



Università  
Ca' Foscari  
Venezia

Corso di Laurea in **Lavoro,**  
**cittadinanza sociale, interculturalità**  
*LM-87 (Servizio sociale e politiche sociali)*

Tesi di Laurea magistrale

**L'assistente sociale  
comunale e le sue abilità nel  
leggere i bisogni del territorio  
e trasformarli in servizi**

Analisi dei progetti attivati nei confronti dei minori  
dall'assistente sociale del Comune di Torri di  
Quartesolo (VI)

**Relatore**

Marilena Senigaglia

**Laureanda**

Monica Crişan  
Matricola 843770

**Anno Accademico**

2016/2017

*A mia madre Ecaterina la quale, come la mamma aquila che scuote il nido degli aquilotti per insegnargli a volare, mi ha spinta, a volte con la forza, sempre più in alto incoraggiandomi a non mollare e a cercare di dare sempre il meglio di me.*

*A mio padre Ionel il quale in tutti questi anni si è sacrificato a tutti i livelli per la sua famiglia. Voglio ringraziarlo per le sue parole sagge che mi hanno fatto riflettere sui valori importanti della vita come l'onestà, la sincerità, la fedeltà, ma soprattutto la dedizione e l'amore verso la propria famiglia.*

*Ai miei fratelli Daniel, Estera e Remus, che mi hanno sostenuta, supportata e sopportata, ognuno a modo suo, nei miei momenti più difficili.*

*Alle assistenti sociali del Comune di Torri di Quartesolo che mi hanno accolta nella loro realtà con entusiasmo e professionalità.*

*Ai miei fratelli in Cristo, e alle persone, che mi hanno sempre sostenuto, durante gli esami, nella preghiera senza la quale, sicuramente, non sarei arrivata alla fine.*

---

*Se c'è tutto da guadagnare e nulla da perdere nel provare, per l'amor  
del cielo, prova!*

---

William Clement Stone

## INDICE

INTRODUZIONE.....	4
I.I La storia dello sviluppo della professione dell'assistente sociale .....	6
I.II Definizione del servizio sociale e l'obiettivo della professione.....	11
I.III Le funzioni dell'assistente sociale .....	15
II. L'ASSISTENTE SOCIALE COMUNALE .....	18
II.I Le funzioni del Comune nella legge quadro 328/2000 .....	18
II.I.I Il segretariato sociale svolto dall'Ente locale .....	20
II.II I diversi tipi di assetti organizzativi del sistema sociale comunale .....	21
II.III La rete di relazioni dell'assistente sociale comunale.....	23
II.IV Il processo di aiuto .....	25
II.IV.I Analisi delle fasi del processo di aiuto.....	27
III. L'ASSISTENTE SOCIALE COMUNALE NEL LAVORO CON I MINORI E LE LORO FAMIGLIE .....	32
III.I Storia della protezione dell'infanzia in Italia.....	32
III.II I bisogni e le nuove sfide relative ai minori con cui si scontrano i Comuni .....	34
III.III Ruolo dell'Ente locale nella protezione dei minori.....	37
III.VI Funzioni dell'assistente sociale comunale nell'area minori .....	41
III.VI.I Interventi sociali rivolti ai minori e alle loro famiglie.....	43
III.VI.II Interventi socioeducativi rivolti ai minori e alle loro famiglie.....	46
IV. I SERVIZI ATTIVATI A FAVORE DEI MINORI NEL COMUNE DI TORRI DI QUARTESOLO – Esempio di buone prassi .....	47
IV.I Il Comune di Torri di Quartesolo .....	47
IV.II Esternalizzazione della gestione dell'Area Minori .....	48
IV.II.I <i>Ruolo delle Cooperative sociali nei servizi sociali minorili</i> .....	51
IV.III Attivazione di centri diurni per minori .....	53
IV.III.I <i>Il Centro diurno "Pro-V. A" e il Centro diurno "Eccoci"</i> .....	56
IV.III.II <i>Rapporto tra la cooperativa sociale e il servizio sociale comunale</i> .....	59
IV.III.III <i>Analisi dei dati raccolti dai questionari di qualità</i> .....	60
V. CONCLUSIONI.....	68
BIBLIOGRAFIA.....	72
SITOGRAFIA .....	77
LEGGI.....	78
INDICE DELLE FIGURE .....	80

## INTRODUZIONE

La citazione inserita in apertura è stata la molla che mi ha fatto comprendere che per migliorare noi stessi come persone, ma soprattutto noi come futuri professionisti del sociale, e quelli che stanno attorno a noi e dentro le nostre comunità c'è bisogno di provarci.

Il servizio sociale, ed in particolare quello comunale, ha un ruolo fondamentale nello sviluppo delle politiche sociali e dei nuovi servizi capaci di rispondere ai bisogni dell'individuo e della comunità stessa, che altrimenti rimarrebbero senza risposta.

Questo lavoro di tesi nasce grazie all'opportunità che ho avuto di svolgere un tirocinio presso il Comune di Torri di Quartesolo, nella provincia di Vicenza, dove ho imparato che se si ama il proprio lavoro e ci si arma di tanto volontà, ma soprattutto se si possiede le opportune capacità professionali, si riesce davvero ad attivare progetti a favore delle persone vulnerabili ad in particolare a favore dei minori, non dimenticando mai che la promozione dei diritti dell'infanzia richiede che venga riconosciuta, e soprattutto sostenuta, la prima cellula sociale nella quale il bambino si trova a vivere: la famiglia. (Lussu & Rovai, 2013).

Durante questa ricerca ho scoperto che sono tante le capacità che l'assistente sociale professionale deve possedere, ma ce ne sono alcune di specifiche che riguarda l'assistente sociale di base ed è per questo che in questo lavoro di ricerca, che è stato diviso in cinque capitoli, ho voluto individuare anzitutto storicamente, come si è evoluto il ruolo dell'assistente sociale in Italia e individuare quali fossero le funzioni generali e gli obiettivi che un professionista del settore dovesse avere.

Successivamente ho cercato di scoprire quali fossero gli obiettivi che l'assistente sociale comunale dovesse perseguire dopo l'introduzione della legge n. 328 del 2000 detta Legge quadro per la realizzazione del sistema integrativo di interventi e servizi sociali.

Nel terzo capitolo, invece, ho analizzato la storia relativa alla tutela dei minori e le funzioni dell'assistente sociale che lavora con i minori.

Mentre nel quarto capitolo è stato descritto l'asset organizzativo dell'area minori del Comune di Torri di Quartesolo, analizzando l'esempio di come l'assistente sociale comunale ha attivato, in collaborazione con il terzo settore, più precisamente la Cooperativa Sociale Margherita di Sandrigo, due centri socio-educativo/ricreativi per minori vulnerabili delle scuole elementari e medie del territorio. Sono state indicate le diverse attività a favore dei minori in entrambi i centri e si è cercato di capire assieme alle

famiglie il benessere che il servizio ha portato a loro e ai minori.

Naturalmente, l'ultima parte della presente trattazione è dedicata alle conclusioni che comprendono una riflessione generale sull'importanza dell'assistente sociale comunale e sul suo ruolo all'interno del territorio locale.

## **I. LA FIGURA PROFESSIONALE DELL'ASSISTENTE SOCIALE**

Nel nostro paese, non furono i vari enti erogatori di prestazioni e di interventi assistenziali a sentire la necessità di formare o di riqualificare il proprio personale, ma furono le scuole dei servizi sociali stesse a farsi promotrici della professione, cosa che influenzerà a lungo le possibilità di riconoscimento e di sviluppo della professione dell'assistente sociale<sup>1</sup>.

### **I.1 La storia dello sviluppo della professione dell'assistente sociale**

Con la fine della seconda guerra mondiale e grazie al nuovo assetto politico si presentò un grande bisogno di risposte alla drammaticità data dalla disoccupazione, dalla miseria, dall'inflazione galoppante, dalla devianza minorile, dalla prostituzione, oltre che dalla presenza delle masse dei reduci e dei profughi (Neve, 2015). Pertanto era necessaria una figura che promuovesse i diritti sociali, la giustizia, l'equità sociale e la partecipazione di tutti i cittadini alla vita politica. Detta figura avrebbe dovuto, sopra ogni altra cosa, attivare interventi promozionali per coinvolgere specialmente la fascia più povera e più marginalizzata della cittadinanza.

Va però ricordato che già a partire dal 1928 il Partito Nazionale Fascista, istituì a Roma presso Gregorio al Celio la prima scuola per assistenti sociali di fabbrica con lo scopo di preparare tecnicamente e spiritualmente il personale femminile chiamato a svolgere nelle fabbriche una delicata opera di assistenza sociale ai lavoratori, pertanto avente come funzione principale il controllo per ridurre la conflittualità all'interno dell'industria. In ogni caso non sarebbe corretto definire questa scuola per assistenti sociali, la prima, in quanto effettivamente formava una figura che operava solo all'interno delle fabbriche.

Nel 1946, sotto gli auspici del ministero dell'Assistenza postbellica, ci fu il primo Convegno nazionale di studi sull'assistenza sociale, a Tremezzo sul lago di Como, che si tenne dal 16 settembre al 6 ottobre, a cui presero parte, oltre ai direttori delle prime scuole di assistenti sociali e studiosi italiani in campo sociale, come Cesare Luigi Eugenio Musatti<sup>2</sup>, alcuni esperti internazionali. Per i servizi sociali questo convegno segnò la formazione di una figura professionale e sottolineò la necessità di una riforma globale dell'assistenza in Italia dovuta ad una situazione sociale disastrosa. Contemporaneamente nacquero, in diverse città italiane, le prime scuole di assistenza sociale, che avevano come caratteristica comune il fatto di essere nate per un'iniziativa privata, pertanto non avevano un inquadramento giuridico nazionale e di conseguenza i titoli rilasciati non erano legalmente ricono-

---

<sup>1</sup> Dal Pra Ponticelli & Pieroni, *Introduzione al servizio sociale. Storia, principi, deontologia*, 2015

<sup>2</sup> Nato nel 1897 fu uno psicologo e psicoanalista italiano, fondatore della psicoanalisi italiana

sciuti. Questo fece sì che regnasse la disomogeneità nei programmi, nella durata dei corsi e nei criteri formativi. Le scuole erano principalmente suddivise come segue:

- a) Scuole di stampo cattolico/cristiano: ONARMO<sup>3</sup> e ENSISS<sup>4</sup>, aventi i valori basati sul rapporto fra vita religiosa, civile e politica.
- b) Scuole di stampo laico: UNSAS<sup>5</sup> e CEPAS<sup>6</sup>, con a capo i valori della resistenza<sup>7</sup>.

L'affluenza nelle scuole era maggiormente di sesso femminile, in possesso di un diploma di scuole superiori, se non laureate, con un forte desiderio di lavorare nel campo sociale. È importante ricordare che, sin dal momento del tirocinio, gli assistenti sociali trovarono impiego presso diverse strutture della società, come i centri sociali dell'UNRRA-CASAS, istituti per favorire la ricostruzione di alloggi e l'integrazione delle persone nella società; i "focolari di semilibertà" istituti per i minori autori di reati con lo scopo di riabilitarli.

Negli anni cinquanta, in Italia, si contavano circa 60.000 istituzioni di assistenza sia di enti pubblici che privati<sup>8</sup> (Emiliani, 1977), ognuno erogava prestazioni assistenziali sotto forma di sussidi e ricoveri per il proprio settore, in cui erano presenti<sup>9</sup> anche gli assistenti sociali le cui prestazioni erano prevalentemente rivolte alla presa in carica individuale (casework) con un taglio psicologico. È importante evidenziare come gli assistenti sociali fossero gli unici tecnici dell'assistenza poiché questi enti erano gestiti prevalentemente da burocrati, personale religioso e da alcuni psicologi, ma tutti privi di preparazione tecnica relativa ai problemi umani e sociali. L'assenza di una presa in carico professionale impediva una lettura scientifica del bisogno effettivo per poi dare risposte concrete. Elisabetta Neve definisce questo sistema assistenziali "*riparativo, non certo preventivo e riabilitativo*" (Neve, 2015 p.107) oltre ad evidenziare come questo periodo storico fosse caratterizzato prevalentemente dal modello "cattolico" in cui vengono accentuate dedizione, sacrificio, carità, non essendo maturate conoscenze scientifiche del problema (mentre negli altri paesi si sono sviluppati a partire dalla metà dell'Ottocento). In questo periodo, per necessità, le scuole sono aumentate di numero essendo soggetti di natura privata. Dal punto di vista della formazione prendono spunto dalla già prolifera letteratura internazionale adottando i seguenti tre metodi: il case work (presentato da Ann Elisabeth King), il group work (presentato da Dorothea Sullivan), il community work.

Grazie ai successivi studi e all'evoluzione delle scienze sociali, sono stati rivisti i

---

<sup>3</sup> Opera Nazionale di Assistenza Religiosa e Morale agli Operai;

<sup>4</sup> Ente Nazionale Scuole Italiane di Servizio Sociale;

<sup>5</sup> Unione Nazionale Scuole di Assistenti Sociali;

<sup>6</sup> Centro di Educazione per Assistenti Sociali;

<sup>7</sup> Dal Pra Ponticelli & Pieroni, *Introduzione al servizio sociale. Storia, principi, deontologia*, 2015

<sup>8</sup> Le istituzioni private erano quasi esclusivamente gestite dalla Chiesa, quindi non hanno lo stesso significato di oggi;

<sup>9</sup> Ad esempio degli enti nazionali assistenziali (ONMI, ENAOLI, ecc.) o previdenziali (INPS, INAIL);



modelli teorici della professione alla luce di un approccio maggiormente orientato al contesto sociale e a progettualità costruttiviste. I modelli principali di riferimento del servizio sociale sono: il modello clinico; il modello problem solving; il modello psicosociale; il modello centrato sul compito; il modello esistenziale; il modello cognitivo; il modello unitario; il modello sistemico-relazionale; il modello integrato e il modello di rete.

Con l'arrivo del "miracolo economico" negli anni sessanta e con le tante contestazioni di altre categorie (studentesche e sindacali) gli assistenti sociali<sup>10</sup> cominciano a rivendicare un ruolo tecnico per poter incidere sui problemi sociali e non solo su quelli dei singoli individui, inoltre rivendicarono soprattutto un ruolo politico per poter modificare le istituzioni e per assumere una posizione di promozione e di innovazione sociale. Secondo Ferrario, queste contestazioni avevano spostato l'interesse del dibattito dalle tecniche, sopra citate, alle funzioni e alle collocazioni del servizio sociale (Ferrario F., 1984). Nacquero le prime riviste specializzate più precisamente la "Rassegna di Servizi Sociali", la collana "Problemi sociali del nostro tempo", la "Rivista di Servizi sociali" e la "Colonna di studi e ricerche", con lo scopo di pubblicizzare i problemi sociali, ma anche per aumentare maggiormente il prestigio della professione.

Negli anni settanta la professione dell'assistente sociale riesce finalmente ad essere considerata più rilevante grazie alle riforme del Servizio Sanitario Nazionale<sup>11</sup>, alla legge 26 luglio 1975 n.354 di riforma dell'ordinamento penitenziario, (ha istituito i Centri di servizio sociale presso il ministero di Grazia e di Giustizia per i detenuti adulti), alla legge n 845/1978 (legge quadro per l'istituzione della professione) e soprattutto grazie al decentramento delle funzioni amministrative agli enti locali attraverso il D.P.R. 24 luglio 1977 n. 616 che ha portato al trasferimento di poteri al Comune che diventa l'ente principale gestore ed erogatore diretto dei servizi territoriali il cui centro sarà il distretto sociosanitario. Pertanto il Comune diviene anche il principale protagonista delle politiche sociali ed è proprio in questo luogo che l'assistente sociale, essendo a contatto diretto con l'utente ed avendo più spazio decisionale, poté esercitare le funzioni proprie del mandato professionale attinenti a favorire: la partecipazione dei cittadini e di tutti gli attori sociali per trovare la soluzione ai problemi più facilmente identificabili, la sensibilizzazione e l'informazione delle istituzioni in cui operano, la prevenzione invece che la sola cura dei bisogni, ecc. Il servizio sociale territoriale fa emergere la valenza tridimensionale dell'intervento dell'assistente sociale (individuo/famiglia che è inserito in una comunità

---

<sup>10</sup> 1965 nasce l'Associazione Scuole Italiane di Servizio Sociale in quanto le scuole degli assistenti sociali sentivano il bisogno di associarsi per rafforzare la figura professionale;

<sup>11</sup> la legge 23 dicembre 1978, n. 833 sopprime il sistema mutualistico ed istituì il SSN - "Servizio sanitario nazionale", con decorrenza dal 1° luglio 1980;

che entra in contatto con una istituzione politica/amministrativa). Secondo l'autrice Neve, questo clima di cambiamento portò ad un grande cambiamento anche nelle scuole degli assistenti sociali, principalmente a livello di contenuto delle materie, specialmente in quelle professionali, dove si iniziò ad insegnare per esempio la Programmazione dei servizi. Gli assistenti sociali erano chiamati a calibrare il proprio bagaglio culturale e la propria capacità tecnica, rispetto ai reali bisogni territoriali e non più rispetto a concetti astratti o idealistici. Alcune scuole del Nord Italia, passarono da una gestione privata ad una gestione in collaborazione con il Comune o la Provincia, che diventarono oltre che formatori, anche finanziatori delle scuole stesse. Nello stesso periodo in Centro Italia avevano optato per l'istituzione da parte delle università delle scuole ai fini speciali per assistenti sociali. Il Sud invece preferiva mantenere una gestione privata, come le associazioni, fondazioni, enti morali ecc. Questo quadro dimostra ancora una volta che la mancata regolamentazione della formazione degli assistenti sociali ha portato ad una formazione diversa dei professionisti, a seconda della zona in cui si trovassero a studiare e ad esercitare la professione? (Neve, 2015).

La fortissima crisi del Welfare State, degli anni ottanta, fece sì che il Welfare non potesse più garantire da solo il benessere sociale e al servizio sociale si aggiunse il così detto terzo settore, attraverso un insieme di interventi, soprattutto di cura e di riabilitazione per particolari problemi, che i servizi pubblici non era ritenuta insoddisfacente. Conseguentemente il terzo settore, divenne sempre più coinvolto nelle politiche locali avendo con un ruolo centrale nella gestione, organizzazione e programmazione dei servizi. Egli contribuì alla nascita del Welfare Mix che ha l'obiettivo di creare una rete integrata di servizi, di prestazioni e di interventi offerti da soggetti con differente natura giuridica. Diventa quindi centrale la collaborazione tra enti per lo sviluppo e il potenziamento di tutte le risorse. In questo periodo storico la figura professionale dell'assistente sociale subisce una crisi d'identità, in quanto non è più l'unica figura tecnica nell'area sociale, ma si sono aggiunti gli psicologi. Viene prodotta letteratura specifica di servizio sociale e si inizia a rivedere i modelli teorici<sup>12</sup> e le metodologie che spesso venivano adottate da altri paesi (principalmente quelli anglosassoni) e anche da diverse discipline (sociologia, psicologia ecc.). La Commissione nazionale di studio per la definizione dei profili professionali e dei requisiti di formazione degli operatori sociali, attivata dal ministero dell'Interno detta una definizione dell'assistente sociale e ne specificò le funzioni, le attività e i compiti:

---

<sup>12</sup> Il modello sistemico-relazionale: è affine al modello medico, dove l'assistente sociale viene visto come colui che ha conoscenze specialistiche necessarie per comprendere la situazione dunque definisce il processo e chi deve essere presente, orienta il colloquio con domande che consentono di conoscere meglio il problema. Gli strumenti degli assessment sono scelti dal professionista sulla base delle situazioni che affronta

*“L’assistente sociale è un operatore sociale che, agendo secondo i principi, le conoscenze e i metodi specifici della professione svolge la propria attività nell’ambito del sistema organizzato delle risorse messe a disposizione della comunità, a favore degli individui, gruppi e famiglie, per prevenire e risolvere situazioni di bisogno, aiutando l’utente nell’uso personale e sociale di tali risorse, organizzando e promuovendo prestazioni e servizi per una maggiore rispondenza degli stessi alle particolari situazioni di bisogno e alle esigenze di autonomia e responsabilità delle persone, valorizzando a questo scopo tutte le risorse della comunità.” (Ministero dell’Interno, 1984)*

Già nel 1985 furono identificate le scuole dirette a fini speciali presso le università, che utilizzarono il primo piano-studi nazionale e rilasciavano un titolo abilitante alla professione. Eppure l’anno più decisivo fu il 1987 che portò con sé il D.P.R n.14/1987 il quale dette vita al percorso scolastico universitario per la professione dell’assistente sociale e che introdusse tra le attività didattiche obbligatorie il tirocinio.

L’ASSNAS<sup>13</sup> fu invece l’associazione che combattete fino ad avere come risultato la legge 23 marzo 1993 n. 84, grazie alla quale si istituì l’Ordinamento della professione di Assistente sociale e dell’albo professionale.

Successivamente nacque anche una associazione sindacale denominata Sindacato unitario degli assistenti sociali (SUNAS), nel 1990, visto che il grande numero degli assistenti sociali (circa 20.000 che effettivamente erano operanti). Mentre è il D.M. del 23 luglio 1993, ad istituire il diploma universitario in servizio sociale (DUSS) ai sensi della legge 341/90 “Riforma degli ordinamenti didattici universitari” che definisce i titoli universitari in: diploma (DU), diploma di laurea (DL), diploma di specializzazione (DS) e dottorato di ricerca (DR). Questo passaggio ha decretato l’ingresso della formazione dell’Assistente Sociale nel normale circuito universitario di 1° livello, dall’altra ha messo in luce i problemi relativi alla specificità della formazione (presenza di insegnamento di materie specifiche, tirocinio) e non ha risposto alle aspettative della professione di accedere a tutti i tre livelli dell’ordinamento universitario (Consiglio Nazionale dell’Ordine Assistenti sociali, 2009).

Nel 1996 invece c’è l’insediamento del primo Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Assistenti Sociali, che elabora solo due anni dopo l’emanazione Codice deontologico della professione<sup>14</sup> e poi aggiornato nel 2009. Il codice è costituito dai principi e dalle regole che gli Assistenti Sociali devono osservare nell’esercizio della professione e che

---

<sup>13</sup> Associazione Nazionale Assistenti Sociali è nata nel 1948, a ridosso del Convegno di studi sull’assistenza sociale di Tremezzo;

<sup>14</sup> Preceduto da uno studio approfondito sulla professione, iniziato ancora prima dell’istituzione dell’Ordine, e da una sperimentazione da parte degli Assistenti Sociali.

orientano le loro scelte di comportamento nei diversi livelli di responsabilità in cui operano. Con il D.M. 3 novembre 1999 n. 509, invece avviene la Riforma Universitaria con il quale si prevede l'istituzione delle classi di laurea in Scienze del Servizio Sociale e di laurea specialistica in Programmazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali.

Gli anni duemila sono senz'altro caratterizzati dalla tanto attesa riforma organizzativa dell'assistenza e cioè dalla legge 8 novembre 2000, n. 328 Legge quadro per la realizzazione del sistema integrativo di interventi e servizi sociali, la quale segna una svolta storica nell'evoluzione del sistema dei servizi sociali e pone le amministrazioni locali e gli operatori sociali di fronte al compito di muoversi in una prospettiva d'intervento. L'assistente sociale grazie a questa legge diventa una figura professionale fondamentale poiché venne inserita nei servizi che sono obbligatori da erogare all'utente passando da una funzione individualistica e assistenziale (casework) ad attore attivo e case manager diventando il punto chiave e di collegamento fra le istituzioni e la comunità locale, dovendosi muovere attivamente verso gli utenti, diventando lo strumento cardine per promuovere, organizzare e realizzare politiche locali integrate per la promozione della salute, del benessere e della qualità della vita. La 328/2000 trasforma anche le relazioni concrete tra le famiglie e gli operatori sociali, sia quelli pubblici che privati. Alle famiglie viene chiesto di uscire dai propri ristretti confini di bisogno, di avere fiducia. Agli operatori viene chiesto di non deludere le famiglie, ma di saperle affiancare, senza sostituirle, rendendole protagoniste del percorso di aiuto più che destinatari passivi. (Sciortino, 2001)

Purtroppo la L. 328/2000 è stata disapplicata a causa della Riforma del Titolo V della Costituzione che ha riconosciuto alle Regioni piena potestà legislativa in materia sociale.

Con il D.M.U.R. del 16 marzo 2007 è stata istituita una classe di laurea magistrale specifica in "Servizio sociali e politiche sociali (LM-87). Inoltre sono aumentate le richieste di formazione permanente e le collaborazioni con esperti internazionali nel campo del sociale.

## **I.II Definizione del servizio sociale e l'obiettivo della professione**

La definizione internazionale di Servizio sociale è la seguente: *“Il servizio sociale è una professione basata sulla pratica e una disciplina accademica/scientifica che promuove il cambiamento sociale e lo sviluppo, la coesione e l'emancipazione sociale, nonché l'empowerment e la liberazione delle persone. I principi sono fondamentali per il servizio sociale sono: giustizia sociale, rispetto dei diritti umani, la dignità degli esseri umani, la responsabilità collettiva e il rispetto delle diversità. Sostenuto dalle teorie del servizio sociale, delle scienze sociali,*

*umanistiche e dai saperi indigeni, il servizio sociale coinvolge persone e strutture per affrontare le sfide della vita e per migliorarne il benessere” (Global definition of Social Work, 2014)*

Gli obiettivi del servizio sociale, a livello internazionale, sono variati nel tempo in quanto essi sono definiti dai diversi mandati a cui la professione è soggetta. L'assistente sociale contemporaneamente deve sottostare ai seguenti tre mandati<sup>15</sup>: mandato sociale ricevuto da parte della comunità, o dalla società; il mandato istituzionale i cui obiettivi e funzioni sono indicate nelle normative generali e specifiche di ogni organizzazione e dunque variano a seconda dell'intervento o del servizio che l'istituzione offre all'utente; il mandato professionale in cui gli obiettivi della professione (principi e valori, metodologia e modelli di riferimento) sono storicamente definiti nella comunità professionale (insieme di assistenti sociali iscritti all'albo professionale). Senz'altro, però, il fondamentale obiettivo del servizio sociale è quello di *produrre cambiamento*, che a seconda del periodo storico e i diversi paradigmi teorici, assume un significato diverso.

L'intervento del servizio sociale è indirizzato verso l'uomo considerato in relazione con l'ambiente di vita. Negli anni cinquanta nella interrelazione individuo-ambiente, il cambiamento assunse il significato di passivo adattamento della persona all'ambiente basandosi su modelli teorici-operativi (il modello psico-sociale della personalità e il modello di modificazione del comportamento) che hanno un'impostazione caratterizzata da una rigida sequenza studi-diagnosi-trattamento, e dove l'accento era sulla patologia dell'utente. Pertanto l'obiettivo primario dell'assistente sociale era quello di cura dell'utente, con un approccio prevalentemente individuale e terapeutico. Mentre negli anni settanta l'obiettivo di produrre cambiamento assume un ruolo politico e quindi si hanno interventi volti al cambiamento della società che era considerata la principale fonte di problemi.

Successivamente con l'introduzione delle teorie sistemico-relazionali, l'individuo viene considerato come una sistema di interazioni, continue e reciproche, con i sistemi esterni pertanto ogni cambiamento dell'individuo, anche i più piccoli, in un qualunque sistema interagente, produce delle variazioni anche negli altri sistemi. Questa visione ha creato l'idea di un intervento del servizio sociale che produce cambiamento con una valenza globale. (Dal Pra Ponticelli & Pieroni, 2015) Le teorie ecologico-sistemiche sono la base dei modelli olistici del servizio sociale. Il modello unitario e quello integrato, assieme hanno sottolineato come l'intervento del servizio sociale sia unico, superando l'idea tradizionale della divisione in metodi. Teresa Ossicini Ciolfi afferma che il cambiamento della persona deve essere al centro dell'attenzione poiché essa possiede

---

<sup>15</sup> Rispondere ad un certo bisogno esistente.

capacità risolutive inconsciamente. Così facendo, il cambiamento individuale produce anche cambiamento sociale. (Ossicini Ciolfi, 1980)

Gli obiettivi del servizio sociale italiano invece, a partire dal Convegno di Tremezzo, erano quelli di costruire la base dell'appena nato stato assistenziale e il promotore della tanto desiderata opera di risanamento sociale. Il servizio sociale doveva rendere effettivi la realizzazione dei diritti sociali sanciti dalla costituzione, cooperando all'edificazione di una struttura sociale più equa e giusta, ma anzitutto aveva come obiettivo principale interventi di tipo promozionale volto a rafforzare le capacità personali del singolo individuo.

Negli anni cinquanta e sessanta, avvenne una frattura tra il mandato sociale e quello istituzionale dell'assistente sociale dovuta al ruolo di questi professionisti all'interno delle istituzioni, che era principalmente di tipo assistenzialistico e riparativo del disagio, centrato sul lavoro con il singolo individuo. Pertanto non venivano prese in considerazione le cause sociali di tali bisogni, non permettendo agli assistenti sociali di esercitare una funzione promozionale che potesse coinvolgere l'intera società.

Solo negli anni settanta, e per i successivi due decenni, l'assistente sociale iniziò a attivare interventi non più solo settoriali e riparativi, ma anche preventivi, in un campo di intervento detto tridimensionale, cioè indirizzato oltre che alla persona o al gruppo disagiata/o, anche all'organizzazione di servizi per usufruire delle risorse o perfezionare le risorse, così come alla comunità territoriale che costituisce l'ambiente di vita delle persone, il territorio di riferimento del servizio o la fonte di altre risorse. Così facendo fu possibile attivare anche l'obiettivo promozionale dei servizi sociali, diretto oltre che a risolvere il problema, anche ad attivare, sviluppare e potenziare le risorse dell'individuo, delle istituzioni ma anche della comunità. (Dal Pra Ponticelli & Pieroni, 2015). Questo nuovo modalità d'intervento permise l'utilizzo dell'*ottica trilocale* (individuo-ambiente-istituzione). Il termine "trifocalità" è utilizzato in due diverse accezioni: la prima accezione intende che l'azione specifica dell'assistente sociale può avere come target di intervento uno dei tre livelli (individuo-ambiente-istituzione), mentre la seconda si riferisce al fatto che l'intervento che dell'assistente sociale si svolge in favore di una delle tre dimensioni ha effetto anche sulle altre. (Bertotti, 2013)

Prima di descrivere meglio ed in concreto gli obiettivi del servizio sociale ci preme segnalare, come sottolineato dagli autori Pieroni e Dal Pra Ponticelli, che il quadro teorico che costituisce la base degli obiettivi, si è ulteriormente definito con l'adozione dell'approccio ecologico-sistemico e cognitivo-umanistico (approcci più rispondenti ai valori e ai principi professionali), così come l'impianto operativo-metodologico, con una

maggior elaborazione del modello unitario che, nei servizi territoriali rivolti a tutti i cittadini, troverà un concreto campo di applicazione.

Sempre l'autrice Maria Dal Pra Ponticelli, ispirata alla definizione del servizio sociale, individua i seguenti obiettivi generali del servizio sociale:

1. *Creare* attraverso il processo d'aiuto<sup>16</sup> i raccordi necessari fra bisogni e risorse sia familiari che sociali, sia istituzionali che comunitarie, attivando un sistema di aiuto attorno ai bisogni individuali o collettivi, favorendo e migliorando i rapporti e le relazioni fra individui e i sistemi di risorse, rendendo l'ambiente nutritivo e promozionale per tutti.

Il creare raccordi, attraverso la funzione trifocale dell'intervento sociale favorisce l'autonomia dell'individuo, ma anche quella dell'intera comunità. Inoltre l'assistente sociale deve riuscire ad attivare nuove risorse laddove non ci sono.

2. *Aiutare*, sempre attraverso processi promozionali, le persone a sviluppare una propria capacità di affrontare e cercare di risolvere in modo autonomo e responsabile i propri problemi esistenziali, attivando le risorse già possedute e anche quelle della rete familiare e sociale;

Così facendo l'assistente sociale diventa promotore e tecnico delle risorse a disposizione nel territorio.

3. *Aiutare la collettività* a inquadrare i propri bisogni e ad attivare le reti di solidarietà naturali, i processi di partecipazione, il volontariato al fine di creare risorse per la soluzione dei bisogni di tutti;
4. *Progettare, organizzare e gestire* i servizi e le risorse che sono in grado di rispondere ai bisogni individuali e collettivi;
5. *Evidenziare, studiare e analizzare i problemi collettivi* per contribuire alla progettazione e alla realizzazione di un sistema di servizi sociali adeguato per i bisogni locali. (Dal Pra Ponticelli, 1987)

In conclusione di questo paragrafo possiamo affermare che l'obiettivo del servizio sociale professionale è di far emergere le risorse individuali, che ogni persona possiede, necessarie affinché esso possa incidere nella realtà sociale per la soluzione dei propri bisogni e la modifica della realtà sociale in cui vive. Inoltre la professione vuole far rispettare i diritti sociali e dell'uguaglianza sostanziale, per far sì che le risorse siano distribuite in modo equo rispetto ai bisogni e operando per l'inclusione sociale della fascia

---

<sup>16</sup> Basato su una relazione interpersonale professionale di tipo promozionale, educativo e terapeutico

più marginale, e per realizzare una maggior giustizia ed equità sociale.

### **I.III Le funzioni dell'assistente sociale**

Le funzioni, quindi le attività professionali che gli assistenti sociali svolgono concretamente nell'attuale sistema di servizi alla persona, secondo Dal Pra Ponticelli e Pieroni sono principalmente le seguenti : facilitazione dell'inclusione delle persone marginalizzate, socialmente escluse, prive di potere, vulnerabili e dei gruppi a rischio di cadere in questa condizione; individuare le barriere, le disuguaglianze e le ingiustizie che sono presenti nella società odierna; collaborare ed attivare le persone, le famiglie, i gruppi e le comunità stesse per migliorare il proprio benessere e le proprie capacità di risoluzione dei problemi; facilitare l'accesso ai servizi e alle risorse esistenti nel territorio; formulare e mettere in pratica le politiche e i programmi migliorativi del benessere delle persone e promuovere lo sviluppo dei diritti umani, l'armonia sociale e la stabilità sociale; incoraggiare le persone a tutelare i propri diritti e a rivolgersi ai competenti livelli locali, regionali, nazionali ed persino internazionali se necessario; elaborare e realizzare politiche sociali che siano coerenti con i principi etici dei servizi sociali, come giustizia sociale, rispetto dei diritti umani, la dignità degli esseri umani, la responsabilità collettiva e il rispetto delle diversità; combattere le condizioni strutturali che mantengono le persone in situazioni di marginalità, di vulnerabilità e che le privano di poteri; impegnarsi nell'azione sociale e politica per creare politiche sociali e sviluppo economico. (Dal Pra Ponticelli & Pieroni, 2015)

I compiti connessi alla professione dell'assistente sociale sono, inoltre elencati nell'art. 1 della legge 84/1993: *“L'assistente sociale opera con autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio e può svolgere attività didattico-formative. L'assistente sociale svolge compiti di gestione, concorre all'organizzazione e alla programmazione e può esercitare attività di coordinamento e di direzione dei servizi sociali. La professione di assistente sociale può essere esercitata in forma autonoma o di rapporto di lavoro subordinato. Nella collaborazione con l'autorità giudiziaria, l'attività dell'assistente sociale ha esclusivamente funzione tecnico-professionale.”*

Gli autori Dal Pra Ponticelli e Pieroni riassumono le funzioni dell'assistente sociale in tre grandi gruppi: rapporto diretto con l'utenza; promozione e organizzazione dei servizi, prestazioni, strutture e risorse istituzionali e comunitarie; ricerca, studio e documentazione. Per di più, grazie a Luigi Gui, abbiamo un'ulteriore declinazione di queste funzioni: funzione di studio, ricerca, indagine e documentazione; funzione di consulenza, sostegno e intervento psicosociale; funzione di programmazione, progettazione, organizzazione,



amministrazione, coordinamento e gestione dei servizi sociali e sociosanitari; funzione di carattere giuridico-amministrativo; funzione di attivazione e di gestione dei servizi informativi in campo sociale; funzione di didattica e di supervisione professionale. (Gui, 1999)

Il D.P.R. 5 giugno 2001, n.328 ha previsto la suddivisione dell'albo professionale in due sezioni differenti la sezione A e la sezione B all'interno di un unico profilo professionale:

- 1) Appartenenti alla sezione A dell'albo professionale<sup>17</sup> – assistenti sociali specialisti, che necessitano la laurea magistrale, svolgono le seguenti attività: 1) elaborazione e direzione di programmi nel campo delle politiche e dei servizi sociali; 2) pianificazione, organizzazione e gestione manageriale nel campo delle politiche e dei servizi sociali; 3) direzione di servizi che gestiscono interventi complessi nel campo delle politiche e dei servizi sociali; 4) analisi e valutazione della qualità degli interventi nei servizi e nelle politiche del servizio sociale; 5) supervisione dell'attività di tirocinio degli studenti dei corsi di laurea specialistica della classe 57/S - Programmazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali; 6) ricerca sociale e di servizio sociale; 7) attività didattico-formativa connessa alla programmazione e gestione delle politiche del servizio sociale. Oltre a poter svolgere le competenze dei professionisti iscritti alla sezione B dell'Albo;
- 2) Appartenenti alla sezione B dell'albo professionale – assistenti sociali, in possesso della laurea triennale svolgono le seguenti attività professionale: 1) attività, con autonomia tecnico-professionale e di giudizio, in tutte le fasi dell'intervento sociale per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio, anche promuovendo e gestendo la collaborazione con organizzazioni di volontariato e del terzo settore; 2) compiti di gestione, di collaborazione all'organizzazione e alla programmazione; coordinamento e direzione di interventi specifici nel campo delle politiche e dei servizi sociali; 3) attività di informazione e comunicazione nei servizi sociali e sui diritti degli utenti; 4) attività didattico formativa connessa al servizio sociale e supervisione del tirocinio di studenti dei corsi di laurea della classe 6 - Scienze del servizio sociale; 5) attività di raccolta ed elaborazione di dati sociali e psicosociali ai fini di ricerca.

---

<sup>17</sup> Istituito attraverso la legge n. 84/1993 art. 3

Le funzioni proprie dell'assistente sociale appartenente alla sezione B dell'albo professionale, detto anche assistente sociale di base, sono principalmente le seguenti: funzione di rapporto diretto con l'utenza per consulenza, sostegno e individuazione di progetti personalizzati; funzione di programmazione, progettazione, organizzazione e gestione dei servizi; funzione di attivazione e di gestione del sistema informativo; funzione di promozione della partecipazione; funzione di studio, ricerca, didattica e di supervisione.

Mentre le funzioni proprie dell'assistente sociale appartenente alla sezione A dell'albo professionale, detto anche assistente sociale specialista, possono essere le seguenti: funzione di rapporto diretto con l'utenza e di consulenza, principalmente su progetti sperimentali di servizi e sulla sperimentazione di metodologie avanzate; funzione di programmazione, progettazione, organizzazione, amministrazione e coordinamento dei servizi; funzione di attivazione e gestione del sistema informativo sociale; funzione di promozione della partecipazione; funzione di ricerca e di supervisione professionale; funzione di gestione delle risorse umane e tutte le funzioni previste per la sezione B dell'Albo.

## II. L'ASSISTENTE SOCIALE COMUNALE

Questo capitolo è dedicato all'approfondimento della figura degli assistenti sociali impiegati presso l'Ente Comunale, i quali svolgono un complesso lavoro, in cui i bisogni dell'individuo, ma anche della comunità stessa, emergono e diventano visibili all'attenzione pubblica. Il Comune è per eccellenza lo snodo centrale di attuazione delle politiche sociali e il luogo dove i bisogni dell'individuo si incontrano con il sistema organizzativo di risposte a tali bisogni concretizzandosi in misure o servizi a favore della cittadinanza. (Bertotti, 2016)

Tuttavia, senza entrare nel dettaglio ci preme sottolineare che esistono diversi settori o enti, sia essi pubblici che privati, in cui si svolge la professione di assistenti sociali, tra questi ricordiamo: enti di ricerca e di formazione (università, fondazioni, istituti di cultura superiore, scuola secondaria superiore, etc.); enti di integrazione socio-sanitaria, tra cui: consultorio, unità multidisciplinari per l'età evolutiva (UMEE) e unità multidisciplinari per l'handicap dell'età adulta (UMEA), dipartimenti di salute mentale (DSM), servizio per le tossicodipendenze, unità valutative distrettuali e geriatriche (UVD e UVG), azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera; enti di risocializzazione: C.T.U. presso Tribunale per i minorenni; Ministero della giustizia (ufficio servizi sociali minorenni (USSM) e servizio sociale adulti (UEPE)): amministrazione penitenziaria; enti locali: Ministero dell'interno/prefettura, ecc. regione, provincia, Comune ed altri enti locali, strutture residenziali e semi-residenziali per anziani, adulti, inabili e minori; organizzazioni del terzo settore (o privato sociale), cooperative, fondazioni, associazioni, impresa sociale, centri sociali; libero professionista (anche come ricercatore in proprio, associato oppure convenzionato con enti pubblici e privati di ricerca sociale e di servizio sociale); centri per l'impiego (inserimento lavorativo dell'utenza svantaggiata). Tuttavia per lo scopo di questa ricerca ci focalizzeremo sulla figura degli assistenti sociali comunali.

### II.I Le funzioni del Comune nella legge quadro 328/2000

Gli assistenti sociali sono i pilastri nelle attività di assistenza dei comuni a partire dagli anni quaranta, ma è nel 1977 attraverso il d.P.R. n. 616/1977<sup>18</sup>, che si avvia in trasferimento delle attività assistenziali a livello locale favorendo una visione unitaria e dando maggior possibilità di autodeterminazione, istituendo formalmente il settore dei

---

<sup>18</sup> In attuazione della legge n.382/1975 "Norme sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione".

servizi sociali. Successivamente, con il decreto legislativo n.112/1998<sup>19</sup>, i comuni sono stati investiti del compito di svolgere le azioni e i compiti amministrativi relativi ai minori, ai giovani, agli anziani, alla famiglia, ai portatori di handicap, ai tossicodipendenti/alcolodipendenti e agli invalidi civili.

Indubbiamente è attraverso, la tanto attesa, legge quadro 328/2000<sup>20</sup> che il servizio sociale professionale viene riconosciuto come “livelli essenziali di assistenza” da garantire in ogni ambito territoriale. Tale legge profila le tre funzioni proprie del servizio sociale: segretariato sociale; management sociale del caso (case manager); osservazione, programmazione, pianificazione, direzione e coordinamento delle politiche sociali con le aree integrate (Bertotti, 2016).

All'articolo 6 della legge quadro 238/2000 vengono specificate le funzioni dei comuni rispetto ai servizi sociali “[...] titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale. [...] 2. Ai comuni, [...] spetta, nell'ambito delle risorse disponibili [...], l'esercizio delle seguenti attività: a) programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, indicazione delle priorità e dei settori di innovazione attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, [...]; b) erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche [...]; c) autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti [...]; e) definizione dei parametri di valutazione delle condizioni [...] ai fini della determinazione dell'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi.

Dovendo provvedere a " a) promuovere, nell'ambito del sistema locale dei servizi sociali a rete, risorse delle collettività locali tramite forme innovative di collaborazione per lo sviluppo di interventi di auto-aiuto e per favorire la reciprocità tra cittadini nell'ambito della vita comunitaria; b) coordinare programmi e attività degli enti che operano nell'ambito di competenza, [...], tramite collegamenti operativi tra i servizi che realizzano attività volte all'integrazione sociale ed intese con le aziende unità sanitarie locali per le attività socio-sanitarie e per i piani di zona; c) adottare strumenti per la semplificazione amministrativa e per il controllo di gestione atti a valutare l'efficienza, l'efficacia ed i risultati delle prestazioni, [...]; d) effettuare forme di consultazione dei soggetti [...] per valutare la qualità e l'efficacia dei servizi e formulare proposte ai fini della predisposizione dei programmi; e) garantire ai cittadini i diritti di partecipazione al controllo di qualità dei servizi, secondo le modalità previste dagli statuti comunali.

Inoltre nel Capo V – Interventi, Servizi ed Emolumenti economici del Sistema Integrato di intervento e servizi sociali, all'articolo 22 della stessa legge vengono elencati, in nove punti, gli interventi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali: a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento; b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;

---

<sup>19</sup> Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali.

<sup>20</sup> Legge quadro per la realizzazione del sistema integrativo di interventi e servizi sociali

c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza; d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari; e) misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici; f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili; g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio; h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale; i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

Possiamo pertanto affermare che il Comune è il principale protagonista dell'attivazione ed erogazione dei servizi socio assistenziali in quanto è l'istituzione predisposta, come precedentemente indicato, e la più vicina al cittadino pertanto ha più strumenti e capacità di entrare in contatto accertando i bisogni dell'individuo e di conseguenza programmare (oltre che decidere e definire i vincoli a cui le risorse sono soggette e le modalità concrete con cui le misure si applicano) le risposte più adatte. (Franzoni & Anconelli, 2016)

### II.I.I Il segretariato sociale svolto dall'Ente locale

È indispensabile approfondire il concetto di segretariato sociale in come risposta al fondamentale diritto del cittadino di conoscere le varie opportunità offerte in relazione ai bisogni di cui è portatore e di essere orientato nell'accesso al sistema servizi per far fronte ai bisogni della vita che mutano con il variare delle situazioni personali o sociali. Va sottolineato come il segretariato sociale sia un servizio che vuole garantire a tutti i cittadini residenti o dimoranti in quel determinato territorio pari opportunità di fruizione e completa accessibilità a tutti i servizi sociali esistenti.

Questa funzione è citata anche dal Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2001-2003<sup>21</sup> il quale enfatizza la necessità di progettare il segretariato sociale in collaborazione con gli altri attori sociali della rete e in particolare con le organizzazioni solidali presenti nel territorio. Così facendo il cittadino oltre ad avere informazione, e orientamento nel sistema di offerta pubblica, solidaristica e di auto-aiuto presente nel welfare locale, dovrebbe poter essere informato anche sui soggetti privati che erogano i servizi di cui potrebbe aver bisogno. Inoltre viene esplicitamente affermato che “*per*

---

<sup>21</sup> D.P.R. del 3 maggio 2001 - Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328, recante legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, ed in particolare l'art. 18 della legge medesima che prevede l'adozione del Piano nazionale e dei piani regionali degli interventi e dei servizi sociali.

*svolgere le funzioni di segretariato sociale è necessario disporre di professionalità idonee, dotate delle competenze necessarie per riconoscere le ricadute organizzative, gestionali nonché le implicazioni tecnico-professionali di quanto viene proposto al cittadino (p.37)”*

Si è voluti sottolineare questo aspetto in quanto, come precedentemente affermato, non sempre sono gli assistenti sociali a gestire il segretariato sociale<sup>22</sup>, ma ad esempio all'interno dell'Ente locale può essere fornito anche dal personale amministrativo. Pertanto esiste una notevole differenza tra segretariato sociale e segretariato sociale professionale le cui funzioni sono finalizzate alla presa in carica dell'utenza, nonché all'accompagnamento e all'aiuto nel processo di promozione ed empowerment (Cantori, 2007).

È arduo individuare caratteristiche universali del segretariato sociale comunale in quanto esiste una situazione eterogenea a livello organizzativo visto che ogni territorio ha esigenze diverse e pertanto si organizza a seconda dei bisogni presenti e anche perché manca una vera regolamentazione in materia da parte dello Stato. È altrettanto vero che il segretariato sociale è incluso tra i livelli essenziali di assistenza<sup>23</sup>, ma successivamente non sono stati definiti, perciò non esistono standard minimi da garantire a ciascun cittadino. Teresa Ghezzi comunque indica alcuni elementi costitutivi del segretariato sociale quali: servizio di primo accesso universale, territoriale e garantito. Il segretariato sociale è inteso come primo accesso al sistema degli interventi e delle prestazioni sociali, grazie al quale il cittadino può trovare una bussola nella molteplicità degli erogatori dei servizi e dei servizi stessi. È un servizio universale invece perché è davvero rivolto a tutti i cittadini senza nessun vincolo di requisiti o di bisogni, addirittura anche il vincolo della residenza cade se si ha bisogno di informazioni generali. La caratteristica della territorialità e della gratuità invece dimostrano ancora una volta che i criteri di accesso non sono i bisogni ma l'appartenenza al territorio senza però chiedere nessun tipo di contributo per l'erogazione del servizio (Ghezzi, 2016).

Questa funzione dà la possibilità all'assistente sociale di osservare e raccogliere dati sui bisogni presenti sul territorio, che successivamente sono utili per attivare eventuali servizi non ancora presenti.

## **II.II I diversi tipi di assetti organizzativi del sistema sociale comunale**

È indispensabile e doveroso ricordare che in Italia l'organizzativo dei enti comunali è vario ed eterogeneo<sup>24</sup>, ma l'autrice Teresa Bertotti individua tre tipi di assetti

---

<sup>22</sup> Da non confondersi con le funzioni dell'Ufficio relazioni con il pubblico, oppure con i servizi informativi di categoria come Informagiovani, Informalavoro, ecc.

<sup>23</sup> Legge quadro 328/2000

<sup>24</sup> tratto distintivo del welfare italiano.

organizzativi presenti nel sistema sociale italiano: il servizio sociale strutturato per area, il servizio sociale generale e il servizio sociale misto (Bertotti, 2016).

Il primo assetto organizzativo è quello strutturato per target, ovvero in base alle caratteristiche ed ai bisogni degli utenti. Le aree sono solitamente le seguenti quattro: area famiglia e minori; area disabilità (minori ed adulti) e area anziani e area emarginazione grave. Questo tipo di divisione incide inevitabilmente sul ruolo e sulle competenze degli assistenti sociali in quanto occupandosi di un'area specifica sviluppano ed approfondiscono solo le competenze specifiche dell'area che gestiscono, con lo svantaggio ed il rischio di consolidare una visione specialistica e settoriale, invece di quella multidimensionale, in casi complessi e multiproblematici (Rossi, 2014). Dall'altra parte però il cittadino interagisce con professionisti competenti nell'area che gestiscono e pertanto dei tecnici nella risoluzione del bisogno specifico.

Il servizio sociale generalista è il secondo assetto organizzativo il quale considera il territorio sia come causa, sia come risposta per i bisogni esistenti. Non prevede suddivisione in aree o in base alla tipologia di intervento, ma l'utente viene preso in carica direttamente dal primo assistente sociale disponibile. Così facendo gli assistenti sociali hanno l'opportunità di poter osservare il bisogno che viene evidenziato nelle sue diverse forme, e introduce visioni diverse sui problemi ancorati ad un approccio sistemico ed ecologico assunti in termini globali e multidimensionali (Campanini, 2002). La cittadinanza è sicuramente avvantaggiata in quanto c'è un unico luogo per accedere ai servizi, ma d'altro canto c'è il rischio di incontrare professionisti non sufficientemente preparati rispetto ad un problema specifico. Un altro punto critico è la difficoltà degli assistenti sociali ad affrontare e cercare di risolvere i bisogno che sono diversificati, rischiando di trasformare l'intervento in una prestazione puramente burocratica e allungando i tempi di risposta (Bertotti, 2013).

Il terzo assetto organizzativo è detto misto e può essere di diverso tipo. Il primo, chiamato da Bertotti "forma più semplice" prevede una funzione di segretariato sociale con una presa in carica iniziale, di tutti gli utenti ed una successiva presa in carico di secondo livello, oppure specializzata a volte suddivisa per aree tematiche. Mentre un altro assetto misto può essere quello che richiede l'intervento di altre istituzioni, come i servizi dell'ULSS, per i quali viene richiesto la cooperazione, di diversi professionisti, in rete per il raggiungimento dello stesso obiettivo. Senz'altro questo tipo di organizzazione dei servizi è più completa e riesce a far fronte a diversi problemi avvalendosi delle competenze degli altri professionisti.

## **II.III La rete di relazioni dell'assistente sociale comunale**

Il lavoro dell'assistente sociale è e deve essere fatto all'interno di una fitta rete di relazioni, grazie ai quali è possibile realizzare interventi altamente professionali. (Bertotti & Ghezzi, 2016). In questa sezione approfondiremo, i diversi tipi di relazione che gli assistenti sociali comunali devono intrattenere all'interno dell'organizzazione comunale, con gli altri attori professionali della rete e con il territorio.

Esistono due dimensioni attraverso le quali si possono leggere le dinamiche delle relazioni all'interno di un'organizzazione, quindi anche all'interno del Comune: la dimensione burocratica, la quale prevede una standardizzazione e un'uniformità assegnando un valore specifico al rispetto della norma e del ruolo specifico e la dimensione professionale che prevede uno spazio di autonomia e discrezionalità affinché il servizio offerto nel quadro di uniformità e uguaglianza di trattamento possa essere adattato alle singole persone (Rossi, 2014).

Rispetto alla relazione all'interno dell'organizzazione ed in particolare con la classe politica, gli assistenti sociali comunali sono considerati il punto di incontro tra l'amministrazione locale e i cittadini pertanto è necessario creare delle collaborazioni solide per poter dare vita a delle politiche sociali utili e condivise da entrambe le parti. In questa sede non analizzeremo gli aspetti legali o normativi della relazione ma ci concentreremo più sulla parte pragmatica e quindi sulle "aspettative reciproche" degli attori coinvolti. Secondo le autrici Bertotti e Ghezzi esistono quattro categorie di aspettative della classe politica nei confronti degli assistenti sociali comunali: 1) rispondere alle domande dei cittadini in modo che esse siano in accordo con i programmi politici della pubblica amministrazione; 2) rispondere tempestivamente ed in modo efficace nelle situazioni di emergenza prima che essi possano arrivare all'attenzione della cittadinanza che portebbe chiedere spiegazioni alle istituzioni; 3) avere riscontro sui problemi sociali emergenti e le possibili modalità d'intervento per risolverli; 4) raccolta dati e di casi concreti che permette di effettuare una valutazione e mostrare l'esito positivo delle politiche sociali promosse ed implementate dall'amministrazione locale. Mentre d'altro canto le aspettative degli assistenti sociali nei confronti della classe politica sono le seguenti: 1) riconoscere l'autonomia tecnico-professionale; 2) supporto, difesa e protezione nei confronti dei progetti e decisioni intrapresi, soprattutto in casi di tutele dei minori quando l'assistente sociale ha delle responsabilità non indifferenti; 3) mantenere la coerenza tra quanto si dichiara pubblicamente e ciò che è possibile effettivamente rendere concreto sia a livello economico che per quel che riguarda le condizioni di lavoro necessarie per realizzare i servizi (Bertotti & Ghezzi, 2016). Ovviamente le dinamiche



relazionali sono diverse a seconda della dimensione del Comune, e tanto più grande è l'organizzazione tanto più distante e indiretto diventa il rapporto tra i cittadini, i politici e i professionisti del sociale. È necessario sottolineare anche l'importanza del rapporto con il personale amministrativo in quanto in alcuni comuni esso hanno una funzione di raccolta delle domande dei cittadini (segretariato sociale) e pertanto sono esposti al contatto con persone che hanno bisogno di risposte complesse, urgenti, difficili e sotto stress che possono sfociare in episodi di rabbia o aggressività. È pertanto essenziale coinvolgere il personale amministrativo anche in riunioni di organizzazione dei servizi per far comprendere loro l'importanza del lavoro svolto.

Il rapporto con gli altri professionisti della rete sociale e non solo, è sicuramente una parte fondamentale per riuscire a fornire delle risposte il più possibilmente complete alla luce dei nuovi problemi sociali sempre più multidimensionali e alla loro internalizzazione<sup>25</sup>. Un altro elemento cardine nell'ottica di rete è senz'altro la moltiplicazione degli attori dei servizi che necessariamente richiede un metodo di lavoro che possa accogliere l'eterogeneità professionale, i diversi saperi teorici e le loro esperienze. Il lavoro in rete è il lavoro interprofessionale di norma svolto in équipe in cui diversi professionisti si integrano e coordinano i loro interventi al fine di evitare sovrapposizioni e sprechi di risorse. Secondo l'art. 38 del Codice Deontologico: *“L'assistente sociale deve conoscere i soggetti attivi in campo sociale, sia privati che pubblici, e ricercarne la collaborazione per obiettivi e azioni comuni che rispondano in maniera articolata e differenziata a bisogni espressi, superando la logica della risposta assistenzialistica e contribuendo alla promozione di un sistema di rete integrato”*.

L'articolo richiama il dovere e l'importanza per l'assistente sociale di partecipare alla promozione di un sistema di rete integrato, perché spesso, ma non sempre, è il primo professionista a prendere in carico l'utente e perciò ad individuare il bisogno. A tal proposito l'assistente sociale comunale deve impegnarsi nella ricerca di collaborazioni con altri soggetti attivi nel sociale al fine di creare partnership sociali<sup>26</sup>. In quest'operazione è necessario costruire una visione condivisa, visto che ogni professionista coinvolto ha una chiave di lettura del bisogno diversa<sup>27</sup>.

La relazione con i soggetti del territorio è una caratteristica che contraddistingue

---

<sup>25</sup> Aumento di povertà all'interno del paese stesso ma anche fra paesi; gli effetti dei flussi migratori che aumentano le domande di protezione internazionale, ecc. Questi nuovi fenomeni hanno messo a nudo l'inadeguatezza di quel "localismo", ossia l'ancoramento a un contesto territoriale delimitato, che prevaleva e che si sta lottando per smantellarlo

<sup>26</sup> In particolare quanto è previsto un intervento di tipo sanitario o socio-sanitario e si attivano le équipe interistituzionali, come nel caso di persone non autosufficienti o minori, ma anche nella collaborazione con i dirigenti scolastici, ecc.

<sup>27</sup> Conoscenza affettiva, valoriale, data dall'esperienza pratica, quella teorica o quella normativa.

l'assistente sociale comunale il quale per poter usufruire delle risorse territoriali deve innanzitutto conoscerle, come indicato nell'art. 35 del Codice Deontologico “[...] *l'assistente sociale non può prescindere da una precisa conoscenza della realtà socio-territoriale in cui opera [...]*”. Occorre individuare i profili di comunità: territoriali, demografici, delle attività produttive, dei servizi, Istituzionale, antropologico-culturali e psico-sociali (Martini & Torti, 1988). Pertanto si deve effettuare attivamente la mappatura degli elementi quantitativi, attraverso dati e statistiche, e di quelli qualitativi, grazie ad interviste, momenti di confronto, riunioni, gruppi appartenenti a diverse categorie, ecc. Questo tipo di relazione promuove un contesto attento all'inclusione sociale, e non solo, dei cittadini o dei gruppi di cittadini vulnerabili, in particolar modo cerca di combattere l'isolamento delle persone presenti sul territorio, come ad esempio i cittadini privi di rete familiare o amicale (Bertotti & Ghezzi, 2016). Pertanto si lavora con i gruppi della comunità al fine di promuovere la partecipazione, il coinvolgimento, l'autogestione dei servizi e delle risorse da parte della popolazione e per creare legami di solidarietà sociale.

#### **II.IV Il processo di aiuto**

In questo paragrafo verrà approfondito il processo di aiuto per capire l'importanza e il ruolo che l'assistente sociale comunale ha nel riuscire a riconoscere e analizzare i bisogni attraverso l'individuazione degli obiettivi da raggiungere, la progettazione, l'intervento e di seguito la sua attuazione.

Il dizionario del servizio sociale definisce il processo di aiuto come *“l'intervento professionale del servizio sociale che si sviluppa nel tempo secondo una sequenza logica articolata in fasi con l'obiettivo di promuovere, sostenere un cambiamento pianificato in una situazione di squilibri tra bisogni e aspirazioni da un lato e competenze e opportunità dall'altro, nell'ambito dei rapporti tra le persone, il loro contesto di vita e l'organizzazione sociale che in individuo, una famiglia, un gruppo o una comunità avverte come problematica e desidera modificare.”* (Ciuffi, 2005)

Ovvero è l'attivazione, a fronte dei problemi e dei bisogni della cittadinanza, di percorsi di risposta articolati e spesso complessi in cui le persone portatrici del bisogno e/o del problema assumono un ruolo assolutamente centrale e protagonista facendo sì che la relazione professionale d'aiuto costituisca il tessuto cognitivo del processo stesso (Bartolomei & Passera, 2005). Il processo di aiuto promuove l'interazione tra operatori, utenza e servizi e si realizza nel contesto normativo e organizzativo messo in atto da strutture pubbliche e private, pertanto possiamo già notare che l'assistente sociale ha una funzione di architetto nel costruire il processo di aiuto, evidenziando i problemi,

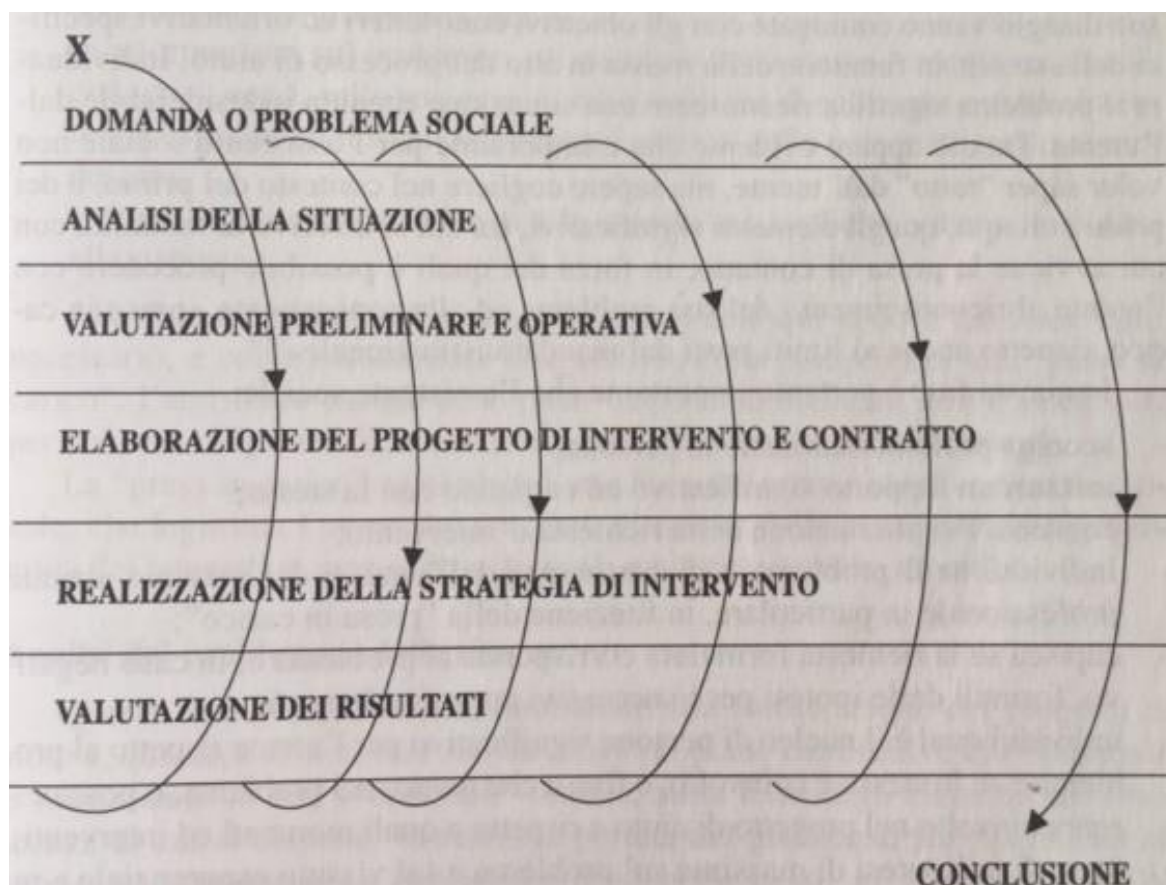
promuovendo le risorse personali, istituzionali e collettive, raccordando bisogni e risorse, gestendo prestazioni e servizi. Pertanto è un intervento di tipo egualitario improntato a valorizzare le conoscenze degli utenti e stabilire relazioni non gerarchiche (Dominelli, 2005). In accordo con la definizione internazionale del servizio sociale gli obiettivi fondamentali del processo di aiuto sono quelli di promuovere il cambiamento sociale e lo sviluppo, la coesione e l'emancipazione sociale, nonché l'empowerment e la liberazione delle persone basandosi sui principi sono fondamentali quali la giustizia sociale, rispetto dei diritti umani, la dignità degli esseri umani, la responsabilità collettiva e il rispetto delle diversità umani, la dignità degli esseri umani, la responsabilità collettiva e il rispetto delle diversità. Di conseguenza cerca di aiutare la persona o il gruppo ad acquisire consapevolezza della propria situazione problematica, per individuare le migliori soluzioni per uscire dal problema. Affinché l'utente riacquisti l'autonomia persa temporaneamente è necessario che apprenda ad utilizzare tutte le risorse possibili, promuovendo le capacità residue personali, familiari, risorse della comunità, etc.

Gli attori coinvolti nel processo di aiuto sono sempre molteplici: oltre all'individuo o al gruppo che presenta il problema attraverso una richiesta di aiuto, all'assistente sociale che recepisce, ascolta e attiva le risorse necessarie, è coinvolto anche il servizio che mette a disposizione tali risorse, la rete sociale significativa nell'ambiente di vita della persona e la comunità che dà il mandato dell'assistente sociale e che offre le risorse del terzo settore.

Le fasi metodologiche del processo di aiuto permettono di impostare il lavoro come un susseguirsi logico ed in reciproca relazione con le azioni mirate al raggiungimento di un obiettivo ben circoscritto stimolando la partecipazione dell'utenza in tutte le parti del processo. Le fasi metodologiche non possono essere considerate in modo rigido e predeterminato in quanto sono agite all'interno di processi dinamici di presa in carico, sono condizionate al contesto e dalle circostanze di ogni intervento e possono verificarsi simultaneamente (Clifford, 1998). È indispensabile non perdere mai di vista il fatto che il servizio sociale si occupa di problemi spesso indeterminati, che sono in continuo cambiamento, non generalizzabili e quindi il processo di aiuto deve essere personalizzato e dinamico. Le situazioni problematiche affrontate dal servizio sociale presentano variabili non sempre previste e tantomeno prevedibili (Dal Pra Ponticelli & Pieroni, 2015). Le fasi metodologiche del processo di aiuto sono le seguenti:

1. individuazione del problema e presa in carico;
2. analisi del problema e delle risorse;
3. valutazione preliminare del problema e redazione degli obiettivi dell'intervento;

4. elaborazione di un progetto e del contratto fra le parti;
  5. attuazione del progetto d'intervento;
  6. verifica e valutazione dei risultati ottenuti (in itinere - sono fondamentali per orientare e ridefinire gli interventi in funzione degli obiettivi e dei risultati attesi- e a conclusione);
  7. conclusione del processo di aiuto (o eventuale formulazione di un nuovo progetto).
- Lenarduzzi, 2010)



*Tabella 1 Il processo di intervento in ordine logico e cronologico che mostra l'andamento a spirale dei passaggi di De Robertis Carolina*

La sequenza delle fasi metodologiche ha un andamento a “spirale”, come è possibile notare nella tabella 1, in quanto ogni fase ha un impatto sulle altre e viene costantemente rivista durante il corso dell'intero processo. Il passaggio da una fase a quella successiva avviene solo dopo aver verificato e valutato i risultati raggiunti attraverso le attività relativi a quella fase stessa (De Robertis, 1986).

#### II.IV.I Analisi delle fasi del processo di aiuto

Riteniamo necessario approfondire le fasi del processo di aiuto in quanto saranno utili successivamente nell'analizzare i servizi attivati nel Comune di Torri di Quartesolo

dall'assistente sociale grazie a questo processo.

La prima fase del processo di aiuto riguarda la *individuazione del problema e presa la presa in carico della persona*. Innanzitutto Silvia Fargion individua quattro modi in cui l'utente accede ai servizi sociali poiché il modo con cui si entra in contatto con i servizi influenza la relazione che deve ancora essere istaurata: 1) Accesso spontaneo per il quale le persone, sulla base di informazioni ottenute da diverse fonti, sceglie di entrare in contatto con i servizi sociali per chiedere aiuto o consiglio, pertanto l'elemento importante da evidenziare è la volontà dell'utente ad entrare in contatto con i servizi; 2) Accesso indotto che fa parte dell'accesso volontario in quanto l'utente si presenta volontariamente ma su consiglio o pressione di soggetti influenti o che hanno un certo potere su di loro (Es. insegnanti dei figli, medico, ecc.). Gli utenti non sono necessariamente convinti del passo che hanno fatto e possono nascere incomprensioni di conseguenza è necessario esplorare la prospettiva delle persone e l'emergere di una possibile motivazione a entrare in relazione di collaborazione; 3) Accesso tramite intermediari dove è una terza persona a presentarsi ai S.S. senza avvisare l'interessato.

In questo caso l'assistente sociale prima di tutto deve verificare la presenza dell'effettivo bisogno, oltre a dover trovare un modo per avvicinarsi alla persona che sia rispettoso della sua scelta e del suo diritto all'autodeterminazione a decidere se entrare o no in contratto coi i servizi; 4) Accesso coatto attraverso il quale l'utente è obbligato ad entrare in contatto con il servizio sociale, altrimenti ci sono conseguenze penali (più frequenti nell'ambito della tutela dei minori e delle misure alternative al carcere).

Il compito dell'assistente sociale è quello di sviluppare la solidarietà ed entrare in una relazione di collaborazione con le persone dunque bisogna che esso/a sia in grado di comprendere e accettare il loro punto di partenza, che non vuole dire doverlo condividere (Fargion, 2013). Individuare il problema significa riconoscere una situazione ritenuta indesiderabile dall'utente pertanto l'assistente sociale in questa prima fase deve cogliere il più possibile informazioni sull'utente ma anche sul problema di cui è portatore.

L'assistente sociale deve essere in grado di accogliere professionalmente l'utente, cercare di istaurare una relazione, avente come elemento fondante l'empatia, essere in grado di ascoltare e leggere fra le righe durante la richiesta di aiuto da parte dell'utente, capire se effettivamente il bisogno esposto è di sua competenza o meno (altrimenti la presa in carica non è compatibile con il suo mandato istituzionale), cercare di ricostruire la rete familiare dell'utente per sapere se è possibile coinvolgerla eventualmente nel progetto, oltre a dover formulare delle ipotesi sul problema e sul vissuto dell'utente per successivamente poter formulare le prime ipotesi necessarie alle fasi successive. Una volta

raccolte le informazioni necessarie , durante il primo colloquio <sup>28</sup>, si procede a prendere in carico il caso stipulando un atto formale, amministrativo e professionale che autorizza a tutti gli effetti il processo di aiuto (Bartolomei & Passera, 2005).

La seconda fase del processo di aiuto riguarda *l'analisi del problema e delle risorse* rilevante sul piano operativo e conoscitivo. È in questa fase che si valuta la portata del problema, la sua specificità ed ampiezza, le priorità in base all'urgenza e alla fattibilità dell'individuo e della struttura, oltre ad individuare il "bersaglio"<sup>29</sup> prioritario, riconosciuto da tutti i soggetti coinvolti nel processo di aiuto. L'assistente sociale effettua un intervento di sostegno ed accompagnamento dell'utente nel percorso di consapevolezza e di empowerment attraverso una partecipazione attiva nel mettere a fuoco il problema/bersaglio, oltre a individuare assieme all'utente le modalità di risoluzione del problema. Nella scelta del bersaglio è vitale tenere conto dei limiti del mandato professionale ed istituzionale dell'assistente sociale, della motivazione personale dell'utente nel essere predisposto al cambiamento della situazione, l'esistenza e la qualità delle risorse personali, istituzionali, della comunità e così via, oltre alla capacità di attivarle effettivamente, gli effetti che il processo di aiuto possono avere (Bartolomei & Passera, 2005).

La terza fase del processo di aiuto si focalizza sulla *valutazione preliminare del problema e redazione degli obiettivi dell'intervento*. La valutazione è un processo presente in tutte le fasi del processo, ma è fondamentale nella fase iniziale in quanto è su questa valutazione che si basa la stesura degli obiettivi. Il fornitore principale delle informazioni necessarie per la valutazione è senza ombra di dubbio l'utente stesso, l'ambiente in cui vive ed eventualmente gli operatori che lo hanno avuto in carica precedentemente. Successivamente viene redatto un documento guida per l'individuazione degli obiettivi che a loro volta sono la base del progetto di aiuti. La mediazione tra i diversi obiettivi dei diversi attori del processo di aiuto richiede una capacità di ascolto e attenta lettura delle esigenze di ognuno poiché comincia a delinarsi una distribuzione dei ruoli all'interno del processo.

*L'elaborazione di un progetto di intervento e del contratto* fra le parti è la quarta fase del processo di aiuto. Progettare significa creare un modello personalizzato e flessibile, una guida logica e multidimensionale finalizzata a creare cambiamento per

---

<sup>28</sup> Il colloquio è lo strumento principale dell'assistente sociale per raggiungere gli obiettivi di cambiamento. L'assistente sociale usa il colloquio per cogliere i bisogni, definire gli obiettivi del cambiamento e sviluppare le varie fasi del processo di aiuto.

<sup>29</sup> Il bersaglio, o il problema, deve essere preciso e definito, in modo da poter costruire un autentico bersaglio dell'intervento e consentire all'utente, e agli altri attori di concentrare su di esso tutte le loro risorse, rappresentando così il potenziale punto di cambiamento (Ferrario F. , 1996)

raggiungere gli obiettivi prestabiliti e condivisi dagli attori. Durante la creazione del progetto l'assistente sociale dovrà porre attenzione ai tempi di attuazione del progetto, alla sua fattibilità, agli indicatori per la verifica e la valutazione dei risultati di cambiamento, ed in particolare i vincoli di carattere normativo, istituzionale ed organizzativo (come ad esempio i protocolli d'intesa rispetto ai rapporti esistenti fra gli attori, le risorse economiche, ecc.). Il contratto <sup>30</sup> sociale verbale o scritto è l'esplicitazione formale di un accordo operativo, collaborativo e libero attraverso il quale i diversi contraenti volontariamente determinano i rispettivi ruoli e compiti stabilendo le modalità di intervento e le attività concernente ognuno degli attori per raggiungere il cambiamento desiderato (Passera , 1987/1988). Nella redazione del contratto l'assistente sociale deve includere la descrizione della situazione e i dati informativi, oltre agli elementi oggetto dell'accordo<sup>31</sup>. L'assistente sociale in questa fase del processo mette alla prova le sue capacità di ascoltare, promuovere, guidare, seguire e sostenere l'utente nel percorso di identificazione del bersaglio e di valutazione, condivisa e pratica, delle possibilità di soluzione, tenuto conto dei condizionamenti diretti ed indiretti, oggettivi e soggettivi, istituzionali ed ambientali rispetto alle quali definire correttamente il progetto di intervento nel suo percorso, nel rispetto delle motivazioni e della libertà di scelta dell'utenza.

Coraglia definisce *l'attuazione del progetto d'intervento* come la fase di non ritorno alla prassi operativa dove tutti gli attori coinvolti devono mettere in pratica quanto stabilito nel contratto (Coraglia & Carena , 1987). Nell'attuare il progetto è capitale che l'assistente sociale monitori costantemente i cambiamenti, che a loro volta devono essere valutati e se necessario implementare le dovute modifiche nel progetto. Inoltre il professionista deve sostenere e motivare l'utente a mantenere gli impegni contrattuali, orientare i suoi interventi al lavoro con il contesto di vita e con l'ambiente dell'utente per mettere in rete le risorse di tutti i soggetti coinvolti nel progetto, ma anche con servizi esterni. (Bartolomei & Passera, 2005)

*La verifica e valutazione dei risultati ottenuti* è la penultima fase nel processo di aiuto anche se in realtà, sono entrambe attività che vengono fatte durante tutto il percorso. La chiarezza degli obiettivi, la formulazione dei risultati attesi, la corretta stesura del progetto e del contratto sono gli strumenti fondamentali per effettuare una corretta verifica

---

<sup>30</sup> È lo strumento che definisce un accordo tra cliente e operatore (ed eventualmente altri attori), che stabilisce gli obiettivi della loro interazione e i processi attraverso i quali questi obiettivi saranno raggiunti (Seabury, 1976). È un impegno chiaro sia per l'operatore che mette in campo delle risorse, sia per l'utente che viene riconosciuto come soggetto attivo del processo di aiuto. L'utente attraverso il contratto viene reso partecipe e protagonista in prima persona poiché vengono stimolate la sua capacità di agire e le risorse residue.

<sup>31</sup> Il problema, gli obiettivi del contratto includendo esattamente i risultati attesi, le modalità per raggiungere tali risultati, gli strumenti per la verifica, ecc.

e valutazione di quanto accaduto fino a quel momento.

L'ultima fase del processo di aiuto è *la conclusione o eventuale formulazione di un nuovo progetto*. Esistono diversi motivi per i quali si conclude un percorso di aiuto: 1) perché è finito il progetto, come prestabilito e dopo aver raggiunto gli obiettivi; 2) su iniziativa dell'utente; 3) conclusione pianificata con l'utente durante il processo in quanto il problema è rientrato prima del previsto; 4) per abbandono da parte dell'assistente sociale; 5) per passaggio ad un altro servizio. L'assistente sociale deve mettere in essere attività che accompagnino questa fase finale, tra le quali incontri per analizzare assieme e con delicatezza i risultati ma anche gli aspetti relazionali ed affettivi di entrambe le parti. La valutazione finale è fondamentale per l'utente affinché possa capire il perché dei cambiamenti o eventuale non cambiamento e all'assistente sociale per riflette sul proprio operato, come su quello dell'Ente per il quale lavora, per migliorare sé stesso e il servizio.



### III. L'ASSISTENTE SOCIALE COMUNALE NEL LAVORO CON I MINORI E LE LORO FAMIGLIE

In questo capitolo approfondiremo il tema degli interventi del servizio sociale comunale in favore dei minori e delle loro famiglie giacché il 30% degli assistenti sociali di base gestiscono l'area minori all'interno del sistema servizi (Facchini, 2010).

Lee Maracle nella sua novella Ravensong afferma che i bambini e i ragazzi sono fondamentali per la società in quanto rappresentano la sua possibilità di perdurare nel tempo per cui sono il nostro futuro collettivo (Maracle, 1993). Inoltre è evidente l'esistenza di una interdipendenza tra gli adulti e i minori in quanto saranno quest'ultimi, in condizioni appropriate, ad occuparsi e prendersi cura degli anziani appunto per questo è doveroso fornire loro e alle loro famiglie i migliori strumenti per diventare cittadini pieni di risorse attraverso interventi a loro favore da parte dell'intera società. È bene ricordare che il progetto d'intervento deve riguardare e sostenere l'intero nucleo familiare, non solo il minore<sup>32</sup>, ed eventualmente il contesto sociale in cui vive, cercando di evitare la frammentarietà e l'unilateralità degli interventi occupandosi esclusivamente della singola persona in condizioni di debolezza. Difatti consideriamo che la famiglia è un'istituzione normalizzante e socializzante, che insegna, attraverso dei buoni esempi, come essere buoni cittadini (Belotti, 1975)

#### III.I Storia della protezione dell'infanzia in Italia

Fino al 1900 l'attenzione verso i minori riguardava principalmente le condizioni di povertà ed abbandono. Secondo gli studi e le ricerche presentate da Bosisio<sup>33</sup>, nel secondo scorso si inizia a vedere i minori come individui dotati di personalità, con bisogno e caratteristiche individuali, e ci si focalizza di più sull'educazione, sugli aspetti psicologici e ricreativi ma anche sulla loro istruzione. Elisa Gulmini, nella sua tesi di laurea, individua 3 fasi evolutive dei servizi italiani che si occupano di protezione dell'infanzia a partire dagli anni '80:

1. Anni '80: c'è un cambiamento culturale, al cui centro è il bambino, facendo emergere il tema del maltrattamento nei confronti dei ragazzini. Si è data maggior attenzione all'ascolto e alla comprensione del bambino, riconoscendogli dignità,

---

<sup>32</sup> Legge quadro 328/2000 all'art. 22 evidenzia il ruolo primario dell'Ente comunale, e dei suoi professionisti nel sociale, specificando che deve attuare "*c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.*"

<sup>33</sup>

attendibilità e diritto al rispetto (Pedrocco Biancardi, 2002). Gli assistenti sociali dell'epoca, all'interno dei servizi pubblici, avevano il compito di fare luce su questo tema dando vita a centri specialistici privati multiprofessionali<sup>34</sup> e all'elaborazione di modelli d'intervento appropriati e innovativi. I servizi sociali si focalizzarono sull'aspetto educativo e di socializzazione dei servizi per i minori, dando spazio alle richieste di sostegno e aiuto alle famiglie, tenendo conto del cambiamento delle madri da casalinghe a lavoratrici. Le Regioni iniziarono ad offrire interventi, diversi da quello economico, con lo scopo di deistituzionalizzazione dei minori e di contrasto al disagio minorile e familiare, come l'affido familiare, le comunità educative, l'educativa domiciliare, i centri di aggregazione sociale. Attraverso il DPR 616/1977 all'art. 23 vengono trasferite, decentrando, le funzioni dal Ministero di Giustizia in favore del Comune, in particolare con riferimento agli interventi per i minori investiti da provvedimenti dell'autorità giudiziaria minorile cominciando così ad occuparsi di tutela minori con una visione di recupero delle famiglie in difficoltà. (Gulmini , 2011/2012 )

2. Anni '90: sono caratterizzati da una prospettiva di prevenzione e contrasto al fenomeno del maltrattamento sui minori e di promozione di politiche di tutela dei diritti dei bambini e dalla nascita di servizi pubblici sociosanitari specializzati nella tutela dei minori. Con la legge n.833 del 1978 in alcune Regioni<sup>35</sup>, i Comuni delegano le funzioni e risorse socio-assistenziali, alle USL le quali diventano il luogo dell'integrazione sociosanitaria sviluppando nuovi progetti e un lavoro di rete, mentre in altre Regioni<sup>36</sup>, hanno delegato solo parzialmente. Nel resto delle Regioni si è continuato con la separazione tra il sistema sanitario, in capo alle USL, e il sistema socio-assistenziale gestito dai Comuni (Gulmini, 2011/2012 ).
3. Anni 2000: sono contraddistinti dal fenomeno del ritiro delle deleghe da parte dei Comuni alle Asl in campo di tutela minori, dovuto alla legge quadro 328/2000 che dà loro maggiore potere contrattuale e a motivo della volontà da parte degli Enti Locali di voler riacquisire la vicinanza rispetto alla situazione dell'infanzia e dei bisogni delle famiglie residenti per aver maggior incisività nelle scelte relative agli interventi e alle politiche di prevenzione. Si tratta di una scelta, da un certo punto di vista, rischiosa nella misura in cui presuppone in venire meno di un approccio multiprofessionale e interdisciplinare tra le competenze degli assistenti sociali (interventi sociali svolti dal

---

<sup>34</sup> Nel 1984 infatti nasce a Milano il Centro per il bambino maltrattato (CBM) che è il primo servizio pubblico in Italia dedicato al fenomeno del maltrattamento.

<sup>35</sup> Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli, Toscana, Umbria.

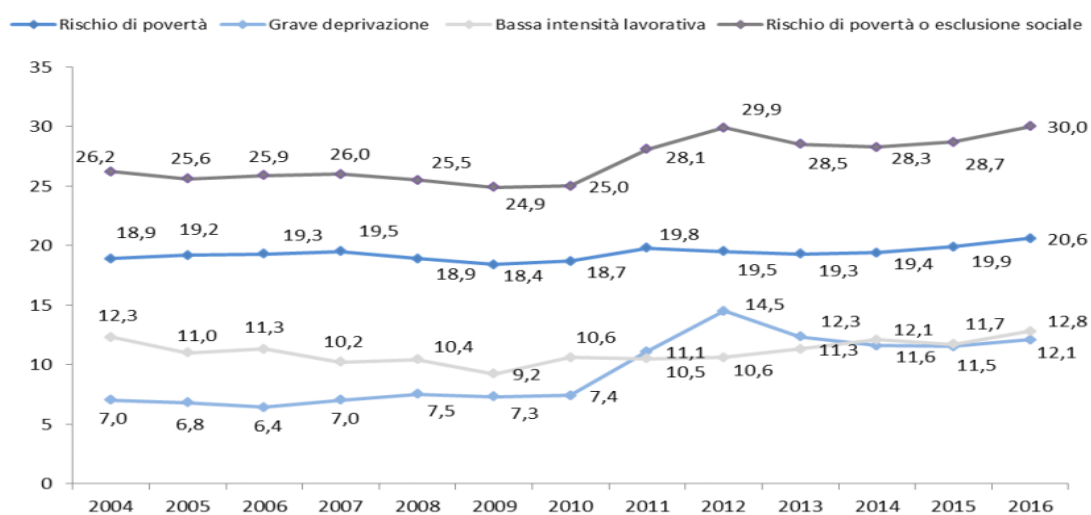
<sup>36</sup> Liguria, Emilia Romagna, Marche.

Comune) e dei psicologi (interventi di cura e trattamento) (Gulmini , 2011/2012).

### III.II I bisogni e le nuove sfide relative ai minori con cui si scontrano i Comuni

Come anticipato nel paragrafo precedente principalmente, in passato, gli interventi a favore dei minori erano di tipo economico per ridurre la povertà, ma purtroppo i dati ci mostrano che questo problema sussiste ancora in Italia, ma non solo<sup>37</sup>. Difatti il servizio sociale comunale principalmente fronteggia problemi di povertà, di immigrazione, di scissione di coppie conflittuali al cui interno ci sono minori, e il maltrattamento e gli abusi subiti dai minori (Tilli, 2016).

Nel 2016 si stima che il 30,0% delle persone residenti in Italia, quindi ben 18.136.663 individui, sia a rischio di povertà o esclusione sociale, registrando un peggioramento rispetto al 2015 (28,7%).



(a) Il rischio di povertà è calcolato sui redditi 2015 e la bassa intensità di lavoro è calcolata sul numero totale di mesi lavorati dai componenti della famiglia durante il 2015

#### Tabella 2 Indicatori di povertà o esclusione sociale(a). Anni 2004-2016, per 100 individui

Il Mezzogiorno resta l'area territoriale più esposta al rischio di povertà o esclusione sociale (46,9%, in lieve crescita dal 46,4% del 2015). Le famiglie con cinque o più componenti si confermano le più esposte al rischio di povertà o esclusione sociale (43,7% come nel 2015), ma è per quelle con uno o due componenti che questo indicatore peggiora (per le prime sale al 34,9% dal 31,6%, per le seconde al 25,2% dal 22,4%).

Nel 2015, 1 milione 582 mila famiglie (il 6,1% delle famiglie residenti) risulta in

<sup>37</sup> A livello europeo, tenendo in conto solo i paesi dell'UE, nel 2016 l'indicatore sintetico di rischio di povertà o esclusione sociale diminuisce da 23,8% a 23,5%

condizione di povertà assoluta<sup>38</sup> in Italia, per un totale di 4 milioni e 598 mila individui (7,6% dell'intera popolazione), il valore più alto dal 2005. Tra queste cifre sono inclusi ben 1 milione 131 mila minori (10,9%), pertanto un minore su dieci si trova in povertà assoluta (3,9% nel 2005). Peggiorano le condizioni delle famiglie di 4 componenti (al 9,5% rispetto al 6,7% nel 2015), in particolare delle coppie con 2 figli (dal 5,9 all'8,6%).

La povertà relativa<sup>39</sup> è stabile, ma aumenta l'intensità nel Mezzogiorno. Sono ben 2 milioni 678 mila le famiglie in condizione di povertà relativa (10,4% di quelle residenti), per un totale di 8 milioni 307 mila individui (13,7% dell'intera popolazione) di cui 2 milioni e 110 mila sono minori. (Istat, 2017)

I dati esprimono la gravità del fenomeno e delle relative complicazioni sulla vita dei minori e delle loro famiglie.

L'altro così detto "problema sociale" italiano è sicuramente l'immigrazione che rappresenta l'8,4% della popolazione residente totale al 1° gennaio 2018. Difatti sono circa 5 milioni 65mila persone straniere residenti in Italia, con un aumento nel 2017 del +12% (pari a 337mila). Un altro dato che vogliamo riportare riguarda le richieste di riconoscimento della cittadinanza italiana da parte degli stranieri, che dal 2006 (35mila acquisizioni) sono aumentate fino a 202mila richieste nel 2016. Purtroppo nonostante l'acquisizione della cittadinanza italiana, le difficoltà di integrazione restano. (Istat, 2018).

L'immigrazione viene considerata un problema per due motivi principali: le persone immigrate sono soggette maggiormente alla povertà (nel 2016 ci sono valori molto elevati di povertà assoluta tra le famiglie con componenti stranieri: 25,7% per le famiglie di soli stranieri) (Istat, 2017), e sono portatrici di sfide in termini di integrazione scolastica, lavorativa, culturale.

---

<sup>38</sup> L'incidenza della povertà assoluta è calcolata sulla base di una soglia corrispondente alla spesa mensile minima necessaria per acquisire un paniere di beni e servizi che, nel contesto italiano e per una determinata famiglia, è considerato essenziale a uno standard di vita minimamente accettabile. Sono classificate come assolutamente povere le famiglie con una spesa mensile pari o inferiore al valore della soglia (che si differenzia per dimensione e composizione per età della famiglia, per ripartizione geografica e per ampiezza demografica del comune di residenza).

<sup>39</sup> La stima dell'incidenza della povertà relativa (percentuale di famiglie e persone povere) viene calcolata sulla base di una soglia convenzionale (linea di povertà) che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi. La soglia di povertà per una famiglia di due componenti è posta pari alla spesa media mensile per persona nel Paese; questa è risultata nel 2015 pari a 1.050,95 euro (+0,9% rispetto al valore della soglia nel 2014, pari a 1.041,91 euro). Le famiglie composte da due persone che hanno una spesa mensile pari o inferiore a tale valore vengono classificate come povere. Per famiglie di ampiezza maggiore il valore della linea si ottiene applicando un'opportuna scala di equivalenza che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'aumentare del numero di componenti

PRESENZA DI STRANIERI IN FAMIGLIA	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Famiglie di soli italiani	2,4	2,6	2,4	3,5	8,3	7,5	4,4	4,4
Famiglie miste	13,9	22,9	13,9	*	15,2	*	14,1	27,4
Famiglie di soli stranieri	32,1	27,9	20,3	20,0	28,1	29,7	28,3	25,7

\*Valore non significativo a motivo della scarsa numerosità campionaria.

(a) Per le variazioni statisticamente significative (ovvero diverse da zero) tra il 2015 e il 2016 si veda il Prospetto 18.

### **Tabella 3 Incidenza di povertà assoluta per presenza di stranieri in famiglia e ripartizione geografica(a). Anni 2015-2016, valori percentuali**

Un particolare ruolo in questo senso è costituito dai minori stranieri non accompagnati <sup>40</sup>, i quali al 31 agosto 2017 risultano essere 18.486 (Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2017) in quanto hanno bisogni di interventi di tutela a 360 gradi che va dall'accoglienza all'inserimento lavorativo con costi non indifferenti.

Le separazioni conflittuali di coppie al cui interno ci sono minori è un altro tema molto presente nelle realtà locali. Le conflittualità sono agite soprattutto quando uno dei due partner non accetta la separazione e si manifesta il rischio di coinvolgere il figlio nei litigi dei genitori. La separazione genitoriale, è una frattura improvvisa e per i figli poco comprensibile. Comporta per loro dolore e sofferenza, essi vedono il mondo a loro conosciuto andare a pezzi e devono accettare velocemente cambiamenti drastici nel loro stile vita, nella quotidianità domestica e nelle loro relazioni. Il trauma per i figli sta nella qualità delle relazioni che vengono messe in atto nel sistema familiare, se permane un'intensa conflittualità tra i genitori, oppure se i genitori pongono in essere la triangolazione del minore o lo coinvolgono in dinamiche disfunzionali alla crescita che hanno un effetto, degenerativo e patologizzante per il figlio. Tensioni familiari, litigi e agiti violenti, rappresentano infatti un rischio evolutivo per il bambino, e possono provocargli disturbi psicofisici, relazionali e comportamentali, fino alla comparsa di veri e propri sintomi psichiatrici, per effetto di un'evoluzione patologica della personalità del minore (Morini, 2014/2015).

Il maltrattamento e gli abusi subiti dai minori è l'ultimo dei quattro problemi maggiormente riscontrati nel servizio sociale territoriale individuati da Tilli. Il Ministero della Salute ribadisce nel suo rapporto sui MALTRATTAMENTI INFANTILI la definizione dei maltrattamenti infantili come “*gli abusi e l'incuria che colpiscono i bambini al di sotto dei 18 anni di età. Includono ogni genere di maltrattamento fisico e/o*

<sup>40</sup> Art. 2 legge n.47/2017 per minore straniero non accompagnato presente nel territorio dello Stato si intende il minorenne non avente cittadinanza italiana o dell'Unione europea che si trova per qualsiasi causa nel territorio dello Stato o che è altrimenti sottoposto alla giurisdizione italiana, privo di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano.

*emotivo, abuso sessuale, abbandono, negligenza e sfruttamento a fini commerciali o di altra natura, che abbia come conseguenza un danno reale o potenziale per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità del bambino nel contesto di un rapporto di responsabilità, fiducia o potere. Anche l'esposizione alla violenza tra i partner è talvolta inclusa tra le forme di maltrattamento infantile.*" (Il Ministero della Salute , 2014 )(World Health Organization, 1999). Vengono distinti quattro tipi di maltrattamento sui minori: abuso fisico<sup>41</sup>; abuso sessuale<sup>42</sup>; abuso affettivo e psicologico<sup>43</sup>; incuria<sup>44</sup> (World Health Organisation, 2006).

Il ruolo dei servizi, in questo caso, è quello di fornire assistenza al fine di minimizzare le conseguenze dell'abuso o dell'incuria verificatasi e per determinare quali azioni potrebbero prevenire maltrattamenti futuri. La gestione della maggior parte di questi casi sarà fatta in collaborazione con la magistratura minorile.

### **III.III Ruolo dell'Ente locale nella protezione dei minori**

Il servizio sociale territoriale, secondo la definizione data dall'art.128 del decreto legislativo 112/1998, è composto da tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche *destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà* che la persona umana incontra nel corso della sua vita<sup>45</sup>. Come già anticipato nei precedenti capitoli con l'introduzione della legge quadro 238/2000 ogni Regione ha emanato le proprie leggi per regolamentare le strutture e le loro funzioni, sempre tenendo conto delle leggi nazionali. A loro volta i Comuni hanno determinato le singole modalità organizzative degli interventi a seconda delle leggi emanate dalla propria Regione e secondo la somma monetaria loro destinata per

---

<sup>41</sup> Per abuso fisico si definisce l'uso intenzionale della forza fisica contro un minore che provoca o ha un'alta probabilità di provocare un danno per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità dello stesso. Questo include il colpire, percuotere, prendere a calci, scuotere, mordere, strangolare, scottare, bruciare, avvelenare e soffocare. Gran parte della violenza a danno dei minori all'interno delle mura domestiche viene inflitta con lo scopo di punire.

<sup>42</sup> Per abuso sessuale si definisce il coinvolgimento di un minore in atti sessuali che egli o essa non comprende completamente, per i quali non è in grado di acconsentire o per i quali il bambino non ha ancora raggiunto un livello di sviluppo adeguato, o ancora che violano la legge o i tabù sociali. I minori possono essere abusati sessualmente sia da adulti che da altri minori che sono, in ragione della loro età o livello di sviluppo, in una posizione di responsabilità, fiducia o potere nei confronti della vittima.

<sup>43</sup> L'abuso affettivo e psicologico comprende sia incidenti isolati, sia situazioni in cui chi si occupa del bambino, nel tempo, non gli fornisce un ambiente appropriato e di supporto per il suo sviluppo. Gli atti in questa categoria possono avere un'alta probabilità di arrecare danno alla salute fisica e mentale del minore, o al suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale e sociale. Abusi di questo tipo comprendono la limitazione dei movimenti, il denigrare, l'incolpare, il minacciare, l'intimidire, il discriminare, il rifiutare ed altre forme non fisiche di trattamento ostile.

<sup>44</sup> L'incuria include sia situazioni isolate, sia un atteggiamento carente, reiterato nel tempo, da parte dei genitori o degli altri membri della famiglia, che seppur in grado di farlo, non provvedono allo sviluppo e al benessere del minore in una o più delle seguenti aree: salute; educazione; sviluppo affettivo; nutrizione; alloggio e condizioni di vita sicure.

<sup>45</sup> escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.

mettere in pratica quando stabilito secondo la politica sulla quale tale decisioni sono state prese. La legge quadro 328/2000 non prevede specificatamente un servizio socio-assistenziale per i minori in situazioni difficili. Nell'articolo 16 riferito alla *Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari* viene indicato però come punto prioritario, nel sistema integrato di interventi e servizi sociali i *servizi formativi e informativi di sostegno alla genitorialità, anche attraverso la promozione del mutuo aiuto tra le famiglie.*” e *“la predisposizione di programmi integrati per obiettivi di tutela e qualità della vita rivolti ai minori, ai giovani [...]”*.

Successivamente nel Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2001-2003<sup>46</sup> si individua come obiettivi prioritari delle politiche sociali il valorizzare e sostenere le *responsabilità familiari* e il *rafforzamento dei diritti dei minori*. Difatti nella progettazione degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza si ritiene importante passare dalla progettazione di singoli servizi alla progettazione di politiche pubbliche di territorio, organiche e di comunità, che tengano conto delle esigenze delle nuove generazioni in una logica - al contempo - promozionale, preventiva (primaria e secondaria) e curativa, nella prospettiva di sostenere ed accompagnare i minori verso uno sviluppo evolutivo sano.

Possiamo pertanto affermare che negli ultimi anni il baricentro del sistema di interventi a protezione dei minori si sta spostando dal tribunale dei minori ai servizi sociali comunali riportandolo al suo ambiente naturale di politica di tipo amministrativa, come effettivamente accade negli altri paesi europei: una politica stabilita direttamente dall'autorità locale, che ne porta la responsabilità politica, e gestita da strutture specializzate che operano a livello locale, che ne portano la responsabilità tecnica mettendo al centro del sistema d'intervento i servizi sociali di base. (Lenti & Long, 2011)

Al quadro normativo sopra citato corrispondono dei fondi stanziati da parte dello stato, come ad esempio il Fondo nazionale Infanzia e Adolescenza<sup>47</sup>, finalizzato a realizzare interventi a livello nazionale, regionale e locale per favorire la promozione dei diritti, la qualità della vita, lo sviluppo, la realizzazione individuale e la socializzazione dell'infanzia e dell'adolescenza, il Fondo per le politiche per la famiglia, Fondo pari opportunità, Fondo per le politiche giovanili. Inoltre esistono quote di fondi Regionali che vengono destinati ai Comuni. Ogni ambito territoriale successivamente definisce quale

---

<sup>46</sup> D.P.R. del 3 maggio 2001

<sup>47</sup> Il Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza è stato istituito dalla Legge 28 agosto 1997, n. 285, È destinato alle cosiddette Città Riservatarie, sostanzialmente le 15 città più grandi o più problematiche in materia di infanzia. Il Fondo, tradizionalmente pari a 44 milioni di euro (dalla costituzione fino al 2010), ha visto una decurtazione negli ultimi anni di circa il 10%, ma la riduzione avvenuta nell'ultimo biennio è stata molto più drastica, riducendo la dotazione a 30 milioni di euro nel 2014 e a 28 milioni di euro nel 2015. L'importo è pari a € 28.794.000,00 per il 2017 (Decreto Interministeriale del 9 maggio 2017 )

parte del fondo destinare ad interventi ed attività rivolte ai minori e alle loro relative famiglie. Nel 2015 i Comuni hanno spesso mediamente il 38,5% della spesa comunale, quindi € 2.678.103.086 per l'area Famiglie e minori, per essere più precisi i Comuni della Regione Veneto ha spesso il 31,6 % dell'intera spesa comunale. I € 2.678.103.086 sono stati destinati per il 54,9% alle spese relative alle strutture, per il 27,1% ai trasferimenti in denaro e solo il restante 18% sono stati destinati agli interventi e ai servizi dell'Area famiglia e minori.

Tabella 4 Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per regione e ripartizione geografica - Anno 2015 (valori assoluti, percentuali e spesa pro-capite)

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Spesa <sup>(48)</sup>		Spesa pro-capite <sup>(49b)</sup>
	Valori assoluti	Valori percentuali	
Piemonte	536.477.130	7,7	122
Valle d'Aosta/Valle d'Aosta	31.544.448	0,5	247
Liguria	209.902.144	3,0	133
Lombardia	1.215.711.000	17,6	122
Trentino-Alto Adige/Südtirol	401.423.042	5,8	380
<i>Bolzano/Bozen</i>	263.909.395	3,8	508
<i>Trento <sup>(50)</sup></i>	137.513.647	2,0	256
<b>Veneto</b>	<b>511.562.204</b>	<b>7,4</b>	<b>104</b>
Friuli-Venezia Giulia	307.089.102	4,4	251
Emilia-Romagna	716.828.597	10,3	161
Toscana	476.504.022	6,9	127
Umbria	76.986.868	1,1	86
Marche	161.094.396	2,3	104
Lazio	826.137.708	11,9	140
Abruzzo	88.293.509	1,3	66
Molise	17.977.351	0,3	57
Campania	245.331.597	3,5	42
Puglia	280.229.387	4,0	69
Basilicata	35.643.050	0,5	62
Calabria	41.238.408	0,6	21
Sicilia	372.795.387	5,4	73
Sardegna	378.824.566	5,5	228
<b>Nord-ovest</b>	<b>1.993.634.722</b>	<b>28,8</b>	<b>124</b>
<b>Nord-est</b>	<b>1.936.902.945</b>	<b>27,9</b>	<b>166</b>
<b>Centro</b>	<b>1.540.722.994</b>	<b>22,2</b>	<b>128</b>
<b>Sud</b>	<b>708.713.302</b>	<b>10,2</b>	<b>50</b>
<b>Isole</b>	<b>751.619.953</b>	<b>10,9</b>	<b>111</b>
<b>ITALIA</b>	<b>6.931.593.916</b>	<b>100,0</b>	<b>114</b>

<sup>48</sup> Si intende la spesa in conto corrente di competenza impegnata nel 2015 per l'erogazione dei servizi o degli interventi socio-assistenziali da parte di comuni e associazioni di comuni. Sono incluse le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni e servizi (spesa gestita direttamente). Nel caso in cui il servizio venga gestito da altre organizzazioni (ad esempio: cooperative sociali) la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente). La spesa è indicata in euro, al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio sanitario nazionale.

<sup>49</sup> Rapporto tra spesa e popolazione residente nella regione o ripartizione geografica.

<sup>50</sup> Nella Provincia di Trento la rilevazione ha interessato i comuni e le comunità di valle - enti pubblici attivati a seguito della riforma dell'assetto istituzionale disegnato dalla legge provinciale 3/2006 - attraverso le quali i comuni svolgono in forma associata le funzioni socio-assistenziali a essi attribuite. Tali funzioni sono finanziate dalla Provincia autonoma di Trento, attraverso un apposito fondo socio-assistenziale integrato da un finanziamento regionale.



**Tabella 5 Area famiglia e minori: utenti, spesa e spesa per utente per singoli interventi e servizi sociali. Totale Italia - Anno 2015**

VOCI DI SPESA	Spesa	Utenti	Spesa media per utente
<b>INTERVENTI E SERVIZI</b>			
Attività di servizio sociale professionale:			
Servizio sociale professionale	153.431.964	734.835	209
Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	5.647.648	10.723	527
Servizio per l'affido minori	22.808.537	19.210	1.187
Servizio per l'adozione minori	4.630.258	9.047	512
Servizio di mediazione familiare	4.132.606	12.888	321
Attività di sostegno alla genitorialità	18.114.762	70.987	255
Altro	13.667.650	51.822	218
<b>Totale attività di servizio sociale professionale</b>	<b>222.433.425</b>		
Integrazione sociale:			
Interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	19.706.069	47.106	418
Attività ricreative, sociali, culturali	20.797.844	244.992	85
Altro	10.078.774	84.747	119
<b>Totale integrazione sociale</b>	<b>50.582.687</b>		
Interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei minori:			
Sostegno socio-educativo scolastico	66.681.541	64.763	1.030
Sostegno socio-educativo territoriale e/o domiciliare	80.769.013	64.487	1.252
Sostegno all'inserimento lavorativo	4.689.339	5.161	909
Altro	7.026.493	81.432	86
<b>Totale interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei minori</b>	<b>159.166.386</b>		
Assistenza domiciliare a famiglie con minori:			
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	42.896.405	24.054	1.783
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	4.320.156	3.733	1.157
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	756.588	1.388	545
Altro	2.039.072	7.278	112
<b>Totale assistenza domiciliare a famiglie con minori</b>	<b>50.012.221</b>		
<b>Totale interventi e servizi</b>	<b>482.194.719</b>		
<b>TRASFERIMENTI IN DENARO</b>			
Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi:			
Contributi economici per cura o prestazioni sanitarie	2.756.114	10.649	259
Retta per asili nido	99.657.721	40.115	2.484
Retta per servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	12.406.964	2.593	4.785
Retta per prestazioni residenziali	308.105.747	19.977	15.423
Contributi economici per i servizi scolastici	41.811.713	134.226	312
Contributi economici erogati a titolo di prestito	565.712	437	1.295
Contributi economici per alloggio	59.950.053	66.155	906
Contributi economici per l'inserimento lavorativo	8.865.129	9.765	908
Contributi economici ad integrazione del reddito familiare	78.608.269	116.825	673
Contributi economici per affido familiare	61.708.075	18.608	3.316
Contributi generici ad associazioni sociali	14.197.501		
Contributi e rette per strutture semi-residenziali	19.129.185	16.563	1.155
Altro	18.816.696	67.115	280
<b>Totale trasferimenti in denaro</b>	<b>726.578.879</b>		
<b>STRUTTURE</b>			
Strutture a ciclo diurno o semi-residenziale:			
Asili nido	1.041.487.241	141.902	7.339
Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	26.106.558	12.699	2.056
Centri diurni	34.975.042	15.751	2.220
Centri diurni estivi	23.560.710	166.580	141
Ludoteche/laboratori	21.395.692	181.164	118
Centri di aggregazione/sociali	41.954.888	127.654	329
Centri per le famiglie	10.070.092	84.520	119
Altro	12.392.463	52.952	234
<b>Totale strutture a ciclo diurno o semi-residenziale</b>	<b>1.211.942.686</b>		
Strutture comunitarie e residenziali:			
Strutture residenziali	242.173.527	18.761	12.908
Centri estivi o invernali	1.470.528	10.346	142

Altro	13.742.747	6.085	804
<b>Totale strutture comunitarie e residenziali</b>	<b>257.386.802</b>		
<b>Totale strutture</b>	<b>1.469.329.488</b>		
<b>Totale famiglia e minori</b>	<b>2.678.103.086</b>		

---

### **III.VI Funzioni dell'assistente sociale comunale nell'area minori**

Come indicato nei capitoli precedenti, ogni Ente locale ha un suo assetto organizzativo e questa affermazione è valida anche per quel che riguarda l'organizzazione del servizio sociale area minori. La differenziazione consiste nella gestione diretta o indiretta del servizio, l'organizzazione interna del servizio sociale comunale e la percentuale di coinvolgimento dei servizi socio-sanitari dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL). Sulla base della scelta organizzativa dell'Ente territoriale vengono conseguentemente definite le funzioni dell'assistente sociale comunale stesso.

Nei grandi comuni, che sono suddivisi in zone, alcune funzioni possono essere gestite a livello centrale, mentre altre vengono svolte dagli assistenti sociali assegnati alle singole zone sparse nel territorio comunale. Contrariamente nei comuni più piccoli le funzioni sono svolte dai assistenti sociali che operano nei diversi comuni.

Il lavoro dell'assistente sociale può essere diviso per territori (zone), per livelli di assistenza o per aree di utenza (minori, adulti, anziani). Gli assistenti sociali che sono specializzati nel lavoro con i minori solitamente lavorano appunto nell'AREA MINORI con la possibilità di mantenere tutte le funzioni relative a quest'area optando per una gestione diretta. In questo caso è il capo all'assistente sociale la funzione di prevenzione, sostegno, creazione di progetti ma anche la collaborazione con le autorità giuridiche in caso di minori soggetti a provvedimenti giudiziari. In questo caso l'assistente sociale collabora nella valutazione e nella creazione del progetto per il minore e vigila sull'esecuzione dei provvedimenti assunti dal giudice nei confronti del minore residente in quel Comune (Gioncada, 2012). L'assistente sociale comunale in virtù del proprio ruolo istituzionale, ha la funzione di interlocutore privilegiato dell'autorità giudiziaria in materia di tutela del minore bisognoso di tutela (L.149/2001 e libro I cod. civile).

Nel caso della Comune che preferisce esternalizzare <sup>51</sup>, quindi l'amministrazione locale opta per una gestione indiretta, la gestione dell'area Minori può essere divisa fra tre grandi gruppi di possibilità: 1) i patti di collaborazione amministrativi, come le convenzioni tra comuni oppure la delega dei comuni alla ASL; 2) la società o l'ente di diritto pubblico, come l'azienda speciale anche consortile, il consorzio, la comunità montana, l'unione di comuni; 3) la società di diritto privato come la società per azioni, la

---

<sup>51</sup> Le forme di gestione dei servizi sono previste dalla legge 142/1990.

società a responsabilità limitata e la fondazione (Longo, 2004). Se si predilige la delega dei servizi sociali alla ASL ai minori (e magari non in altre aree di intervento come l'area Anziani), il ruolo dell'assistente sociale comunale, in ogni modo, non decade ma diventa di controllo e di supervisione, oltre ad essere parte integrante delle Unità valutative multidisciplinare distrettuale con pieni poteri decisionali. Mentre se si decide di affidare la gestione dell'Area minori al terzo settore spesso si opta per l'esternalizzazione di una sola parte delle funzioni e delle attività a favore dei minori e delle loro famiglie, come ad esempio la gestione dei centri educativi per i minori, dove gli educatori gestiscono le attività, ma sotto la supervisione ed il controllo dell'assistente sociale comunale oppure sotto un assistente sociale della cooperativa che ha in appalto tale centro educativo.

Vista la disomogeneità organizzativa del servizio sociale nell'Area minori nelle diverse realtà locali, possiamo solo analizzare le funzioni generali dell'assistente sociale comunale svolte a favore dei minori e delle loro famiglie nell'ottica trifocale: il lavoro con famiglie attraverso il processo di aiuto; il lavoro di comunità e il lavoro con l'organizzazione.

Il processo di aiuto usato dall'assistente sociale all'interno dell'area minori deve essere sempre più incentrato sulla tutela e sulla prevenzione del disagio familiare o individuale. Una delle cause che provocano maggior problemi gestiti dall'area sociale sono le separazioni conflittuali con presenza di figli minori con conseguenze diverse e a volte indelebili nello sviluppo dei ragazzi. L'ISTAT riporta nei dati relativi all'anno 2015 un aumento del numero di divorzi, che ammontano a 82.469 (+57% sul 2014) di cui il 40,5% con presenza di minori. Più contenuto è l'aumento delle separazioni, pari a 91.706 (+2,7% rispetto al 2014) di cui il 53,6% con presenza di minori (Istat, 2016).

Le richieste di aiuto possono essere fatte ai servizi sociali da diversi attori: 1) dagli stessi interessati, quando si trovano in difficoltà socio-economiche o in campo educativo; 2) da altri attori del territorio, come le scuole, gli ospedali, le forze dell'ordine, altri servizi, associazioni, educatori, le parrocchie, ecc.; 3) dalle autorità giudiziarie come i tribunali dei minori e quelli ordinari (Tilli, 2016).

	2008	2010	2012	2014	2015
<b>Matrimoni totali (valori assoluti)</b>	246.613	217.700	207.138	189.765	194.377
<b>Primi matrimoni di sposi entrambi italiani (valori assoluti)</b>	185.749	168.610	153.311	142.754	144.819
<b>Primi matrimoni con rito civile di sposi entrambi italiani (per 100 primi matrimoni)</b>	20	22,1	24,5	28,1	30,2
<b>Matrimoni con almeno uno sposo straniero (valori assoluti)</b>	36.918	25.082	30.724	24.230	24.018
<b>Tassi di primo nuzialità totale maschile (per 1.000 uomini)</b>	536,2	482,9	463,5	421,1	429,5
<b>Tassi di primo nuzialità totale femminile (per 1.000 donne)</b>	594,3	532,9	510,6	463,4	474,6
<b>Matrimoni con rito civile (per 100 matrimoni)</b>	36,8	36,5	41	43,1	45,3
<b>Separazioni (valori assoluti)</b>	84.165	88.191	88.288	89.303	91.706
<b>Separazioni totali (per 1.000 matrimoni)</b>	286,2	307,1	310,6	319,5	339,8
<b>Separazioni con figli minori (%)</b>	52,3	49,4	48,7	52,8	53,6
<b>Divorzi (valori assoluti)</b>	54.351	54.160	51.319	52.355	82.469
<b>Divorzi totali (per 1.000 matrimoni)</b>	178,8	181,7	173,5	180,1	297,3
					40,5

**Tabella 6 Principali caratteristiche di matrimoni, separazione e divorzi. Anni 2008, 2010, 2012, 2014 e 2015, valori assoluti, percentuali e per 1.000** pag. 42

Non sempre però è il servizio ad essere attivato dagli attori del processo sociale, ma è il servizio stesso ad attivarli. Ad esempio, l'assistente sociale può segnalare al Tribunale una situazione di disagio di un minore residente nel suo territorio<sup>52</sup>.

L'assistente sociale pertanto ha la funzione ed il ruolo di risorsa cercando di attivare i servizi necessari nei territori di competenza, attraverso la fondamentale capacità di lettura dei bisogni dei minori. Deve coordinare i programmi e le attività degli enti che operano nell'ambito dei minori (consultori famigliari, servizi dell'area materno-infantile, le scuole, ecc.), tramite collegamenti operativi tra i servizi che realizzano attività ai minori e alle loro famiglie, cercando di promuovere interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Inoltre dovrebbe attivare misure per il sostegno delle responsabilità familiari.

Il lavoro degli assistenti sociali e degli altri professionisti che lavorano in ambito sociale deve essere finalizzato al potenziamento delle risorse famigliari, affinché le famiglie stesse possano riuscire ad esercitare le funzioni educative, affettive e genitoriali soprattutto favorendo l'utilizzo delle risorse messe a disposizione dai servizi che hanno questo ruolo. È indispensabile sfruttare le reti sociali presenti nel territorio per far in modo di superare i momenti di difficoltà temporanea delle famiglie, nell'interesse del minore a consentirgli la permanenza nella sua famiglia naturale, evitando il più possibile l'allontanamento del minore e l'istituzionalizzazione (Lussu & Rovai, 2013). Il principio guida dell'intervento dell'assistente sociale a favore dei soggetti deboli, ed in particolare dei minori è stabilito dall'art. 1 della legge n.184/1983, secondo il quale, il minore ha diritto di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia d'origine, ben prima che in un'altra famiglia anche se più idonea di quella naturale.

Qualora la famiglia sia in forte crisi e soprattutto si dimostri incapace di assolvere i compiti di tutela e genitorialità necessari, se non obbligatori, possono essere assunti provvedimenti di tutela del minore da parte dell'amministrazione, ed in casi gravi anche provvedimenti giudiziari.

### III.VI.I Interventi sociali rivolti ai minori e alle loro famiglie

Lussu e Rovai individuano cinque tipi di interventi promossi in favore

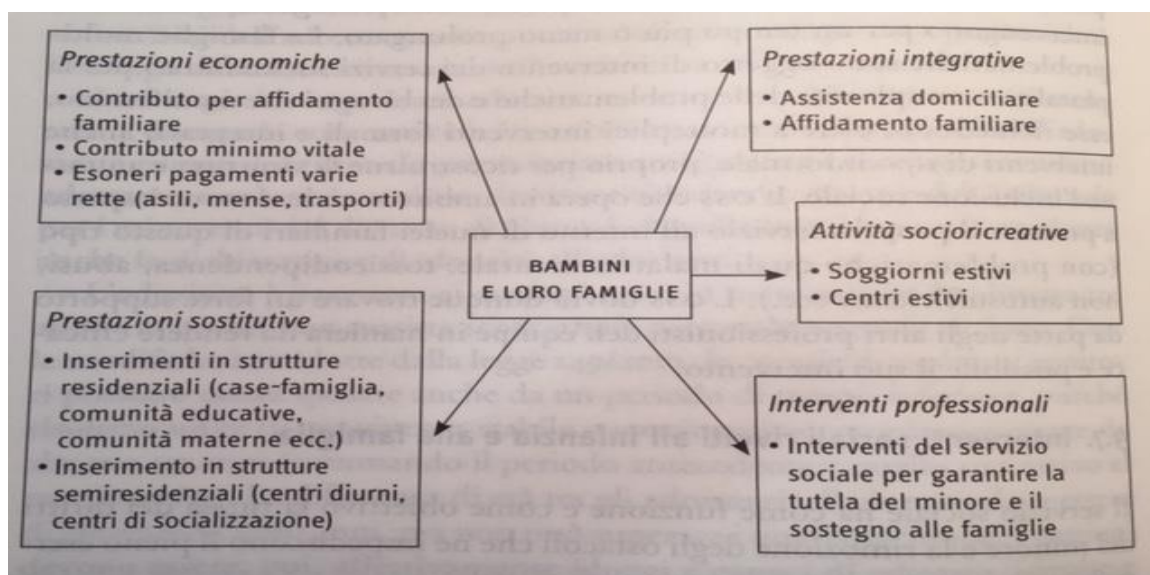
---

<sup>52</sup> Art. 403 del codice civile riguarda l'allontanamento di un minore senza un preventivo decreto del giudice in casi di emergenza.

dell'infanzia e dell'adolescenza da diversi attori sociali: 1) interventi di servizio sociale professionale; 2) prestazioni economiche; 3) prestazioni integrative; 4) prestazioni sostitutive; 5) attività sociocreative (Lussu & Rovai, 2013)

Gli interventi di servizio sociale professionale, sono svolti dagli assistenti sociali comunali, hanno lo scopo principale di tutela dei soggetti minori di età. Gli assistenti sociali devono sviluppare relazioni di collaborazione perlopiù con altre figure professionali coinvolte nel sociale, come ad esempio gli educatori, lo psicologo, i diversi medici e specialisti, gli insegnanti ed i dirigenti scolastici.

Le prestazioni economiche invece sono degli interventi temporanei, e a volto straordinari, di tipo monetario, a favore delle famiglie che si trovano in una fase di difficoltà, per garantire loro il minimo vitale<sup>53</sup>. Questo tipo di interventi possono essere erogati dal proprio Comune di residenza, in base al regolamento comunale (contributi affidamento familiare, contributi mensa scolastica, ecc.), dalle regioni (ad esempio la Regione del Veneto ha individuato una strategia complessiva di interventi che mirano a promuovere e sostenere la famiglia in tutti i suoi processi evolutivi, incrementando le connessioni tra i diversi attori del territorio mettendo a disposizione i seguenti contributi: S.I.A. (Sostegno per l'inclusione attiva); Bonus famiglia - Contributi alle famiglie numerose; Contributi per le famiglie monoparentali; Buoni famiglia per le famiglie i cui figli frequentano i Nidi in famiglia; Assegno statale alle famiglie con almeno tre figli minori; Bonus elettrico; Bonus gas;) o direttamente dallo stato (es. la recente legge di bilancio 2018 ha stanziato risorse per i bonus per la famiglia: bonus bebè, bonus mamme domani, carta REI per il reddito di inclusione o la carta famiglia).



**Tabella 7 Interventi sociali rivolti all'infanzia, all'adolescenza e alle famiglie individuati da Lussu e Rovai, 2013**

Gli interventi di tipo integrativo hanno lo scopo di garantire i bisogni vitali, ma anche di supportare le condizioni di bisogno, come l'assistenza domiciliare educativa o l'affidamento familiare. L'assistenza domiciliare educativa è orientata e programmata sulla base di un Progetto Educativo Personalizzato (PEP) con azioni di sostegno educativo temporaneo nell'ambiente di vita del minore, domiciliare e territoriale. Pertanto i minori vengono affiancati da educatori altamente qualificati che lavorano con competenza condividendo l'andamento dell'intervento con la famiglia, con i referenti comunali, quindi gli assistenti sociali, e con i terapisti che seguono i minori nel loro percorso evolutivo. Gli interventi sono programmati sulla base delle richieste e dei bisogni emersi dai colloqui conoscitivi con la famiglia e il minore, che servono per la realizzazione del PEP. Gli interventi hanno come obiettivo: 1) il sostegno educativo alla cura e all'accudimento del minore; 2) promozione e sostegno all'autonomia del/i genitori nell'accesso a prestazioni e servizi sanitari e socio-sanitari in favore dei loro figli; 3) prevenzione dell'insuccesso scolastico, soprattutto nei casi segnalati dalla scuola stesse; 4) promozione alla socializzazione; 5) mediazione delle dinamiche educative e relazionali interne al nucleo; 6) monitoraggio delle funzioni genitoriali, ecc.

Le prestazioni sostitutive sono gli interventi più incisivi e meno leggeri, da attuare solo in casi estremi, in quanto richiede l'inserimento in strutture residenziali o semiresidenziali del minori. Nel caso di inserimento in strutture residenziali, il minore viene collocato presso una struttura 24/24h ed è un provvedimento da parte del Tribunale dei minori, in casi di estrema urgenza e in assenza di altre opzioni. Mentre l'inserimento in strutture semiresidenziali, il minore ne usufruisce solo in alcuni momenti della giornata (diurno o notturno).

L'ultimo dei tipi d'intervento a favore delle famiglie, individuati da Lussu e Rovai, sono le attività sociocreative che riguardano attività volte a favorire la socializzazione nel minore: 1) Attività ludico - motorie: giochi di squadra, da tavolo e di società per favorire la socializzazione, la cooperazione, per stimolare la sana competitività e il rispetto delle regole; 2) laboratori di arte, teatrali e di proiezione di film; 3) Attività di studio, interventi di supporto e approfondimento dell'attività scolastica del minore; 4) Attività aggregative e di inserimento sociale che permettono al minore di affinare le abilità personali, anche avvalendosi di spazi esterni (es. catechismo, parco giochi, campo sportivo, scout etc.); 5) Attività culturale - formativa, interventi formativi sulla realtà sociale, economica e culturale, in grado di attivare momenti di confronto, stimolare la conoscenza del minore attraverso laboratori di studio riguardanti fumo, violenza, alcool, droga, bullismo, ecc.

### III.VI.II Interventi socioeducativi rivolti ai minori e alle loro famiglie

Oltre alle attività sopra indicate, Lussu e Rovai cataloga i servizi socioeducativi per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia, divisi per tipologie di intervento: 1) servizi creativi e per il tempo libero; 2) Servizi per l'animazione estiva e tempo libero; 3) servizi di sostegno al rapporto genitori-figli; 4) Servizi di sostegno alla genitorialità e per l'educazione alla salute e alla sessualità; 5) Servizi di accoglienza residenziale e di pronto intervento. Non approfondiremo però ulteriormente queste attività in quanto non sono oggetto della nostra ricerca.

## **IV. I SERVIZI ATTIVATI A FAVORE DEI MINORI NEL COMUNE DI TORRI DI QUARTESOLO – Esempio di buone prassi**

Grazie al tirocinio professionalizzante che ho dovuto svolgere durante il mio percorso universitario ho avuto l'opportunità di conoscere la realtà del Comune di Torri di Quartesolo, in Provincia di Vicenza, dove ho trascorso più di 250 ore di osservazione nell'area minori gestita dalla responsabile dei servizi sociali comunali. Ho avuto l'occasione di vedere ed analizzare due dei diversi progetti che l'assistente sociale aveva attivato a favore dei minori residenti nel territorio, dopo aver letto ed interpretato i bisogni presenti nella comunità locale. Nei prossimi paragrafi analizzeremo l'asset organizzativo dell'area sociale del Comune di Torri di Quartesolo ed i progetti dei centri diurni socio-educativi attivati dall'assistente sociale.

### **IV.I Il Comune di Torri di Quartesolo**

Il Comune di Torri di Quartesolo è in provincia di Vicenza, regione Veneto, con una popolazione di 11.685 abitanti<sup>54</sup> di cui stranieri 1.09555 (9,3% della popolazione residente). Il numero delle famiglie residenti è di 4.752 con una media dei componenti per famiglia pari al 2,44. I minorenni al 31.12.2017 son 1.939 di cui 8 usufruisce dei servizi socio educativi domiciliare mentre 18 sono stati inserirei nei centri diurni socio-educativi.

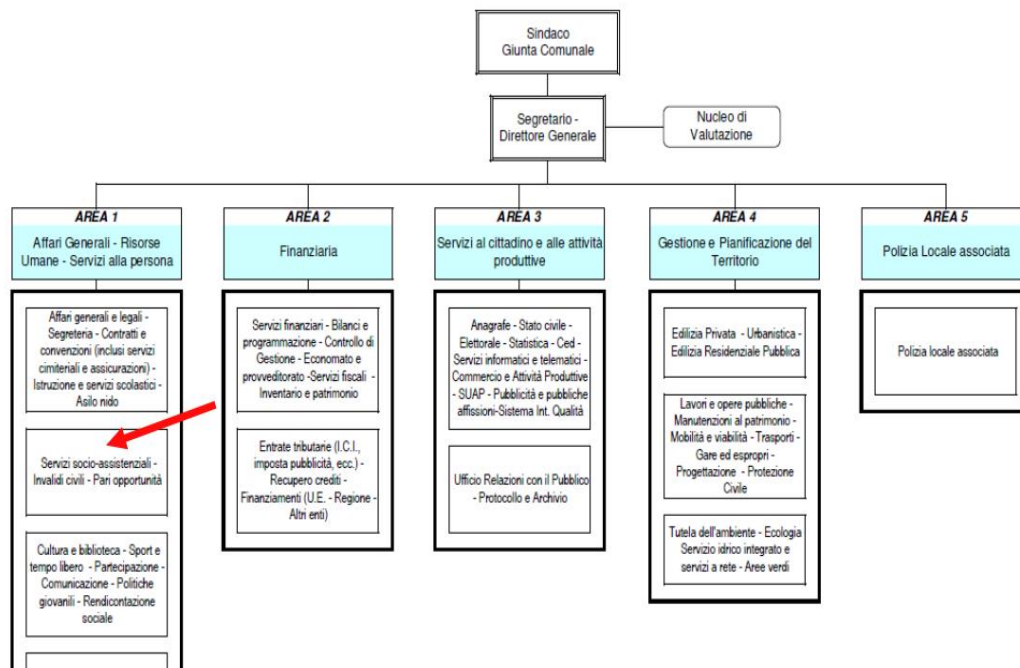
Il territorio comunale include al suo interno tre frazioni: 1) Torri di Quartesolo che è la sede della casa comunale, oltre ad essere la zona in cui si concentra più della metà della popolazione totale residente nell'intero Comune; 2) Marola che è situata ai margini settentrionali del Comune; 3) Lerino che invece è la frazione più piccola delle tre.

---

<sup>54</sup> 01/01/2017 - Istat

<sup>55</sup> La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 19,9% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla Repubblica di Serbia (11,0%) e dalla Bosnia-Erzegovina (7,8%).





**Tabella 8 Organigramma del Comune di Torri di Quartesolo – Area e settori (servizi)**

L’asset organizzativo del Comune di Torri di Quartesolo è distribuito in aree, dove all’interno dell’area 1 sono compresi i servizi alla persona ed in particolare il servizio socio-assistenziale, il cui assessore è il sindaco stesso dando la possibilità di essere sempre in contatto con le richieste di aiuto da parte dei cittadini, in linea con l’idea di una politica accessibile e vicino alle esigenze delle persone. Per le finalità di questa ricerca elencheremo solo i servizi erogati nell’area riservata ai Servizi sociali per le famiglie ed i minori, che sono i seguenti: 1) Assegno di maternità; 2) Assegno per nucleo familiare numeroso; 3) Nido integrato comunale; 4) Centro diurno Pro.V.A. di Marola per ragazzi delle medie; 5) Centro diurno Eccoci di Lerino per ragazzi delle elementari; 5) Spazio-Ascolto nelle scuole; 6) Servizio Dopo-scuola.

#### **IV.II Esternalizzazione della gestione dell’Area Minori**

Nel Veneto si è attuata da tempo una strategia d’integrazione dei servizi che vede il conferimento ai Comuni della generalità delle funzioni e dei compiti relativi all’erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali, mentre le funzioni sociosanitarie e quelle ad elevata integrazione sanitaria sono attribuite alle Aziende Ulss<sup>56</sup>. Le norme regionali incentivano lo sviluppo dell’integrazione sociosanitaria promuovendo le deleghe, da parte dei Comuni, delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, nonché della gestione dei servizi sociali alle Aziende Ulss. L’esercizio o meno della facoltà di delega da parte dei Comuni ha portato

<sup>56</sup> Legge regionale n.11 del 2001 all’art. 130

alla formazione di situazioni territoriali differenziate, a seconda delle risorse e dei vincoli presenti in ogni contesto locale.

Nel vicentino si è consolidato da anni il modello della gestione delegata complessiva, tecnica ed amministrativa, da parte di tutti i Comuni, delle funzioni riguardanti la protezione e la tutela del minore. Così facendo si è cercato di garantire nel tempo l'approccio integrato dei sistemi assistenziali e di cura nell'area Infanzia Adolescenza e Famiglia, assicurando uniformemente su tutto il territorio i livelli essenziali di assistenza previsti dal DPCM 29 novembre 2001 e recepiti nella DGRV n. 2227/2002. Mentre per la gestione giuridico amministrativa delle funzioni sono state utilizzate le note forme per l'organizzazione associata previste dalla normativa vigente e, in particolare, è stato definito un apposito "Protocollo d'Intesa" stipulato tra i Comuni del Distretto Est, aggregati in Comitato di Distretto e "Azienda ULSS n. 8 Berica", con sede a Vicenza. Detto modello permette di svolgere in modo coordinato e unitario le funzioni, consentendo di aggregare in un apposito Servizio le funzioni che si intendono gestire unitariamente attraverso il "Servizio di Protezione e Tutela del Minore"<sup>57</sup>.

I soggetti destinatari dell'attività di protezione e tutela sono: 1) minori in situazione di pregiudizio (condizione di grave disagio e disadattamento sfociato in un danno effettivo, alla salute psicofisica del minore – LG Tutela 2008) soggetti a provvedimenti, civili ed amministrativi ed affidati ai Servizi Sociali dall'Autorità Giudiziaria; 2) minori a rischio di pregiudizio (grave disagio e disadattamento che può sfociare in un danno effettivo alla salute psicofisica del minore – LG Tutela 2008), con o senza provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, segnalati dalle forze dell'ordine, dal Comune, dalla scuola, da altre istituzioni pubbliche e private, da cittadini; 3) minori soggetti a provvedimento penale in quanto

---

<sup>57</sup> Ancor prima, di significativo stimolo e apporto è stata tutta la normativa regionale che su questo tema ha fatto dei servizi del Veneto un modello posto a sistema. Sono intervenuti infatti: D.P.R. 616/77 art. 23 "Competenze dell'Ente Locale relative ai minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria"; L.R. 55/82 "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale"; L.R. 42/88 "Istituzione dell'Ufficio di Protezione e Pubblica Tutela dei Minori"; 5 L.R. 5/96 che prevede la gestione unitaria dei servizi sociali e ad elevata integrazione socio-sanitaria, in ambiti territoriali coincidenti con il Distretto, polo integrante di tutti i servizi sanitari, socio-sanitari, sociali; DGR 2667/02 che prevede l'implementazione del Progetto Tutori; DGR n. 2430 del 31/07/07 e la DGR n. 675 del 18/03/08 con le quali la Regione Veneto, nel definire i criteri di riparto dei contributi regionali ai Comuni in materia di inserimenti residenziali dei minori, ha inteso promuovere la gestione associata della tutela minori; DGR n. 569 del 11/03/08 "Approvazione delle Linee Guida 2008 per la protezione e la tutela del minore" e le successive determinazioni regionali in materia per la definizione delle modalità con cui deve essere gestita l'azione di protezione e tutela dei minori; DGR 3791/08 "Linee Guida 2008 per i Servizi Sociali e Socio Sanitari: affido familiare in Veneto". DGR n. 2416 del 08/08/08, relativa all'adozione delle Linee di indirizzo regionali per lo sviluppo dei servizi di protezione dei bambini e degli adolescenti – Biennio 2009/2010, con la quale la Regione Veneto ribadisce la necessità di definire i servizi che hanno la responsabilità della presa in carico dei minori in situazione di disagio, comunque denominati Servizi di Protezione e Tutela dei Minori e le relazioni di detti servizi con le altre agenzie coinvolte nella funzione (CASF, Autorità Giudiziaria, Garante dei diritti, Centri di diagnosi e trattamento per minori vittime di abuso, Servizi Sanitari, Scuola); DGR n. 779 del 21/05/13 con cui la Regione del Veneto ha fornito indicazioni circa l'importanza della comunicazione tra Servizi Sociali – Sociosanitari e Autorità Giudiziaria.

autori di reato (la titolarità della presa in carico tecnica ed economica è in capo all'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni del Ministero di Grazia e Giustizia (USSM), mentre i servizi territoriali preposti collaborano al progetto dell'USSM , su incarico dell'Autorità Giudiziaria); 4) minori stranieri non accompagnati (MSNA); 5) minori non riconosciuti alla nascita; 6) interventi richiesti dall'Autorità Giudiziaria ex art.31 DLG 286/98; 7) minori in inadempienza scolastica; 8) minori con mamme, collocati in comunità per la valutazione; 9) neonato fino a sei mesi con mamma clandestina.

La titolarità delle funzioni concernenti l'attività di tutela dei minori di età è ripartita tra Comuni e Azienda ULSS secondo le seguenti attribuzioni:

- ULSS - Servizio di Protezione e Tutela del Minore (S.P.T.M. ) : 1) Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita: indagine psicodiagnostica sulla famiglia; 2) Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi (compreso il trattamento medico e psicologico del minore e della sua famiglia e interventi di collegamento con i servizi sociali e le comunità educative o familiari); 3) Prestazioni socio-riabilitative a sostegno dei minori affetti da disturbi comportamentali e/o patologie di interesse neuropsichiatrico in regime residenziale e semiresidenziale. L'Azienda ULSS sostiene i costi degli interventi suddetti a carico del fondo sanitario.
- Comune – Area sociale: 1) Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita: indagine sociale sulla famiglia, prestazioni di supporto sociale ed economico alle famiglie, di supporto educativo domiciliare territoriale ai minori; 2) Interventi sociali per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi compresi gli interventi di assistenza ed accoglienza in comunità; 3) Accoglienza in comunità o affidamento familiare dei minori. Il Comune sostiene i costi degli interventi sopracitati per la parte di competenza. (AZIENDA ULSS N. 8 BERICA, 2017)

Il Comune di Torri di Quartesolo fa parte del Distretto Est quindi ha dato la delega<sup>58</sup> all'ULSS 8 BERICA<sup>59</sup> rispetto ai servizi riguardanti la tutela dei minori. Ovviamente il ruolo dell'assistente sociale comunale, in ogni modo, non decade ma diventa uno di controllo e di supervisione e deve partecipare alle Unità valutative multidisciplinare distrettuale, oltre a collaborare con la tutela minori nel trovare le migliori soluzioni per i

---

<sup>58</sup> DPR 616 del 1977, Legge Regionale del Veneto 55/1982 e il testo unico degli enti locali 267/2000

<sup>59</sup> Dal 1 gennaio 2017 ULSS 6 e ULSS 5 si uniscono nella nuova ULSS 8 Area Berica per mettere a confronto i modelli adottati nelle diverse realtà, individuare le best practices e quindi condividerle, uniformando al livello più elevato possibile la qualità dell'assistenza

bisogni del minore e della famiglia. L'assistente sociale inoltre fa da ponte tra le esigenze del minore e l'amministrazione locale che deve riuscire a comprendere le effettive necessità di ogni caso e stanziare i fondi necessari per la riuscita dell'intervento.

Tutti gli altri minori che non sono destinatari dell'attività di protezione e tutela da parte del Servizio di Protezione e Tutela del Minore (S.P.T.M.) sono sotto la responsabilità del Comune. Anche in questo caso l'amministrazione locale, in accordo con l'assistente sociale, ha deciso di bandire un appalto per i servizi relativi alla gestione dei centri educativi e del servizio socio educativo domiciliare alla Cooperativa Sociale<sup>60</sup> Margherita. Il Comune in questo caso rinuncia a gestire direttamente un servizio pubblico consentendo ad un soggetto terzo di erogarlo in nome proprio e per conto dello stesso ente locale che permane titolare del servizio (Andolina, 2017).

Prima di analizzare il lavoro effettivo della Cooperativa Sociale Margherita e dei progetti attuati nel territorio del Comune di Torri di Quartesolo riteniamo opportuno dedicare un piccolo spazio alle funzioni delle Cooperative nella collaborazione con i servizi sociali comunali.

#### *IV.II.I Ruolo delle Cooperative sociali nei servizi sociali minorili*

La Legge 8 novembre 1991, n. 381 disciplina le cooperative sociali<sup>61</sup>, definisce all'art. 1 della stessa legge che *“le cooperative sociali hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso: a) la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi; b) lo svolgimento di attività diverse - agricole, industriali, commerciali o di servizi - finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.”* All'art. 5 della stessa legge invece viene segnalata la possibilità da parte degli enti pubblici di stipulare convenzioni con le cooperative affinché esse possano fornire beni e servizi. Le Cooperative sociali sono Organizzazioni Non Lucrative di Utilità Sociale (O.N.L.U.S.) riconosciute per legge (Art.10 D.lgs. 460/1997) e sono anche considerate cooperative a mutualità prevalente in virtù della funzione sociale esclusiva perseguita (Art.111- seppie R.D. 318/1942). La cooperativa sociale è pertanto una forma di cooperativa peculiare nella quale viene esplicitato in modo chiaro lo scopo sociale che è alternativo rispetto alle imprese ordinarie e complementare rispetto alle altre cooperative (Osservatorio sul Mercato Locale del Lavoro dell'Università degli Studi di Padova, 2015).

Le cooperative sociali si distinguono in due tipologie fondamentali:

---

<sup>60</sup> Cooperativa sociale di tipo A quindi che si occupa di servizi socio-sanitario e/o educativo;

<sup>61</sup> Le cooperative sociali che costituiscono il 19,8% dell'universo italiano delle cooperative

- 1) Cooperative sociali di tipo A; Gestiscono servizi sociosanitari e educativi, cioè servizi sociali (centri di aggregazione per ragazzi, centri sociali per anziani, centri rieducativi per malati psichici, case alloggio, case famiglia, ecc.), sanitari (strutture sanitarie, assistenza domiciliare ad anziani ecc.) e educativi (centri educativi per ragazzi, ludoteche, animazione di strada, formazione per operatori sociali, ecc.); questo avviene sia direttamente, sia in convenzione con enti pubblici. Le cooperative sociali di tipo A rappresentano il 60% della cooperazione sociale.
- 2) Cooperative sociali di tipo B; Svolgono attività produttive finalizzate all'inserimento nel mondo del lavoro dei cosiddetti soggetti svantaggiati fisici e psichici, ragazze madri, ex detenuti, ex tossicodipendenti, ecc. Le cooperative sociali di tipo B possono svolgere qualsiasi attività di impresa - agricola, industriale, artigianale, commerciale e di servizi - con la specificità di destinare una parte dei posti di lavoro così creati (almeno il 30%) a persone svantaggiate, altrimenti escluse dal mercato del lavoro.

Ad oggi non esiste una classificazione ufficiale delle attività svolte dalle cooperative sociali e, in tal senso, non sono d'aiuto né la classificazione delle attività economiche ATECO (attività economiche), né la classificazione delle attività non profit ICNPO (International Classification of Non-profit Organizations) (Tabella 10) che, effettivamente, sono troppo generiche per poter definire con chiarezza e precisione i settori nei quali operano le cooperative sociali e i relativi servizi offerti.

La legge quadro 328/2000 all'art. 5 ha come obiettivo l'attuazione del principio di sussidiarietà tra Enti locali, Regione, Stato e terzo settore. Per realizzare questo obiettivo gli Enti pubblici, in base ai piani nazionali, regionali, di zona e comunali, devono promuovere azioni per implicare il più possibile il terzo settore nelle attività sociali. I rapporti tra il terzo settore e gli enti locali sono regolati dalle leggi regionali. Difatti è nella delibera della regione Veneto, DGR 84/2007, che troviamo la classifica dei servizi riservati alle famiglie e ai minori, che possono essere erogati anche da cooperative sociali: asilo nido, micronido, nido aziendale, nido integrato, centro infanzia, comunità educativa per minori, comunità educativa per minori con pronta accoglienza, comunità educativa diurna per minori/adolescenti, comunità educativa-riabilitativa per preadolescenti /adolescenti.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 4189 del 2007 è stato reso operativo l'impianto strutturale della LR 23/2007 prevedendo per la cooperazione sociale la possibilità di partecipare alla funzione pubblica quindi a gestire i servizi alla persona e occupa al lavoro persone svantaggiate e deboli. È stato riconosciuto il ruolo della cooperazione sociale nelle varie fasi di pianificazione: programmazione, organizzazione del sistema integrato dei servizi alla persona, gestione e offerta dei servizi, verifica dei risultati delle prestazioni realizzate, riconoscendola come soggetto in grado di farsi carico dei bisogni delle comunità territoriali in cui opera offrendo servizi di welfare.

**Tabella 9 Gruppi e attività previste dalla classificazione ICNPO**

<b>Classificazione delle attività non profit ICNPO</b>	
<b>1</b>	<b>Cultura, sport e ricreazione</b>
1.1	Attività culturali e artistiche
1.2	Attività sportive
1.3	Attività ricreative e di socializzazione
<b>2</b>	<b>Istruzione e ricerca</b>
2.1	Istruzione primaria e secondaria
2.2	Istruzione universitaria
2.3	Istruzione professionale e degli adulti
2.4	Ricerca
<b>3</b>	<b>Sanità</b>
3.1	Servizi ospedalieri generali e riabilitativi
3.2	Servizi per lungodegenti
3.3	Servizi psichiatrici ospedalieri e non ospedalieri
3.4	Altri servizi sanitari
<b>4</b>	<b>Assistenza sociale</b>
4.1	Servizi di assistenza sociale
4.2	Servizi di assistenza nelle emergenze
4.3	Erogazione di contributi monetari e/o in natura
<b>5</b>	<b>Ambiente</b>
5.1	Protezione dell'ambiente
5.2	Protezione degli animali
<b>6</b>	<b>Sviluppo economico e coesione sociale</b>
6.1	Promozione dello sviluppo economico e coesione sociale della collettività
6.2	Tutela e sviluppo del patrimonio abitativo
6.3	Addestramento, avviamento professionale e inserimento lavorativo
<b>7</b>	<b>Tutela dei diritti e attività politica</b>
7.1	Servizi di tutela e protezione dei diritti
7.2	Servizi legali
7.3	Servizi di organizzazione dell'attività di partiti politici
<b>8</b>	<b>Filantropia e promozione del volontariato</b>
8.1	Erogazione di contributi filantropici, promozione del volontariato e attività di raccolta fondi
<b>9</b>	<b>Cooperazione e solidarietà internazionale</b>
9.1	Attività per il sostegno economico e umanitario all'estero
<b>10</b>	<b>Religione</b>
10.1	Attività di promozione e formazione religiosa
<b>11</b>	<b>Relazioni sindacali e rappresentanza di interessi</b>
11.1	Tutela e promozione degli interessi dei lavoratori e degli imprenditori
<b>12</b>	<b>Altre attività</b>

### IV.III Attivazione di centri diurni per minori

È sotto gli occhi di tutti il cambiamento della struttura della famiglia che da allargata e patriarcale è diventata mononucleare comportando inevitabilmente un mutamento in molti aspetti della vita dei minori, che devono trovare luoghi dedicati alla loro socializzazione, non più tra cugini, fratelli e parenti, ma perlopiù in luoghi e strutture istituzionali, come ad esempio le ludoteche, le scuole ed i servizi educativi, (tabella 11). I nonni non vivono più con i figli e pertanto nemmeno con i bambini che diversamente dal passato sono accuditi da baby-sitter o da servizi per l'infanzia, come gli asili nido e le scuole materne inducendo un mutamento nelle strategie di socializzazione e di educazione dei figli. Tutto questo comporta la riorganizzazione delle politiche sociali per le famiglie che devono creare occasioni per la promozione dei diritti e di nuove opportunità (Lussu & Rovai, 2013).

Giustappunto le più recenti politiche per la famiglia consistono in interventi per la cura e di tutela del minore che hanno lo scopo di aiutare i minori che si trovano in difficoltà momentanea, per diversi motivi, per evitare maggiori conseguenze a livello scolastico e comportamentale che potrebbe compromettere il loro futuro.

L'assistente sociale del Comune di Torri di Quartesolo che gestisce l'area minori si è trovata a gestire diverse segnalazioni, negli ultimi anni, (arrivate da parte delle istituzioni scolastiche<sup>62</sup>, dalle autorità di pubblica sicurezza, da genitori, ecc.) di minori residenti frequentati le scuole elementari e medie che presentavano difficoltà scolastiche e/o problemi comportamentali. In questa categoria non sono inclusi i ragazzi già diagnosticati con problemi comportamentali come il disturbo dello sviluppo pertanto il disturbo da

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Ricorso ai servizi per l'infanzia					
	Centri per attività sportive	Centri per attività ricreative, culturali o educative	Prescuola, doposcuola	Centri estivi, invernali diurni	Colonie, campeggi, case vacanza	Ludoteche
Nord	51,8	21,4	16,0	27,4	7,5	5,5
Centro	44,9	11,5	12,1	16,0	2,8	5,3
Mezzogiorno	27,3	14,4	10,9	5,6	3,9	6,3
<b>Italia</b>	<b>41,7</b>	<b>17,0</b>	<b>13,5</b>	<b>17,5</b>	<b>5,3</b>	<b>5,7</b>

Fonte: Istat, Indagine annuale "Aspetti della vita quotidiana".

**Tabella 10 Bambini e ragazzi di 3-13 anni per ricorso ai servizi per l'infanzia nei dodici mesi precedenti 2012 (per 100 bambini e ragazzi di 3-13 anni della stessa ripartizione geografica)**

<sup>62</sup> Sul territorio comunale esistono 5 istituti scolastici, di cui 3 sono scuole elementari e le restanti 2 sono scuole medie: Scuola Elementare di Torri "Giacomo Zanella"; Scuola Elementare di Marola "Capitano Piero Lorenzi"; Scuola Elementare di Lerino "Vittorino da Feltrè"; Scuola Media di Torri "Giovanni XXIII"; Scuola Media di Marola "Giovanni XXIII"

deficit di attenzione e iperattività (ADHD)<sup>63</sup>.

Le segnalazioni, principalmente provenienti dalla scuola, riguardano i bambini borderline, dunque quei minori che non sono ancora stati diagnosticati, ma che secondo gli insegnanti dovrebbero essere sottoposti alle opportune verifiche in quanto rientrano nelle seguenti quattro tipologie comportamentali: 1) alunno che richiama l'attenzione dell'insegnante in diverse forme e per qualsiasi compito lui assegnato; 2) alunno che ha un conflitto di potere con l'insegnante e con gli altri studenti; 3) alunno che manifesta uno spirito di vendetta/ribellione nei confronti dell' insegnante e con gli altri studenti; 4) Alunno che manifesta un senso di incapacità. Un'altra categoria di minori segnalati all'assistente sociale comunale sono i minori provenienti da famiglie di origine straniera che hanno problemi scolastici a motivo della lingua o perché non seguiti abbastanza dalla famiglia a livello scolastico per diversi motivi (differenze culturali, genitori che a loro volta non parlano bene l'italiano, ecc., ma è necessario sottolineare che non si tratta di incuria o altro tipo di negligenza).

L'assistente sociale comunale, come già anticipato nei capitoli precedenti deve promuovere, formulare e mettere in pratica politiche sociali e programmi migliorativi del benessere delle famiglie e soprattutto dei minori combattere le condizioni che mantengono le persone in situazioni di vulnerabilità. In seguito alle diverse segnalazioni arrivate ai servizi sociali l'assistente sociale ha iniziato ad opera con autonomia tecnico-professionale e di giudizio attivando un lavoro di ricerca attraverso i diversi colloqui con gli insegnati e con le famiglie che hanno espresso questo tipo di bisogno. È stato dato avvio ad una ricerca e analisi dei servizi già presenti nel territorio, constatando che i servizi già presenti, come il dopo scuola, non erano adatti al problema evidenziato.

L'assistente sociale così come conforme all'art. 1 della legge 84/1993 in cui viene espressamente indicato il suo specifico compito di creare e promuovere servizi per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone e famiglie in situazioni di bisogno e di disagio, ha portato all'attenzione dell'amministrazione locale, la necessità di progettare ed attivare centri diurni socio-educativi per i minori delle elementari e delle medie in seguito all'analisi dell'effettivo bisogno dei minori. Così facendo ha anche fatto emergere e diventare visibili all'attenzione dell'Ente pubblico i bisogni dell'individuo che altrimenti sarebbe difficile scoprire, giocando un ruolo di advocacy per le persone vulnerabili attivando l'amministrazione locale a prendere in considerazione il loro problema

---

<sup>63</sup> È bene precisare che l'ADHD non è una normale fase di crescita che ogni bambino deve superare, non è nemmeno il risultato di una disciplina educativa inefficace, e tanto meno non è un problema dovuto alla «attività» del bambino ( A.I.D.A.I Associazione italiana)



assicurando loro il riconoscimento dei propri diritti.

#### *IV.III.1 Il Centro diurno “Pro-V. A” e il Centro diurno “Eccoci”*

L’assistente sociale del comune e la Cooperativa Sociale Margherita<sup>64</sup>, che gestiva già il servizio socio educativo domiciliare, realizzarono due centri rivolti ai minori sulla base dei bisogni sociali ed educativi rilevati dal servizio sociale comunale. Essi erano il centro socio-educativo minori “Pro-V. A” e il centro diurno socio-educativo minori “Eccoci”, entrambi con sedi nel territorio comunale. Il progetto è finalizzato a fornire un sostegno educativo, affettivo e scolastico ai minori, in uno spazio che tuteli il loro diritto a vivere in ambiente stimolante sul piano della crescita e sereno sul piano dei rapporti con gli altri, in accordo con l’importanza fondamentale di avere una strategia di prevenzione del disagio minorile.

I centri diurni socio-educativi per minori sono un servizio integrato rivolto non solo ai minori, ma alle loro famiglie e all’intera comunità, avente come scopo la promozione di percorsi e opportunità di sostegno e accompagnamento educativo, volto al cambiamento e all’empowerment di tutte le persone coinvolte.

I destinatari del progetto sono i minori residenti nel Comune di Torri di Quartesolo (incluse le frazioni di Marola e Lerino) che si trovano in situazioni di difficoltà e necessità di un sostegno educativo relazionale e/o supporto scolastico. In seguito ad una valutazione sociale ed economica, da parte dell’assistente sociale comunale, e soprattutto con il consenso volontario dei genitori/tutore, il minore viene inserito all’interno del progetto, che però non può superare il numero massimo di 10 minori all’anno. I ragazzi che entrano a fare parte del progetto non presentano una situazione di disagio particolarmente grave, ma hanno come caratteristica fondamentale la mancanza, durante il giorno, di una figura che abbia una presenza stabile e continuativa di riferimento educativi<sup>65</sup> (es. genitori separati o che lavorano, genitori single, madre che non parla l’italiano e che non esce mai di casa, ecc.).

Il Centro diurno “Pro-V.-A.” ha sede a Marola ed è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 15.15 alle ore 18.15, salvo le feste. I minori che sono ammessi a questo progetto frequentano le scuole medie e nel 2017 sono stati un totale di 8 ragazzi/e tutti di origine straniera (con almeno uno dei genitori stranieri). Mentre il Centro diurno “Eccoci” con

---

<sup>64</sup> La Cooperativa sociale Margherita nasce a Sandrigo il 10 settembre 1987 grazie a di cittadini che volevano valorizzare le risorse di chi era escluso dal mercato del lavoro e dalla società ed è composta da 54 soci. Al suo interno sono presenti le seguenti figure professionali: operatori socio sanitari, educatori professionali, pedagogisti clinici, assistenti sociali, psicologi, formatori, amministrativi; i servizi si snodano tra area minori, sociale, anziani e disabili.

<sup>65</sup> Altrimenti si potrebbe attivare il servizio di sostegno socio educativo direttamente a casa del minore.

sede a Lerino è aperto anch'esso dal lunedì al venerdì dalle ore 14.30 alle ore 17.30. I minori che sono ammessi a questo progetto frequentano le scuole elementari e nel 2017 sono stati un totale di 10 ragazzi/e tutti di origine straniera (con almeno uno dei genitori stranieri). I minori vengono trasportati nelle rispettive sedi dagli educatori per dare loro l'opportunità di frequentare le attività, visto che i centri hanno sedi nelle frazioni del Comune. Inoltre i ragazzi fanno anche una piccola merenda assieme.

Inoltre, nel 2017, tutti i martedì il Centro Eccoci, ospita il corso di italiano gratuito per le mamme straniere (un grande numero sono le mamme dei figlie inseriti ai centri socio-educativi) gestito sempre da personale qualificato della Cooperativa Sociale Margherita. Il servizio è stato attivato in accordo con l'assistente sociale comunale per venire in contro a questa richiesta di aiuto da parte del territorio. Oltre a dare l'opportunità alle donne di frequentare il corso, è stato messo a disposizione un servizio di babysitteraggio, svolto da educatori professionisti, per i figli delle frequentanti, non inseriti nel progetto socio-educativo.

Il progetto mira a muoversi verso quattro direttive che ispirarono la stesura del progetto stesso:

- 1) *il domiciliarti e il lavoro di comunità*, pertanto un intervento capace di mobilitare le risorse famigliari, ma anche territoriali. Il progetto viene così considerato un nodo importante e stimolante nella rete dei soggetti e delle iniziative che operano per e con i minori e le loro famiglia perché gli interventi siano sempre maggiormente flessibili, personalizzati e che consentano una crescita equilibrata del minore all'interno della famiglia, ma anche della società. Per ogni ragazzo/a verrà fatto un progetto individuale da includere nel progetto generale tenendo conto dei bisogni dei minori ma anche delle opportunità che il territorio offre, cercando di evitare la standardizzazione del servizio e per offrire un progetto il più possibile flessibile che cerca di ascoltare e tener conto delle preferenze dei minori e dei loro tempi;
- 2) *l'integrazione*: il lavoro educativo ha anche lo scopo di evitare la ghettizzazione, lavorando con i servizi sociali in modo tale che nel servizio non siano inseriti solo minori fortemente problematici. Inoltre si darà priorità alla collaborazione con gli altri attori del campo educativo presenti nel territorio, come le scuole, i centri estivi, le attività sportive o altre iniziative promosse dal territorio;
- 3) *la famiglia* al centro dell'azione e del pensiero, sia nel momento di definizione delle azioni che in quello di verifica. Per ottenere dei risultati duraturi e stabili nel tempo si ritiene necessario un lavoro quotidiano con le famiglie che spesso forniscono informazioni maggiore sulle cause del disagio, cercando attraverso il

servizio sociale di attivare le risorse necessarie per migliorare il benessere dell'intera famiglia, se possibile. Va inoltre precisato che le attività educative sono da considerare come integrative e mai sostitutive delle competenze genitoriali;

- 4) *la creatività*, come strumento espressivo di crescita e anche come testimonianza di un'intelligenza multipla. Ci saranno attività che daranno la possibilità di essere creativi creando occasioni di libera espressione utili a tutti i minori, soprattutto a chi manifesta disturbi relazionali;
- 5) *il gruppo* come fondamentale luogo di crescita, visto che rappresenta il mezzo attraverso il quale è possibile sperimentarsi e trovare la propria dimensione di benessere.

Il progetto sviluppato dagli educatori della cooperativa sociale include le seguenti attività pomeridiane da svolgere sotto la responsabilità degli educatori presenti:

- 1) attività di supporto didattico: vengono attivati interventi di supporto e approfondimento delle attività scolastiche finalizzate a consolidare e sostenere il processo di apprendimenti dei minori. L'obiettivo primario è lo svolgimento dei compiti e di sostegno nelle materie dove i minori sono più carenti per aiutarli a migliorare il metodo di studio, la concertazione;
- 2) attività ludiche/aggregative: sono interventi di socializzazione che dà l'opportunità al minore di affinare le abilità personali, anche avvalendosi degli spazi esterni. Lo scopo principale di quest'intervento è di permettere ai bambini di crescere e migliorare il proprio atteggiamento, insegnano loro il corretto modo di giocare, soprattutto in squadra, e come condividere i diversi momenti assieme agli altri compagni. Vengono proposti giochi a tema, giochi logici, giochi di società e anche quelli multimediali;
- 3) attività laboratoriali: sono attività, individuali o di gruppo, che hanno l'obiettivo di valorizzare la creatività e a far emergere le risorse, e potenzialità e anche passioni ed interessi personali non ancora scoperti. Ogni settimana vengono organizzati laboratori espressivi come quelli di musica, teatro, pittura, cucina, laboratorio di costruzione del giocattolo, giornalismo, ecc. Le attività sono aperte anche a persone esterne al progetto per favorire la socializzazione dei minori, evitando la marginalizzazione, la ghettizzazione e i fenomeni di isolamento, rafforzando l'autostima nel rapporto con i loro pari.
- 4) uscite: sono interventi che prevedono uscite nel paese o in luoghi ritenuti

idonei al raggiungimento degli obiettivi educativi e di socializzazione, come ad esempio la biblioteca, al cinema, ecc. (spesso alcuni di questi minori non hanno mai occasione di andare in questi posti in quanto non vengono stimolati da nessuno). Inoltre si cerca di favorire, in accordo con l'assistente sociale, la creazione di una rete locale provando a collaborare nella creazione di attività comuni quali gite, partecipazioni a feste. (Cooperativa Sociale Margherita, 2015)

L'équipe educativa, che svolge le attività sopraindicate, è formata da educatori specializzati e provvisti di esperienza in ambito educativo - minorile, in possesso di titolo specifico di Educatore Professionale o del diploma di laurea in scienze dell'educazione. All'interno dell'équipe viene individuato un responsabile del progetto, oltre a nominare un coordinatore dell'area che rimane a disposizione dell'intera équipe educativa, che ha anche il ruolo di referente per il servizio sociale comunale. L'équipe educativa si incontra ogni settimana per programmare le attività, tenendo conto delle esigenze dei minori, effettuano incontri di verifica con le singole famiglie e incontri di progettazione degli interventi per le singole situazioni e per il gruppo, oltre che quello di verifica con l'assistente sociale comunale. Inoltre, molto importante, creano momenti di incontro con le diverse agenzie educative del territorio (scuole, gruppi ricreativi, associazioni...) per consolidare una rete di sostegno nella comunità.

#### *IV.III.II Rapporto tra la cooperativa sociale e il servizio sociale comunale*

Il progetto prevede incontri bimestrali di verifica e di condivisione degli interventi con l'assistente sociale comunale per monitorare l'andamento del progetto e per confrontarsi sulla specifica situazione del minore. Qualora il minore sia seguito dal Servizio Tutela Minori, esistono forme di verifica concordate e diverse in quanto possono essere richiesta a volte con urgenza, in casi di imprevisti spiacevoli. In questi incontri c'è uno scambio di informazioni sull'andamento dell'intervento e sulle possibili modifiche da apportare. Inoltre una volta l'anno, l'équipe educativa trascrive e invia al Servizio Sociale una relazione di andamento generale del progetto dove vengono evidenziate le presenze dei minori, le attività e i laboratori realizzati, le dinamiche del gruppo minori, il rapporto con le famiglie, con i servizi sociali, con la scuola, le attività create con e nel territorio e il programma generale dei mesi successivi. Inoltre nel report di fine anno vengono condivisi i dati emersi dai questionari somministrati e dai progetti educativi di intervento per ogni singolo minore.

Quando un minore seguito dal servizio sociale ha i requisiti per entrare a far parte del

progetto, l'assistente sociale comunale deve compilare una scheda di *richiesta inserimento* per informare il responsabile di servizio del nuovo inserimento al Centro, esplicitando la finalità del progetto, gli altri servizi coinvolti, la descrizione del nucleo familiare e le note rilevanti. Successivamente il referente del progetto incontra gli insegnanti del minore per l'emersione delle difficoltà presenti a scuola e la condivisione degli obiettivi da raggiungere, vengono condivisi i tempi per la valutazione e si chiede agli insegnanti di fare la verifica sugli obiettivi alla fine dell'anno educativo perché sono queste a permettere agli educatori di costruire la programmazione annuale. All'inizio di ogni anno educativo viene rivisto il progetto educativo di intervento per il minore: obiettivi condivisi con i servizi sociali, la famiglia e la scuola (Cooperativa sociale Margherita, 2018).

#### *IV.III.III Analisi dei dati raccolti dai questionari di qualità*

Per capire meglio l'impatto che questo progetto ha avuto abbiamo analizzato i questionari di soddisfazione<sup>66</sup> somministrati dalla Cooperativa sociale, nel mese di giugno 2017, a tutti gli utenti del servizio e alle loro famiglie, alla committenza e ai referenti della scuola primaria e secondaria di primo grado di Torri di Quartesolo. Va specificato che il questionario, relativo al periodo settembre 2016-luglio 2017, è anonimo e l'indagine ha lo scopo di conoscere come l'utente definirebbe il servizio erogato rispetto ad alcuni elementi che aiutano a costruire la qualità del servizio: la modalità organizzative, il rapporto tra i minori; il lavoro con il territorio; la competenza degli educatori.

Sono stati raccolti per il Centro "Prova": n.7 questionari compilati dai bambini frequentanti il centro; n.4 questionari compilati dalle famiglie; n. 0 questionari compilati dai referenti scolastici; n.1 questionari compilati dalla committenza. Mentre per il Centro "Eccoci" sono stati raccolti: n.10 questionari compilati dai bambini frequentanti il centro; n.5 questionari compilati dalle famiglie; n. 1 questionari compilati dai referenti scolastici; n.1 questionari compilati dalla committenza

Di seguito saranno riportati i dati relativi al centro "Pro.V. A":

- Modalità organizzativa – è stato chiesto ai bambini e alle loro famiglie di valutare le modalità organizzative, in particolare in merito agli orari, agli spazi e alle regole di convivenza.

*Risultati:* soddisfazione del 96,09% delle famiglie che apprezzano gli orari del centro in quanto ritenuti adeguati alle loro necessità, oltre ad aver ritenuto utile

---

<sup>66</sup> È stato proposto un questionario in lingua araba per i genitori stranieri che hanno scarse competenze linguistiche in italiano, nonché una versione semplificata dello strumento per i genitori con scarsa alfabetizzazione globale.

l'apertura del servizio durante il periodo estivo. Per di più sono soddisfatti sia delle informazioni ricevute da parte del Centro, sia che della frequenza settimanale del figlio; soddisfazione del 60,71% dei minori che hanno attribuito una valutazione bassa rispetto agli spazi, ritenendoli non adeguati alle loro necessità.

- Rapporto tra i minori /benessere dei minori - Alle famiglie è stato chiesto se il loro figlio è soddisfatto del rapporto con gli altri minori del Centro e se racconta quello che succede al Centro; con i minori si è valutato il loro benessere con gli altri bambini, come si sentono quando fanno i compiti, durante le uscite, i momenti liberi, le attività e le iniziative del progetto estivo; mentre alla scuola è stato chiesto di valutare la percezione rispetto al rapporto tra i minori, eventuali miglioramenti nei minori frequentanti e le informazioni condivise dagli educatori del Centro.

*Risultati:* soddisfazione del 91,67% da parte delle famiglie che ritengono soddisfacenti gli obiettivi delle attività proposte ai loro figli; soddisfazione del 74,11% dei minori che hanno avvertito un maggior benessere quando giocano nel tempo libero con gli altri minori e che si trovano bene a fare i compiti al Centro. In particolare si segnala un punteggio molto alto in riferimento al fatto che i ragazzi riescono a svolgere le attività proposte dagli educatori nel lavoro di condivisione, con tutti i minori, degli obiettivi e delle attività.

- Lavoro con il territorio - alle famiglie e ai bambini è stato chiesto di valutare le iniziative organizzate con le associazioni del territorio, le attività svolte, le gite, le feste e la caccia alle uova.

*Risultati:* soddisfazione del 100% delle famiglie riportano di aver condiviso le varie attività svolte; soddisfazione del 83,57% dei minori;

- Coinvolgimento delle famiglie - alle famiglie è stato chiesto se vengono informate rispetto al comportamento del figlio e alle attività, se sono stati utili gli incontri fatti quest'anno con loro e se sono stati informati sugli incontri fatti tra gli educatori e gli insegnanti. Ai bambini invece se raccontano alla famiglia quello che fanno al Centro e come si sentono quando gli educatori parlano con i loro genitori.

*Risultati:* soddisfazione del 95,83% delle famiglie riportano di aver avuto la possibilità di condividere gli obiettivi sui propri figli e sono soddisfatti del progetto educativo. La famiglia manifesta una grande fiducia nei confronti degli educatori e con loro condivide il percorso di crescita dei figli; soddisfazione del 72,10% dei minori i quali hanno evidenziato il ruolo di "ponte" che svolgono gli educatori con la scuola e con la famiglia;

- Competenze degli educatori - Alle famiglie è stato chiesto di valutare se le informazioni ricevute sono chiare, se il personale accoglie le loro proposte e se ritengono che il personale sia competente nella relazione con i bambini. Ai bambini è stato chiesto come si sentono quando parlano con gli educatori e se le loro risposte sono chiare.

*Risultati:* soddisfazione del 100% della famiglia rispetto alla competenza degli educatori.; soddisfazione del 74,57% dei minori in quanto alcuni sono in difficoltà nel parlare con gli educatori, mentre altri si sentono bene, ma si ritengono supportati nella gestione del rapporto con gli insegnanti.

Di seguito saranno riportati i dati relativi al centro “Eccoci”:

- Modalità organizzativa – è stato chiesto ai bambini e alle loro famiglie di valutare le modalità organizzative, in particolare in merito agli orari, agli spazi e alle regole di convivenza. Mentre alla scuola è stato chiesto di valutare anche l’incontro di presentazione del servizio, le modalità comunicative con la scuola, la condivisione degli obiettivi educativi, gli orari settimanali del centro e la verifica di fine anno.

*Risultati:* soddisfazione del 86,25% delle famiglie rispetto alle informazioni ricevute, della frequenza settimanale dei propri figli e dell'apertura estiva del Centro; soddisfazione del 51,25% dei minori in quanto ritengono che gli spazi non siano adeguati alle attività e hanno dato una valutazione bassa agli orari del centro; soddisfazione del 70,83% della scuola che ha valutato positivamente gli incontri e la condivisione degli obiettivi, con una valutazione più bassa rispetto alla completezza delle comunicazioni.

- Rapporto tra i minori /benessere dei minori - alle famiglie è stato chiesto se il loro figlio è soddisfatto del rapporto con gli altri minori del Centro e se racconta quello che succede al Centro. Con i minori si è valutato il loro benessere con gli altri bambini, come si sentono quando fanno i compiti, durante le uscite, i momenti liberi, le attività e le iniziative del progetto estivo, mentre alla scuola è stato chiesto di valutare la percezione rispetto al rapporto tra i minori, eventuali miglioramenti nei minori frequentanti e le informazioni condivise dagli educatori del Centro.

*Risultati:* soddisfazione del 90,00% delle famiglie riportano che condividono gli obiettivi sui loro figli; soddisfazione del 72,43% dei ragazzi hanno segnalato che riescono a giocare nei tempi liberi con gli altri minori del Centro, che si trovano bene nel fare i compiti ma che non riescono a svolgere le attività proposte dagli educatori se vi sono gli altri minori presenti; soddisfazione del 75% della scuola

che ha valuta positiva la relazione tra i minori e gli educatori, le informazioni raccolte dai minori.

- Lavoro con il territorio - alle famiglie e ai bambini è stato chiesto di valutare le iniziative organizzate con le associazioni del territorio, le attività svolte, le gite, le feste e la caccia alle uova. La scuola ha valutato il rapporto tra il Centro e gli istituti scolastici, i rapporti creati con il territorio e l'organizzazione delle attività esterne.

*Risultati:* soddisfazione del 90% delle famiglie riportano di aver condiviso le varie attività svolte; soddisfazione del 76,61% dei minori i quali hanno apprezzato il laboratorio cucina e le uscite, meno il laboratorio di educazione stradale realizzato con la collaborazione dei vigili; soddisfazione del 75% della scuola che è complessivamente soddisfatta del lavoro con il territorio.

- Coinvolgimento delle famiglie - alle famiglie è stato chiesto se vengono informate rispetto al comportamento del figlio e alle attività, se sono stati utili gli incontri fatti quest'anno con loro e se sono stati informati sugli incontri fatti tra gli educatori e gli insegnanti. Ai bambini invece se raccontano alla famiglia quello che fanno al Centro e come si sentono quando gli educatori parlano con i loro genitori. Alla scuola è stato chiesto di valutare la percezione rispetto al coinvolgimento delle famiglie, se le famiglie hanno condiviso il percorso fatto dai minori al Centro e se sono stati fatti dei miglioramenti nei rapporti con la famiglia dei minori inseriti al Centro.

*Risultati:* soddisfazione del 92,50% delle famiglie che sono soddisfatte del progetto educativo, del rapporto sereno costruito con gli educatori; soddisfazione del 59,36% dei minori che hanno dato una valutazione negativa rispetto al coinvolgimento di un familiare al Centro, oltre ad evidenziare la non comunicazione/racconto delle attività del Centro ai loro genitori.

- Competenze degli educatori - Alle famiglie è stato chiesto di valutare se le informazioni ricevute sono chiare, se il personale accoglie le loro proposte e se ritengono che il personale sia competente nella relazione con i bambini. Ai bambini è stato chiesto come si sentono quando parlano con gli educatori e se le loro risposte sono chiare. Ai referenti scolastici è stata chiesta una valutazione sul lavoro complessivo dell'équipe, se l'équipe è stata di supporto nel loro lavoro e come percepiscono il rapporto tra gli educatori e l'Assistente Sociale comunale.

*Risultati:* soddisfazione del 95% della famiglia rispetto al rapporto creato tra gli educatori e i loro figli, e rispetto alle informazioni ricevute; soddisfazione del 62,82% dei minori che ritengono che le regole condivise con gli educatori e gli altri



minori non siano importanti, riconoscendo però nell'educatore una figura di sostegno e aiuto nel rapporto con la scuola; soddisfazione del 75% della scuola che ha richiesto di ricevere maggiore informazioni dagli educatori sui minori, e di avere più incontri per poter aiutare maggiormente i minori.

Osserviamo che complessivamente la percentuale di gradimento generale delle famiglie, rispetto ad entrambi i centri, è alto, perciò possiamo affermare che sicuramente per le famiglie i centri rispondono ai diversi bisogni che ogni famiglia aveva esposto all'assistente sociale. Difatti io stessa ho avuto l'occasione di assistere agli incontri previsti tra l'assistente sociale, gli educatori della cooperativa sociale e le famiglie e ho potuto costatare come quasi tutti i genitori hanno espresso gradimento e riconoscimento per il lavoro fatto dall'intero team, ma soprattutto per poter usufruire di questo tipo di servizio quasi gratuitamente. La maggior parte di queste famiglie hanno un reddito basso quindi l'amministrazione comunale, per venire in contro alle difficoltà e per assicurarsi che i minori possano beneficiare di questo progetto, ha deliberato, nel regolamento comunale, che chi dovesse avere un valore ISEE inferiore ai € 14.000,00 ha diritto all'esenzione totale<sup>67</sup>, mentre quelli che lo superano devono compartecipare in percentuali minime.

Per quel che riguarda il beneficio dei centri percepito dai minori stessi, per il centro "Pro.V. A i minori hanno avvertito maggior benessere e un miglioramento nella capacità nel relazionarsi con i loro pari, ma hanno avuto soprattutto benefici nel loro rendimento scolastico e nella relazione con gli educatori, percepite come figure autoritarie. Purtroppo però non si è riusciti a far compilare i questionari a nessun'autorità della scuola quindi non siamo riusciti ad avere nessun feedback diretto da parte loro in merito ai risultati scolastici e comportamentali a livello statistico, ma secondo quanto riferivano gli educatori durante gli incontri bimestrali di verifica e di condivisione degli interventi con l'assistente sociale, hanno confermato dei piccoli o grandi miglioramenti scolastici e comportamentali, a secondo del minore. Mentre la soddisfazione dei minori del centro Eccoci hanno istaurato un buon rapporto fra pari e riescono a giocare insieme nei tempi liberi. È stato però evidenziato la difficoltà a svolgere le attività proposte dagli educatori se vi sono gli altri minori presenti, ma questo potrebbe essere per la differenza di età fra i ragazzi della prima elementare e quelli della quinta elementare. La scuola valuta positiva la relazione tra i minori e gli educatori in base alle informazioni raccolte direttamente dai minori.

Grazie a questi dati possiamo costatare un impatto positivo nello sviluppo dei minori inseriti in questo progetto visto che quelli che precedentemente all'ingresso nel

---

<sup>67</sup> Il Comune di Torri di Quartesolo nel 2017 ha stati impegnati € 162.113,06 per la tutela minori che viene utilizzato per pagare le rette delle comunità residenziali e dei centri diurni (Eccoci e PROVA o altri centri), del servizio socio educativo, ecc.

programma avevano problemi comportamentali e/o scolastiche. I problemi scolastici di questi minori, spesso sono dovuti a motivi della scarsa conoscenza della lingua italiana. In riferimento a questo argomento l'art. 45, co. 4 del D.P.R. 394/99 stabilisce che il collegio dei docenti dovrebbe attivare dei corsi intensivi di lingua italiana sulla base di specifici progetti, ma purtroppo sappiamo che a causa della mancanza di fondi e di docenti, non viene fatto, pertanto in questo territorio possiamo affermare che è grazie al lavoro degli educatori centro diurno socio-educativo i minori ricevono supporto. Inoltre questi minori hanno una caratteristica particolare in quanto si trovano a crescere e vivere tra due mondi (quello italiano e quello di provenienza). Secondo una relazione del Telefono Azzurro i minori stranieri possono vivere con maggiore difficoltà la relazione con i coetanei, che in alcuni casi può rappresentare una fonte di grande angoscia. Ciò non significa che le difficoltà relazionali con i coetanei siano una prerogativa dei bambini e dei ragazzi stranieri, ma che per questi ultimi l'inserimento all'interno del gruppo dei pari può essere più complicato, a causa di un bagaglio di tradizioni, abitudini, giochi, gesti, espressioni linguistiche diverse (Ghiringhelli). Il superamento di questo tipo di ostacoli nella crescita aumenta l'autostima del minore permettendo di aumentare la sicurezza nelle loro capacità e in loro stessi (Barone, 2009).

Il centro diurno, grazie all'aiuto degli educatori, è anche un posto dove i minori possono trovare una persona adulta sempre a loro disposizione per parlare dei propri sentimenti, del disagio giovanile, ma anche di quello che succede a scuola o a casa, in quanto raramente i minori riescono a individuare la famiglia e i genitori come risorsa, per diverse ragioni (evitare di preoccupare o di far soffrire i genitori, già gravati da un difficile percorso di inserimento nel Paese di accoglienza; poiché attribuiscono proprio a loro la colpa delle difficoltà e delle sofferenze, ecc.).

Si è constatato che, spesso, l'unico ambiente sociale frequentato da questi ragazzi è la scuola dunque questi centri rappresentano forse l'unica occasione per poter sperimentare avventure che altrimenti non potrebbero avere mai, per diversi motivi, come ad esempio, il andare a vedere un film al cinema, vedere un'opera teatrale, scoprire nuovi posti attraverso le gite, accorgersi di avere talenti nascosti attraverso i differenti laboratori che vengono attivati.

L'altro apporto importante che questi centri socio-educativi portano alla comunità è la possibilità di coinvolgere le famiglie nel processo educativo dei minori. Sappiamo che i genitori dei figli stranieri hanno già di loro una difficoltà in quanto sono impegnati, loro per primi, in un non facile percorso di adattamento e di inserimento nel nuovo contesto territoriale, ma soprattutto culturale. È noto come spesso la società, in termini soprattutto di

servizi (servizi sociali, consultori, scuole, ospedali) fanno fatica ad entrare in contatto con gli adulti, perché ancora poco preparata a gestire situazioni che richiedono nuove conoscenze e nuove operatività, ma anche perché sono i genitori stessi che sono diffidenti a priori, non capendo quello che viene chiesto loro. sottolineammo che la difficoltà di collaborare con i servizi c'è anche per quel che riguarda i genitori italiani.

La dinamicità di questo progetto è sottolineata dall'attivazione del corso di italiano gratuito per le residenti straniere. Difatti questo progetto dentro il progetto iniziale prova ulteriormente l'attenzione da parte dell'assistente sociale ai bisogni presenti nel territorio. Enfatizza come si prende in considerazione il benessere dell'intero nucleo familiare e non solo del minore.

I centri diurni socio-educativi sopra analizzati hanno secondo noi anche dei punti che potrebbero sembrare punti critici. Comincerei ad analizzare il primo che è senz'altro il fatto che tutti i minori inseriti in questo progetto sono di origine straniera fatto che può portare ad una forma di ghettizzazione e successivamente di stigmatizzazione di questi minori. La presenza di minori stranieri è ormai un fenomeno altamente diffuso nel territorio italiano e nelle scuole. Secondo i dati Istat relativi a gennaio 2017, in Italia ci sono 5.047.028 persone straniere residenti di cui 20,6% minorenni, mentre in Veneto gli stranieri residenti sono 485.477 persone di cui il 22,4% minorenni (Istat, 2018). Questa presenza in numeri così grandi di minori ha portato inevitabilmente dei problemi a livello di integrazione e le scuole non riescono a gestire tali complicazioni pertanto chiedono aiuto alle amministrazioni comunali. Pertanto quello che può sembrare una ghettizzazione in realtà è stata una selezione naturale, in quanto negli anni passati erano stati inseriti anche minori italiani che però invece di portare benessere e beneficio agli altri minori, hanno portato maggior conflittualità.

Il secondo apparente punto critico è il numero limitato di minori che possono accedere a questo progetto, che è massimo dieci per ogni centro di conseguenza anche se ci dovesse essere un minore in più ad avere necessità di questo tipo di servizio non sarebbe possibile accedervi. Il numero di minori è stato volutamente mantenuto così basso per poter consentire ai ragazzi di avere un educatore che li può seguire, altrimenti potrebbero essere inseriti nel servizio del dopo-scuola che è attivo. Il progetto invece è gestito da tre educatori quindi l'attenzione verso i minori, che non bisogna dimenticare che hanno comunque dei problemi relazionali.

Il continuo cambiamento degli educatori avvenuto nell'ultimo periodo nei centri è il terzo apparente punto critico. Ogni qualvolta un educatore con cui i minori hanno già istaurato un rapporto di fiducia viene spezzato e questo va a discapito dei minori che hanno

già difficoltà relazionali. Purtroppo però questo non è solo un problema di questo centro ma di tutte le cooperative sociali che lavorano con soci/impiegati con contratti precari.

## V. CONCLUSIONI

Sappiamo che non è compito dell'assistente sociale risolvere i problemi della comunità, in quanto è solo la comunità stessa ad essere in grado di farlo. Il suo compito è di fornire degli stimoli ed eliminare degli ostacoli che si presentano nel corso della vita (Zucconi, 1965). Per fare ciò l'assistente sociale, soprattutto se opera a livello comunale, non può più limitare la sua attenzione al singolo individuo in quanto tale, ma deve ricondurre a una dimensione sovra-individuale i problemi e i bisogni delle singole persone, in un orizzonte di fronteggiamento corresponsabile tra individui, comunità, istituzioni sociali (Allegri, 2015).

L'unico modo per eliminare gli ostacoli è quello di creare delle politiche sociali che vengano incontro ai bisogni territoriali, attraverso modelli innovativi di intervento, ma anche esercitando funzioni di indirizzo politico-amministrativo, all'interno delle pubbliche amministrazioni, attente ai bisogni dei cittadini. È evidente come, sempre più negli ultimi anni, le amministrazioni pubbliche e locali vogliano includere in questa fase persone tecnicamente competenti e capaci di interpretare gli indirizzi e raggiungere gli obiettivi dell'ente, mediante l'attuazione e la gestione delle decisioni adottate. Si sta configurando un sistema amministrativo aperto in grado di adottare politiche, indirizzi e scelte capaci di far convergere interessi diversi verso soluzioni reciprocamente accettabili, sia nel funzionamento interno dell'amministrazione nei rapporti tra diversi enti/amministrazioni pubbliche, sia nei rapporti fra amministrazioni pubbliche, imprese e organizzazioni del terzo settore. Bonifazi e Giacconi individuano l'assistente sociale come la figura professionale che abbia capacità manageriali interdisciplinari (Bonifazi & Giacconi, 2014).

L'obiettivo di questo lavoro di ricerca era quello di cercare di capire quali fossero le capacità professionali che un assistente sociale comunale deve avere per poter svolgere al meglio questo compito di "collegamento" fra i diversi bisogni e attori sociali.

Difatti nel primo capitolo è stata fatta un excursus storico del ruolo dell'assistente sociale italiano dalle origini fino ad oggi, evidenziando i diversi ruoli ricoperti durante gli anni. Per di più sono state elencate le diverse funzioni che il professionista sociale deve possedere secondo gli autori più autorevoli del campo e secondo la definizione internazionale di Servizio sociale. Riassumendo le funzioni generali sono divisibili in tre grandi gruppi: rapporto diretto con l'utenza; promozione e organizzazione dei servizi, prestazioni, strutture e risorse istituzionali e comunitarie; ricerca, studio e documentazione.

Nel capitolo successivo visto che il Comune è per eccellenza considerato lo snodo

centrale di attuazione delle politiche sociali e il luogo dove i bisogni dell'individuo si incontrano con il sistema organizzativo di risposte a tali bisogni, concretizzandosi in misure o servizi a favore della cittadinanza (Bertotti, 2016), siamo entrati più in dettaglio sulle funzioni di cui l'assistente sociale comunale deve essere equipaggiata.

È stato analizzato anche il ruolo che la legge n.328 del 2000 detta *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrativo di interventi e servizi sociali* che ha stabilito i livelli essenziali delle prestazioni sociali che ogni Comune è obbligato a garantire ai propri residenti. Questa novità normativa ha giocato un ruolo cruciale nella ridefinizione delle funzioni dell'Ente locale stesso e del professionista sociale che ci lavora dentro, precisando che essi cambiano a seconda dell'asset organizzativo di ogni Comune accentuando così la già esistente disomogeneità territoriale.

Inevitabilmente è stato dedicato un intero paragrafo al processo di aiuto per comprendere l'importanza e il ruolo che l'assistente sociale comunale ha nel riuscire a riconoscere e analizzare i bisogni, attraverso l'individuazione degli obiettivi da raggiungere, la progettazione, l'intervento e di conseguenza la sua attuazione.

Nel terzo capitolo abbiamo approfondito le modalità di lavoro assistenti sociali che operano a livello di servizio sociale di base che si occupano della gestione dei minori e della loro famiglie. Abbiamo ricostruito storia del servizio sociale italiano rispetto agli interventi di protezione dell'infanzia, cercando di analizzare i differenti modelli organizzativi che ne sono derivati per arrivare ai giorni nostri in cui si utilizza lo strumento della delega amministrativa delle funzioni e delle risorse socio-assistenziali all'USL, la quale diventa il luogo dell'integrazione sociosanitaria sviluppando nuovi progetti e un lavoro di rete.

Il secondo paragrafo di questo capitolo è stato riservato ai bisogni maggiormente presenti sul territorio italiano, come la povertà, l'immigrazione, le separazioni conflittuali, coppie al cui interno ci sono minori e il maltrattamento e gli abusi subiti dai minori, poiché essi definiscono gli interventi che le amministrazioni devono mettere in atto per fronteggiare questi problemi.

Subito dopo è stato presentato un lavoro di ricerca rispetto al ruolo delle Regioni e degli Enti nello stanziamento dei fondi necessari a mettere in piedi processi di aiuto capaci di eliminare le disuguaglianze ed a ridurre gli effetti negativi nello sviluppo nei minori.

L'analisi dei due centri socio-educativi attivati, nel Comune di Torri di Quartesolo, dall'assistente sociale comunale in collaborazione con la Cooperativa Sociale Margherita, sono l'oggetto del quarto capitolo. Il progetto è finalizzato a fornire sostegno educativo,

affettivo e scolastico ai minori segnalati dai diversi attori del territorio, in uno spazio che tuteli il loro diritto a vivere in ambiente stimolante sul piano della crescita e sereno sul piano dei rapporti con gli altri, in accordo con l'importanza fondamentale di avere una strategia di prevenzione del disagio minorile.

Le cooperative sociali svolgono un ruolo estremamente importante mettendo a disposizione della comunità una grande varietà di servizi altamente specializzati in grado di soddisfare le più diverse esigenze, attraverso figure professionali in possesso di titoli di studio universitario quali le lauree Scienze dell'Educazione e della Formazione, in Psicologia e in Medicina. (Osservatorio sul Mercato Locale del Lavoro dell'Università degli Studi di Padova, 2015). Esse offrono una velocizzazione della comunicazione fra comunità ed istituzioni, aiutano a diminuire le distanze tra bisogni delle persone e servizi corrispondenti. Caratterizzate da una fitta rete di contatti sul territorio, le realtà di Terzo Settore, coordinate in maniera funzionale ed efficace, possono davvero arricchire la rete dei servizi sociali. Tale organizzazione vede l'assistente sociale con ruoli di coordinamento.

La programmazione integrata oltre ad offrire grandi opportunità di collaborazione, suscita preoccupazione e nervosismo in quanto aumenta il rischio che le problematiche sociali inizino ad essere lette attraverso una logica assistenzialistica e burocratica, attivando interventi che rispondono – in modo peraltro inevitabilmente insufficiente e con criteri selettivi che finiscono per acuire anziché ridurre le disuguaglianze sociali – ad esigenze immediate ma ne trascurano le cause che, nel medio-lungo periodo, tenderanno a ripresentarsi con conseguenze ancor più difficili da gestire. È importante che le problematiche vengano riconosciute non solo come problemi individuali, come vorrebbe la teoria neoliberista <sup>68</sup> ma anche come problemi sociali.

L'impatto che questi centri hanno avuto sulla vita dei minori e delle loro famiglie è senz'altro inestimabile e tutto questo grazie alla passione e alla caparbia dell'assistente sociale che ha voluto e saputo far partire il progetto nel Comune per cui lavora, attivando quindi le seguenti prestazioni sociali indicata dalla Legge 328/2000 come essenziali: misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, visto che per quasi tutti i bambini i centri sono a spese dell'amministrazione locale; interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo

---

<sup>68</sup> Il pensiero neoliberista sostiene la liberazione dell'economia dallo Stato, il libero mercato, la deregolamentazione, la fine di ogni chiusura doganale, il taglio delle tasse, il taglio della spesa pubblica, il pareggio di bilancio, la vendita del patrimonio dello Stato, la privatizzazione dei servizi pubblici, la difesa della proprietà privata e, soprattutto, la demolizione dello stato sociale, cioè, quell'insieme di servizi-diritti (scuola pubblica, sanità pubblica, previdenza, servizi sociali) mediante i quali uno Stato civile garantisce l'esistenza in vita alle categorie sociali più deboli.

familiare di origine; misure per il sostegno delle responsabilità familiari in quanto alcuni dei laboratori dei centri hanno coinvolto i genitori con cui gli educatori e l'assistente sociale ha avuto occasione di confrontarsi per migliorare il benessere dell'intera famiglia.

In chiusura vorrei ricordare che la vulnerabilità, i sentimenti di insicurezza e i processi di impoverimento che invadono le comunità mettono in grave rischio le sue capacità di coesione, di inclusione e di solidarietà e rafforzano la tendenza a gestire i rischi della vita in una dimensione privata. Per contrastare tutto questo diventa cruciale che i servizi e le politiche sociali richiamino l'attenzione sul fatto che la protezione è una costruzione collettiva e che per mantenerla bisogna sempre **PROVARCI**.



## BIBLIOGRAFIA

A.I.D.A.I Associazione italiana. (s.d.). *Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività. Principali caratteristiche del problema*. Tratto da A.I.D.A.I Associazione italiana: <http://www.aidaiassociazione.com/adhd.htm>

Allegri, E. (2015). *Il servizio sociale di comunità*. Roma: Carocci.

Andolina, G. (2017, novembre). *Il Comune e le cooperative sociali: è possibile un rapporto preferenziale?* Tratto da Lex Italia: [http://www.lexitalia.it/articoli/andolina\\_coop.htm](http://www.lexitalia.it/articoli/andolina_coop.htm)

AZIENDA ULSS N. 8 BERICA. (2017). *Gestione del servizio di protezione e tutela dei minori (SPTM). Convenzione tra i comuni del distretto ovest dell'azienda ULSS n. 8 BERICA e azienda ULSS n. 8 BERICA*. Vicenza.

Barone, L. (2009). *Manuale di psicologia dello sviluppo*. Roma: Carocci.

Bartolomei, A., & Passera, A. L. (2005). *L'assistente sociale. Manuale di servizi sociali professionali*. Roma: CieRre S.r.l.

Belletti, F. (2001, marzo). *Risorse e sfide di oggi. Famiglia e servizi sociali*, p. 10.

Belotti, E. G. (1975). *Little Girls*. London: Writers and Readers Publishing Cooperative.

Bertotti, T. (2013). *Bambini e famiglie in difficoltà*. roma: Carocci Faber.

Bertotti, T. (2016). *Il servizio sociale in comune*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli S.p.A.

Bertotti, T., & Ghezzi, G. (2016). *Lavorare con gli altri attori del sistema*. In T. Bertotti, *Il servizio sociale in comune*. Santarcangelo di Romagna: Marggioli S.p.A.

Bonifazi, L., & Giacconi, B. (2014). *L'abilitazione per l'assistente sociale e l'assistente sociale*. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli.

Bosisio, R. (2006). *Il percorso dell'infanzia nel mondo dei diritti*. In F. Mazzucchelli, *Viaggio attraverso i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*. Milano: Franco Angeli.

Bruffa, S. (2012, marzo 12 ). *L'Assistente sociale tra strutture pubbliche e di Terzo settore: identità, percezioni e prospettive*. Roma.

Bruno, A., & Dente, F. (2001, marzo). *Preparare figure altamente qualificate. Famiglia e servizi sociali*, p. 27.

Campanini, A. (2002). *L'intervento sistemico. Un modello operativo per il servizio sociale*. roma: Carocci Faber.

Campanini, A. (2005). *L'intervento sistemico. Un modello operativo per il servizio sociale*. Roma: Carocci.

Cantori, A. (2007). *L'assistente sociale. Manuale teorico pratico per i concorsi e*

*l'abilitazione all'esercizio della professione di assistente sociale (sez. B) e assistente sociale specialista (sez.A)*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli S.p.A.

Celegato, L. A. (2002). Enti locali e prevenzione del disagio. Un'esperienza di intervento nella scuola quale luogo di elaborazione e promozione del diritto alla cittadinanza delle bambine e dei bambini. In *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza* (p. 422). Firenze: Istituto degli Innocenti.

Cesari, M. (2005). *I servizi sociali. Il ruolo dei Comuni nell'organizzazione e gestione del sistema integrato di welfare*. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore.

Ciuffi, L. (2005). Il processo di aiuto. In M. Dal pra Ponticelli, *Dizionario di servizio sociale* (p. 816). Roma: Carocci .

Clifford, D. (1998). *Social assessment theory and practice. A multi-disciplinary framework*. Aldershot: Arena .

Consiglio Nazionale dell'Ordine Assistenti sociali. (2009). Codice deontologico dell'assistente sociale.

Cooperativa Sociale Margherita . (2015). *Progetto centro diurno socio-educativo per minori* . Sandrigo.

Cooperativa sociale Margherita. (2018). *Report dei centri educativi per minori "Pro.V.A - Eccoci"*. Sandrigo.

Coraglia , S., & Carena , G. (1987). *L'operatore sociale. L'azione professionale tra complessità sociale e fenomeni organizzativi*. Roma: Carocci.

Dal Pra Ponticelli, M. (1987). *Lineamento di servizio sociale*. Roma: Astrolabio.

Dal Pra Ponticelli, M., & Pieroni, G. (2015). *Introduzione al servizio sociale. Storia, principi, deontologia*. Torino: Carocci .

De Robertis, C. (1986). *Metodologia dell'intervento nel lavoro sociale*. Bologna: Zanichelli.

Dente, F. (2013). *Nuove dimensioni del servizio sociale. Lavoro di cura e di comunità*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.

Dominelli, L. (2005). *Il servizio sociale. Una professione che cambia*. Gardolo: Erickson.

Emiliani, V. (1977). *L'Italia mangiata. Lo scandalo degli enti inutili*. Torino: Einaudi.

Facchini, C. (2010). *Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetti del welfare*. Bologna: Il Mulino.

Fargion, S. (2013). *Il metodo del servizio sociale. Riflessioni, casi e ricerche*. Roma: Carocci.

Ferrario, F. (1984). Le metodologie professionali nella storia delle Scuole di Servizio Sociale. In Bernocchi, Canevini, Cremoncini, Ferrario, Gazzaniga, & Ponticelli, *Le scuole del servizio sociale in Italia. Aspetti e momenti della loro storia* (p. 315). Padova: Fondazione

Zancan.

Ferrario, F. (1992). *Il lavoro di rete nel servizio sociale*. Roma: Carocci.

Ferrario, F. (1996). *Le dimensioni dell'intervento sociale. Un modello unitario centrato sul compito*. Roma: Carocci.

Folgheraiter, F. (2006). *La cura delle reti*. Trento: Erickson.

Franzoni, F., & Anconelli, M. (2016). *La rete dei servizi alla persona. Dalla normativa all'organizzazione*. Roma: Carocci Faber.

Gallina, M. (2001, marzo). Non solo persone bisognose. *Famiglia e servizi sociali*, p. 21.

Ghezzi, G. (2016). Il segretariato sociale. In T. Bertotti, *Il servizio sociale in comune*.

Santarcangelo di Romagna: Marggioli S.p.a.

Ghiringhelli, B. (s.d.). *I disagio del bambino e dell'adolescente straniero*. Carpi : Nuovagrafica .

Gioncada, M. (2012). *Diritto dei servizi sociali per assistenti sociali, psicologi, educatori, avvocati*. Santarcangelo di Romagna: Marggioli.

Giunta Comunale del Comune di Torri di Quartesolo. (2017, gennaio 23). Regolamento per l'accesso dei cittadini alle prestazioni sociali agevolate. Torri di Quartesolo.

*Global definition of Social Work*. ( 2014).

Gui, L. (1999). *Servizio sociale tra teorie e pratica*. Trieste: Lint.

Gulmini , E. (2011 / 2012 ). Nuovi scenari per i servizi di tutela Minori. Un'esperienza di co-costruzione di modalità innovative di progettazione individualizzata innovative di progettazione individualizzata . Venezia.

Il Ministero della Salute . (2014 ). *Maltrattamenti infantili . Rapporti con l'OMS e altre agenzie ONU*.

Istat. ( 2014, maggio 23). Il costo dei figli minori per le famiglie italiane – Indagine Aspetti della vita quotidiana - Anno 2012. p. Istat.

Istat. (2016, Novembre 14). Matrimoni, separazioni e divorzi. *Statistiche Report*, p. 1.

Istat. (2017, dicembre 6). CONDIZIONI DI VITA, REDDITO E CARICO FISCALE DELLE FAMIGLIE. p. 2.

Istat. (2018, febbraio 8 ). INDICATORI DEMOGRAFICI. *Statistiche report*, p. 1.

Istat. (2018). Indicatori strutturali della popolazione straniera residente al 1° gennaio per regione. *Annuario statistico italiano 2017 - 3 Popolazione e famiglie* .

Legge n 381 del 8 novembre 1991 Disciplina delle cooperative sociali. (1991, novembre 8).

Lenti, L., & Long, J. (2011). *Diritto di famiglia e servizi sociali*. Roma-Bari: Laterza.

Liodice, P. ( 2014 /2015). Terzo settore e sistema integrato dei servizi sociali in Italia: tra pag. 74

criticità e nuove prospettive. Bari.

Longo, F. (2004). Aziende sociali comunali: rischi e benefici. *Prospettive sociali e sanitarie*.

Lussu, A., & Rovai, B. (2013). *L'operatore sociosanitario nei servizi sociali*. Roma: Carocci Faber.

Manzoni, I., & Vanz, G. (2007). *Il diritto tributario. Profili teorici e sistematici*. Torino: Giappichelli.

Maracle, L. (1993). *Ravensong*. Vancouver: Press Gang Publishers.

Martini, E. R., & Torti, A. (1988). *Il lavoro nella comunità. Manuale per la formazione e l'aggiornamento dell'operatore sociale*. Roma: Carocci.

Mazzucchelli, F. (2011). *Il sostegno alla genitorialità. Professionalità diverse in particolari situazioni familiari*. Milano: Franco Angeli.

Ministero dell'Interno. (1984).

Morini, A. (2014 / 2015). *Separazioni genitoriali ad alta conflittualità e tutela dei figli*. Venezia.

Neve, E. (2015). *Il servizio Sociale. Fondamenti e cultura di una professione*. Roma: Carocci.

Osservatorio sul Mercato Locale del Lavoro dell'Università degli Studi di Padova. (2015, novembre). Attività e professionalità nelle cooperative sociali venete. *Quaderno PHAROS n. 22/2015*.

Ossicini Ciolfi, T. (1980). L'assistente sociale ieri, oggi e domani. In *La Rivista di Servizio Sociale*.

Passera, A. L. (1987/1988). La dimensione progettuale del processo di aiuto. In AA.VV *Servizio Sociale. Nuove prospettive per la pratica*. Roma.

Pedrocco Biancardi, M. T. (2002). Prevenzione del disagio e dell'abuso all'infanzia. In M. d. sociali, *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza* (p. 422). Firenze: Istituto degli Innocenti.

Ripamonti, E. (2011). *Collaborare. Metodi partecipativi per il sociale*. Roma: Carocci.

Rossi, P. (2014). *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali. Istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*. Roma: Carocci Faber.

Rozzi, E., & Console, M. (2014). Minori stranieri e diritto all'istruzione e alla formazione professionale. Sintesi della normativa vigente e delle indicazioni ministeriali aggiornata con le Linee guida del MIUR del febbraio 2014. Torino.

Sciortino, A. (2001, marzo). Valorizzare le responsabilità familiari. *Famiglia e servizi sociali*, p. 7.

- Seabury, B. A. (1976). The contract: uses, abuses, and limitations. *Social Work*, p. 16-21.
- sociali, M. d. (2017). *Report di Monitoraggio sui minori stranieri non accompagnati in Italia*. Roma.
- Tilli, C. (2016). L'assistente sociale e il lavoro con i minori e le loro famiglie. In T. Bertotti, *Il servizio sociale comunale*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- World Health Organisation. (2006). *Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi*. Ginevra.
- World Health Organization. (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention*. Geneva.
- Zucconi, A. (1965). Il lavoro di comunità come metodologia professionale. In A. p. internazionali, *Servizio Sociale di Comunità*. Roma.

## **SITOGRAFIA**

Lenarduzzi, M. (2010, gennaio 11). *Il portale degli Assistenti Sociali per un Servizio Sociale... in rete.* Tratto da [http://www.assistentsociali.org/servizio\\_sociale/processo\\_di\\_aiuto.htm](http://www.assistentsociali.org/servizio_sociale/processo_di_aiuto.htm)

Vinci, D. (2011, Aprile 4). *I Rapporti dei Servizi Sociali con le Autorità Giudiziarie (Giudici e Magistrati).* Tratto da [Assistenti sociali.org](http://www.assistentsociali.org). Il portale degli Assistenti Sociali per un Servizio Sociale... in rete: <http://www.assistentsociali.org/minori/servizi-sociali-e-autorita-giudiziarie.ht>

## LEGGI

Decreto del Presidente della Repubblica 15 gennaio 1987, n. 14 - *Disciplina del valore abilitante del diploma di assistente sociale.*

Decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328 - *Suddivisione dell'albo professionale in due sezioni differenti la sezione A e la sezione B all'interno di un unico profilo professionale.*

Deliberazione della Giunta Regionale Veneto 16 gennaio 2007, n. 84 - *Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accreditamento e della tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali.*

Decreto del Presidente della Repubblica 31 Agosto 1999, n. 394 - *Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.*

Decreto Legislativo 4 dicembre 1997, n. 460 - *Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale.*

Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 - *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.*

Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112 - *Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59*

Decreto Ministeriale del 23 luglio 1993 - *Revoca delle autorizzazioni all'esercizio dell'attività assicurativa e liquidazione coatta amministrativa della S.I.D.A. - Società italiana di assicurazioni S.p.a., in Roma, e trasferimento del portafoglio assicurativo alla Previdenti - Assicurazioni e riassicurazioni, capitalizzazioni S.p.a., in Roma. (GU Serie Generale n.173 del 26-07-1993)*

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

Decreto Ministeriale 16 marzo 2007 n.155 - *Determinazione delle classi di laurea magistrale.*

Legge 4 maggio 1983, n. 184 - *Diritto del minore ad una famiglia.*

Legge 8 novembre 1991, n. 381 - *Disciplina delle cooperative sociali.*

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

Legge 21 dicembre 1978, n. 845 - *Legge quadro in materia di formazione professionale.*

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 – *Norme sull’Istituzione del servizio sanitario nazionale.*

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

Legge 26 luglio 1975, n. 354 - *Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà.*

Legge 28 marzo 2001, n. 149- *Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante «Disciplina dell’adozione e dell’affidamento dei minori», nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile”.*

Legge Regionale Veneto 3 febbraio 1996, n. 5 – *Piano Socio-Sanitario regionale per il triennio 1996/1998.*

Legge Regionale Veneto 9 agosto 1988, n. 42 – *Istituzione dell’ufficio di protezione e pubblica tutela dei minori.*

Legge Regionale Veneto 15 dicembre 1982, n. 55 – *Norme per l’esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale.*

Legge Regionale Veneto 16 agosto 2007, n. 23 - *Disposizioni di riordino e semplificazione normativa - collegato alla legge finanziaria 2006 in materia di sociale, sanità e prevenzione.*



## INDICE DELLE FIGURE

<b>Tabella 1</b> Il processo di intervento in ordine logico e cronologico che mostra l'andamento a spirale dei passaggi di De Robertis Carolina.....	27
<b>Tabella 2</b> Indicatori di povertà o esclusione sociale(a). Anni 2004-2016, per 100 individui .....	34
<b>Tabella 3</b> Incidenza di povertà assoluta per presenza di stranieri in famiglia e ripartizione geografica(a). Anni 2015-2016, valori percentuali .....	35
<b>Tabella 4</b> Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per regione e ripartizione geografica - Anno 2015 (valori assoluti, percentuali e spesa pro-capite).....	38
<b>Tabella 5</b> Area famiglia e minori: utenti, spesa e spesa per utente per singoli interventi e servizi sociali. Totale Italia - Anno 2015 .....	40
<b>Tabella 6</b> Principali caratteristiche di matrimoni, separazione e divorzi. Anni 2008, 2010, 2012, 2014 e 2015, valori assoluti, percentuali e per 1.000 .....	42
<b>Tabella 7</b> Interventi sociali rivolti all'infanzia, all'adolescenza e alle famiglie individuati da Lussu e Rovai, 2013 .....	44
<b>Tabella 8</b> Organigramma del Comune di Torri di Quartesolo – Area e settori (servizi)....	48
<b>Tabella 9</b> Gruppi e attività previste dalla classificazione ICNPO .....	53
<b>Tabella 10</b> Bambini e ragazzi di 3-13 anni per ricorso ai servizi per l'infanzia nei dodici mesi precedenti 2012 (per 100 bambini e ragazzi di 3-13 anni della stessa ripartizione geografica).....	54