

1.

Il termine «lavoro sociale» (*social work*) si può riferire alla «scienza» delle cosiddette *professioni sociali*, e quindi allo studio degli *interventi di aiuto* nei confronti di persone, famiglie, gruppi e comunità ritenute «svantaggiate» rispetto agli standard sociali dominanti (Folgheraiter, 1998). Si tratta di un'area tematica interdisciplinare che spazia dagli aspetti tecnico-metodologici a quelli etico-deontologici, da quelli logico-epistemologici a quelli istituzionali-organizzativi e politico-strutturali.

2.

Il lavoro sociale è pertanto un «sapere connesso a un agire specializzato» ad ampio spettro. Non si tratta in effetti di una professione specifica, bensì di una *classe* professionale, il comune denominatore di più professioni distinte. Tra questi specifici campi operativi vanno ricompresi sia «mestieri» tradizionali, sia altri potenziali non ancora comparsi, per così, dire sulla scena.

La professione sociale più antica e più consolidata che ha fatto da matrice per altre che si sono poi successivamente differenziate, e dalle quali altre ancora si potranno differenziare in futuro, è il *servizio sociale*, il mestiere «storico» dell'*assistente sociale*.

A cavallo tra Ottocento e Novecento, nei Paesi anglosassoni, i primi social worker (in gran parte donne) erano persone di grande levatura e tensione etica come Mary Richmond, Edith Abbott e Jane Addams, impegnate nella riforma sociale. A tale riforma contribuivano anche con un intervento personale indirizzato, a livello micro, ad affrontare i bisogni quotidiani dei concittadini e, a livello macro, a sensibilizzare e a proporre interventi legislativi e amministrativi volti ad affrontare radicalmente le fonti strutturali di malessere. Sentivano il dovere di trascendere il puro sapere intellettuale e di sfruttare il potenziale delle scienze sociali (che allora, ottimisticamente, si tendeva alquanto a sovrastimare) per risolvere concreti problemi di singole persone o di particolari gruppi sociali.

In questo contesto non è casuale la collaborazione di questi pionieri del servizio sociale con alcuni importanti centri di sviluppo delle scienze economiche e sociali, come la London School of Economics in Inghilterra e l'Università di Chicago negli Usa. Il loro impegno sul campo per applicare e verificare le teorie (con l'assunzione di responsabilità organizzative e gestionali negli organismi deputati ad affrontare bisogni familiari, quelli dei disabili e soprattutto dei minori in difficoltà) le rese consapevoli della funzione sociale che esercitavano e della necessità di una sua legittimazione sociale.

Da questa esigenza ebbe inizio lo sforzo teorico volto a concettualizzare la «scientificità» del loro intervento, congiuntamente a una definizione professionale dei loro ruoli occupazionali (Lubove, 1965).

Fra i criteri che sovrintendono la definizione sociologica di «professione», uno dei principali riguarda l'effettiva possibilità di trasmissione dei saperi ac-

quisiti; è in relazione a ciò che, contemporaneamente alla diffusione del social work nell'ambito sanitario e scolastico, vengono istituite le scuole di servizio sociale per preparare i professionisti del lavoro sociale (Bortoli, 1997).

Nello stesso periodo, in Europa, le fasi di costruzione dello Stato sociale (soprattutto quelle connesse al diffondersi dei principali schemi di assicurazione sociale) vedono l'utilizzo di un funzionario che ne facilita l'implementazione fra i suoi destinatari. L'«assistente sociale di fabbrica» in Francia e in Italia, così come l'assistente medico-sociale nei Paesi francofoni (ma qualcosa di analogo esisteva anche in Italia con l'assistente sanitaria visitatrice dell'ONMI) rappresentano le figure professionali che sperimenteranno curriculum formativi e ruoli amministrativi pubblici sui quali si innesterà la figura di assistente sociale come funzionario dello Stato di welfare (Sand, 1931).

Nei Paesi dove il sistema socioassistenziale è marginale rispetto alla pubblica amministrazione (come in Italia) oppure, in virtù del principio di sussidiarietà, rimane ancorato alla beneficenza privata (Paesi di area tedesca) è più facile adottare stili formativi, ruoli e metodologie operative, originate e diffuse negli USA. In altri Paesi dove il welfare pubblico si sviluppa più precocemente (Scandinavia e Regno Unito in primis), oppure è accentrato e «pubblicizzato» (come in Francia) si cerca di accordare il modello professionale all'inquadramento amministrativo e all'utilizzo di procedure burocratiche.

L'oggettiva differenza di collocazione professionale che, in questo periodo, caratterizza la figura dell'assistente sociale negli Stati Uniti e in Europa, non limita tuttavia il movimento che porta a riconoscersi nella figura che ha ottenuto per prima riconoscimento e legittimazione: il social worker statunitense.

Dopo la seconda guerra mondiale questo processo di omogeneizzazione, malgrado la diversità crescente che caratterizza i vari contesti nazionali, tenderà a rafforzarsi in virtù di missioni scientifiche e diffusione di programmi formativi sostenuti anche economicamente dai vari programmi di assistenza post-bellica (Nation Unies, 1958).

Il secondo dopoguerra, sul piano professionale, è caratterizzato dall'incorporazione progressiva nel social work di una serie di figure occupazionali, soprattutto nell'ambito dell'animazione e dell'educazione extrascolastica. Da un lato queste figure portano con sé il patrimonio ideale e operativo maturato negli organismi educativi e nell'azione sociale volta al cambiamento sociale, dall'altro rafforzano questa concezione del «lavoratore sociale» che opera con un metodo unico in una pluralità di situazioni problematiche (Bartlett, 1971).

Tuttavia questa figura idealtipica di assistente sociale che opera come professionista in grandi organizzazioni assistenziali e sanitarie private (originate dalle storiche *Charity Organisation Societies*), costituendo spesso la trama operativa e anche dirigenziale delle agenzie specializzate nei vari ambiti del *social welfare*, fa sempre più fatica a conciliarsi con i modelli istituzionali di welfare state che prevedono modalità standardizzate e universalistiche di erogazione. Di qui il prevalere di una funzione pubblica che a partire da una serie di compiti e di obiettivi fissati dagli organismi assuntori garantiscono al servizio sociale una certa autonomia, come avviene per gli insegnanti e i tecnici del settore pubblico.

Questo processo non ha tuttavia impedito che gli assistenti sociali avessero la percezione di trovarsi compressi tra le logiche regolatorie delle burocrazie assistenziali e quelle di ordine etico, provenienti dalle istanze movimentiste della società e dei suoi problemi.

3.

Dopo un iniziale (e talvolta acritico) rifiuto della tradizione di servizio sociale ritenuta responsabile della funzione conservatrice e consolatoria attribuita al proprio ruolo, e dopo essersi indirizzati verso forme radicali (Nord Europa, Paesi Bassi e Gran Bretagna) quando non esplicitamente politicizzate (Italia), gli assistenti sociali hanno gradualmente tentato una certa mediazione del «doppio legame» di cui si è detto, finché — negli anni Settanta — il welfare state si è «aperto» per lasciare nuovamente maggiore spazio alla società civile, in particolare a organizzazioni private di Terzo settore senza fini di lucro (Borzaga et al., 1996; Donati, 1996). E soprattutto in questa fase di forte espansione che il lavoro sociale si è differenziato internamente. Accanto alla figura «generalista» dell'assistente sociale sono comparse altre figure professionali che si sono appropriate di funzioni di aiuto specifiche, per le quali andava emergendo una domanda di maggiore specializzazione. In particolare si è differenziata la funzione pedagogica-educativa, a cui è stato fatto corrispondere un operatore specifico variamente denominato: *educatore extrascolastico* o *educatore professionale* in area italiana, *pedagogista sociale* in area tedesca (*Sozialpädagoge*), *éducateur spécialisé* o *moniteur-éducateur* in area francese. Tale funzione si è poi recentemente frastagliata in ulteriori rami minori, dando forma a figure professionali non ancora pienamente accreditate, come l'animatore socioassistenziale, l'operatore di strada, il mediatore sociale, e chissà quali ancora.

Recentemente, con l'affermarsi della liberalizzazione nel campo dell'assistenza, sostenuta dall'Unione europea (Ferrari, 2000) e già tradotta in Gran Bretagna in una radicale riforma dei servizi sociosanitari, il lavoro sociale si è dovuto confrontare a viso aperto con le logiche di mercato (Fletcher, 2000). L'aiuto in tale prospettiva è definito non più come diritto di cittadinanza, bensì come bene che si potrebbe produrre e distribuire in modo efficiente attraverso gli scambi di mercato, anche eventualmente sostenuti dalla finanza pubblica, nei regimi detti perciò di «quasi-mercato». Dal punto di vista delle professioni sociali (Donati e Folgheraiter, 1999), una simile rivoluzione ha portato a una ulteriore differenziazione nel lavoro sociale, e precisamente tra la macrofunzione cognitiva dell'«acquisto e valutazione» di prestazioni specializzate da un lato, e la funzione esecutiva dell'«erogazione» delle stesse dall'altro. Molti professionisti si trovano ancora assorbiti in questa ultima funzione, in qualità di specialisti entro servizi sempre più esternalizzati (di mercato e di Terzo settore); in questa veste vengono richiesti per lo più nella fornitura di prestazioni (*providers*). Altri invece (soprattutto gli assistenti sociali delle amministrazioni pubbliche, analogamente a quanto succede nella sanità con il medico di base) sono chiamati a coprire gli spazi della prima funzione (assessment, pianificazione, acquisto, monitoraggio, *evaluation*), che comporta lo sviluppo della nuova abilità di reperire sul mercato assistenziale un pacchetto individualizzato di prestazioni e di coordinamento. Questo

nuovo ruolo (o, forse, nuova professione) di micropianificazione assistenziale prende il nome di *case management* (Payne, 1998). Tale ruolo si apre verso il *lavoro di rete* quando da un accento prevalente sull'assemblaggio di prestazioni si passa a una maggiore apertura relazionale.

Parallelamente a questo movimento, si è assistito a una sotterranea (prima) e poi via via più organizzata espressione delle volontà e delle propensioni dei soggetti interessati alle cure (Barnes, 1999), gli stessi utenti anche i carer, cioè chi si prende cura di loro più da vicino. Questi soggetti si pongono sempre più in evidenza, anche in forma collettiva, come interlocutori dell'ente pubblico e del mercato, rispetto alla pianificazione assistenziale o al controllo della qualità. Soprattutto, gli interessati avanzano la richiesta di divenire diretti produttori dei servizi di cura di cui sentono il bisogno, senza essere sottoposti a controlli amministrativi vincolanti. Le associazioni di utenti e di familiari hanno dato vita a importanti movimenti di auto/mutuo aiuto, in svariati campi quali le dipendenze, la psichiatria, l'handicap mentale e fisico, ecc. Tali movimenti hanno dimostrato di poter trovare efficaci forme di collaborazione con i professionisti sociali, più che con i servizi intesi come organizzazioni. Sono nate in questo modo istituzioni autonome miste (cioè promosse e gestite in collaborazione tra cittadini direttamente interessati alla produzione di cure ed esperti solidali) che potremmo definire di Quarto settore.

4.

Il lavoro sociale, oltre a essere definito analiticamente nella propria suddivisione interna, può anche essere compreso per «contrapposizione» esterna. In particolare, si definisce in contrasto all'altra importante, e forse più popolare, area di aiuto, che è quella *sanitaria* (o *clinica*). Che cosa distingue le professioni sopracitate, prese nel loro insieme, dalle professioni mediche tradizionali risulta intuitivamente evidente. Ma non altrettanto chiara è la distinzione rispetto a professioni come la psicologia clinica e la psicoterapia, le quali aderiscono al modello medico ma si occupano della riparazione di disagi psicologici e comportamentali apparentemente simili, se non identici, a quelli di cui si occupa il lavoro sociale. La cura di un malato di mente può essere responsabilità di operatori sanitari (il medico psichiatra, l'infermiere, lo psicologo esperto di riabilitazione comportamentale, ecc.) oppure di operatori *sociali*, come l'assistente sociale o l'educatore professionale. E quindi dov'è la differenza? Volendo abbozzare un minimo di ragionamento epistemologico ci si dovrebbe chiedere: qual è il differente *oggetto*? (Folgheraiter, 1998).

Nel linguaggio anglosassone specializzato, il termine «cura» è espresso in due differenti accezioni, a seconda che si voglia indicare la cura sanitaria o quella sociale. Nel primo caso si usa il vocabolo *curing*, che significa curare con l'intenzione di guarire. Nel secondo si usa il termine *caring*, che significa curare con l'intenzione di migliorare la qualità di vita, a prescindere dalla persistenza o meno della patologia (o della sua stessa esistenza *ab origine*).

Lo sforzo di guarire implica sempre la ricerca di una precisa malattia (diagnosi) e di qui la ricerca (o la semplice attivazione) di un preciso corrispondente procedimento riparativo (trattamento). Lo schema diagno-

si/trattamento caratterizza il *modello medico*, un filtro logico che, qualora trasferito nel sociale, semplifica in genere la complessità delle situazioni di disagio sociale talora al punto da oscurarle. Spesso le professioni sociali hanno fatto proprio tale incongruo modello per una sorta di attrazione inconscia, sostenuta in parte dalla maggiore semplicità cognitiva ditale appoggio e in parte dal suo più alto status intrinseco.

Il lavoro sociale è un modo di guardare ai problemi sociali senza il filtro della patologia. Non si nega che molte manifestazioni di disagio sociale siano connesse a (o causate da) qualche evidente anomalia strutturale formalmente diagnosticabile, cioè qualche malattia, come ad esempio una psicosi, o una dipendenza psicofisica, o un deficit sensoriale, ecc. Ma anche in tali casi, quando la patologia «c'è» senza dubbio (diciamo così per semplificare, chiedendo venia ai costruzionisti; Symonds e Kelly, 1998), l'operatore sociale, pur tenendone conto, la «bypassa» con la mente e mette a fuoco una realtà sovrastante di altro ordine: appunto il sociale di cui parliamo.

L'operatore sociale ha il dovere di mettere a fuoco il sociale, altrimenti non si capisce perché possieda proprio quel nome preciso, e non un altro qualsiasi. Sfortunatamente si tratta di una percezione non proprio intuitiva, ma che non richiede tuttavia una eccessiva propensione analitica, solo un minimo di attenzione in più. Il concetto che ci aiuta in tale percezione è quello di ((azione intersoggettiva dotata di senso», caro ai fenomenologi (Schutz, 1974).

Il sociale di cui parliamo può essere appunto descritto come *azione finalizzata di più persone interconnesse nel perseguimento di scopi condivisi, considerati dagli agenti degni di essere raggiunti in vista de/loro stesso benessere*. Entro questa cornice concettuale potremmo osservare situazioni correlate a malattie sanitarie anche gravi (per esempio, una malattia di Alzheimer) che tuttavia non costituiscono problema dal punto di vista specifico del lavoro sociale, qualora la capacità di azione dei soggetti coinvolti in quella specifica contingenza (il malato stesso per qualche parte, alcuni familiari o amici o alcuni specialisti professionali, ecc.) risulti adeguata a un fronteggiamento sufficiente della stessa, secondo il loro stesso giudizio.' Viceversa è possibile individuare situazioni in cui non vi è alcuna malattia riscontrabile entro i parametri della sanità, e tuttavia è ben evidente anche all'occhio del profano una disfunzione sociale eclatante, attribuibile appunto alla carente capacità di azione dei soggetti coinvolti (Folgheraiter, 1998; 2000). Tutti gli agenti potrebbero essere abili, per così dire, sul piano della struttura psicofisica sottostante, rimanendo tuttavia deficitaria l'azione «sensata» emergente. E questo il caso ad esempio di situazioni di devianza, come nel caso di un minore non gestito dalle sue relazioni di vita che entra nel circuito penale; oppure di situazioni di conflitto relazionale all'interno della famiglia, o, considerando realtà a valenza collettiva, situazioni di deprivazione socioculturale in ambienti svantaggiati e così via (Folgheraiter, 1994).

5.

Il lavoro sociale come disciplina/prassi intenzionale studia e sostiene la capacità di azione tecnica dei professionisti del sociale. Questa azione si esplica tuttavia nel sostenere e potenziare («empower») la *capacità di azione*

naturale delle persone direttamente o indirettamente interessate allo stesso benessere di cui il professionista, per dovere d'ufficio, deve occuparsi. Di azione si tratta quando parliamo di ciò che fa il professionista e di azione si tratta quando ci riferiamo alle persone coinvolte sue interlocutrici. È evidente allora che il lavoro sociale, occupandosi di come un'azione possa stimolare e orientare altre azioni, sia nella sua essenza più fine *relazione* (Donati, 1991). La relazione richiama l'idea della circolarità e della reciprocità degli influssi in entrambe le parti coinvolte, parti che, quando si parla di relazioni *sociali*, sono appunto *soggetti umani agenti*. Le distinzioni legate ai differenti status/ruoli in capo ai differenti soggetti non vengono del tutto superate, ma si sfumano.

Questa teoria ha importanti implicazioni sul piano operativo, al punto di staccare il lavoro sociale dalla base dei mestieri tradizionali, e farne un corpus a sé. Tutte le professioni conosciute hanno una caratura tecnologica, avendo esse un oggetto statico che attira la manipolazione esterna dell'operatore esperto. Il lavoro sociale non è una tecnologia perché non ha oggetto, o meglio ha un oggetto epistemologico che è l'esatto contrario di ciò che tale termine lascia intendere. L'oggetto del lavoro sociale è una pluralità di soggetti (una rete) e quindi di autonome fonti di azione intersecantisì.

In concreto, ciò vuol dire che gli utenti «non esistono» (Folgheraiter, 2000) essendo essi, quando li si vede come agenti, degli «operatori» di benessere in qualche grado (che sfortunatamente a volte è un grado basso, ma mai completamente nullo). L'utente e le persone che si trovano in relazione con lui sono co-terapeuti rispetto all'operatore che ufficialmente avrebbe in mano l'aiuto. A sua volta l'operatore risulta «contento», cioè bisognoso di integrazioni esterne rispetto alla sua capacità di azione, la quale è sempre *strutturalmente* inadatta a perseguire scopi o a sviluppare progetti di azione per via autoreferenziale. Quando c'è di mezzo il benessere intersoggettivo, i suddetti scopi o progetti non possono mai essere del tutto coincidenti con quelli di un singolo individuo, nemmeno se questo è in una posizione di potere tale da farlo sentire autorizzato a pensare in tal modo. Quando gli scopi non sono condivisi, quando il potere d'azione (*empowerment*) non è ripartito tra gli agenti, i dinamismi relazionali finalizzati al bene comune (Banks, 1999) si inceppano e lasciano il campo aperto ai problemi sociali di vario ordine.

L'impostazione relazionale presuppone una filosofia organizzativa dei servizi sociali diametralmente opposta rispetto alle logiche intuitive che hanno caratterizzato la stagione del welfare state. I servizi sono stati concepiti e attuati come sofisticate fabbriche deputate alla «trasformazione» dei problemi delle persone, intese come soggetti passivi portatori degli stessi. La secca polarizzazione tra chi ha problemi e chi li può risolvere infantilizza i primi ed espone a possibili «bruciature» i secondi (Maslach e Le iter, 2000).

Riferimenti bibliografici

- Banks S. (1999), *Etica e valori nel servizio sociale*, Trento, Erickson.
Barnes M. (1999), *Utenti, carer e cittadinanza attiva. Politiche sociali oltre il welfare state*, Trento, Erickson.
Bartlett H. (1971), *The common base of social work practice*, New York, NASW.

- Bortoli B. (1997), *Teoria e storia del servizio sociale*, Roma, Carocci.
- Borzaga C., Fiorentini G. e Matacena A. (a cura di), (1996), *Non-profit e sistemi di welfare*, Roma, NIS.
- Bulmer M. (1992), *Le basi della community care*, Trento, Erickson.
- Donati P. (1991), *Teoria relazionale della società*, Milano, Angeli.
- Donati P. (1996), *Sociologia del Terzo settore*, Roma, NIS.
- Donati P. e Folgheraiter F. (a cura di) (1999), *Gli operatori sociali nel welfare mix: Privatizzazione, pluralizzazione dei soggetti erogatori, managerialismo*, Trento, Erickson.
- Ferrari E. (a cura di) (2000), *I servizi a rete in Europa. Concorrenza tra gli erogatori e garanzia dei cittadini*, Milano, Cortina.
- Fletcher K. (2000), *La negoziazione nei servizi sociali e sanitari*, Trento, Erickson.
- Folgheraiter F. (1994), *Interventi di rete e comunità locali*, Trento, Erickson.
- Folgheraiter F. (1998), *Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete*, Milano, Angeli.
- Folgheraiter F. (2000), *L'utente che non c'è. Lavoro direte ed empowerment nei servizi alla persona*, Trento, Erickson.
- Lubove R. (1965), *The professional altruist*, Cambridge, Harvard University Press.
- Maslach C. e Leiter P.M. (2000), *Burnout e organizzazione*, Trento, Erickson.
- Nations Unies (1958) *Formation en vue du service social*, New York.
- Payne M. (1998), *Case management e servizio sociale. La costruzione dei piani assistenziali individualizzati nelle cure di comunità*, Trento, Erickson.
- Sand R. (1931), *Le Service Social à travers le monde*, Paris, Colin.
- Schutz A. (1974), *La fenomenologia del mondo sociale*, Bologna, Mulino.
- Symonds A. e Kelly A. (1998), *The social construction of community Care*, London, MacMillan.

Il lavoro è frutto di una elaborazione comune dei due autori. I punti 1, 2 e 3 sono stati redatti da Bruno Bortoli, i punti 4 e 5 da Fabio Folgheraiter.