità ed all'accessibilità del servizio, l'*outreach* fa riferimento ad un reclutamento attivo nel territorio, che si fonda sulla scoperta e sulla valutazione dei bisogni della comunità che non appaiono, che non vengono percepiti come tali o che non si manifestano nelle forme consuete.

Un altro settore di intervento extraospedaliero nel campo della salute riguarda l'*advocacy*[7] e l'*outreach*[8] di individui e gruppi sociali che si trovano a rischio di discriminazione o di marginalità – in questi contesti l'intervento dell'assistente sociale è spesso la sola carta da giocare per convincere consumatori cronici di droga o malati di Aids a ricorrere a cure mediche – ottenendo per loro brevi periodi di copertura assicurativa, nei paesi in cui il diritto alla terapia non è garantito (McBride et al.). L'*advocacy* e l'*outreach* sono pratiche ancora abbastanza trascurate nel nostro paese, nonostante esista una normativa relativa al volontariato di *advocacy*[9], in Italia non c'è ancora un dibattito su queste prassi, peraltro affermate in molti paesi. Vanno tuttavia segnalate alcune situazioni di advocacy nel campo della salute, tra cui l'esperienza *Symbios* a Lamezia Terme; scrivono gli autori di *Rapporto di fiducia*, esperti di servizio sociale: "Gli aspetti simbolici, culturali ed etici che il tema Aids/Hiv solleva" spingerebbero a "problematizzare il rapporto tra malattia ed immaginari attorno alla malattia così come ad ascoltare i linguaggi che costruiscono i discorsi intorno alla malattia" (Galati, Samà,Vergani, 2004). L'intervento specializzato ed includente di servizio sociale su un settore specifico diventa così spunto importante di riflessione su come la società si pone nei confronti di chi ha perso la salute, e ne vive lo stigma.

L'intervento sulle adolescenti in stato di gravidanza o madri/padri teen-ager è un altro tipo di azione extraospedaliera dell'assistente sociale che, come la ricerca indica, è in grado di produrre miglioramenti in termini di minore consumo di sigarette, alcol e droga, e maggiore uso di contraccettivi, mettendo anche in evidenza come i risultati più positivi riguardassero gli/le adolescenti entrati nel programma di assistenza sociale al momento della gravidanza, rispetto al gruppo di coloro che hanno fatto ingresso quando già in difficoltà nelle attività genitoriali (Sangalang, Rounds, 2005).

L'assistente sociale può trovare un nuovo ruolo anche in alcuni snodi della telemedicina, oggetto di recente attenzione in Italia (Moruzzi, Cipolla, 2004). Laddove vengono effettuati programmi di *support group* professionalmente facilitati *ondine* con le persone malate di Parkinson, sembra esservi un esito positivo nonostante il *dropout* sia ancora alto (39%). Le persone partecipanti mostrano un miglioramento complessivo della qualità della vita e una diminuzione significativa del grado di depressione - come pubblicato recentemente su *Social Work in Health Care* (Lieberman et al., 2005).

Anche in Australia la ricerca sulla esperienza di *leadership* di assistenti sociali nei *support group* tra le persone malate di cancro mostra livelli diversi di soddisfazione, in buona parte spiegabili con la qualità del *training* ottenuto durante il percorso formativo dalle diverse *social worker* in posizione di *leader*: oltre alle competenze generali e alle inclinazioni personali, la differenza nelle *performance* riguardava le capacità comunicative e di guida che avevano accumulato nel proprio bagaglio professionale (Butow et al., 2005).

Un campo nuovo e importante per l'assistente sociale riguarda la prevenzione dell'*ictus*: la letteratura scientifica indica che più della metà di tali accadimenti sono prevenibili. L'azione di informazione pubblica nelle comunità è diretta a reclutare allo *screening* le persone a rischio (perché obese o con la pressione alta), riferendole all'attenzione medica. L'assistente sociale può giocare un ruolo importante in questa *partnership* con il personale sanitario: l'incidenza dell'*ictus* è aumentata negli ultimi anni divenendo una delle maggiori cause di disabilità nella persona anziana (Mjelde-Mossey, 2005). Il/la *social worker* agisce in base alla sua internità sociale potenziandola attraverso un intervento psicosociale che ne favorisca la sensibilizzazione e l'autoorganizzazione, ma anche grazie a competenze gerontologiche che l'assistente sociale operante in questo settore deve avere.

Le ricerche negli Usa evidenziano che l'*ictus* è già diventato la causa principale di disabilità e la terza causa di morte, mentre la consapevolezza del rischio è particolarmente bassa, specie tra le minoranze etniche e le persone residenti di aree rurali: una ricerca condotta nella Virginia occidentale indica che anche nelle regioni dove vivono bianchi poveri vi è minore accesso ad informazione. Pertanto la rete del servizio sociale può essere mobilitata per accrescere la consapevolezza dei rischi e per aumentare il grado di corretta decodifica dei segni premonitori dell'*ictus* – che viene segnalato come molto basso, al 20% (Alkadry et al., 2005).

Anche in India, una ricerca su 11 scuole di servizio sociale mette in luce che è diffuso da tempo l'utilizzo di assistenti sociali per le persone malate di Aids, ma le conoscenze della malattia sono ancora modeste: tre quarti degli studenti ammette la mancanza di competenze specifiche sull'assistenza sociale in questo settore. La ricerca suggerisce alcune possibilità di modificazione dei *curricula*, che potrebbero includere il rapporto reale con persone malate, considerato il maggiore fattore di aumento della competenza. Rendere appropriata la formazione nelle scuole significa includere anche l'informazione sulle vie di contagio della malattia e le sue dimensioni di genere; gli orientamenti sessuali e le strategie di modificazione del comportamento per ridurre l'incidenza (Sachdev, 2005).

Tale necessità è sostenuta anche da Vincent Lynch (Direttore del Centro Nazionale di Ricerca e Formazione, Social Work, Boston College) in un testo sulla prevenzione *Aids per assistenti sociali: Hiv/Aids at Year 2000:*

[9] La normativa è consultabile su http://www.edscuola.it/archivio/handicap/advocacy.htm

A Sourcebook for Social Workers. L'autore afferma che "per una pratica competente, tutti gli/le assistenti sociali necessitano di avere una preparazione sulle problematiche dell'Hiv, al fine di servire le popolazioni a rischio" e questo dovrebbe avere una prospettiva ecosistemica, che esamini come l'epidemia tende a colpire i poveri, le comunità svantaggiate e le minoranze etniche in maniera sproporzionata (Lynch, 2000).

Il discorso preventivo ci sospinge verso la dimensione interdisciplinare della ricerca nelle scienze del servizio sociale. Mentre la multi-disciplinarietà già esiste, l'inter-disciplinarietà ancora stenta ad affermarsi e va incoraggiata: purtroppo oggi, come sostiene Pietro Fantozzi, la sensibilità verso la dimensione interdisciplinare è più bassa degli egoismi disciplinari; ma chi ama veramente la propria disciplina non può che muoversi verso una collaborazione con gli altri campi in maniera orientata al bisogno sociale.

Anche Mary Whiteside, nella rivista di *Australian Social Work*, propone un contributo sul tema della collaborazione interdisciplinare, considerata necessaria per affrontare le determinanti sociali della salute (Whiteside, 2004), che include l'interazione tra chi fornisce i servizi, chi fa ricerca, e chi decide le politiche sociali, collaborazione ritenuta indispensabile da più parti ma ancora insufficiente: le diverse discipline coinvolte, infatti, continuerebbero a lavorare prevalentemente chiuse nei loro "silos".

Lo studio della Whiteside analizza le barriere esistenti alla cooperazione interdisciplinare attraverso *case study* sulle diverse relazioni che la scienza del servizio sociale ha con la salute pubblica. Le due discipline hanno molto in comune, più di quanto si crede, sostiene l'autrice, e c'è un grande potenziale per il lavoro in comune che potrebbe essere fruttuoso nell'obiettivo di raggiungere maggiore equità sociale. Questo sarebbe possibile con un serio impegno a sviluppare una analisi politica condivisa, linguaggi comuni e una concordata cornice di azione (Whiteside, 2004).

Un altro campo di intervento di prevenzione primaria e secondaria riguarda la violenza di genere, riconosciuta a livello mondiale come emergenza salute per le donne. Nel 2005, il 28 maggio (giornata internazionale di azione per la salute della donna) è stato dedicato a manifestazioni contro la violenza di genere: in Camerun, Iran, Filippine e in altri 40 paesi attraverso iniziative pubbliche, *sit-in*, cortei, assemblee del personale medico e delle attiviste per la salute della donna, trasmissioni radiofoniche; in India con il solenne giuramento delle infermiere di intervenire sempre, di non tacere mai, davanti ai segni di violenza (Women Global Network for Reproductive Rights 2005).

Nel nostro paese le istituzioni e i servizi per sostenere le donne e i

minori vittime di violenza in famiglia risultano drammaticamente inadeguati: secondo la ricerca di Laurel Weldon, l'Italia è molto arretrata nell'attuare politiche nazionali per contrastare la violenza alle donne. In una lista di 36 paesi, democratici da almeno 20 anni, al primo posto vi sono Canada e Australia, all'ultimo Botswana e Italia (Romito, 2005). Non sono solo le donne a produrre ricerca su questo tema: John McDonald, sull'*Australian Social Work*, vede un peggioramento epocale nei servizi deputati ad accogliere le vittime di violenza maschile e sostiene che il neoliberismo influenza l'individualizzazione e la patologizzazione dei problemi sociali, come dimostra il suo studio sui servizi di supporto per i casi di violenza domestica (McDonald, 2005).

In passato l'approccio prevalente in questo campo era inficiato da attitudini di biasimo della vittima (*blame the victim*) – un atteggiamento contro cui ha lottato il movimento femminista – nella direzione di una prospettiva di potenziamento (*empowerment*)[10] individuale e di genere. Oggi, nonostante l'aumento del fenomeno, si assisterebbe ad una psicologizzazione che depoliticizza gli abusi sulle donne – li rinomina ed alla fine li occulta alla consapevolezza generale (Romito, 2005).

Il processo di globalizzazione neoliberista non incide in senso peggiorativo solo sulle ineguaglianze di genere e sui rapporti di potere tra uomo e donna: con l'iniqua distribuzione dei vantaggi che il suo sviluppo comporta, e con la privatizzazione di molti servizi essenziali, le politiche neoliberiste creano o aggravano una serie di problemi sociali che si riflettono negativamente sulla salute delle genti. Una *survey* sugli effetti della globalizzazione nel lavoro di servizio sociale in Australia ha messo in luce un forte interesse sul tema ed una valutazione condivisa tra gli/le assistenti sociali riguardo i processi globali che influenzano la loro utenza e la loro pratica, indicando una necessità di approfondimento (Findlay, McCormack, 2004).

Anche Cynthia Moniz e Stephen Gorin in un recente testo introducono una prospettiva sui danni causati dall'uragano neoliberista sull'assistenza sociale: *Health and Health Care Policy: A Social Work Perspective* tratta delle trasformazioni avvenute nelle politiche per la salute e nei servizi sociali dopo l'*Health Maintenance Act* del 1973. Gli autori offrono una critica della filosofia e della pratica di *managed care* e una analisi sulle sue implicazioni in termini di disparità nella salute (Moniz, Gorin, 2003).

La crisi del Welfare (Vicarelli, 2005), la privatizzazione dei servizi e

[10] Traduco *empowerment*, come potenziamento sociale nei confronti di coloro che soffrono per diseguali condizioni di partenza o per forme di auto-incapacitamento (*learned helplessness*) o per *internalized oppression* – ovvero oppressione interiorizzata ed agita contro di sé, anche in assenza della figura dell'oppressore. Cfr. anche la definizione di Patrizia Sartori nel Dizionario di Servizio Sociale.

gli effetti sul benessere della gente sono presenti in molti contributi con preoccupazione. L'insicurezza dell'accesso ai servizi sociali e sanitari per le fasce più deboli è oggetto di un recente saggio di Becker, ove si discute la situazione di coloro che non possono lavorare – a causa di malattie, disabilità o responsabilità di cura verso altre persone - e quindi assicurarsi tali servizi e uno *standard* di vita dignitoso. La situazione attuale può cambiare solo dal basso a partire da un ruolo più attivo di chi lavora nei servizi sociali, per combattere la povertà, l'insicurezza e per promuovere benessere e inclusione sociale (Becker, 2003).

Conclusioni

Vorrei terminare questo lavoro con alcune riflessioni di tipo epistemologico e altre di tipo pragmatico. Se è vero che le scienze del servizio sociale sono nate per coniugare esperienza e ricerca nella formazione di assistenti sociali, è necessario che il servizio sociale divenga praticabile *anche* come ambito conoscitivo. Siamo cioè di fronte ad un percorso disciplinare che nasce in ambito educativo e che vede un duplice fecondo scambio tra discipline: da una parte la ricerca nelle scienze sociali orientata alla produzione di servizio, dall'altra il servizio sociale come luogo in cui si genera *anche* ricerca, scienza, teoria.[11]

In questo saggio abbiamo guardato alla salute pubblica come ambito del lavoro di servizio sociale. La salute è bisogno primario e diritto inalienabile delle persone; è divenuto terreno di associazionismo (Ferrari, Vicentini, 2004; Capizzi, Scatolini, 2004), di mutuo aiuto tra le persone (Sturlese, 2005), di solidarietà e di mutamento nelle comunità. Sempre più spesso l'assistente sociale ha a che fare con problemi nuovi riguardanti la salute – oppure con problemi vecchi in forme nuove – con attori sociali, gruppi, persone che vogliono vivere la salute da protagonisti, che non sono soddisfatti di ciò che offrono le istituzioni, le quali a loro volta sono sotto pressione finanziaria e tendono ad offrire di meno, sia nel servizio materiale che non materiale.

Come ci insegnano le associazioni delle persone malate, l'auto-aiuto

[11] Su questo, già nel 1988, Franca Olivetti Manoukian criticava gli studi prescrittivi - l'abbondanza di ricerche dedicate a rilevare lo scarto tra leggi e realtà nelle organizzazioni sociosanitarie - per mettere l'accento sulla necessità di studi che guardassero all'agire organizzativo concreto, a quanto i soggetti debbano discostarsi dalle norme per adattarsi al contesto, a come nuove regole vengano prodotte sul campo. Da tale considerazione possono emergere modelli teorici rilevanti secondo i modelli della *grounded theory*.

si basa sulla "dinamica paradossale attraverso la quale coloro che saranno più disponibili a offrire sostegno, cura, ascolto e attenzione in realtà potranno ottenere essi stessi maggiori benefici in termini di amicizia, approvazione sociale, miglioramento dell'immagine di sé. Tali elementi connotano il prodotto finale del processo di auto-aiuto come il tipico esempio di 'bene relazionale'" (Cecchi, 2005). Se il lavoro dell'assistente sociale non si affina al punto da poter fornire questo bene relazionale, rischia di ritrovarsi svuotato dall'interno: il servizio sociale è un lavoro di cura, un mestiere vocazionale che richiede grandi competenze, e che deve tenersi al passo con i tempi, con i nuovi bisogni di professionalità.

Ci può aiutare un riferimento al concetto di "salute sociale" che Mara Gradassi elaborava in un saggio pubblicato quindici anni or sono - ma ancora di grande attualità – sulla *Rassegna di Servizio Sociale*, dal titolo "Educazione alla salute e servizio sociale". L'autrice sostiene che "lavorare per la tutela della salute significa lavorare per una società in cui il valore dell'essere sia superiore a quello dell'avere", una società dove la persona sia il bene principale e dove la preoccupazione principale non sia la produzione economica ma l'aumento della capacità creativa della persona, ovvero la sua realizzazione. Infatti, come prosegue "la salute sociale si può far derivare dagli aspetti relazionali dei momenti di sviluppo dell'individuo" nei vari ambiti; "ne deriva che la salute sociale ha dei suoi agenti patogeni specifici legati al sistema di valori di una determinata società e quindi l'Educazione alla Salute trova la sua centralità nell'atto preventivo, che opera a livello culturale per veicolare ideologie 'controcorrente' come il valore dell'essere, dei rapporti interpersonali significativi, della solidarietà, della accettazione delle diversità. Allora possiamo affermare che l'assistente sociale è 'agente di mutamento' con una funzione educativa e pedagogica specifica" (Gradassi, 1990).

Per queste ragioni il mio auspicio è che la salute entri tra i temi delle discipline che vengono oggi insegnate nei corsi di laurea di primo livello, attraversando positivamente le sociologie, le materie professionali di aiuto alla persona, la metodologia - ma anche le materie di economia, diritto, storia, antropologia. Non vedo questo processo di assegnazione di importanza come alternativo alla creazione di un nuovo profilo, ma semmai come precondizione alla messa a punto di specializzazioni che soddisfino i bisogni particolari del nostro paese in questa fase storica.

La non settorializzazione dell'intervento sociale in ambito ospedaliero viene generalmente interpretata come assenza di competenze. In attesa di una piena dipartimentalizzazione "è interessante ipotizzare un dipartimento dei servizi sociali che aggreghi: il servizio sociale professionale, unità opera-

tive socioeducative per i reparti di lungodegenza e di patologie degenerative croniche, l'Urp-Unità valutativa per la dimissione protetta, associazioni di volontariato accreditate presso l'ospedale, unità operative per l'assistenza extraospedaliera" (Dal Pra Ponticelli, 2005). Nella transizione è quindi necessario forgiare specifiche competenze sulla salute e sulle malattie, adeguate a quel ruolo polivalente e interdisciplinare che la legge e la realtà richiedono in campo preventivo, di promozione della salute, e di cura, sia sul territorio che in ambito ospedaliero.

In questo lavoro abbiamo guardato anche alla presenza/assenza del corpo nel lavoro di servizio sociale e valutato la necessità di maggiore attenzione alla salute in senso olististico. Le ricerche spendibili nelle scienze del servizio sociale sono molte, dalla sociologia sanitaria e della salute (Cipolla, 2004; 2005), a sociologia dell'organizzazione, antropologia sociale e studi di genere. Vi sono anche ricerche effettuate in ambiti disciplinari ancora non molto presenti in Italia, come gli studi di sociologia della morte (Corradi, 1993; Cavagnaro, Cinotti, Sambucetti, 2005; Sturlese, 2005) utilizzati da decenni in diversi paesi per l'umanizzazione del percorso della persona morente. Come per la sessualità, il tema della morte rappresenta nel nostro paese un'area trascurata: sono entrambi argomenti che riguardano il corpo, l'uno come espressione di desiderio, di *eros*, l'altro come espressione di finitezza, di *thanathos*.

La letteratura internazionale indica molti campi - a livello ospedaliero, extraospedaliero e sul territorio - in cui il/la *social worker* interviene in maniera efficace: agendo *prima* che si presentino i problemi di salute, siano essi di natura fisica o psichica. Riconcettualizzare il ruolo di chi opera professionalmente nel sociale come agenti di prevenzione e di cambiamento sociale - "agents of prevention and social change" (Campanini, Frost, 2004) - già succede laddove il *social worker* riesce ad includere il ruolo di educazione sociale. Già succede dove le assistenti sociali vanno nelle scuole a fare prevenzione dell'anoressia e della bulimia, in Austria e Norvegia, dove i *social worker* si occupano anche di problemi ecologici e possono ricevere *training* sulla salute ambientale - negli Stati Uniti dove possono specializzarsi come *health social workers*. Si tratta di modalità diverse di inclusione delle tematiche relative alla salute nelle scienze del servizio sociale, alcune forme sono complementari, altre alternative: quanto scritto non ha certo pretesa di completezza sui modi in cui i vari paesi hanno affrontato tale integrazione, ma semplicemente la volontà di indicare l'urgenza di un dibattito sulla connessione tra scienze del servizio sociale e salute pubblica e ambientale, anche in luce di una possibile modifica dei curricula.

Occorre infine creare un contesto di maggiore interazione tra scienze sociali e di sinergia a cominciare dallo scambio sui risultati delle ricerche, siano esse sociologiche, antropologiche, psicologiche e pedagogiche. Si tratta di creare il punto di inizio di una sintesi creativa delle discipline sociali, poiché la scienza deve corrispondere al bisogno. Credo che le scienze del servizio sociale – collocandosi tra teoria e prassi - siano oggi nella migliore posizione per iniziare un cammino di interdisciplinarietà nel nostro paese e che i temi della salute e del corpo ne rappresentino un terreno di sfida, inevitabile e avvincente.

Bibliografia essenziale

Alkadry, M. et al., "Stroke Awareness Among Rural Residents: The Case of West Virginia", *Social Work in Health Care*, vol. 42 n. 2, pp. 73-92, 2005.

Babcock, C. et al., "Clinical Preventive Services-An Emergency Medicine Evidence-based Review", *Academic Emergency Medicine*, vol. 7 n. 9, pp. 1042-1054, 2000.

Balbo, L. *Time to care, Politiche del tempo e diritti quotidiani*, Angeli, 1987.

Becker, S.,"'Security for those who cannot': Labour's neglected welfare principle", in Millar, J. (ed.) *Understanding Social Security: Issues for Policy and Practice*, The Policy Press, Bristol, pp. 103-122, 2003.

Berkman, B. Harootyan, L. (eds.), *Social Work and Health Care in an Aging Society: Education, Policy, Practice, and Research,* Springer Publishing, New York, 2003.

Borgna, P. *Sociologia del corpo*, Laterza, Bari 2005.

Bridges, J. et al., "A health visitor for older people in an accident and emergency department", *British Journal of Community Nursing*, vol. 5 n. 2, pp. 75-80, 2000.

Brizzi, L. Cava, F. *L'integrazione socio-sanitaria. Il ruolo dell'assistente sociale*, Ed. Carocci, Roma, 2003.

Burgalassi, M. "Dall' integrazione sociosanitaria alle politiche per la salute: Verso una governance della continuità assistenziale", *Rassegna di Servizio Sociale,* n. 1, 2006.

Butow, P. et al. "Sustaining Leaders of Cancer Support Groups: The Role, Needs and Difficulties of Leaders", *Social Work in Health Care*, vol 42 n. 2, pp. 39-55, 2005.

Bywaters, P. McLeod, E. "Social care's impact on emergency medicine", *Emergency Medicine Journal,* n. 20, pp. 134-137, 2003.

Bywaters, P. Rolfe, A. *Look Beyond the Scars*, London, NCH, 2002

(www.nch.org.uk).
Campanini, A. Frost, E. *European Social Work. Commonalities and Differences*, Carocci, Roma, 2004.
Capizzi, S. Scatolini, E. "L'associazionismo per la salute nel nuovo welfare tra identità dell'agire e cultura organizzativa", in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di Sociologia della Salute*, vol. 1 – Teoria, Franco Angeli, Milano, pp. 430-453, 2004.
Caprini, C. voce "Servizio Sociale e Salute", in Dal Pra Ponticelli M. (diretto da), *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci, Roma, 2005.
Cavagnaro, P. Cinotti, N. Sambucetti, P. *Dalla centralità dell'ospedale alla centralità della persona. La cura in situazioni di terminalità e la formazione degli operatori*, Angeli, 2005.
Cecchi, S. voce "Autoaiuto", in Dal Pra Ponticelli M. (diretto da), *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci, Roma, 2005.
Chiarenza, A. "Gli ospedali migrant-friendly: un'iniziativa europea di promozione della salute degli immigrati e delle minoranze etniche", in Cipolla, C. (a cura di), *Manuale di Sociologia della Salute*, vol. 3 – Spendibilità, Franco Angeli, Milano, 2005.
Cipolla, C. (a cura di), *Manuale di Sociologia della Salute*, (3 vol.) Franco Angeli, Milano, 2005.
Coracci, P. Giammaria, L. (a cura), *Lezioni teorico pratiche per operatori socio-sanitari*, Sussidi didattici Eiss, Roma, 2000.
Chiaretti, G. "Badanti, mal da lavoro, mal da rapporti sociali, fronteggiamenti", in Chiaretti, G. (a cura di), *C'è posto per la salute nel nuovo mercato del lavoro?*, Franco Angeli, Milano, 2005.
Conti, C. "Modelli migratori e bisogni socio-sanitari: una ricerca", in Cipolla, C. (a cura di), *Manuale di Sociologia della Salute*, vol. 3 – Spendibilità, Franco Angeli, Milano, 2005.
Corrà, D. *La disciplina delle nuove Ipab*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2005.
Corradi, L. *Nuove Amazzoni. Il movimento delle donne contro il cancro al seno*, Derive/approdi, Roma, 2004.
Corradi, L. 'Quando il corpo é ambiente', in Spano, I. (a cura di) *Complessità eco-sistemica e sviluppo eco-sostenibile*, Edizioni Sapere, Padova, 2001a.
Corradi, L. 'Feminism of Color Challanges White Sociological Theory and Color-blind Eco-feminism', in Demos, V. Texler Segal, M. *An International Feminist Challenge to Theory,* Isa -International Association of Sociology, Elsevier Science, Oxford, 2001b.
Corradi, L. "Le città just-in-time. Per una critica del tempo neoliberale", in

Paolucci, G. (a cura di), *La città macchina del tempo*, Angeli, Milano, 1998.
Corradi, L. "Taccuino dal Chiapas", *Altre Ragioni*, n. 6, 1997.
Corradi, L. 'Per una sociologia della morte e del morire' (I parte), *Antigone,* vol. 5 n. 1; (II parte), *Antigone,* vol. 5 n. 2; (III parte), *Antigone*, vol. 5 n. 3; (IV parte), *Antigone*, vol. 5 n. 4, 1993.
Corradi, L. *Il tempo rovesciato*, Angeli, Milano, 1991.
Cutini, R. "Il servizio sociale italiano nel secondo dopoguerra. La nascita della scuola nazionale di servizio sociale per religiose", *La rivista di servizio sociale*, Istituto per gli studi sui servizi sociali, anno XLII, n. 2, giugno 2002.
Dabelko, H.I. "A Comparative Analysis of Short Stays versus Long Stays in Adult Day Health Care Programs", *Social Work in Health Care*, vol. 42 n. 1, pp. 57-71, 2005.
Dal Pra Ponticelli, M. *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber, Roma, 2005.
Department of Labor, *Bureau of Labor Statistics*, U.s. Government (www.bls.gov).
Dhooper, S.S. *Social Work in Health Care in the 21st Century*, Sage, Londra, 1997.
Douglas, M. *Purezza e pericolo*, Il Mulino, Bologna, 1993.
Dziegielewski, S. F. *The Changing Face of Health Care Social Work*, Springer Publishing, New York, 2004.
Ferrari, V. A. Visentini, R. *La tela di Penelope. Psicologia di comunità, lavoro di rete e gruppi per persone coinvolte in una patologia invalidante*, Franco Angeli, Milano, 2004.
Ferry, J. L. Abramson, J. S. "Toward Understanding the Clinical Aspect of Geriatric Case Management", *Social Work in Health Care*, vol. 42 n. 1, pp. 35-56, 2005.
Findlay, M. McCormack, J. "Globalisation and social work: A snapshot of Australian practitioners' views", *Australian Social Work,* vol. 57 n. 4, 2004.
Fiorentino Busnelli, E. "Principi e valori fondanti la professione: le prospettive degli anni 44-50", in *Servizio sociale e Democrazia*, Società per la storia del servizio sociale, Istituto per gli studi sui servizi sociali, Quaderno n. 17, 2004.
Foucault, M. *La volontà di sapere, Storia della sessualità*, Feltrinelli, Milano, 2001
Galati, M. Samà, A. Vergani, E. *Rapporto di fiducia. Azioni, metodologie, attori e apprendimenti di una progettazione sociale partecipata*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2004.
Galavotti, M.C. "La cura del neonato e della sua famiglia. Un progetto di integrazione socio-sanitaria", *La Rivista di Servizio Sociale*, n. 4, 2004.
Gibbons, J. Plath, D. "Everybody Puts a Lot Into It: Single Session Contacts in

Hospital Social Work", *Social Work in Health Care*, vol. 42 n. 1, pp. 17-34, 2005.
Gradassi, M. "Educazione alla salute e servizio sociale", *Rassegna di Servizio Sociale* n. 1, gennaio-marzo, Roma, 1990, pp. 69-83.
Guizzardi, G. *Star bene. Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*, Il Mulino, Bologna, 2004.
Hooks, B. *Elogio del margine. Razza, sesso e mercato culturale*, Feltrinelli, Milano, 1998.
Ingrosso, M. voce " Prevenzione/Promozione", in Dal Pra Ponticelli, M. (diretto da) *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber, Roma, 2005.
International Forum for Social Science and Health, "Health Challenges of the Third Millenium", *World Congress Proceedings*, Istambul, Yeditepe University, 21-26 August, 2005 (www.ifssh.org).
IFSW, *International Federation Social Workers* (www.ifsw.org).
IASSW, *International Association Schools of Social Work* (www.iassw-aiets.org).
Johnson, J.L. *Casebook: Medical Social Work*, Grand Valley State University, Allyn & Bacon, 2005.
Johnsson, E. Svensson, K. "Theory in social work—some reflections on understanding and explaining interventions", *European Journal of Social Work*, vol. 8 n. 4, pp. 419-433, 2005.
Keehn D.S., Roglitz C., Bowden M.L., "Impact of social work on recidivism and non-medical complaints in the emergency department", *Social Work Health Care*, vol. 20, n.1, pp. 65-75, 1994.
Kossman, D.H. et al., "Measuring Productivity in Medical Social Work", *Social Work in Health Care*, vol. 42 n. 1, pp. 1-16, 2005.
Lynch, V.J. (ed), *HIV/AIDS at Year 2000: A Sourcebook for Social Workers*, Allyn & Bacon, 2000.
Maturo, A. "La farmacia dei servizi: un'introduzione", in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di Sociologia della Salute*, vol. 3 – Spendibilità, Franco Angeli, Milano, 2005.
McBride, D.C. " Back to Basics: The Role of Health Insurance in Getting a Physical Exam", *Social Work in Health Care*, vol. 42 n. 1, pp. 93-106, 2005.
McDonald, J. Neo-liberalism and the pathologising of public issues: The displacement of feminist service models in domestic violence support services", Australian Social Work, vol. 58 n. 3, 2005
Lieberman, M.A. et al., "Online Support Groups for Parkinson's Patients: A Pilot Study of Effectiveness", *Social Work in Health Care*, vol. 42, n. 2, pp. 23-38, 2005.
Mjelde-Mossey, L.A. "Social Work's Partnership in Community-Based Stroke

Prevention for Older Adults: A Collaborative Model" , in *Social Work in Health Care*, vol. 42 n. 2, pp. 57-71, 2005.
Moniz, C. Gorin, S. *Health and Health Care Policy: A Social Work Perspective*, Allyn & Bacon, 2003.
Moruzzi, M. Cipolla, C. "Telemedicina", *Salute e società*, Anno 3, Supplemento al n. 3, 2004.
Nadkarni, A. et al., "Characteristics of children and adolescents presenting to accident and emergency departments with deliberate self harm", *Emergency Medicine Journal*, n. 17, pp. 98-102, 2000.
Olivetti Manoukian, F. *Lo stato dei servizi, Una analisi psicosociologica dei servizi sociosanitari*, Il Mulino, Bologna, 1988.
Olmetti, M. "La famiglia e la demenza di Alzheimer", *Rassegna di Servizio Sociale*, n 2, 2006
Organizzazione Mondiale della Sanità, *Dichiarazione di Alma Ata*, 1978 (www.who.int).
Pallotta, N. "Violenza e salute: la ricerca sulle patologie gastroenterologiche" in Reale E. (a cura di), *Una salute a misura di donna*; Ministero Pari Opportunità, Roma, 2001.
Piva, P. *L'intervento organizzativo nei servizi socio-sanitari*, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993.
Pompei, D., "Il servizio sociale e l'immigrazione: l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale", *La Rivista di Servizio Sociale*, n. 2, 2002.
Romito, P. *Lavoro e salute in gravidanza*, Franco Angeli, Milano, 1990.
Romito, P. "Violenze contro le donne, conseguenze sulla salute e ruolo dei servizi socio-sanitari" in Reale E. (a cura di), *Una salute a misura di donna*; Ministero Pari Opportunità, Roma, 2001
Romito, P. *Un silenzio assordante. La violenza occultata su donne e minori*, Franco Angeli, Milano, 2005.
Rudvin, M. "Interprete medico, interprete sociale o mediatore culturale linguistico? Le esigenze di comunicazione interculturale in ambito socio-sanitario", in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di Sociologia della Salute*, vol. 3 – Spendibilità, Franco Angeli, Milano, 2005.
Russo, A.M. De Lorenzi, S. "L'Aids e l'assistenza domiciliare: la centralità della famiglia", *Rassegna di Servizio Sociale*, n. 4, pp. 108-116, 1999.
Sachdev, P. "AIDS Related Knowledge, Attitudes and Professional Preparation Among Social Work Students in India", *Social Work in Health Care*, vol. 42 n. 2, pp. 93-113, 2005.
Salmaso, D. voce "Salute", in Dal Pra Ponticelli, M. *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber, Roma, 2005.

Sangalang, B.B. Rounds, K. "Differences in Health Behaviors and Parenting Knowledge Between Pregnant Adolescent and Parenting Adolescent", *Social Work in Health Care*, vol. 42 n. 2, pp. 1-22, 2005.
Santanera, F. Gallo, A.M. *Volontariato. Trent'anni di esperienze: dalla solidarietà ai diritti*, Utet, Torino, 1998.
Sgrignuoli, A. *Donne migranti dall'accoglienza alla formazione. Una analisi culturale dentro e fuori i servizi*, Franco Angeli, Milano, 2002.
Shannon, C.S Bourque, D. "Overlooked and Underutilized: The Critical Role of Leisure Interventions in Facilitating Social Support Throughout Breast Cancer Treatment and Recovery", *Social Work in Health Care*, vol. 42 n. 1, pp. 73-92, 2005.
Spisni, L. voce "Servizio sociale e salute mentale", in Dal Pra Ponticelli M. (diretto da), *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci, Roma, 2005.
Stella, R. *Prendere Corpo*, Franco Angeli, Milano, 1996.
Sturlese, V. "I gruppi di auto-mutuo aiuto", in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di Sociologia della Salute*, vol. 3 – Spendibilità, Franco Angeli, Milano, 2005.
Totire, V. "Salute dei lavoratori immigrati e azienda sanitaria locale", in Chiaretti G. (a cura di), *C'è posto per la salute nel nuovo mercato del lavoro?*, Franco Angeli, Milano, 2005.
Vicarelli G. (a cura di), *Il malessere del Welfare,* Napoli, Liguori, 2005.
Whiteside, M. "The challenge of interdisciplinary collaboration in addressing the social determinants", *Australian Social Work*, vol. 57 n. 4, pp. 381-393, 2004.
Women's Global Network for Reproductive Rights (www.wgnrr.org).

DEPRESSIONE POST-PARTUM: INDAGINE E INTERVENTO CON DONNE FREQUENTANTI CORSI CONSULTORIALI DI PREPARAZIONE AL PARTO

di *Antonio Capodilupo e Morena Coletta*[1]

Introduzione

Partorire un bambino è certamente un'esperienza felice, accompagnata, tuttavia, nella donna, anche da sentimenti di turbamento interiore, che si concretizzano frequentemente in tristezza post-natale (*baby blues* o *maternity blues*) e raramente in depressione *post-partum*.

La tristezza post-natale si manifesta, per un periodo breve, tra il terzo e il decimo giorno dal parto, e tocca fino all'80% delle donne che hanno partorito. Caratterizzata da variabilità dell'umore, irritabilità, pianto, ansia, stanchezza e sensazione di solitudine, essa è causata da un insieme di fattori che comprendono il portato esistenziale della creazione di una vita e del suo accudimento, i repentini cambiamenti nel livello degli ormoni, il dispiacere per la pancia vuota, l'ansia del ritorno a casa con le incombenze dell'allattamento, il timore dell'incapacità a capire e soddisfare i bisogni dell'infante, la privazione del sonno, il disagio per l'ingorgo mammario o l'apprensione per la crescita del bambino se il latte naturale scarseggia. Nessuno specifico trattamento è indicato per la tristezza post-natale, i cui sintomi scompaiono in pochi giorni, se la donna ne è consapevole e non ne teme la presenza e se ella incontra la comprensione, l'empatia e il sostegno dei familiari e degli amici. Se i sintomi si protraggono oltre le due settimane, allora può essere opportuno consultare un operatore della salute.

La depressione *post-partum* può occorrere sia durante la gravidanza, nel 4-15% delle donne, sia dopo che il bambino è nato, nel 12-15% delle donne. Queste, per lo più, già in anni precedenti, avevano sperimentato episodi di disturbo emotivo o mentale; per alcune, invece, si tratta del primo episo-

[1] Rispettivamente: psicologo presso i Consultori Familiari di Latina e Priverno, nell'ASL Latina; psicologo in tirocinio *post lauream* presso le medesime sedi consultoriali.