

Professioni & Concorsi

a cura di K. Dimuccio, M. Losignore, N. Moschetta

**TEORIA
E CASI PRATICI**

L'ESAME DI STATO PER ASSISTENTE SOCIALE

(sez. A e sez. B dell'Albo)

**Manuale teorico-pratico
per l'abilitazione
professionale**



**+ ESTENSIONI ONLINE
TRACCE ASSEGNATE**



EdiSES
edizioni



L'esame di Stato per Assistente sociale

Manuale teorico-pratico
per l'abilitazione professionale
(sez. A e sez. B dell'Albo)

a cura di
Katia Dimuccio
Michela Losignore
Natascia Moschetta



L'esame di Stato per Assistente sociale
Copyright © 2021 EdiSES edizioni S.r.l. – Napoli

9 8 7 6 5 4 3 2 1
2025 2024 2023 2022 2021

Le cifre sulla destra indicano il numero e l'anno dell'ultima ristampa effettuata

*A norma di legge è vietata la riproduzione, anche parziale,
del presente volume o di parte di esso con qualsiasi mezzo.*

L'Editore

Cover Design and Front Cover Illustration: Digital Followers S.r.l.

Progetto grafico: ProMedia Studio di A. Leano – Napoli

Fotocomposizione: doma book di Massimo Di Grazia – Napoli

Stampato presso: PrintSprint S.r.l. – Napoli

Per conto della EdiSES edizioni S.r.l. – Piazza Dante 89 – Napoli

ISBN 978 88 3622 040 3

www.edises.it
assistenza.edises.it

I curatori, l'editore e tutti coloro in qualche modo coinvolti nella preparazione o pubblicazione di quest'opera hanno posto il massimo impegno per garantire che le informazioni ivi contenute siano corrette, compatibilmente con le conoscenze disponibili al momento della stampa; essi, tuttavia, non possono essere ritenuti responsabili dei risultati dell'utilizzo di tali informazioni e restano a disposizione per integrare la citazione delle fonti, qualora incompleta o imprecisa.

Realizzare un libro è un'operazione complessa e nonostante la cura e l'attenzione poste dagli autori e da tutti gli addetti coinvolti nella lavorazione dei testi, l'esperienza ci insegna che è praticamente impossibile pubblicare un volume privo di imprecisioni. Saremo grati ai lettori che vorranno inviarci le loro segnalazioni e/o suggerimenti migliorativi sulla piattaforma assistenza.edises.it

Prefazione

Rivolto ai candidati che intendono sostenere l'esame di Stato per l'abilitazione alla professione di Assistente sociale (sezioni A e B dell'Albo), il volume propone una trattazione sintetica degli argomenti la cui conoscenza risulta fondamentale per lo svolgimento delle prove.

Il testo è strutturato in **sei parti** ciascuna suddivisa in capitoli.

La **parte prima** propone una breve ricostruzione della storia del servizio sociale, analizza le caratteristiche della professione dell'assistente sociale, i requisiti per il suo esercizio, le aree di intervento, i principi che orientano l'agire professionale. Particolare spazio è dedicato al Codice deontologico e alla spiegazione degli articoli che lo compongono.

La **parte seconda** comprende i modelli teorici cui nel corso del tempo ha fatto riferimento la professione, gli strumenti di cui dispone l'assistente sociale per creare le fondamenta della relazione d'aiuto, le caratteristiche e le fasi del processo di aiuto, le competenze specialistiche della professione.

La **parte terza** analizza le tipologie di welfare state, i diversi aspetti della legislazione sociale, la storia e l'evoluzione dei sistemi sanitari in Italia, gli strumenti della pianificazione sanitaria, il sistema dell'assistenza sociale, gli enti che compongono il Terzo settore.

La **parte quarta** riguarda le misure di contrasto alla povertà, le politiche sociali a favore dei disabili, delle famiglie e dei minori, degli immigrati, degli anziani, delle persone affette da disagio psichico, delle persone con problemi di dipendenza.

La **parte quinta** è dedicata ad argomenti di Psicologia e Sociologia.

Infine, la **parte sesta** propone l'analisi di cinquanta casi pratici, raggruppati per tipologia di utenza e "risolti" secondo uno schema per il quale all'individuazione delle informazioni da raccogliere segue poi la costruzione del progetto di intervento.

Ulteriori **materiali didattici** e **approfondimenti** sono disponibili nell'area riservata a cui si accede mediante la registrazione al sito *edises.it* secondo la procedura indicata nel frontespizio del volume.

Eventuali errata corrige saranno pubblicati sul sito *edises.it*, nella scheda «Aggiornamenti» della pagina dedicata al volume.

Altri aggiornamenti sulle procedure concorsuali saranno disponibili sui nostri profili social:

facebook.com/infoConcorsi
blog.edises.it

Indice

Parte Prima La professione dell'assistente sociale

Capitolo 1 Il lavoro sociale

1.1	Un po' di storia.	3
1.1.1	Il panorama italiano	4
1.2	Il <i>social work</i> e l'assistente sociale	6
1.2.1	Le caratteristiche della professione	8
1.2.2	L' <i>empowerment</i>	11
1.2.3	Il ruolo dell'assistente sociale nella crisi dello Stato sociale.	12

Capitolo 2 Profilo, formazione e competenze

2.1	Dal diploma universitario alle classi di laurea	15
2.2	L'albo professionale e l'Ordine	15
2.3	L'esame di Stato	18
2.3.1	Le prove per l'iscrizione alla sezione B dell'Albo	19
2.3.2	Le prove per l'iscrizione alla sezione A dell'Albo	19
2.4	Ambiti lavorativi	19
2.5	Le aree di intervento	20
2.6	La libera professione nel Servizio sociale: una nuova frontiera	21

Capitolo 3 Etica e valori del Servizio sociale

3.1	I principi ispiratori del Servizio sociale.	25
3.2	I valori fondamentali della professione.	26
3.3	Il Codice deontologico 2020	28
3.3.1	Il Preambolo	30
3.3.2	Definizioni generali e ambito di applicazione (Titolo I)	33
3.3.3	I principi generali della professione (Titolo II)	34
3.3.4	I doveri e le responsabilità generali dei professionisti (Titolo III)	37
3.3.5	La responsabilità dell'assistente sociale verso la persona (Titolo IV)	40
3.3.6	La responsabilità dell'assistente sociale nei confronti della società (Titolo V)	45
3.3.7	La responsabilità verso i colleghi e gli altri professionisti (Titolo VI)	46
3.3.8	La responsabilità nell'esercizio della professione (Titolo VII)	49
3.3.9	La responsabilità verso la professione (Titolo VIII)	55
3.3.10	Le norme finali (Titolo IX)	59
3.4	I principi deontologici: un breve riepilogo.	59
3.4.1	Il principio di accettazione.	59
3.4.2	Il principio di personalizzazione e individualizzazione degli interventi	60
3.4.3	Il principio della promozione della globalità delle persone	60



3.4.4	Il principio dell'autodeterminazione.	60
3.4.5	Il principio del rispetto e della promozione dell'uguaglianza.	61
3.4.6	Il principio della riservatezza e il segreto professionale.	61

Parte Seconda

Teoria e metodi del Servizio sociale

Capitolo 4 I modelli teorici

4.1	Cos'è un modello teorico.	65
4.2	Lo sviluppo dei modelli teorici	65
4.2.1	Prima fase	65
4.2.2	Seconda fase	66
4.3	Il modello del <i>problem solving</i>	66
4.4	Il modello psico-sociale	67
4.5	Il modello funzionale.	67
4.6	Il modello centrato sul cliente.	68
4.7	Il modello centrato sul compito	68
4.8	Il modello di modificazione del comportamento.	69
4.9	Il modello esistenziale	70
4.10	Il modello integrato	70
4.11	Il modello sistemico-relazionale	70
4.12	Il modello di rete	72
4.13	Il modello cognitivo	73
4.14	Il modello unitario	74

Capitolo 5 Gli strumenti del *social work*

5.1	Il colloquio di aiuto	75
5.1.1	Il counseling	78
5.1.2	Il potere dell'empatia.	79
5.2	La visita domiciliare	81
5.2.1	Come si svolge.	82
5.3	La relazione sociale	83
5.4	La cartella sociale	83
5.4.1	La cartella sociale informatizzata.	84
5.5	La documentazione	84
5.6	Il diario, il verbale e la registrazione del colloquio	84
5.7	La riunione e il lavoro di équipe.	85

Capitolo 6 Metodologie del Servizio sociale

6.1	Il rapporto tra assistente sociale e utente	87
6.2	Il <i>case work</i>	87
6.2.1	Il processo di aiuto	88
6.2.2	Le fasi del processo di aiuto	88
6.3	Il <i>group work</i>	92
6.3.1	I gruppi e la loro interazione	94

6.4	Il <i>community work</i>	95
6.5	Il lavoro di rete	97

Capitolo 7 Le competenze specialistiche

7.1	La pianificazione sociale, la programmazione e la progettazione sociale	99
7.1.1	Definizioni e differenze	99
7.1.2	La pianificazione sociale	100
7.1.3	La programmazione sociale	102
7.1.4	La progettazione sociale	103
7.1.5	Il processo di presa in carico non solo sul singolo ma anche sul gruppo e sulla comunità	105
7.2	La ricerca sociale	106
7.2.1	Ambito e metodologia di ricerca	106
7.2.2	Le fasi della ricerca sociale	108
7.3	Valutazione e qualità	109
7.4	La supervisione professionale	111
7.5	Gli enti impegnati nelle politiche sociali	112

Parte Terza

Welfare State e politiche sociali

Capitolo 8 Politiche di Welfare

8.1	Tipologie di Welfare State	115
8.2	Il Welfare mix	117
8.3	Il Welfare societario	119
8.4	Il Welfare relazionale	119

Capitolo 9 La legislazione sociale

9.1	Nozione e oggetto della legislazione sociale	121
9.2	La previdenza sociale	122
9.2.1	I contributi	123
9.2.2	Rischi professionali e rischi non professionali	124
9.3	Le origini della legislazione sociale	127
9.4	La rivoluzione industriale e il periodo pre-unitario	127
9.5	L'avvento dello Stato unitario	128
9.6	Il regime fascista e il sistema corporativo	129
9.7	Il periodo post-bellico e l'affermarsi dei principi costituzionali	130
9.8	Le attuali tendenze della politica sociale	131

Capitolo 10 Storia ed evoluzione dei servizi sanitari in Italia

10.1	La legislazione sanitaria nel Regno d'Italia	133
10.2	La tutela della salute nella Costituzione repubblicana	134
10.3	La nascita degli enti ospedalieri	135
10.4	L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale	136



10.4.1	Linee generali	136
10.4.2	La legge 833/1978 istitutiva del SSN	136
10.4.3	Le Unità Sanitarie Locali (USL)	138
10.5	La riforma del 1991	138
10.6	La riforma <i>bis</i> (1992)	139
10.6.1	Linee generali	139
10.6.2	Le Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL o ASL)	140
10.6.3	Le Aziende Ospedaliere	141
10.7	La riforma <i>ter</i> : il decreto Bindi (1999)	141
10.7.1	Iter di formazione della riforma	141
10.7.2	Le principali innovazioni contenute nel decreto Bindi	142
10.7.3	Il rapporto fra lavoro subordinato e libera professione nel decreto Bindi	144
10.7.4	I rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale e Università	144
10.8	La tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/2008)	145
10.9	La disciplina dell'assistenza primaria nel decreto Balduzzi (2012)	145
10.10	La <i>spending review</i> sanitaria del 2015: il principio dell'appropriatezza delle cure	146
10.11	La riforma Madia	146
10.12	I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): la revisione del 2017	147
10.13	La sicurezza delle cure e della persona (L. 24/2017)	149
10.13.1	La sicurezza delle cure	149
10.13.2	La responsabilità della struttura sanitaria e del professionista	150
10.13.3	La responsabilità amministrativa	152
10.14	La disciplina del <i>caregiver</i> familiare nella legge di bilancio 2018	152
10.15	La riforma Lorenzin (L. 3/2018)	152
10.16	L'istituzione delle Unità speciali di continuità assistenziale (Usca)	153
10.17	La sanità internazionale	154
10.17.1	L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)	154
10.17.2	L'Unione europea	154

Capitolo 11 La pianificazione sanitaria e sociale

11.1	Gli obiettivi e gli strumenti della pianificazione sanitaria	157
11.2	Il Piano Sanitario Nazionale (PSN)	157
11.3	Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), il Piano Pandemico Influenzale (PPI) e il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV)	159
11.4	I Piani Sanitari Regionali (PSR)	160
11.5	I Piani Attuativi Locali (PAL)	161
11.6	Gli altri strumenti	162
11.6.1	Il Patto per la Salute	162
11.6.2	La Relazione sullo Stato sanitario del Paese	163
11.6.3	Il Programma delle attività territoriali (PAT)	163
11.6.4	Il Piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili	164
11.7	L'integrazione socio-sanitaria	164
11.7.1	Le prestazioni e la programmazione degli interventi	164
11.7.2	Le fonti di finanziamento delle politiche sociali	165
11.7.3	Il Piano sociale regionale	168
11.7.4	Il Piano sociale di zona	170

11.7.5	Il Segretariato sociale.	172
11.7.6	La Porta unica di accesso.	173
11.7.7	La politica sociale dell'Unione europea.	174
Capitolo 12 Il sistema integrato di interventi e servizi sociali		
12.1	Il sistema disegnato dalla legge quadro 8 novembre 2000, n. 328	177
12.2	Il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi	178
12.3	Il diritto alle prestazioni.	179
12.4	I soggetti pubblici.	180
12.4.1	I compiti dello Stato.	180
12.4.2	Il ruolo delle Regioni.	182
12.4.3	Le funzioni degli enti locali: Province e Comuni	183
12.4.4	Le forme di collaborazione pubblico-privato: il Terzo Settore	184
12.5	I destinatari degli interventi e dei servizi sociali	185
12.6	Il Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali (SIUSS)	186
Capitolo 13 I soggetti del Terzo Settore		
13.1	La riforma del Terzo Settore	187
13.2	Le Organizzazioni di volontariato (ODV)	189
13.3	I Centri di servizio per il volontariato (CSV)	191
13.4	Le Associazioni di promozione sociale (APS)	193
13.5	Le cooperative sociali.	194
13.6	Le Onlus	196
13.7	Le associazioni e le fondazioni del Terzo Settore.	197
13.8	I patronati	198
13.9	Le Associazioni temporanee di impresa (ATI)	199
13.10	I rapporti con gli enti pubblici: le convenzioni	201

Parte Quarta

Politiche e interventi socio-assistenziali

Capitolo 14 Interventi e servizi di contrasto alla povertà		
14.1	La politica italiana di lotta alla povertà.	205
14.2	Stime e indicatori di povertà	205
14.2.1	Gli indicatori della situazione economica	207
14.3	L'Alleanza contro la povertà	208
14.4	Misure di contrasto alla povertà.	209
14.4.1	Il percorso delle misure antipovertà: dalla Carta acquisti al Reddito di cittadinanza	210
14.4.2	Il ruolo dell'assistente sociale nella stipula del Patto per l'inclusione .	213
Capitolo 15 Le politiche sociali per la disabilità		
15.1	La normativa italiana	215
15.2	L'invalidità civile: la procedura di accertamento	220

15.3	Le provvidenze economiche a favore delle persone invalide o inabili al lavoro .	222
15.3.1	L'assegno ordinario di invalidità (art. 1, L. 222/1984) .	222
15.3.2	La pensione ordinaria di inabilità (art. 2, L. 222/1984) .	223
15.3.3	La pensione d'inabilità per mutilati e invalidi civili (art. 12, L. 118/1971) .	223
15.3.4	L'assegno mensile di assistenza per invalidi civili (art. 13, L. 118/1971) .	223
15.3.5	L'indennità mensile di frequenza (L. 289/1990) .	224
15.3.6	Assegno privilegiato di invalidità e pensione privilegiata di inabilità (art. 6, L. 222/1984) .	224
15.3.7	L'indennità di accompagnamento (L. 18/1980 e art. 5, L. 222/1984) .	225
15.3.8	Revisione dell'assegno di invalidità e della pensione di inabilità .	226
15.4	Interventi socio-assistenziali e socio-sanitari .	226
15.5	La disciplina dei permessi e dei congedi per i disabili nell'ambito del rapporto di lavoro .	227
15.5.1	L'assistenza alle persone con disabilità grave e la legge del "dopo di noi" .	229

Capitolo 16 Le politiche sociali per la famiglia e i minori

16.1	Normativa per la famiglia .	231
16.2	Gli organi statali preposti alle politiche per la famiglia .	232
16.3	Le provvidenze economiche a favore delle famiglie .	234
16.3.1	Assegno familiare .	234
16.3.2	Assegno per il nucleo familiare (D.L. 69/1988, convertito dalla L. 153/1988) .	234
16.3.3	Assegno per il nucleo familiare con almeno 3 figli minori (L. 448/1988) .	235
16.3.4	Assegno di maternità del Comune (D.Lgs. 151/2001) .	235
16.3.5	Assegno di maternità dello Stato .	236
16.3.6	Assegno di maternità per lavori atipici e discontinui (D.Lgs. 151/2001) .	237
16.3.7	L'assegno per il congedo matrimoniale .	237
16.3.8	Il bonus bebè .	238
16.3.9	Il premio alla nascita o all'adozione (cd. bonus mamma domani) .	238
16.3.10	L'assegno unico e universale per i figli a carico .	239
16.3.11	Il buono per la frequenza di asili nido .	240
16.3.12	Il bonus per l'acquisto di servizi di baby-sitting previsto dalla normativa emergenziale per il Covid-19 .	241
16.4	Gli interventi per favorire l'abitazione .	241
16.5	La tutela della genitorialità nell'ambito del rapporto di lavoro .	243
16.5.1	Il congedo di maternità .	243
16.5.2	L'estensione del divieto di adibire la donna al lavoro .	245
16.5.3	Adozioni e affidamenti .	245
16.5.4	Il congedo di paternità .	246
16.5.5	I congedi parentali facoltativi .	246
16.5.6	Assegnazione temporanea ad altra sede di lavoro .	247
16.5.7	Congedi per malattia del figlio .	248

16.5.8	Congedi in presenza di un minore con handicap	249
16.5.9	I congedi parentali previsti dalla normativa emergenziale per il Covid-19	249
16.5.10	Riposi e permessi	250
16.5.11	Il divieto di licenziamento	250
16.5.12	La disciplina delle dimissioni	251
16.5.13	Il diritto alla conservazione del posto e al rientro	251
16.6	Gli interventi a tutela dei minori	251
16.6.1	Concetti generali	251
16.6.2	Il sistema della giustizia penale minorile. La riforma del 2018	253
16.6.3	Gli organi giurisdizionali minorili	254
16.6.4	Gli organi amministrativi centrali e periferici della giustizia minorile	255
16.6.5	I servizi dei Centri per la giustizia minorile	257
16.6.6	Cenni sul processo minorile	260
16.6.7	La sospensione del processo e la messa alla prova	261
16.6.8	Le misure penali di comunità	262
16.6.9	Il progetto di intervento educativo nel trattamento penale <i>intra moenia</i>	265
16.6.10	La mediazione penale	265
16.6.11	Il ruolo dell'assistente sociale nell'USSM	267
16.6.12	I minori e la scuola	267
16.6.13	I minori e il lavoro	270
16.6.14	Il diritto del minore alla salute: gli obiettivi dell'assistenza pediatrica	271
 Capitolo 17 Le politiche sociali per immigrati, anziani e altre categorie deboli		
17.1	L'assistenza agli immigrati e le politiche migratorie	273
17.1.1	Normativa e tutele	273
17.1.2	L'evoluzione legislativa	277
17.2	Il permesso di soggiorno	279
17.2.1	Disciplina generale	279
17.2.2	Il permesso di soggiorno individuale per i minori stranieri	280
17.2.3	Il permesso di soggiorno per motivi di lavoro	280
17.2.4	Il rinnovo del permesso di soggiorno	281
17.2.5	L'accordo di integrazione e il permesso di soggiorno a punti	282
17.2.6	Il permesso di soggiorno UE	283
17.2.7	Il ricongiungimento familiare	283
17.2.8	Il permesso di soggiorno per protezione sociale e per le vittime di violenze domestiche	285
17.2.9	L'iscrizione e la cancellazione anagrafica di cittadini stranieri	286
17.3	I servizi per gli anziani	288
17.3.1	L'assegno sociale	291
17.3.2	Politiche e interventi per le persone anziane non autosufficienti	291
17.4	I servizi per persone affette da problemi di salute mentale	293
17.4.1	I servizi di salute mentale	293
17.4.2	Interventi socio-assistenziali e socio-sanitari	294
17.4.3	Il trattamento sanitario obbligatorio	295
17.5	I senza fissa dimora	296

17.6	I servizi per le persone con problemi di dipendenza.	297
17.7	I malati di AIDS.	300
17.8	I malati terminali.	301

Parte Quinta

Elementi di Psicologia e Sociologia

Capitolo 18 Temi e prospettive della psicologia dello sviluppo

18.1	Concetti generali.	307
18.2	Il campo di indagine.	307
18.3	Tre domande sullo sviluppo psicologico.	309
18.3.1	Qual è la natura del cambiamento che caratterizza lo sviluppo?	309
18.3.2	Quali processi causano questo cambiamento?	310
18.3.3	Si tratta di un cambiamento continuo e graduale o viceversa discontinuo e improvviso?	310
18.4	Concezioni scientifiche dello sviluppo nel corso del tempo.	311
18.4.1	La visione ambientalista.	311
18.4.2	La visione naturalista.	311
18.4.3	La teoria evoluzionistica.	312
18.4.4	L'approccio sociologico.	313
18.5	Le principali teorie dello sviluppo.	313
18.5.1	Il comportamentismo.	313
18.5.2	Il condizionamento operante.	314
18.5.3	Teoria dell'apprendimento sociale.	314
18.5.4	L'approccio organismico.	315
18.5.5	L'approccio psicoanalitico.	316

Capitolo 19 Processi cognitivi, apprendimento, creatività e pensiero divergente

19.1	Le scienze che studiano la mente.	317
19.2	I metodi per lo studio della mente.	319
19.3	Apprendimento e maturazione.	320
19.3.1	Strategie didattiche per l'apprendimento.	321
19.3.2	Apprendimento significativo e metacognizione.	322
19.4	Gli stadi del percorso evolutivo.	323
19.5	Lo studio dell'intelligenza.	325
19.6	Charles Spearman e l'intelligenza bifattoriale.	326
19.7	Louis Leon Thurstone e l'intelligenza multifattoriale.	327
19.8	Le competenze su creatività e pensiero divergente.	328

Capitolo 20 Intelligenza emotiva, empatia, emozioni e sentimenti

20.1	Howard Gardner e il modello delle intelligenze multiple.	331
20.2	Daniel Goleman e l'intelligenza emotiva.	332
20.3	L'empatia come dimensione dell'intelligenza emotiva.	333
20.4	Le emozioni.	336
20.4.1	L'esperienza emotiva.	336

20.4.2	Le teorie delle emozioni	338
20.4.3	La teoria della differenziazione emotiva	339
20.4.4	La teoria differenziale	341
20.4.5	Le emozioni e il comportamento emotivo	342
20.4.6	A cosa servono le emozioni?	342
20.4.7	Come esprime le emozioni il bambino e come le riconosce?	343
20.4.8	Autoregolazione delle emozioni e <i>scaffolding</i>	344
20.5	I sentimenti	344
20.5.1	L'amicizia	344
20.5.2	L'amore	345
20.5.3	L'invidia	346
20.5.4	La gelosia	346

Capitolo 21 L'adolescenza

21.1	La definizione dell'identità nell'adolescenza	347
21.2	La teoria psicoanalitica	349
21.3	L'approccio psicosociale	349
21.4	La psicologia culturale	352
21.5	La prospettiva dell'interazionismo cognitivo sociale	352
21.6	Adolescenza e stili educativi	352

Capitolo 22 I disturbi dello sviluppo del bambino e dell'adolescente

22.1	Dalla contenzione all'inclusione	355
22.2	I disturbi del neurosviluppo	356
22.3	I disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)	359
22.4	I disturbi specifici del linguaggio (DSL)	361
22.5	I disturbi del comportamento	363
22.6	I disturbi del comportamento alimentare (DCA)	363

Capitolo 23 Lo sviluppo sociale

23.1	Cosa studia la psicologia sociale	367
23.2	L'individuo e i suoi contesti	368
23.3	Il processo di socializzazione	370
23.4	La famiglia	370
23.4.1	La nascita delle relazioni familiari	372
23.4.2	Lo sviluppo delle relazioni familiari	374
23.5	I gruppi	375
23.6	Stratificazione e mobilità sociale	376
23.7	Pregiudizi, atteggiamenti e rappresentazioni sociali	377
23.7.1	I pregiudizi	377
23.7.2	Gli atteggiamenti e le opinioni	378
23.7.3	La rappresentazione sociale	380
23.8	I principali contributi teorici	380
23.8.1	Daniel Stern	380
23.8.2	Jean Piaget	381
23.8.3	La teoria della mente	382
23.8.4	L'apprendimento osservativo	382

23.8.5	Lo sviluppo sociale come predisposizione biologica	383
23.8.6	Albert Bandura	384
23.8.7	Lawrence Kohlberg	384
23.8.8	Kurt Lewin	385
23.8.9	Gordon Allport	385
23.8.10	Solomon Asch	386
23.8.11	Serge Moscovici	386
23.8.12	La teoria ecologica	387

Capitolo 24 Devianza e conformità sociale

24.1	Dall'adattamento creativo al disadattamento patologico	389
24.2	Le teorie sulla devianza	391
24.2.1	Teorie biologiche	391
24.2.2	Teoria dell'anomia	392
24.2.3	Teoria della trasmissione culturale	392
24.2.4	Teoria dell'etichettamento o <i>labelling theory</i>	393
24.3	Devianza e criminalità	394

Parte Sesta

La prova pratica: analisi di casi

Capitolo 25 Disagio economico

Caso 1	397
Caso 2	399
Caso 3	401
Caso 4	402

Capitolo 26 Disabilità

Caso 5	405
Caso 6	406
Caso 7	408
Caso 8	411

Capitolo 27 Gravidanza e maternità

Caso 9	413
Caso 10	414
Caso 11	415
Caso 12	417

Capitolo 28 Minori

Caso 13	419
Caso 14	421
Caso 15	424
Caso 16	426
Caso 17	427

Caso 18	429
Caso 19	432
Caso 20	434

Capitolo 29 Violenza domestica

Caso 21	437
Caso 22	438
Caso 23	439
Caso 24	441

Capitolo 30 Problematiche penitenziarie

Caso 25	443
Caso 26	445
Caso 27	447
Caso 28	449

Capitolo 31 Immigrati

Caso 29	451
Caso 30	453
Caso 31	455
Caso 32	457

Capitolo 32 Anziani

Caso 33	461
Caso 34	463
Caso 35	465
Caso 36	467

Capitolo 33 Disagio psichico

Caso 37	471
Caso 38	473
Caso 39	474
Caso 40	476

Capitolo 34 Dipendenze

Caso 41	479
Caso 42	481
Caso 43	482
Caso 44	484

Capitolo 35 Lavoro di comunità

Caso 45	487
Caso 46	489
Caso 47	490
Caso 48	492
Caso 49	493
Caso 50	496

Capitolo 2

Profilo, formazione e competenze

2.1 Dal diploma universitario alle classi di laurea

L'assistente sociale è il professionista che opera nei servizi sociali pubblici e privati con l'obiettivo di promuovere, organizzare e gestire una rete integrata di interventi atti a realizzare gli orientamenti della politica socio-assistenziale degli enti locali (Dal Pra Ponticelli).

Sino agli anni '80 del secolo scorso questa figura professionale trova parziale collocazione presso istituzioni pubbliche e private, ma a livello legislativo il titolo di assistente sociale non è formalmente riconosciuto, né sono previsti, per questa professione, un profilo proprio e delle competenze specifiche.

Siffatta situazione cambia con il D.P.R. 15 gennaio 1987, n. 14, che per la prima volta riconosce il **valore abilitante del diploma di assistente sociale** rilasciato dalle Scuole dirette a fini speciali universitarie. Secondo l'art. 2 di questo decreto, la professione di assistente sociale consiste nell'operare, in rapporto di lavoro subordinato o autonomo, con i principi, le conoscenze, i metodi specifici del servizio sociale e nell'ambito del sistema organizzato dalle risorse sociali, in favore di persone singole, di gruppi e comunità, per prevenire e risolvere situazioni di bisogno.

Successivamente alla L. 19 novembre 1990, n. 341 (*"Riforma degli ordinamenti didattici universitari"*) – che fa rientrare fra i titoli rilasciati dalle Università anche il diploma universitario (DU), insieme con il diploma di laurea (DL), il diploma di specializzazione (DS) e il dottorato di ricerca (DR) – viene istituito con decreto ministeriale il **diploma universitario in servizio sociale (DUSS)**.

Con decreto 4 agosto 2000 del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica (*"Determinazione delle classi delle lauree universitarie"*) il diploma universitario ottiene il rango di laurea, attraverso la creazione di un'apposita classe, quella delle lauree in Scienze del Servizio sociale, di durata triennale, che affianca la classe delle lauree specialistiche in Programmazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali (introdotta ai sensi del D.M. 509/1999 e trasformata in laurea magistrale dal D.M. n. 270/2004). Seguono i due DD.MM. 15 marzo 2007, che sostituiscono a queste due classi di laurea quella delle **lauree in Servizio sociale, di durata triennale**, e quella delle **lauree in Servizio sociale e politiche sociali**.

2.2 L'albo professionale e l'Ordine

La professione di assistente sociale ottiene il suo pieno riconoscimento con la **L. 23 marzo 1993, n. 84, istitutiva dell'Albo professionale**. L'art. 1 di questa legge definisce i contenuti dell'esercizio professionale, affermando che:

- l'assistente sociale opera con autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone,

famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio e può svolgere attività didattico-formative;

- l'assistente sociale svolge compiti di gestione, concorre all'organizzazione e alla programmazione e può esercitare attività di coordinamento e di direzione dei servizi sociali;
- la professione di assistente sociale può essere esercitata in forma autonoma o di rapporto di lavoro subordinato;
- l'attività dell'assistente sociale, nella collaborazione con l'autorità giudiziaria, ha esclusivamente funzione tecnico-professionale.

I **requisiti** per l'esercizio della professione sono indicati dall'art. 2:

- possesso del diploma universitario in servizio sociale;
- conseguimento dell'abilitazione mediante l'esame di Stato;
- iscrizione all'Albo professionale.

La comunità professionale trova espressione nell'Ordine, che la raccoglie, *“a tutela sia dei professionisti iscritti sia degli interessi di coloro che, quali utenti dei servizi sociali o clienti di professionisti assistenti sociali, debbono essere garantiti in ordine alle prestazioni ed alla qualità del servizio prestato”*. L'Ordine professionale, *“che quindi cura interessi sociali generali propri dello Stato, ha la natura giuridica di ente pubblico non economico, sottoposto alla vigilanza del Ministero della Giustizia”*¹.

L'Ordine degli assistenti sociali è articolato su base territoriale ed è costituito da 20 Ordini regionali e dal Consiglio nazionale, come normato dal D.M. 1° ottobre 1994 n. 615, successivamente modificato dal D.P.R. 8 luglio 2005, n. 169 e dal D.M. 2 settembre 2010, n. 182.

All'art. 9, il D.M. 615/1994 sottolinea che, **per essere iscritti all'Albo**, è necessario:

- avere conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione;
- avere la residenza nella Regione o in una delle Regioni che costituiscono l'ambito territoriale e dell'ordine;
- non essere stato già radiato dall'albo o condannato, con sentenza passata in giudicato, per un reato che comporta l'interdizione dalla professione.

Così come indicato dall'art. 70 del nuovo Codice deontologico, l'iscrizione all'Albo deve essere effettuata in riferimento al domicilio professionale dell'assistente sociale, allo scopo di permettere all'Ordine di espletare la sua funzione di controllo e di facilitare la funzione disciplinare da parte del cittadino.

Il **Consiglio regionale** o **interregionale** dell'Ordine degli assistenti sociali (CROAS), avente sede nel capoluogo della Regione, si occupa di provvedere alle iscrizioni e alle cancellazioni dei professionisti, nonché di determinare la tassa di iscrizione e il contributo annuo a carico degli iscritti. Inoltre, il CROAS tutela i propri iscritti, ma allo stesso tempo adotta provvedimenti disciplinari in caso di inadempienza.

Il **Consiglio nazionale** dell'Ordine degli assistenti sociali (CNOAS) è composto da quindici membri eletti tra gli iscritti negli albi (art. 12), ha sede a Roma.

Il CNOAS esercita le seguenti funzioni:

- promuove e coordina le attività degli Ordini regionali o interregionali dirette alla tutela della dignità e del prestigio della professione;

¹ Consiglio nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali.

Capitolo 5

Gli strumenti del *social work*

5.1 Il colloquio di aiuto

Nell'espletamento delle proprie mansioni, l'assistente sociale impiega strumenti concepiti appositamente per conseguire determinati fini. Alcuni sono legati alla conoscenza e all'intervento a favore degli utenti, altri sono di tipo organizzativo-gestionale e usati per la promozione, la progettazione, l'organizzazione delle risorse e dei servizi, la ricerca, la conoscenza della collettività e del territorio¹.

Il colloquio è il principale strumento interattivo di cui l'assistente sociale dispone per mettere le fondamenta alla relazione di aiuto. Ha come obiettivo la comprensione profonda di ciò che prova la persona, del suo modo di affrontare le situazioni, del suo vissuto e di quanto e come ricerca strumenti e risorse utili a favorire il proprio cambiamento.

Nel servizio sociale, il **colloquio professionale** ha sempre uno scopo, non è mai soltanto uno scambio di parole ma è:

- ascolto attento e profondo;
- osservazione della metacomunicazione;
- riflessione;
- silenzio.

Durante il colloquio, quindi, bisogna prestare attenzione non solo alla **comunicazione verbale**, ovvero alle parole che vengono dette, ma anche alla **comunicazione non verbale** (tutto ciò che si trasmette attraverso la postura del corpo, i gesti della testa, delle mani) e **paraverbale** (il modo in cui qualcosa viene detto, il tono, la velocità, il timbro, il volume della voce)².

L'assistente sociale deve tenere a mente la prima cosa significativa che l'utente dice e fare domande sul primo emergente indirizzando su di esso il colloquio, poi eventualmente sul secondo emergente, se riporta altro di importante; deve anche annotare le cose dette negli ultimi minuti così da riprenderle nel colloquio successivo. Gestire i silenzi non è semplice, spesso l'assistente sociale li riempie con altre domande ma dovrebbe invece dare un significato a quei momenti.

Dal Pra Ponticelli definisce il colloquio come «una forma di comunicazione interpersonale guidata dall'assistente sociale verso uno scopo o una molteplicità di scopi al fine di instaurare con la persona una relazione che favorisca la comprensione reciproca della situazione in esame, permetta di intravedere soluzioni possibili e motivi gli interessati a impegnarsi nella realizzazione dei compiti connessi con le soluzioni prospettate». Nella metodica di utilizzo non esiste una

¹ Barbone S., *Igiene e cultura medico-sanitaria*, Franco Lucisano Editore, 2014.

² Secondo Albert Mehrabian il 55% del messaggio comunicativo è dedotto dal linguaggio non verbale, il 38% dagli aspetti paraverbali, il 7% dal contenuto verbale.



tipologia unica, né l'assistente sociale è il solo professionista che si serve di questo strumento.

Nel colloquio professionale non si giudica ma si cerca di comprendere l'altro in modo empatico. In riferimento a questo è importante sottolineare che alla base del colloquio oltre all'**empatia** troviamo i principi fondamentali del servizio sociale, tra cui l'**interessamento**, la **fiducia**, il **rispetto** e l'**avalutatività**, ovvero la capacità di evitare processi discriminativi nei confronti dell'utenza.

Il colloquio di aiuto non è una conversazione amicale, né un'intervista o un interrogatorio, ma una **pratica non direttiva perché incentrata sull'altro**.

Carl Rogers propone diversi tipi di **atteggiamenti** che permettono di essere **centrati sulla persona**. In particolare:

- atteggiamento di aperto interesse, vale a dire un modo di porsi che esclude qualsiasi tipo di giudizio e/o pregiudizio e focalizza l'attenzione su cosa può fare l'operatore per mettere a proprio agio l'utente e permettergli di raccontarsi;
- intenzione autentica di comprendere l'altro;
- atteggiamento non direttivo, nel senso che è necessario permettere all'altro la completa iniziativa durante il racconto della propria situazione di vulnerabilità;
- atteggiamento oggettivo, poiché è indispensabile evitare di farsi trascinare emotivamente dal racconto dell'utente.

Nell'esercizio della sua professione, l'assistente sociale si può trovare a svolgere **diversi tipi di colloquio**. (...) Ad esempio, possiamo distinguere fra:

- **colloquio informativo/colloquio di segretariato sociale**, il cui obiettivo principale è fornire alla persona determinate notizie che, nel caso del segretariato sociale, riguardano i servizi disponibili, quali prestazioni erogano e il modo per accedervi;
- **colloquio di prima accoglienza/di primo contatto**, che avviene all'inizio della relazione con la persona ed è finalizzato soprattutto a (1) metterla a suo agio e ascoltarla per farsi un'idea della sua richiesta e, se ve ne sono i presupposti, (2) darle una prima spiegazione rispetto al servizio, al nostro ruolo, a cosa potremmo fare assieme per esserle d'aiuto;
- **colloqui di valutazione (o di assessment)**, che servono a raccogliere le notizie sulla situazione e a capire cosa ne pensano le persone interessate, per poi programmare un intervento oppure per effettuare un'indagine sociale;
- **colloquio di monitoraggio/di verifica in itinere**, per appurare se si sta procedendo con le azioni che erano state decise, se si coglie qualche miglioramento o meno, se tutte le persone coinvolte si sentono a proprio agio nel fare quanto concordato, se sono insorte delle difficoltà ulteriori da affrontare o se nel frattempo ai diretti interessati sono venute altre idee su come affrontare la situazione;
- **colloquio per la valutazione conclusiva**, per ragionare assieme agli interessati sui cambiamenti intervenuti e sui risultati raggiunti o meno.

(tratto da: Raineri M.L. (a cura di), *Assistente sociale domani. Letture scelte per l'esame di Stato - sez. B*, vol. 1, Erickson, 2013, p. 174).

Trattandosi di uno strumento di lavoro non occasionale, dal quale dipende la relazione di aiuto, occorre che l'operatore abbia previsto una preparazione e uno svolgimento che ne determinino la struttura formale (Antonuccio).

La **prima tappa** prevista è la **preparazione**, in cui rientra la fase della convocazione. Infatti, se non si tratta di un primo colloquio al quale l'utente si presenta spontanea-

Capitolo 7

Le competenze specialistiche

7.1 La pianificazione sociale, la programmazione e la progettazione sociale

7.1.1 Definizioni e differenze

La **pianificazione sociale** (*planning*) è un'attività processuale di tipo concettuale ed empirico, che si conclude con la redazione, da parte dell'assistente sociale, di un "piano" contenente indicazioni di carattere tecnico-amministrativo.

La pianificazione, fra gli altri obiettivi, è orientata a realizzare un insieme di interventi volti a risolvere problemi/disagi in contesti complessi e multiproblematici del lavoro sociale ed è destinataria di risorse per implementare azioni e strategie ben precise. Può essere definita, perciò, come un meccanismo di ideazione, elaborazione, attuazione, controllo e verifica degli interventi, quale espressione tangibile della discrezionalità operativa di ogni singolo assistente sociale.

Si tratta, in sintesi, di un **processo decisionale**. Attraverso di esso gli assistenti sociali:

- definiscono, rispetto ai sistemi di *welfare* e servizio sociale locale, gli obiettivi qualitativi e quantitativi da realizzare in un determinato periodo di tempo;
- allocano le risorse;
- stabiliscono i vincoli ai quali è legato l'utilizzo delle risorse;
- indicano le modalità di verifica dei risultati conseguiti.

Con la L. 328/2000 la pianificazione sociale diviene uno strumento formale di *governance* e programmazione integrata del sistema di servizi sociali e socio-sanitari locali e, in particolare, è il processo che porta alla costruzione dei **Piani sociali di zona**.

La **programmazione**, invece, è volta all'individuazione degli obiettivi e delle priorità da raggiungere in riferimento ai bisogni e alle esigenze di un'intera comunità. È uno degli strumenti di politica pubblica, intesa come un costrutto socio-istituzionale complesso, fatto di programmi integrati, multiscopo, multilivello e in grado di lavorare su diversi livelli.

La L. 328/2000 ha introdotto il concetto di «programmazione partecipata», prevedendo che al processo programmatico partecipino i vari livelli istituzionali, lo Stato, le Regioni, i Comuni, il Terzo Settore e le Aziende Sanitarie Locali. La legge, inoltre, stabilisce che la programmazione debba essere integrata e coordinata con gli interventi sanitari, dell'istruzione e con le politiche di formazione e di reinserimento al lavoro.

La **progettazione sociale** è un insieme di attività coordinate e mirate a obiettivi da ottenere entro un limitato periodo di tempo, con un budget definito. È orientata al raggiungimento di un risultato specifico e, in quanto tale, ha un inizio e una fine, quindi una durata prestabilita, e utilizza risorse professionali, strumentali e finanziarie predeterminate. Si evincono da questa definizione i vincoli che regolano un pro-

getto sociale: l'obiettivo prefissato deve essere raggiunto entro il tempo previsto e nel rispetto dei limiti di budget. Ne deriva che il monitoraggio è una funzione chiave nella gestione di ogni progetto sociale: se qualcuno dei fattori sopracitati cambia, anche gli altri ne risentono. Per tale motivo, la progettazione sociale ha una modalità operativa estremamente elastica e flessibile, capace di rispondere ai cambiamenti con il minor spreco di risorse.

I concetti di pianificazione, programmazione e progettazione possono essere visti su un *continuum*, nel quale da un livello “macro” si passa a un livello “intermedio”, per arrivare infine a individuare un obiettivo “micro”.

L'elemento comune a questi tre strumenti è lo scopo, ovvero la produzione di un cambiamento attraverso il raggiungimento di obiettivi. Altri punti in comune sono rappresentati dalla consistente attività di ricerca e dal fattore temporale. Questi strumenti, infatti, non hanno una natura permanente, ma temporanea, hanno una prima fase di realizzazione, una seconda fase operativa e una terza fase conclusiva.

Una volta svolte le attività e le opportune valutazioni, il ciclo può considerarsi concluso, indipendentemente dal fatto che gli obiettivi siano stati raggiunti oppure no. Se le attività sono state considerate molto soddisfacenti possono ripartire con una nuova definizione degli obiettivi e quindi con la realizzazione di un nuovo progetto.

Mentre la pianificazione sociale si riferisce a un livello decisionale più ampio, che mira a raggiungere obiettivi generali a lungo termine, come per esempio il Piano nazionale dei servizi sociali e i Piani regionali, la programmazione si concentra su un livello intermedio e sulla suddivisione di un Piano in attività e obiettivi intermedi da raggiungere, funzionali all'obiettivo di portata generale prefissato. La progettazione, invece, implica la realizzazione di progetti, con contenuti strettamente operativi, mirati al raggiungimento di obiettivi specifici, in funzione di un successivo livello “micro”.

7.1.2 La pianificazione sociale

L'ambito di appartenenza della pianificazione dei servizi sociali è primariamente quello pubblico, non solo perché il finanziamento degli interventi è pubblico, ma anche per esigenze di governo del sistema integrato, fondato anche su forme regolate di mercato. Diventa perciò indispensabile la **dimensione normativa**, basata su un sistema multilivello, ovvero comunitario, statale, regionale e locale.

La pianificazione sociale è un processo decisionale a carattere prevalentemente politico, che mira a perseguire un cambiamento in relazione a determinati obiettivi, ed è un processo di messa in rete di politiche settoriali, che pone l'attenzione sul cittadino e sulle formazioni primarie, tenendo presente il loro ciclo di vita e le difficoltà che possono incontrare. Il suo oggetto si identifica nello Stato sociale, ovvero nell'insieme dei servizi sociali, sanitari, della previdenza e nelle necessarie integrazioni con altre politiche riconducibili, per esempio, alla formazione, al lavoro, alla casa, al territorio o al trasporto pubblico. La sua conclusione prevede la realizzazione di un documento formale, il Piano, che secondo il livello dal quale è stato emanato assume il nome di Piano nazionale, regionale o di zona.

La pianificazione sociale prevede le seguenti **fasi**:

- la *diagnosi sociale territoriale*, dedicata all'analisi dei bisogni da tradurre, successivamente, in affermazioni di obiettivi generali, al cui centro è posto il cittadino;

Capitolo 10

Storia ed evoluzione dei servizi sanitari in Italia

10.1 La legislazione sanitaria nel Regno d'Italia

Dopo l'Unificazione d'Italia, fu estesa all'intero territorio nazionale la legislazione che era stata del Regno di Sardegna, e in particolare, per quanto concerneva l'assistenza sanitaria pubblica, si adottò il modello organizzativo previsto dalla L. 3793/1859, che affidava ai Sindaci, di nomina regia, le funzioni di controllo, espletate pertanto a livello locale. I Sindaci, coadiuvati da funzionari amministrativi periferici, agivano in qualità di ufficiali sanitari dei Comuni. Tuttavia fu ben presto avvertita l'esigenza di armonizzare le disposizioni igienico-sanitarie previste dalle legislazioni del periodo preunitario, non di rado discrepanti.

Si cominciò con la L. 753/1862 (**legge Rattazzi**), che si proponeva di unificare la regolamentazione delle Opere pie e degli altri enti dediti all'assistenza ai poveri, compresa quella sanitaria, organizzazioni che fino a quel momento avevano goduto, non diversamente dagli enti privati filantropici, di un'autonomia piena e assoluta nella gestione di istituti di ricovero, ospedali, infermerie ecc. Queste organizzazioni venivano sottoposte alla vigilanza del **Ministro dell'Interno**, massima autorità sanitaria, mentre si affidava alle **Congregazioni di Carità** il compito di gestire e amministrare l'assistenza.

La competenza sanitaria del Ministro dell'Interno, e quella di **Prefetti** e **Sindaci** a livello periferico, trovarono conferma nella L. 2248/1865, all'Allegato C. Seguì, con L. 5849/1888, l'istituzione della **Direzione generale della Sanità pubblica**, come articolazione del Ministero dell'Interno, e del **Consiglio Superiore di Sanità**, con funzioni tecnico-consultive.

Negli anni seguenti il legislatore ritornò a occuparsi delle Opere pie e degli enti con finalità assistenziali verso gli indigenti. Nel ridisciplinarli, la L. 6972/1890 (**legge Crispi**) li trasformava in **Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB)**, confermando la vigilanza da parte dello Stato. Era un passo in avanti importante, perché si faceva dell'assistenza gratuita ai bisognosi un'attività d'interesse pubblico, e a qualificarla tale era direttamente lo Stato, per il tramite del Parlamento. L'onere era attribuito ai Comuni, mentre forme di assicurazione obbligatoria, gestite da enti mutualistici (*società di mutuo soccorso*), erano previste per i possessori di redditi da lavoro e i loro nuclei familiari.

Il processo di riorganizzazione continuò con il R.D. 636/1907 (Testo unico delle leggi sanitarie), che riorganizzò e razionalizzò tutta la normativa pregressa.

Si giunge così al ventennio fascista. Il regime, fra i primi provvedimenti che prese, trasformò gli ospedali siti in città che fossero sedi di facoltà universitarie medico-chirurgiche in ospedali clinici (*clinicizzazione degli ospedali*), prevedendo una regolamentazione convenzionale dei rapporti fra Università e ospedali stessi, e stabilì che le cliniche universitarie, sulla base di accordi con le pubbliche istituzioni, funzionassero come reparti ospedalieri (*cosiddetta ospedalizzazione delle cliniche universitarie*).

Lo scoppio della crisi economico-finanziaria mondiale nel 1929 ebbe sul settore dell'assistenza sanitaria ripercussioni importanti. Il regime mussoliniano reagì potenziando e «nazionalizzando» il sistema assicurativo previdenziale. Si trattò di una politica corporativa «che mirava a ricondurre sotto le mani del regime un sistema di protezione sociale ancora segnato dalla presenza del mutualismo e delle iniziative confessionali legati alle Opere Pie» (Vinci).

Già nel 1926 era stato istituito l'**Ente Nazionale della Cooperazione**, che unificava le società di mutuo soccorso. Nacquero in seguito l'**Istituto Nazionale per le Assicurazioni contro gli Infortuni sul Lavoro-INAIL** (1933), le **Casse Mutue Paritetiche** (1934), così chiamate perché partecipate in uguale misura dai lavoratori e dai datori di lavoro, l'**Istituto Nazionale della Previdenza Sociale-INPS** (1935) e, dopo lo scoppio della Seconda guerra mondiale, l'**Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti Statali** (1942) e l'**Istituto Nazionale di Assicurazione contro le Malattie-INAM** (1943).

A livello centrale, la tutela della salute pubblica restava affidata al Ministro dell'Interno, cui competeva il controllo sulle autorità sanitarie periferiche, rappresentate dal Prefetto, coadiuvato dal medico e dal veterinario provinciale, e dal Podestà (Sindaco) a livello comunale. Nell'esplicazione delle sue funzioni, il Ministro dell'Interno era coadiuvato dalla Direzione generale della Sanità e da un Consiglio Superiore di Sanità. Alla Direzione generale sarebbe subentrato nel 1945 l'**Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica**, alle dirette dipendenze del Consiglio dei Ministri. All'Alto Commissariato, alle cui dipendenze passava l'Istituto Superiore di Sanità, competeva la tutela della salute pubblica, il coordinamento sull'attività degli uffici statali che avevano attribuzioni in materia di igiene e sanità e la vigilanza tecnica sulle organizzazioni sanitarie, nonché sugli enti sorti con lo scopo di combattere le malattie sociali. Rimanevano al Ministro i poteri di vigilanza e tutela sulle istituzioni ospedaliere, soggette, in quanto Opere pie, alle leggi sulla pubblica beneficenza. Analoghi poteri spettavano, sugli enti mutualistici, al Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale, fermo restando che l'attività sanitaria di questi enti poteva essere oggetto di controllo da parte dell'Alto Commissariato e degli uffici provinciali. L'Alto Commissariato sarebbe stato soppresso nel 1958, sostituito dal Ministero della Sanità.

10.2 La tutela della salute nella Costituzione repubblicana

Il 1° gennaio 1948 entrava in vigore la Costituzione. La legge fondamentale dello Stato repubblicano, approvata dall'Assemblea costituente il 22 dicembre 1947, inseriva la **salute** fra i diritti sociali e affidava alla Repubblica il compito di tutelarla come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (art. 32).

Se, infatti, la salute si caratterizzava come prerogativa fondamentale di ciascuna persona, costituendo il necessario presupposto per il godimento di tutti gli altri diritti costituzionali, la sua salvaguardia rispondeva anche a un interesse generale. Salvaguardare la salute individuale, infatti, significava salvaguardare la salute della comunità sociale globalmente considerata. Si faceva carico allo Stato, di conseguenza, di garantire cure gratuite a quanti, in situazione d'indigenza, fossero economicamente impossibilitati a provvedervi con mezzi propri.

Sulla base di questi principi, la giurisprudenza giungerà a configurare un vero e proprio **diritto alla salubrità dell'ambiente**, riconoscendogli autonoma dignità, per preve-

Capitolo 16

Le politiche sociali per la famiglia e i minori

16.1 Normativa per la famiglia

Nel nostro Paese manca una legislazione organica sulla famiglia. A partire dalla seconda metà degli anni Novanta s'è cercato, attraverso provvedimenti disseminati all'interno della legislazione sociale e fiscale, di sostituire alla logica assistenziale e riparativa quella della prevenzione e del sostegno.

Un esempio è la L. 285/1997, sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Se pure questa legge coinvolge la famiglia soltanto indirettamente, essa impegna l'ente pubblico nella promozione delle opportunità e non più solo nella riparazione delle disfunzionalità.

A livello nazionale, però, s'è continuato a destinare la maggior parte delle risorse per la famiglia alla copertura delle disfunzionalità e delle emergenze.

La L. 328/2000, sul riordino del sistema di interventi e servizi sociali, è la prima normativa statale a riconoscere il **ruolo della famiglia** come *nucleo primario del sistema di Welfare* e come *sistema di relazioni*.

All'art. 16, tale legge afferma che il sistema integrato di interventi e servizi sociali:

- riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie nella *formazione* e nella *cura della persona*, nella *promozione del benessere* e nel *perseguimento della coesione sociale*;
- sostiene e valorizza i molteplici compiti che le famiglie svolgono sia nei *momenti critici* e di *disagio*, sia nello *sviluppo della vita quotidiana*;
- sostiene la *cooperazione*, il *mutuo aiuto* e l'*associazionismo* delle famiglie;
- valorizza il ruolo attivo delle famiglie nella *formazione di proposte e di progetti* per l'offerta dei servizi e nella valutazione dei medesimi.

Al fine di migliorare la qualità e l'efficienza degli interventi, agli operatori si affida il compito di coinvolgere e responsabilizzare le persone e le famiglie nell'ambito dell'organizzazione dei servizi.

I **livelli essenziali delle prestazioni sociali** erogabili nel territorio nazionale devono tener conto dell'esigenza:

- di favorire le *relazioni*, la *corresponsabilità* e la *solidarietà fra generazioni*;
- di sostenere le *responsabilità genitoriali*;
- di promuovere le *pari opportunità* e la *condivisione di responsabilità* tra donne e uomini;
- di riconoscere l'autonomia di ciascun componente della famiglia.

La **priorità**, nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali, è attribuita:

- all'erogazione di *asseggni di cura* e *altri interventi a sostegno della maternità e della paternità responsabile*, da realizzare in collaborazione con i servizi sanitari e con i servizi socio-educativi della prima infanzia;

- alle *politiche di conciliazione tra il tempo di lavoro e il tempo di cura*, promosse anche dagli enti locali ai sensi della legislazione vigente;
- ai *servizi formativi e informativi di sostegno alla genitorialità*, anche attraverso la promozione del *mutuo aiuto* tra le famiglie;
- alle *prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare*, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, cura di disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani;
- ai *servizi di sollievo*, per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia, e in particolare i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro;
- ai *servizi per l'affido familiare*, per sostenere, con qualificati interventi e percorsi formativi, i compiti educativi delle famiglie interessate.

Si prevedono, inoltre, ai comma 4 e 5 dell'art. 16:

- la possibilità per i Comuni di concedere, in alternativa ai contributi assistenziali in denaro, prestiti sull'onore consistenti in **finanziamenti a tasso zero** secondo piani di restituzione concordati con il beneficiario, al fine di sostenere le responsabilità individuali e familiari e agevolare l'autonomia finanziaria delle seguenti categorie di soggetti:
 - nuclei monoparentali;
 - coppie giovani con figli;
 - gestanti in difficoltà;
 - famiglie che hanno a carico soggetti non autosufficienti con problemi di grave e temporanea difficoltà economica;
 - famiglie di recente immigrazione che presentino gravi difficoltà di inserimento sociale;
- la possibilità per i Comuni di:
 - prevedere **agevolazioni fiscali e tariffarie** rivolte alle famiglie con specifiche responsabilità di cura;
 - deliberare tariffe ridotte per l'accesso a più **servizi educativi e sociali**.

16.2 Gli organi statali preposti alle politiche per la famiglia

Presso la **Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia** è istituito l'**Osservatorio nazionale sulla famiglia**, quale organismo di supporto tecnico-scientifico per l'elaborazione delle politiche nazionali per la famiglia.

L'Osservatorio, presieduto dal Presidente del Consiglio dei Ministri, svolge funzioni di studio, ricerca, documentazione, promozione e consulenza:

- assicurando lo sviluppo delle funzioni di analisi e studio della condizione e delle problematiche familiari, anche attraverso la realizzazione di un rapporto biennale sulla condizione familiare in Italia finalizzato ad aggiornare le conoscenze sulle principali dinamiche demografiche, sociologiche, economiche e di politica familiare;
- promuovendo iniziative e incontri seminariali per favorire la conoscenza dei risultati delle ricerche e indagini e la diffusione delle buone pratiche attraverso lo scambio di esperienze;

Capitolo 28

Minori

Caso 13

Una giovane madre si presenta al servizio sociale territoriale per segnalare la condizione di disagio nella quale sembra vivere il figlio di 12 anni, sia a casa che a scuola. La donna racconta inoltre che è stata convocata dalla scuola a seguito di un episodio di violenza di cui si è reso protagonista il ragazzo.

La candidata/il candidato descriva il processo di aiuto da attuare, le connessioni di rete e le risorse formali e informali alle quali fare riferimento.

La raccolta delle informazioni

L'assistente sociale, preso atto di quanto già dichiarato dalla donna e constatata la sua preoccupazione per il figlio, cercherà di fare chiarezza e comprendere la situazione assieme a lei, ponendole diverse domande. In particolare dovrà chiederle:

- da quanto tempo il ragazzo manifesta questo problema;
- se è possibile ricondurlo a episodi specifici;
- se ha notato particolari cambiamenti nel ragazzo;
- qual è il comportamento attuale del ragazzo e come è cambiato rispetto a prima;
- se entrambi i genitori hanno già provato a parlare con lui, riuscendo a recuperare informazioni utili.

L'utilizzo di domande mirate, durante il **colloquio conoscitivo**, permetterà all'assistente sociale di ottenere informazioni sulla cui base sviluppare un **progetto di aiuto**, partendo dalla lettura corretta del disagio vissuto dal giovane. È bene accertare se il nucleo familiare è mai stato preso in carico dal servizio.

Altre indicazioni si possono ricavare da ciò che l'équipe scolastica ha riferito alla madre del ragazzo. Ciò contribuisce a rendere ancora più chiaro il profilo comportamentale del soggetto.

Raccolte le informazioni iniziali, l'assistente sociale fisserà un **incontro con entrambi i genitori**, per avere un quadro di riferimento familiare e comprendere il pensiero e la valutazione della situazione da parte della coppia genitoriale.

Durante la prima fase del colloquio, l'assistente sociale svolgerà un'indagine orientata alla comprensione della condizione familiare. In particolare, approfondirà la situazione acquisendo informazioni aggiuntive:

- sulla **composizione del nucleo familiare** (qual è l'età dei figli, quale scuola frequentano, il rapporto fra i fratelli ecc.). Si tratta di dati facilmente recuperabili anche dai registri telematici dell'anagrafe comunale, ma la domanda serve per mettere a loro agio le persone;

- sull'**occupazione lavorativa dei genitori**, per verificare se entrambi sono impegnati, quanto tempo sono fuori casa, chi si prende cura dei figli durante la loro assenza;
- su **parenti e altre persone significative**, per capire se sono presenti nonni, zii, amici di famiglia che si occupano dei bambini o che in qualche modo supportano la famiglia nei momenti di difficoltà. Sapere se la famiglia è circondata da una **rete di sostegno** permetterà all'assistente sociale di comprendere quali risorse attivare qualora ce ne fosse la necessità;
- le **relazioni del giovane** con la sua famiglia, con i suoi parenti e gli amici. È da ricercare all'interno della rete familiare e/o amicale una **figura di riferimento per il ragazzo**, cui questi confidi il proprio disagio e ciò che gli accade o succede intorno.

L'assistente sociale dovrà chiedere alla coppia genitoriale il consenso per coinvolgere gli **insegnanti della scuola** frequentata dal giovane al fine di comprendere il suo andamento scolastico, la sua relazione con l'équipe educante e con i compagni. L'attenzione dovrà essere puntata anche sull'episodio durante il quale ha agito comportamenti violenti. Sarà indispensabile capire se la scuola ha messo in atto un'**azione educativa** nei confronti del ragazzo e, qualora fossero coinvolti altri minori, occorrerà accertare se sono stati avvisati gli altri genitori.

Al termine del colloquio con gli insegnanti, è opportuno, previa autorizzazione della famiglia, condurre un **colloquio conoscitivo**, in ambiente scolastico, con il ragazzo. Incontrarlo in un contesto familiare gli permetterà di sentirsi a proprio agio. Sarà opportuno proporsi con un atteggiamento di **ascolto attivo ed empatia**, per instaurare con lui una relazione positiva di fiducia, nella quale non dovrà sentirsi accusato o giudicato.

Dopo un'ipotesi di partenza, si procederà con un **colloquio presso il domicilio** del nucleo familiare, per completare il quadro valutativo. La visita domiciliare dovrà essere concordata con gli adulti della famiglia, ai quali bisognerà spiegare la motivazione che spinge l'assistente sociale ad incontrare il nucleo familiare all'interno di un setting differente rispetto a quello di un ufficio.

Il professionista, durante la visita, osserverà chi è in casa, le **condizioni igieniche** del luogo e delle persone, le **relazioni fra i componenti** e focalizzerà l'attenzione sugli argomenti da trattare. Ascolterà non solo quello che l'utente verbalizza ma anche ciò che vuole comunicare attraverso la sua mimica, i suoi gesti.

Il colloquio presso l'abitazione delle persone non deve sembrare un interrogatorio. Sotto quest'aspetto è utile far comprendere agli interlocutori l'importanza di conoscere le persone per poterle meglio aiutare. Al termine della visita un ruolo fondamentale è assunto dalla precisa restituzione di quanto detto e osservato.

Il progetto di intervento

Molteplici sono le informazioni che un assistente sociale può ricevere durante i diversi colloqui. Rispetto a ciascuna di esse, è possibile prevedere interventi atti ad alleviare la situazione di disagio vissuta dal ragazzo.

Sarà possibile coinvolgere formalmente l'**équipe multidisciplinare** del servizio consultoriale territoriale, con l'obiettivo di collaborare alla stesura di un **programma individualizzato**, nonché al **monitoraggio** dello stesso.

Professioni & Concorsi

Manuali ed Eserciziari per la preparazione ai concorsi pubblici e per l'aggiornamento professionale.

Il volume, indirizzato a quanti intendono sostenere l'esame di Stato per l'**abilitazione alla professione di Assistente sociale** (sezioni **A e B** dell'Albo), propone una trattazione sintetica degli argomenti la cui conoscenza risulta fondamentale per lo svolgimento delle prove ed è strutturato in **sei parti**:

- la **parte prima** analizza le caratteristiche della professione dell'assistente sociale, i requisiti per il suo esercizio, le aree di intervento, i principi che orientano l'agire professionale, il Codice deontologico;
- la **parte seconda** si occupa degli strumenti di cui dispone l'assistente sociale per creare le fondamenta della relazione d'aiuto, delle caratteristiche e delle fasi del processo d'aiuto, delle competenze specialistiche della professione;
- la **parte terza** analizza le tipologie di welfare state, i diversi aspetti della legislazione sociale, la storia e l'evoluzione dei sistemi sanitari in Italia, gli strumenti della pianificazione sanitaria, il sistema dell'assistenza sociale, gli enti che compongono il Terzo settore;
- la **parte quarta** riguarda le misure di contrasto alla povertà, le politiche sociali a favore dei disabili, delle famiglie e dei minori, degli immigrati, degli anziani, delle persone affette da disagio psichico, delle persone con problemi di dipendenza;
- la **parte quinta** è dedicata ad argomenti di Psicologia e Sociologia;
- la **parte sesta** propone l'analisi di cinquanta casi pratici, raggruppati per tipologia di utenza e "risolti" secondo uno schema per il quale all'individuazione delle informazioni da raccogliere segue poi la costruzione del progetto di intervento.



ESTENSIONI ONLINE TRACCE ASSEGNATE

Le risorse di studio gratuite sono accessibili dalla propria area riservata, previa registrazione al sito edises.it



 blog.edises.it
 facebook.com/infoConcorsi
 [infoconcorsi.edises.it](https://t.me/infoconcorsi.edises.it)



€ 30,00

