

UNO STRUMENTO EFFICACE PER PREPARARSI ALL'ESAME DI STATO

Quadri introduttivi | Approfondimenti | Mappe concettuali | Domande di ripasso

M.L. RAINERI E P. LIMONGELLI (A CURA DI)

ESAME DI STATO **ASSISTENTE** **SOCIALE**

LETTURE SCELTE

MANUALE PER LA PREPARAZIONE
ALL'ESAME DI STATO – SEZ. B

**ASSISTENTE
SOCIALE
DOMANI**

 Erickson

IL LIBRO

ESAME DI STATO ASSISTENTE SOCIALE LETTURE SCELTE

Il libro, primo di due volumi, nella sua edizione aggiornata, rappresenta uno strumento agile, al contempo rigoroso e approfondito, specificamente finalizzato alla preparazione all'Esame di Stato per l'iscrizione alla sezione B dell'Ordine Professionale degli Assistenti Sociali. In particolare, il volume tratta le tematiche di metodologia professionale e politica sociale oggetto di prova.

Organizzato per argomenti chiave, presenta per ciascuno di essi:

- un quadro introduttivo, che sintetizza i concetti fondamentali della tematica;
- una selezione antologica di testi di approfondimento, scritti da importanti studiosi nazionali e internazionali;
- un percorso di sintesi sotto forma di mappa concettuale;
- una serie di domande per lo studio e il ripasso, con le relative risposte.

Completa il volume un elenco aggiornato delle principali norme di legge suddivise per argomento.

Il volume offre
approfondimenti
pratico-teorici utili
anche durante il
percorso accademico
o nel tirocinio
professionale

I TEMI AFFRONTATI

- Ruolo professionale
- Etica professionale
- Lavoro sul caso
- Colloquio e visita domiciliare
- Lavoro con i gruppi e la comunità
- Lavoro di rete e lavoro interprofessionale
- Politiche di welfare
- Specifiche aree di disagio
- Principali norme di legge

LE CURATRICI

MARIA LUISA RAINERI

Assistente sociale, è stata professoressa associata presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, dove ha insegnato nei corsi di laurea triennale e magistrale in Servizio sociale nelle sedi di Milano e Brescia. Ha inoltre coordinato il Dottorato di ricerca in Social Work and Personal Social Services dell'Università Cattolica del Sacro Cuore ed è attualmente membro del relativo Collegio dei Docenti.

PAOLA LIMONGELLI

Assistente sociale con esperienza nel lavoro con le famiglie, nella salute mentale e nel lavoro sociale di comunità. È assegnista di ricerca presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore e docente di Procedure e tecniche del servizio sociale nel corso di laurea in Scienze del servizio sociale presso la sede di Milano.

€ 32,50



www.erickson.it

INDICE

Nota introduttiva	11
Capitolo 1	
Il ruolo professionale dell'assistente sociale	12
Quadro concettuale introduttivo	12
Lecture scelte	15
Profilo di un'area pluriprofessionale: il lavoro sociale	15
<i>Scheda 1.1 – Definizione internazionale di «lavoro sociale professionale» («social work profession»)</i>	23
La pratica riflessiva	28
Cos'è l'empowerment	38
<i>Scheda 1.2 – Riferimenti normativi riguardo all'ordinamento professionale</i>	48
Mappa riassuntiva	54
Domande di ripasso	55
Capitolo 2	
L'etica professionale: valori e principi dell'assistente sociale	66
Quadro concettuale introduttivo	66
Lecture scelte	71
Gli aspetti etici nelle decisioni dell'assistente sociale	71
Il punto di riferimento in Italia: il Codice deontologico	80
<i>Scheda 2.1 – Codice deontologico dell'assistente sociale</i>	93
Etica e ruolo professionale: negoziare funzioni e confini	107
Rispettare i diritti	114
Equità e lavoro sociale	122
Etica e organizzazioni: sfidare il nostro ente e farlo crescere	129
Etica professionale e contesti politici del lavoro sociale	135
<i>Scheda 2.2 – Il segreto professionale</i>	143
Mappa riassuntiva	150
Domande di ripasso	151
Capitolo 3	
Il lavoro sul caso	168
Quadro concettuale introduttivo	168
Lecture scelte	176
Il problem solving: un metodo per risolvere i problemi	176
L'assessment dei bisogni di una famiglia	179
La programmazione dell'intervento	190

<i>Scheda 3.1 – Il contratto nel servizio sociale</i>	197
Valutazione finale e conclusione dell'intervento	199
<i>Scheda 3.2 – La cartella sociale</i>	202
<i>Scheda 3.3 – Le relazioni scritte nel servizio sociale</i>	205
Comunicazioni e documentazione scritta	219
La funzione di controllo nel servizio sociale	229
Mappa riassuntiva	240
Domande di ripasso	241
Capitolo 4	
Il colloquio di aiuto e la visita domiciliare	258
Quadro concettuale introduttivo	258
Lecture scelte	261
Il colloquio	261
Cos'è il counseling	272
<i>Scheda 4.1 – Gli atteggiamenti nel colloquio di aiuto</i>	281
<i>Scheda 4.2 – La visita domiciliare</i>	286
Mappa riassuntiva	288
Domande di ripasso	289
Capitolo 5	
Il lavoro con i gruppi e la comunità	302
Quadro concettuale introduttivo	302
Lecture scelte	308
I gruppi di auto/mutuo aiuto	308
Cos'è il lavoro di comunità	317
Analizzare i bisogni di una comunità locale: il profilo di comunità	326
Facilitare un processo di community social work: fasi metodologiche del gruppo guida	337
Che cos'è il capitale sociale	354
Mappe riassuntive	364
Domande di ripasso	366
Capitolo 6	
Le reti, il lavoro di rete e il lavoro interprofessionale	378
Quadro concettuale introduttivo	378
Lecture scelte	383
La rete nel lavoro sociale	383
Lavoro di équipe e lavoro di rete nel welfare mix: differenti stili di interazione e di coordinamento	390
La collaborazione multidisciplinare	403
Cos'è l'integrazione sociosanitaria	406
<i>Scheda 6.1 – L'integrazione sociosanitaria</i>	423

Mappa riassuntiva	425
Domande di ripasso	426

Capitolo 7

Le politiche di welfare e l'organizzazione dei servizi sociali alla persona	436
Quadro concettuale introduttivo	436
Lecture scelte	444
La gestione dei servizi socio-assistenziali negli enti pubblici: nozioni di base	444
Cos'è la community care	456
<i>Scheda 7.1 – I quattro settori (o soggetti societari)</i>	463
Cos'è la sussidiarietà	466
Il Piano di zona	476
Verso un'amministrazione condivisa. Gli strumenti collaborativi della co-programmazione e della co-progettazione	484
<i>Scheda 7.2 – I LEPS e il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2024-2026</i>	495
<i>Scheda 7.3 – I servizi di community care</i>	499
La domiciliarità nell'assistenza alle persone anziane: una lettura critica	504
Il segretariato sociale e l'accesso ai servizi socio-assistenziali	512
Quale welfare? La responsabilità sociale come risorsa	523
<i>Scheda 7.4 – Sintesi dei contenuti della L. 328/00</i>	530
Mappa riassuntiva	537
Domande di ripasso	538

Capitolo 8

Approfondimenti su alcune specifiche aree di disagio	564
Lecture scelte	564
I principali ambiti di intervento del servizio sociale con le persone anziane	564
Caregiver familiari	576
Disabilità e inclusione sociale	584
<i>Scheda 8.1 – La riforma della disabilità: tra autodeterminazione e inclusione</i>	594
L'allontanamento come strumento all'interno del progetto di aiuto	599
<i>Scheda 8.2 – Percorsi di sostegno e tutela dei minorenni e delle loro famiglie</i>	604
<i>Scheda 8.3 – Il programma PIPPI</i>	613
<i>Scheda 8.4 – L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva</i>	615
La gestione della visita domiciliare nella tutela minorile	624
La partecipazione nel processo di affido	634
<i>Scheda 8.5 – La Riforma Cartabia. Breve sintesi per gli operatori sociali</i>	648
La violenza contro le donne e la Convenzione di Istanbul	654
L'ascolto della donna in situazione di violenza	658
Lavoro sociale e contrasto alla povertà	665
Comprendere la persona con problemi di dipendenza	675

Il «Fareassieme» in psichiatria	691
Bisogni legati alla condizione di migrante e interventi di aiuto	701
Lavoro sociale nell'era digitale: l'impatto della tecnologia digitale sulle pratiche professionali degli assistenti sociali	708
Principali norme di legge	721

NOTA INTRODUTTIVA

Questo libro è concepito come ausilio per la preparazione delle due prove scritte e della prova orale previste per l'esame di Stato con cui si accede alla sezione B dell'Albo professionale degli assistenti sociali.

Il testo è organizzato per argomenti chiave, relativi alla metodologia professionale e alle politiche sociali, selezionati in base ai titoli delle prove scritte assegnate in vari atenei italiani sede d'esame, dal 1998 al 2025.

Per ogni argomento, il relativo capitolo comprende:

- ◆ un quadro concettuale introduttivo
- ◆ un'antologia di letture, tratte da lavori di studiosi italiani e stranieri
- ◆ alcune schede che tratteggiano in maniera schematica alcuni temi specifici
- ◆ un percorso di sintesi, sotto forma di mappe riassuntive.

Al termine di ogni capitolo viene riportato un elenco di domande, con le relative risposte, utilizzabile per il ripasso. Completa il volume un breve elenco delle principali norme di legge rilevanti per l'esercizio della professione, suddivise secondo l'area di utenza o l'argomento cui si riferiscono.

Intento del libro è mettere a disposizione dei neolaureati una scelta di testi che, seppur indicativa, non induca eccessive semplificazioni o uno studio nozionistico, quanto mai inadatto in vista delle prove di accesso alla professione. Tuttavia, il testo non si propone in alcun modo come una raccolta esaustiva e non può certo sostituire la bibliografia che il candidato ha affrontato durante il proprio corso di laurea: invitiamo i lettori a tenerne conto nell'organizzare la propria preparazione.

1

Il ruolo professionale dell'assistente sociale

QUADRO CONCETTUALE INTRODUTTIVO

Lavoro sociale e servizio sociale

Inteso genericamente, il «lavoro sociale» può essere definito come l'insieme delle azioni e delle misure che *l'intera società* (sia nelle sue componenti formali/professionali che in quelle informali/civiche) mette in atto per riparare/compensare/prevenire le proprie disfunzioni che si manifestano nei tipici «disagi del vivere» delle persone e delle famiglie che la compongono.

In senso proprio, in conformità alla nota espressione internazionale *social work*, il lavoro sociale si riferisce alla sola dimensione *professionale*: in realtà, non definisce una professione specifica, bensì un *insieme* di professioni affini, le cosiddette «professioni sociali».

In Italia, con «servizio sociale professionale» si intende l'attività professionale dell'assistente sociale. Altre professioni sociali di aiuto, che appartengono all'insieme del lavoro sociale professionale, sono quelle dell'educatore professionale extrascolastico, dell'animatore sociale, dei mediatori, degli psicologi di comunità, degli operatori dell'assistenza di base (OSS, OTA, ASA, ecc.) e altri ruoli minori a seconda delle specifiche realtà locali.

Il *comune denominatore* che «collega e unisce» tutte queste diverse professionalità attinenti al social work è un particolare modo di accostarsi e di guardare all'aiuto socio-assistenziale, uno sguardo appunto *sociale*, differente e per certi aspetti antitetico allo sguardo «clinico» o sanitario. Mentre la logica sanitaria mette in rilievo il ruolo delle «patologie» come causa dei problemi sociali, la logica sociale, tipica del lavoro sociale, enfatizza l'*energia* che si può sviluppare dalle relazioni umane quali forze trasformatrici delle realtà sociali problematiche, sia che queste abbiano, o che non abbiano, a che fare

con vere e proprie «patologie». Gli operatori sociali, in conformità al principio dell'*empowerment*, prima di intervenire eventualmente in modo attivo, o finanche direttivo in situazioni estreme, badano *in primis* a non impedire, e quindi a facilitare, l'esercizio dei potenziali di autonomia, ancorché minimi, delle persone, affinché esse accrescano la loro dignità e il loro senso di autoefficacia e quindi in ultimo la loro *capacità di azione* nella costruzione del benessere che le riguarda. In tale prospettiva «abilitante» (*enabling*), il lavoro sociale utilizza primariamente le teorie sociologiche dell'*agire sociale*, di matrice fenomenologica (che spiegano come un futuro inizialmente «aperto» si struttura nel tempo in funzione delle scelte degli agenti), piuttosto che le teorie comportamentistiche o sistemiche, di matrice deterministica (che spiegano le cause passate in base alle quali gli attuali disagi si sono cristallizzati).

Tutte le «professioni sociali» che rientrano nel lavoro sociale agiscono su differenti livelli: quello micro (livello dei casi – *casework*), quello meso (livello dei gruppi – *groupwork*) e quello macro relativo alla comunità intera (*community work*). Anche quando si rivolgono al livello macro, resta inteso che gli operatori sociali promuovono sì cambiamenti collettivi (contingenti o anche strutturali) ma sempre nello stile «individualizzato» proprio del lavoro sociale, ossia attivando relazioni dirette con le persone interessate. (Coloro che operano in senso universalistico/impersonale — cioè senza entrare in relazione con le persone cui i cambiamenti sono rivolti — non sono operatori del lavoro sociale bensì operatori delle politiche sociali, i cosiddetti *policy makers*).

Tra le funzioni tipiche degli operatori sociali ve ne sono alcune più strutturate e formalizzate entro il sistema di welfare. Tali funzioni consentono alle prestazioni socio-assistenziali, predefinite dalle norme di legge e dai regolamenti degli enti ed erogabili sulla base di documentati «diritti sociali» (*entitlements*), di giungere correttamente e utilmente ai destinatari finali. In Italia, è l'assistente sociale la figura professionale incaricata in via tendenzialmente esclusiva di tali funzioni di erogazione. In altre parole, è riservato all'assistente sociale il compito di far arrivare le prestazioni socio-assistenziali ai cittadini che ne hanno effettivamente bisogno (funzione di controllo per l'accesso alle prestazioni), adattandole alle specifiche necessità della singola persona o famiglia.

All'assistente sociale sono riservate le competenze formali di *servizio sociale*, ma resta inteso che questo operatore — che è quello storicamente più radicato nella tradizione dei welfare state occidentali — può esercitare la sua *mission* (anzi lo dovrebbe fare!) in ogni altra contingenza del lavoro sociale che richiami una libera creatività professionale, cioè uno stile relazionale, invece che «prestazionistico»,

con riferimento sia alle attività di prevenzione/promozione del benessere e della salute sia a quelle di riparazione di problemi conclamati.

In altri termini, il servizio sociale condivide con le altre professioni sociali di aiuto le funzioni di *aiuto «aperto»*, vale a dire quell'aiuto che non consiste in erogazione di prestazioni predefinite, ma viene costruito volta per volta con le singole persone, famiglie, gruppi o comunità. Ad esempio, rientrano in questo tipo di aiuti i colloqui di counseling per esplorare il problema, i colloqui di sostegno, aiutare gli interessati a individuare e a contattare le persone che potrebbero dare loro una mano, sviluppare iniziative di informazione o di sensibilizzazione rivolte a una data comunità locale, aiutare le persone a partecipare attivamente agli interventi e ai progetti che le riguardano, e via dicendo.

In ultimo, va ricordato che l'espressione lavoro sociale può riferirsi non solo a un'attività pratica di effettiva trasformazione sociale (*social work practice*), bensì anche, e parallelamente, a un'attività intellettuale di studio e analisi delle teorie e dei metodi che consentono ai professionisti sociali di comprendere e dominare il loro mestiere (*social work theory*). Sul piano accademico, il lavoro sociale è una disciplina scientifica internazionalmente riconosciuta, che in Italia afferisce al raggruppamento disciplinare SPS/07 della Sociologia generale.

Profilo di un'area pluriprofessionale: il lavoro sociale¹

Bruno Bortoli e Fabio Folgheraiter (Università Cattolica di Milano)

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

Il lavoro sociale è pertanto un «sapere connesso a un agire specializzato» ad ampio spettro. Non si tratta in effetti di una professione specifica, bensì di una *classe* professionale, il comune denominatore di più professioni distinte. Tra questi specifici campi operativi vanno ricompresi sia «mestieri» tradizionali, sia altri potenziali non ancora comparsi, per così dire, sulla scena. La professione sociale più antica e più consolidata che ha fatto da matrice per altre che si sono poi successivamente differenziate, e dalle quali altre ancora si potranno differenziare in futuro, è il *servizio sociale*, il mestiere «storico» dell'*assistente sociale*.

A cavallo tra Ottocento e Novecento, nei Paesi anglosassoni, i primi *social worker* (in gran parte donne) erano persone di grande levatura e tensione etica come Mary Richmond, Edith Abbott e Jane Addams, impegnate nella riforma sociale (Bortoli, 2013). A tale riforma contribuivano anche con un intervento personale indirizzato, a livello micro, ad affrontare i bisogni quotidiani dei concittadini e, a livello macro, a sensibilizzare e a proporre interventi legislativi e amministrativi volti ad affrontare radicalmente le fonti strutturali di malessere. Sentivano il dovere di trascendere il puro sapere intellettuale e di sfruttare il potenziale delle scienze sociali (che allora, ottimisticamente, si tendeva alquanto a sovrastimare) per risolvere concreti problemi di singole persone o di particolari gruppi sociali.

In questo contesto non è casuale la collaborazione di questi pionieri del servizio sociale con alcuni importanti centri di sviluppo delle scienze economiche e sociali, come la London School of Economics in Inghilterra e l'U-

¹ Pubblicato in «Lavoro Sociale», vol. 6, n. 2, 2006, pp. 283-290 (*Voce di dizionario «Auto/mutuo aiuto»*).

niversità di Chicago negli Stati Uniti. Il loro impegno sul campo per applicare e verificare le teorie (con l'assunzione di responsabilità organizzative e gestionali negli organismi deputati ad affrontare bisogni familiari, quelli delle persone con disabilità e soprattutto dei minori in difficoltà) le rese consapevoli della funzione sociale che esercitavano e della necessità di una sua legittimazione sociale.

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

Fra i criteri che sovrintendono la definizione sociologica di «professione», uno dei principali riguarda l'effettiva possibilità di trasmissione dei saperi acquisiti; è in relazione a tale esigenza che, contemporaneamente alla diffusione del social work nell'ambito sanitario e scolastico, vengono istituite le scuole di servizio sociale per preparare i professionisti del lavoro sociale (Bortoli, 1997).

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

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

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

Dopo la seconda guerra mondiale questo processo di omogeneizzazione, malgrado la diversità crescente che caratterizza i vari contesti nazionali, tenderà a rafforzarsi in virtù di missioni scientifiche e diffusione di pro-

grammi formativi sostenuti anche economicamente dai vari programmi di assistenza postbellica (Nation Unies, 1958).

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

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

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

Differenziazione interna

Dopo un iniziale (e talvolta acritico) rifiuto della tradizione di servizio sociale ritenuta responsabile della funzione conservatrice e consolatoria attribuita al proprio ruolo, e dopo essersi indirizzati verso forme radicali (Nord Europa, Paesi Bassi e Gran Bretagna) quando non esplicitamente politicizzate (Italia), gli assistenti sociali hanno gradualmente tentato una certa mediazione del «doppio legame» di cui si è detto, finché — negli anni Settanta — il welfare state si è «aperto» per lasciare nuovamente maggiore spazio alla società civile, in particolare a organizzazioni private di Terzo settore senza fini di lucro (Borzaga, Fiorentini e Maticena, 1996; Donati, 1996). È soprattutto in questa fase di forte espansione che il lavoro sociale si è differenziato internamente. Accanto alla figura «generalista» dell'assistente sociale sono comparse altre figure professionali che si sono appropriate di funzioni di aiuto specifiche, per le quali andava emergendo una domanda di maggiore specializzazione. In particolare si è differenziata la funzione pe-

dagogica-educativa, a cui è stato fatto corrispondere un operatore specifico variamente denominato: *educatore extrascolastico* o *educatore professionale* in area italiana, pedagogista sociale in area tedesca (*Sozialpädagoge*), *éducateur spécialisé* o *moniteur-éducateur* in area francese. Tale funzione si è poi recentemente frastagliata in ulteriori rami minori, dando forma a figure professionali non ancora pienamente accreditate, come l'animatore socio-assistenziale, l'operatore di strada, il mediatore sociale, e chissà quali ancora. Negli anni Novanta, con l'affermarsi della liberalizzazione nel campo dell'assistenza, sostenuta dall'Unione europea (Ferrari, 2000) e già tradotta in Gran Bretagna in una radicale riforma dei servizi sociosanitari, il lavoro sociale si è dovuto confrontare a viso aperto con le logiche di mercato (Fletcher, 2000). L'aiuto in tale prospettiva è definito non più come diritto di cittadinanza, bensì come bene che si potrebbe produrre e distribuire in modo efficiente attraverso gli scambi di mercato, anche eventualmente sostenuti dalla finanza pubblica, nei regimi detti perciò di «quasi-mercato». Dal punto di vista delle professioni sociali (Donati e Folgheraiter, 1999), una simile rivoluzione ha portato a un'ulteriore differenziazione nel lavoro sociale, e precisamente tra la macrofunzione cognitiva dell'«acquisto e valutazione» di prestazioni specializzate da un lato e la funzione esecutiva dell'«erogazione» delle stesse dall'altro. Molti professionisti si trovano ancora assorbiti in questa ultima funzione, in qualità di specialisti entro servizi sempre più esternalizzati (di mercato e di Terzo settore); in questa veste vengono richiesti per lo più nella fornitura di prestazioni (*providers*). Altri invece (soprattutto gli assistenti sociali delle amministrazioni pubbliche, analogamente a quanto succede nella sanità con il medico di base) sono chiamati a coprire gli spazi della prima funzione (*assessment*, pianificazione, acquisto, monitoraggio, *evaluation*), che comporta lo sviluppo della nuova abilità di reperire sul mercato assistenziale un pacchetto individualizzato di prestazioni e di coordinarle. Questo nuovo ruolo (o, forse, nuova professione) di micropianificazione assistenziale prende il nome di *case management* (Payne, 1998). Tale ruolo si apre verso il *lavoro di rete* quando da un accento prevalente sull'assemblaggio di prestazioni si passa a una maggiore apertura relazionale.

Parallelamente a questo movimento, si è assistito a una sotterranea (prima) e poi via via più organizzata espressione delle volontà e delle propensioni dei soggetti interessati alle cure (Barnes, 1999), gli stessi utenti e anche i caregiver, cioè chi si prende cura di loro più da vicino. Questi soggetti si pongono sempre più in evidenza, anche in forma collettiva, come interlocutori dell'ente pubblico e del mercato, rispetto alla pianificazione assistenziale o al controllo della qualità. Soprattutto, gli interessati avanzano la richiesta di divenire diretti produttori dei servizi di cura di cui sentono il bisogno, senza

essere sottoposti a controlli amministrativi vincolanti. Le associazioni di utenti e di familiari hanno dato vita a importanti movimenti di auto/mutuo aiuto, in svariati campi quali le dipendenze, la psichiatria, la disabilità mentale e fisica, ecc. Tali movimenti hanno dimostrato di poter trovare efficaci forme di collaborazione con i professionisti sociali, più che con i servizi intesi come organizzazioni. Sono nate in questo modo istituzioni autonome miste (cioè promosse e gestite in collaborazione tra cittadini direttamente interessati alla produzione di *care* ed esperti solidali) che potremmo definire di Quarto settore.

Tra sociale e sanitario: l'oggetto del lavoro sociale

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

Nel linguaggio anglosassone specializzato, il termine «cura» è espresso in due differenti accezioni, a seconda che si voglia indicare la cura sanitaria o quella sociale. Nel primo caso si usa il vocabolo *curing*, che significa curare con l'intenzione di guarire. Nel secondo si usa il termine *caring*, che significa curare con l'intenzione di migliorare la qualità di vita, a prescindere dalla persistenza o meno della patologia (o della sua stessa esistenza *ab origine*). Lo sforzo di guarire implica sempre la ricerca di una precisa malattia (diagnosi) e di qui la ricerca (o la semplice attivazione) di un preciso corrispondente procedimento riparativo (trattamento). Lo schema diagnosi/trattamento caratterizza il modello medico, un filtro logico che, qualora trasferito nel sociale, semplifica in genere la complessità delle situazioni di disagio sociale talora al punto da oscurarle. Spesso le professioni sociali hanno fatto proprio tale incongruo modello per una sorta di attrazione in-

consucia, sostenuta in parte dalla maggiore semplicità cognitiva di tale approccio e in parte dal suo più alto status intrinseco.

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

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

Il sociale di cui parliamo può essere appunto descritto come *azione finalizzata di più persone interconnesse nel perseguimento di scopi condivisi, considerati dagli agenti degni di essere raggiunti in vista del loro stesso benessere*. Entro questa cornice concettuale potremmo osservare situazioni correlate a malattie sanitarie anche gravi (per esempio, una malattia di Alzheimer) che tuttavia non costituiscono problema dal punto di vista specifico del lavoro sociale, qualora la capacità di azione dei soggetti coinvolti in quella specifica contingenza (il malato stesso per qualche parte, alcuni familiari o amici o alcuni specialisti professionali, ecc.) risulti adeguata a un fronteggiamento sufficiente della stessa, secondo il loro stesso giudizio.² Viceversa è possibile individuare situazioni in cui non vi è alcuna malattia riscontrabile entro i parametri della sanità, e tuttavia è ben evidente anche all'occhio del profano una disfunzione sociale eclatante, attribuibile appunto alla carente capacità di azione dei soggetti coinvolti (Folgheraiter, 1998; 2000). Tutti gli agenti potrebbero essere abili, per così dire, sul piano della struttura psicofisica sottostante, rimanendo tuttavia deficitaria l'azione «sensata» emergente. È questo il caso ad esempio di situazioni di devianza, come quella di un minore non gestito dalle sue relazioni di vita che entra nel circuito penale; oppure di situazioni di conflitto relazionale all'interno della famiglia; o

² Non è qui possibile, anche se sarebbe interessante, distinguere tra la percezione di adeguatezza «soggettiva» da parte degli agenti stessi e la percezione «oggettiva» di eventuali osservatori esterni.

ancora, considerando realtà a valenza collettiva, situazioni di deprivazione socioculturale in ambienti svantaggiati, e così via (Folgheraiter, 1994).

Il lavoro sociale come disciplina/prassi intenzionale studia e sostiene la capacità di azione tecnica dei professionisti del sociale. Questa azione si esplica tuttavia nel sostenere e potenziare («empower») la *capacità di azione naturale* delle persone direttamente o indirettamente interessate allo stesso benessere di cui il professionista, per dovere d'ufficio, deve occuparsi (Folgheraiter, 1998; Colaianne, 2004). Di azione si tratta quando parliamo di ciò che fa il professionista e di azione si tratta quando ci riferiamo alle persone coinvolte, sue interlocutrici. È evidente allora che il lavoro sociale, occupandosi di come un'azione possa stimolare e orientare altre azioni, sia nella sua essenza più fine *rel-azione sociale* (Donati, 1991). La relazione richiama l'idea della circolarità e della reciprocità degli influssi in entrambe le parti coinvolte, parti che, quando si parla di relazioni *sociali*, sono appunto *soggetti umani agenti*. Le distinzioni legate ai differenti status/ruoli in capo ai differenti soggetti non vengono del tutto superate, ma si sfumano.

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

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

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

Bibliografia

- Banks S. (1999), *Etica e valori nel servizio sociale*, Trento, Erickson.
- Barnes M. (1999), *Utenti, carer e cittadinanza attiva: Politiche sociali oltre il welfare state*, Trento, Erickson.
- Bartlett H. (1971), *The common base of social work practice*, New York, NASW.
- Bortoli B. (1997), *Teoria e storia del servizio sociale*, Roma, NIS.
- Bortoli B. (2013), *I giganti del lavoro sociale: Grandi donne (e grandi uomini) nella storia del Welfare (1526-1939)*, Trento, Erickson.
- Borzaga C., Fiorentini G. e Maticena A. (a cura di) (1996), *Non-profit e sistemi di welfare*, Roma, NIS.
- Bulmer M. (1992), *Le basi della community care*, Trento, Erickson.
- Colaizzi L. (2004), *La competenza ad agire: Agency, capabilities e servizio sociale*, Milano, FrancoAngeli.
- Donati P. (1991), *Teoria relazionale della società*, Milano, FrancoAngeli.
- Donati P. (1996), *Sociologia del Terzo settore*, Roma, NIS.
- Donati P. e Folgheraiter F. (a cura di) (1999), *Gli operatori sociali nel welfare mix: Privatizzazione, pluralizzazione dei soggetti erogatori, managerialismo*, Trento, Erickson.
- Ferrari E. (a cura di) (2000), *I servizi a rete in Europa: Concorrenza tra gli erogatori e garanzia dei cittadini*, Milano, Raffaello Cortina.
- Fletcher K. (2000), *La negoziazione nei servizi sociali e sanitari*, Trento, Erickson.
- Folgheraiter F. (1994), *Interventi di rete e comunità locali*, Trento, Erickson.
- Folgheraiter F. (1998), *Teoria e metodologia del servizio sociale: La prospettiva di rete*, Milano, FrancoAngeli.
- Folgheraiter F. (2000), *L'utente che non c'è: Lavoro di rete ed empowerment nei servizi alla persona*, Trento, Erickson.
- Lubove R. (1965), *The professional altruist*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Maslach C. e Leiter P.M. (2000), *Burnout e organizzazione*, Trento, Erickson.
- Nations Unies (1958), *Formation en vue du service social*, New York.
- Payne M. (1998), *Case management e servizio sociale: La costruzione dei piani assistenziali individualizzati nelle cure di comunità*, Trento, Erickson.
- Sand R. (1931), *Le Service Social à travers le monde*, Paris, Colin.
- Schutz A. (1974), *La fenomenologia del mondo sociale*, Bologna, il Mulino.
- Symonds A. e Kelly A. (1998), *The social construction of community care*, London, Macmillan.

Scheda 1.1 – Definizione internazionale di «lavoro sociale professionale» («social work profession»)

Approvata a Melbourne nel luglio del 2014 dal Congresso generale dell'International Federation of Social Workers (IFSW) e dall'Assemblea generale dell'International Association of School of Social Work (IASSW)³

Il lavoro sociale è una pratica professionale e una disciplina accademica che promuove il cambiamento e lo sviluppo sociale, la coesione sociale, l'empowerment e la liberazione delle persone.

I principi della giustizia sociale, i diritti umani, la responsabilità collettiva e il rispetto delle diversità sono fondamentali per il lavoro sociale.

Il lavoro sociale coinvolge persone e strutture per affrontare le sfide della vita e per accrescere il benessere, basandosi sulle teorie proprie del lavoro sociale stesso, sulle scienze sociali e umanistiche e sui saperi indigeni.

Questa Definizione può essere ampliata a livello nazionale e/o regionale.

Note di commento

Il commento è finalizzato ad articolare i concetti fondamentali utilizzati nella Definizione, specificando il mandato centrale della professione, i principi, le conoscenze e la pratica del lavoro sociale professionale.

³ La traduzione qui proposta, elaborata dalla curatrice del volume, si discosta in parte dalla traduzione italiana reperibile sul sito dell'IFSW (http://cdn.ifsw.org/assets/ifsw_13127-9.pdf, ultimo accesso 7 dicembre 2015). In particolare, il termine *social work* è stato tradotto con «lavoro sociale» e non con «servizio sociale». La dizione «lavoro sociale» è stata scelta perché più adatta a indicare un'area pluriprofessionale che comprende non soltanto gli assistenti sociali, ma anche gli educatori professionali e gli animatori sociali. «Servizio sociale», invece, si riferisce specificamente all'attività professionale dell'assistente sociale. Questa scelta di traduzione si fonda su quanto riportato da Isadora Hare (2004) nell'articolo in cui documenta il lavoro di preparazione della Definizione del 2000, effettuato dalla Commissione dell'IFSW di cui la Hare era coordinatrice. Scrive: «Attualmente alcuni ritengono che il lavoro sociale sia un insieme di professioni piuttosto che una professione specifica. L'«European Journal of Social Work» usa la dizione «professioni sociali» (Otto e Lorenz, 1999), comprendendo tanto gli assistenti sociali che i pedagogisti sociali [*social pedagogues*], le cui organizzazioni sono federate all'IFSW. I *social workers* nordamericani conoscono poco la pedagogia sociale e le professioni ad essa collegate (educatori sociali, animatori sociali o culturali) e hanno delle difficoltà sia concettuali che linguistiche nel cogliere le relazioni fra queste professioni e il lavoro sociale così come essi lo intendono. Le differenze di opinione all'interno della Commissione, al riguardo, vennero risolte usando la dizione «Social Work Profession», che gli educatori hanno accettato come definizione «ombrello» che li include» (Hare, 2004). La dizione *social work profession* è stata mantenuta anche nel 2014, nel titolo della Definizione. [ndc]

Mandato centrale

Le finalità centrali del lavoro sociale professionale consistono nel promuovere il cambiamento sociale, lo sviluppo sociale, la coesione sociale, l'empowerment e la liberazione delle persone.

Il lavoro sociale, come pratica professionale e come disciplina accademica, riconosce che il benessere e lo sviluppo umano vengono facilitati e/o ostacolati da fattori storici, socio-economici, culturali, territoriali, politici e personali, interconnessi tra loro. Le barriere strutturali contribuiscono al perpetuarsi delle ineguaglianze, della discriminazione, dello sfruttamento e dell'oppressione. Il lavoro sociale in quanto pratica professionale emancipatoria, finalizzata all'empowerment e alla liberazione delle persone, è incentrato sullo sviluppo di coscienza critica, da maturare attraverso la riflessione sulle fonti strutturali di oppressione e/o di privilegio basate su criteri quali etnia, classe, lingua, religione, genere, disabilità, cultura e orientamento sessuale, e sullo sviluppo di strategie di azione dirette ad affrontare gli ostacoli strutturali e personali. In maniera solidale con coloro che sono svantaggiati, la professione si sforza di alleviare la povertà, di liberare le persone vulnerabili e oppresse, di promuovere l'inclusione e la coesione sociale. Il mandato di costruire cambiamento sociale si basa sulla premessa che il lavoro sociale interviene quando si ritengono necessari modifiche e sviluppi in una determinata situazione, a livello di singola persona, di famiglia, di piccolo gruppo, di comunità locale o di società. Orienta tale mandato la necessità di mettere in discussione e di cambiare quelle condizioni strutturali che contribuiscono all'emarginazione, all'esclusione sociale e all'oppressione. Le iniziative per il cambiamento sociale riconoscono il ruolo dell'agentività umana nel promuovere i diritti umani e la giustizia economica, ambientale e sociale. La professione è parimenti impegnata al mantenimento della stabilità sociale, nella misura in cui tale stabilità non viene utilizzata per emarginare, escludere o opprimere un particolare gruppo di persone.

La promozione dello sviluppo sociale si riferisce alle strategie di intervento, alle condizioni finali desiderate e a un quadro politico, quest'ultimo in aggiunta al più comune quadro residuale e istituzionale. Il lavoro sociale promuove lo sviluppo sociale basandosi su valutazioni e interventi olistici, che tengono conto degli aspetti biologici, psicologici, sociali e spirituali. Tali interventi sono orientati a superare il divario micro/macro e a tenere assieme più livelli, con collaborazioni inter-settoriali e inter-professionali, al fine di costruire uno sviluppo sostenibile. Il lavoro sociale dà priorità a uno sviluppo che sia assieme socio-strutturale ed economico, e non condivide il luogo comune secondo cui la crescita economica è un prerequisito per lo sviluppo sociale.

Principi

I principi generali del lavoro sociale consistono nel rispettare il valore intrinseco e la dignità degli esseri umani, nel non fare danni, nel rispettare la diversità e nel difendere i diritti umani e la giustizia sociale.

La promozione e il sostegno dei diritti umani e della giustizia sociale costituiscono la motivazione e la legittimazione del lavoro sociale. Il lavoro sociale professionale riconosce che i diritti umani devono coesistere con la responsabilità collettiva.

L'idea di responsabilità collettiva mette in evidenza sia il fatto che i diritti umani individuali possono essere realizzati giorno per giorno solo se ognuno si assume la responsabilità per l'altro e per l'ambiente, sia l'importanza di creare rapporti di reciprocità all'interno delle comunità locali. Di conseguenza, il lavoro sociale è particolarmente attento a sostenere i diritti delle persone a tutti i livelli, e a facilitare esiti in cui le persone si assumano la responsabilità del benessere dell'altro, e capiscano e rispettino l'interdipendenza tra le persone e tra le persone e l'ambiente.

Il lavoro sociale fa propri i diritti di prima, seconda e terza generazione. I diritti di prima generazione sono quelli civili e politici, come la libertà di parola e di coscienza e la libertà dalla tortura e dalla detenzione arbitraria; i diritti di seconda generazione sono quelli socio-economici e culturali, come il diritto a un ragionevole livello di istruzione, di cure mediche e di condizioni abitative, e il diritto delle minoranze linguistiche a mantenere la propria lingua; i diritti di terza generazione riguardano il mondo naturale, il diritto alla biodiversità delle specie e all'equità intergenerazionale. Questi diritti si rafforzano reciprocamente e sono interdipendenti, e ricomprendono sia i diritti individuali sia quelli collettivi.

In alcuni casi «il non fare danni» e «il rispettare la diversità» possono costituire valori che entrano in conflitto [con altri valori], ad esempio quando in nome della cultura vengono violati i diritti di categorie come le donne e gli omosessuali, compreso il diritto alla vita. I «Global Standards for Social Work Education and Training» (Standard globali per la formazione al lavoro sociale) affrontano questo complesso problema sostenendo che gli operatori sociali debbano essere formati a un approccio fondato sui diritti umani fondamentali, con una nota esplicativa che recita:

Tale approccio potrebbe facilitare un confronto costruttivo e un cambiamento laddove determinate convinzioni culturali, valori e tradizioni violano i diritti umani fondamentali. La cultura, essendo dinamica e socialmente costruita, è soggetta a decostruzione e cambiamento. Il confronto costruttivo, la decostruzione e il cambiamento possono essere facilitati mettendosi in sintonia e comprendendo valori culturali, credenze e tradizioni, per poi aprire in maniera critica e riflessiva un dialogo diretto con i membri del gruppo culturale in questione, nell'ambito di un confronto più ampio sui diritti umani.

Conoscenze

Il lavoro sociale è sia inter-disciplinare che trans-disciplinare e si basa su una vasta gamma di teorie e ricerche scientifiche. Il termine «scienza» va inteso,

in questo contesto, nella sua più basilare accezione di «conoscenza». Il lavoro sociale si basa sia su fondamenti teorici e di ricerca interni al suo specifico ambito disciplinare, in costante sviluppo, sia su teorie tratte da altre scienze umane, tra cui ad esempio le discipline dello sviluppo di comunità, la pedagogia sociale, l'amministrazione, l'antropologia, l'ecologia, l'economia, le scienze della formazione, il management, le scienze infermieristiche, la psichiatria, la psicologia, la sanità pubblica e la sociologia. L'unicità delle ricerche e delle teorie del lavoro sociale è che si tratta di teorie applicate e che hanno carattere emancipatorio. Molto della ricerca e delle teorie del lavoro sociale è co-costruito con gli utenti dei servizi, in un processo dialogico interattivo, e perciò è ispirato da specifici ambienti di pratica professionale.

La Definizione riconosce che il lavoro sociale debba essere ispirato non solo da contesti professionali e da teorie occidentali, ma anche da conoscenze indigene. Un aspetto dell'eredità del colonialismo consiste nel fatto che solo le teorie e le conoscenze occidentali sono state considerate significative, mentre le conoscenze indigene sono state svalutate, sminuite e messe a tacere dalle teorie e conoscenze occidentali. La Definizione intende contribuire ad arrestare e invertire quel processo, riconoscendo che i popoli indigeni in ogni regione, Paese o zona geografica portano propri valori, modi di conoscere e di trasmettere le proprie conoscenze e hanno dato inestimabili contributi alla scienza. Il lavoro sociale cerca di rimediare allo storico colonialismo scientifico occidentale e alla relativa egemonia ascoltando e imparando dai popoli indigeni di tutto il mondo. In questo modo, le conoscenze di lavoro sociale saranno co-costruite e ispirate da popoli indigeni, e verranno più adeguatamente trasposte nella pratica professionale non solo in ambito locale ma anche in ambito internazionale.

Attingendo al lavoro delle Nazioni Unite, l'IFSW (Federazione Internazionale degli Assistenti Sociali) definisce le popolazioni indigene come segue:

- popolazioni che vivono all'interno di territori geograficamente distinti, in cui vivevano i loro antenati, o che mantengono un legame significativo con tali territori;
- popolazioni che nell'ambito del proprio territorio tendono a mantenere istituzioni sociali, economiche e politiche distinte;
- popolazioni che aspirano a rimanere distinte culturalmente, geograficamente e istituzionalmente, invece di essere completamente assimilate nella comunità nazionale;
- popolazioni che si autoidentificano come [popoli] indigeni o tribali (<http://ifsw.org/policies/indigenous-peoples>).

Pratica professionale

Il lavoro sociale è chiamato e legittimato a intervenire ove le persone interagiscono con il loro ambiente. L'ambiente include i vari sistemi sociali in cui le persone sono inserite e l'ambiente naturale geografico, che ha una profonda

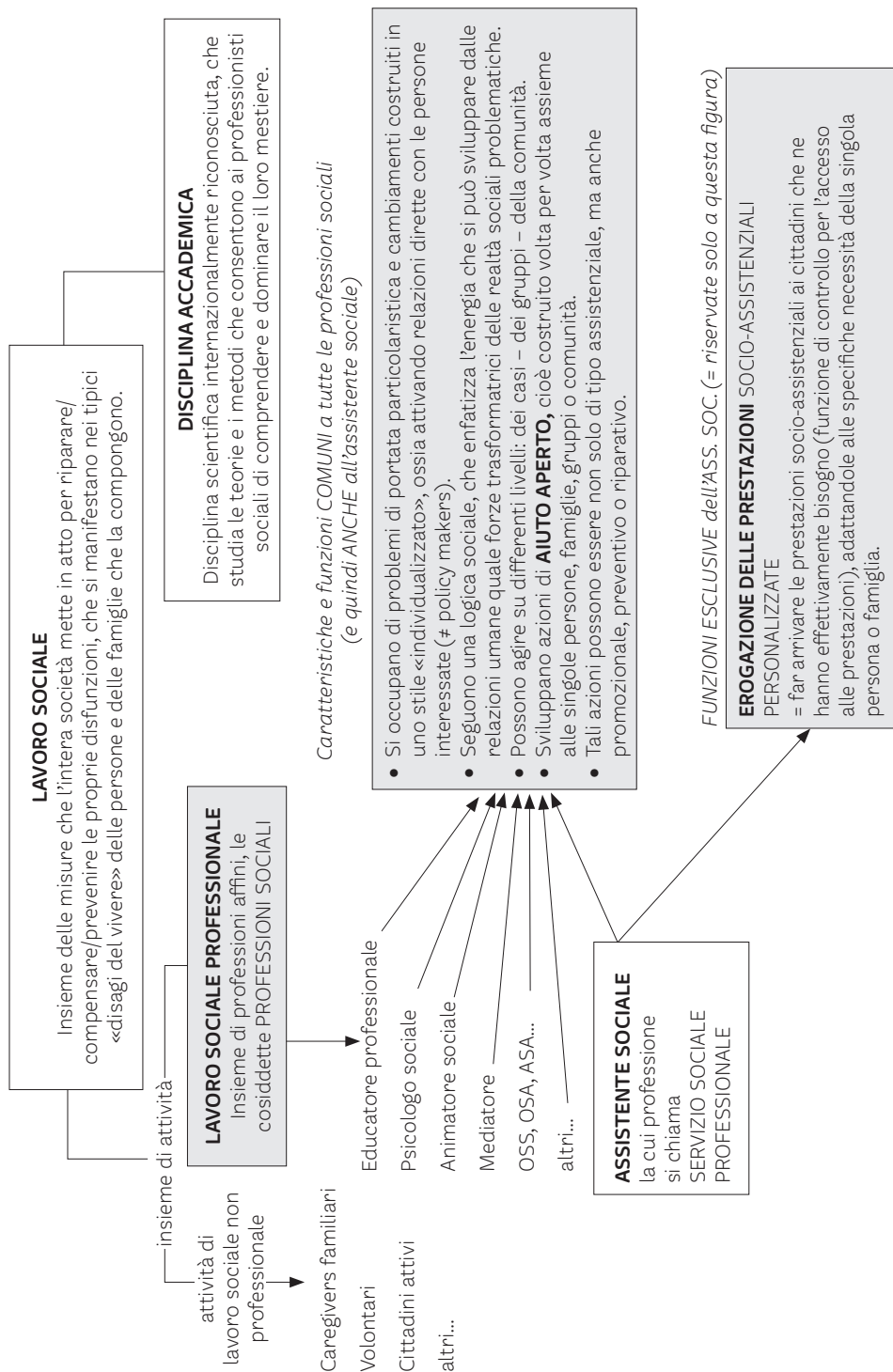
influenza sulla vita delle persone. La metodologia partecipativa promossa nel lavoro sociale si riflette nel passaggio della Definizione che recita: «[Il lavoro sociale] coinvolge le persone e le strutture per affrontare le sfide della vita e accrescere il benessere». Il lavoro sociale persegue il più possibile il «lavorare con» piuttosto che il «lavorare per» le persone. In maniera coerente con il paradigma dello sviluppo sociale, gli operatori sociali utilizzano una serie di competenze, tecniche, strategie, principi e attività a vari livelli sistemici, per mantenere il sistema stesso e/o per cercare di cambiarlo. La pratica professionale del lavoro sociale comprende una vasta gamma di attività, tra cui varie forme di terapia e di consulenza, lavoro di gruppo, lavoro di comunità; formulazione e analisi di linee guida per le politiche dei servizi; advocacy e interventi a livello di politiche sociali. Da una prospettiva emancipatoria, la Definizione supporta strategie di lavoro sociale finalizzate ad accrescere la speranza, l'autostima e il potenziale creativo delle persone, per fronteggiare e mettere in discussione le dinamiche di potere oppressive e le fonti strutturali di ingiustizia, incorporando così in un insieme coerente i livelli di intervento micro e macro, la dimensione personale e quella politica. Il focus olistico del lavoro sociale è universale, ma le priorità della pratica professionale varieranno da un Paese all'altro e di volta in volta a seconda delle condizioni storiche, culturali, politiche e socio-economiche.

È responsabilità degli operatori sociali in tutto il mondo difendere, arricchire e realizzare i valori e i principi enunciati in questa Definizione. Una Definizione di lavoro sociale può essere significativa solo quando gli operatori sociali si impegnano attivamente per i valori e la prospettiva [in essa espressi].

Bibliografia

- Hare I. (2004), *Defining social work for the 21st century. The International Federation of Social Workers revised definition of social work*, «International Social Work», vol. 47, n. 3, pp. 407-424, trad. it. *Cos'è il lavoro sociale. La definizione internazionale approvata a Montreal nel 2000*, «Lavoro Sociale», vol. 6, n. 2, 2006, pp. 151-166.
- Otto H. e Lorenz W. (1999), *Editorial*, «European Journal of Social Work», vol. 2, n. 1, pp. 1-2.

MAPPA RIASSUNTIVA



DOMANDE DI RIPASSO

Definizione di lavoro sociale

- 1** Il termine «lavoro sociale» indica la disciplina scientifica e l'insieme delle prassi che si occupano dei vari problemi presenti in una società, cioè dei *problemi sociali*. [Per ogni affermazione seleziona se questa può essere considerata adeguata 😊, discutibile 😐 o scorretta ☹ e spiega perché. Di seguito a ogni domanda troverai la soluzione.]



Soluzione: Affermazione discutibile. Il lavoro sociale non si occupa di qualsiasi problema sociale a qualsiasi livello, ma dei problemi che specifiche persone, famiglie o gruppi incontrano nell'affrontare i propri problemi di vita (cioè i compiti necessari a trovare risposta ai propri bisogni). Problemi sociali come, ad esempio, la disoccupazione, o forti sperequazioni nella distribuzione del reddito, sono oggetto del lavoro sociale, se guardiamo all'impatto e alle possibili soluzioni per una specifica persona o famiglia o gruppo di persone, ma sono anche oggetto delle politiche sociali, se guardiamo all'impatto e alle possibili soluzioni per un'intera società.

- 2** Il termine «lavoro sociale» indica le prassi operative (professionali e non) volte a rimuovere le cause alla base delle difficoltà che le persone incontrano nell'affrontare i propri problemi di vita; indica inoltre la disciplina che studia tali cause.



Soluzione: Affermazione discutibile. Il lavoro sociale non si occupa principalmente delle cause delle difficoltà. I problemi di vita hanno sempre molte cause, intrecciate fra loro, alcune legate alle caratteristiche delle singole persone in questione, altre alle relazioni che tali persone hanno fra loro, altre ancora a caratteristiche strutturali della società, che il singolo non può modificare. Il lavoro sociale non va alla ricerca di tutte queste cause, ma piuttosto si concentra sulle risorse che le persone possono mettere in campo per migliorare la propria situazione.

- 3 Il termine «lavoro sociale» indica la disciplina che studia i modi in cui, nella società, trovano soluzione i problemi di vita di portata particolaristica; indica inoltre le prassi (professionali e non) finalizzate a risolvere problemi di vita di specifiche persone, gruppi o comunità.



Soluzione: Affermazione corretta. Elementi fondamentali della definizione: «problemi di vita» sono le difficoltà che le persone incontrano nell'affrontare i compiti necessari per trovare risposta ai propri bisogni; la portata «particolaristica» differenzia il lavoro sociale dalla politica sociale; l'espressione «nella società» fa riferimento al fatto che i problemi di vita non vengono affrontati da una persona da sola, ma da più persone in relazione, cioè attraverso relazioni sociali.

- 4 Nell'espressione «lavoro sociale», cosa indica l'aggettivo «sociale»?

- Indica che si tratta del lavoro svolto dalle professioni sociali.



- Indica che i problemi di cui si occupa richiedono di venire affrontati soprattutto grazie alle relazioni sociali tra le persone interessate.



- Indica che si occupa di problemi causati dalle disfunzioni della società.



Soluzione: La prima risposta è tautologica (potremmo anche dire che le professioni sociali si chiamano così perché fanno lavoro sociale...); inoltre non è del tutto corretta, perché il termine lavoro sociale può venire usato anche per attività non professionali, come il volontariato. La seconda risposta si può considerare la migliore. La terza non è sbagliata, a condizione che per «disfunzioni della società» si intendano non solo variabili strutturali di livello macro (le divisioni di classe, la distribuzione del reddito, ecc.), ma anche le relazioni interpersonali.

5 Rispondi

Cosa si intende con «lavoro sociale»?

Completa

In quanto disciplina, il lavoro sociale studia ...

In quanto prassi, il lavoro sociale consiste in ...

Soluzione: In quanto disciplina, il lavoro sociale studia i modi in cui, dentro la società, trovano soluzione i problemi di vita di portata particolaristica. In quanto prassi, il lavoro sociale indica le attività finalizzate a risolvere problemi di vita di specifiche persone, gruppi o comunità.

Il servizio sociale: funzioni specifiche di erogazione di prestazioni e funzioni di aiuto «aperto»

6 Il servizio sociale è...

- l'attività professionale dell'assistente sociale, che può essere svolta in forma autonoma o subordinata, in enti pubblici, privati o in organizzazioni di Terzo settore.



- un ufficio di un ente pubblico o di un ente non profit, attraverso il quale l'ente eroga i servizi socio-assistenziali. In tale ufficio lavorano principalmente assistenti sociali, ma ci possono essere anche altri operatori (ad esempio, impiegati amministrativi).



- usato al plurale («servizi sociali») indica l'insieme dei servizi e delle prestazioni non sanitarie di un sistema di welfare (quindi, oltre che i servizi assistenziali alla persona, anche la previdenza, la pubblica istruzione, l'edilizia abitativa agevolata).



Soluzione: Tutte e tre le risposte sono corrette: nell'uso comune, infatti, i termini servizio sociale/servizi sociali hanno significati diversi, che a volte vengono sovrapposti facendo confusione tra l'uno e l'altro. Per questo si usa spesso la specificazione «servizio sociale professionale» per chiarire quando ci si riferisce a una precisa professione, quella dell'assistente sociale.

7 Le funzioni tendenzialmente esclusive del servizio sociale professionale consistono...

- nell'erogazione personalizzata di prestazioni di welfare, cioè nel far arrivare all'utenza gli aiuti organizzati messi a disposizione dagli enti pubblici (in forma diretta o in convenzione), adattandoli volta per volta alle esigenze della specifica situazione della persona o della famiglia, attraverso un'opportuna «regia» dell'intervento.



- oltre che nell'erogazione di prestazioni, anche in altre forme di aiuto (come ad esempio il colloquio di counseling), che sono importanti per accompagnare le persone a decidere quali prestazioni possono risultare loro più utili e offrono loro, nel contempo, anche sostegno emotivo e consigli pratici.



- nell'erogazione personalizzata di prestazioni e nell'accompagnamento relazionale a livello di caso, ma anche nella promozione e nella realizzazione di iniziative per affrontare i problemi a livello di gruppo e di comunità.



Soluzione: La prima risposta è corretta. Le altre due risposte indicano funzioni che l'assistente sociale spesso deve o può mettere in atto, ma tuttavia non sono esclusive del servizio sociale professionale, perché si tratta di funzioni di aiuto aperto che possono venire svolte anche da altri operatori, come educatori professionali, psicologi, animatori. Di solito, quando queste funzioni di aiuto aperto sono collegate all'erogazione di prestazioni (vedi la seconda risposta), se ne occupa l'assistente sociale, ma non sono comunque «riservate» soltanto a lei (o lui).

8 Nello scenario del welfare attuale, caratterizzato dalla contrazione della spesa e dalle esternalizzazioni dei servizi, ...

- la collocazione professionale più consona per gli assistenti sociali è all'interno di un ente pubblico, con la funzione di far arrivare i servizi ai cittadini in stato di bisogno, svolgendo un ruolo di regia dell'intervento.



- la professionalità degli assistenti sociali può risultare preziosa, sia nel pubblico che nel Terzo settore, per aiutare le persone, le famiglie e le comunità a mettersi in contatto tra loro e a partecipare attivamente alla realizzazione dei progetti di aiuto e di sviluppo che le riguardano.



- la professionalità degli assistenti sociali diviene sempre più utile anche nell'ambito del Terzo settore, dato che molti servizi vengono gestiti in convenzione e quindi anche in questi enti privati c'è la necessità di svolgere un ruolo di regia nella erogazione delle prestazioni di welfare.



Soluzione: La prima risposta propone un'idea un po' limitante del servizio sociale professionale: con il contrarsi delle risorse pubbliche, ci sarà sempre meno bisogno di assistenti sociali che svolgono esclusivamente questo tipo di funzione. Anche nella terza risposta il quadro è un po' ristretto, perché sembra che l'assistente sociale, anche nel Terzo settore, non possa fare altro che il regista nell'erogare prestazioni. La seconda risposta apre invece una prospettiva più ampia: anche se questa funzione di valorizzazione della partecipazione (che è un aspetto del cosiddetto aiuto «aperto») non appartiene solo ed esclusivamente agli assistenti sociali, ciò non significa che non valga la pena di svilupparla. È una funzione che fa parte della tradizione e dell'essenza del servizio sociale, e può costituire l'elemento determinante perché la professione cresca e trovi collocazioni in futuro.

9 Completa

Con «servizio sociale professionale» si intende ...

Le altre professioni sociali di aiuto sono ...

Il servizio sociale professionale è la professione sociale di aiuto che — in Italia — è incaricata in via tendenzialmente esclusiva di ...

Oltre a ciò, il servizio sociale condivide con le altre professioni sociali di aiuto le funzioni di ...

Soluzione: Con «servizio sociale professionale» si intende l'attività professionale dell'assistente sociale.

Le altre professioni sociali di aiuto, che appartengono all'insieme del lavoro sociale professionale, sono quelle dell'educatore professionale extrascolastico, dell'animatore, degli operatori di assistenza (OSS, OTA, ecc.), dello psicologo sociale.

Il servizio sociale professionale è la professione sociale di aiuto che — in Italia — è incaricata in via tendenzialmente esclusiva di erogare in maniera personalizzata le prestazioni sociali di aiuto previste dal sistema di welfare. Si tratta di prestazioni organizzate, in buona parte predefinite dalle norme di legge e dai regolamenti degli enti. L'assistente sociale ha il compito di farle arrivare ai cittadini che ne hanno effettivamente bisogno (funzione di controllo per l'accesso alle prestazioni) e di adattarle alle specifiche necessità della singola persona o famiglia.

Oltre a ciò, il servizio sociale condivide con le altre professioni sociali di aiuto le funzioni di aiuto «aperto», vale a dire quell'aiuto che non consiste in azioni predefinite, ma viene costruito volta per volta con le singole persone, famiglie, gruppi o comunità. Ad esempio, rientrano in questo tipo di aiuti i colloqui di counseling per esplorare il problema, i colloqui di sostegno, aiutare gli interessati a individuare e a contattare le persone che potrebbero dare loro una mano, sviluppare iniziative di informazione o di sensibilizzazione rivolte a una data comunità locale, aiutare le persone a partecipare attivamente agli interventi e ai progetti che le riguardano, e via dicendo.

Cambiare il singolo o cambiare la società?

10

Il servizio sociale professionale (così come il lavoro sociale nel suo insieme) ha come suo obiettivo fondamentale la promozione del cambiamento a livello sociale, per contribuire al superamento delle varie forme di povertà, delle dinamiche di emarginazione, dello stigma che colpiscono le persone in condizioni di fragilità.



Soluzione: Affermazione discutibile, in quanto non distingue il servizio sociale professionale dall'azione politica. Tuttavia, la solidarietà con le persone deboli e svantaggiate fa parte dei valori propri del lavoro sociale (e quindi anche del servizio sociale professionale, che ne è un sottoinsieme), quindi gli obiettivi di cambiamento sociale in direzione della giustizia sociale appartengono, come riferimenti generali, anche agli assistenti sociali. L'affermazione non risponde a una domanda importante, e cioè: in che modo specifico della loro professione gli assistenti sociali possono contribuire alla giustizia sociale?

11

Il servizio sociale professionale non si concepisce come un'azione di mera assistenza, finalizzata a supplire alle carenze della persona, ma come un'azione di educazione ed emancipazione, finalizzata a promuovere l'autonomia e l'attivazione della persona stessa.



Soluzione: Affermazione condivisibile in linea di massima, anche se è necessario precisare almeno due punti:

1. Assistere (cioè supplire alle carenze della persona o fare al posto suo dove non riesce) non è sempre e comunque qualcosa di limitativo, da considerare sbagliato: a volte è l'unico aiuto possibile, ad esempio se si tratta di una persona gravemente non autosufficiente, per la quale non è realistico pensare a un qualche recupero.
2. L'autonomia e l'attivazione, in un caso del genere, possono riguardare non solo la persona considerata individualmente, ma anche le persone a lei vicine e interessate ad aiutarla (la sua rete).

12

L'idea secondo cui il lavoro degli operatori sociali consiste nel cercare di cambiare gli aspetti deficitari delle persone comporta un rischio: quello di considerare le persone come responsabili uniche dei loro problemi, come se i fattori economici, sociali, culturali non avessero alcuna influenza sui problemi dei singoli. Bisognerebbe invece intervenire *prima di tutto* su tali fattori.



Soluzione: Affermazione discutibile. È condivisibile che le variabili sociali, culturali ed economiche incidono sui problemi dei singoli e che non vanno considerate come qualcosa di imm modificabile, a cui le persone devono per forza adeguarsi. Tuttavia, non sono gli operatori sociali professionali che devono lavorare prima di tutto per modificare questi fattori: si tratta piuttosto di azione politica. Inoltre, sarebbe discutibile «lasciare attendere» le singole situazioni di sofferenza, con l'idea che si risolveranno quando cambierà la società. Il dilemma si risolve se comprendiamo che il lavoro sociale, pur intervenendo a livello particolaristico, può tuttavia contribuire al cambiamento sociale.

- 13** L'azione degli operatori sociali si rivolge a specifiche persone, gruppi o comunità ma può avere anche degli effetti più ampi di cambiamento sociale perché le persone, accompagnate a mettersi in relazione tra loro e ad attivarsi per migliorare, possono divenire maggiormente in grado di partecipare e di far sentire la loro voce.



Soluzione: Affermazione condivisibile. Gli operatori sociali possono essere concepiti come «esperti nel promuovere la partecipazione»: in primo luogo, partecipazione delle persone in difficoltà alla costruzione del progetto di aiuto necessario per loro stesse; in secondo luogo, questa partecipazione a vantaggio di se stessi può diventare partecipazione per il cambiamento ai livelli più ampi della comunità locale o della società nel suo insieme.

- 14** Il mandato di costruire cambiamento sociale si basa sulla premessa che il lavoro sociale interviene quando si ritengono necessari modifiche e sviluppi in una determinata situazione, a livello di singola persona, di famiglia, di piccolo gruppo, di comunità locale o di società. (Definizione di «social work profession» approvata dall'IFSW nel 2014)

Completa

I problemi di vita di cui si occupa il lavoro sociale, e i modi per affrontarli, sono influenzati sia da variabili micro, individuali o familiari, come ...

sia da variabili macro, sociali o strutturali, come ...

Il lavoro sociale, a differenza della politica sociale, non interviene direttamente a livello ...

Tuttavia, indirettamente ...

Ad esempio ...

Soluzione: I problemi di vita di cui si occupa il lavoro sociale, e i modi per affrontarli, sono influenzati da variabili micro, individuali o familiari, come le caratteristiche fisiche, emotive e cognitive del singolo individuo, la disponibilità ad aiutarlo delle persone che vivono con lui, le risorse materiali di cui essi possono disporre.

Inoltre, i problemi di vita sono influenzati anche da variabili macro, sociali o strutturali, come il modo in cui è stratificata la società, l'andamento economico e dell'occupazione, la ricchezza complessiva del Paese e la sua distribuzione, le idee maggiormente diffuse su cosa sia buono o cattivo, accettabile o meno, fenomeni di stigma e di emarginazione nei confronti di certe categorie di persone, l'organizzazione dello Stato e la disponibilità di servizi pubblici, ecc.

Il lavoro sociale, a differenza della politica sociale, non interviene direttamente su queste variabili macro: questo è piuttosto il campo della politica sociale.

Tuttavia gli operatori sociali possono intervenire a questo livello indirettamente. Infatti, quando le persone in difficoltà vengono aiutate a mettersi in relazione le une con le altre per migliorare nella propria vita, accade che sviluppino anche motivazioni e capacità per partecipare alla vita della propria comunità, per partecipare alla programmazione dei servizi, per far sentire la propria voce anche a livello politico.

Possiamo pensare, ad esempio, a un assistente sociale che aiuta alcuni utenti a costituire un gruppo di auto/mutuo aiuto, il quale a un certo punto decide di organizzare un'iniziativa pubblica per rivendicare alcuni diritti. Oppure, alcuni educatori

e assistenti sociali che lavorano con pazienti dei Servizi di salute mentale organizzano delle iniziative di sensibilizzazione a cui i pazienti e alcuni loro familiari partecipano come protagonisti; questo li fa conoscere fra loro. Poi, assieme, aiutati dagli operatori, invitano persone di altri servizi, organizzano ulteriori incontri e, un po' alla volta, danno vita a un movimento sociale che raccoglie le firme per presentare una nuova proposta di legge sulla psichiatria.

15

Rispondi

Cos'è l'Ordine professionale degli assistenti sociali? Come è organizzato?

Completa

L'Ordine professionale è ...

La legge che istituisce l'Ordine professionale degli assistenti sociali è ...

L'Albo professionale è ... ed è suddiviso in ...

Sono tenuti a iscriversi ...

Per iscriversi bisogna ...

L'Ordine professionale è gestito da ...

Soluzione: L'Ordine professionale è un ente pubblico, afferente al Ministero della Giustizia, incaricato di esercitare funzioni di controllo e tutela nei confronti dell'attività di una data categoria di professionisti. L'Ordine professionale è costituito dagli iscritti a un Albo, istituito da un'apposita legge dello Stato. La legge che istituisce l'Albo professionale degli assistenti sociali è la L. 84/93. Le norme che regolano il funzionamento dell'Ordine sono contenute nel D.M. 11 ottobre 1994, n. 615 e successive modifiche e integrazioni (DPR 8 luglio 2005, n. 169 e D.M. 2 settembre 2010, n. 182).

L'Albo professionale è l'elenco di tutti gli assistenti sociali in possesso di determinati requisiti che garantiscono la loro professionalità. È suddiviso nella sezione B (degli assistenti sociali) e nella sezione A (degli assistenti sociali specialisti).

Sono tenuti a iscriversi tutti gli assistenti sociali che esercitano la professione, in qualsiasi forma. L'esercizio della professione senza l'iscrizione all'Albo è un reato (art. 20 c.p.). Per iscriversi bisogna aver conseguito il diploma di laurea (in classe L-39 per la sez. B e in classe LM-87 per la sez. A) e l'abilitazione professionale, che si ottiene superando l'esame di Stato. L'Ordine professionale degli assistenti sociali è composto dagli Ordini regionali, ciascuno dei quali è gestito da un Consiglio regionale eletto dagli iscritti (Ordini con meno di 250 iscritti all'Albo possono richiedere al Ministero della Giustizia di venire accorpati a un Ordine limitrofo). I Consigli degli Ordini regionali eleggono i 15 membri del Consiglio nazionale, che ha sede a Roma.

Approfondimenti su alcune specifiche aree di disagio

LETTURE SCELTE

I principali ambiti di intervento del servizio sociale con le persone anziane¹

Francesca Corradini (Università Cattolica del Sacro Cuore)

Il servizio sociale con le persone anziane costituisce un'area di intervento sempre più eterogenea e complessa. Di seguito si cercherà di delineare, per quanto possibile, quali sono i principali ambiti in cui gli assistenti sociali si occupano di persone anziane, con quali funzioni e quali sono le prestazioni e gli interventi che vengono erogati con maggior frequenza. Si è scelto di concentrare l'attenzione innanzitutto sui servizi sociali di base e sulle principali prestazioni e servizi attivati a favore delle persone anziane e delle loro famiglie, successivamente ci si è interrogati sulle funzioni degli assistenti sociali nei servizi sociosanitari previsti dalla recente riforma (Case della Comunità, Punti Unici di Accesso) e nei servizi residenziali. Infine, si fa cenno alle funzioni degli operatori che lavorano in ambito sanitario facendo riferimento agli ospedali, alle Centrali Operative Territoriali (COT) e ai servizi per le cure palliative.

La recente riforma del sistema assistenziale per le persone non autosufficienti avviata con la Legge 33 del 2023, che si è prefissata gli obiettivi di uniformare maggiormente i percorsi tra ambito sociale e sanitario e di semplificare l'accesso a prestazioni e servizi per le persone anziane e le loro famiglie, non è ancora compiuta, permangono aree su cui intervenire e interrogativi cui fornire risposta (Patto per un nuovo Welfare sulla non autosufficienza, 2024). Ci troviamo, quindi, di fronte a un quadro in mutamento,

¹ Tratto da Corradini F. (2026), *Il lavoro dell'assistente sociale con le persone anziane*, Trento, Erickson.

in cui il servizio sociale spesso costituisce, o dovrebbe costituire, il fulcro dei percorsi di presa in carico e accompagnamento delle persone anziane fragili e di chi si occupa di loro. In un simile contesto, non sono sempre ben delineate le funzioni dei diversi operatori e le procedure di intervento; tuttavia, l'assenza di linee guida rigide può consentire la sperimentazione di percorsi innovativi e originali.

Prima di entrare nel merito delle questioni, può essere utile richiamare una definizione di Mark Lymbery, che, in uno studio del 2014 sul social work con le persone anziane, scrive: «[Il lavoro sociale con le persone anziane] dovrebbe garantire che le persone anziane abbiano l'opportunità di sviluppare la propria vita secondo i propri desideri nel massimo grado possibile» (Lymbery, 2014, p. 311). Questa affermazione invita a collocare la riflessione sugli ambiti di intervento e sulle funzioni degli assistenti sociali all'interno di una prospettiva di lavoro ampia, in cui anche la «semplice» erogazione di prestazioni va messa in relazione con le speranze e i desideri delle persone anziane. È un'idea che va contro corrente rispetto al senso comune, in cui l'anzianità è vista come il periodo della vita in cui occorre adattarsi ai cambiamenti, ridurre le aspettative e, spesso, affidarsi alle scelte degli altri. Collocare al centro di ogni intervento la volontà e i desideri delle persone anziane, soprattutto di quelle più fragili e meno capaci di esprimersi, rappresenta una sfida, che gli operatori sociali devono cogliere costantemente, consapevoli della grande responsabilità di cui sono investiti.

I Servizi sociali territoriali

I servizi sociali territoriali (o servizi sociali di base) si configurano come «servizi di prossimità», facilmente accessibili e in grado di accogliere e orientare le richieste dei cittadini. Solitamente si tratta di servizi afferenti agli enti locali, in particolare ai comuni, cui rimane la titolarità delle funzioni di assistenza secondo la Legge 328/2000, che inserisce il servizio sociale professionale e il segretariato sociale tra i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), da garantire sul territorio nazionale. Gli assistenti sociali che lavorano nei servizi sociali di base in Italia sono oltre 13.600 (UFPB, 2025) e, oltre al lavoro con le persone anziane, si occupano anche di altre aree di utenza, talora contestualmente (ad esempio persone anziane e persone adulte con disabilità).

La segnalazione di una situazione di difficoltà relativa a una persona anziana può giungere al servizio tramite accesso spontaneo da parte del diretto/a interessato/a, da parte di un familiare, oppure da parte di terze persone (amici, parenti, vicini di casa, volontari, ecc.). La segnalazione può essere effettuata anche da professionisti esterni, come il medico di medicina generale, oppure da altri servizi, come l'ospedale o le forze dell'ordine.

Anche se le modalità di accesso non differiscono rispetto alle altre aree, nel lavoro con le persone anziane è possibile evidenziare alcune peculiarità. Innanzitutto, è meno frequente che la richiesta di aiuto arrivi da parte dei diretti interessati, in quanto le persone anziane possono presentare difficoltà sul piano fisico o cognitivo tali da ostacolare o impedire l'accesso diretto al servizio. Inoltre, dinamiche ageiste possono portare le persone anziane a pensare di essere meno credibili, oppure a non sentirsi in grado di rappresentare la propria situazione e quindi a delegare ad altri la richiesta di aiuto. Le segnalazioni provenienti da terze persone devono essere trattate con attenzione, soprattutto avendo cura di riservare uno spazio, anche successivo, per raccogliere il punto di vista della persona anziana, senza dare per scontato che coincida con quello del segnalante.

Le richieste di intervento giungono al servizio sociale solitamente in seguito ad eventi critici come lutti o patologie, quando la gestione autonoma della situazione da parte dei parenti, pur con l'eventuale ausilio di assistenti familiari assunte direttamente da loro, risulta molto difficoltosa. Diverse ricerche (Sixsmith e Sixsmith, 2008; Martin, Bäckman e Isola, 2019) evidenziano come le persone anziane e i loro caregiver familiari siano molto resistenti nel chiedere aiuto, per timore, vergogna, senso di inadeguatezza, paura di perdere il controllo sulle proprie scelte. Per queste ragioni, le situazioni che entrano in contatto coi servizi risultano molto spesso gravemente compromesse e caratterizzate da necessità cui fornire risposte con urgenza.

Le funzioni dell'assistente sociale nei servizi sociali di base

Una prima e fondamentale funzione dell'assistente sociale nei servizi territoriali è quella relativa all'*accoglienza* delle persone, all'ascolto delle loro richieste, al rilascio di informazioni e all'orientamento per l'accesso alle risorse e ai servizi del territorio. Questi compiti possono rientrare anche nell'ambito del *segretariato sociale*; si tratta di una funzione delicata, da cui prende avvio tutto il processo di aiuto. Occorre fornire informazioni sui diritti, le risorse e le prestazioni cui è possibile avere accesso, sulle procedure richieste e sulle funzioni dei diversi professionisti nella rete dei servizi. Alcune ricerche (Chonody e Wang, 2014; Corradini, Avancini e Raineri, 2021) evidenziano come i compiti degli assistenti sociali che si occupano di persone anziane non siano molto chiari ai cittadini e non sono assenti stereotipi, per cui questi professionisti sono visti come burocrati, oppure come coloro che «mettono gli anziani in struttura» e questo ostacola l'accesso spontaneo, anche solo per richiedere informazioni. La funzione di accoglienza/segretariato è molto importante, anche perché nei primi incontri si posano le basi per quella che sarà la relazione di aiuto, è quindi necessario che siano

caratterizzati da calore, attenzione, trasparenza e chiarezza reciproca, in modo da iniziare a stabilire un rapporto di fiducia.

Il cuore dell'intervento dell'assistente sociale è costituito dall'*accompagnamento nella progettazione individualizzata*, cioè dal percorso che parte dalla valutazione dei bisogni e delle risorse per arrivare a definire gli obiettivi dell'intervento e i diversi servizi o prestazioni da attivare, al fine di rispondere alle esigenze specifiche di quella persona e di quella famiglia. Si tratta di una funzione talora assimilabile al *case management* o *care management*, o, piuttosto, a quella che si può definire «intermediazione assistenziale» (Payne, 1998; Corradini, Avancini e Raineri, 2019): l'assistente sociale affianca le persone nell'organizzazione dei singoli progetti di aiuto, agendo come un intermediario tra le risorse delle famiglie e le prestazioni, sempre limitate, offerte dall'ente per costruire una progettazione «tagliata su misura». Questa funzione di intermediazione, tuttavia, è molto ampia: da un lato si esprime con uno sguardo rivolto all'interno, in quanto facilita la relazione tra i cittadini e il proprio ente di appartenenza, ad esempio il comune, ma agisce anche verso l'esterno, accompagnando le persone nel rapporto con altri enti, servizi e organizzazioni, in primis i servizi sanitari, per favorire il loro armonico coinvolgimento nei percorsi di aiuto individuali. Si tratta di una funzione spesso nascosta, perché non immediatamente riconducibile all'erogazione di una specifica prestazione, e talvolta presente anche quando non vengono forniti interventi diretti da parte dell'ente, ma fondamentale per consentire alle famiglie di costruire il proprio progetto con la massima autonomia e consapevolezza possibile. Per assolvere questa funzione l'assistente sociale necessita di «*adeguata flessibilità, tempo e autonomia di giudizio*» (Corradini, Avancini e Raineri, 2019, p. 123), in quanto, a fronte di situazioni complesse, non è possibile intervenire con risposte precostituite. All'interno di questa ampia funzione di accompagnamento nella progettazione, si possono elencare altri compiti che gli assistenti sociali assumono, tra questi è fondamentale *l'erogazione diretta o l'attivazione di prestazioni* di competenza dell'ente o di agenzie esterne, ad esempio interventi economici, assistenza domiciliare, pasti a domicilio, servizi di trasporto. Questa funzione rappresenta il collegamento tra le risorse del sistema di welfare e le esigenze dei cittadini: l'assistente sociale garantisce che ai cittadini siano erogate in maniera individualizzata le prestazioni sociali, seguendo criteri di adeguatezza, imparzialità e trasparenza. Un'altra funzione fondamentale è rappresentata dal *sostegno alle relazioni familiari*: promuovere e rafforzare la partecipazione dei familiari all'interno della progettazione consente di realizzare il progetto di aiuto in un'ottica di cura condivisa, secondo cui l'intervento professionale non si sostituisce al protagonismo dei diretti interessati, ma rifugge anche dalla delega, valorizzando le risorse presenti e

sostenendo le capacità di ciascuno in una prospettiva di lavoro co-costruito. Il tema del supporto ai familiari, soprattutto quando rivestono funzioni di caregiving, costituisce un aspetto cruciale dell'intervento dell'assistente sociale, in quanto non sempre ci si preoccupa di valutare, insieme alle condizioni della persona anziana, anche i bisogni e lo stato di salute fisica e mentale di chi si occupa di loro, che spesso sperimenta vissuti di isolamento, solitudine e grande fatica (Avancini, 2019). La complessità dei rapporti familiari è un elemento che deve entrare nella progettazione, anche quando le relazioni non risultano supportive, oppure sono disfunzionali. In questi casi l'intervento dell'assistente sociale è volto a mediare tra i diversi soggetti e a proteggere la persona anziana, garantendo i necessari interventi a suo favore.

La funzione di *tutela e protezione* delle persone fragili è un aspetto molto presente e, al contempo, particolarmente delicato nel lavoro sociale con le persone anziane: oltre ai casi in cui l'operatore si trova di fronte situazioni di violenze e abusi, può accadere spesso che le persone anziane vivano in condizioni inadeguate e non siano in grado di far fronte autonomamente ai propri bisogni, pur non chiedendo o non accettando supporti esterni. Come afferma Tidoli (2023), in queste situazioni coesistono l'esigenza di tutelare la persona anziana da condizioni di rischio e/o abbandono, evitando anche che vengano posti in essere comportamenti pericolosi per sé e per altri, insieme al dovere di rispettare le sue scelte e alla necessità di tutelare anche gli altri operatori coinvolti. Non esistono indicazioni operative predefinite o soluzioni univoche, però l'assistente sociale dispone di strumenti per analizzare la complessità, sia su un piano metodologico che etico, e ha il compito di accompagnare anche gli altri professionisti nella riflessione operativa. Un aspetto fondamentale e talora trascurato nel lavoro con le persone anziane è relativo al *coinvolgimento della comunità*: gli assistenti sociali, nell'ambito delle loro competenze sul lavoro sociale di comunità (Calcaterra e Pancioli, 2021), possono essere promotori di progetti e interventi di sensibilizzazione e prevenzione rispetto alle problematiche relative all'età anziana e al contrasto all'ageismo. Spesso questi interventi rientrano nell'ambito delle politiche per la promozione dell'invecchiamento attivo² e consistono nella costruzione di percorsi volti a favorire il benessere psico fisico delle persone anziane, la loro presenza attiva nella comunità, ad esempio attraverso il volontariato, e gli scambi intergenerazionali. Il lavoro sociale di co-

² Il concetto di invecchiamento attivo è stato introdotto negli anni 2000 dall'OMS, a partire dall'idea che la persona anziana non debba essere considerata passiva e dipendente, ma una risorsa in grado di contribuire attivamente alla società, da allora ha informato le politiche sociali, sia a livello internazionale e nazionale, che a livello locale. Per approfondire si segnala Boffo e colleghi (2025).

munità è volto anche a promuovere e sostenere esperienze di *community care*, finalizzate a costruire reti territoriali che siano in grado di supportare le persone anziane con interventi di prossimità, a intercettare precocemente situazioni di disagio e a creare connessioni con i servizi formali.

L'esperienza di lavoro degli assistenti sociali con le persone anziane, la loro capacità di leggere e interpretare richieste e bisogni e di lavorare con le comunità dovrebbe essere valorizzata attraverso la collaborazione alla costruzione delle politiche locali sul tema dell'invecchiamento. Una recente ricerca (Guidi e Mordeglia, 2024) ha esplorato le funzioni di *policy practice* degli assistenti sociali. È evidente che si tratta di un compito fondamentale, soprattutto quando i professionisti riescono a collaborare con i diretti interessati, con le associazioni e i movimenti di persone anziane, per favorire la loro partecipazione e per valorizzare il loro apporto nei tavoli di lavoro. In tal senso, occorre ricordare le funzioni di *advocacy* proprie degli operatori sociali, che hanno il compito di promuovere il rispetto dei diritti delle persone fragili, in questo caso le persone anziane, e garantire che la loro voce sia presente nei singoli percorsi di aiuto e nelle sedi istituzionali.

I servizi sociali territoriali: servizi e prestazioni

Non è semplice descrivere servizi e prestazioni che possono essere erogati a favore delle persone anziane da parte dei servizi sociali territoriali. L'elenco che segue non è certamente esaustivo, ma comprende i principali interventi, forniti direttamente dal servizio sociale o tramite altri enti o agenzie, ma sempre all'interno di una progettazione complessiva concordata tra professionisti, persone anziane e famiglie.³ Alcuni di questi interventi possono essere erogati anche dagli assistenti sociali che lavorano in altri setting e che comunque sono tenuti a orientare le persone nell'ambito della rete dei servizi, in modo che possano accedere alle prestazioni cui hanno diritto. Ad esempio, nel box sottostante, vengono riportati alcuni interventi a valenza collettiva che possono essere utili anche nel lavoro con le singole situazioni. Una precisazione importante è relativa alla necessità di non osservare i servizi e le prestazioni come compartimenti stagni: i diversi interventi vanno considerati all'interno dei percorsi di progettazione individualizzata come complementari e integrati, tenendo conto anche delle risorse messe a disposizione dalle famiglie e dalle reti informali. Da alcuni anni ormai, si sta cercando di superare anche la netta suddivisione tra gli interventi volti al mantenimento delle persone a domicilio e il ricovero in struttura residen-

³ Per una trattazione maggiormente esaustiva, si veda Raineri e Corradini (2026).

ziale, attraverso percorsi ibridi, che vedono le diverse prestazioni come un continuum.

Consulenza e orientamento

È già stata descritta l'importanza degli interventi di consulenza e orientamento alle persone anziane e alle loro famiglie per consentire loro di accedere ai servizi presenti sul territorio e di ottenere i benefici previsti dalla normativa (es. indennità di accompagnamento, permessi per assistere familiari non autosufficienti, ...). Questa funzione si estende anche agli operatori di altri servizi, in particolare a quelli sanitari, ai quali l'assistente sociale illustra percorsi, procedure e modalità di attivazione delle diverse prestazioni. Poiché spesso le persone anziane e i loro familiari non conoscono le opportunità presenti sul territorio né il ruolo dei servizi sociali, fornire informazioni chiare sull'organizzazione, sulle risorse disponibili e sui compiti dei professionisti rappresenta un passaggio essenziale (Tonon Giraldo, 2021).

Sostegno economico

Il servizio sociale può supportare economicamente le persone anziane e i nuclei familiari, sia orientandoli ad ottenere interventi e prestazioni cui avrebbero diritto, come l'Assegno di inclusione, la pensione di invalidità o l'indennità di accompagnamento, erogati dall'INPS, sia fornendo direttamente contributi economici, qualora sussistano i requisiti, secondo i regolamenti di ciascun ente. In particolare, quasi tutte le Regioni prevedono dei contributi mensili finalizzati, in maniera specifica, a supportare i nuclei familiari che assistono a domicilio persone non autosufficienti o con disabilità. Tali prestazioni assumono denominazioni differenti nei vari territori, ad esempio Assegno di cura in Emilia-Romagna, Impegnativa di Cura Domiciliare in Veneto, Misure integrative (B1-B2) in Lombardia. L'accesso a queste misure prevede solitamente la presenza di alcuni requisiti, sia connessi alla gravità delle condizioni della persona assistita, sia relativi alla condizione economica del nucleo familiare, valutata attraverso il possesso dell'indicatore ISEE entro una soglia definita. L'erogazione delle suddette prestazioni non è fine a se stessa, ma si inserisce nell'ambito della progettazione individualizzata, che prevede una valutazione multidimensionale dei bisogni della persona anziana e dei suoi familiari e la stesura di un piano assistenziale, in cui il supporto economico viene finalizzato espressamente alla cura della persona non autosufficiente, ad esempio attraverso la retribuzione di un'assistenza privata o all'attivazione di altri servizi.

Per la descrizione dei servizi di assistenza domiciliare (SAD), dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dei voucher sociali si rimanda alla scheda 7.3.

Sostegno nella gestione dell'assistenza privata

La maggior parte delle famiglie italiane mantiene a domicilio la persona anziana non autosufficiente avvalendosi dell'assistenza di personale con cui si accorda privatamente, le cosiddette «badanti» (Pasquinelli e Pozzoli, 2021). Il fenomeno è largamente diffuso in Italia da diversi anni e, nel corso del tempo, il coinvolgimento del servizio sociale è stato crescente: in una prima fase le famiglie erano completamente sole nel reperimento e nella gestione di queste assistenti, prevalentemente donne straniere, con retribuzioni basse e spesso senza un regolare contratto di assunzione, mentre i servizi non entravano nel merito di questo tipo di supporto, ritenuto in qualche modo alternativo alle prestazioni erogate dal sistema di welfare. In tempi più recenti, gli operatori dei servizi hanno cercato di agire affiancando le famiglie in diversi aspetti: nel reperimento e nella scelta dell'assistente familiare, nella predisposizione di percorsi formativi e informativi, nel supporto alle assistenti familiari, nel sostegno per la gestione contrattuale. In alcune realtà sono presenti dei veri e propri sportelli per mettere in contatto la domanda da parte delle famiglie e l'offerta da parte delle assistenti familiari, prevalentemente gestiti da enti di Terzo settore, in collaborazione con i servizi sociali (Notari, 2025). A livello nazionale, nel 2025 sono state emanate le Linee guida interministeriali per la definizione degli standard formativi degli assistenti familiari (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero dell'Istruzione e del Merito, Ministero dell'Università e della Ricerca, 2025). La presenza di una «badante» spesso si inserisce all'interno di un progetto in cui sono presenti altri servizi del sistema di welfare, come il SAD o l'ADI e, talora, costituisce il principale riferimento per l'assistente sociale, quando si trova a lavorare con persone anziane sole.

L'assistente sociale nelle Case della Comunità e nei Punti Unici di Accesso

Le Case della Comunità (◀), introdotte dal Decreto Ministeriale 77/2022 *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*, sono il luogo di prossimità, in cui i cittadini ricevono l'assistenza sanitaria e sociosanitaria di cui necessitano, tramite un'elevata integrazione tra i diversi servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra i servizi sanitari e i servizi sociali. Le Case della Co-

munità (CdC) dovrebbero diventare il luogo in cui tutti i cittadini trovano risposta alle proprie necessità relative alla salute, per questa ragione è utile focalizzare i compiti e le funzioni del servizio sociale, in particolare riguardo alle persone anziane.

La recente riforma ha collocato buona parte delle funzioni del servizio sociale di base all'interno delle Case della Comunità, in modo da favorire una migliore integrazione tra le diverse figure che si occupano di dare risposta ai bisogni sociali e ai bisogni sanitari. La presenza di un assistente sociale in affiancamento ai professionisti sanitari e alla nuova figura degli Infermieri di Comunità (IFEC) è infatti prevista in tutte le CdC. In alcuni territori è stata fatta la scelta di trasferire gli assistenti sociali dei servizi territoriali all'interno delle CdC, in altri sono stati assunti professionisti ad hoc, che collaborano con gli operatori degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS).⁴ Le funzioni e i compiti degli assistenti sociali che lavorano all'interno delle CdC sono ancora in via di definizione, in gran parte coincidono con quelli evidenziati per i servizi di base, con alcune peculiarità indicate dalla normativa.

Una delle funzioni principali è quella relativa alla valutazione delle situazioni che presentano bisogni sociali complessi e all'orientamento nel territorio: all'interno delle CdC (o, qualora esse non siano ancora presenti nei territori, in una sede accessibile alla cittadinanza), è collocato il Punto Unico di Accesso (PUA ◀), che costituisce la porta di ingresso per i cittadini al sistema dei servizi. Il PUA ha la finalità di fornire informazioni e orientare le persone nell'accesso alle prestazioni e di avviare il percorso di presa in carico, in particolare per quelle situazioni che necessitano sia di interventi sanitari che di interventi sociali o socioassistenziali (Pesaresi, 2023).

In particolare, le funzioni del PUA sono:

- ◆ orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse;
- ◆ agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i Servizi sociali e quelli sanitari;
- ◆ avviare la presa in carico, mediante una prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi appropriati;
- ◆ monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere del-

⁴ Gli Ambiti Territoriali Sociali rappresentano la sede della programmazione e della gestione dei servizi sociali territoriali e sono individuati dalle Regioni ai sensi della Legge 328/2000, solitamente corrispondono a un insieme di comuni (<https://www.lavoro.gov.it/strumenti-e-servizi/Sistema-informativo-servizi-sociali/Pagine/Ambiti-Territoriali-del-SIUSS>).

la situazione problematica o dello stato di bisogno (Raineri e Corradini, 2026).

Nel PUA viene effettuata una prima valutazione della situazione, finalizzata ad individuare i percorsi possibili e, nel caso di situazioni complesse, si attiva il percorso di valutazione multidimensionale, finalizzato alla presa in carico integrata e alla predisposizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) è composta dal medico di medicina generale, dal medico di distretto, dall'infermiere di comunità e dall'assistente sociale, oltre ad altre figure professionali presenti a seconda delle situazioni specifiche. L'esito della valutazione multidimensionale è la stesura condivisa del PAI, che definisce il percorso di progettazione individuale e comprende gli obiettivi da raggiungere e l'insieme di prestazioni e servizi necessari, concordati con la persona e la sua famiglia.

Nell'intenzione dei proponenti la riforma, il percorso descritto dovrebbe garantire, oltre a una migliore integrazione sociosanitaria, una semplificazione dei percorsi per i cittadini e un superamento della frammentazione delle modalità di valutazione delle situazioni, attualmente estremamente differenziate a seconda dei percorsi e delle richieste. L'aspetto centrale è quello di garantire che le persone in condizioni di non autosufficienza possano realmente usufruire di un «Percorso assistenziale integrato», definito come LEPS dalla normativa e finalizzato alla costruzione di un progetto globale, che tenga conto di tutte le esigenze della persona. Dal punto di vista operativo, è l'équipe integrata di ambito, che comprende i professionisti degli ATS e dei Distretti sanitari o sociosanitari, ad assicurare tutti i passaggi necessari, dal primo accesso alla verifica finale degli interventi, garantendo la funzionalità del PUA, dell'UVM e della realizzazione del PAI. Allo stato attuale, il percorso di attuazione della riforma è ancora in divenire e permangono numerosi aspetti da implementare (Gori e Pasquinelli, 2025).

Il servizio sociale nelle Centrali Operative Territoriali (COT)

Le Centrali Operative Territoriali (COT), già presenti in alcune Regioni italiane prima del 2022 e previste ora dal DM 77/22 su tutto il territorio italiano, sono un servizio che ha la funzione di coordinare i percorsi di presa in carico delle persone, assicurando il raccordo tra i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi sistemi assistenziali e di cura: domiciliari, sanitari, sociosanitari e sociali, oltre agli ospedali e alla rete di emergenza-urgenza. La COT è una sorta di «cabina di regia», volta a coordinare le azioni dei diversi

servizi, anche attraverso l'utilizzo più efficace delle tecnologie di supporto per l'assistenza sanitaria, ad esempio la telemedicina.⁵

Le funzioni previste all'interno delle COT sono le seguenti (Agenas, 2022): coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (nella transizione tra ospedale, domicilio e territorio); coordinamento e ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale; tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro; supporto informativo e logistico ai professionisti della rete; monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare, anche attraverso strumenti di telemedicina; gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona.

L'intervento della COT si attiva attraverso una richiesta da parte del personale ospedaliero, dei medici di medicina generale (o dei pediatri di libera scelta), dei professionisti dei servizi sanitari, sociosanitari o sociali, del personale delle strutture residenziali, delle centrali operative per l'emergenza; non è previsto l'accesso diretto da parte dei cittadini.

Il personale, secondo gli standard minimi previsti dalla normativa, è composto da infermieri, che possono interagire con altri professionisti, in particolare con assistenti sociali, in caso di situazioni in cui siano presenti bisogni sociali. Tuttavia, la figura dell'assistente sociale appare indispensabile per garantire l'interazione tra diversi servizi e operatori nella costruzione di percorsi assistenziali complessi, in quanto è la figura in grado di conoscere i servizi territoriali, di raccorderli e di adattare i percorsi alle specifiche esigenze delle persone e delle famiglie.

Il CNOAS (2024), a partire da due percorsi sperimentali attivati in Abruzzo e Piemonte, ha definito le possibili funzioni dell'assistente sociale all'interno delle COT, sollecitandone la presenza in tutti i servizi. In particolare, si mette in evidenza come la presenza dell'assistente sociale consenta di attuare una *valutazione globale* della situazione fin dall'inizio, con uno sguardo che tenga conto delle componenti individuali, familiari e sociali, anche al fine di evitare interventi inefficaci. L'assistente sociale osserva le risorse e le criticità che incidono sui percorsi di cura ed effettua una valutazione dei *fattori di rischio sul piano sociale*, anche rispetto a eventuali obblighi di legge e di segnalazione all'autorità giudiziaria; collega il bisogno con le possibilità di risposta del territorio, anche attivando *reti informali*; *orienta e sostiene* la persona e la famiglia nella scelta delle risorse proprie o della rete dei servizi pubblici e privati da attivare. Inoltre,

⁵ <https://www.asst-nordmilano.it/cot-centrale-operativa-territoriale>.

promuove la *partecipazione delle realtà del territorio*, agevola le interazioni, attraverso accordi formali con le diverse agenzie, e concorre alla *valutazione degli esiti* dei percorsi, con particolare attenzione alla dimensione sociale.

Bibliografia

- Agenas (2022), *Linee guida organizzative contenenti il modello digitale della Centrale Operativa Territoriale (COT)*, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.
- Avancini G. (2019), *Conoscere le prime fasi della demenza. Una ricerca partecipativa con anziani e caregiver*, Trento, Erickson.
- Boffo V., Bertani M., Bramanti D., Chattat R. e Formenti L. (a cura di) (2025), *Accompagnare la longevità. Buone pratiche educative e formative per l'invecchiamento attivo*, Firenze, University Press.
- Calcaterra V. e Panciroli C. (2021), *Il lavoro sociale di comunità passo dopo passo. Metodologia e strumenti per progetti a valenza collettiva*, Trento, Erickson.
- Chonody J.M. e Wang D. (2014), *Ageism among social work faculty: Impact of personal factors and other «isms»*, «Gerontology & Geriatrics Education», vol. 35, n. 3, pp. 248-263.
- Corradini F., Avancini G. e Raineri M.L. (2019), *Il social work con le persone non autosufficienti. Una ricerca qualitativa sui «casi andati bene»*, Trento, Erickson.
- Corradini F., Avancini G. e Raineri M.L. (2021), *Il social work con le persone non autosufficienti: riflessioni a partire da una ricerca in Lombardia*, «La Rivista di Servizio Sociale», vol. 1, pp. 45-58.
- Gori C. e Pasquinelli S. (2025), *Avanti piano? La riforma dell'assistenza agli anziani*, welforum.it.
- Guidi R. e Mordeglia S. (a cura di) (2024), *Le policy practice degli assistenti sociali. Una ricerca nazionale*, Milano, FrancoAngeli.
- Lymbery M. (2014), *Understanding personalisation: Implications for social work*, «Journal of Social Work», vol. 14, n. 3, pp. 295-312.
- Martin S., Bäckman K. e Isola A. (2019), *Understanding the care and support needs of older people: A systematic review*, «BMC Geriatrics», vol. 19, n. 1.
- Notari G. (2025), *Le novità per i LEPS anziani con la Legge di Bilancio 2026*, «I Luoghi della Cura», vol. 23, n. 4.
- Pasquinelli S. e Pozzoli F. (2021), *Badanti dopo la pandemia*, Quaderno WP3 del progetto «Time to care», Milano, <https://www.ipsser.it/wp-content/uploads/2022/04/RAPPORTO-BADANTI-2021.pdf>.
- Payne M. (1998), *Why social work? Comparative perspectives on social issue and response formation*, «International Social Work», vol. 41, n. 4, pp. 443-453.
- Pesaresi F. (2023), *Le Marche approvano l'attuazione del Piano nazionale per la non autosufficienza*, welforum.it.
- Raineri M.L. e Corradini F. (2026), *Linee guida e procedure di servizio sociale (5ª ed.)*, Trento, Erickson.
- Sixsmith A. e Sixsmith J. (2008), *Ageing in place in the United Kingdom*, «Ageing International», vol. 32, n. 3, pp. 219-235.
- Tidoli R. (2023), *Il ruolo dell'AS nei Centri Diurni Integrati per anziani*, «Lombardia Sociale», 11 Luglio 2023.
- Tonon Giraldo S. (2021), *Servizio sociale e anziani*. In S. Sicora (a cura di), *Gli ambiti di intervento del servizio sociale*, pp. 57-82, Roma, Carocci editore.

Caregiver familiare⁶

Francesca Megni e Daniela Salvinelli (Università Cattolica di Brescia)

Il termine caregiver (o il sinonimo inglese *carer*) è entrato nel linguaggio del lavoro sociale in Inghilterra all'inizio degli anni Ottanta, mentre in Italia si è diffuso un po' più tardi. In senso generale, si utilizza per indicare una persona che assiste un'altra a cui è legata da un rapporto affettivo o familiare. Spesso si distingue tra i caregiver, che prestano assistenza volontaria per motivi personali o familiari, e coloro che svolgono questa attività in modo professionale e retribuito. Una caratteristica fondamentale per identificare il caregiver è l'impegno continuativo e significativo nell'assistenza. Non si tratta, quindi, di aiuti saltuari o occasionali, ma di una vera e propria attività di cura svolta nel tempo (come sottolineato dal *Department of Health* britannico già nel 1996). In Italia, il ruolo del caregiver familiare è stato oggetto di diverse proposte di legge, ma ancora non esiste una legge nazionale organica. Un primo riconoscimento ufficiale è arrivato con la Legge 205/2017 (Legge di Bilancio 2018), che ha definito la figura del caregiver e previsto l'istituzione di un fondo economico specifico per sostenerla.

Nel 2023 è stato avviato un lavoro tra diversi ministeri per arrivare a una legge nazionale che riconosca la figura del caregiver familiare. Si tratta quindi di un percorso ancora in corso, ma che mostra la volontà di dare un quadro normativo chiaro a chi si prende cura di un familiare.

Nel 2024 in Parlamento sono state presentate nuove proposte di legge che prevedono misure concrete a sostegno dei caregiver, come: contributi per la pensione nei periodi dedicati alla cura, aiuti economici, un accesso più semplice ai servizi del territorio.

In assenza di una legge nazionale unitaria, alcune Regioni italiane si sono mosse autonomamente per riconoscere e sostenere i caregiver familiari: per prima l'Emilia-Romagna (con la LR 2/2014) e in seguito la Campania (con la LR 33/2017) hanno legiferato in maniera specifica riguardo al riconoscimento della funzione dei caregiver. A oggi, 12 Regioni italiane hanno adottato normative specifiche in materia.

Chi sono i caregiver

Dopo aver introdotto il significato e le principali caratteristiche della figura del caregiver, si analizza di seguito chi, nella realtà quotidiana, assume più frequentemente questo ruolo all'interno delle famiglie.

⁶ Tratto da Raineri M.L. e Corradini F. (2026), *Linee guida e procedure di servizio sociale* (5^a ed.), Trento, Erickson (si veda il Capitolo 4).

Circa quattro caregiver su cinque, in media, appartengono alla rete parentale (Green, 1988): di solito sono coniugi, figli adulti o genitori ma possono anche essere figli giovani, fratelli, nuore o amici intimi dell'assistito. In genere, a un più stretto grado di parentela corrisponde un maggior senso di responsabilità nel prendersi cura della persona e una più forte aspettativa sociale che questo avvenga. Tra le varie tipologie, i coniugi rappresentano la quota più significativa di caregiver, svolgendo funzioni che spaziano dall'assistenza personale alla gestione quotidiana della vita domestica.

I caregiver genitori, anche se in numero minore rispetto ad altri, spesso affrontano un impegno più lungo e complesso, soprattutto quando si prendono cura di figli con disabilità gravi o permanenti. Questo ruolo di cura è rafforzato da una convinzione profondamente radicata nella nostra società, secondo cui i genitori hanno il dovere di occuparsi dei propri figli nel tempo. In questi casi il bisogno di supporto da parte dei genitori tende ad aumentare con il passare degli anni, rendendo l'impegno richiesto sempre più gravoso, sia fisicamente che psicologicamente. Questo carico può risultare ancora più pesante nei casi in cui la disabilità sia sopraggiunta in età adulta, determinando un cambiamento improvviso e profondo nelle dinamiche familiari.

Un altro importante gruppo di caregiver è rappresentato dai figli adulti che si prendono cura dei genitori anziani. Questa dinamica di inversione dei ruoli — dove il figlio diventa figura di accudimento per il genitore — può generare disagio, conflittualità o difficoltà relazionali, specie quando non supportata da una rete sociale adeguata.

In genere, sono soprattutto le donne a farsi carico degli aspetti più impegnativi dell'assistenza a una persona non autosufficiente, come la cura personale quotidiana. Gli uomini, invece, tendono a offrire un supporto più pratico e organizzativo, come la gestione di commissioni o questioni burocratiche (Parker e Lawton, 1994).

Questa distinzione comporta ricadute emotive differenti: le donne caregiver, più frequentemente, sperimentano senso di colpa, auto-esclusione dalla rete sociale e resistenza a chiedere aiuto, per il timore di essere percepite come inadeguate o traditrici del loro ruolo.

Le aspettative secondo cui alcune persone (in particolare familiari stretti) debbano farsi carico dell'assistenza influenzano anche il modo in cui gli operatori sociali si avvicinano alla rete familiare. In alcuni casi, tali aspettative conducono a sovrastimare le capacità del caregiver sulla base del solo legame di parentela, attribuendogli un livello di competenza o resistenza che in realtà potrebbe non avere. Tale convinzione può risultare dannosa, perché il fatto di avere un vincolo affettivo o matrimoniale non garantisce automaticamente la disponibilità, la preparazione o le risorse fisiche e psicologiche necessarie per gestire un'assistenza complessa.

L'età costituisce un ulteriore fattore rilevante. Secondo un'indagine ISTAT diffusa nel 2024, il 56% dei caregiver familiari si trova tra i 45 e i 64 anni. Questa fascia rappresenta la maggioranza tra chi fornisce assistenza almeno una volta a settimana a un familiare non autosufficiente.

Negli ultimi decenni è aumentata la presenza di caregiver anziani: circa un caregiver su sei ha tra i 65 e i 74 anni, e circa 1 su 10 ha oltre 75 anni.

Questi dati mettono in luce come l'età del caregiver possa incidere significativamente sull'esperienza e sulla sostenibilità del ruolo. In questo senso, è importante dedicare particolare attenzione a due categorie considerate più vulnerabili:

- ◆ i giovani caregiver, spesso privi di risorse personali e strumenti di supporto adeguati;
- ◆ i caregiver anziani, che possono presentare a loro volta fragilità fisiche e psicologiche, rendendo particolarmente critico il bilancio tra le capacità residue e le richieste dell'attività di cura.

Caregiver principale, caregiver unico, assistenza condivisa

All'interno dei contesti di assistenza, il caregiver principale (o primario) è la figura di riferimento con cui gli operatori sociali e sanitari interagiscono più frequentemente. Si tratta della persona che, per intensità e continuità dell'impegno, assume il compito prevalente nella cura dell'assistito.

In alcuni casi, questo caregiver funge anche da portavoce per altri familiari coinvolti nel processo assistenziale, coordinando le comunicazioni e le decisioni; in altri, invece, si configura come caregiver unico, ovvero l'unica persona a sostenere attivamente il carico dell'assistenza.

Dal punto di vista degli operatori, avere come interlocutore un solo caregiver può risultare operativamente vantaggioso: semplifica la gestione delle informazioni, facilita il coordinamento degli interventi, evita conflitti o divergenze tra più membri della famiglia con opinioni differenti.

Tuttavia, centralizzare la responsabilità su un solo individuo comporta anche elevati livelli di rischio. Qualora il caregiver unico si trovi, anche solo temporaneamente, nell'impossibilità di continuare l'attività di cura, l'assistito può ritrovarsi improvvisamente privo di supporto, rendendo necessarie prestazioni urgenti e complesse da parte dei servizi territoriali.

Il grado di sostegno fornito al caregiver principale da altri membri della famiglia varia sensibilmente in base alla qualità delle relazioni familiari e alla disponibilità di risorse materiali ed emotive.

Le situazioni di cura condivisa, in cui il carico assistenziale viene equamente distribuito tra più persone, restano meno comuni nella pratica. Un esempio

virtuoso può essere rappresentato da una rete familiare ampia e collaborativa: ad esempio, una coppia di genitori anziani ancora residente nella propria abitazione che riceve il supporto coordinato di figli e rispettivi coniugi. In questi casi, sebbene l'assenza di un caregiver principale possa complicare la gestione per gli operatori, la distribuzione del carico può favorire una maggiore sostenibilità dell'assistenza nel lungo termine.

Cosa fanno i caregiver

Le attività svolte dai caregiver possono essere molteplici e complesse, a seconda del livello di autonomia della persona assistita e del contesto familiare. Di seguito si presentano le principali *aree di intervento*, articolate per tipologia di supporto.

Area di intervento	Definizione	Tipologia di supporto
Assistenza per la cura della persona	Attività di cura quotidiana finalizzata all'igiene e al benessere fisico della persona assistita.	– Aiuto nell'igiene personale (bagno, toilette, denti, capelli, unghie, pelle). – Assistenza nell'abbigliamento. <i>Il sostegno può essere parziale o totale a seconda del livello di autonomia.</i>
Assistenza sanitaria	Compiti sanitari eseguiti dai caregiver.	– Gestione della somministrazione di farmaci. – Applicazione di medicazioni e trattamenti locali. – Monitoraggio di sintomi o effetti collaterali. – Collaborazione con fisioterapisti o terapisti. <i>I caregiver forniscono spesso cure mediche, a volte con la supervisione di un operatore sanitario qualificato.</i>
Sostegno nella mobilità	Aiuto nei movimenti quotidiani all'interno della casa o nei trasferimenti.	– Sostegno per alzarsi, sedersi, camminare, entrare/uscire dal letto. – Assistenza nell'uso di ausili (carrozzina, deambulatore). – Prevenzione delle lesioni da decubito. <i>Più è intenso l'impegno fisico del caregiver, maggiori sono i rischi di logoramento fisico e problemi di salute.</i>

Gestione delle attività domestiche	Presa in carico della gestione pratica e logistica della vita familiare.	– Preparazione pasti, pulizia, lavanderia. – Spesa, ritiro farmaci o pensione. – Cura della casa e degli spazi esterni. – Gestione delle finanze e delle decisioni quotidiane. <i>Quando il caregiver deve conciliare l'assistenza con il lavoro e la vita familiare, il carico di responsabilità cresce in modo significativo.</i>
Monitoraggio e supervisione	Sorveglianza dell'assistito per garantirne la sicurezza, soprattutto in caso di compromissione cognitiva.	– Controlli saltuari. – Supervisione regolare. – Sorveglianza H24 in casi gravi (ad esempio rischio di fuga o cadute, demenze; Mace e Rabins, 2013). <i>Il tempo dedicato al controllo dell'assistito può essere un impegno gravoso, variabile in intensità a seconda dei casi.</i>
Supporto relazionale	Presenza affettiva e supporto sociale/emotivo alla persona assistita.	– Conversazioni, ascolto, compagnia. – Organizzazione di attività ricreative o sociali. – Riduzione dell'isolamento, facilitazione della partecipazione sociale. <i>Per il caregiver, il supporto relazionale comporta un coinvolgimento emotivo profondo che può generare stanchezza.</i>
Supporto alla riabilitazione	Collaborazione con operatori sanitari nei percorsi riabilitativi per favorire il recupero di funzioni.	– Esercizi motori, cognitivi o di linguaggio secondo indicazioni professionali – Stimolazione dell'autonomia – Supporto motivazionale e presenza durante il percorso terapeutico <i>È un'attività gratificante, in particolare quando i caregiver instaurano un buon rapporto di collaborazione con gli operatori, che li coinvolgono facendoli sentire parte integrante dell'équipe.</i>

L'impatto del lavoro di cura

Avere consapevolezza dell'impatto che il lavoro di cura può avere sulla vita dei caregiver familiari consente agli assistenti sociali di comprenderne meglio il punto di vista e di individuare bisogni di supporto specifici, da cui partire per progettare interventi adeguati.

Nel caso dell'assistenza informale, cioè svolta da familiari o persone vicine all'assistito senza un inquadramento professionale, emergono diverse criticità che distinguono questa esperienza da quella degli operatori.

Una delle principali difficoltà riguarda il rischio di sovraccarico fisico. Alcune mansioni assistenziali — come il sollevamento della persona, l'igiene quotidiana o i trasferimenti — possono risultare estremamente faticose, soprattutto se svolte senza alcun tipo di formazione e in assenza di aiuti esterni. È significativo che, in contesti professionali, per svolgere queste stesse attività venga spesso prevista la presenza di due operatori domiciliari, mentre nel caso del caregiver informale si dà per scontato che la persona riesca a gestirle da sola.

Tale sforzo fisico può rappresentare un rischio serio, in particolare quando il caregiver è anziano o presenta già condizioni di salute fragili. Il lavoro di cura, se protratto nel tempo e non adeguatamente supportato, può condurre a un vero e proprio esaurimento fisico.

Accanto alla fatica fisica si colloca quella mentale. I caregiver che svolgono un ruolo di sorveglianza continua — spesso necessario in presenza di malattie neurodegenerative o condizioni cognitive compromesse — vivono in uno stato di allerta costante. L'assenza di turnazioni o pause, che invece caratterizzano il lavoro degli operatori professionali, rende il carico psicologico ancora più gravoso.

Queste specifiche vulnerabilità dei caregiver informali richiedono un'attenzione mirata da parte dei servizi sociali e sanitari, per evitare che il lavoro di cura diventi una fonte di rischio per la salute fisica e mentale di chi lo svolge.

Il lavoro di cura all'interno della famiglia non influisce soltanto sul benessere fisico e psicologico del caregiver, ma può incidere profondamente anche sulle relazioni familiari, sulle condizioni economiche e sulla sfera emotiva e sociale della persona che presta assistenza.

Tra gli elementi di maggiore stress si segnalano le tensioni familiari legate al tempo dedicato all'assistenza: spesso emergono rancori per la riduzione del tempo disponibile per gli altri membri della famiglia, la perdita di privacy, la scarsa comprensione della natura della malattia da parte dei parenti, nonché disaccordi sul modo in cui viene prestata l'assistenza o sulla distribuzione delle responsabilità tra i familiari. Questi conflitti possono minare il clima familiare e aumentare il senso di isolamento del caregiver.

Dal punto di vista lavorativo ed economico, non sono rari i casi in cui i caregiver rinunciano a opportunità di impiego o sono costretti ad abbandonare l'attività lavorativa per dedicarsi completamente alla cura. Ciò si traduce in un reddito personale inferiore alla media, spesso aggravato dalle spese aggiuntive legate all'assistenza (come ausili, trasporti, farmaci o adattamenti

domestici). Questa situazione può generare un senso di precarietà e ulteriore stress.

Sul piano emotivo, una delle condizioni più frequentemente riportate dai caregiver è il senso di isolamento, vissuto come una costante che limita profondamente la qualità della vita. A questo si aggiungono sentimenti di trappola (la percezione di non avere vie d'uscita), dolore, perdita, colpa (anche quando l'impegno è massimo) e rabbia. Quest'ultima, se non adeguatamente riconosciuta e gestita, può essere rivolta sia alla persona assistita sia ad altri membri della famiglia o a figure professionali, generando dinamiche relazionali complesse o, nei casi estremi, episodi di maltrattamento.

Tuttavia, accanto a questi elementi critici, alcuni caregiver riferiscono anche aspetti positivi legati all'esperienza di cura. Molti dichiarano di trarre soddisfazione personale dall'aiutare un proprio caro, e alcuni descrivono il lavoro di cura come un'opportunità per rafforzare i legami affettivi all'interno del nucleo familiare. In diverse situazioni si sviluppano relazioni di mutuo sostegno e un senso di vicinanza che consente di condividere emozioni, pensieri e momenti della quotidianità, offrendo conforto e riducendo il senso di solitudine.

I bisogni dei caregiver

Chi si prende cura di un familiare anziano o non autosufficiente, affronta ogni giorno numerose sfide. Per poter svolgere al meglio questo ruolo così importante, i caregiver hanno bisogno di diversi tipi di supporto. Vediamo quali sono i principali.

Bisogno di pausa (respite)	Prendersi cura di qualcuno può essere un compito molto impegnativo, sia fisicamente che mentalmente. Per questo, è fondamentale che il caregiver abbia la possibilità di prendersi delle pause. Avere qualcuno che possa sostituirlo temporaneamente permette di ricaricare le energie, prendersi cura di se stessi e tornare al ruolo con più forza e motivazione. Queste pause possono essere brevi (qualche ora) o più lunghe, in base alla situazione.
Bisogno di aiuto pratico	Le attività quotidiane di cura possono richiedere sforzi fisici importanti, come aiutare la persona ad alzarsi dal letto, fare il bagno, vestirsi o mangiare. Non sempre il caregiver è in grado di svolgere tutto da solo, specialmente se ha una certa età o se l'assistito ha gravi difficoltà motorie. Ricevere supporto pratico, anche solo in alcuni momenti della giornata, può fare una grande differenza.

Bisogno di informazione	Molti caregiver si trovano a gestire situazioni complesse senza avere tutte le informazioni necessarie. Spesso non conoscono bene la malattia della persona assistita, non sanno quali servizi sociosanitari siano disponibili sul territorio o a chi rivolgersi per ricevere aiuto. Avere accesso a informazioni chiare, aggiornate e facilmente comprensibili è un bisogno fondamentale, soprattutto all'inizio del percorso di cura.
Bisogno di formazione	Assistere qualcuno richiede competenze specifiche. È importante che i caregiver ricevano una formazione adeguata per svolgere il loro compito in modo sicuro ed efficace. Ad esempio, è utile imparare: - tecniche corrette per sollevare o spostare una persona senza rischiare di farsi male; - strategie per fornire assistenza personale (come fare il bagno o aiutare con l'igiene); - nozioni base di riabilitazione, per aiutare la persona assistita a recuperare o mantenere certe abilità; - modalità per affrontare comportamenti difficili, come la rabbia o l'aggressività. Queste conoscenze non solo migliorano la qualità dell'assistenza, ma riducono anche il rischio di stress e infortuni per chi presta cura.
Bisogno di sostegno emotivo	Prendersi cura di qualcuno può essere emotivamente pesante. Spesso i caregiver si sentono soli, stanchi o sopraffatti. Avere uno spazio in cui poter parlare delle proprie emozioni, esprimere le preoccupazioni e condividere le difficoltà può essere di grande aiuto. Questo tipo di supporto può avvenire tramite incontri individuali con uno psicologo/counselor o anche gruppi di auto/mutuo aiuto, dove più caregiver si incontrano per confrontarsi e sostenersi a vicenda. Sentirsi ascoltati e compresi è fondamentale per non sentirsi abbandonati nel proprio ruolo.

Bibliografia

- Green H. (1988), *Informal Carers: A study carried out on behalf of the Department of Health and Social Security as part of the 1985 General Household Survey*, Londra, HMSO.
- Mace N.L. e Rabins P.V. (2013), *Una giornata di 36 ore. Prendersi cura delle persone con demenza*, Trento, Erickson.
- Parker G. e Lawton D. (1994), *Different Types of Care, Different Types of Carer: Evidence from the General Household Survey*, Londra, HMSO.

Disabilità e inclusione sociale⁷

Angelo Nuzzo (Responsabile servizi sociosanitari, Somma Lombardo – VA)

Cambiare le regole del gioco

Con l'approvazione, nel 2006, della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata nel 2009 anche dall'Italia, il movimento delle persone con disabilità ha visto affermare gli sforzi e le lotte per il riconoscimento dei diritti di uguaglianza, rispetto della dignità, non discriminazione, pari opportunità, coinvolgimento nelle scelte. Grazie alla Convenzione, viene finalmente riconosciuta ed esplicitata la necessità di superare il modello medico come punto di riferimento per definire la disabilità, a favore di un modello più complesso, in cui la disabilità venga considerata non come una malattia, ma come risultante del rapporto sociale tra le caratteristiche delle persone e l'ambiente in cui esse vivono. Tra le priorità viene affermata «la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società», ponendo l'attenzione su come e attraverso quali forme i gruppi sociali costruiscano i propri vincoli di appartenenza o di non appartenenza, e sui processi che definiscono la possibilità di inclusione o esclusione per persone o gruppi specifici. La sfida lanciata dalla Convenzione ONU suggerisce come strategia di fondo la modifica delle *regole del gioco*, affinché ogni persona, indipendentemente dalla propria condizione, non subisca trattamenti differenti e degradanti, non viva o lavori in luoghi separati, ma abbia le medesime opportunità di partecipazione e coinvolgimento nelle scelte che la riguardano. Non sfugge come questa sia una sfida dalle vaste proporzioni e che interroga la società a tutti i suoi livelli. Innanzitutto, gli Stati sovrani e le loro istituzioni circa le idee che ispirano le scelte politiche e legislative che riguardano non solo il welfare, ma anche l'educazione, la cultura e l'economia, e quanto tali scelte siano ispiratrici d'inclusione piuttosto che d'esclusione. Interroga la società e le sue rappresentazioni sulla diversità, e su come esse si traducano in comportamenti collettivi che inducono uguaglianza o disuguaglianza, partecipazione o emarginazione dalla vita sociale delle comunità. Interroga il mondo della formazione sulla sua capacità di dotarsi di formatori in grado di orientare e educare operatori dotati di sguardi e competenze inclusive.

⁷ Tratto da Medeghini R., Vadalà G., Fornasa W. e Nuzzo A. (2013), *Inclusione sociale e disabilità: Linee guida per l'autovalutazione della capacità inclusiva dei servizi*, Trento, Erickson, pp. 73-84.

Non basta prendersi cura della persona

Tuttavia, le questioni insite nella sfida inclusiva riguardano anche e soprattutto i servizi per le persone con disabilità, le loro regole organizzative e progettuali, le scelte quotidiane e i *modus operandi* che quotidianamente gli operatori attuano al loro interno. Ciò impone una riflessione su quanto i servizi aiutino le persone con disabilità non solo a *compensare ciò che manca*, ma anche ad accedere al diritto di cittadinanza richiamato dalla Convenzione. Non basta, infatti, richiamare l'evoluzione della società, passata dalle pratiche di emarginazione sociale delle persone con disabilità alla realizzazione di servizi a loro dedicati. La semplice moltiplicazione di servizi per la disabilità, pur rispondendo alla domanda del *prendersi cura*, di per sé non è garanzia di un'attenzione al tema dell'appartenenza sociale delle persone che li abitano. Sono le stesse persone con disabilità e i loro familiari, oggi sempre più consapevoli degli effetti sfavorevoli della loro condizione sul piano della partecipazione alla vita sociale, a domandare ai servizi *altro* rispetto a quella *semplice* cura della persona che ha storicamente caratterizzato l'esistenza dei servizi per la disabilità, a domandare che i servizi operino anche per rimuovere quegli ostacoli che non consentono «la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società». Ma per dare dignità a queste richieste, occorrerebbe iniziare a interrogarsi su quanto i linguaggi utilizzati dagli operatori, o le loro modalità per relazionarsi con le persone con disabilità, siano il frutto di rappresentazioni che rimandano a una visione che riconosce l'*adulthood* delle persone con cui si lavora, aprendosi così alla necessità di operare in senso inclusivo, per consentire loro di poter vivere la condizione adulta nelle sue diverse dimensioni. E contemporaneamente domandarsi quanto, invece, linguaggi e modi di relazionare degli operatori rimandino a rappresentazioni cristallizzate e limitanti, che tendono a *infantilizzare* per un tempo indefinito quelle stesse persone, come se esse non potessero mai crescere per tutto il tempo — a volte quasi una vita intera — che vivranno all'interno dei servizi, se non del servizio stesso. Questo modo di riconoscere e trattare le persone con disabilità adulte come eterni bambini è ben evidente nelle routine organizzative che perpetuano all'infinito le stesse proposte, nell'enfatizzazione del rapporto educativo individualizzato, in semplici gesti come tenere la loro mano quando si esce sul territorio, nella scarsa o nulla partecipazione concessa alla persona con disabilità in fase di progettazione. Così come nel pensare che il proprio ruolo professionale e la progettualità dei percorsi e degli interventi si esauriscano nelle mura del servizio e nella cura della persona, non riconoscendo il ruolo che il contesto territoriale, che ospita

il servizio, può giocare in senso evolutivo e inclusivo, ma anche in senso opposto.

I servizi di fronte alla sfida inclusiva

A sette anni dalla firma della Convenzione e a quattro dalla ratifica da parte dell'Italia, l'impressione è che i diversi attori facciano fatica, se non resistenza, a raccogliere questa sfida per ricercare delle risposte agli interrogativi sollevati. Emerge la difficoltà dei servizi ad abbandonare un'ottica prevalentemente medico-diagnostica e riabilitativa, solo in parte mitigata dal ricorso a modelli in grado di recuperare — sia pure in chiave adattiva e non inclusiva — una dimensione sociale all'intervento (l'assimilazione, la compensazione, la normalizzazione e la valorizzazione dei ruoli sociali). L'idea prevalente sembra quella che vede la persona con disabilità come bisognosa di cure per renderla il più possibile vicina alla norma, optando per i processi di razionalizzazione e standardizzazione dell'intervento, anziché la ricerca di nuovi percorsi in grado di promuovere partecipazione, cittadinanza e senso di appartenenza ai contesti sociali, ovvero, inclusione.

La prospettiva inclusiva mette perciò i servizi per la disabilità di fronte a un bivio: continuare lungo i consueti binari del modello medico-diagnostico o accettare la sfida e rimettersi in gioco, avviando un processo in cui servizi e operatori pongano in discussione il proprio ruolo, le idee e i modelli di approccio alla disabilità e le prassi utilizzate, per rinnovarli in chiave inclusiva.

In questo senso, il ruolo di chi gestisce i servizi per la disabilità può essere rivisto in un'ottica ecologica delle relazioni e dei contesti, per comprenderne potenzialità e limiti nei processi di influenzamento degli attuali equilibri che regolano la vita sociale. Occorre partire dalle idee, perché attraverso i pensieri, le idee e la loro traduzione in linguaggi si costruiscono la realtà, il mondo e la sua cultura; sono le idee a influenzare i comportamenti individuali e collettivi, la definizione dei problemi, le ipotesi e le scelte su come affrontarli, con effetti diretti sulla qualità della vita delle persone. Se guardiamo alle nostre spalle, possiamo vedere che nel passato i grandi mutamenti alle idee che orientavano le politiche di welfare sono partiti spesso proprio dai servizi e dagli operatori che al loro interno vi lavoravano.

Il processo che, a partire dalla fine degli anni Settanta, ha rimodellato non solo il nostro welfare e la sanità pubblica, ma anche gli approcci culturali e d'intervento alla disabilità e al disagio psichico, è stato avviato anche grazie alla capacità di servizi e operatori di cogliere, riconoscere e dare voce alle nuove domande espresse dalla società, ricercando e difendendo nuovi

modelli e ipotesi per spiegare la natura del disagio sociale, sperimentando nuove strategie, metodologie e azioni in grado di dare risposte adeguate a queste domande.

Decostruire le idee sulla disabilità

La prospettiva inclusiva implica la decostruzione di alcune idee, che oggi definiscono la rappresentazione della disabilità, a vantaggio di idee in grado di costruire rappresentazioni che possano favorirne l'inclusione.

Un buon punto di partenza, per chi tra i servizi e gli operatori voglia raccogliere la sfida inclusiva, può essere quello di interrogarsi su alcune questioni di fondo, quali ad esempio quelle di seguito elencate.

- ◆ Che idee abbiamo del concetto d'inclusione sociale? Come lo traduciamo nelle pratiche quotidiane?
- ◆ Cosa generiamo — attraverso la nostra presenza nei territori e il nostro modo di operare — dal punto di vista culturale?
- ◆ Cosa comunichiamo all'esterno e quale immagine restituiamo al territorio delle persone con disabilità e del loro ruolo sociale?
- ◆ L'utilizzo di strumenti diagnostici e di classificazione della disabilità fondata su aspetti normativi possono ancora essere i principali riferimenti da cui avviare una progettazione di tipo educativo-formativo?
- ◆ Quanto la razionalizzazione dei servizi induce il formarsi di una cultura della parcellizzazione, dove i servizi acquisiscono un'identità ambulatoriale e gli operatori un'identità specialistica, con il rischio di perdere di vista la globalità della persona e la necessità di considerare il suo contesto di vita e le reti relazionali?
- ◆ Quanto la standardizzazione degli interventi e dei percorsi progettuali rischia di creare nuove forme di istituzionalizzazione e di emarginazione, dove le traiettorie di vita sono predefinite e immodificabili, come autostrade senza uscite, all'interno di una filiera che accompagna le persone nelle varie fasi della vita?
- ◆ È sufficiente occuparsi della persona con disabilità per aiutarla a colmare la sua situazione deficitaria attraverso interventi di riabilitazione, educazione, apprendimento, formazione, addestramento, oppure occorre considerare la necessità di pensare a nuovi modelli di servizi che — accanto a quanto già viene fatto — ricerchino e sperimentino nuove progettualità finalizzate all'inclusione della persona con disabilità come cittadino appartenente a una comunità?
- ◆ Quale ruolo intendono giocare servizi e operatori in questa partita? Quali responsabilità sono in grado di accogliere? Concretamente, cosa significa agire in chiave inclusiva?

Per quanto le domande poste non siano semplici e probabilmente non esauribili in maniera definitiva, è possibile abbozzare qualche risposta, proponendo alcune riflessioni sviluppate sul campo, all'interno di esperienze maturate nella gestione diretta di servizi per adulti con disabilità intellettiva e relazionale e dal confronto che l'avvento della Convenzione ONU ha generato all'interno di Anffas, avviando nel 2010 la ricerca-azione tra i servizi a marchio Anffas presenti in Lombardia.

Il problema è la persona con disabilità o la società?

Una prima riflessione riguarda l'evidenza che il nodo della progettazione individualizzata — e quindi dell'organizzazione dei servizi alla persona — non può rimanere estraneo rispetto al processo di cambiamento imposto dalla prospettiva inclusiva. Anzi, proprio dal sistema dei servizi alla persona — in quanto insieme di luoghi *abitati* da persone con disabilità e con diversi livelli di complessità, da operatori, da familiari, ma anche in diretto contatto con il sistema istituzionale (statale, regionale e territoriale) che imposta e governa i processi di sviluppo delle comunità — devono provenire esperienze di ricerca, confronto e sperimentazione che consentano di precisare e definire contenuti, metodologie e livelli di qualità riconoscibili come indicatori di processi inclusivi.

Il primo passo che i servizi potrebbero intraprendere è quello di spostare l'attenzione sulle proprie gestioni per indagare su come sono tradotte, estese o contenute le indicazioni — presenti o assenti — degli standard normativi o dei protocolli d'intervento, avviando un percorso in cui i servizi s'interrogano su quali sono le idee, le culture, le teorie — esplicite o implicite — che presiedono l'organizzazione dei servizi. Rileggano le scelte progettuali e operative, le prassi e le relazioni tra servizio, operatori, persone con disabilità e loro familiari, i legami e le progettualità con il territorio, per comprendere quanto la combinazione di tutti questi elementi definisca l'apertura o la chiusura ai processi inclusivi, incidendo sulla qualità di vita delle persone con disabilità e dei loro familiari. Non basta, infatti, parlare genericamente di qualità della vita delle persone di cui ci occupiamo se contemporaneamente non valutiamo anche gli effetti del nostro intervento al di fuori delle mura del servizio, se non riflettiamo su quali possono essere le formule organizzative idonee a promuovere inclusione, se non ricerchiamo i metodi per promuovere e concretamente praticare il coinvolgimento della persona con disabilità nel suo progetto di vita, anche se essa si trova in situazioni di disabilità complessa. Questo primo passo è da ritenersi essenziale, perché è quello che può aiutare, chi gestisce i servizi per la disabilità

e chi vi opera, a superare il guado che separa due modelli di pensiero circa il ruolo da assumere.

Il primo è il modello che vede la persona con disabilità come *un problema per la società*, un problema da affrontare in luoghi specializzati, attraverso cure e riabilitazione, dove gli operatori — in quanto specialisti del problema — risultano essere i protagonisti.

Il secondo è il modello di pensiero proposto dalla prospettiva inclusiva: *la società è un problema per le persone con disabilità*, in quanto la discriminazione mette a rischio il pieno godimento dei loro diritti e i protagonisti sono le persone con disabilità, le famiglie e le diverse forme associative che le rappresentano. In quest'ottica, per i servizi non è sufficiente occuparsi della persona con disabilità per aiutarla a colmare la sua situazione deficitaria, ma occorre che essi ricerchino e sperimentino nuove progettualità finalizzate all'inclusione della persona con disabilità come cittadino appartenente a una comunità. I servizi, proprio perché in possesso di competenze e conoscenze utili ad affrontare le problematiche legate alle disabilità, sono i soggetti che più e meglio di altri possono diventare attivatori di quei processi sociali necessari a creare senso di appartenenza, coesione e inclusione sociale, accompagnando il contesto a entrare in contatto e a saldare legami sociali e relazioni positive con le persone che vivono situazioni di disabilità.

Il ruolo di servizi e operatori in questa partita è fondamentale, perché sono loro ad avere maggiori potenzialità per innescare circuiti di esperienze inclusive. Significa andare oltre l'erogazione dei servizi alla persona, per assumere un ruolo di responsabilità all'interno di possibili processi inclusivi, con il fine ultimo di rendere *la realtà della disabilità* una delle tante che interagisce con altre realtà. Occorre, per questo, rileggere il proprio modo di gestire e operare, ma anche investire sulle professionalità: servono operatori inclusivi, sia nel modo di pensare sia di agire, non più specialisti e prescrittori, ma punti di sostegno e riferimento nei processi evolutivi della persona, mediatori tra bisogni e istanze all'interno dei sistemi relazionali dove agiscono attori e contesti differenti: persone, gruppi, organizzazioni, istituzioni, servizi. Quindi, operatori in grado di promuovere e agevolare relazioni positive, occasioni di incontro e condivisione di esperienze, assumendo come punto di riferimento la necessità di spostare l'attenzione all'esterno dei servizi e di iniziare a fare azione nel territorio. Assumere all'interno dei servizi la prospettiva inclusiva significa quindi domandarsi come agire nei confronti della società e dei territori per renderli inclusivi, cioè capaci di dare concretezza al diritto di cittadinanza di tutte le persone, indipendentemente dalla loro condizione.

La necessità di progettazioni dialogiche

Questa scelta implica due livelli d'azione, diversi ma complementari, che possono aiutare nella difficile ricerca di percorsi inclusivi all'interno dei servizi: quello dell'*azione nel territorio* e quello della *professionalità*. Fare azione nel territorio per promuovere inclusione significa essenzialmente essere i soggetti del cambiamento culturale e sociale, laddove i servizi per la disabilità sono presenti, acquisendo un ruolo che sappia trasformarli in punto di riferimento non solo per le persone con disabilità e le famiglie, ma anche per altre realtà e servizi, cittadini, associazioni, costruendo e mantenendo reti di raccordo e, se necessario, di coordinamento, ricercando strategie in grado di generare forme di collaborazione utili a promuovere partecipazione, cittadinanza, appartenenza, benessere collettivo. In quest'ottica, occorre considerare che prendersi cura di qualcuno — nel nostro caso, la persona con disabilità — significa comprendere quanto l'ambiente sociale in cui si opera e la qualità delle relazioni che in esso si sviluppano siano determinanti nel costruire esclusione e disagio piuttosto che inclusione e benessere e, pertanto, acquisire la consapevolezza che occorra agire anche su questi versanti. I servizi per la disabilità dovrebbero allargare l'attenzione sulla comprensione dei meccanismi d'influenzamento esterni esercitati sul proprio modo di funzionare, al fine di ricercare strategie d'interazione innovative in grado d'influenzare le realtà esterne in una direzione utile a promuovere inclusione. Questo è, per altro, un passaggio obbligato, una scelta per tutelare non solo i soggetti di cui ci si prende cura, ma anche i servizi e gli operatori stessi, per evitare l'asfissia di una relazione dalla durata illimitata e dai contorni simbiotici e totalizzanti, per impedire di rimanere stritolati tra le mura di un luogo entro cui si è delegati a contenere e controllare, magari elegantemente, quanti non risultino al passo con le aspettative di adattamento e normalizzazione. Questo passaggio richiede il saper abbandonare — o per lo meno relativizzare — approcci di progettazione esclusivamente votati alla razionalizzazione dei servizi o alla normalizzazione della persona con disabilità, per aprirsi a modelli progettuali in cui la finalità è quella di promuovere processi emancipativi e inclusivi, attivando e rinforzando le potenzialità delle persone e dei contesti sociali. La sfida inclusiva, in pratica, chiede ai servizi di privilegiare nuove e diverse forme di progettualità, di tipo dialogico e partecipativo, che prestino attenzione alla promozione di relazioni, all'incontro tra persone e realtà differenti, privilegiando la ricerca e la costruzione di significati nuovi e condivisi da trasferire nel rapporto sia tra i singoli sia tra i contesti, sostenendo le comunità nei processi inclusivi e valorizzandone le competenze nel costruire esperienze in grado di creare appartenenze. Ciò è tanto più urgente in un contesto sociale dove l'indivi-

dualismo e la spersonalizzazione portano a una rarefazione della socialità, a un deficit di relazioni e all'indebolimento dei legami che garantiscono la coesione sociale e il senso di appartenenza alle comunità, favorendo invece quelle solitudini che le persone con disabilità e le loro famiglie conoscono — purtroppo — molto bene.

Dalla cura della persona alla cura del territorio

Agire sul territorio significa che i servizi sappiano immaginarsi all'interno di una doppia dimensione entro cui poi agire: la dimensione del servizio come *luogo sociale*, aperto al territorio e disponibile a mettere a disposizione le *proprie mura* e la competenza delle persone che *le abitano*, promuovendo attività, esperienze, occasioni di conoscenza, confronto e realizzazione di progetti comuni. La dimensione di *soggetto che vive il territorio*, ricercando le occasioni promosse da altri soggetti sociali per parteciparvi, stringendo legami di cooperazione, partecipando alla realizzazione di iniziative e progetti. Concretamente, per i servizi significa creare occasioni d'incontro, confronto, scambio, conoscenza, condivisione e dialogo, in grado di coinvolgere le realtà del territorio attraverso proposte che sappiano creare le condizioni ideali per la costruzione di relazioni positive. Ponendo l'accento non sulla condizione di disagio, ma sulla ricerca di un benessere comune attraverso esperienze reali, condivise e partecipative: dall'organizzazione di momenti d'intrattenimento o socializzazione, alla realizzazione di progetti comuni, occupando e abitando i luoghi sociali, trasformando il servizio da luogo di cura a luogo sociale, a disposizione della comunità, dove ogni partecipante possa sperimentarsi in un ruolo attivo e socialmente riconosciuto, dove la realtà della disabilità sia una delle tante che interagisce con altre realtà, e dove l'accento non venga posto necessariamente sulla condizione di disagio, ma sulla ricerca di un benessere comune. Fare tutto questo non significa rinnegare il percorso che faticosamente dagli anni Sessanta ha caratterizzato i servizi per la disabilità, e nemmeno buttare a mare quanto oggi è stato svolto. Si tratta, invece, di ricercare quei piccoli cambiamenti nel modo di pensare e di gestire servizi, strutture, interventi, pratiche e attività, affinché essi acquisiscano un valore inclusivo e... senza costi aggiuntivi, perché cambiare il modo di pensarsi costa fatica, ma non richiede nuove risorse. Dobbiamo pensare a un rovesciamento del paradigma di riferimento: dedicarci alla cura del territorio per far star bene la singola persona.

Il secondo livello su cui agire è quello della *professionalità*. In un'ottica inclusiva, garantire la professionalità all'interno dei servizi deve risultare il punto di partenza, e non di arrivo. È il livello minimo da garantire per andare oltre l'erogazione di servizi e promuovere percorsi che consentano un reale

miglioramento nella qualità di vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie. È ciò che permette il passaggio da una visione di risposta parcellizzata o di risposta all'emergenza del problema a una visione progettuale e di lungo termine. Il rischio cui oggi assistiamo è che l'operatore si costruisca nicchie di sopravvivenza nelle mura del proprio servizio o affidandosi agli *specialisti* o agli *specialismi* e, quindi, all'assunzione di un ruolo a responsabilità limitata, dove il campo delle competenze specialistiche e dei protocolli delimita lo spazio entro cui intervenire. Per questo, occorre che i servizi forniscano agli operatori degli *antidoti alla routine*, quella routine a volte pesante e difficile da sostenere perché profondamente e subdolamente innestata nel quotidiano, scandito da procedure, atti predefiniti e ritualizzati che spesso producono demotivazione. Ai servizi necessitano professionalità che sappiano non solo fornire prestazioni, ma anche riconoscere la complessità dell'azione inclusiva e occupare il proprio ruolo in un processo più ampio e complesso, con un'attenzione a cogliere e rimuovere gli ostacoli che frenano o impediscono i processi inclusivi. Come detto per i servizi, anche gli operatori non dovrebbero limitare il loro ruolo ai gesti *riabilitativi* e *rieducativi*, ma ampliarlo a quello di promotori e facilitatori di processi sociali all'interno del territorio in cui è ospitato il servizio, costruendo contesti dialogici finalizzati a suscitare l'interesse e a mobilitare risorse e competenze dei diversi attori con cui si condivide il territorio. Questo potrebbe essere un modo per andare oltre l'erogazione dei servizi alla persona e affrontare la questione della standardizzazione in maniera non limitante, promuovendo accanto alla *cura* l'attenzione a ricercare o creare occasioni di inclusione sociale o di sensibilizzazione dentro e fuori le strutture. Occorre, in questo senso, che gli operatori dei servizi per la disabilità allentino i legami — sino ad abbandonarli — con i modelli progettuali che chiedono alle persone di *normalizzarsi adattandosi al modello*, a favore di una progettualità che *si adatti alle persone*, rimettendole finalmente al centro dell'attenzione o, meglio, mettendo al centro le relazioni tra esse e le comunità di appartenenza.

Operatori tessitori di relazioni

Essere operatori inclusivi significa essere *operatori tessitori di relazioni*, in grado di promuovere e facilitare scambi e concrete opportunità di esperienze comuni tra le persone che vivono dentro/attorno ai servizi e le persone che vivono nel contesto a cui il servizio appartiene.

Ciò implica il saper rivolgere non solo lo sguardo, ma anche la propria azione, fuori dal servizio, vuol dire promuovere occasioni d'inclusione sociale e di sensibilizzazione attraverso la costruzione di esperienze e contesti dove relazionarsi, annodando reti informali che coinvolgano in progetti concreti

e di varia natura i semplici cittadini, le istituzioni, le scuole, gli oratori, i centri giovanili e i centri per anziani, la cooperazione sociale, le associazioni, i gruppi informali, le biblioteche, i luoghi della relazione, dello svago, della cultura. Significa creare occasioni dove poter star bene insieme.

Ne consegue, per i servizi, la necessità d'investimenti culturali, attraverso formazione, forme di scambio e confronto, per consentire agli operatori di far propri i valori insiti nel concetto di diritto di cittadinanza, di recuperare la dimensione sociale del proprio ruolo, di acquisire o valorizzare quelle competenze che travalicano l'aspetto strettamente tecnico e permettono di diventare *anche* operatori inclusivi, ristabilendo quei connotati tipici dell'azione sociale che la standardizzazione rischia di soffocare. Gli operatori devono, perciò, essere accompagnati e formati in modo che acquisiscano una professionalità in grado di assumere il rischio insito nel lavorare per l'inclusione sociale: accettare l'incerto abbandonando il certo, affrontare il difficile anziché il facile, accogliere la sfida al cambiamento al posto della routine rassicurante, perché l'inclusione è precisa nella sua definizione, ma molto meno lo è nella sua realizzazione. È per questo che occorre abbandonare la sicurezza delle mura del servizio e della relazione duale operatore/utente, per andare nel mondo reale ad abitare i luoghi di vita delle comunità. È il primo ineludibile passo per incontrare e conoscere i contesti entro cui promuovere inclusione, riannodando le maglie delle reti sociali e valorizzando il potere delle relazioni e del capitale umano e sociale, senza cui nessuna inclusione è possibile.

Bibliografia

- Biggeri M. e Bellanca N. (a cura di) (2011), *L'approccio delle capability applicato alla disabilità: Dalla teoria dello sviluppo umano alla pratica. Dossier n. 3, «Umanamente»*, Arezzo, UCOPED.
- Medeghini R., D'Alessio S., Marra A., Vadalà G. e Valtellina E. (2013), *Disability Studies: Emancipazione, inclusione scolastica e sociale, cittadinanza*, Trento, Erickson.
- Medeghini R. e Valtellina E. (2006), *Quale disabilità?: Culture, modelli e processi d'inclusione*, Milano, FrancoAngeli.
- Nussbaum M.C. (2007), *Le nuove frontiere della giustizia: Disabilità, nazionalità, appartenenza di specie*, Bologna, il Mulino.
- Organizzazione delle Nazioni Unite (2006), *Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità*, New York, Assemblea Generale ONU, <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconve.pdf>.
- Sen A. (2000), *Lo sviluppo è libertà: Perché non c'è crescita senza democrazia*, Milano, Mondadori.

Scheda 8.1 – La riforma della disabilità: tra autodeterminazione e inclusione⁸

Francesca Megni e Daniela Salvinelli (Università Cattolica di Brescia)

La riforma in materia di disabilità attuata con il D.Lgs. 62/2024 segna una svolta significativa nella legislazione italiana, configurandosi come una riforma globale finalizzata a migliorare la qualità della vita delle persone con disabilità.

La nuova normativa ha ufficialmente sancito il Progetto di Vita Individuale come strumento centrale per garantire un percorso personalizzato, partecipato e inclusivo. Questa riforma ha segnato un cambiamento culturale e legislativo importante, consolidando la Vita Indipendente non solo come un principio ideale, ma come un diritto civile e sociale effettivamente riconosciuto e tutelato.

Il D.Lgs. 62/2024 interviene definendo con maggiore chiarezza la condizione di disabilità, la valutazione di base e l'accomodamento ragionevole; disciplina, inoltre, la valutazione multidimensionale che, attraverso un approccio integrato e partecipato, consente di elaborare e attuare un Progetto di Vita individuale personalizzato, mirato a rispondere alle specifiche esigenze di ciascun individuo. Il D.Lgs. 62/2024 è entrato in vigore il 30 giugno 2024, ma la sua applicazione non è stata immediata.

Solo a partire dal 1° gennaio 2027 la riforma entrerà a pieno regime su tutto il territorio nazionale, in modo uniforme e definitivo. Nel frattempo, resta garantita la validità dei diritti e delle prestazioni già riconosciuti con le regole precedenti, così da assicurare continuità senza interruzioni per i cittadini interessati.

La nuova definizione di disabilità

La definizione di «persona con disabilità» introdotta dal D.Lgs. 62/2024 si collega strettamente ai principi della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (ratificata dall'Italia con la Legge 18/2009) e riflette un cambiamento fondamentale nella comprensione della condizione di disabilità.

Il Decreto aggiorna la definizione di persona con disabilità prevista dalla Legge 104/1992 definisce la condizione di disabilità come «una duratura compromissione fisica, mentale, intellettiva, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri» (art. 3).

Si abbandona in questo modo il modello medico tradizionale, che vedeva la disabilità esclusivamente come una limitazione fisica o mentale, per adottare il modello bio-psico-sociale, già sancito dalla Convenzione ONU, che

⁸ Tratto da Raineri M.L. e Corradini F. (2026), *Linee guida e procedure di servizio sociale* (5ª ed.), Trento, Erickson (si veda il Capitolo 6).

promuove una visione basata sui diritti umani e considera la disabilità come il risultato dell'interazione tra l'individuo e il contesto ambientale, riconoscendo l'accessibilità e la rimozione delle barriere quali elementi essenziali per garantire pari opportunità.

L'art. 4 prevede una revisione terminologica e sostituisce, ovunque ricorrano, alcune parole o locuzioni: la parola «handicap» è sostituita da *condizione di disabilità*; le parole «persona handicappata», «portatore di handicap», «persona affetta da disabilità», «disabile» e «diversamente abile» sono sostituite da *persona con disabilità*.

Un approccio più rispettoso e centrato sulla persona si riflette nell'eliminazione di espressioni come connotazione di gravità e disabile grave, sostituite da formulazioni come necessità di sostegno elevato o molto elevato e persona con necessità di sostegno intensivo.

Si passa pertanto da una logica che etichettava la disabilità in termini di gravità a una prospettiva basata sui bisogni di supporto specifici, sottolineando le necessità piuttosto che il livello di compromissione.

Il Progetto di vita

Il Progetto di vita è uno strumento pensato per accompagnare la persona con disabilità nel percorso di valorizzazione delle proprie capacità e nel raggiungimento di una maggiore autonomia. Si propone di costruire un percorso personalizzato, che tenga conto dei bisogni, delle aspirazioni e delle potenzialità di ciascuno, coinvolgendo attivamente la persona stessa e la rete familiare, sociale e professionale di riferimento. Attraverso il Progetto di vita, si favorisce l'inclusione sociale, il benessere e la partecipazione attiva della persona nella comunità.

Già l'articolo 14 della Legge 328/2000 aveva introdotto nel nostro ordinamento lo strumento del progetto individuale, concepito come un insieme coordinato di interventi sociali, sanitari, socio-sanitari ed educativi pensati per la persona con disabilità. Si trattò di una novità significativa, perché per la prima volta si riconosceva l'esigenza di un approccio unitario e personalizzato.

La norma prevedeva che fosse la persona con disabilità, o la sua famiglia, a richiederne la predisposizione, sottolineando quindi un certo grado di attenzione ai bisogni individuali.

L'articolo 14 della Legge 328/2000 ha rappresentato un passaggio innovativo e di trasformazione nel sistema dei servizi, poiché ha introdotto la logica del «progetto» e il principio del coinvolgimento diretto della persona. Tuttavia, la sua concreta applicazione ha incontrato difficoltà, con esiti spesso frammentati e con un livello di partecipazione della persona non sempre effettivamente garantito.

Con il D.Lgs. 62/2024 si compie un passo significativo: il progetto non è più solo un diritto da riconoscere, ma diventa uno strumento concreto per sostenere il percorso di vita della persona con disabilità. Il decreto introduce il concetto

di «Progetto di vita», che supera il tradizionale «progetto individuale» e pone al centro la persona stessa, coinvolgendola attivamente nella definizione degli obiettivi e nelle fasi di attuazione, monitoraggio e aggiornamento.

Rispetto ai limiti della legge 328/2000, il D.Lgs. 62/2024 rafforza il carattere vincolante del progetto, ne garantisce l'effettività e promuove una maggiore uniformità di applicazione sul territorio. Allo stesso tempo, inserisce il Progetto di vita in un quadro coerente con la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, valorizzando il diritto all'inclusione sociale e alla vita indipendente. In questo modo, il Progetto di vita si configura come il mezzo attraverso il quale la persona con disabilità esercita la propria autodeterminazione e diventa protagonista delle scelte che riguardano il proprio futuro.

L'art. 18 del D.Lgs. 62/2024, definisce le finalità del progetto, le modalità di costruzione e i soggetti coinvolti, garantendo così un quadro normativo chiaro e vincolante.

Ogni persona con disabilità, in possesso della certificazione che ne attesti i bisogni specifici, acquisisce il diritto di richiedere il Progetto di vita. La legge stabilisce inoltre che gli enti e le istituzioni competenti abbiano l'obbligo di informare la persona su questa possibilità, assicurando così non solo un diritto formale, ma anche la concreta possibilità di esercitarlo.

Il Progetto di vita	
Finalità	Migliorare le condizioni di vita e di salute della persona con disabilità, favorendone l'inclusione e la partecipazione sociale.
Contenuti	Definisce strumenti, risorse, interventi, servizi e accomodamenti ragionevoli per superare barriere e sostenere la partecipazione nei diversi ambiti di vita (scolastico, abitativo, lavorativo, sociale). Include anche misure di contrasto a povertà ed esclusione e sostegni a familiari e caregiver.
Titolarità	La persona con disabilità è protagonista del progetto: ne richiede l'attivazione, partecipa alla definizione dei contenuti e può chiederne modifiche in base a desideri e bisogni personali.
Continuità	Il progetto deve essere sostenibile nel tempo, garantendo la continuità di strumenti, risorse e servizi, nel rispetto dell'autonomia della persona.
Garanzia istituzionale	Stato, Regioni ed Enti Locali assicurano l'effettività e l'omogeneità del progetto, indipendentemente dall'età o dalle condizioni personali.

Il Progetto di vita è:

- *Individuale*. Non può essere basato su modelli standardizzati o generici, ma deve essere costruito su misura, tenendo conto dei bisogni specifici

di sostegno, delle caratteristiche personali e delle aspirazioni di ciascuna persona.

- *Personalizzato*. Deve promuovere il pieno sviluppo della persona nei contesti di vita che essa stessa sceglie, sulla base dei suoi desideri, aspettative e preferenze, rispettando e valorizzando la sua identità e le sue caratteristiche uniche.
- *Partecipato*. La persona deve essere coinvolta attivamente in ogni fase del progetto, dall'elaborazione, all'attuazione, al monitoraggio e alla verifica. Questo approccio riflette il principio di partecipazione sancito dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, secondo cui ogni persona ha il diritto di prendere parte attivamente alle decisioni che riguardano la sua vita, con il supporto a ciò necessario.

Budget di progetto

L'attuazione del Progetto di vita è sostenuta dal budget di progetto, che ne costituisce parte integrante e viene definito come l'insieme «delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali» (art. 28, D.Lgs. 62/2024).

Il budget di progetto viene predisposto seguendo i principi della co-programmazione e della co-progettazione con gli enti del Terzo settore, garantendo l'integrazione delle risorse e degli interventi pubblici, nonché, se disponibili, di quelli privati.

Questo metodo garantisce la partecipazione dei soggetti che operano sul territorio, promuovendo soluzioni condivise e ottimizzando le risorse disponibili. L'integrazione tra interventi pubblici e privati, inoltre, favorisce una gestione più efficiente e sinergica, migliorando la qualità e l'efficacia delle risposte ai bisogni delle persone.

Il budget di progetto, concepito come strumento flessibile e dinamico, risponde all'esigenza di adattarsi ai bisogni in continua evoluzione delle persone e dei contesti. La possibilità di integrare, ricomporre o riconvertire risorse pubbliche e private garantisce una gestione più efficiente e mirata, consentendo di ottimizzare i fondi disponibili e promuovere interventi personalizzati e sostenibili.

La persona con disabilità può partecipare volontariamente alla costruzione del budget conferendo risorse proprie, nonché valorizzando supporti informali. Resta ferma la disciplina della compartecipazione al costo per le prestazioni che la prevedono.

Può inoltre autogestire il budget, con l'obbligo di rendicontare secondo le modalità, i tempi, i criteri e gli obblighi di comunicazione stabiliti nel progetto. La possibilità per la persona con disabilità di contribuire volontariamente al budget con risorse proprie e supporti informali, insieme alla facoltà di gestirlo

in autonomia, rappresenta un'importante opportunità di autodeterminazione e valorizzazione delle proprie capacità.

I Centri per la Vita Indipendente

I Centri per la Vita Indipendente (CVI) in Italia sono servizi organizzati e finanziati principalmente a livello regionale o locale. Ogni regione può avere le sue regole, linee guida, criteri di accesso e modalità di funzionamento.

I Centri per la Vita Indipendente (CVI) sono servizi territoriali che fungono da punto di riferimento per attività informative e di promozione culturale riguardanti la disabilità. Il loro scopo principale è orientare e sostenere le persone con disabilità nella definizione del proprio Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

Bibliografia

Decreto legislativo 3 maggio 2024 n. 62, *Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato*, GU n. 111 del 14 maggio 2024.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2009), *La convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*.

Palmas F. e Espa M. (2025), *Progetto di Vita. Domande e risposte. Normative, applicazioni e buone prassi*, Trento, Erickson.

Turati M. e Pozzi M. (2024), *Progetto di vita e disabilità passo dopo passo. Metodo e strumenti operativi*, Trento, Erickson.

Vivaldi E. (2025), *Il progetto di vita della persona con disabilità dal PNRR al decreto legislativo 62/2024*, Pisa, University Press.

La violenza contro le donne e la Convenzione di Istanbul²⁴

Christina Olsen (Segreteria del meccanismo di monitoraggio della Convenzione di Istanbul)

La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, nota come Convenzione di Istanbul, costituisce lo strumento giuridico più avanzato di tutela delle donne contro le violenze. Questo riconoscimento deriva innanzitutto dal fatto che la Convenzione trae spunto dai previ sviluppi in materia e dagli standard preesistenti a livello internazionale e regionale.

La Convenzione di Istanbul definisce la violenza sulle donne come una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione. Questa discriminazione è riconosciuta come un fenomeno strutturale, una realtà profondamente radicata nelle nostre società che ha contribuito a strutturarle e a costruire nel tempo le relazioni sociali tra donne e uomini. Nel preambolo della Convenzione si legge che la violenza è «una manifestazione dei rapporti di forza storicamente diseguali tra i sessi, che hanno portato alla dominazione sulle donne e alla discriminazione nei loro confronti da parte degli uomini e impedito la loro piena emancipazione» e che «la violenza contro le donne è uno dei meccanismi sociali cruciali per mezzo dei quali le donne sono costrette in una posizione subordinata rispetto agli uomini».

La Convenzione: articoli e innovazioni

Uno dei principali postulati della Convenzione di Istanbul è il seguente: l'ineguaglianza tra donne e uomini è causa e conseguenza della violenza. Per questo è importante promuovere una maggiore uguaglianza e rimuovere i fattori che continuano a impedire alle donne il pieno esercizio dei loro diritti. A questo principio si riallacciano gli obblighi previsti all'articolo 4 della Convenzione — secondo il quale gli Stati Parti «condannano ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne e adottano senza indugio le misure legislative e di altro tipo necessarie per prevenirla» —, nonché quelli sanciti all'articolo 6 che esigono da questi che si impegnino «a inserire una prospettiva di genere nell'applicazione e nella valutazione dell'impatto delle disposizioni della Convenzione e a promuovere e attuare politiche efficaci volte a favorire la parità tra le donne e gli uomini e l'emancipazione e l'autodeterminazione delle donne». Il capitolo 3 della Convenzione è imperniato

²⁴ Pubblicato in «Lavoro Sociale», vol. 19, n. 4, 2019, pp. 31-35.

su questo principio e sulla necessità di promuovere a ogni livello della società «i cambiamenti nei comportamenti socio-culturali delle donne e degli uomini, al fine di eliminare pregiudizi, costumi, tradizioni e qualsiasi altra pratica basata sull'idea dell'inferiorità della donna o su modelli stereotipati dei ruoli delle donne e degli uomini». Tutti i membri della società, uomini e ragazzi inclusi, hanno un ruolo attivo da svolgere nel prevenire la violenza. Partendo dal presupposto che per «genere» si deve intendere l'insieme dei «ruoli, comportamenti, attività e attributi socialmente costruiti che una determinata società considera appropriati per donne e uomini», la Convenzione di Istanbul definisce la violenza contro le donne quale violenza basata sul genere. La nozione di «genere» offre una chiave di lettura essenziale e innovativa per capire perché gli Stati membri del Consiglio d'Europa hanno sviluppato uno strumento specificamente dedicato alle donne. La Convenzione di Istanbul non è insensibile al fatto che anche gli uomini e i ragazzi possono essere vittime, in particolare di violenza domestica. Tuttavia, ogni donna corre un rischio più elevato di subire violenze per il semplice fatto di essere donna. Inoltre, la dinamica di genere che sottende la violenza contro le donne richiede di elaborare delle strategie e delle risposte specifiche, volte a intaccare i meccanismi di genere che la perpetuano.

La Convenzione di Istanbul offre uno strumento potente per identificare la violenza in tutte le sue manifestazioni, non solo fisica, ma anche psicologica, illuminando le molteplici sfaccettature che assume la violenza domestica (fisica, sessuale, psicologica o economica). Affronta anche il tema della relativizzazione della violenza, bandendo ogni giustificazione basata sulla cultura, gli usi e costumi, la religione, le tradizioni o il cosiddetto «onore». Un elemento di novità è la definizione di violenza sessuale. Riguardo a questa, la Convenzione rimette in questione la pratica legislativa molto diffusa volta a circoscriverla ai casi dove la violenza è stata inferta con l'uso della forza o di minacce o di simili espedienti e pone invece al centro l'assenza del libero consenso della donna. Un concetto semplice ma che richiede di rivedere in profondità il modo in cui la società concepisce le relazioni sessuali tra donne e uomini.

Il monitoraggio

La Convenzione predispone un meccanismo di monitoraggio per verificare lo stato effettivo di applicazione. Questo meccanismo poggia sull'operato di due organi: il Gruppo di esperti sulla lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (GREVIO) e il Comitato delle Parti.

La prima tappa della procedura è volta a produrre un'analisi di tutte le misure prese dagli Stati Parti per conformarsi agli obblighi presi dalla Conven-

zione. L'analisi del GREVIO si nutre delle informazioni fornite dagli Stati in risposta a un questionario pubblico elaborato dal GREVIO, nonché dalle informazioni di ONG, istituzioni e fonti pubbliche rilevanti. Inoltre, il GREVIO ha deciso che, per il primo ciclo delle sue valutazioni, compirà una visita nei Paesi per constatare lo stato di attuazione *in situ*. L'esito di questa fase è la pubblicazione di un rapporto e dei commenti tramite i quali le autorità del Paese monitorato possono esprimere la loro posizione rispetto alle conclusioni del GREVIO.

A questo punto della procedura, interviene il Comitato delle Parti, che «può adottare, sulla base del rapporto e delle conclusioni del GREVIO, delle raccomandazioni rivolte alla suddetta Parte riguardanti le misure da adottare per dare attuazione alle conclusioni del GREVIO, se necessario fissando una data per la presentazione delle informazioni sulla loro attuazione, e miranti a promuovere la cooperazione con la suddetta Parte per un'adeguata applicazione della presente Convenzione» (art. 68). Il Comitato delle Parti, allora, rinforza le conclusioni del GREVIO e offre una piattaforma di scambio tra gli Stati Parti, dove questi possono condividere buone pratiche e sviluppare soluzioni a problematiche comuni.

L'ordine con il quale i Paesi sono monitorati dipende da una serie di fattori decisi dal GREVIO, tra cui rientra la data di ratifica della Convenzione e l'esistenza eventuale di una concomitante procedura di valutazione effettuata ai sensi di un altro strumento giuridico internazionale. Quando la prima procedura di monitoraggio verrà a compimento, la procedura di valutazione ulteriore sarà divisa in cicli, la cui durata sarà determinata dal GREVIO.

Le criticità

Alcuni punti critici comuni emergono dai primi rapporti finalizzati.

Innanzitutto, gli Stati Parti stentano a sviluppare delle politiche coordinate che: (1) coprano tutte le forme di violenza trattate dalla Convenzione; (2) tutelino tutti i gruppi di donne vittime in ugual modo e senza discriminazione; (3) si applichino in modo uniforme a tutti i livelli della politica e su tutto il territorio dei Paesi in modo omogeneo; (4) coinvolgano tutte le autorità, istituzioni e attori rilevanti della società civile in modo effettivo. Il GREVIO ha inoltre rilevato che le politiche non integrano sempre in modo sufficiente una prospettiva di genere. Questo si traduce in pratiche che non rispondono ai bisogni delle vittime e che le espongono a un rischio di vittimizzazione secondaria.

Un altro punto sensibile attiene all'insufficienza dei finanziamenti, con ricadute negative sul settore della società civile e le organizzazioni di donne che nella maggior parte dei Paesi gestiscono la rete di servizi specializzati per le

vittime e i loro figli. Finanziamenti carenti si osservano anche nell'ambito delle varie strutture pubbliche addette al trattamento dei casi di violenza. Per mancanza di fondi, queste non riescono sempre a organizzarsi in modo efficiente e a garantire una risposta tempestiva, adeguata e incentrata sul rispetto dei diritti umani delle vittime.

Sul tema della giustizia, i rapporti del GREVIO puntano al fatto che molte vittime non hanno accesso a un'informazione idonea riguardante i loro diritti e i rimedi giuridici a loro disposizione. Molte vittime inoltre non sono sufficientemente protette. Attitudini stereotipate e omissioni al dovere da parte degli agenti di polizia e dei servizi giudiziari portano a mancanze nelle indagini, pene inadeguate e alti tassi di assoluzione. Altri rischi di vittimizzazione secondaria derivano inoltre da difetti nelle procedure di valutazione dei rischi e dall'assenza di una collaborazione efficace tra i vari organi giudiziari competenti, in particolare la giustizia penale e quella civile. Il GREVIO ha identificato numerose debolezze riguardo agli ordini di allontanamento e di ingiunzione, sia perché le condizioni della loro applicazione sono molto restrittive sia perché i controlli restano aleatori. Il maggior numero di criticità riguarda l'applicazione delle leggi e dei dispositivi esistenti, tuttavia inadeguatezze persistono anche per quanto riguarda le leggi. Il GREVIO ha potuto osservare che in molti Paesi il reato di violenze sessuali non è configurato nel pieno rispetto della Convenzione che le configura come figure delittuose basate sull'assenza del consenso della vittima.

Possibilità future

Cinque anni dopo l'entrata in vigore avvenuta il 1° agosto 2015, la Convenzione di Istanbul risulta essere stata ratificata da 34 Paesi membri del Consiglio d'Europa e aver raccolto 12 firme, tra cui la firma dell'Unione Europea. Ad oggi si è rivelato uno strumento estremamente utile nell'individuare in ogni Paese membro le criticità in atto che ostacolano il contrasto alla violenza di genere in tutte le sue forme. Tuttavia, i punti critici sopra delineati potrebbero fornire lo spunto in futuro per lo sviluppo di raccomandazioni di carattere generale sull'applicazione della Convenzione, offrendo così agli Stati Parti delle direttive concrete sulle modalità pratiche da seguire per garantire la tutela e il rispetto dei diritti di tutte le donne.

L'ascolto della donna in situazione di violenza²⁵

Maria Luisa Bonura (psicologa e psicoterapeuta)

Il punto di partenza

Affrontare la questione violenza in modo esplicito ma non intrusivo è una competenza che va sviluppata e rafforzata da parte di tutti/e i/le professionisti/e che a vario titolo vengono in contatto con le donne. Il primo passo è disporsi a un ascolto attento e consapevole. L'obiettivo primario di un approccio efficace nella relazione con le donne in situazione di violenza è il riconoscimento dell'abuso come tale. Perseguirlo vuol dire costruire le condizioni affinché la vittima possa sentirsi sostenuta, compresa e creduta nel parlarne in uno spazio sicuro e facilitante. Il passo successivo sarà indirizzare a servizi specifici come i centri antiviolenza, in cui personale specializzato potrà offrirle consulenze approfondite e, se lo vorrà, supportarla lungo un percorso.

Non sempre è facile intuire una situazione di violenza prima di un racconto diretto, ma non si dovrebbe mai ritenere remota questa possibilità o escluderla a priori. Una conoscenza approfondita delle dinamiche della violenza basata sul genere e degli strumenti di aiuto può evitare il rischio di riprodurre quella *violenza istituzionale* che si esprime nella cecità all'abuso e nella riproposizione di stereotipi e atteggiamenti colpevolizzanti proprio in quei luoghi che dovrebbero offrire supporto alle vittime.

Tutti i/le professionisti/e possono contribuire all'emersione e alla comprensione del problema attraverso affermazioni e domande dirette. Queste possono facilitare la donna nel guidarci a comprendere la situazione che sta affrontando. Il più delle volte, per favorire il dialogo è sufficiente farne qualcuna per esplicitare la nostra disponibilità a parlare della violenza nei suoi vari aspetti. Porre alcune tra queste domande nel rispetto dei tempi e della condizione emotiva della donna può in alcuni momenti aiutarla a ricostruire e/o a completare il suo racconto permettendoci di comprendere come possiamo esserle di aiuto.

I principi guida che orientano l'ascolto

Di seguito ci focalizzeremo su alcuni principi guida che, come punti cardine, permettono di orientarsi e «muoversi» nel colloquio con la donna facendo

²⁵ Tratto da Bonura M.L. (2016), *Che genere di violenza. Conoscere e affrontare la violenza contro le donne*, Trento, Erickson, pp. 175-195.

riferimento a una cornice di senso. Non si tratta di passaggi da «obliterare», ma di valori guida che possono informare di sé l'ascolto.

Man mano analizzeremo alcuni «passi falsi» che, deviando dai «punti cardine», li contraddicono rendendo l'intervento improduttivo, e in alcuni casi dannoso. Ciascuno di essi può ostacolare fin dal principio la costruzione di una relazione di aiuto, minando la fiducia della donna nei confronti di chi vorrebbe e dovrebbe esserle di supporto.

Faremo riferimento, in particolar modo, alla fase in cui la realtà della violenza emerge per la prima volta. Questi «orientamenti» — essenziali per chi segue la donna in un arco di tempo ampio, lungo le diverse fasi del suo percorso di uscita dalla violenza — sono, in realtà, importanti anche per chi affianca la vittima solo in un breve passaggio, ad esempio nella fase della prima richiesta di aiuto. In una rete di aiuto e contrasto alla violenza, principi di base condivisi da parte di tutti i nodi, quale che sia la loro specificità, sono indispensabili per declinare ciascun intervento in modo integrato ed efficace.

Posizionamento chiaro nella condanna di ogni forma di violenza e rispecchiamento empatico

Nominare eventi e vissuti è l'atto fondativo di ogni cambiamento personale e sociale. Nella relazione di aiuto il riconoscimento degli atti violenti come tali è sostenuto dalla capacità di rispecchiare empaticamente i vissuti della donna, di esplorare insieme a lei i fatti, il loro impatto e le conseguenze che hanno prodotto. «Il nome che diamo alle cose, anzi, di solito quello che gli altri hanno dato loro, non può che influenzare la nostra percezione delle cose stesse, le nostre reazioni e azioni in proposito» (Romito, 2005).

La capacità di riformulare ciò che la donna porta nel dialogo, nominando l'abuso come tale, permette di iniziare un processo di significazione della sua esperienza e di cambiamento. Ad esempio, l'operatrice farà spazio al racconto della donna, sottolineando la rilevanza del suo vissuto, esplorandolo come elemento non marginale o accessorio, evidenziando il nesso tra i comportamenti violenti e gli stati emotivi della donna, riformulando ciò che ha riportato e nominando come tali le violenze riferite.

Nel dialogo con la donna è quindi essenziale riconoscere e restituire la responsabilità del maltrattante, esplicitando l'illegittimità del suo comportamento nel rapporto di coppia e gli effetti che può sortire sulla salute. Non si tratta di «schierarsi» contro il partner violento in quanto persona, ma di esplicitare una chiara condanna di comportamenti lesivi della dignità e di diritti umani fondamentali. Per farlo occorre affermare una posizione di distanziamento dalla logica del sopruso e di solidarietà morale con le vittime.

Ma per realizzare questo principio guida non è sufficiente la capacità di empatizzare. Occorre anche assumere un atteggiamento assertivo e offrire alla donna uno sguardo anche tecnico, supportando con elementi tratti dalla propria esperienza e dalla conoscenza professionale del fenomeno una definizione chiara del problema e la visione di alcune possibili azioni per farvi fronte. La donna ha bisogno di poter percepire nei/le professionisti/e una posizione di «tranquilla potenza ed esperienza» (Reale, 2011) in grado di dissipare i suoi dubbi sulla tollerabilità della situazione, i timori e il senso di impotenza.

Uno sguardo che sostiene quello della donna nel guardare il trauma e parole *per dirlo* sono i primi «strumenti» d'aiuto che le/i professioniste/i possono mettere in campo per promuovere percorsi di libertà e rendere generativa la relazione di aiuto.

Sostegno all'autodeterminazione

Il rispetto della libertà di scelta della donna e il riconoscimento della sua competenza a proteggersi costituiscono dei valori centrali per un intervento efficace. Al centro di qualsiasi azione di aiuto deve rimanere la donna con il suo inalienabile diritto all'autodeterminazione. Qualunque intervento che contraddica questo valore, per quanto ispirato dalla più autentica intenzione di aiuto, ricalcherà i passi del discredito e della sostituzione e, in definitiva, la medesima logica del maltrattamento.

Riconoscere la donna non solo come la vittima, ma anche come il soggetto di una domanda non prevedibile a priori e dunque da esplorare, crea da subito le premesse per una graduale disidentificazione dal trauma. Anche nei momenti di emergenza è proprio nel *come* del colloquio con la donna che si gioca l'alternativa fra *l'agire la protezione* — estromettendo la donna («la protetta») dal processo di cambiamento che la riguarda in prima persona — e l'offrire strumenti e competenze che sostengano scelte autonome e cambiamenti assunti.

Il sostegno all'autodeterminazione è fondamentale per promuovere una restaurazione del senso di *agency*, quel sentimento di «avere in carico la propria vita» (van der Kolk, 2015), percependo di poter agire in modo attivo e trasformativo nel contesto in cui ci si trova in direzione di obiettivi sentiti come propri.

Per i/le professionisti/e, declinare questo valore guida vorrà dire anche non accogliere *deleghe* su decisioni che riguardano la vita della donna: una volta assunto un posizionamento chiaro nel nominare la violenza e le opportunità di sostegno, sarà importante «farsi un po' da parte» e attendere che la donna precisi un suo punto di vista o lo rafforzi se lo ha già espresso (Reale,

2011), rimanendo disponibili a «riattivarsi» per offrire ulteriore supporto concreto nel compiere i passi da lei scelti. La stessa restituzione e chiarificazione sul livello di rischio (si veda Bonura, 2016, cap. 12) può essere un passaggio che non estromette la donna dalla scelta e dalla responsabilità sul se e come autoprotettersi. La tutela è, in ogni caso, solo un primo passo, cui può seguire o meno un percorso di cambiamento.

Sostenere l'autodeterminazione femminile vuol dire mettere in conto anche la possibilità che la donna decida di continuare la relazione con il partner nonostante la violenza e rispettare pienamente questa scelta. Le si potrà comunque assicurare un orientamento specifico. Se la donna permane nella relazione con il partner avrà, a maggior ragione, bisogno di punti di riferimento e strade per cercare in ogni caso di migliorare la sua condizione di vita.

Narratività

Spesso le donne arrivano ai servizi portando con sé ricordi di episodi di violenza simili a istantanee. All'inizio vengono riferiti per lo più gli atti cruenti e recenti o quelli che più hanno ferito dal punto di vista emotivo. Molte donne avvertono l'ansia di «fornire prove» e l'urgenza di descrivere dettagliatamente alcune circostanze perché trovano surreali le loro stesse storie e temono di non essere credute. Un fiume in piena di parole o, all'opposto, la difficoltà estrema nel riferire le violenze sono esperienze frequenti per chi accoglie le vittime. Come abbiamo osservato altrove, la violenza produce uno schiacciamento nel presente che ostacola il riconoscimento dei nessi tra le diverse forme di maltrattamento e tra queste e le loro conseguenze. Ciò può rendere particolarmente difficile nel colloquio passare dalla cronaca dei fatti alla ricostruzione di una storia.

Sul piano dei vissuti, la violenza può invadere la trama autobiografica inespandendo lo svolgimento a favore della ripetizione traumatica, fino a produrre nella donna una sensazione di estraniamento dalla propria stessa vicenda. Ma, parafrasando Karen Blixen, i dolori diventano sopportabili solo se possiamo farli entrare in una storia da raccontare. Le narrazioni sono strumenti fondamentali in un percorso di aiuto perché rendono visibile la violenza nelle sue dinamiche, storicizzandola (Reale, 2011). Spesso, rivedendo il testo scritto della propria denuncia o di una memoria di separazione redatta dal/la proprio/a avvocato/a, le donne provano la stranianti — ma generativa — sensazione di ri-conoscersi: «Ho vissuto tutte queste cose, sono proprio io». Solo così, ri-vedendosi dentro a una storia, ci si riappropria della titolarità a scriverne il seguito. È allora che si può scegliere di voltare pagina, di concludere un capitolo e di scriverne uno nuovo.

PRINCIPALI NORME DI LEGGE¹

Ordine professionale ed esami di Stato

- ◆ *Legge 23 marzo 1993, n. 84 «Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'Albo professionale»*
- ◆ *D.M. Grazia e Giustizia 11 ottobre 1994, n. 615 «Regolamento recante norme relative all'istituzione delle sedi regionali o interregionali dell'Ordine e del Consiglio nazionale degli assistenti sociali, ai procedimenti elettorali e alla iscrizione e cancellazione dall'Albo professionale»*
- ◆ *DPR 5 giugno 2001, n. 328 «Modifiche ed integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle rispettive prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti»*
- ◆ *DPR 8 luglio 2005, n. 169 «Regolamento per il riordino del sistema elettorale e della composizione degli organi di ordini professionali»*

Anziani in difficoltà

- ◆ *Legge 8 novembre 2000, n. 328 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»*
 - *Art. 15. Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti.* Il Ministro per la solidarietà sociale determina annualmente la quota da riservare ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare alle persone anziane che ne fanno richiesta.
 - *Art. 16. Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari.* Tra le priorità nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali, indica:
 - prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura di disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani;
 - servizi di sollievo.

¹ L'elenco non ha valore esaustivo: sono state indicate le norme di legge che, oltre ai Codici civile, penale e di procedura penale, risultano più rilevanti in relazione a quanto trattato nel testo. Non è stata presa in considerazione la legislazione emanata dalle singole Regioni e dalle Province autonome.

- *Art. 22. Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.* Tra gli interventi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali, l'articolo indica:
 - 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;
 - interventi per le persone anziane e con disabilità per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio.
- ◆ *Legge 9 gennaio 2004, n. 6 «Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizione e inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali»*
 - Amministratore di sostegno: definizione e regolamentazione del ruolo di amministratore di sostegno per persone prive del tutto o in parte di autonomia.
 - Segnalazione per l'apertura della procedura.
 - Interdizione, inabilitazione, incapacità naturale: criteri e modalità per la definizione, revocazione, tutela dell'interdetto e curatela dell'inabilitato.
- ◆ *Legge 23 marzo 2023, n. 33 «Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane» (cosiddetta riforma della non autosufficienza)* Emanata allo scopo di riformare il sistema di interventi e servizi rivolti alle persone anziane non autosufficienti, con particolare attenzione all'integrazione tra ambito sociale e sanitario e alla promozione dell'inclusione sociale delle persone fragili. La legge introduce una delega al Governo per la definizione di un sistema unitario di programmazione e coordinamento delle politiche per la non autosufficienza. Tra gli elementi principali si evidenziano:
 - definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEPS) e dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
 - rafforzamento della valutazione multidimensionale e del progetto assistenziale personalizzato (PAI);
 - valorizzazione degli Ambiti Territoriali Sociali e dei Punti Unici di Ingresso;
 - introduzione di nuovi strumenti nazionali di sostegno alla non autosufficienza, tra cui la Prestazione Universale, finalizzata a semplificare e integrare le misure economiche di supporto alle persone anziane non autosufficienti.

- ◆ D.Lgs. 15 marzo 2024, n. 29 (in attuazione della L. 33/2023)
 - Introduzione della Valutazione Multidimensionale Unificata (VMU) per la definizione dei bisogni dell'anziano non autosufficiente, svolta dai PUA e dalle UVM.
 - Elaborazione del Progetto di Assistenza Individuale Integrata (PAI), strumento operativo per la definizione degli interventi personalizzati.
 - Principi cardine: centralità della persona, integrazione socio-sanitaria, uniformità dei criteri valutativi a livello nazionale.

Rapporto di coppia, gravidanza, maternità, tutela della donna

- ◆ Legge 8 novembre 2000, n. 328 *«Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»*
 - Art. 16. *Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari.* L'articolo, tra le priorità nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali, indica:
 - l'erogazione di assegni di cura e altri interventi a sostegno della maternità e della paternità responsabile;
 - politiche di conciliazione tra il tempo di lavoro e il tempo di cura;
 - servizi formativi e informativi di sostegno alla genitorialità, anche attraverso la promozione del mutuo aiuto tra le famiglie.
 - Art. 22. *Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.* Tra gli interventi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali, l'articolo indica:
 - misure per il sostegno delle responsabilità familiari per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
 - misure di sostegno alle donne in difficoltà.
- ◆ Legge 8 marzo 2000, n. 53 *«Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città»*
- ◆ Legge 29 luglio 1975, n. 405 *«Istituzione dei consultori familiari»*
 - Servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità: scopi.
 - Consultori familiari: programmazione, gestione e controllo a livello regionale.
- ◆ Legge 22 maggio 1978, n. 194 *«Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza»*
 - Consultori familiari: ruolo nell'interruzione volontaria della gravidanza.
 - Interruzione volontaria della gravidanza: quando è possibile richiederla e come.
 - Interruzione volontaria della gravidanza: procedure.
- ◆ Legge 1° dicembre 1970, n. 898 *«Disciplina dei casi di scioglimento del matrimonio».*

- ◆ Legge 6 maggio 2015, n. 55 «Disposizioni in materia di scioglimento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio nonché di comunione tra coniugi»
- ◆ Legge 8 febbraio 2006, n. 54 «Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli»
- ◆ Legge 10 dicembre 2012, n. 219 «Disposizioni in materia di riconoscimento di figli naturali»
- ◆ Decreto legislativo 28 dicembre 2013, n. 154 «Revisione delle disposizioni vigenti in materia di filiazione»
 - Superamento della differenza tra «figli legittimi» e «figli naturali».
 - Nuova definizione dei compiti genitoriali: «Responsabilità genitoriale».
 - Competenza del Tribunale Ordinario in materia di separazione o di divorzio, se presenti figli minorenni.
 - Diritto degli ascendenti di mantenere legami significativi con i nipoti.
 - Introduzione del diritto di ascolto del minorenne, se giudicato capace di discernimento, all'interno dei procedimenti che lo riguardano.
- ◆ Decreto legislativo 10 ottobre 2022, n. 149 attuativo della L. 206/2021 («Riforma Cartabia») «**Riforma del processo civile**»
 - Preannuncia la futura istituzione del Tribunale per le persone, per i minorenni e per le famiglie, che avrà un unico ufficio della Procura, per una tutela più efficace delle situazioni familiari in crisi.
 - Potenzia la specializzazione del giudice e prevede il coinvolgimento di professionisti come il mediatore familiare e il coordinatore genitoriale.
 - Introduce l'obbligo del piano genitoriale nelle separazioni giudiziali, con possibile sanzione in caso di mancato rispetto.
 - Stabilisce che, nelle controversie in materia di responsabilità genitoriale, il giudice monocratico del procedimento è competente per l'attuazione dei provvedimenti.
 - Consente ai genitori di richiedere contestualmente separazione e divorzio.
 - Introduce specifiche accortezze procedurali nei procedimenti connessi a abusi familiari, violenza domestica o di genere, rafforzando la tutela delle vittime.
- ◆ Legge 15 febbraio 1996, n. 66 «Norme contro la **violenza sessuale**»
- ◆ Legge 4 aprile 2001, n. 154 «Misure contro la violenza nelle relazioni familiari»
- ◆ D.Lgs. 14 agosto 2013, n. 93 convertito con Legge 15 ottobre 2013, n. 119 «Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere»
- ◆ Legge 20 maggio 2016, n. 76 «Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze»
- ◆ Legge 19 luglio 2019, n. 69 «Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere»

- ◆ *Decreto legislativo 10 ottobre 2022, n. 150 attuativo della L. 134/2021 («Riforma Cartabia»)* **«Riforma del processo penale e disciplina organica della giustizia riparativa»**:
 - introduzione di programmi di giustizia riparativa a cui le vittime potranno accedere volontariamente. La partecipazione del reo faciliterebbe la sospensione della pena o la concessione di attenuanti.

Minori in difficoltà

- ◆ *Legge 4 maggio 1983, n. 184 «Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori» e successive modifiche al testo (legge 19 ottobre 2015, n. 173 «Diritto alla continuità affettiva dei bambini e delle bambine in affido familiare»)*
 - Affidamento familiare: definizioni e procedure. È riconosciuto il diritto alla continuità affettiva, con la possibilità di richiesta di adozione da parte della famiglia affidataria. Sarà ascoltato il minore che ha compiuto 12 anni o anche di età inferiore, se capace di discernimento. È istituito l'obbligo di convocare l'affidatario in tutti i procedimenti civili che concernono responsabilità genitoriale, affidamento e adottabilità riguardanti il minore affidato.
 - Affidamento preadottivo.
 - Adozione: definizione e procedure.
 - Adozioni di minori stranieri.
 - Adozione: revoca.
 - Stato di adottabilità: definizione.
 - Obbligo di segnalazione di abbandono di minori.
 - Omissione di denuncia: disposizioni.
 - Segnalazione di accoglienza di minore in casa propria.
- ◆ *Legge 27 maggio 1991, n. 176 «Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989»*
- ◆ *Legge 31 dicembre 1998, n. 476 «Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a L'Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, in tema di adozione di minori stranieri»*
- ◆ *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»*. Si notino in particolare:
 - le condizioni di indigenza dei genitori o del genitore esercente la responsabilità genitoriale non possono essere di ostacolo all'esercizio del diritto del minore alla propria famiglia;
 - il periodo di durata dell'affidamento non può superare la durata di ventiquattro mesi ed è prorogabile dal Tribunale per i minorenni

- qualora la sospensione dell'affidamento rechi pregiudizio al minore;
- chiusura degli istituti per minori.
 - ◆ *Legge 8 novembre 2000, n. 328 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»*
 - *Art. 16. Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari.* Tra le priorità nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali, indica:
 - l'erogazione di assegni di cura e altri interventi a sostegno della maternità e della paternità responsabile;
 - politiche di conciliazione tra il tempo di lavoro e il tempo di cura;
 - servizi formativi e informativi di sostegno alla genitorialità, anche attraverso la promozione del mutuo aiuto tra le famiglie;
 - servizi per l'affido familiare, per sostenere, con qualificati interventi e percorsi formativi, i compiti educativi delle famiglie interessate.
 - *Art. 22. Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.* Tra gli interventi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali, l'articolo indica:
 - 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;
 - misure per il sostegno delle responsabilità familiari per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare.
 - ◆ *Legge 296/2006, art. 1, comma 622.* Istituisce l'obbligo di istruzione per almeno 10 anni e di conseguenza innalza a 16 anni l'età minima per l'accesso al lavoro.
 - ◆ *Decreto legislativo 10 ottobre 2022, n. 149 attuativo della L. 206/2021 («Riforma Cartabia»)* **«Riforma del processo civile»**
 - Introduce il rito unico per persone, minorenni e famiglie e rafforza la competenza del Tribunale del luogo di residenza abituale del minore.
 - Ridefinisce le competenze tra Tribunale per i minorenni e Tribunale ordinario e prevede l'istituzione del Tribunale per le persone, per i minorenni e per le famiglie.
 - Riforma l'art. 403 c.c. sugli allontanamenti d'urgenza e amplia le ipotesi di nomina del curatore speciale.
 - Introduce incompatibilità, poteri ampliati al PM e provvedimenti indifferibili.
 - Modifica la L. 184/1983: durata dell'affidamento (max 24 mesi), nuovo art. 5-bis sull'affidamento al servizio sociale con compiti specifici.

- ◆ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Linee di indirizzo nazionali. L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità*, approvate il 21 dicembre 2017.
- ◆ Ministero dell'Istruzione, dell'Università, della Ricerca – Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, *Linee guida per il diritto allo studio dei minori fuori famiglia*, approvate l'11 dicembre 2017.
- ◆ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, approvate l'8 febbraio 2024.
- ◆ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali*, approvate l'8 febbraio 2024.

Disabilità

- ◆ Legge 5 febbraio 1992, n. 104 e successive modificazioni «Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate» (definizione di «persona handicappata» e di «handicap grave»)
- ◆ Legge 8 marzo 2000, n. 53 «Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città»
- ◆ Legge 12 marzo 1999, n. 68 «Norme per il diritto al lavoro dei disabili»
 - Disabili: definizione.
 - Collocamento mirato: definizione.
 - Assunzioni obbligatorie: criteri, modalità di assunzione e rapporto di lavoro.
 - Servizi del collocamento obbligatorio: ruolo.
 - Convenzioni tra uffici competenti e datori di lavoro per il collocamento lavorativo di disabili o per l'affidamento di commesse di lavoro a cooperative sociali.
 - Agevolazioni ai datori di lavoro per le assunzioni.
 - Ruolo del Fondo regionale per l'occupazione dei disabili.
- ◆ Legge 8 novembre 2000, n. 328 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»
 - Art. 14. *Progetti individuali per le persone disabili*. Il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il Comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.

- *Art. 22. Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.* Tra gli interventi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali, l'articolo indica:
 - 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;
 - interventi per la piena integrazione delle persone con disabilità; realizzazione dei centri socio-riabilitativi, delle comunità-alloggio, dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;
 - interventi per le persone anziane e con disabilità per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semi-residenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio.
- ◆ *Legge 9 gennaio 2004, n. 6 «Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizione e inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali»*
 - Amministratore di sostegno: definizione e regolamentazione del ruolo di amministratore di sostegno per persone prive del tutto o in parte di autonomia.
 - Segnalazione per l'apertura della procedura.
 - Interdizione, inabilitazione, incapacità naturale: criteri e modalità per la definizione, revocazione, tutela dell'interdetto e curatela dell'inabilitato.
- ◆ *Legge 1º marzo 2006, n. 67 «Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni»*
- ◆ *D.Lgs. 13 aprile 2017, n. 66 «Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità»*
- ◆ *Legge 27 dicembre 2017, n. 205 «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020»*
La legge fornisce la prima definizione normativa della figura di caregiver familiare.
- ◆ *Legge 22 dicembre 2021, n. 227 «Delega al Governo in materia di disabilità»*
 - Delega per la revisione dei processi di accertamento della disabilità e della valutazione multidimensionale.
 - Introduzione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, volto a promuovere l'autonomia e l'inclusione sociale della persona con disabilità.

- Rafforzamento del coordinamento tra interventi sociali, sanitari, educativi e lavorativi, in un’ottica di integrazione dei servizi.
- Semplificazione delle procedure amministrative e rafforzamento delle misure di accessibilità e inclusione nei diversi ambiti della vita sociale.
- ◆ *D.Lgs. 3 maggio 2024, n. 62 «Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l’elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato» (in attuazione della L. 227/2021)*
 - Nuovo sistema unificato di accertamento e valutazione della disabilità.
 - Introduzione del Progetto di Vita Individuale, Personalizzato e Partecipato: patto tra la persona con disabilità, la sua famiglia e le istituzioni, fondato su valutazione multidimensionale.
 - Principi cardine: centralità della persona, integrazione tra servizi, uniformità dei criteri valutativi, semplificazione dei percorsi di accesso.

Disagio psichico

- ◆ *Legge 13 maggio 1978, n. 180 (poi ricompresa nella Legge di Riforma sanitaria n. 833/78) «Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori»*
- ◆ *Legge 30 maggio 2014, n. 81 (conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52) «Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari»*

Ambito penale minorile

- ◆ *DPR 22 settembre 1988, n. 448 «Disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni»*
- ◆ *D.Lgs. 28 luglio 1989, n. 272 «Norme di attuazione, di coordinamento e transitorie»*
- ◆ *D.Lgs. 2 ottobre 2018, n. 121 «Disciplina dell’esecuzione delle pene nei confronti dei condannati minorenni»*
- ◆ *Decreto legislativo 10 ottobre 2022, n. 150 attuativo della L. 134/2021 («Riforma Cartabia») «Riforma del processo penale»:*
 - valorizzazione degli strumenti di definizione anticipata del procedimento;
 - rafforzamento del ricorso ai percorsi di giustizia riparativa.
- ◆ *Decreto-legge 15 settembre 2023 (decreto Caivano), n. 123 convertito in Legge 13 novembre 2023, n. 159*
 - Misure di contrasto alla criminalità giovanile e alla dispersione scolastica.
 - Estensione delle misure di prevenzione, incluso il Daspo urbano, ai minori dai 14 anni.

- Rafforzamento della responsabilizzazione genitoriale in caso di evasione scolastica.
- Potenziamento degli interventi territoriali e dei programmi educativi per prevenire il disagio minorile.

Ambito penitenziario

- ◆ *Legge 26 luglio 1975, n. 354 e successive modificazioni «Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà»*
 - Individualizzazione del trattamento rieducativo.
 - Regolamentazione dell'attività lavorativa dei detenuti.
 - Ruolo dei diversi professionisti all'interno del carcere (assistenti sociali, educatori, ecc.).
 - Misure alternative alla detenzione: tipologie e regolamentazione.
- ◆ *Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni «Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenze»*
 - Art. 94 – *Affidamento in prova in casi particolari*
- ◆ *Legge 28 aprile 2014, n. 67 «Disposizioni in materia di sospensione del procedimento con messa alla prova e nei confronti degli irreperibili»*
 - Sospensione del processo penale per reati con pena detentiva non superiori ai 4 anni.
 - Affidamento ai servizi sociali per lo svolgimento del programma, che consiste in: lavoro di pubblica utilità o divieto di frequentazione.
 - Eventuali condotte riparatorie (e/o risarcitorie) alle conseguenze del reato e attività di mediazione con la persona offesa.
- ◆ *DPCM 15 giugno 2015, n. 84 «Regolamento di riorganizzazione del Ministero della giustizia e riduzione degli uffici dirigenziali e delle dotazioni organiche»*
 - Modifica l'organizzazione del Ministero della giustizia, introduce il Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità.
- ◆ *Decreto legislativo 10 ottobre 2022, n. 150 attuativo della L. 134/2021 («Riforma Cartabia»)* **«Riforma del processo penale»:**
 - ampliamento dei casi procedibili a querela e dell'accesso alla messa alla prova;
 - introduzione di una disciplina organica della giustizia riparativa;
 - riforma e ampliamento del sistema delle pene sostitutive delle pene detentive brevi;
 - innovazioni procedurali (processo penale telematico e modifica dei tempi delle indagini).

Dipendenze

- ◆ **DPR 9 ottobre 1990, n. 309** e successive modificazioni *«Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenze»*

Si vedano in particolare gli articoli 117, 118, 119, 120, 121, 122.

- Organizzazione e regolamento dei Servizi per le tossicodipendenze.
- Definizione del programma terapeutico e socio-riabilitativo.
- Operatori del SerD e delle strutture convenzionate: non c'è obbligo a deporre su quanto hanno conosciuto per ragione della propria professione.

- ◆ **Legge 20 maggio 2014, n. 79** *«Disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale»*

La legge ha introdotto modificazioni al TU 309/90:

- Introduzione delle nuove tabelle con differenziazione tra sostanze leggere, sostanze pesanti e medicinali.
- Modificazione del reato di lieve entità, che prevede l'esclusione della custodia cautelare in carcere e la pena detentiva.
- Riformulazione del possesso di sostanze stupefacenti per destinazione di uso personale.
- Rimane un illecito amministrativo l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti.
- È previsto un trattamento terapeutico-riabilitativo attraverso l'intervento del «servizio pubblico delle dipendenze» e del privato.
- Possibilità di astensione dall'obbligo di deporre per gli operatori in merito a «quanto hanno conosciuto in ragione della loro professione».
- ◆ **Legge 8 novembre 2000, n. 328** *«Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»*
 - Art. 22. Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Tra gli interventi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali, l'articolo indica prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale.
- ◆ **Legge 30 marzo 2001, n. 125** *«Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati»*
 - Strutture di accoglienza per pazienti alcol dipendenti.
 - Conservazione del posto di lavoro per i lavoratori tossicodipendenti che accedono a programmi terapeutici o di riabilitazione (aspettativa per i familiari).

- ◆ *Legge 25 novembre 2024, n. 177*
 - Modifica la disciplina della guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti nel Codice della strada.

Tratta di esseri umani e sfruttamento (sessuale e lavorativo)

- ◆ *D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286 e successive modificazioni «Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero»*
 - Art. 19. Permesso di soggiorno per protezione sociale: tutela e programmi di assistenza e integrazione per vittime di violenza o grave sfruttamento, inclusa la tratta a fini sessuali o lavorativi.
 - Art. 18-bis. Protezione per vittime di violenza domestica straniera.
 - Art. 18-ter. Estensione delle tutele a vittime di gravi reati di sfruttamento (es. sfruttamento lavorativo, caporalato), senza obbligo di denuncia.
- ◆ *D.Lgs. 4 marzo 2014, n. 24 «Attuazione della direttiva 2011/36/UE, relativa alla prevenzione e alla repressione della tratta di esseri umani e alla protezione delle vittime»*
- ◆ *Ministero per le Pari Opportunità e della Famiglia e del Ministro dell'Interno-Piano nazionale d'azione contro la tratta e il grave sfruttamento 2022-2025, adottato il 19 ottobre del 2022. Definisce strategie di prevenzione, protezione e contrasto, coordinando istituzioni pubbliche e Terzo settore.*

Immigrati

- ◆ *D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286 e successive modificazioni «Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero»*, ricomprende la Legge n. 40 del 6 marzo 1998.
- ◆ *Legge 7 aprile 2017, n. 47 «Disposizione in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati» (Legge Zampa)*
La legge prevede il rafforzamento delle tutele a favore dei minori stranieri non accompagnati:
 - definizione di un sistema organico e specifico di accoglienza in strutture specifiche e il relativo trasferimento in quelle dedicate alla seconda accoglienza. Inoltre, viene favorito l'affidamento familiare di bambini e ragazzi;
 - definizione di regole per l'identificazione e l'accertamento dell'età attraverso colloqui in presenza di un mediatore linguistico culturale. Nomina di un tutore provvisorio a cui notificare l'esito della procedura;

- definizione di maggiori regole per favorire la protezione di minori stranieri non accompagnati: nomina di tutori, affidamento di bambini e ragazzi in famiglia, rilascio di permessi di soggiorno per minore età e per motivi familiari, attenzione ai ricongiungimenti familiari, e rimpatri assistiti a cura dell'Autorità giudiziaria;
 - attenzione al diritto all'ascolto nei procedimenti amministrativi e giudiziari e nell'assistenza legale;
 - definizione di misure che favoriscono il diritto alla salute e all'istruzione mediante l'iscrizione di bambini e ragazzi non accompagnati al Sistema Sanitario Nazionale e facilitando la conclusione di percorsi di istruzione o l'accesso all'apprendistato.
- ◆ **D.L. 4 ottobre 2018, n. 113**, convertito in **L. 1 dicembre 2018, n. 132**, e successive modificazioni *«Disposizioni urgenti in materia di protezione internazionale e immigrazione, sicurezza pubblica e funzionalità del Ministero dell'Interno»*
Il decreto ha abrogato il permesso di soggiorno per motivi umanitari, sostituendolo con una serie di permessi speciali tipizzati, e ha introdotto misure più restrittive in materia di protezione internazionale, immigrazione e sicurezza pubblica, modificando in più punti il Testo Unico Immigrazione.
- ◆ **Legge 18 dicembre 2020, n. 173** *«Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 21 ottobre 2020, n. 130, recante disposizioni urgenti in materia di immigrazione e protezione internazionale»*
- Riforma il sistema di accoglienza precedente (SIPROIMI/SPRAR) introducendo il SAI – Sistema di Accoglienza e Integrazione, che coinvolge enti locali e terzo settore. I SAI sono rivolti a persone richiedenti protezione internazionale e persone con status di rifugiato;
 - Amplia l'ambito della protezione speciale che precedentemente era stata limitata dalla Legge 132/2018 (Decreto Salvini).
- ◆ **DL 10 marzo 2023, n. 20** *«Disposizioni urgenti in materia di flussi di ingresso legale dei lavoratori stranieri, di prevenzione e contrasto all'immigrazione irregolare»*, convertito nella **Legge 5 maggio 2023, n. 50** (*«Decreto Cutro»*).
- Modifica alcune disposizioni in materia di ingresso e permanenza dei cittadini stranieri potenziando le procedure di frontiera e ha incluso il potenziamento di hotspot e Centri di Permanenza per i Rimpatri (CPR).
 - Ridefinisce l'accesso al sistema di accoglienza, limitando l'inserimento dei richiedenti asilo nel SAI. I richiedenti asilo vengono indirizzati prevalentemente presso i Centri di Prima Accoglienza (CPA) e Centro di Accoglienza Straordinaria (CAS);
 - Introduce nuove misure di contrasto all'immigrazione irregolare e modifica alcune disposizioni relative alla protezione speciale.

- ◆ *Parlamento europeo e Consiglio, Regolamento (UE) 2024/1351 – Nuovo Patto europeo su migrazione e asilo, adottato il 14 maggio 2024. L'entrata in vigore e la piena applicazione del nuovo sistema è prevista in modo graduale entro il 2026*
 - Introduce una riforma progressiva del sistema europeo di gestione delle domande di protezione internazionale, destinata a sostituire il sistema previsto dal Regolamento di Dublino (UE n. 604/2013).
 - Prevede procedure più rapide e differenziate per l'esame delle domande di asilo e un meccanismo di solidarietà obbligatoria tra gli Stati membri nella gestione dei flussi migratori.

Terzo settore

- ◆ *Legge 11 agosto 1991, n. 266 «Legge quadro sul volontariato»*
- ◆ *Legge 8 novembre 1991, n. 381 «Disciplina delle cooperative sociali»*
- ◆ *Legge 8 novembre 2000, n. 328 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»*
 - *Art. 1. Principi generali e finalità.* Gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata.
 - *Art. 5. Ruolo del Terzo settore.* Per favorire l'attuazione del principio di sussidiarietà, gli enti locali, le regioni e lo Stato promuovono azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel Terzo settore.
- ◆ *Legge 6 giugno 2016, n. 106 «Delega al Governo per la riforma del Terzo settore»* Avvia la riforma complessiva del Terzo settore, finalizzata a riordinare e semplificare la normativa relativa agli enti non profit
- ◆ *D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 «Codice del Terzo settore»*
 - Rappresenta la principale normativa di riferimento per gli enti del Terzo settore (ETS).
 - Definisce i tipi di enti, introduce il Registro unico nazionale del Terzo settore (RUNTS) e disciplina i rapporti tra enti del Terzo settore e pubbliche amministrazioni.

- ◆ *D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 112 «Disciplina dell'impresa sociale»*
Ridefinisce la figura dell'impresa sociale come organizzazione privata che esercita in via stabile attività di interesse generale senza scopo di lucro.
- ◆ *DM 31 marzo 2021, n. 72 «Linee guida sul rapporto tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore (artt. 55-57 del Codice del Terzo settore)»*
Disciplina strumenti di collaborazione tra pubblica amministrazione ed enti del Terzo settore, tra cui co-programmazione, co-progettazione e accreditamento.

Assegno di inclusione e Supporto per la formazione e il lavoro

- ◆ *Decreto-legge 4 maggio 2023, n. 48 (convertito in Legge 3 luglio 2023, n. 85)*
 - *Art. 1. Istituzione dell'Assegno di inclusione (ADI).* L'Assegno di inclusione è una misura nazionale di contrasto alla povertà che sostituisce il Reddito di cittadinanza. Consiste in un sostegno economico finalizzato all'inclusione sociale e lavorativa dei nuclei familiari in condizioni di fragilità economica, accompagnato da percorsi di inclusione e politiche attive del lavoro. La misura è rivolta ai nuclei familiari in cui sia presente almeno uno dei seguenti componenti: persone con disabilità; minorenni; persone con età pari o superiore a 60 anni; persone in condizione di svantaggio sociale certificata dai servizi competenti.
Tra i principali requisiti di accesso:
 - cittadinanza italiana, europea o permesso di soggiorno di lungo periodo;
 - ISEE inferiore a 10.140 euro (marzo 2026);
 - ulteriori requisiti patrimoniali e reddituali previsti dalla normativa.
 La misura prevede:
 - la sottoscrizione di un Patto per il lavoro oppure di un Patto per l'inclusione sociale;
 - la partecipazione ai percorsi di attivazione tramite il Patto di attivazione digitale (PAD);
 - l'erogazione di un contributo economico per 18 mesi, rinnovabile per ulteriori 12 mesi dopo un mese di sospensione;
 - un'integrazione del reddito familiare fino a una soglia stabilita dalla legge.
- ◆ *Decreto-legge 4 maggio 2023, n. 48 (convertito in Legge 3 luglio 2023, n. 85) – Istituzione del Supporto per la Formazione e il Lavoro (SFL)*
 - La misura prevede la partecipazione a percorsi di formazione, orientamento e politiche attive del lavoro, ai quali è subordinato il riconoscimento di un'indennità mensile pari a 500 euro, erogata per una durata limitata e comunque non superiore a 12 mesi.