



**Ministero del Lavoro
e delle Politiche Sociali**

Direzione Generale per l'inclusione,
i diritti sociali e la responsabilità
sociale delle imprese (CSR)

Direzione Generale per la gestione
del fondo nazionale per le politiche sociali
e monitoraggio della spesa sociale



Quaderni
DELLA RICERCA SOCIALE 8

**ANALISI DELLA
STRUTTURA E
DELL'OCCUPAZIONE
DEL SETTORE DEI
SERVIZI SOCIALI
NELLA REGIONE
MARCHE**

Indice

1	Introduzione.....	6
2	Il sistema regionale dei servizi sociali.....	9
2.1	La costruzione del welfare nelle Marche.....	9
2.2	La costruzione delle politiche e dei servizi sociali nelle Marche.....	12
2.3	La spesa sociale nelle Marche.....	14
2.3.1	La spesa sociale delle Marche nel contesto nazionale.....	14
2.3.2	Il quadro sub-regionale.....	18
2.4	L'offerta dei servizi sociali nelle Marche.....	20
2.5	I soggetti titolari e gestori dei servizi sociali.....	24
2.5.1	I soggetti titolari e gestori nelle Aree Vaste.....	24
2.5.2	La natura pubblica e privata dei soggetti.....	27
3	Le dimensioni e le caratteristiche dell'occupazione nei servizi sociali.....	30
3.1	Un'esplorazione sull'occupazione nei servizi sociali a livello settoriale.....	30
3.2	L'analisi delle qualifiche e delle professioni.....	37
3.3	Una valutazione d'insieme dell'occupazione nei servizi sociali.....	44
4	I fabbisogni informativi per le professioni sociali.....	46
4.1	Le rilevazioni statistiche ufficiali.....	46
4.1.1	L'indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati.....	47
4.1.2	La rilevazione sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.....	49
4.1.3	La Rilevazione delle cooperative sociali.....	50
4.1.4	La Rilevazione delle organizzazioni di volontariato.....	51
4.2	I sistemi informativi sulle professioni sociali: alcuni casi regionali.....	52
4.2.1	Il caso dell'Emilia-Romagna.....	52
4.2.2	Il caso del Piemonte.....	58
4.2.3	Il caso delle Marche.....	61
4.3	I flussi amministrativi di natura previdenziale.....	67
4.3.1	L'Osservatorio sui lavoratori dipendenti.....	67
4.3.2	L'Osservatorio sui lavoratori parasubordinati.....	68
4.3.3	L'Osservatorio sui Lavoratori domestici.....	69
4.4	Definizione dei fabbisogni informativi e individuazione degli indicatori.....	70
4.4.1	I profili professionali.....	70
4.4.2	Il rapporto di lavoro, il lavoratore e il contesto organizzativo dei servizi.....	72
4.5	Uno sguardo d'insieme.....	74
5	L'analisi di otto ambiti territoriali sociali: sistema dei servizi, occupazione, professioni.....	78
5.1	Metodologia e indagini sul campo.....	79
6	Il sistema dei servizi negli otto ambiti territoriali sociali.....	82
6.1	Gli ATS: risultati e metodologia di lavoro.....	82
6.2	Il difficile processo di costruzione dell'integrazione socio-sanitaria.....	86
6.3	Il volontariato fra impegno e pretese.....	90
6.4	Le cooperative fra vincoli normativi e partecipazione.....	91
6.5	ATS e i centri per l'impiego: verso le politiche di attivazione?.....	93
6.6	Gli ATS e le scuole.....	95
6.7	Gli ATS e la Regione.....	96
6.8	Strumenti e criticità nella costruzione del sistema dei servizi sociali.....	98
6.9	Le sfide ancora aperte.....	101
	Fonti.....	105
7	Quantità e qualità dell'occupazione nei servizi sociali negli otto ambiti territoriali sociali.....	108
7.1	Il lavoro nei servizi sociali: analisi quantitativa, tipologie, professioni.....	108
7.1.1	Gli occupati per genere.....	109
7.1.2	Tipologia contrattuale.....	109
7.1.3	Tempi di lavoro.....	110
7.1.4	Settori di intervento.....	112
7.1.5	Titolo di studio.....	114
7.1.6	Le funzioni svolte.....	115
7.1.7	Profili professionali.....	116

7.1.8	Le differenze salariali	118
7.2	L'analisi comparativa tra ATS.....	119
7.2.1	Distribuzione dei lavoratori per ATS e forma istituzionale.....	119
7.2.2	Forme contrattuali.....	121
7.2.3	Tempi di lavoro.....	123
7.3	Le criticità emerse dal questionario.....	125
8	Tre occupazioni nel sociale: competenze e formazione	128
8.1	Il percorso della ricerca.....	128
8.1.1	Le dimensioni analitiche	128
8.1.2	Il quadro teorico.....	128
8.1.3	La metodologia della ricerca	131
8.2	Il lavoro sociale nel quadro europeo	133
8.2.1	I caratteri dell'occupazione nel settore dei servizi alla persona	133
8.2.2	La governance sociale dell'Unione Europea	136
8.2.3	Il profilo dell'assistente sociale	140
8.2.4	Il profilo dell'educatore professionale	147
8.2.5	Il profilo dell'operatore socio sanitario	154
8.3	Le prassi lavorative in otto ambiti sociali della Regione Marche.....	161
8.3.1	Area anziani.....	161
8.3.2	Area dipendenze patologiche.....	167
8.3.3	Area emarginazione	174
8.3.4	Area minori.....	182
8.3.5	Area salute mentale.....	187
8.3.6	Area della disabilità grave	195
8.4	I percorsi formativi nella Regione Marche	201
8.4.1	La formazione dell'assistente sociale	202
8.4.2	La formazione dell'educatore professionale.....	214
8.4.3	La formazione dell'operatore socio-sanitario.....	232
8.5	Competenze e formazione: possibili linee di sviluppo.....	243
8.5.1	Di luce e ombra: lo scenario italiano dei servizi alla persona	243
8.5.2	Un'ottica di lungo periodo	244
8.5.3	Lo scenario attuale	246
8.6	Punti di forza e criticità degli attuali profili occupazionali.....	249
8.6.1	Il processo di professionalizzazione dell'assistente sociale.....	249
8.6.2	L'educatore: una professione in cerca di ricomposizione	254
8.6.3	L'operatore socio sanitario: un profilo in divenire.....	261
9	La professionalizzazione fra prassi contrattuali e ambiente istituzionale	265
9.1	Le trasformazioni del sistema dei servizi sociali: ridefinizione del ruolo professionale.....	265
9.2	Il dibattito teorico.....	267
9.3	Il disegno della ricerca	269
9.4	La valutazione critica dei risultati	271
9.5	Considerazioni conclusive.....	276
	ALLEGATI.....	280
10	Conclusioni.....	281
	Bibliografia.....	303
	Appendice	306

Indice di tabelle e figure

Tabella 2.1 - Ambiti Territoriali Sociali della regione Marche.....	11
Tabella 2.2 - Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per ripartizione geografica - Anno 2005 (valori assoluti, percentuali e spesa pro-capite).....	15
Tabella 2.3 - Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli, dei distretti socio-sanitari e delle associazioni di comuni, per regione e ripartizione geografica - Anno 2006 (valori percentuali)	15
Tabella 2.4 - Spesa sociale dei Comuni singoli e associati per tipo di intervento - Anno 2006 (valori percentuali) ..	16
Tabella 2.5 - Spesa pro-capite per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza e ripartizione geografica - Anno 2006 (valori percentuali)	16
Tabella 2.6 - Spesa pro-capite per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza e ripartizione geografica - Anno 2006 (valori pro-capite in euro)	17
Tabella 2.7 - Spesa netta procapite per area di utenza e dimensione territoriale (valori in euro).....	18
Tabella 2.8- Composizione % della spesa netta per sezioni organizzative	19
Tabella 2.9 - Composizione % della spesa netta per aree di utenza e territoriali. Anno 2006.....	19
Tabella 2.10 - Spesa netta pro-capite per area di utenza negli ATS selezionati (valori in euro)	20
Tabella 2.11- Riepilogo Interventi e Strutture per AV al 31/12/2008	21
Tabella 2.12 - Indice di dotazione delle strutture per 1000 residenti al 31/12 2008.....	22
Tabella 2.13 - Incidenza delle strutture per minori e infanzia per 1000 residenti in età 0-2 anni al 31/12/2008.....	23
Tabella 2.14 - Incidenza di dotazione di strutture per tossicodipendenza, salute mentale, disagio adulto, emergenza sociale al 31/12/2008	24
Tabella 2.15 - Titolare: natura giuridica pubblica per aree vaste. Totale Interventi e Strutture al 31/12/2008.....	24
Tabella 2.16 - Titolare: natura giuridica privata per aree vaste. Totale Interventi e Strutture al 31/12/2008	25
Tabella 2.17 - Gestore: natura giuridica pubblica per area vasta	26
Tabella 2.18 - Gestore: natura giuridica privata per area vasta.....	27
Tabella 2.19 - Titolare con natura giuridica pubblica per tipologia di servizio	27
Tabella 2.20 - Titolare con natura giuridica pubblica per tipologia di servizio	28
Tabella 2.21 - Titolare con natura giuridica pubblica per tipologia di servizio	29
Tabella 2.22 - Titolare con natura giuridica pubblica per tipologia di servizio	29
Tabella 3.1 - Fonti utilizzate per la costruzione della prima stima (1999-2001).....	31
Tabella 3.2 - Fonti utilizzate per la costruzione della seconda stima (2001-2005).....	32
Tabella 3.3 - Addetti complessivi (addetti, collaboratori ed interinali) nella regione Marche nel settore dell'assistenza sociale per tipologia di istituzione.....	33
Tabella 3.4 - Addetti nel settore dell'assistenza sociale nella regione Marche per genere e tipologia di istituzione.....	33
Tabella 3.5 - Dipendenti del servizio sociale nel settore pubblico nella regione Marche. Anno 2001	34
Tabella 3.6 - Persone impiegate negli altri settori che comprendono alcune attività di servizio sociale nella regione Marche. Anno 1999.....	34
Tabella 3.7 - Una stima dell'occupazione nei servizi sociali, 1999-2001.....	35
Tabella 3.8 - Lavoratori per tipo di contratto, sesso e provincia - Anno 2005	35
Tabella 3.9 - Dipendenti del servizio sociale nel settore pubblico nella regione Marche. Anno 2005.....	36
Tabella 3.10 - Una stima dell'occupazione nei servizi sociali, 2001-2005.....	36
Tabella 3.11 - Interventi e strutture attivi nella regione Marche al 31/12/2005	38
Tabella 3.12 - Servizi rilevati nelle indagini considerate e copertura dell'universo dei servizi al 31/12/2005	38
Tabella 3.13 - Una stima dell'occupazione per qualifiche nella regione Marche (Dati riferiti al 31/12/2005 sul 71% dei servizi)	39
Tabella 3.14 - Le professioni sociali nel settore pubblico	40
Tabella 3.15 - Le professioni sociali nel settore privato	41
Tabella 3.16 - Le professioni sociali nel comparto sanitario	42
Tabella 4.1 - Confronto fra la Classificazione delle professioni utilizzata da ISTAT ed Emilia Romagna nella rilevazione statistica sui presidi residenziali e socio-assistenziali.....	54
Tabella 4.2 - Confronto fra la Classificazione della natura giuridica ente titolare del presidio utilizzata da ISTAT ed Emilia Romagna nella rilevazione statistica sui presidi residenziali e socio-assistenziali.....	55
Tabella 4.3 - Categorie professionali rilevate nella Rilevazione delle cooperative sociali per l'Emilia Romagna. Anno 2008.	57
Tabella 4.4 - Informazioni sul personale rilevate nella Relazione annuale degli enti gestori dei servizi sociali del Piemonte	59
Tabella 4.5 - Classificazione rapporto di lavoro nella Relazione annuale degli enti gestori dei servizi sociali del Piemonte	59

Tabella 4.6 - Classificazione dei profili professionali utilizzata nella Relazione annuale degli enti gestori dei servizi sociali del Piemonte	60
Tabella 4.7 - Classificazione dei titoli di studio utilizzata nella Relazione annuale degli enti gestori dei servizi sociali del Piemonte.....	60
Tabella 4.8 - Il sistema delle rilevazioni statistiche periodiche: caratteristiche e contenuti informativi	63
Tabella 4.9 - Categorie professionali rilevate nelle Marche, Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati Anno 2007.....	64
Tabella 4.10 - Confronto fra la Classificazione delle professioni utilizzata da ISTAT e quella utilizzata nel SI marchigiano.....	65
Tabella 4.11 - Confronto fra la Classificazione delle professioni utilizzata nel SIRPS attuale e futuro.....	66
Tabella 4.12 - Ipotesi di classificazione delle professioni sociali	71
Tabella 4.13 - Le variabili prioritarie da rilevare per monitorare l'occupazione nei servizi sociali e le professioni sociali.....	73
Tabella 5.1 - Principali caratteristiche degli ambiti oggetto di indagine.....	78
Tabella 5.2 - Istituzioni coinvolte nell'indagine sul campo	80
Tabella 7.1 - Lavoratori impiegati nel settore dei servizi sociali per genere e istituzione di appartenenza.....	108
Tabella 8.1 - Ambiti e aree tematiche individuate per l'analisi dei profili.....	132
Tabella 8.2 - Differenza tra gli operatori socio sanitari e gli operatori socio sanitari con formazione complementare	156
Tabella 8.3 - I piani di studio della L-39 in Servizio Sociale dell'Università di Macerata e Urbino, a.a.2010/2011 (gli insegnamenti relativi al Servizio Sociale sono evidenziati in grassetto)	206
Tabella 8.4 - I piani di studio della LM-87 in Servizio Sociale e politiche sociali delle università marchigiane, a.a. 2010/2011. (Gli insegnamenti relativi al Servizio Sociale sono evidenziati in grassetto)	209
Tabella 8.5 - Piano di studi dei corsi di laurea triennali.....	223
Tabella 8.6 - Insegnamenti comuni e insegnamenti specifici dei corsi di laurea triennale.....	225
Tabella 8.7 - Piano di studi dei corsi di laurea magistrale	226
Tabella 8.8 - Insegnamenti comuni e insegnamenti specifici dei corsi di laurea magistrale.....	227
Tabella 8.9 - Normative regionali riguardanti l'individuazione del profilo dell'operatore socio sanitario e dei relativi percorsi formativi.....	232
Tabella 8.10 - Organizzazione della didattica prevista nella Conferenza Stato Regioni del 22 febbraio 2001.....	236
Tabella 8.11 - Organizzazione della didattica prevista dalla D.G.R. 666 del 2008.....	236
Tabella 8.12 - Descrizione del modulo di base previsto nel D.G.R 666 del 2008	236
Tabella 8.13 - Descrizione del modulo professionalizzante previsto nel D.G.R 666 del 2008	237
Tabella 9.1 - La tipologia contrattuale dei soggetti intervistati.....	274
Tabella 9.2 - Corrispondenza tra ruolo contrattuale e ruolo agito	275
Tabella 9.3 - Grado di soddisfazione professionale	275
Tabella 9.4 - Influenza dell'ambiente lavorativo sulla prestazione.....	275
Figura 2.1 - Divisione territoriale degli Ambiti Territoriali Sociali.....	11
Figura 3.1 - Le professioni sociali nel settore pubblico (%)	40
Figura 3.2 - Le professioni sociali nel settore privato	42
Figura 3.3 - Le professioni sociali nel comparto sanitario (%).....	43
Figura 3.4 - Una comparazione dei diversi profili sociali presenti nelle istituzioni marchigiane.....	43
Figura 6.1 - Relazioni fra ATS e Sanità	89
Figura 6.2. Relazioni fra ATS e Volontariato	91
Figura 6.3 - Relazione fra ATS e Cooperative	93
Figura 6.4 - Relazione fra ATS e Centri per l'impiego.....	95
Figura 6.5 - Relazioni fra ATS e scuola.....	96
Figura 7.1 - Distribuzione dei lavoratori in base al tipo d'istituzione di appartenenza (valori %).....	108
Figura 7.2 - Distribuzione dei lavoratori in base a tipo d'istituzione e genere (valori %)	109
Figura 7.3 - Distribuzione dei lavoratori in base al tipo d'istituzione e di contratto (valori %)	110
Figura 7.4 - Distribuzione dei lavoratori in base a tipo di istituzione, tempo di lavoro e genere (valori %).....	111
Figura 7.5 - Lavoratori in base a tipo di istituzione, genere e tempo di lavoro (valori %).....	112
Figura 7.6 - Lavoratori per settori d'intervento (valori percentuali).....	113
Figura 7.7 - Lavoratori per settori d'intervento (valori % sul totale complessivo).....	113
Figura 7.8 - Lavoratori in base al tipo d'istituzione e titolo di studio (valori %).....	114
Figura 7.9 - Distribuzione dei lavoratori per tipo di istituzione, genere e titolo di studio (valori %)	115
Figura 7.10 - Lavoratori per istituzione e funzione svolta (valori %)	116

Figura 7.11 - Distribuzione lavoratori per istituzione e profilo professionale(valori %)	117
Figura 7.12 - Distribuzione degli addetti all'assistenza alla persona (valori %)	118
Figura 7.13 - Le differenze retributive fra i lavoratori del pubblico e delle cooperative (valori in €)	119
Figura 7.14 - Distribuzione percentuale lavoratori pubblici per ATS	119
Figura 7.15 - Distribuzione percentuale lavoratori cooperative per ATS	120
Figura 7.16 - Distribuzione percentuale lavoratori tra pubblico e coop per ATS	120
Figura 7.17 - Distribuzione dei lavoratori per genere e ATS (valori %)	121
Figura 7.18 - Distribuzione percentuale lavoratori per forma contrattuale e per ATS	122
Figura 7.19 - Distribuzione percentuale lavoratori pubblico per forma contrattuale e per ATS	122
Figura 7.20 - Distribuzione percentuale lavoratori cooperative per forma contrattuale e per ATS	123
Figura 7.21 - Distribuzione percentuale lavoratori per tempi di lavoro e per ATS	124
Figura 7.22 - Distribuzione percentuale lavoratori pubblici per tempi di lavoro e per ATS	124
Figura 7.23 - Distribuzione percentuale lavoratori cooperative per tempi di lavoro e per ATS	125
Figura 7.24 - Le criticità relative al personale	126
Figura 7.25 - Le criticità relative all'utenza, all'organizzazione e al lavoro	127
Figura 8.1 - Le reti sociali nella relazione d'aiuto	131
Figura 8.2 - Le questioni chiave del lavoro sociale	134
Figura 8.3 - Descrittori che definiscono i livelli del Quadro Europeo delle Qualifiche	138

1 Introduzione

Il lavoro nei servizi sociali nella Regione Marche, oggetto di questa ricerca, è stato analizzato considerando il sistema regionale e locale dei servizi, quantità e qualità dell'occupazione, i problemi dei flussi informativi, i profili professionali e le competenze di alcune occupazioni, i sistemi contrattuali e organizzativi per i lavoratori del settore. La ricerca si colloca in una serie di indagini, promosse dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, sul lavoro e le professioni nei servizi sociali e si è sviluppata in stretto contatto con le attività svolte in questo campo dalla Regione Marche.

Dal punto di vista dei soggetti che hanno realizzato la ricerca, questo Rapporto è il risultato di una significativa collaborazione tra docenti e ricercatori di tre università marchigiane – Università Politecnica delle Marche, Urbino e Macerata – e un centro di ricerca nazionale, Lunaria, con un'esperienza specifica di analisi del lavoro nei servizi sociali.

Si tratta di un lavoro fortemente interdisciplinare, con analisi istituzionali e delle politiche sociali, approcci economici, sociologici, organizzativi e giuridici, necessari per analizzare in modo compiuto i diversi aspetti del lavoro nei servizi sociali.

Dal punto di vista delle metodologie, sono state effettuate analisi degli assetti istituzionali e delle politiche, analisi quantitative dell'occupazione e una vasta serie di indagini sul campo in otto ambiti territoriali dei servizi (ATS), con interviste, questionari e focus group, relativi ai sistemi locali dei servizi, alla quantità e qualità dell'occupazione, ai profili professionali e alle competenze, alle forme contrattuali presenti.

La ricerca affronta le attività svolte a livello regionale nel settore dei servizi sociali, considerando i servizi socio-assistenziali, socio-sanitari, socio-educativi/culturali e di inserimento lavorativo, e le seguenti aree di intervento: Famiglia e Minori, Disabili, Dipendenze, Anziani, Immigrati e nomadi, Povertà, disagio degli adulti e dei senza fissa dimora. Sono esaminate con particolare attenzione le tipologie dei soggetti economici titolari o gestori di tali servizi: soggetti pubblici (enti locali, ambiti territoriali, Asl, etc.); organizzazioni nonprofit (cooperative sociali, associazioni, etc.); imprese private for profit. Sono oggetto di analisi inoltre le posizioni lavorative e contrattuali e le qualificazioni dei lavoratori esistenti.

Il capitolo 2 del Rapporto analizza il sistema dei servizi sociali della regione Marche, partendo da un esame del processo di costruzione del welfare nelle Marche, delle scelte istituzionale e delle politiche realizzate in quest'ambito. Le dimensioni economiche della spesa sociale degli enti locali sono analizzate sulla base dei dati relativi ai Comuni singoli e associati, considerati per area organizzativa dei servizi (interventi, strutture, trasferimenti in denaro) e per area di utenza in prospettiva comparata nazionale e a livello di macro aree territoriale regionali e di ambiti territoriali. Viene inoltre affrontata l'offerta dei servizi, presentando la rete dei servizi sociali regionali, inquadrata nel contesto nazionale e disaggregata per aree organizzative (interventi, strutture e trasferimenti in denaro), per aree territoriali (Ambiti Territoriali Sociali) e aree di utenza.

Si esaminano infine i soggetti coinvolti nella fornitura dei servizi, distinti per tipo di ruolo svolto nel servizio (titolare e gestore) e per natura giuridica (area pubblica; area privato nonprofit; area privato for profit).

Il terzo capitolo esamina le dimensioni e le caratteristiche dell'occupazione nei servizi sociali, un aspetto su cui non esistono rilevazioni statistiche ufficiali capaci di documentare l'insieme del fenomeno. Utilizzando una varietà di fonti nazionali e regionali disponibili, l'occupazione totale nei servizi sociali nelle Marche viene stimata in circa 13 mila unità, per due terzi donne; due terzi

degli occupati lavorano in organizzazioni di terzo settore (6200 nelle sole cooperative sociali), mentre 3500 sono i dipendenti pubblici. I risultati sono messi a confronto anche con lo studio analogo che ha riguardato l'insieme del paese, sulla base della stessa metodologia (Lunaria 2009).

Il capitolo 4 offre una ricognizione dei fabbisogni informativi e delle possibilità di affrontare le lacune informative sul lavoro nei servizi sociali. Vengono esaminate le rilevazioni statistiche ufficiali sulle attività legate ai servizi sociali, i sistemi informativi sui servizi sociali di tre regioni – Emilia Romagna, Piemonte e Marche – che presentano esperienze di rilievo e le attività realizzate in questo campo dagli organismi di coordinamento tra le regioni; sono considerati i risultati delle indagini promosse negli ultimi anni dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. L'analisi dei fabbisogni informativi sulle professioni sociali e degli studi e delle proposte già realizzate ha condotto a considerare le possibilità di individuare un insieme minimo di indicatori per documentare l'occupazione nei servizi sociali e predisporre un sistema informativo capace di far confluire in quadro nazionale le informazioni presenti (o che potrebbero essere raccolte) nei diversi contesti regionali.

Il capitolo 5 presenta le metodologie per gli studi di dettaglio realizzati su otto ATS - Pesaro, Urbino, Ancona, Jesi, Macerata, Camerino, Porto S.Elpidio, Ascoli Piceno - finalizzati a disegnare il quadro dei sistemi locali dei servizi sociali e dell'occupazione esistente, con riferimento alla tipologia dei servizi, ai modelli organizzativi e decisionali, al lavoro, alle competenze e alle professionalità impiegate.

Il sesto capitolo affronta i punti di forza e di debolezza del sistema regionale dei servizi sociali nelle Marche, sulla base dell'indagine sugli otto ATS considerati. La costruzione degli Ambiti territoriali sociali è stata un risultato importante che ha portato a superare logiche puramente municipali, a favore di un sistema integrato fra diversi attori capace di garantire un'offerta di servizi più ampia, anche se ancora notevolmente eterogenea tra territori diversi. Il sistema di governance è caratterizzato da una elevata partecipazione dei diversi attori locali e le cooperative sociali svolgono un ruolo predominante nella fornitura dei servizi. Tuttavia, la mancanza di personalità giuridica degli Ambiti e di un quadro normativo adeguato, e la precarietà delle relazioni tra soggetti pubblici e del terzo settore rappresentano significative debolezze del sistema.

Il capitolo 7 esamina quantità e qualità dell'occupazione nei servizi sociali negli otto ATS considerati, integrando i risultati del capitolo 3. Viene confermato il ruolo prevalente dell'occupazione in organizzazioni di terzo settore e si ritrovano livelli di istruzione in media elevati e qualifiche estremamente differenziate per i lavoratori dei servizi. Nel settore pubblico l'esiguità del numero di addetti limita le competenze essenziali presenti all'interno del sistema pubblico. Tra i dipendenti delle cooperative sociali, la precarietà del lavoro, le retribuzioni modeste e le scarse possibilità di carriera rappresentano problemi significativi. In generale, è scarsa la coerenza tra percorsi di formazione iniziale e inserimento lavorativo, e la possibilità di formazione continua.

Il capitolo 8 esamina tre professioni sociali – educatori, assistenti sociali, operatori socio-sanitari – considerando le competenze presenti – sia quelle specifiche che quelle di confine – i percorsi di formazione e le relazioni concrete che ciascuna figura professionale stabilisce da un lato con gli utenti, e dall'altro con le altre professioni e con il contesto istituzionale dei servizi. Emerge l'esigenza di una ridefinizione dei profili professionali nel sociale, sulla base di richieste di

maggior professionalizzazione, esigenze di integrazione tra attività diverse e i vincoli posti dalle risorse e dal sistema dei servizi.

Il nono capitolo affronta i rapporti tra professioni sociali, ambiente organizzativo e contratti di lavoro. Il lavoro nel sociale viene svolto nel settore pubblico, nelle cooperative sociali e in altre organizzazioni private, sulla base di contratti di lavoro diversi e di assetti organizzativi molto differenziati. Tali contesti influenzano le prestazioni di lavoro; la diffusa precarietà e la limitazione allo sviluppo delle capacità professionali sono problemi significativi registrati dagli operatori dei servizi.

Il capitolo 10, infine, presenta le conclusioni della ricerca, offrendo un quadro d'insieme dei problemi emersi e una sintesi dei risultati dei singoli capitoli.

Il gruppo coinvolto nel progetto di ricerca comprende Jacopo Cherchi, Ugo Ciaschini, Giovanna Fanci, Angela Genova, Yuri Kazepov, Giulio Marcon, Carla Moretti, Grazia Naletto, Federico Palazzo, Mario Pianta, Elena Spina, Giovanna Vicarelli, Anna Villa.

2 Il sistema regionale dei servizi sociali¹

L'analisi del sistema regionale dei servizi sociali si articola in cinque dimensioni: la prima ripercorre il processo di costruzione del sistema di welfare sociale nelle Marche, la seconda ne analizza la spesa sociale in prospettiva comparata nazionale e sub regionale, la terza valuta l'offerta dei servizi nella regione, mentre la quarta si focalizza sui soggetti gestori e titolari dei servizi con attenzione alla dimensione della relazione fra i diversi attori. Nella quinta e ultima parte vengono proposte – alla luce dei dati emersi dagli approfondimenti su otto ATS selezionati come casi studio² – alcune riflessioni sulle esperienze di *governance* in prospettiva comparata.

Lo studio è stato realizzato sulla base di tre fonti principali:

1. La banca dati anagrafica dei servizi e degli enti-attori sociali delle Marche che ha le seguenti variabili disponibili:
 - a) Tipo di servizio (nomenclatore nazionale)
 - b) Localizzazione territoriale del servizio (Comune; ATS)
 - c) Natura giuridica di Titolare e Gestore del servizio
2. I documenti e le recenti pubblicazioni sul tema.
3. L'approfondimento qualitativo su otto ATS selezionati (Ascoli Piceno, Porto Sant'Elpidio, Ancona, Jesi, Camerino, Macerata, Pesaro e Urbino).

Il riferimento temporale utilizzato per i dati quantitativi è aggiornato al 31/12/2008. La rilevazione sul campo negli otto ATS casi studio è stata realizzata nel periodo compreso fra marzo e giugno 2010.

2.1 La costruzione del welfare nelle Marche

L'analisi del sistema dei servizi e politiche sociali della Regione Marche è stato recentemente oggetto di una specifica analisi e valutazione pubblicata nel volume *'Il Welfare nelle Marche'* (2008) a cura di Angela Genova e Federico Palazzo³.

In questa parte del lavoro si riprendono alcune delle analisi e considerazioni maturate nel corso di quel lavoro, aggiornandole alla luce degli sviluppi più recenti. In particolare, nell'analizzare il processo di costruzione del sistema delle politiche sociali nella regione Marche si sofferma l'attenzione su due aspetti principali:

- 1) La definizione dell'assetto istituzionale
- 2) Il processo di costruzione del sistema delle politiche e dei servizi sociali della regione Marche.

La definizione dell'assetto istituzionale

Il primo atto verso la definizione dell'attuale assetto istituzionale delle politiche e dei servizi sociali nella regione Marche è stato quello relativo alla individuazione degli *Ambiti Territoriali Sociali* (ATS) affidata alle Conferenze dei Sindaci delle ASL tramite un percorso concertativo che ha visto la partecipazione di tutti gli attori rilevanti del territorio. Nel 2001, a seguito di 12 mesi di confronto, furono identificati 29 ambiti territoriali che corrispondevano alle esigenze e ai bisogni dei territori. La necessità di contenere i costi impose la rimodulazione di questi ambiti,

¹ Questa parte del lavoro è stata realizzata sulla base dei dati predisposti da Federico Palazzo.

² L'analisi degli otto casi studio per quanto attiene il tema della governance è stata realizzata sulla base di un'analisi quantitativa dei dati disponibili e qualitativa dei dati raccolti tramite intervista al coordinatore dell'ambito e focus group con gli attori principali nella rete dei servizi sociali del territorio: responsabili dei comuni, presidenti di cooperative e di associazioni di volontariato, eventuali responsabili di Ipab, rappresentanti dei sindacati, direttori dei distretti sanitari, responsabili dei centri per l'impiego.

³ In particolare facciamo riferimento al contributo di Giovanni Santarelli nel capitolo 3 del volume.

per una loro prima e contenuta riduzione, a 24. La Giunta, in base alle proposte pervenute, li ha istituiti nel 2002 con proprio atto deliberativo⁴ evitando moltiplicazioni inutili di sedi territoriali di programmazione. Per questo motivo è stata prevista la coincidenza tra Ambiti territoriali e Distretti Sanitari rispettando in tal modo i principi di adeguatezza, di efficienza e di efficacia nella progettazione e nella realizzazione della rete dei servizi, nonché le caratteristiche del territorio in termini di ambiente, risorse umane, infrastrutture logistiche e sociali già esistenti per limitare, laddove possibile, dislivelli troppo grandi nelle dimensioni dei vari ambiti.

La costituzione dei 24 ATS è stata il frutto di una scelta politica ben definita, orientata alla sperimentazione e alla promozione di un percorso partecipato, mosso dalla certezza che una strategia "dal basso" avrebbe attenuato le resistenze al cambiamento che veniva proposto. Il processo di costituzione degli ATS è stato accompagnato da un percorso di formazione intensivo per la nuova figura dei coordinatori di ambito che ha permesso la costruzione di un linguaggio condiviso e dei presupposti indispensabili per l'avvio del sistema.

Ogni ambito territoriale è stato messo nelle condizioni di funzionare attraverso la costituzione del Comitato dei Sindaci composto da tutti i Sindaci dei Comuni dell'ambito, l'individuazione di un Coordinatore di ambito preposto alla gestione tecnica delle attività e alla elaborazione del piano di ambito, la creazione di un Ufficio di Piano composto dai Dirigenti dei servizi dei singoli Comuni, la costituzione di uno staff del Coordinatore, la implementazione dell'Ufficio di promozione sociale che costituisce l'accesso unico e integrato alla rete dei servizi.

Sono stati, quindi, individuati i 24 *Coordinatori di ambito* scelti e incaricati dai Presidenti dei Comitati dei Sindaci degli Ambiti all'interno di un elenco istituito dalla Regione sulla base di requisiti di qualità professionale verificata da un'apposita commissione. La figura del coordinatore ha costituito e costituisce uno degli elementi di maggiore novità del sistema perché ha assunto un importante ruolo di referente tecnico a cui sono state attribuite competenze di costruzione di reti a livello intercomunale in un contesto che mai in precedenza aveva visto lavorare assieme più enti in attività di programmazione stabile.

Un altro elemento essenziale del nuovo assetto istituzionale è stato il *Comitato dei Sindaci di Ambito*, organo politico di governo del territorio, composto dai sindaci dei Comuni. A questo organismo sono state affidate competenze importanti che in questi anni hanno segnato una nuova modalità di governo del territorio deputata al superamento di una logica frammentaria causata dalla presenza, nella regione, di una percentuale elevatissima di comuni al di sotto dei cinquemila abitanti abituati a gestire autonomamente i pochi interventi di politica sociale per gran parte caratterizzati da logiche assistenziali. Una modalità di governo finalmente integrata territorialmente, con il fine di elevare il livello di qualità dei servizi, ma che ha evidenziato, per contro, la scarsa propensione alla collaborazione degli enti locali e la scarsa esperienza programmatoria in campo sociale.

⁴ Si tratta della DGR n. 592 del 19.03.2002 recante "deliberazione amministrativa n. 306 del 1.03.2000: piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali; istituzione degli ambiti territoriali" reperibile su <http://www.servizisociali.marche.it/PIANOSOCIALE/Normativa/Regionale/tabid/1145/Default.aspx>

Figura 2.1 - Divisione territoriale degli Ambiti Territoriali Sociali

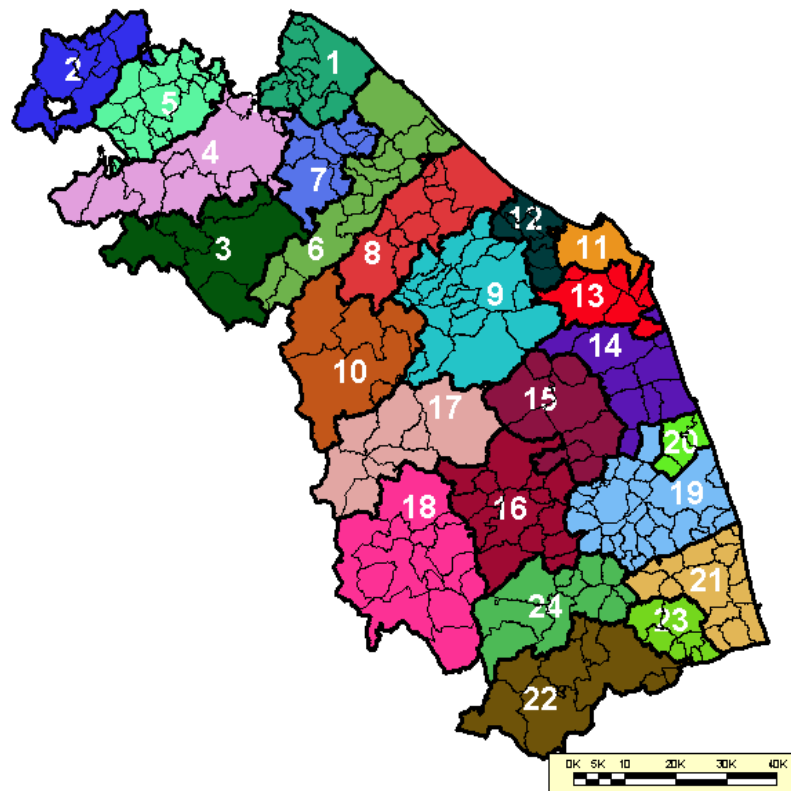


Tabella 2.1 - Ambiti Territoriali Sociali della regione Marche

n. ATS	Comune capofila
1	Comune di Pesaro
2	Comunità Montana Alta Val Marecchia – Novafeltria
3	Comunità Montana del Catria e del Nerone – Cagli
4	Comune di Urbino
5	Comunità Montana del Montefeltro zona "B" Carpegna
6	Comune di Fano
7	Comune di Fossombrone
8	Comune di Senigallia
9	Comune di Jesi
10	Comune di Fabriano
11	Comune di Ancona
12	Comune di Falconara Marittima
13	Comune di Osimo
14	Comune di Civitanova Marche
15	Comune di Macerata
16	Comunità Montana dei Monti Azzurri
17	Comunità Montana Alte Valli del Potenza e dell'Esino Zona H San Severino Marche
18	Comunità Montana di Camerino
19	Comune di Fermo
20	Comune di Porto S.Elpidio
21	Comune di San Benedetto del Tronto
22	Comune di Ascoli Piceno
23	Comune di Offida
24	Comune di Amandola

Nel 2010 con il passaggio dell'ATS 2 della CM dell'Alta Val Marecchia e Novafeltria alla regione Emilia Romagna gli ATS della Marche sono diventati 23.

Gli ATS si caratterizzano per notevoli differenze socio demografiche. La dimensione varia da 137 mila abitanti dell'ATS di Pesaro a 14 mila dell'ATS di Camerino. La metà degli ATS ha una popolazione inferiore a 50 mila abitanti, mentre sette ATS superiore a 100 mila. L'indice di dipendenza degli anziani varia da un minimo di 29,9 dell'ATS di Fossombrone a un massimo dell'ATS Camerino (45,4).

La logica collaborativa ha imposto anche la individuazione di strumenti di programmazione e gestione integrata del sistema dei servizi e i relativi supporti tecnici e informativi che hanno costituito l'altro elemento costruttivo dei processi di integrazione territoriale. A livello regionale è stato definito un sistema unico di classificazione dei servizi e si è avviata la costruzione di un sistema integrato che ha recentemente coinvolto anche gli ATS.⁵ La Regione ha, inoltre, perseguito e raggiunto negli ultimi anni l'armonizzazione tra le varie politiche di settore gestite negli anni '90 in maniera separata dalla stessa Regione e quindi dai Comuni. Particolare attenzione è stata posta all'integrazione tra servizi territoriali di competenza sanitaria e servizi sociali di competenza comunale anche se il percorso di integrazione risulta ancora in parte incompiuto. Le difficoltà riscontrate sono riconducibili anche alle marcate differenze nelle logiche e culture organizzative dei due settori.

2.2 La costruzione delle politiche e dei servizi sociali nelle Marche

Sulla base delle indicazioni espresse nella L.328/2000 la regione Marche ha dato molta enfasi al processo di riconoscimento e coinvolgimento dei diversi attori secondo una logica di sussidiarietà orizzontale e verticale. A questo fine è stato operato un notevole investimento tecnico e organizzativo affidando innanzitutto al Coordinatore dell'Ambito un ruolo di "facilitatore" corrispondente a funzioni di supporto ai processi di gestione delle risorse, cura delle informazioni relative alle prestazioni, facilitazione del processo di integrazione, facilitazione dei rapporti interistituzionali tra i comuni dell'Ambito, stesura del Piano. È stata altresì riportata, nell'atto in questione, la descrizione delle varie fasi di partecipazione che i Coordinatori devono garantire sul proprio territorio: si tratta di quattro momenti dedicati alla informazione, alla conoscenza, alla elaborazione delle proposte e alla gestione delle stesse a cui devono prendere parte attivamente tutti i soggetti indicati all'art. 1 della legge 328/00. È importante ricordare che a luglio 2010 la regione Marche non ha ancora recepito le indicazioni della legge nazionale di riferimento con un atto normativo regionale. Manca, quindi, un'unica legge di riordino e organizzazione delle politiche e servizi sociali, mentre notevoli passi in avanti sono stati fatti nel normare alcuni settori di intervento come l'infanzia e la disabilità, con particolare attenzione ai processi di autorizzazione e accreditamento di tutte le strutture residenziali e semiresidenziali.

Sul versante invece della riorganizzazione del sistema dei servizi è stato illustrato un modello organizzativo del sistema integrato dei servizi sociali in base al quale rileggere i sistemi locali di ambito. Il modello ha previsto un incrocio tra cinque aree organizzative (promozione sociale e comunitaria; servizi a domicilio, servizi semiresidenziali, servizi residenziali ed interventi per l'emergenza); 8 aree di intervento (famiglia, infanzia-adolescenza-giovani, disabili, salute mentale, disagio adulto, anziani, immigrati e altri soggetti) e cinque funzioni (cura-assistenza, accompagnamento-abilitazione, promozione, educazione, informazione-consulenza). Questo

⁵ L'accordo di programma tra la Regione Marche, le Province di Pesaro e Urbino, Ancona, Macerata, Fermo e Ascoli Piceno, i Comitati dei Sindaci degli ambiti territoriali sociali delle Marche per la realizzazione del Sistema informativo sociale regionale" è stato sottoscritto dalle parti l'8 agosto 2007

lavoro ha permesso l'avvio di un complesso processo di rilevazione dell'offerta sulla base dei dati raccolti dai primi piani di Zona poi portato avanti dall'Osservatorio regionale delle Politiche Sociali.

Il lavoro svolto per arrivare a questi primi Piani è risultato altamente significativo per l'intero territorio marchigiano che ha manifestato grande interesse verso una modalità profondamente innovativa di programmazione, partecipazione e quindi creazione di nuove modalità di programmazione e offerta dei servizi sul territorio.

Si è trattato di un percorso di profonda condivisione culturale dell'impianto strategico proposto dalle linee guida che a metà percorso è stato ulteriormente monitorato (attraverso una ricognizione condotta dall'*Osservatorio Regionale Politiche Sociali*) in ordine ai risultati ottenuti in termini di potenziamento qualitativo e quantitativo dei servizi. Un'attenzione particolare va data ai processi partecipativi di costruzione dei Piani. I tavoli di concertazione, avviati per la stesura dei Piani, hanno visto un forte coinvolgimento degli attori con cui più tradizionalmente sono stati mantenuti rapporti (volontariato, cooperazione e associazionismo organizzato). Più ridotto è risultato, invece, il coinvolgimento di operatori di settori abitualmente meno partecipi della programmazione quali ad esempio quelli impegnati nel sistema penitenziario. Pressoché nullo è risultato il coinvolgimento delle Ipab.

Le *linee guida*⁶ per la predisposizione dei Piani triennali di ambito sono state predisposte sulla base dei dati di monitoraggio raccolti nel corso della sperimentazione 2003 e con l'intento di intervenire sulle politiche locali dando indicazioni di tipologie di servizi da garantire su tutto il territorio marchigiano. Il documento è stato articolato in due parti e in una serie di importanti allegati: la prima parte è riassuntiva dei principali risultati e delle criticità dei precedenti Piani 2003 mentre la seconda parte è illustrativa delle linee e degli obiettivi dei Piani 2005-2007. I punti di forza sono indicati nel "benessere multidimensionale del cittadino e delle famiglie", nello sviluppo della partecipazione attiva dei cittadini e degli attori della "governance", nel coinvolgimento del mondo delle imprese economiche alla rete degli attori sociali impegnati per uno sviluppo qualificato e sostenibile del territorio. Le altre indicazioni hanno riproposto questioni di sistema sollecitando i territori a chiarire le connessioni tra la programmazione di settore regionale e i Piani di ambito⁷, ad avviare forme associate di gestione dei servizi sociali, a dare sostanza agli Uffici di promozione sociale. Una indicazione particolare è stata data in ordine alla necessità di inserire pienamente le Ipab nei tavoli di concertazione per la programmazione e co-progettazione della rete dei servizi, cosa questa risultata particolarmente carente nell'esperienza precedente.

L'esito del processo è stato sicuramente significativo anche se ha dovuto fare i conti con un quadro nazionale che procedeva verso altre strade e modelli di riferimento arrivando a dimezzare il fondo unico nazionale del 50% e mettendo in difficoltà ogni prospettiva di prosecuzione della riforma delle politiche sociali avviata con la legge 328/00. Di particolare interesse è risultato ancora una volta il processo di partecipazione degli attori sociali alla programmazione territoriale e alla realizzazione degli obiettivi di benessere, grazie al ruolo svolto in tal senso dai Coordinatori degli ambiti territoriali sociali quali "facilitatori di sistema", mentre sono emerse alcune debolezze di sistema su cui si è lavorato successivamente con ulteriori atti di programmazione regionale. Questi hanno riguardato il rapporto effettivo tra il Piano di Ambito e il necessario supporto finanziario agli obiettivi riportati sullo stesso dal momento che, molto spesso, negli ambiti territoriali, i bilanci dei Comuni venivano approvati indipendentemente dagli obiettivi dei Piani. Su questo si è sviluppato un lungo dibattito che ha portato all'approvazione nel 2006 delle

⁶ "Linee guida per la predisposizione dei Piani triennali di ambito sociale - obiettivi 2005-2007" pubblicate dalla Regione Marche a cura dell'Agenzia Regionale Sanitaria 2004.

⁷ Con queste linee guida i Piani di Zona assunsero formalmente la dizione di "Piani di ambito sociale"

“linee guida per la riorganizzazione istituzionale degli Ambiti territoriali sociali”⁸ spinta dalla necessità di rafforzarne assolutamente il livello istituzionale. Dopo ampia discussione con gli enti locali e le Comunità Montane sono state date indicazioni affinché gli Ambiti, nel rispetto delle autonomie locali, si dotassero degli strumenti giuridici necessari per rafforzare le proprie capacità di programmazione e gestione associata dei servizi sociali. Le indicazioni hanno riportato norme di legge già esistenti e hanno riguardato lo strumento del Consorzio e dell’Azienda Speciale, l’Unione dei Comuni e la possibilità di utilizzare la realtà istituzionale esistente, laddove coincidente, della Comunità Montana. Il consolidamento istituzionale degli ATS rimane uno degli aspetti di maggiore debolezza del sistema, come segnalato anche dalle analisi sul campo riportate nel Capitolo 6.

Negli ultimi cinque anni, però, la maturazione del sistema dei servizi sociali della regione ha vissuto una battuta di arresto. La fase iniziale di costruzione del sistema è stata caratterizzata da indirizzi politici chiari che mostravano una approfondita competenza nel settore e che consideravano la concertazione con gli attori impegnati nel sociale come indispensabile punto di partenza. Al contrario, gli ultimi anni sono stati segnati dall’assenza di scelte normative che portassero a compimento il processo. L’assenza di una normativa regionale di recepimento della 328/00 nazionale e la fragilità dell’assetto istituzionale rappresentano i principali limiti che hanno caratterizzato il sistema, a sono attribuibili a specifiche scelte politiche.

2.3 La spesa sociale nelle Marche

In questa sezione, la spesa sociale della regione Marche viene analizzata in una duplice prospettiva⁹. Nel paragrafo 2.3.1 l’esperienza marchigiana viene considerata in relazione alle altre regioni italiane e alle ripartizione geografiche (Nord-Est; Nord-Ovest; Centro, Sud, Isole). Nel paragrafo 2.3.2 l’attenzione si focalizza sul contesto regionale attraverso la comparazione dei dati a livello di ambito territoriale (ATS) e di area vasta (AV). Questa duplice prospettiva ci permette di contestualizzare il caso marchigiano a livello nazionale e intra-regionale.

2.3.1 La spesa sociale delle Marche nel contesto nazionale

Nel 2006, la spesa dei Comuni singoli e associati per interventi e servizi sociali è risultata nelle Marche pari a circa 150 milioni di euro (€150.485.360), con un valore pro-capite annuo di €98,2 (ISTAT, 2009). L’analisi comparata dei dati delle altre regioni italiane in relazione alla spesa pro capite e alle spese per settori di intervento fa emergere alcune interessanti considerazioni.

Il livello della spesa pro-capite regionale risulta inferiore a quello medio nazionale, nello stesso anno assestato sui €101 pro-capite. Le Marche vedono il proprio valore pro-capite collocato al dodicesimo posto nella graduatoria delle venti regioni italiane, in una posizione compresa fra il valore pro-capite annuo superiore della regione Veneto (pari a € 109) e quello inferiore dell’Umbria (pari a €84,9). Escludendo le regioni a statuto speciale, le Marche si collocano all’ottavo posto nella graduatoria delle quindici regioni a statuto ordinario, guidata saldamente dall’Emilia-Romagna con un valore pro-capite pari a €151. Sotto un profilo territoriale, ciò significa una collocazione al di sotto di tutte le regioni centro (113,8), con l’unica eccezione

⁸ Con DGR 551 del 15.05.2006 “approvazione delle linee guida per la riorganizzazione istituzionale degli ambiti territoriali sociali” reperibile su <http://www.servizisociali.marche.it/PIANOSOCIALE/Normativa/Regionale/tabid/1145/Default.aspx>

⁹ Questa parte del report riprende, aggiornandola ai dati 2005, l’analisi condotta da Arlotti, Palazzo e Tartari, pubblicata nel cap 12 del volume “Il welfare nelle Marche. Attori, strumenti, politiche”, Carocci, 2008.

dell'Umbria che risulta essere la regione del Centro-Nord con il valore pro-capite più basso (vedi Allegato Tabella 1).

Tabella 2.2 - Spesa¹⁰ per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per ripartizione geografica - Anno 2005 (valori assoluti, percentuali e spesa pro-capite¹¹)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Spesa		Spesa pro-capite
	Valori assoluti	Valori percentuali	
Marche	150.485.360	2,5	98,2
Nord-ovest	1.832.280.560	30,8	117,5
Nord-est	1.624.824.244	27,3	145,6
Centro	1.300.773.925	21,8	113,8
Sud	619.600.172	10,4	44,0
Isole	576.607.097	9,7	86,4
ITALIA	5.954.085.998	100	101,0

Fonte: nostra elaborazione su ISTAT 2009

I valori complessivi della spesa sociale a livello regionale rilevano che solo il 6,6% di spesa sociale è realizzata da un'associazione di comuni. Mettendo in luce una debolezza del sistema nella promozione di gestioni associate dei servizi sociali. Questo dato è notevolmente inferiore alla media nazionale (16,9) e a quella del centro Italia (8%). Le altre ripartizioni geografiche presentano dati molto eterogenei. Il nord-ovest si distingue per i valori maggiori (24,6%) di spesa sociale a cura di associazioni di comuni, a fronte dei valori minimi delle isole (2,4%). Un notevole peso ricoprono, invece, le spese sociali realizzate dai distretti socio-sanitari nel Nord-est per il modello organizzativo che caratterizza la regione Veneto che ha delegato la gestione delle politiche sociali al settore sanitario.

Tabella 2.3 - Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli, dei distretti socio-sanitari e delle associazioni di comuni, per regione e ripartizione geografica - Anno 2006 (valori percentuali)

REGIONE	Comune	Distretti socio-sanitari	Associazioni	Totale complessivo
Marche	93,4	0,0	6,6	100
Nord-ovest	74,7	0,7	24,6	100
Nord-est	61,8	16,9	21,4	100
Centro	85,8	6,3	8,0	100
Sud	85,7	0,0	14,3	100
Isole	97,6	0,0	2,4	100
ITALIA	76,9	6,2	16,9	100

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT 2009

L'analisi della composizione della spesa sia per tipo d'intervento che per destinazione alle diverse aree di utenza mostra, inoltre, alcune peculiarità della situazione marchigiana rispetto al panorama nazionale e ripartizionale.

L'allocazione della spesa presenta un certo disallineamento delle Marche dalle tendenze medie nazionali. In particolare, l'incidenza percentuale della voce "interventi e servizi" risulta superiore

¹⁰ Per spesa si intendono gli impegni di spesa in conto corrente di competenza relativi al 2006, di comuni e associazioni di comuni per l'erogazione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali. Sono incluse le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni e servizi (spesa gestita direttamente). Nel caso in cui il servizio venga gestito da altre organizzazioni (ad esempio: cooperative sociali) la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente). La spesa è al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale.

¹¹ Rapporto tra spesa e popolazione residente

all'incidenza media nazionale; la quota di spesa finalizzate in "strutture" è pari alla media nazionale mentre quella dei "trasferimenti monetari" si colloca al di sotto dei valori medi di circa 5 punti percentuali.

Una differenziazione che si conferma anche nel raffronto a livello di ripartizione. Non a caso, rispetto alle regioni settentrionali è evidente il netto scostamento dell'aggregato "spesa in interventi e servizi", che raggiunge una quota molto più simile alle regioni meridionali, mentre con le regioni centrali la differenziazione interessa – in maniera rilevante - l'incidenza della spesa in "strutture" (37%), inferiore di circa sette punti percentuali rispetto all'aggregato di riferimento (44%).

Tabella 2.4 – Spesa sociale dei Comuni singoli e associati per tipo di intervento - Anno 2006 (valori percentuali)

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	MACRO-AREA DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI			
	Interventi e servizi	Trasferimenti in denaro	Strutture	Totale
Marche	44,0	18,0	37,0	100
Nord-ovest	40,8	24,1	35,1	100
Nord-est	38,6	22,0	39,3	100
Centro	35,6	20,2	44,2	100
Sud	45,4	30,9	23,7	100
Isole	38,8	27,9	33,3	100
ITALIA	39,3	23,8	36,9	100

Fonte: nostra elaborazione su dati SIS Regione Marche

Per quanto riguarda l'articolazione della spesa per aree di utenza, le Marche confermano le risultanze nazionali di forte concentrazione delle risorse su tre aree principali: famiglia e minori, anziani e disabili (cfr. tab. 2.3) seppur con una minore intensità se raffrontata ai valori medi nazionali e ripartizionali. Una concentrazione che può essere letta anche alla luce del "categorialismo" spinto tipico delle politiche assistenziali nel nostro paese, secondo cui alcune aree di utenza si qualificano tradizionalmente come più meritevoli di supporto rispetto ad altre (in particolare, adulti abili al lavoro) (Saraceno, 2005).

Tabella 2.5 - Spesa pro-capite per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza e ripartizione geografica – Anno 2006 (valori percentuali)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	AREA DI UTENZA							Totale
	Famiglie e minori	Anziani	Disabili	Povert�, disagio adulti e senza fissa dimora	Immigrati e nomadi	Dipendenze	Multiutenza	
Marche	34,7	17,5	26,9	4,4	2,4	0,6	13,6	100
Nord-ovest	38,9	25,1	19,8	5,3	2,4	0,7	7,8	100
Nord-est	34,5	24,7	24,2	5,2	2,6	1,3	7,5	100
Centro	42,1	18,9	19,6	8,5	3,9	1,0	6,0	100
Sud	43,6	19,6	14,3	11,9	1,4	2,3	6,8	100
Isole	37,4	24,0	23,0	10,1	0,8	0,8	3,8	100
ITALIA	38,7	23,0	20,7	7,1	2,5	1,1	6,8	100

Fonte: nostra elaborazione su dati SIS Regione Marche 2009

Famiglia e minori, anziani e disabili raggiungono nelle Marche un'incidenza pari al 79%, mentre a livello nazionale e di ripartizione i valori si assestano rispettivamente all'82,4% e al 80,6%. I dati sembrerebbero, quindi, suggerire un modesto maggiore equilibrio fra i diversi capitoli di spesa, anche se queste considerazioni vanno corrette alla luce del valore "anomalo"

assunto nelle Marche dalla spesa in multiutenza, pari al 14% sul totale¹². A tal proposito, come già segnalato in un precedente report regionale relativo ai dati 2003 (STAT-Marche, 2006: 5-6), il sovradimensionamento sembra in gran parte trovare spiegazione nell'imputazione di quote "improprie", relative ai costi del personale comunale, che andrebbero invece attribuite alle singole aree di utenza. Un'imputazione, da leggere alla luce delle difficoltà, in particolare dei piccoli Comuni, nel provvedere a dati disaggregati dei costi di personale per aree di utenza.

Passando all'analisi dei valori pro-capite di spesa per aree d'utenza (calcolati sulla base delle popolazioni di riferimento) emergono tre importanti differenze con il contesto nazionale:

- l'elevato valore pro-capite registrato nell'area disabili (€3.643,2), non solo nettamente superiore al valore nazionale e del centro, ma anche tra i più alti fra le regioni a statuto ordinario, inferiore solo ai valori di Veneto (€ 3977,3) e di poco superiore a quello di Emilia-Romagna (€ 3544,8);
- un marcato sottodimensionamento, rispetto gli andamenti medi nazionali e ripartizionali, della spesa pro-capite per interventi agli "anziani" pari alla metà della spesa pro-capite a livello nazionale;
- valori poco al di sotto della media pro-capite nazionale nell'area famiglie e minori, pari a meno del 50% di quanto speso dall'Emilia Romagna (226,3) in testa fra le regioni a statuto ordinario

Le notevoli differenze rispetto ai valori nella spesa procapite per aree di intervento sono riconducibili a una debolezza strutturale del sistema che risulta del tutto immaturo sulla maggior parte delle politiche con l'unica eccezione per quelle per la disabilità.

Tabella 2.6 - Spesa pro-capite per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza e ripartizione geografica – Anno 2006 (valori pro-capite in euro)¹³

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	AREA DI UTENZA							
	Famiglie e minori	Anziani	Disabili	Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	Immigrati e nomadi	Dipendenze	Multiutenza	Totale
Marche	95,1	76,1	3.643,2	7,0	37,1	0,7	13,3	98,2
Nord-ovest	130,9	139,6	2.852,3	9,9	42,1	1,0	9,2	117,5
Nord-est	143,4	172,7	4.924,6	12,0	55,6	2,2	10,9	145,6
Centro	134,0	101,0	2.456,7	15,4	74,2	1,3	6,9	113,8
Sud	39,9	49,9	500,2	8,3	37,3	1,2	3,0	44,0
Isole	69,1	115,3	1.740,0	13,8	50,2	0,8	3,3	86,4
ITALIA	98,8	117,0	2.184,3	11,4	53,5	1,3	6,9	101,0

¹² Si rileva comunque una riduzione rispetto al 2004 in cui la spesa multiutenza era il 15,8%.

¹³ I valori pro-capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ogni area di utenza. La popolazione di riferimento per l'area "famiglia e minori" è costituita dal numero di componenti delle famiglie con almeno un minore calcolati dai dati del Censimento della popolazione 2001. La popolazione di riferimento per l'area "disabili" è costituita dal numero di disabili che vivono in famiglia quali risultano dall'indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anno 2004-2005, e dal numero di disabili ospiti nelle strutture residenziali quali risultano dalla "Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali anno 2005". La popolazione di riferimento per l'area "dipendenze" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 15 anni, anno 2006. La popolazione di riferimento per l'area "anziani" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 65 anni, anno 2006. Come popolazione di riferimento per l'area "immigrati e nomadi" si considera il numero di stranieri residenti, anno 2006. La popolazione di riferimento per l'area "povertà e disagio adulti" è costituita dalla popolazione con età compresa tra i 18 e i 65 anni, anno 2006. La popolazione di riferimento per l'area "multiutenza" è costituita dalla popolazione residente, anno 2006.

2.3.2 Il quadro sub-regionale

A livello sub-regionale, l'analisi dei dati di spesa – sulla base delle quattro articolazioni territoriali in area vasta (AV)¹⁴ – mostra un contesto caratterizzato sia da un'elevata differenziazione, in particolare lungo l'asse centro-nord/sud, ma anche da un certo grado di convergenza.

Nel primo caso, valgono le considerazioni a partire dai dati di spesa pro-capite: non a caso, le due AV centro-settentrionali di Pesaro-Urbino ed Ancona presentano valori sistematicamente superiori alla media regionale che nel caso degli ATS di Urbino, Pesaro, Fabriano e Ancona si spingono addirittura su livelli da "Italia settentrionale", superando nel primo caso quelli del Nord-Est, mentre nei restanti quelli del Nord-Ovest (cfr. tab. 2.5)

Di converso, nelle due AV collocate a sud, i valori pro-capite si assestano al di sotto della media regionale, con un contenimento rilevante nell'AV di Ascoli, dove tutti gli ATS si collocano sotto la media regionale, ben lontani dai valori ripartizionali dell'Italia centrale (€111) e, in un caso (ATS 24 - Amandola) (€41,8), addirittura al di sotto del valore pro-capite delle regioni del Sud. L'AV di Macerata risulta, invece, "spaccata" in due: gli ATS di Civitanova Marche e Monti Azzurri, con valori inferiori alla media regionale, e gli ATS di Macerata, Alte Valli del Potenza e Camerino che presentano una spesa pro-capite simile a quella degli ATS del centro nord. Ritornando sull'ascolano, è interessante notare come neppure la presenza del capoluogo di provincia eserciti una propulsione sulle dinamiche di spesa: l'ATS 22, diversamente dai tre rimanenti Ambiti con capoluogo¹⁵, risulta comunque al di sotto del valore pro-capite regionale.

Tabella 2.7 - Spesa netta procapite per area di utenza e dimensione territoriale (valori in euro)

Dimensione territoriale	Area di utenza							Totale
	Famiglia	Disabili	Anziani	Dipendenze	Povertà Disagio adulti	Immigrati	Utenza indifferenziata	
AV PU	119,96	3.946,13	92,39	1,45	6,75	52,31	17,30	115,49
AV AN	112,79	3.899,79	77,68	0,38	7,13	31,22	12,88	103,01
AV MC	81,94	3.132,90	108,11	0,56	7,70	28,44	12,42	95,61
AV AP	73,60	3.182,40	41,89	0,45	6,77	36,97	10,55	75,18
Regione Marche	100,81	3.642,53	76,15	0,68	7,02	37,14	13,31	98,20

Fonte: nostra elaborazione su dati SIS Regione Marche

Le differenze territoriali sembrano essere, invece, minori con riferimento all'articolazione della spesa per tipo d'intervento, strutture o trasferimenti in denaro (Tab. 2.7). Nell'area vasta di Ascoli si registra un valore leggermente superiore alla media regionale per incidenza di spesa in interventi e servizi (49% contro 44%), che si conferma anche a livello di ATS con la parziale eccezione dell'ATS 24 Amandola (74%). Nell'AV di Macerata si registra invece un valore di poco superiore alla media per incidenza di spesa in trasferimenti in denaro (24% contro 18%), imputabile sostanzialmente all'ATS del capoluogo di provincia (30%). Medesima situazione a

¹⁴ Le Aree Vaste (AV) sono quattro macro raggruppamenti sub-regionali entro cui risultano collocati i 24 ATS e i rispettivi Comuni. Esse sono l'AV di Pesaro-Urbino (ATS: 1,2,3,4,5,6,7), l'AV di Ancona (ATS:8,9,10,11,12,13), l'AV di Macerata (ATS:14,15,16,17,18) e l'AV di Ascoli Piceno (ATS19,20,21,22,23,24). Il territorio delle aree vaste coincide con quello provinciale fatta eccezione per tre Comuni (Apiro, Cingoli e Poggio San Vicino) che ricadono nel territorio della Provincia di Macerata, ma sono inclusi nell'ATS n. 9 "Jesi" (appartenente all'AV di Ancona).

¹⁵ Nel caso di Ancona, il capoluogo fa ambito a sé.

Pesaro - Urbino dove è l'incidenza di spesa in strutture, sopra la media regionale (43% contro 37%), ad essere trainata dai valori dei due ATS con capoluogo di provincia (53% a Pesaro e 46% a Urbino). I dati ad Ancona sono prossimi alla media regionale.

È meritevole di attenzione la differenza nella composizione della spesa che segna valori marcatamente superiori al dato regionale nella provincia di Pesaro Urbino per quanto attiene le strutture. Il dato è riconducibile non a una maggiore tendenza verso l'istituzionalizzazione, a fronte di altri contesti in cui vi è una maggiore attenzione alla domiciliarità dei servizi. Al contrario il dato mette in luce una maggiore capacità della provincia di Pesaro Urbino a rispondere ai bisogni della popolazione offrendo, dove necessario, servizi anche all'interno di strutture che assumono spesso caratteristiche innovative. Un esempio meritevole di attenzione è rappresentato dai centri diurni.

Tabella 2.8- Composizione % della spesa netta per sezioni organizzative

AREE VASTE	Interventi	Strutture	Trasferimenti	Totale
PU	40	43	17	100
AN	46	36	18	100
MC	43	33	24	100
AP	49	35	16	100
MARCHE	44	37	18	100

Fonte: nostra elaborazione su dati SIS Regione Marche

Lo stesso discorso vale per l'articolazione della spesa per aree di utenza: similmente a quanto registrato già a livello regionale e in coerenza con gli andamenti nazionali, le risorse si concentrano precipuamente su tre aree (famiglia e minori, anziani e disabili), che fanno registrare, cumulando le incidenze percentuali (cfr. Tab. 2.9), valori superiori al 70% in tutti e quattro le AV (da un minimo del 77% di Pesaro - Urbino e Ascoli Piceno, ad un massimo del 81% di Ancona) e nella gran parte degli ATS.

Anche il peso relativo di ciascuna delle tre aree di utenza si presenta sostanzialmente omogeneo, fatta eccezione per l'AV di Macerata dove la maggiore concentrazione della spesa per anziani (28% del totale, contro una media regionale del 18%) - seguita da una spesa pro-capite più elevata delle altre tre AV (€ 108 contro una media regionale di € 76) - risulta a scapito della spesa per minori (28% contro 35%) e della spesa per disabili (23% contro 27%). Questa maggior forza dell'area anziani, sia in termini di quota percentuale dedicata che in termini di spesa pro-capite, tende ad accomunare tutti gli ATS dell'AV di Macerata ed in particolare gli ATS: Alte Valli del Potenza, Camerino e Macerata.

La composizione della spesa a livello dei 24 ATS, di cui non si riporta l'analisi in questo lavoro¹⁶, presenta un maggior livello di variabilità, correlato con le peculiarità territoriali della domanda di servizi sociali e con le scelte organizzative degli Enti Locali.

Tabella 2.9 - Composizione % della spesa netta per aree di utenza e territoriali. Anno 2006

AREEE VASTE	Famiglia e minori	Disabili	Anziani	Dipendenze	Povertà Disagio adulti	Immigrati	Utenza indifferenziata	Totale
PU	35	25	17	1	4	3	15	100
AN	36	27	17	0	4	2	13	100
MC	28	23	28	1	5	2	13	100
AP	34	31	13	1	6	3	14	100
Regione Marche	35	27	18	1	4	2	14	100

Fonte: nostra elaborazione su dati SIS Regione Marche

¹⁶ Un'analisi riferita ai dati 2003 è riportata nel Report-Marche Sistar (2006)

Le differenze territoriali nei bisogni, ma anche nell'offerta dei servizi presentano una marcata eterogeneità che necessita di ulteriori approfondimenti. Nelle diverse AV soffermiamo la nostra attenzione sull'analisi dei dati relativi agli ATS con capoluogo di provincia e ad alcune delle esperienze più innovative dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi o della gestione. Al fine di garantire un'adeguata rappresentatività delle differenze territoriali abbiamo selezionato i seguenti ATS: Pesaro, Urbino, Jesi, Ancona, Macerata, Camerino, Ascoli Piceno, Porto Sant'Elpidio. L'ATS di Pesaro (€135) presenta una spesa procapite netta sociale particolarmente elevata, inferiore solo a quella dell'ATS di Fabriano (€140). L'ATS di Ancona (€128), Urbino (€124) e Camerino (€116) si distanziano in modo contenuto da Pesaro. Gli ATS di Macerata, Ascoli Piceno e Porto Sant'Elpidio hanno valori ben al di sotto della media regionale (€98,2). Jesi si distingue per valori intermedi (€100).

Analizzando la spesa procapite nell'area disabili gli ATS di Jesi (€4728), Camerino (€4336), Urbino (€4187) e Pesaro (€3904) presentano valori superiori alla media regionale (€3642). La situazione in parte si modifica considerando l'area famiglia e minori, in cui Ancona (€172) e Pesaro (€148) si distinguono per i livelli più elevati nella regione. Valori superiori alla media (€100) compaiono anche per l'ATS di Urbino e di Porto Sant'Elpidio, mentre ad Ascoli Piceno (€80) è dimezzata rispetto a quella di Ancona.

La spesa netta procapite nell'area anziani si caratterizza per marcate differenze che vedono Porto Sant'Elpidio (€42) e Ascoli Piceno (€54) ben al di sotto della media regionale (€76). Gli ATS di Pesaro (€129) e Macerata (€115) ricoprono rispettivamente il secondo e terzo posto, preceduti solo dall'ATS della Comunità Montana dell'alta Val Marecchia (€207).

Nella valutazione della spesa netta procapite nell'area immigrazione, l'ATS di Ascoli (€5) risulta in assoluto quello con la spesa minore in tutta la regione, mentre Pesaro (€108) quello con la spesa maggiore, doppia rispetto a quella di Ancona (€46) che lo segue in terza posizione.

Tabella 2.10 - Spesa netta pro-capite per area di utenza negli ATS selezionati (valori in euro)

ATS	Famiglia e minori	Disabili	Anziani	Dipendenze	Povertà Disagio adulti	Immigrati	Utenza indifferenziata	Totale
ATS I - Comune di Pesaro	148	3904	129	2	9	108	16	135
ATS IV - Comune di Urbino	120	4187	103	0	5	30	24	124
ATS IX - Comune di Jesi	87	4728	87	0	8	20	11	100
ATS XI - Comune di Ancona	172	3604	82	-	8	46	18	128
ATS XV - Comune di Macerata	86	2990	115	1	9	32	6	92
ATS XVIII - Comunità Montana di Camerino	85	4336	92	-	7	39	26	116
ATS XX - Comune di Porto S.Elpidio	111	2701	42	0	4	30	12	83
ATS XXII - Comune di Ascoli Piceno	80	3403	54	1	15	5	16	91

Fonte: nostra elaborazione su dati SIS Regione Marche

2.4 L'offerta dei servizi sociali nelle Marche

Il sistema di monitoraggio dei servizi sociali della regione Marche si basa su scelte classificatorie elaborate nel corso degli ultimi anni dall'Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali. La complessità e diversità che si rileva nelle varie regioni nella terminologia impiegata rende necessario una breve premessa per definire i termini impiegati nella regione Marche.

A fronte di un sistema di classificazione e definizione elaborato a livello nazionale, infatti, la Regione Marche ha maturato l'esigenza di adottare il sistema nazionale al fine di rendere possibili le comparazioni fra regioni, ma ha anche avvertito la necessità di adeguare, in parte, quel sistema

alle esigenze locali. A seguito di un partecipato tavolo di lavoro, nel 2008, è stato definito il sistema di classificazione regionale¹⁷ che prevede tre macro aree: interventi, strutture e contributi in denaro.

Gli interventi comprendono le attività relative alla predisposizione di interventi e servizi sociali così come previsto dalla Legge 328/00, realizzati sul territorio o a domicilio attraverso l'opera di personale del settore sociale: informazione, orientamento, sensibilizzazione e prevenzione; servizio sociale professionale; sostegno alla persona, ai minori e alla famiglia; integrazione sociale; assistenza domiciliare; pronto intervento sociale e interventi di supporto.

Le Strutture definiscono le attività e le prestazioni realizzate nelle strutture residenziali o semiresidenziali, ulteriormente suddivise in strutture semiresidenziali con funzioni socio-ricreative; strutture semiresidenziali con funzioni socio-assistenziali; strutture residenziali.

Nei trasferimenti in denaro rientrano sia i contributi economici erogati direttamente agli utenti, sia i contributi erogati ad altri soggetti perché forniscano servizi con agevolazioni sui ticket, sulle tariffe o sulle rette a particolari categorie di utenti. Rientra in questa sezione anche l'integrazione (o il pagamento per intero) delle rette per prestazioni residenziali o semiresidenziali, i contributi per rette, e altri contributi.

La presentazione dei servizi sociali delle regione si articola in un'analisi degli stessi in relazione alla dimensione territoriale delle aree vaste. Particolare attenzione viene data alla comparazione territoriale degli indici di dotazione delle diverse strutture. Il dettaglio dei dati a livello di ATS è disponibile in appendice. La capacità dei servizi residenziali di soddisfare i bisogni della popolazione necessiterebbe ulteriori analisi approfondite, al momento possiamo solo limitarci a constatarne l'indice di copertura e i posti complessivi disponibili come presentato nelle tabelle che seguono.

Il sistema dei servizi sociali della regione è costituito complessivamente da 3761 interventi e strutture. Le strutture che offrono servizi ad alta integrazione sanitaria sono il 5% dell'insieme delle strutture, mentre la distribuzione territoriale non rileva marcate differenze.

L'analisi dell'offerta dei servizi nelle Marche viene posta in relazione con i dati nazionali Istat (2009) relativi all'anno 2006 disponibili. Ci riserviamo di approfondire la comparazione dell'esperienza marchigiana in relazione a quella delle altre regioni nel rapporto finale.

Tabella 2.11- Riepilogo Interventi e Strutture per AV al 31/12/2008

Aree Vaste	Totale Interventi	Totale Strutture "sociali"	Totale Strutture "sanitarie"	Totale Interventi e Strutture
PU	587	408	47	1.042
AN	402	531	60	993
MC	514	372	45	931
AP	354	402	39	795
Totale Regione	1.857	1.713	191	3.761

Fonte: nostra elaborazione su dati ORPS Regione Marche

L'analisi delle strutture presenti negli ATS, in relazione alla popolazione residente, divisa per fasce di età e per bisogni sociali, rileva, però, delle marcate diversità territoriale.

L'analisi comparata nazionale dell'indice di copertura territoriale delle strutture residenziali per anziani pone le Marche (80) ben al di sotto della media nazionale (85), e dei valori del centro superiori a 90 (Vedi tabella in appendice). La presenza di molti piccoli Comuni e dell'elevata incidenza in questi di popolazione al di sopra dei 65 anni di età contribuiscono alla comprensione del dato, ma mettono in luce la necessità di forme associative fra i Comuni che possano garantire risposte efficaci ai bisogni della popolazione anziana.

¹⁷Regione Marche (2008), p.6.

La valutazione dell'indicatore di presa in carico degli utenti a livello nazionale pone le Marche al di sotto della media nazionale (107), in linea con quelli dell'Italia centrale (85), ma notevolmente distante dai valori di Toscana (129) ed Emilia Romagna (122). Il Veneto, invece, con 416 domina la classificazione delle regioni a statuto ordinario grazie al suo sistema caratterizzato da una gestione unificata e coordinata dall'area sanitaria.

Un terzo degli ATS non presentano centri diurni per anziani. L'analisi degli indici di dotazione rileva che l'AV di Pesaro Urbino (1,8) si distingue per valori superiori alle media regionale (1,2), dovuti a un sovradimensionamento nell'ATS V, Comunità Montana del Montefeltro zona "B" Carpegna, (8,4). Nell'AV di Ascoli Piceno (0,7) vi è un sottodimensionamento nell'indice di dotazione per strutture diurne per anziani, mentre Ancona e Macerata sono nella media regionale.

Le strutture residenziali per anziani non autosufficienti hanno un indice di copertura che rispecchia quello dei centri diurni con un evidente gradiente nord-sud, con valori che oscillano fra 19,4 di Pesaro – Urbino e 7,2 di Ascoli Piceno.

Nell'area disabili l'indice di copertura territoriale del servizio nelle Marche (60) è inferiore al valore medio nazionale (63), e ben al di sotto di quello del centro (73). Anche in questo caso la presenza nella regione di una percentuale elevata di comuni di piccole dimensioni, e con una densità bassa, rende necessario considerare la dimensione sopra comunale, dell'ATS, come quella più indicata a soddisfare i bisogni della popolazione.

Le differenze nord –sud sono comuni anche all'incidenza dei centri diurni per disabili con valori compresi fra 2 di Pesaro-Urbino e 1,3 di Ascoli Piceno, con Ancona e Macerata con valori medi (1,4) vicini a quelli regionali (1,5). La dotazione di strutture residenziali per disabili inverte le tendenze regionali ponendo Ascoli Piceno (1,2) in posizione dominante con una dotazione superiore alle media (0,7) principalmente riconducibile agli ATS 23, Offida (3), e 24 di Amandola (2,2). L'AV di Ancona è quella con un indice di dotazione minore, tre ATS su cinque sono del tutto sforniti di strutture residenziali per disabili. Pesaro- Urbino mantiene valori sopra la media grazie alle strutture presenti nell'ATS V, Comunità Montana del Montefeltro zona "B" Carpegna, (4,3).

Nel campo delle strutture residenziali per disabili dominano le Residenze Sanitarie Assistite che rappresentano il 41% del totale delle residenze, seguite dalle comunità socio –educative – riabilitative e dalle residenze protette.

Tabella 2.12 - Indice di dotazione delle strutture per 1000 residenti al 31/12 2008

AREE VASTE	ANZIANI		DISABILI	
	Indice di dotazione per 1000 residenti con più di 64 anni		Indice di dotazione per 1000 residenti in età compresa tra 18 e 64 anni	
	Totale centri diurni	Totale strutture per non autosufficienti	Totale centri diurni	Totale strutture residenziali
PU	1,8	19,4	2,0	0,9
AN	1,5	18,4	1,4	0,6
MC	1,5	17,5	1,4	0,3
AP	0,7	7,2	1,3	1,2
Regione Marche	1,2	15,1	1,5	0,7

Fonte: nostra elaborazione su dati ORPS Regione Marche

L'indice di copertura territoriale delle strutture residenziali nell'area famiglia e minori pone le Marche (67) nelle ultime posizioni della classifica nazionale, al di sotto anche dei valori medi del sud (71). Mentre l'indicatore di presa in carico degli utenti (10) si presenta di poco superiore alla media del sud (9), ma marcatamente distante da quelli del centro (17).

Nell'analizzare i servizi per minori focalizziamo la nostra attenzione sull'indice di dotazione per le strutture per i minori fuori dalla famiglia e per le strutture dei nidi e centri che offrono servizi di pasto e sonno dedicate ai bambini da 0 a 2. Nel caso del primo indicatore si riscontrano valori marcatamente superiori alla media regionale (1,7) nell'AV di Macerata per le strutture presenti negli ATS del capoluogo di provincia (4,1), e gli ATS 16 della Comunità Montana dei Monti Azzurri (4), e 17 della Comunità Montana Alte Valli del Potenza (3,9). Mentre le rimanenti AV hanno valori omogenei.

La dotazione di strutture di asili nido presenta delle notevoli differenze territoriali. L'incidenza presenta dati notevolmente superiori alla media regionale (199,4) nell'AV di Ancona (223) riconducibili all'elevata dotazione nell'ATS del capoluogo (266) e di Jesi (255). Le AV di Pesaro e Macerata presentano una copertura simile e superiore alla media, segnando uno scarto evidente con l'AV di Ascoli Piceno (165).

Il 93% dei servizi per i minori di età compresa fra zero e 2 anni è costituito da nidi e centri infanzia con pasto e sonno. Di questi il 65% sono comunali mentre il restante è privato convenzionato (18%) e privato non convenzionato (17%), equamente distribuiti.

Tabella 2.13 - Incidenza delle strutture per minori e infanzia per 1000 residenti in età 0-2 anni al 31/12/2008

AREA VASTA	Indici di dotazione per 1000 residenti in età 0-2	
	Totale comunità per minori	Totale nidi e centri pasto sonno
PU	1,0	202,2
AN	1,0	223,0
MC	2,6	203,3
AP	1,5	165,1
Totale Regionale	1,7	199,4

Fonte: nostra elaborazione su dati ORPS Regione Marche

L'incidenza delle comunità terapeutiche per tossicodipendenti è superiore alla media regionale (0,6) nell'AV di Ascoli (1,1) per la presenza delle strutture nell'ATS 23 di Offida (3,6). Nell'AV di Macerata spicca l'incidenza nell'ATS 17, della Comunità Montana Alte Valli del Potenza con una dotazione di 2,3 strutture per 1000 residenti in età compresa fra i 18 e 65 anni. Le altre AV hanno valori più contenuti ma una maggiore distribuzione territoriale.

I centri per la salute mentale, divisi in centri diurni e residenziali, si caratterizzano per un'omogenea distribuzione nelle AV, con una maggiore dotazione delle ultime negli ATS 9 di Ancona (1,44), Macerata (1,42) e Fermo (1,32).

Le strutture residenziali per il disagio adulto hanno un'incidenza leggermente superiore alla media (0,45) nell'AV di Pesaro, per l'ATS 5 della comunità montana del Montefeltro zona B (2,37). Le altre AV presentano dati non particolarmente differenti.

Il totale delle strutture residenziali per le emergenze sociali è di 38, concentrate nei centri urbani maggiormente popolati, Pesaro (9) e Ancona (8). In questo caso, il numero di strutture può essere considerato un dato generico dal momento che non conosciamo il numero di posti disponibili per strutture, ma rimane comunque un indicatore approssimativo valido.

Tabella 2.14 - Incidenza di dotazione di strutture per tossicodipendenza, salute mentale, disagio adulto, emergenza sociale al 31/12/2008

AREA VASTA	Indice di dotazione per 1000 residenti tra i 18 e 64 anni				n. strutture
	TOSSICODIPENDENZA	SALUTE MENTALE	ADULTI CON DISAGIO	EMERGENZA	
	comunità terapeutiche	centri diurni	Totale strutture residenziali	Totale strutture residenziali per adulti	Totale strutture residenziali
PU	0,3	0,2	0,4	0,7	13
AN	0,4	0,2	0,5	0,5	18
MC	0,6	0,6	0,4	0,5	2
AP	1,1	0,5	0,4	0,3	5
Regione Marche	0,6	0,33	0,55	0,45	38

Fonte: nostra elaborazione su dati ORPS Regione Marche

2.5 I soggetti titolari e gestori dei servizi sociali

La natura giuridica dei soggetti titolari e gestori dei servizi sociali mette in luce un importante aspetto relativo all'organizzazione dei servizi sociali regionali. I dati al momento disponibili ne permettono un'analisi duplice: in funzione della dimensione territoriale e della tipologia di servizio (interventi o strutture). Le aree vaste (AV) rappresentano la dimensione territoriale considerata in questa analisi.

2.5.1 I soggetti titolari e gestori nelle Aree Vaste

L'analisi della natura giuridica dei titolari dei servizi nella regione Marche rileva una complessiva dominanza di soggetti pubblici. Si tratta principalmente di singoli comuni che sono i titolari di 2209 fra interventi e strutture, mentre solo 235 sono quelli i cui titolari sono comuni associati. I comuni singoli o associati rappresentano complessivamente il 65% dei titolari di interventi e strutture. Considerando anche le IPAB e le ASUR i soggetti titolari con natura giuridica pubblica raggiungono il 72% del totale degli interventi e strutture.

Le AV di Macerata (11%) e Ascoli Piceno (7,8%) presentano una percentuale di interventi e strutture i cui titolari sono comuni associati superiore a quella di Pesaro (4,2%) e Ancona (2,6). Nell'AV di Macerata sono in particolare le CM di Camerino e delle Alte Valli del Potenza che si distinguono per la gestione associata. Nell'AV di Ascoli Piceno, invece, è l'esperienza di Porto Sant'Elpidio a presenta il numero maggiore di servizi i cui titolari sono comuni associati.

Tabella 2.15 - Titolare: natura giuridica pubblica per aree vaste. Totale Interventi e Strutture al 31/12/2008

AV	Comune singolo	Comune associato	Totale	IPAB	ASUR	Altro ente pubblico	TOT PUB	TOTALE
PU	714	44	758	9	32	6	805	1042
%	68,5	4,2	72,7	0,9	3,1	0,6	77,3	100
AN	529	26	555	46	28	21	650	993
%	53,3	2,6	55,9	4,6	2,8	2,1	65,5	100
MC	493	103	596	25	46	7	674	931
%	53,0	11,1	64,0	2,7	4,9	0,8	72,4	100
AP	473	62	535	27	20	7	589	795
%	59,5	7,8	67,3	3,4	2,5	0,9	74,1	100
Totale Regione	2.209	235	2.444	107	126	41	2.718	3761
%	58,8	6,2	65,0				72,3	100

Fonte: nostra elaborazione su dati ORPS Regione Marche

Gli interventi e le strutture il cui titolare ha natura giuridica privata sono complessivamente 898 (23%), con valori simili rispettivamente per le associazioni, le organizzazioni di volontariato (4,8%), le cooperative sociali (4,2%) e gli enti religiosi (5,2%). Una marcata differenza si rileva, invece, nell'analisi territoriale dei soggetti di natura privata titolari di interventi e strutture. Nell'AV di Macerata dominano le associazioni (8,7% del totale dei titolari di interventi e strutture) che ricoprono invece un ruolo subordinato a Pesaro - Urbino e Ascoli Piceno (2,9%), e intermedio ad Ancona (4,7%). Gli enti religiosi rappresentano il 6% dei titolari nell'AV di Pesaro, Ancona e Ascoli Piceno, ma sono sottodimensionati nell'AV di Macerata.

Le cooperative sociali sono quasi il 6% dei soggetti titolari di interventi e strutture nell'AV di Ancona, mentre hanno valori inferiori nelle restanti AV. Le imprese private sono equamente distribuite con valori regionali intorno al 3,7%.

Tabella 2.16 - Titolare: natura giuridica privata per aree vaste. Totale Interventi e Strutture al 31/12/2008

AV	Associazione	Org. volontariato	Cooperative sociali	Ente religioso	Impresa privata	Altro ente privato	TOT privato	natura giur. non indicata	TOT
PU	30	56	38	63	34	5	226	11	1042
% PU	2,9	5,4	3,6	6,0	3,3	0,5	21,7	1,1	100
AN	47	76	58	59	40	29	309	34	993
% AN	4,7	7,7	5,8	5,9	4,0	2,9	31,1	3,4	100
MC	81	32	28	31	37	2	211	46	931
% MC	8,7	3,4	3,0	3,3	4,0	0,2	22,7	4,9	100
AP	23	16	35	44	29	5	152	54	795
% AP	2,9	2,0	4,4	5,5	3,6	0,6	19,1	6,8	100
Totale Regione	181	180	159	197	140	41	898	145	3761
% Regione	4,8	4,8	4,2	5,2	3,7	1,1	23,9	3,9	

Fonte: nostra elaborazione su dati ORPS Regione Marche

L'analisi dei soggetti gestori dei servizi rileva un'inversione rispetto ai soggetti titolari, essendo i soggetti pubblici inferiori (1583) rispetto a quelli privati (1779).¹⁸ Confermando una preferenza per l'esternalizzazione nella gestione delle strutture e interventi regionali. Il 42% del totale di interventi e strutture è gestito da un soggetto pubblico, mentre il 47% da uno privato. Particolarmente elevata (10,6%) è la percentuale di servizi e strutture il cui gestore non è indicato. Questo dato necessiterebbe un ulteriore approfondimento.

Le Ipab rappresentano complessivamente il 3% dei soggetti gestori con una maggiore concentrazione nell'AV di Ancona riconducibile all'elevata presenza nell'ATS di Osimo (36 IPAB). Un sottodimensionamento caratterizza, invece, l'AV di Pesaro. L'ASUR presenta valori percentuali pari a quelli delle IPAB, e una maggiore omogeneità territoriale, con l'eccezione dell'AV di Macerata (4,5%) in cui i valori sono superiori alla media regionale (3%).

¹⁸ Il dato rischia di essere in parte rivisto per l'elevato numero di soggetti di natura giuridica non indicati in alcuni ATS, in particolare quello di Jesi di Fermo.

Tabella 2.17 - Gestore: natura giuridica pubblica per area vasta

AREA VASTA	Comune singolo o associato	IPAB	ASUR	Altro ente pubblico	Mista Enti Pubblici	Totale natura giuridica pubblica	TOT PUB+PRIV+ N.I.
PU	421	9	28	12	-	470	1.042
%PU	40,4	0,9	2,7	1,2	0,0	45,1	100
AN	280	55	30	14	-	379	993
%AN	28,2	5,5	3,0	1,4	0,0	38,2	100
MC	343	24	42	12	-	421	931
%MC	36,8	2,6	4,5	1,3	0,0	45,2	100
AP	263	27	18	5	-	313	795
%AP	33,1	3,4	2,3	0,6	0,0	39,4	100
Totale Regione	34,8	3,1	3,1	1,1	0,0	42,1	100

Fonte: nostra elaborazione su dati ORPS Regione Marche

Fra i soggetti gestori le cooperative sociali ricoprono un ruolo preponderante, rappresentando a livello regionale il 21% dei soggetti gestori di interventi e strutture. Una concentrazione superiore alla media regionale di cooperative si riscontra nell'AV di Pesaro (25%) e di Ascoli Piceno (24%) con picchi particolarmente significativi, superiori al 35% di interventi e strutture complessivi, negli ATS della CM del Catria e Nerone (40%), CM alta val Marecchia (38%), San Benedetto del Tronto (37,4%), Camerino (36,9%) e Porto sant'Elpidio (36,4%). Fra i capoluoghi di provincia si distingue Pesaro (32%), segue Ascoli Piceno (22%), Ancona (15%) e Macerata (10%).

I dati delle associazioni presentano un andamento inverso rispetto a quello delle cooperative. Rappresentano a livello regionale quasi l'8% dei soggetti gestori complessivi con un sovradimensionamento nell'AV di Macerata (11%) attribuibile in maniera dominante all'ATS di Macerata (19,5%) e di Civitanova Marche (14,4%). Sono invece sottodimensionate nell'AV di Ascoli Piceno (4,5%) e di Pesaro (7%).

Le organizzazioni di volontariato sono 7% dei soggetti gestori del totale degli interventi e strutture della regione. Una maggiore concentrazione si riscontra nell'AV di Ancona riconducibile al significativo ruolo ricoperto dalle associazioni nella gestione dei servizi nell'ATS capoluogo di regione (20,6%). Un valore inferiore alla media regionale contraddistingue l'AV di Ascoli Piceno (4,5%), mentre le restanti sono nella media. Si distingue l'ATS di Fano dove il 10% del totale dei servizi è gestito da organizzazioni di volontariato.

Gli enti religiosi complessivamente rappresentano il 5,2% dei soggetti gestori di servizi. Leggermente superiore alla media si presenta l'AV di Pesaro (6,4%) grazie al ruolo sovradimensionato dell'ATS di Fano (13,5%). Si distingue inoltre l'ATS di Ascoli Piceno (16%) e quello di Fabriano (10%).

Le imprese private hanno un ruolo marginale nella gestione degli interventi e strutture rappresentando il 4,2% del totale dei gestori. Le AV presentano valori piuttosto simili, mentre alcune differenze significative si riscontrano a livello di ATS. In particolare nell'ATS V della CM del Montefeltro raggiungono il 13% del totale dei soggetti gestori, e il 9% in quello di Ancona e di Civitanova Marche.

Tabella 2.18 - Gestore: natura giuridica privata per area vasta

AREA VASTA	Ass	% ass	Org di vol	% Org di vol	Coop soc	% Coop Soc	Ente relig	% Ente relig	Imp priv	%Imp priv	Altro ente priv	Mista enti priv	Tot nat giur priv	Nat giur non nota	Tot pub+priv+n.i.
PU	72	6,9	75	7,2	265	25,4	67	6,4	41	3,9	8	10	538	34	1.042
%PU	6,9	6,9	7,2	7,2	25,4	25,4	6,4	6,4	3,9	3,9	0,8	1,0	51,6	3,3	100
AN	76	7,7	98	9,9	176	17,7	55	5,5	39	3,9	32	3	479	135	993
%AN	7,7	7,7	9,9	9,9	17,7	17,7	5,5	5,5	3,9	3,9	3,2	0,3	48,2	13,6	100
MC	104	11,2	67	7,2	163	17,5	29	3,1	48	5,2	4	4	419	91	931
%MC	11,2	11,2	7,2	7,2	17,5	17,5	3,1	3,1	5,2	5,2	0,4	0,4	45,0	9,8	100
AP	36	4,5	36	4,5	193	24,3	43	5,4	30	3,8	5	-	343	139	795
%AP	4,5	4,5	4,5	4,5	24,3	24,3	5,4	5,4	3,8	3,8	0,6	0,0	43,1	17,5	100
Totale Regione	288	7,7	276	7,3	797	21,2	194	5,2	158	4,2	49	17	1.779	399	3.761
%	7,7	7,7	7,3	7,3	21,2	21,2	5,2	5,2	4,2	4,2	1,3	0,5	47,3	10,6	100

Fonte: nostra elaborazione su dati ORPS Regione Marche

2.5.2 La natura pubblica e privata dei soggetti

La tipologia di servizio è analizzata sulla base della natura giuridica dei soggetti titolari e dei soggetti gestori. L'analisi dei soggetti titolari in relazione alla tipologia di servizio attribuisce un ruolo centrale ai singoli comuni, ma mette in luce un ruolo significativo, seppur contenuto, dei comuni associati per quanto riguarda gli interventi sociali (12,5%). I valori percentuali dei comuni associati che sono titolari di strutture residenziali o semiresidenziali mantiene valori molto modesti. Questo dato rileva la tendenza a preferire la titolarità associata fra comuni proprio in quei servizi che sono stati oggetto di recente introduzione o potenziamento e per i quali la titolarità associata dei comuni può rappresentare una strategia organizzativa indispensabile per l'offerta dei servizi stessi. In particolare i comuni associati sono titolari di una quota superiore al 20% del Servizio Sociale Professionale, dell'Assistenza Domiciliare e del Supporto e Pronto Intervento (vedi tabella X allegata). Significativo è il ruolo delle IPAB che rappresentano quasi il 24% dei soggetti titolari di natura pubblica delle strutture residenziali.

Tabella 2.19 - Titolare con natura giuridica pubblica per tipologia di servizio

	Comune singolo	Comune associato	IPAB	ASUR	Altro ente pubblico	Tot pubblico
Tot interventi	1339	198	1	28	13	1579
% interv	84,8	12,5	0,1	1,8	0,8	100
Tot strutture semiresidenziali	654	23	13	37	23	750
% Strutture sem	87,2	3,1	1,7	4,9	3,1	100
Tot strutture residenziali	216	14	93	61	5	389
% Strutture res	55,5	3,6	23,9	15,7	1,3	100
Totale Regione	2209	235	107	126	41	2718
% Totale Regione	81,3	8,6	3,9	4,6	1,5	100

Fonte: nostra elaborazione su dati ORPS Regione Marche

La titolarità di soggetti con natura giuridica privata è molto contenuta nell'area degli interventi. Si distinguono, però, le organizzazioni di volontariato e gli enti religiosi nell'offerta di servizi di informazione e orientamento. Nel caso delle strutture semiresidenziali le associazioni sono i principali soggetti privati (32%) mentre le cooperative e le imprese private seguono (22%). Queste ultime giocano insieme alle cooperative un ruolo significativo nella titolarità dei nidi e dei

centri per l'infanzia. Gli enti religiosi (25%) sono i principali soggetti di natura giuridica privata che sono titolari di strutture residenziali, seguono le cooperative (21%) e le organizzazioni di volontariato (20%).

Tabella 2.20 - Titolare con natura giuridica pubblica per tipologia di servizio

	Associaz	Org vol	Coop sociale	Ente religioso	Impresa privata	Altro ente privato	Tot priv	natura giur non indicata	TOT
Tot interventi	39	87	13	89	3	3	234	44	1857
% interv	16,7	37,2	5,6	38,0	1,3	1,3	100		
Tot strutture semiresidenziali	111	29	79	30	80	20	349	94	1193
%strutture semre	31,8	8,3	22,6	8,6	22,9	5,7	100		
Tot strutture residenziali	31	64	67	78	57	18	315	7	711
%strutture res	9,8	20,3	21,3	24,8	18,1	5,7	100		
totale regione	181	180	159	197	140	41	898	145	3761
% totale regione	20,2	20,0	17,7	21,9	15,6	4,6	100		

Fonte: nostra elaborazione su dati ORPS Regione Marche

L'analisi dei soggetti gestori rileva una dominanza di soggetti di natura privata. I soggetti gestori di natura giuridica pubblica rappresentano complessivamente il 42% dei gestori degli interventi e strutture della regione. Mentre quelli privati sono il 47% (10% non indica la sua natura giuridica).

Si riscontrano delle notevoli differenze nella tipologia di servizi analizzati. I gestori pubblici dominano nella gestione degli interventi (52%) come comuni singoli o associati. Le cooperative rappresentano, invece, il 55% dei soggetti privati che gestiscono interventi sociali con una marcata concentrazione nell'area dell'assistenza educativa e domiciliare.

L'analisi dei soggetti gestori delle strutture semiresidenziali mette in luce una inversione di tendenza: i soggetti pubblici sono quasi la metà di quelli privati (55%). Sono in particolare le cooperative sovra rappresentate (41 % dei soggetti privati), seguite dalle associazioni (27% dei soggetti privati). L'area di intervento dominante per le cooperative è rappresentata dai centri socio – ricreativi (123), seguiti dai nidi (91).

Fra i gestori privati di strutture semiresidenziali seguono anche le associazioni (27% dei gestori privati) i cui interventi sono fondamentalmente dominati dai centri socio-ricreativi (149). Meritevole di attenzione è anche il ruolo delle imprese private con un totale di gestione di strutture semiresidenziali pari al 14% dei soggetti privati, e una concentrazione nelle aree dei nidi (56). In sintesi su un totale di 258 servizi di 'nido d'infanzia' (177) e 'centro per l'infanzia con pasto e sonno' (81), 58% hanno come titolare un soggetto pubblico, mentre il restante (42%) un soggetto privato. Per la gestione, invece, il 60% è gestito da privati, e solo il 32% da soggetti pubblici. Il restante 8% presenta una natura giuridica non indicata. Il 27% dei nidi e centri per l'infanzia della regione è gestito dai comuni, il 29% dalle cooperative e il 18% da imprese private.

I gestori di natura privata dominano nelle strutture residenziali (53%) anche se lo scarto con quelle pubbliche è minore. In questo caso i soggetti pubblici mantengono un ruolo significativo grazie alla percentuale di IPAB, che gestiscono 1/3 delle strutture gestite dal pubblico e complessivamente il 13% di tutte le strutture residenziali. Le cooperative gestiscono, invece, il 16% delle strutture residenziali della regione, mentre i comuni il 19%.

Tabella 2.21 - Titolare con natura giuridica pubblica per tipologia di servizio

SERVIZIO	Comune singolo o associato	IPAB - Azienda pubblica	ASUR	Altro Ente Pubblico	Totale natura giur pubblica	% PUB SUL TOTALE	TOT
TOT Interventi	913	5	27	21	966		1857
% interventi soggetti pubblici	94,5	0,5	2,8	2,2	100	52,0	
TOT Strutture semiresidenziali	260	19	35	18	332		1193
% strutture semiresidenziali sui soggetti pubblici	78,3	5,7	10,5	5,4	100	27,8	
TOT Strutture residenziali	134	91	56	4	285		711
% strutture residenziali soggetti pubblici	47,0	31,9	19,6	1,4	100	40,1	
% complessiva sui servizi totali della regione	18,8	12,8	7,9	0,6			
Totale Regione	1307	115	118	43	1583	42,1	3761

Fonte: nostra elaborazione su dati SIS Regione Marche

Tabella 2.22 - Titolare con natura giuridica pubblica per tipologia di servizio

	Associaz	Org vol	Coop sociale	Ente relig	Imp Privata	Altro Ente Privato	Mista Enti Privati	Totale natura giur privata	% PRIV SUL TOT	Natura non giur	% non nota	TOT
TOT Interventi	71	154	414	88	6	3	9	745		146		1857
% interventi sui soggetti privati	9,5	20,7	55,6	11,8	0,8	0,4	1,2	100	40,1	7,9		
TOT Strutture semiresidenziali	176	55	271	30	94	25	6	657		204		1193
% strutture semiresidenziali sui soggetti privati	26,8	8,4	41,2	4,6	14,3	3,8	0,9	100	55,1	17,1		
TOT Strutture residenziali	41	67	112	76	58	21	2	377		49		711
% strutture residenziali sui soggetti privati	10,9	17,8	29,7	20,2	15,4	5,6	0,5	100	53,0	6,9		
% complessiva sui servizi totali della regione	5,8	9,4	15,8	10,7	8,2	3,0	0,3					
Totale Regione	288	276	797	194	158	49	17	1779	47,3	399	10,6	3761

Fonte: nostra elaborazione su dati SIS Regione Marche

3 Le dimensioni e le caratteristiche dell'occupazione nei servizi sociali

I servizi sociali sono profondamente caratterizzati dal lavoro svolto dagli operatori, per le relazioni che stabiliscono con gli utenti dei servizi, per la varietà di competenze e sensibilità che sono richieste a chi lavora nel settore, per la complessità delle risposte ai bisogni sociali che i servizi devono offrire. Per questo è importante disporre di informazioni ampie e dettagliate sulla quantità e qualità del lavoro impiegato nei servizi sociali, in modo da poter programmare i servizi, sviluppare un'offerta adeguata alla domanda, organizzare le attività e la gestione del personale in modo efficiente ed efficace, progettare le attività di formazione – iniziale e continua - necessarie e l'evoluzione delle carriere del personale.

Purtroppo i sistemi informativi e le statistiche esistenti non consentono di disporre di una conoscenza adeguata sulle dimensioni e caratteristiche dell'occupazione nei servizi sociali nelle Marche – come peraltro nell'insieme del Paese. In questo capitolo si effettua una stima originale dell'occupazione nei servizi sociali nella regione Marche, utilizzando una varietà di dati statistici ufficiali (parziali) che provengono da diverse fonti. La stima è stata elaborata a partire da due approcci diversi: il primo esplora i dati sull'occupazione a livello settoriale, coerentemente con la metodologia definita nell'ambito del lavoro di ricerca condotto per il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali “Il lavoro nel settore dei servizi sociali e le professioni sociali” (Lunaria 2009); il secondo ricomponi il quadro dimensionale sull'occupazione e le professioni a partire da indagini prodotte dalla Regione Marche nell'ambito delle rilevazioni ufficiali.

3.1 Un'esplorazione sull'occupazione nei servizi sociali a livello settoriale

Delineare dimensioni, forme e modelli organizzativi del lavoro nel settore dei servizi sociali a livello nazionale e su scala regionale non è un compito semplice, e fornire una quantificazione dell'occupazione, anche approssimativa e incompleta, risulta particolarmente arduo. Questo avviene a causa della mancata definizione – nel sistema statistico nazionale – dell'insieme del settore dei servizi sociali come un'unità di rilevazione statistica compiuta, e della mancata raccolta di dati sistematici sulle qualificazioni del lavoro e sulle professioni sociali.

Per superare i limiti dei sistemi informativi ufficiali, è possibile integrare informazioni da diverse fonti statistiche, seguendo la metodologia proposta in un precedente studio a livello nazionale (Lunaria 2009). L'ipotesi è che il quadro possa essere ricostruito su base settoriale, utilizzando le classificazioni delle attività economiche comunemente impiegate nelle rilevazioni ufficiali (ATECO). L'utilizzo dei settori di attività economica ATECO come discriminante fra ciò che è riconducibile all'attività dei servizi sociali e ciò che non lo è pone diverse difficoltà: infatti le definizioni ATECO non colgono appieno la varietà dei servizi sociali e non permettono un'aggregazione totale; le organizzazioni di natura pubblica, privata e non profit sono assegnate ai settori ATECO sulla base dell'attività prevalente, con l'effetto di perdere informazioni importanti su molte attività “secondarie” ma significative svolte in questi ambiti; le differenze nella costruzione dei dati, anche per quanto riguarda i censimenti, rendono difficile la comparazione dei risultati che emergono.

Data l'assenza di dati ufficiali diviene centrale la scelta sui settori di attività da considerare rilevanti per la nostra analisi. La disponibilità di dati rappresenta da questo punto di vista una scelta obbligata: per il Censimento dell'Industria e dei Servizi disponiamo di dati sull'attività economica disaggregati fino alla quinta cifra dell'ATECO 1991, ma non è possibile incrociare questi dati con le informazioni relative alla posizione nella professione e all'attività lavorativa

svolta. Al contrario, il *Censimento della Popolazione*, offre la possibilità di analizzare il dato relativo alla persona, quindi alla professione (anche se a livello poco fine), ma non è possibile incrociarlo con una disaggregazione fine dell'ATECO.

Fatte queste premesse, il settore di attività economica su cui abbiamo focalizzato l'attenzione, quello dell'Assistenza sociale, appartiene alla sezione N dell'ATECO91, Sanità e altri servizi sociali, articolata nel modo seguente:

- 85 Sanità e altri servizi sociali
 - 85.1 Attività dei servizi sanitari
 - 85.11 Servizi ospedalieri
 - 85.12 Servizi degli studi medici
 - 85.13 Servizi degli studi odontoiatrici
 - 85.14 Altri servizi sanitari
 - 85.2 Servizi veterinari
 - 85.3 Assistenza sociale
 - 85.31 Assistenza sociale residenziale
 - 85.32 Assistenza sociale non residenziale

Le attività che possono essere comprese nei servizi sociali sono tuttavia più ampie, si avvicinano spesso alle attività sanitarie e di istruzione, per cui si è reso necessario un procedimento che includesse anche queste nella stima. Per ragioni di omogeneità e comparabilità (oltre che per evitare duplicazioni) si è ricorso a un approccio di tipo settoriale laddove le fonti lo permettessero. Per stimare gli occupati all'interno del SSN che potessero essere ricondotti al sistema dei servizi sociali sono state selezionate alcune qualifiche specifiche come lo psicologo, il sociologo, l'assistente sociale, dal Conto Annuale della RGS. Per stimare gli occupati del settore nonprofit che non fossero inclusi nella voce ATECO 85.3 sono stati considerati i lavoratori di alcuni settori della classificazione delle attività economiche INCPO (International Classification of Non Profit Organizations), elaborata sulla base dell'ISIC, che considera principalmente le attività di servizi.

Nella tabella 5.1 sono schematizzate le fonti utilizzate per la costruzione della stima riferita al periodo 1999-2001.

Tabella 3.1 - Fonti utilizzate per la costruzione della prima stima (1999-2001)

FONTE E ANNO	ATECO o Altra Codifica	TIPO DI ISTITUZIONI RILEVATE	DIMENSIONI RILEVATE
Censimento Industria e Servizi, 2001	853 - Assistenza sociale	Istituzioni pubbliche, istituzioni nonprofit, imprese	Addetti complessivi (dipendenti, collaboratori e interinali) del settore
Conto Annuale Ragioneria dello Stato, 2001	851 - Attività dei servizi sanitari	Istituzioni pubbliche	Dipendenti del SSN per le qualifiche professionali ritenute afferenti ai servizi sociali (psicologo, sociologo, assistente religioso, assistente sociale...)
Censimento Industria e Servizi, 2001	80421 - Università per la terza età	Istituzioni nonprofit	Addetti complessivi del settore
Istituzioni nonprofit in Italia, 1999	Altre attività dalla classificazione INCPO (servizi per lungodegenti, servizi psichiatrici ospedalieri e non, altri servizi sanitari)	Istituzioni nonprofit	Lavoratori impiegati nei settori che comprendono alcune attività di servizio sociale relativamente ai settori INCPO

Al fine di integrare le informazioni raccolte e ricondurle ad un orizzonte temporale più ravvicinato è stata costruita una seconda stima in modo analogo alla prima, che tiene conto di

dati più aggiornati rispetto a quelli censuari. In particolare per il settore non profit è stato possibile considerare i dati relativi alla rilevazione sulle cooperative sociali, che riporta i dati relativi all'occupazione nel 2005.

Per eliminare le duplicazioni, abbiamo riconsiderato i dati del *Censimento dell'Industria e Servizi* sottraendo al totale degli addetti quelli che risultano occupati nelle cooperative sociali, ottenendo per il non profit un nuovo aggregato di addetti nelle "altre forme giuridiche". Al posto degli addetti delle cooperative sociali del 2001 abbiamo considerato quelli del 2005. Pur con i limiti legati alla considerazione di anni diversi come il 2001 e il 2005, riteniamo utile aggiornare il più possibile le stime. Anche dal dato sulle altre attività delle istituzioni non profit abbiamo sottratto gli addetti delle cooperative sociali nei settori considerati - Servizi per lungodegenti, Servizi psichiatrici e Altri servizi sanitari - in modo tale da non avere duplicazioni. Anche per i dipendenti del SSN che abbiamo ricompreso nel personale afferente ai servizi sociali abbiamo ricondotto l'analisi al 2005.

Il prospetto analogo a quello precedente è riportato di seguito.

Tabella 3.2 - Fonti utilizzate per la costruzione della seconda stima (2001-2005)

FONTE E ANNO	ATECO o Altra Codifica	TIPO DI ISTITUZIONI RILEVATE	DIMENSIONI RILEVATE
Censimento Industria e Servizi, 2001	853 - Assistenza sociale	Istituzioni pubbliche, istituzioni nonprofit escluse le cooperative sociali, imprese	Addetti complessivi (dipendenti, collaboratori e interinali) del settore
Conto Annuale Ragioneria dello Stato, 2005	851 - Attività dei servizi sanitari	Istituzioni pubbliche	Dipendenti del SSN per le qualifiche professionali ritenute afferenti ai servizi sociali (psicologo, sociologo, assistente religioso, assistente sociale...)
Censimento Industria e Servizi, 2001	80421 - Università per la terza età	Istituzioni nonprofit	Addetti complessivi del settore
Istituzioni nonprofit in Italia, 1999	Altre attività dalla classificazione INCPO (servizi per lungodegenti, servizi psichiatrici ospedalieri e non, altri servizi sanitari)	Istituzioni nonprofit escluse le cooperative sociali	Lavoratori impiegati nei settori che comprendono alcune attività di servizio sociale relativamente ai settori INCPO
Le Cooperative sociali in Italia, 2005	NO	Cooperative sociali	Lavoratori impiegati

Integrando questi dati, è possibile procedere a una stima dell'occupazione complessiva nei servizi sociali. Al fine di stimare l'occupazione nella regione Marche è stata applicata la stessa metodologia, che consente di fornire una quantificazione a livello settoriale ricostruendo i dati fonte per fonte.

Come si può osservare dai dati del Censimento dell'Industria e dei Servizi nel 2001 riportati nella **tabella 3.3**, la dimensione dell'occupazione nel settore dell'assistenza sociale nelle Marche, misurata attraverso il numero di addetti complessivi (addetti, collaboratori e interinali) è pari a circa 9 mila unità. Il settore di attività economica ATECO91 è stato disaggregato fino alla quinta cifra, e fornisce il quadro per l'assistenza residenziale e non residenziale: analizzando la tipologia di servizio offerto, le unità si concentrano principalmente nell'assistenza sociale non residenziale con 5.961 addetti complessivi, pari al 66,4% del totale. Andando ad analizzare la distribuzione degli addetti all'interno delle istituzioni considerate emerge che le istituzioni non profit da sole impiegano quasi 6.500 persone, che rappresentano il 71,6% del totale, con una percentuale che raggiunge l'80,3% nel settore dell'assistenza non residenziale. Il settore pubblico impiega complessivamente più di 1.600 unità, il 18,5% del totale, con una percentuale superiore nell'assistenza residenziale, dato poco sorprendente se si considerano le attività di ricovero e assistenza rivolte alle varie tipologie di utenti che si svolgono all'interno delle strutture

pubbliche. Il settore delle imprese, infine, rappresenta la quota più esigua in termini di occupazione con il 9,9% degli addetti complessivi.

Tabella 3.3 - Addetti complessivi (addetti, collaboratori ed interinali) nella regione Marche nel settore dell'assistenza sociale per tipologia di istituzione

Codice e Descrizione Categoria Economica ATECO	ISTITUZIONI PUBBLICHE		ISTITUZIONI NON PROFIT		IMPRESE		TOTALE	
	TOT	%	TOT	%	TOT	%	TOT	%
85310 - Assistenza sociale residenziale	1095	36.3	1644	54.5	279	9.2	3018	100
85320 - Assistenza sociale non residenziale	564	9.5	4784	80.3	613	10.3	5961	100
853 – Assistenza sociale	1659	18.5	6428	71.6	892	9.9	8979	100

Fonte: ISTAT, Censimento industria e servizi 2001 – Nostra elaborazione

Analizzando, nella **tabella 3.4**, il quadro degli addetti (esclusi i collaboratori e gli interinali) per genere e tipologia dell'istituzione, si osserva per tutte e tre le tipologie una netta prevalenza di dipendenti di genere femminile sia per quanto riguarda l'assistenza residenziale che quella non residenziale. Nelle istituzioni pubbliche complessivamente la quota di donne è pari al 77,4%; nelle istituzioni non profit la percentuale sale al 79,1% mentre nelle imprese l'occupazione femminile è il 77,1% del totale.

Tabella 3.4 - Addetti nel settore dell'assistenza sociale nella regione Marche per genere e tipologia di istituzione

Codice e Descrizione Categoria Economica ATECO	ISTITUZIONI PUBBLICHE		ISTITUZIONI NON PROFIT		IMPRESE		TOTALE	
	TOT	di cui donne (%)	TOT	di cui donne (%)	TOT	di cui donne (%)	TOT	di cui donne (%)
85310 - Assistenza sociale residenziale	1022	73.5	1532	80.3	278	50.4	2832	74.9
85320 - Assistenza sociale non residenziale	539	84.8	4453	78.7	603	89.4	5595	80.4
853 – Assistenza sociale	1561	77.4	5985	79.1	881	77.1	8427	78.6

Fonte: ISTAT, Censimento industria e servizi 2001 – Nostra elaborazione

I dati fin qui considerati hanno concentrato l'analisi sul solo settore dell'assistenza sociale, trascurando le attività di servizio sociale svolte all'interno di altri settori, come ad esempio le attività dei servizi sanitari. Il risultato è una stima dell'occupazione che risulta distorta verso il basso. Data l'impossibilità di quantificare gli occupati nel settore dei servizi sanitari in modo plausibile al fine di dare un'indicazione della dimensione del lavoro nel settore dell'assistenza sociale, si procederà a quantificare per il settore pubblico gli occupati dei servizi sanitari nazionali rispondenti alle figure professionali che attengono all'assistenza nella regione Marche.

Dal Conto Annuale della Ragioneria dello Stato, relativo al comparto del sistema sanitario nazionale (SSN) della PA, abbiamo estrapolato i dati occupazionali per alcune qualifiche. Essi forniscono una quantificazione dell'occupazione nei servizi sociali per il settore pubblico, limitatamente al lavoro dipendente nel comparto sanitario.

Dalla **tabella 3.5** emerge un'occupazione complessiva nel sistema dei servizi sociali pari a 2.405 unità. Inoltre per le qualifiche professionali che abbiamo considerato si conferma la struttura a forte vocazione femminile anche nel comparto pubblico sanitario.

Tabella 3.5 - Dipendenti del servizio sociale nel settore pubblico nella regione Marche. Anno 2001

Qualifiche	Totale	di cui donne	% donne
Psicologi	133	104	78.2
Sociologi	35	23	65.7
Assistente religioso	9	0	0.0
Collab.re prof.le assistente sociale esperto	1	1	100.0
Collab.re prof.le assistente sociale	140	135	96.4
Operatore tecnico addetto all'assistenza	730	598	81.9
Ausiliario specializzato	1357	866	63.8
Direttore dei servizi sociali	0	0	0.0
Totale	2405	1727	71.8

Fonte: Ragioneria Generale dello Stato, Conto Annuale 2001 – Nostra elaborazione

Anche per le organizzazioni non profit il dato settoriale riferito al solo settore Assistenza Sociale non appare sufficiente a descrivere la realtà occupazionale: al fine di fornire un quadro il più possibile inclusivo di una realtà così complessa e sfaccettata abbiamo selezionato alcuni dei settori di attività che potessero ricomprendere al proprio interno anche i servizi sociali oltre al settore dell'assistenza sociale vero e proprio. Abbiamo dunque individuato due macro-categorie che abbiamo definito come “settori di assistenza sociale” e “settori che comprendono alcune attività di servizio sociale”. Nella prima sono inclusi i sottosectori afferenti all'assistenza sociale, cioè i servizi di assistenza sociale e i servizi di assistenza nelle emergenze (compresi dunque nei dati del Censimento Industria e Servizi); nella seconda invece sono presenti gli altri settori di attività che, nell'ottica di questo lavoro, presentano alcune attività di servizi sociali. Possiamo individuare qui i tre settori principali, in cui è particolarmente forte la natura di servizi sociali - Servizi per lungodegenti, Servizi psichiatrici e Altri servizi sanitari - e inserire i loro 777 addetti anella stima complessiva dell'occupazione nei servizi sociali.

Tabella 3.6 - Persone impiegate negli altri settori che comprendono alcune attività di servizio sociale nella regione Marche. Anno 1999

Altre attività INCPO	Dipendenti	Cococo	Totale	Volontari
Servizi per lungodegenti	90	6	96	177
Servizi psichiatrici ospedalieri e non ospedalieri	5	8	13	3
Altri servizi sanitari	557	111	668	10408
Totale	652	125	777	10588

Fonte: ISTAT, Istituzioni non profit in Italia, 1999 – Nostra elaborazione

A questo punto è possibile tirare le fila della nostra analisi e tracciare un profilo dell'occupazione nel settore dei servizi sociali. Per come sono strutturate le fonti considerate, la quantificazione degli occupati è necessariamente approssimativa e non sarà possibile individuare con precisione i profili professionali del settore. Tuttavia, una prima conclusione che possiamo trarre riguarda la dimensione di genere dell'assistenza sociale: per tutte le fonti esaminate emerge chiaramente un settore a forte vocazione femminile per tutte le tipologie di istituzioni considerate, sia pubbliche che private (profit e non profit).

Ripercorrendo e integrando le informazioni raccolte, possiamo tentare una stima dell'occupazione nei servizi sociali nella regione Marche. Ricordiamo che non sono disponibili indagini mirate né dal punto di vista settoriale, sulla base delle categorie ATECO, né da quello professionale, che analizzi la professione svolta. Dalla **tabella 3.7** emerge come nel periodo 1999-2001 gli occupati nel settore dei servizi sociali nella regione Marche siano oltre 12 mila. Di questi, il 33,4% (pari a 4.064 unità) lavora nelle istituzioni pubbliche, il 59,3% (pari a 7.209 unità) nelle istituzioni non profit e il rimanente 7,3% nelle imprese private profit. Il settore non profit svolge dunque un ruolo prevalente in queste attività.

Tabella 3.7 - Una stima dell'occupazione nei servizi sociali, 1999-2001

FONTE E ANNO	ISTITUZIONI PUBBLICHE		ISTITUZIONI NONPROFIT		IMPRESE		TOTALE
	N	%	N	%	N	%	
Censimento Industria e Servizi 2001	1659	18,5	6428	71,6	892	9,9	8979
Conto Annuale RGS 2001	2405	100,0		0,0		0,0	2405
Censimento Industria e Servizi 2001		0,0	4	100,0		0,0	4
Istituzioni non profit in Italia 1999		0,0	777	100,0		0,0	777
TOTALE	4064	33,4	7209	59,3	892	7,3	12165

La seconda stima degli occupati, come ricordato in precedenza, ha la finalità di ricondurre le informazioni a un orizzonte temporale più ravvicinato, che consente di effettuare una stima relativa al periodo 2001-2005. Sono stati considerati quindi i risultati della rilevazione sulle cooperative sociali, che riporta i dati relativi all'occupazione nel 2005: data l'importanza che il non profit sta assumendo nel settore dell'assistenza sociale e la crescita sostenuta delle istituzioni e degli addetti attivi in queste organizzazioni, nella **tabella 3.8** sono presentati i dati relativi alle province marchigiane.

Tabella 3.8 - Lavoratori per tipo di contratto, sesso e provincia - Anno 2005

PROVINCE	Dipendenti				Collaboratori e lavoratori interinali				Totale			
	M	F	Totale	% F	M	F	Totale	% F	M	F	Totale	% F
Pesaro Urbino	514	1440	1954	73.7	40	76	116	65.5	554	1516	2070	73.2
Ancona	451	1639	2090	78.4	44	66	110	60.0	495	1705	2200	77.5
Macerata	153	515	668	77.1	11	64	75	85.3	164	579	743	77.9
Ascoli Piceno	206	799	1005	79.5	70	157	227	69.2	276	956	1232	77.6
Marche	1324	4393	5717	76.8	165	363	528	68.8	1489	4756	6245	76.2

Fonte: ISTAT, *Le cooperative sociali in Italia - Nostra elaborazione*

Come si evince dalla tabella, nel 2005 i lavoratori impiegati nelle cooperative sociali erano circa 6.200. Dall'analisi per genere risulta evidente come anche in questo tipo di organizzazioni la componente femminile sia nettamente prevalente rispetto a quella maschile: complessivamente le donne sono il 76,2% dei lavoratori impiegati. A livello contrattuale, i lavoratori risultano impiegati prevalentemente con forme di lavoro dipendente.

Nella seconda stima sono stati aggiornati al 2005 anche i dati relativi alle amministrazioni pubbliche, sempre desunti dal conto Annuale, riportati nella **tabella 3.9**. Per le qualifiche afferenti ai servizi sociali all'interno del SSN, risultano occupate 1.863 dipendenti. Anche in questo caso la presenza femminile molto elevata: nel complesso il 79,4% degli occupati sono donne.

Tabella 3.9 - Dipendenti del servizio sociale nel settore pubblico nella regione Marche. Anno 2005

QUALIFICHE	Totale	di cui Donne	% donne
Psicologi	137	107	78.1
Sociologi	36	26	72.2
Assistente religioso	3	0	0.0
Collaboratore professionale assistente sociale esperto	22	21	95.5
Collaboratore professionale assistente sociale	135	130	96.3
Operatore tecnico addetto all'assistenza	145	107	73.8
Ausiliario specializzato	704	516	73.3
Direttore dei servizi sociali	0	0	0.0
Operatore socio sanitario	681	572	84.0
Totale	1863	1479	79.4

Fonte: Ragioneria Generale dello Stato, Conto Annuale 2005 – Nostra elaborazione

A questo punto è possibile ricomporre il quadro relativo alla stima degli occupati nel periodo 2001-2005. In questa seconda stima il numero di occupati nei servizi sociali, per tutte le tipologie istituzionali considerate, sale a oltre 13 mila unità per effetto del forte aumento degli occupati nelle cooperative sociali. Il settore non profit impiega complessivamente il 66,7% degli occupati totali: di questi, oltre il 70% lavora nelle cooperative sociali. Nel 2005 i dipendenti delle cooperative sociali hanno superato quelli dell'intero settore pubblico; nel complesso le istituzioni non profit occupano quasi dieci volte di più delle imprese private for profit del settore, che mantengono un ruolo marginale.

Tabella 3.10 - Una stima dell'occupazione nei servizi sociali, 2001-2005

FONTE E ANNO	ISTITUZIONI PUBBLICHE		ISTITUZIONI NONPROFIT				IMPRESE		TOTALE
			Cooperative sociali		Altre istituzioni nonprofit				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Censimento Industria e Servizi 2001	1659	38,2			1797	41,3	892	20,5	4348
Conto Annuale RGS 2005	1863	100,0							1863
Censimento Industria e Servizi 2001					4	100			4
Istituzioni non profit in Italia 1999					777	100			777
Le Cooperative sociali in Italia 2005			6245						6245
TOTALE	3522	26,6	6245	47,2	2578	19,5	892	6,7	13237

Nel complesso, i dati dell'occupazione nei servizi sociali che abbiamo qui stimato segnalano una fornitura molto limitata da parte del settore pubblico e un ruolo ancora minimo delle imprese private for profit. Negli ultimi anni è cresciuta rapidamente l'occupazione nelle cooperative sociali e nelle altre tipologie di organizzazioni non profit che hanno assunto il ruolo di fornire servizi sociali sulla base di finanziamenti da parte degli enti pubblici. Se il modello di relazioni tra settore pubblico e non profit era nato per estendere e personalizzare l'offerta di servizi, integrando quelli pubblici, vincolati da eccessive rigidità e costi elevati, siamo ora di

fronte a un sistema di relazioni radicalmente diverso. Gran parte dei servizi sono realizzati da cooperative sociali sulla base di finanziamenti pubblici erogati attraverso meccanismi contrattuali spesso inadeguati. Scarsa attenzione sembra dedicata a quest'evoluzione profonda del sistema dei servizi sociali e al ruolo centrale ora svolto dalle cooperative sociali. Tuttavia il trasferimento di responsabilità in questo campo non è limitato ad un passaggio dal pubblico al non profit; un trasferimento di responsabilità ancora più rilevante è stato quello dal sistema dei servizi sociali alle famiglie.

3.2 L'analisi delle qualifiche e delle professioni

I dati esposti nel paragrafo precedente hanno consentito di effettuare una stima dell'occupazione nei servizi sociali marchigiani facendo riferimento unicamente alle dimensioni quantitative del fenomeno. L'assenza di dati sulle professioni reperibili dalle fonti statistiche analizzate ha impedito la considerazione delle qualifiche e professionalità coinvolte, mentre ha fornito un quadro utile per la valutazione dei pesi dei diversi attori in campo: il settore pubblico da un lato, il privato profit e non profit dall'altro. A questo punto, analizzando i dati relativi alle indagini statistiche prodotte dalla Regione Marche, è possibile tracciare un profilo delle professionalità coinvolte all'interno del sistema dei servizi sociali. Le indagini che consentono la raccolta di dati rilevanti per il nostro progetto comprendono le seguenti attività:

- a) Indagine su interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati (ISTAT-SIS Marche)
- b) Rilevazione sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (ISTAT-SIS Marche);
- c) Rilevazione sui servizi per la prima infanzia (ISTAT-SIS Marche);
- d) Rilevazione delle cooperative sociali (ISTAT-SIS Marche);
- e) Banca dati amministrativa – Personale SSR (Agenzia Regionale Sanitaria)

Purtroppo non è possibile disaggregare i dati né per area di utenza né per area organizzativa, per due ordini di motivi:

1. La raccolta dati viene effettuata, nella fonte (d) per ente e i dati raccolti fanno riferimento all'intero personale "contrattualizzato" dalla cooperativa senza distinguere per area organizzativa e per area di utenza
2. Per la fonte (a) il personale non opera in esclusiva all'interno di un'unica area di utenza, ma è dedicato a più aree; più frequentemente il personale si colloca all'interno di un'unica area organizzativa, anche se si rilevano casi di personale che opera in più di un'area organizzativa.

Prima di procedere alla stima degli occupati nei servizi sociali, è opportuno indagare come si distribuiscono i servizi attivi nel territorio regionale. Da quanto emerge nella **tabella 3.11**, complessivamente sono presenti 3.466 servizi: gli interventi sono 1.800 e rappresentano circa il 52% del totale dei servizi, mentre le strutture semi residenziali sono 1.065 e rappresentano il 30,7% del totale. Le strutture residenziali sono 601. Per quanto riguarda la natura giuridica dei gestori, si osserva come gli interventi siano gestiti principalmente dal pubblico, con il 51,3% del totale, mentre considerando le strutture semi residenziali e residenziali il privato è preponderante.

Tabella 3.11 – Interventi e strutture attivi nella regione Marche al 31/12/2005

SERVIZI	NATURA GIURIDICA DEI GESTORI DEI SERVIZI						TOTALE
	Pubblica	%	Privata	%	Non nota	%	
Interventi	923	51.3	656	36.4	221	12.3	1800
Socio ricreative	149	23.5	363	57.3	122	19.2	634
Strutture Semi residenziali	85	30.7	127	45.8	65	23.5	277
Nidi e centri per l'infanzia							
Centri diurni	59	38.3	61	39.6	34	22.1	154
Strutture Residenziali	223	37.1	291	48.4	87	14.5	601
Totale	1439	41.5	1498	43.2	529	15.3	3466

Fonte: nostra elaborazione su dati ORPS Regione Marche

Le fonti analizzate per la stima presentano aree di sovrapposizione, nei casi in cui interventi e strutture sono di titolarità dei Comuni e sono gestiti dalle Cooperative sociali: la stima è stata quindi effettuata al netto di tale sovrapposizione. Inoltre le fonti utilizzate non coprono completamente l'universo degli interventi e dei servizi operativi nella regione: non si dispone di informazioni in merito al personale per i seguenti casi (con riferimento al nomenclatore nazionale):

- Interventi in cui il gestore è diverso dal Comune o dalla Cooperativa sociale,
- Strutture socio-ricreative, il cui gestore è diverso dal Comune o dalla Cooperativa sociale,
- Centri diurni, il cui gestore è diverso dal Comune o dalla Cooperativa sociale.

Nella **tabella 3.12** viene riportato il tasso di copertura degli interventi e delle strutture, ottenuto rapportando il numero di servizi rilevati nelle indagini considerate al numero totale di servizi attivi.

Tabella 3.12 – Servizi rilevati nelle indagini considerate e copertura dell'universo dei servizi al 31/12/2005

INDAGINE	SERVIZI RILEVATI
Rilevazione Spesa Sociale dei Comuni	1194
Rilevazione Cooperative Sociali	746
Rilevazione Strutture residenziali	451
Rilevazione Nidi e centri per l'infanzia	70
TOTALE	2461
COPERTURA	71%

Fonte: nostra elaborazione su dati ORPS Regione Marche

Complessivamente dunque si dispone di informazioni sul personale per il 71% del totale di interventi e strutture, mentre non si dispone di informazioni sul personale per il 29% del totale di interventi e strutture. Tuttavia occorre sottolineare che gli occupati all'interno degli interventi e strutture non coperti totalizzano un'incidenza percentuale sul totale dell'occupazione sicuramente molto inferiore, dal momento che si tratta in genere di interventi e strutture gestiti con poco personale.

Con riferimento al contesto sopra descritto, la stima è stata effettuata attraverso le fonti elencate in precedenza; i dati fanno riferimento all'occupazione nei servizi sociali e alle professioni sociali al 31/12/2005. Osservando la **tabella 3.13** si osserva come nelle prime tre colonne siano riportati i dati del personale da tutti gli enti al netto del personale dell'ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale). Analizzando questi dati emerge complessivamente un numero di occupati intorno alle 11.500 unità: di queste circa il 71% (pari a 8.137 unità) operano in organizzazioni di natura privata, mentre il rimanente 29% è impiegato presso istituzioni pubbliche. Come per la stima settoriale dunque si riconferma all'interno del sistema dei servizi sociali un ruolo di primo piano per il settore privato (e come si vedrà in seguito non profit).

Considerando anche l'ASUR unicamente per quanto riguarda le professioni sociali, il totale degli occupati sale a 12.846 unità.

Tabella 3.13 – Una stima dell'occupazione per qualifiche nella regione Marche (Dati riferiti al 31/12/2005 sul 71% dei servizi)

PROFESSIONI	PERSONALE CONTRATTUALIZZATO			ASUR	TOTALE	
	PUBBLICO	PRIVATO	TOTALE			
DIRIGENTI – AMMINISTRATORI	204	322	526		526	
IMPIEGATI	641	366	1007		1007	
	Sociologi	15	24	39	43	82
	Assistenti sociali	218	58	276	185	461
	Area educatori	817	2280	3097		3097
PROFESSIONI SOCIALI	Operatori socio-sanitari (OSS)	215	170	385	933	1318
	Altri addetti ai servizi di assistenza alla persona	451	1773	2224	169	2393
	Altro	252	408	660		660
	Medici	15	58	73		73
PROFESSIONI SANITARIE	Psicologi	21	123	144		144
	Infermieri	115	216	331		331
	Terapisti	30	157	187		187
ALTRE PROFESSIONI	Addetti ai servizi generali	385	953	1338		3669
	Operai	0	1229	1229		1229
TOTALE		3381	8137	11518	1330	12846

Fonte: nostra elaborazione su dati SIS Regione Marche

Entrando nel dettaglio dei vari enti gestori dei servizi è possibile chiarire ulteriormente i pesi dei comparti in termini di occupazione all'interno del sistema dei servizi sociali. Considerando il settore pubblico si osserva il profilo professionale più diffuso fra le professioni sociali sia quello compreso nell'area Educatori, seguito dagli Altri addetti ai servizi di assistenza alla persona, dall'Assistente sociale, dall'Operatore socio-sanitario e dall'Animatore. Fra gli altri profili considerati gli Impiegati e gli Addetti ai servizi generali rappresentano una parte considerevole del totale degli occupati.

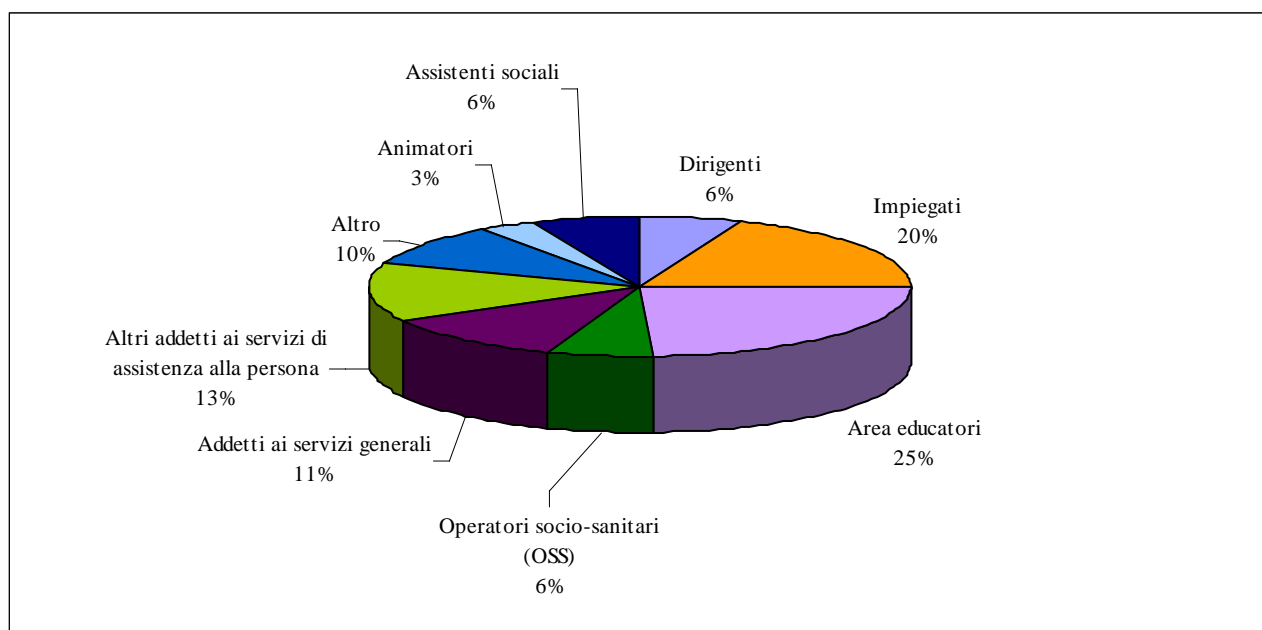
Tabella 3.14 – Le professioni sociali nel settore pubblico

PROFESSIONI	PUBBLICO						
	COMUNE		ALTRI ENTI PUBBLICI - STRUTTURE RESIDENZIALI		TOTALE		
	N	%	N	%	N	%	
DIRIGENTI - AMMINISTRATORI	161	6,1	43	5,7	204	6,0	
IMPIEGATI	561	21,3	80	10,6	641	19,0	
	Sociologi	13	0,5	2	0,3	15	0,4
	Assistenti sociali	209	7,9	10	1,3	219	6,5
	Area educatori	809	30,8	9	1,2	818	24,2
	Animatori	102	3,9	14	1,9	116	3,4
PROFESSIONI SOCIALI	Operatori socio-sanitari (OSS)	89	3,4	126	16,8	215	6,4
	Altri addetti ai servizi di assistenza alla persona	258	9,8	193	25,7	451	13,3
	Altro	101	3,8	35	4,7	136	4,0
	Medici	3	0,1	12	1,6	15	0,4
PROFESSIONI SANITARIE	Psicologi	14	0,5	7	0,9	21	0,6
	Infermieri	33	1,3	82	10,9	115	3,4
	Terapisti	13	0,5	17	2,3	30	0,9
ALTRE PROFESSIONI	Addetti ai servizi generali	263	10,0	122	16,2	385	11,4
TOTALE		2629	100,0	752	100,0	3381	100,0

Fonte: nostra elaborazione su dati SIS Regione Marche

Nella figura sono riportati i dati percentuali relativi al comparto pubblico.

Figura 3.1 – Le professioni sociali nel settore pubblico (%)



Per quanto riguarda il settore privato, i dati mostrano innanzitutto come siano le cooperative sociali gli attori principali del sistema: in queste organizzazioni lavora infatti circa il 77% degli occupati totali, pari a 6.245 unità. Anche in questo caso trova dunque conferma quanto evidenziato nell'analisi settoriale. Considerando i profili professionali sociali, emerge come anche nel complesso del settore privato gli Educatori siano la maggioranza, seguiti dagli Altri addetti ai servizi alla persona.

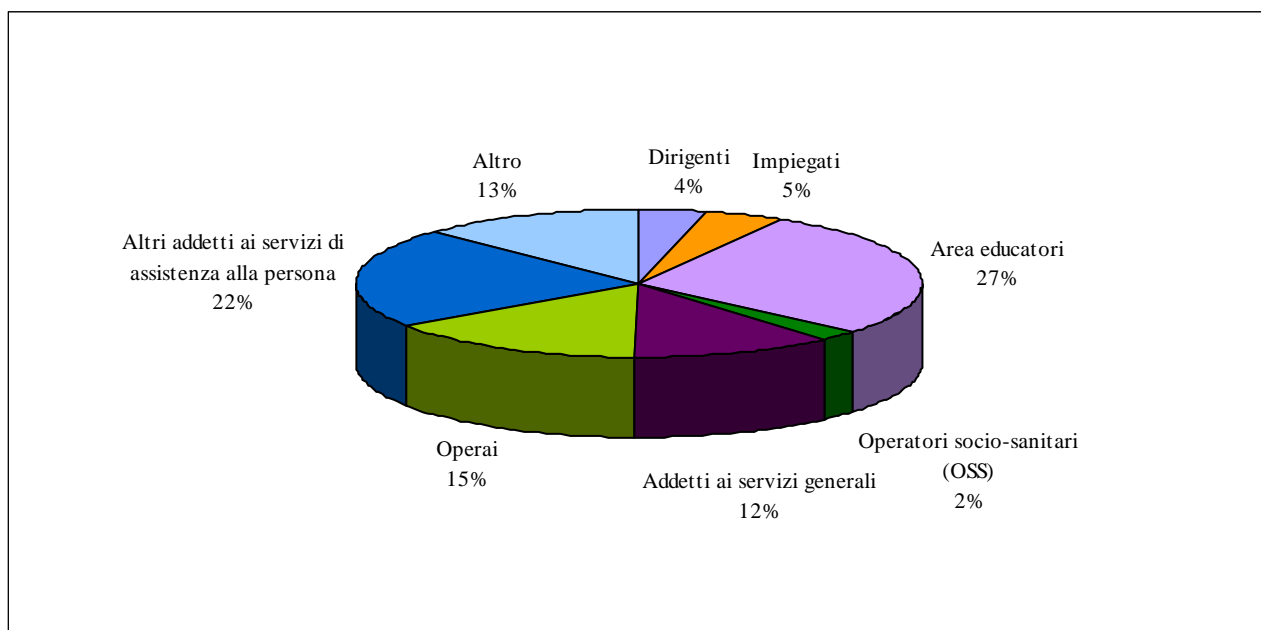
Tabella 3.15 – Le professioni sociali nel settore privato

PROFESSIONI	PRIVATO					
	COOPERATIVE		ALTRI SOGGETTI PRIVATI		TOTALE	
	N	%	N	%	N	%
DIRIGENTI – AMMINISTRATORI	226	3,6	96	5,1	322	4,0
IMPIEGATI	279	4,5	88	4,7	367	4,5
Sociologi	18	0,3	6	0,3	24	0,3
Assistenti sociali	36	0,6	22	1,2	58	0,7
Area educatori	1750	28,0	529	28,0	2279	28,0
Animatori	126	2,0	30	1,6	156	1,9
PROFESSIONI SOCIALI						
Operatori socio-sanitari (OSS)	0	0,0	170	9,0	170	2,1
Altri addetti ai servizi di assistenza alla persona	1527	24,5	246	13,0	1773	21,8
Altro	181	2,9	71	3,8	252	3,1
Medici	8	0,1	50	2,6	58	0,7
PROFESSIONI SANITARIE						
Psicologi	77	1,2	46	2,4	123	1,5
Infermieri	90	1,4	126	6,7	216	2,7
Terapisti	118	1,9	40	2,1	158	1,9
ALTRE PROFESSIONI						
Addetti ai servizi generali	580	9,3	372	19,7	952	11,7
Operai	1229		0		1229	15,1
TOTALE	6245	100,0	1892	100,0	8137	100,0

Fonte: nostra elaborazione su dati SIS Regione Marche

Nella figura che segue sono riportati i dati percentuali relativi al comparto privato.

Figura 3.2 – Le professioni sociali nel settore privato



Considerando infine il personale dell'ASUR, si osserva una netta prevalenza di Operatori socio-sanitari, dato dovuto al fatto che nel comparto sanitario sono state considerate le strutture sanitarie a rilevanza sociale, strutture in cui è fondamentale la presenza di figure professionali che operino in integrazione fra attività più strettamente sanitarie e sociali. Le altre figure professionali presenti sono gli Assistenti sociali e gli Altri addetti ai servizi di assistenza alla persona.

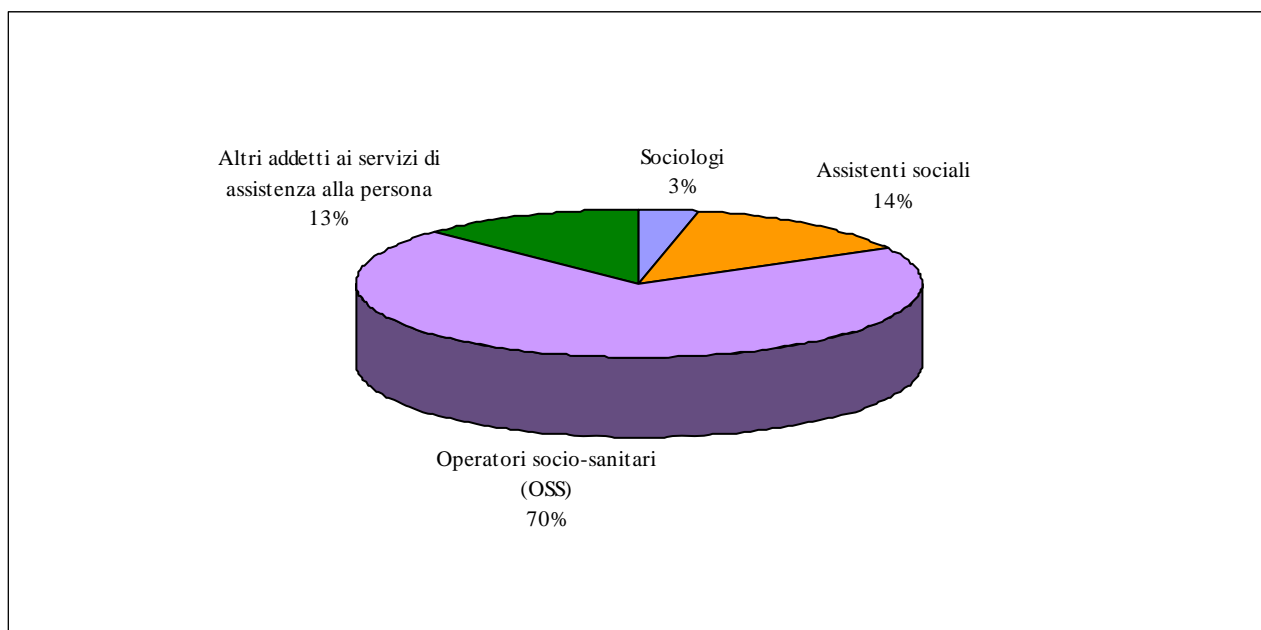
Tabella 3.16 – Le professioni sociali nel comparto sanitario

PROFESSIONI	ASUR
Sociologi	43
Assistenti sociali	185
Operatori socio-sanitari (OSS)	933
Altri addetti ai servizi di assistenza alla persona	169
TOTALE	1330

Fonte: nostra elaborazione su dati SIS Regione Marche

Nella figura che segue sono riportati i dati percentuali relativi al personale del comparto sanitario.

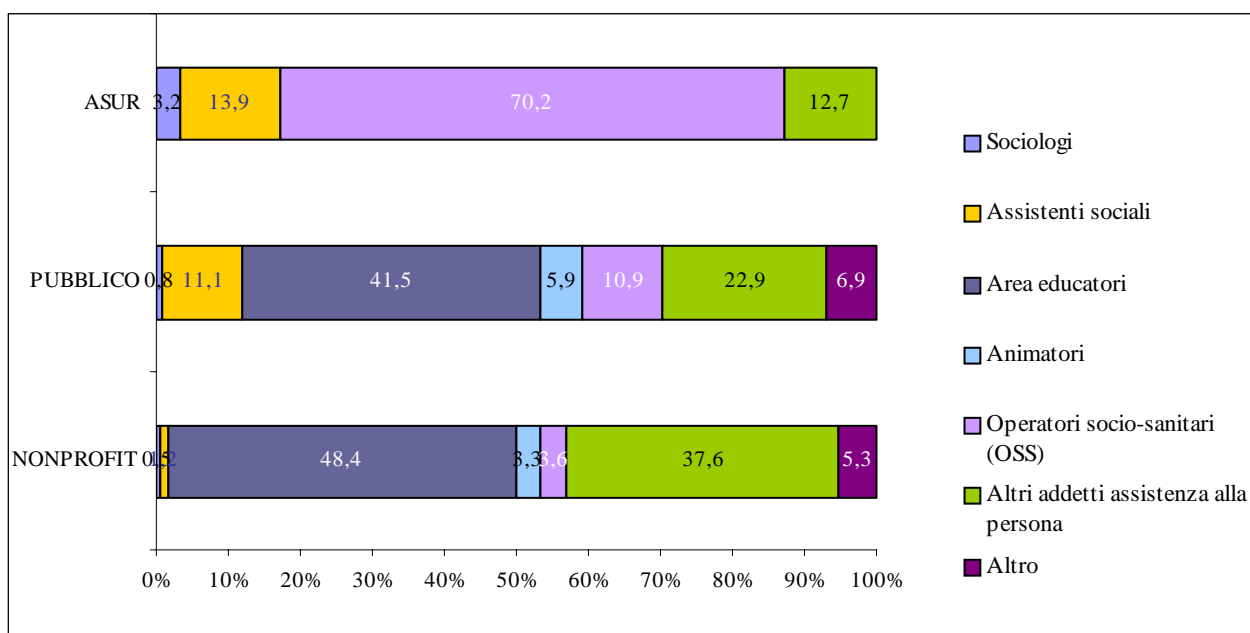
Figura 3.3 – Le professioni sociali nel comparto sanitario (%)



A conclusione di questa panoramica sulle professioni sociali nelle Marche, è possibile comparare la presenza delle diverse professioni nelle diverse istituzioni coinvolte.¹⁹

Il grafico evidenzia come fra il personale impiegato nell'ASUR vi sia una netta preponderanza di OSS: l'azienda sanitaria infatti gestisce strutture in cui il personale socio-sanitario è fondamentale. La presenza di assistenti sociali è più elevata nel pubblico rispetto al privato, lo stesso vale anche per i sociologi. Nelle istituzioni private sono invece prevalenti gli educatori e gli altri addetti all'assistenza alla persona, minore è la presenza di animatori e do OSS.

Figura 3.4 – Una comparazione dei diversi profili sociali presenti nelle istituzioni marchigiane



¹⁹ Le percentuali riportate nel grafico fanno riferimento soltanto alle professioni sociali e non al totale di tutti gli operatori

3.3 Una valutazione d'insieme dell'occupazione nei servizi sociali

L'analisi di questo capitolo ha consentito di individuare le dimensioni complessive dell'occupazione nei servizi sociali nelle Marche. Sul piano metodologico, emergono le difficoltà di costruire un quadro d'insieme sia quantitativo, sul numero di addetti, che qualitativo, sul tipo di competenze, professioni e qualifiche. Sono disponibili soltanto informazioni frammentate, provenienti da fonti statistiche differenti e non omogenee, disorganiche e spesso non aggiornate. Tali evidenze, già segnalate dal Rapporto sull'occupazione nei servizi sociali a scala nazionale (Lunaria, 2009), si confermano anche per l'analisi a livello della Regione Marche. E' del tutto evidente che per la programmazione e valutazione delle politiche sociali regionali, per la gestione e formazione del personale nel campo dei servizi sociali, una tempestiva e completa documentazione degli occupati e delle loro qualifiche sarebbe essenziale.

I diversi approcci seguiti in questa analisi dell'occupazione nei servizi sociali nelle Marche hanno condotto a risultati convergenti tra le fonti di tipo nazionale (diverse indagini Istat e Ragioneria Generale dello Stato) e i dati prodotti dalla Regione Marche.

Le dimensioni complessive dell'occupazione sono intorno alle 13 mila unità. La composizione per genere mostra una forte prevalenza dell'occupazione femminile (oltre due terzi). Se consideriamo la natura pubblica o privata dei soggetti che forniscono servizi sociali, troviamo che due terzi degli occupati lavorano in organizzazioni di terzo settore (6200 nelle sole cooperative sociali), mentre i dipendenti pubblici hanno un peso limitato, con 3500 addetti; le imprese private mantengono un ruolo del tutto marginale (circa 900 addetti). Entrambe queste caratteristiche sono coerenti con il quadro quantitativo emerso dagli studi sull'occupazione nei servizi sociali a scala nazionale (Lunaria, 2009).

Pur con tutte le cautele del caso, è possibile confrontare il rapporto tra occupati nei servizi sociali e popolazione a livello nazionale e quello che emerge per la Regione Marche. Nel primo caso lo studio effettuato (Lunaria, 2009) aveva rilevato un totale di 617 mila addetti ai servizi sociali, pari a circa un addetto ogni cento abitanti del Paese. Nella Regione Marche i 13 mila occupati rilevati utilizzando la stessa metodologia rappresentano un valore di 0,9 addetti ai servizi sociali ogni cento abitanti della Regione, un dato in linea – appena lievemente inferiore – a quello nazionale. L'allineamento delle Marche alla media nazionale, già segnalato nei capitoli precedenti per quanto riguarda spesa e offerta di servizi, viene ulteriormente confermato.

Sulla qualità dell'occupazione nei servizi sociali non sono disponibili informazioni sistematiche. Le figure professionali più frequenti gli educatori (oltre 3000), gli addetti all'assistenza alla persona (2400), gli operatori socio-sanitari (1300) concentrati questi ultimi nelle strutture gestite dall'ASUR. Gli assistenti sociali (460) sono presenti soprattutto nell'impiego pubblico e, insieme ad alcune altre professioni (ad esempio gli psicologi), rappresentano le figure con maggiore qualificazione.

L'assenza di dati sistematici su qualifiche e professioni rende particolarmente difficile la programmazione dei servizi, della formazione e dei percorsi di carriera del personale. Un contributo conoscitivo importante in questa direzione avviene con il lavoro svolto in questa ricerca sugli otto casi di ATS.

L'area di intervento prevalente in cui sono impegnati gli addetti al settore è quella dell'assistenza sociale non residenziale (due terzi degli addetti complessivi). In termini di contratti di lavoro, un elemento positivo che emerge da questa indagine preliminare è che, all'interno delle cooperative sociali, la quota di personale con contratti di collaborazione o interinali è

relativamente bassa (meno del 10% del totale), anche se compensata da un vasto ricorso al lavoro part-time.

Una serie di approfondimenti sulla quantità e qualità dell'occupazione nei servizi sociali delle Marche è presentata nel capitolo 7 del rapporto.

4 I fabbisogni informativi per le professioni sociali

In questo capitolo viene affrontato il tema dei fabbisogni informativi per il monitoraggio dell'occupazione nei servizi sociali e delle professioni sociali, un tema particolarmente sentito nelle recenti iniziative promosse dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, dagli organismi di coordinamento delle Regioni oltre che da numerose Regioni.²⁰

I problemi legati ai fabbisogni informativi sono particolarmente complessi per la presenza di istituzioni sia del settore pubblico che del terzo settore, in particolare cooperative sociali, ma anche a causa di percorsi formativi diversificati, della moltiplicazione delle normative, di un sistema professionale connotato da molteplici fragilità e di un mercato del lavoro frantumato nei diversi contesti regionali e territoriali.

L'analisi considera diversi aspetti, complementari fra loro: il percorso seguito indaga il panorama delle rilevazioni statistiche ufficiali, alcuni sistemi informativi sociali regionali, i flussi amministrativi, e individua un set minimo di indicatori necessari per monitorare alcuni caratteri strutturali dell'occupazione. La scelta di seguire questo filo logico è legata da un lato alla necessità di costruire un quadro dell'esistente che possa servire da lezione per gli sviluppi futuri, dall'altro all'individuazione di opportune modalità operative per la costruzione del sistema informativo sociale.

4.1 Le rilevazioni statistiche ufficiali

Di fronte all'obiettivo dichiarato di rispondere in modo efficace ai bisogni sociali e alla crescente complessità degli stessi, la disponibilità di dati e informazioni puntuali e tempestive rappresenta un punto cruciale in un'ottica di programmazione, monitoraggio e valutazione delle politiche sociali. Una prima considerazione sulla disponibilità di dati riprende quelle svolte nel capitolo 3, in cui si è fornito un quadro delle dimensioni dell'occupazione nei servizi sociali a livello settoriale: delineare dimensioni, forme e modelli organizzativi del lavoro nel settore dei servizi sociali in Italia non è un compito semplice. Le rilevazioni statistiche ufficiali forniscono un quadro completo dal punto di vista dell'offerta assistenziale ma carente da quello dell'occupazione e delle professioni.

Le risposte della statistica ufficiale a questa esigenza offrono una base comune da cui partire sia per quanto riguarda le metodologie di raccolta dei dati che la costruzione di linguaggi comuni fra i diversi attori coinvolti, istituzionali e non, che operano a livello centrale e territoriale. Partendo dall'analisi delle rilevazioni statistiche periodiche inerenti il settore dei servizi sociali previste nel Programma Statistico Nazionale e condotte dall'ISTAT è possibile costruire un quadro delle informazioni disponibili, di quelle mancanti e di una possibile strategia di integrazione dei flussi per provvedere alle lacune informative in modo efficiente e valorizzando le esperienze in merito.

Le indagini oggetto di analisi sono:

- Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati
- Rilevazione sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari
- Rilevazione delle cooperative sociali
- Rilevazione delle organizzazioni di volontariato

²⁰ Si vedano Marano A. 2009, Castegnaro C. 2010, Casadei S. e Franceschetti M. (a cura di) 2010, Formez 2009, e i progetti di ricerca avviati dal Ministero con il coordinamento della Regione Veneto

Gli aspetti presi in esame riguardano la metodologia e periodicità di raccolta dei dati, l'universo di riferimento, l'oggetto della rilevazione, le informazioni raccolte, i limiti e le potenzialità della rilevazione.

L'obiettivo è quello di valutare una ipotesi di monitoraggio integrato delle figure professionali, individuando le azioni e le condizioni necessarie a tal fine.

4.1.1 L'indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati

L'indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati raccoglie informazioni sulle politiche di Welfare gestite a livello locale ed è il più importante e completo flusso informativo sull'offerta di servizi sociali. Essa è una rilevazione totale che censisce i Comuni singoli e associati in quanto fornitori dei servizi sociali e la corrispondente spesa sostenuta. I dati vengono raccolti per ogni tipo di servizio e per fascia di utenza, a partire dall'anno di riferimento 2003. La rilevazione dei dati è a cadenza annuale e viene condotta in collaborazione con diversi soggetti istituzionali: la Ragioneria Generale dello Stato (RGS), quindi con il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, il Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico (Cisis). Le Regioni che partecipano al progetto raccolgono autonomamente i dati sul proprio territorio attraverso i propri uffici regionali di statistica, mentre in tutte le altre Regioni i dati vengono acquisiti dall'ISTAT per via telematica, attraverso un questionario elettronico accessibile via Internet da tutti i Comuni e gli Enti Associativi tra Comuni. La rilevazione dei dati prevede la compilazione di un questionario da parte di ciascuna unità di rilevazione. A questa fase partecipano gli Uffici di statistica delle Regioni e della Provincia Autonoma di Trento. Alcune Regioni partecipanti (Friuli - Venezia Giulia, Toscana, Sardegna e la Provincia Autonoma di Trento), curano la rilevazione avvalendosi della piattaforma on-line sviluppata e gestita in collaborazione fra Istat e Consip, altre Regioni (Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia - Romagna, Marche) utilizzano un proprio modello di rilevazione, nel quale i quesiti presenti sul modello nazionale sono integrati con domande aggiuntive di specifico interesse locale. In particolare dopo un'intensa collaborazione fra l'ISTAT e le istituzioni coinvolte, fra cui appunto le Regioni, è stato possibile pervenire a una classificazione dei servizi e degli interventi uniforme a livello nazionale e coerente con il livello europeo, sulla cui base è stato costruito il questionario. Le informazioni sono state articolate nelle sette aree di utenza dei servizi:

- a) Famiglia e minori
- b) Disabili
- c) Dipendenze
- d) Anziani
- e) Immigrati e nomadi
- f) Povertà e senza fissa dimora
- g) Multiutenza

Per ogni area di utenza gli interventi e servizi sono articolati in tre categorie:

- a) Interventi e servizi territoriali
- b) Interventi e servizi in strutture
- c) Trasferimenti in denaro

Per garantire l'omogeneità nei contenuti e nei livelli di qualità dei dati, sono stati definiti e concordati fra i vari enti partecipanti alcuni criteri generali che riguardano il questionario e il materiale di accompagnamento (guida alla compilazione e glossario), le regole per la gestione

dell'indagine (universo di riferimento, gestione dell'archivio di riferimento per i collegamenti fra comuni ed enti associativi, codici identificativi degli Enti, ecc.), le linee guida per la compilazione dei questionari, il tracciato record, in cui i quesiti del questionario e i dati raccolti sono espressi sotto forma di variabili, il tipo di file da inviare all'ISTAT con i dati registrati, il piano di registrazione, in cui si indica, per ogni variabile, la posizione nel "record" e alcune specificazioni,

I controlli sulla qualità dei dati e le procedure di revisione automatica vengono definiti ed eseguiti dall'ISTAT, che fornisce a ciascuna Regione partecipante un elenco di verifiche da effettuare presso i rispondenti. Per il dominio territoriale delle Regioni non partecipanti, l'ISTAT si avvale della collaborazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali nelle fasi di acquisizione dei dati (sollecito degli Enti non rispondenti a compilare il questionario on-line) e validazione dei risultati (verifiche presso i rispondenti in merito ad anomalie segnalate dall'ISTAT).

I fenomeni osservati riguardano la presenza di servizi di assistenza sociale nell'anno di riferimento, gli utenti serviti, la spesa impegnata da ciascun ente oggetto di rilevazione, l'ammontare delle partecipazioni a carico degli utenti dei servizi o del Sistema Sanitario Nazionale, la gestione della spesa (in forma diretta o esternalizzata), l'offerta pubblica di asili nido e servizi integrativi per la prima infanzia. L'universo di riferimento è costituito sia dai singoli Comuni italiani, sia dalle loro associazioni, quali consorzi, comprensori, unioni di comuni, oltre che da comunità montane, ambiti e distretti socio-sanitari/ASL, mentre l'unità di analisi sono gli interventi e i servizi sociali. Rispetto al 2003, primo anno dell'indagine, il questionario è stato adattato e modificato per rispondere alle esigenze informative emerse nel corso degli anni.²¹

Dopo diversi anni di attività è possibile tracciare un quadro dei risultati raggiunti e dei problemi. Innanzitutto occorre sottolineare come l'indagine abbia rappresentato un importante passo in avanti nella disponibilità di informazioni sull'offerta di assistenza sociale nei diversi territori, a fronte di una situazione precedente caratterizzata da elevata frammentarietà ed eterogeneità. Anche la scelta di coinvolgimento dei diversi attori è indubbiamente un punto di forza dell'indagine, e attraverso questo processo è stato possibile dare vita a un sistema di classificazione comune e condiviso. Tuttavia a questi aspetti positivi si affiancano delle criticità, fra cui le più evidenti a nostro avviso sono tre.

La prima riguarda la tempestività con cui le informazioni raccolte vengono divulgate: i dati sono disponibili diversi anni dopo l'anno di riferimento (gli ultimi dati disponibili sono relativi all'anno 2006) e questo crea una sfasatura che si traduce in un utilizzo limitato di queste preziose informazioni ai fini della programmazione e gestione degli interventi sociali.

La seconda evidente criticità concerne le mancate risposte: nel 2006 l'universo di riferimento era composto da 8.833 Enti (di cui 8.101 Comuni e 732 Enti associativi), di cui 1.314 (circa il 15%) non hanno risposto all'indagine. Per prevenire le mancate risposte totali l'ISTAT ha attivato diverse iniziative, fra cui le garanzie sul rispetto del segreto statistico, la descrizione scritta degli obiettivi dell'indagine, l'attivazione di un numero verde o di un recapito telefonico cui potersi rivolgere per eventuali delucidazioni. Inoltre l'ISTAT sollecita i non rispondenti sia telefonicamente che attraverso solleciti postali. L'elevato numero di mancate risposte impedisce una disaggregazione dei dati a livello territoriale, che non vengono presentati a un livello inferiore a quello regionale.

²¹ A partire dall'anno di riferimento 2006, i contenuti informativi del questionario sono stati ampliati per raccogliere informazioni su servizi specifici per le persone senza fissa dimora e per rilevare le fonti di finanziamento delle spese indicate nel questionario

La terza criticità riguarda la carenza di informazioni sulla domanda a fronte di una base informativa molto ampia sull'offerta. Questa indagine non è la fonte adatta per rilevare la domanda e inoltre presenta delle difficoltà anche nella rilevazione dell'utenza.

Infine, e questo è il problema principale, per quanto riguarda il versante occupazione, l'indagine non fornisce alcun contenuto informativo: è evidente che sfruttando al meglio la capillarità e la metodologia ormai consolidata si potrebbero inserire contenuti aggiuntivi sul lavoro (e le professioni) che abbraccerebbero quindi non solo il comparto socio-assistenziale ma anche quello socio-sanitario in cui operano le Asl, senza ricorrere a un'ulteriore indagine.²²

4.1.2 La rilevazione sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari

La rilevazione sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari viene condotta annualmente a partire dal 1999. L'indagine, dopo alcuni anni di sospensione, è stata riavviata nel 2005 in collaborazione con il Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico (Cisis). L'indagine, che fino al 2007 riguardava unicamente le strutture residenziali socio-assistenziali, è stata riprogettata con la collaborazione degli esperti del Ministero della salute, del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e del Cisis - Gruppo di Lavoro Politiche Sociali, e a partire dal 2010 ha ampliato i contenuti informativi adeguandoli alle esigenze conoscitive legate al processo di integrazione socio-sanitaria. Attualmente rileva anche le strutture socio-sanitarie, cioè quel complesso di attività di assistenza rivolte alla persona che sono finalizzate al soddisfacimento sia di bisogni di natura sociale (legati al disagio e all'emarginazione) sia di bisogni sociali con rilevanza sanitaria (legati all'invecchiamento della popolazione e alla disabilità).

L'indagine rileva l'offerta di strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie e le tipologie di utenti in esse assistite. La nuova rilevazione (che fa riferimento all'anno 2009 ma di cui non sono ancora disponibili i dati) estende il campo di osservazione e aumenta il dettaglio delle informazioni raccolte, permettendo di documentare in maniera più puntuale sia l'utenza sia le risorse impegnate per questa forma di assistenza territoriale. In particolare la nuova indagine, che mantiene la sua cadenza annuale, rileva tutte le strutture che rientrano nella definizione di presidio residenziale socio-assistenziale e socio sanitario. In tali strutture trovano alloggio persone che si trovano in stato di bisogno per motivi diversi: anziani soli o con problemi di salute, disabili, minori sprovvisti di tutela, giovani donne in difficoltà, stranieri o cittadini italiani con problemi economici e in condizioni di disagio sociale. Altro elemento innovativo è rappresentato dalla tecnica di acquisizione dei dati che per la prima volta può essere fatta anche via web. La nuova indagine si inserisce nella più ampia prospettiva di riordino e integrazione delle statistiche sull'assistenza sociale di tipo assistenziale e sanitaria in Italia, nell'ambito del Sistema Statistico Nazionale. L'indagine è condotta dal Servizio sanità e assistenza della Direzione centrale per le statistiche e le indagini sulle istituzioni sociali dell'ISTAT.

L'universo di riferimento è costituito dall'insieme dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitario. Si definisce Presidio residenziale la struttura pubblica o privata che eroga servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno.²³

Per quanto riguarda la rilevazione dei dati, l'ISTAT ha concordato con le Regioni la seguente organizzazione della rilevazione:

²² Per ulteriori approfondimenti: <http://www.istat.it/sanita> e Milan G., L'esperienza di un flusso informativo nazionale, in Castegnaro C., *I sistemi informativi per il sociale*, i Quid N.8, Prospettive sociali e sanitarie, 2010

²³ Sono escluse dalla rilevazione le strutture residenziali che svolgono attività dedicate esclusivamente alla tossicodipendenza

1. Le Regioni Piemonte, Liguria, Emilia Romagna, Marche, Lazio e la Provincia autonoma di Bolzano raccolgono le informazioni richieste per tutti i Presidi di loro pertinenza tramite gli Uffici di statistica, garantendo la completezza e la qualità dei dati raccolti. Successivamente, tali Regioni provvedono a depositare i dati su un'area web protetta (<https://indata.istat.it/presa>) seguendo le indicazioni in essa disponibili.
2. Le Regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Abruzzo, Campania, Basilicata e la Provincia autonoma di Trento coordinano, attraverso gli Uffici di statistica, la rilevazione per i Presidi di loro competenza, garantendo la completezza e la qualità dei dati raccolti. Per la rilevazione dei dati le Regioni possono procedere in due modi: via web (preferibilmente) oppure con questionario cartaceo.²⁴
3. Nelle restanti Regioni l'ISTAT procede alla rilevazione diretta sui Presidi, invitandoli a compilare e rispedire il questionario cartaceo ricevuto, oppure a compilare il questionario elettronico.

Come per l'indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni anche in questo caso l'ISTAT ha messo a disposizione dei rispondenti un numero verde al quale ci si può rivolgere per avere o per fornire qualsiasi tipo di informazione.

Le informazioni sono raccolte tramite un questionario articolato in 7 sezioni: la prima riguarda il numero dei moduli attivi (il modulo è l'unità di servizio di un Presidio, identificata da una tipologia di assistenza per un determinato target di utenza), i dati anagrafici del presidio, del titolare e del gestore. La seconda e la terza sezione raccolgono le informazioni per singolo modulo, con esse si rilevano i dati sulla tipologia di assistenza erogata, i posti letto e gli ospiti assistiti (adulti, anziani e minori) per sesso ed età. La quarta sezione, rileva, per singolo modulo, dati ulteriori sui minori ospiti dei presidi: destinazione dopo la dimissione, la condizione di adattabilità, la provenienza e la durata della permanenza nella residenza. La quinta e la sesta sezione raccolgono informazioni che si riferiscono al presidio, in particolare rilevano il flusso degli ospiti e i dati economici. Infine, la settima sezione rileva i dati sul personale per qualifica professionale e percentuale di impiego nei singoli moduli. L'indagine sui presidi è attualmente l'unico flusso esistente sulle professioni sociali: in particolare l'indagine 2010 riferita all'anno 2009 utilizza una nuova classificazione delle professioni più articolata della precedente, che rileva non solo il personale impiegato nelle strutture ma anche la disaggregazione per genere e target di utenza e i volontari per qualifica. Essa rappresenta quindi il riferimento più aggiornato di cui tenere conto per gli sviluppi futuri degli altri flussi, che potranno fare riferimento per quanto riguarda le classificazioni adottate al modello proposto in questa indagine. Anche in questo caso tuttavia occorrerà migliorare la tempestività dei dati (a oggi sono resi disponibili sul sito ISTAT i dati relativi al 2006).

4.1.3 La Rilevazione delle cooperative sociali

La rilevazione delle cooperative sociali è una rilevazione totale che rientra nel programma di sviluppo delle statistiche sulle istituzioni nonprofit e rappresenta un altro importante tassello nel

²⁴ Per quanto riguarda la rilevazione via web, l'ufficio di statistica regionale, a partire dal 1° settembre 2010, invita i singoli presidi a compilare il questionario elettronico collegandosi all'indirizzo web <https://indata.istat.it/presa>, fornendo loro le Userid e le Password. Il sito web predisposto è protetto con protocollo SSL e garantisce l'autenticazione e la protezione dei dati trasmessi. Gli Uffici di statistica della Regione forniscono il supporto per la compilazione del questionario via web. Per quanto riguarda la rilevazione tramite questionario cartaceo, l'Ufficio di statistica della Regione invia i questionari e, successivamente, raccoglie i questionari compilati su cartaceo; controlla la coerenza delle informazioni inserite nei questionari cartacei; provvede alla registrazione dei dati contenuti nei questionari inviati su cartaceo, seguendo le indicazioni reperibili all'indirizzo <http://www.istat.it/servizi/rispondenti.html>, sollecita i non rispondenti; trasmette all'Istat i dati registrati, depositandoli sull'area web protetta <https://indata.istat.it/presa>, inserendo la Userid e la Password ricevuta dall'Istat e seguendo le indicazioni in essa riportate.

panorama delle rilevazioni statistiche ufficiali dell'area welfare. Si tratta di un'indagine biennale avviata nel 2001, il cui campo di osservazione è costituito dalle cooperative sociali iscritte ai registri delle regioni e delle province autonome all'anno di riferimento della rilevazione e che rispondono ai requisiti stabiliti dalla Legge 381/91. Allo stato attuale l'indagine è stata sospesa e gli ultimi dati disponibili fanno riferimento all'anno 2005.

Le cooperative sociali si distinguono in quattro tipologie:

- cooperative di tipo A, se svolgono attività finalizzate all'offerta di servizi socio-sanitari ed educativi;
- cooperative di tipo B, se svolgono attività finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate;
- cooperative a oggetto misto (A+B), se svolgono entrambe le tipologie di attività citate;
- consorzi sociali, cioè consorzi costituiti come società cooperative aventi la base sociale formata da cooperative sociali in misura non inferiore al settanta per cento.

I fenomeni osservati riguardano la natura e struttura delle cooperative sociali, le risorse umane e finanziarie, i servizi resi e gli utenti. In particolare la rilevazione consente di ottenere informazioni relative alla collocazione sul territorio nazionale, alla tipologia, all'anzianità, alla struttura organizzativa, alla dimensione (in termini di dipendenti e di entrate), al settore di attività e ai servizi offerti dalle cooperative sociali; vengono, inoltre, analizzati i soci, le risorse umane impiegate e i destinatari dei servizi offerti. La tecnica di indagine utilizzata è quella del questionario postale autocompilato.

Le variabili rilevate per quanto riguarda le risorse umane non riguardano nello specifico le professioni sociali: nella sezione dedicata alle risorse umane, infatti, non compaiono informazioni sulle professioni, tuttavia è possibile avere un dimensionamento dell'occupazione e alcune utili disaggregazioni. Le risorse umane vengono classificate in dipendenti (a tempo pieno e part time), collaboratori, lavoratori interinali, inoltre vengono censiti anche volontari, religiosi e volontari del servizio civile, tutti disaggregati per genere. Un'informazione che compare nel questionario riguarda la categoria professionale del personale impiegato, anche in questo caso per genere: dirigenti e professionisti, operatori e tecnici, amministrativi, altro.

Attualmente come già ricordato l'indagine è stata sospesa, con il risultato che un'importante componente del sistema dei servizi sociali risulta inesplorato. Questa indagine infatti ha delle potenzialità molto elevate per quanto riguarda l'occupazione nei servizi sociali e il monitoraggio delle professioni in quanto le cooperative rappresentano un attore fondamentale del sistema. Andando ad analizzare le stime relative all'occupazione nei servizi sociali presentate nel capitolo 3, in cui si applica la stessa metodologia impiegata nella ricerca commissionata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali a livello nazionale, emerge come nelle cooperative sociali sia impiegato circa due terzi del complesso degli addetti nei servizi sociali (Lunaria, 2009). Per questo motivo rinunciare a questa base informativa, che naturalmente andrebbe arricchita con ulteriori informazioni più attinenti le professioni sociali, implica una perdita di conoscenza molto rilevante per l'analisi sia del settore dei servizi sociali che dell'occupazione e delle professioni sociali.

4.1.4 La Rilevazione delle organizzazioni di volontariato

La rilevazione delle organizzazioni di volontariato è una rilevazione totale a cadenza biennale, e anch'essa attualmente risulta sospesa. Il campo di osservazione della rilevazione è costituito dalle organizzazioni di volontariato iscritte ai registri delle regioni e delle province autonome all'anno di riferimento della rilevazione e che rispondono ai requisiti stabiliti dalla

Legge 266/91. Le unità di rilevazione sono tutte le organizzazioni di volontariato presenti negli albi regionali e provinciali al 31 dicembre dell'anno di riferimento dell'indagine. La rilevazione si svolge tramite un questionario postale autocompilato che viene spedito tramite posta. La prima rilevazione delle organizzazioni di volontariato è stata realizzata nel 1997 con riferimento al 1995, mentre l'ultima disponibile risale al periodo 2004/2005 e fa riferimento all'anno 2003; a partire dall'ultima rilevazione l'indagine ha assunto periodicità quadriennale.

I fenomeni osservati riguardano la natura e struttura delle organizzazioni di volontariato, le risorse umane e finanziarie impiegate, i servizi resi e gli utenti serviti. Per quanto riguarda le risorse umane, esse sono raggruppate per tipologia: religiosi, volontari, collaboratori, volontari servizio civile, dipendenti (a tempo pieno e a part time) e per sesso.

Sebbene nella rilevazione delle organizzazioni di volontariato non siano presenti elementi che interessano direttamente il settore dei servizi sociali, occorre sottolineare come nel 2003 delle oltre 21 mila organizzazioni censite il 37,4% operasse nel settore dell'Assistenza sociale (pari a 7849 unità). Queste organizzazioni dunque risultano particolarmente attive nel nostro campo d'indagine e i servizi erogati rientrano a pieno titolo fra i servizi sociali, si pensi ai servizi di Accompagnamento e inserimento sociale, svolti dal 13% delle organizzazioni o all'assistenza domiciliare in cui è attivo l'11,8% delle organizzazioni. Inoltre sono quasi 7 milioni gli utenti che nel 2003 hanno beneficiato dei servizi erogati.

Con queste premesse il lavoro all'interno di queste organizzazioni assume un rilievo non trascurabile: le organizzazioni di volontariato iscritte ai registri regionali impiegano circa 12 mila dipendenti e 826 mila volontari. Rispetto al 1995, i dipendenti sono cresciuti del 77,0%, i volontari del 71,4%. Sebbene impieghino per la maggior parte volontari, pure un'analisi dei profili presenti nel comparto dei lavoratori potrebbe fornire un ulteriore elemento di analisi non solo sulle dimensioni dell'occupazione ma anche e soprattutto sul ruolo svolto all'interno del sistema.

4.2 I sistemi informativi sulle professioni sociali: alcuni casi regionali

4.2.1 Il caso dell'Emilia-Romagna

A seguito di alcune sperimentazioni effettuate a partire dalla metà degli anni 90 e in attuazione dell'art. 21 della legge 328/2000, la regione Emilia-Romagna ha istituito il Sistema Informativo dei Servizi Sociali con la L.R.2/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali". La legge all'art. 28 finalizza il sistema informativo alla raccolta di dati relativi allo stato dei servizi (offerta) ed all'analisi dei bisogni (domanda) funzionali *"alla programmazione delle politiche sociali, ad un corretto utilizzo delle risorse, nonché alla promozione ed attivazione di progetti europei ed al coordinamento con le strutture sanitarie e formative e con le politiche del lavoro e dell'occupazione"*.²⁵

Il Sistema informativo delle politiche sociali regionali, realizzato dalla regione in collaborazione con le province e con l'ISTAT, risulta attualmente alimentato da una pluralità di flussi informativi che rilevano dati sui presidi e i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari della regione e i rispettivi enti titolari e gestori (gestione anagrafiche e rilevazioni annuali); la spesa sostenuta dai Comuni per gli interventi sociali e socio-sanitari e l'utenza assistita; le organizzazioni di terzo settore, sia con rilevazioni periodiche su Cooperative sociali,

²⁵ Un approfondimento sul Sistema Informativo socio-assistenziale della regione Emilia Romagna è offerto in Lama M., Regione Emilia Romagna, in Castegnaro C., *I sistemi informativi per il sociale*, i Quid N.8, Prospettive sociali e sanitarie, 2010.

Organizzazioni di Volontariato e Associazioni di Promozione sociale che attraverso la gestione di una banca dati sui registri di iscrizione regionali.

Dati e informazioni relativi al personale che opera nell'area sociale sono resi disponibili grazie a tre sistemi informativi principali: la Banca dati dei presidi e dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari e degli enti titolari e gestori (gestione anagrafiche e rilevazioni annuali); il Sisam, una banca dati che rileva annualmente dati sui servizi sociali della regione su infanzia e adolescenza; lo SPIER, il Sistema Informativo Servizi per la prima infanzia.

Tra le indagini periodiche relative alle organizzazioni di terzo settore, la rilevazione effettuata sulle cooperative sociali rileva le unità di personale presenti, il genere, la tipologia di rapporto di lavoro intrattenuto con l'organizzazione e la professione.

La rilevazione sui presidi socio-assistenziali costituisce la fonte di analisi più significativa in relazione al tema del presente lavoro. La regione Emilia-Romagna cura autonomamente l'indagine utilizzando apposite schede di rilevazione relative alle diverse aree di utenza/intervento: anziani, disabili, assistenza domiciliare del comune, minori, immigrati, multiutenza e adulti in difficoltà. Le schede sono suddivise in 4 sezioni che raccolgono informazioni sul presidio, sul personale, sull'utenza e i dati economici sulle entrate e sulle uscite; una sezione dedicata rileva nel dettaglio le singole prestazioni erogate.

La sezione dedicata al monitoraggio del personale impiegato nei presidi prevede una classificazione delle professioni molto più dettagliata rispetto a quella proposta dall'Istat a livello nazionale. In particolare per quanto riguarda le professioni sociali propriamente dette, la classificazione adottata dalla regione Emilia-Romagna prevede la figura del mediatore culturale, quella del responsabile di attività socio-assistenziali e quella dell'operatore socio-sanitario (assenti nella classificazione della scheda di rilevazione elaborata dall'ISTAT a livello nazionale) e articola maggiormente le figure di educatore e di animatore in funzione della qualifica professionale o del titolo di studio perseguiti. Un maggior livello di dettaglio, rispetto alla scheda predisposta dall'Istat per l'indagine nazionale, caratterizza anche la classificazione delle professioni sanitarie e socio-sanitarie.

Tabella 4.1 – Confronto fra la Classificazione delle professioni utilizzata da ISTAT ed Emilia Romagna nella rilevazione statistica sui presidi residenziali e socio-assistenziali

ISTAT	EMILIA ROMAGNA
Direttori e amministratori (compreso il coordinatore)	A.01 - coordinatore responsabile della struttura
Impiegati (segretari, ragionieri, ecc.)	A.02 – sociologi
Medici	A.03 -assistenti sociali
Psicologi	A.04 –pedagogisti
Sociologi	A.05 –psicologi
Assistenti sociali	A.06 - figure genitoriali in comunità familiari
Insegnanti e altri addetti alla formazione	E.01 - responsabili attività assistenziali (R.A.A.)
Educatori e pedagogisti	E.02 - operatori socio-sanitari (O.S.S.)
Animatori	E.03 - addetti all'assistenza (A.d.B. con attestato regionale)
Infermieri	E.04 - addetti all'assistenza (A.d.B. senza attestato regionale)
Fisioterapisti	E.05 -altri addetti all'assistenza (OTA, OSA ..)
Logopedisti e altri addetti alla riabilitazione	I.01 - educatori professionali (diploma laurea Fac.Pedagogia/Scienze della Formazione)
Addetti ai servizi di assistenza alla persona	I.02 - educatori professionali (diploma laurea Fac.Medicina e Chirurgia ex DM Sanità 520/98)
Addetti ai servizi generali (cucina, lavanderia, ecc.)	I.03 -educatori professionali (con attest. regional.)
Obiettori e servizio civile	I.04 - educatori senza attest. regionale/diploma specifico
Altro(3)	I.05 -insegnanti ed altri addetti alla formazione
(specificare _____)	I.06 - animatori sociali (con attestato regionale)
	I.07 - animatori (senza attestato regionale)
	I.08 - mediatori culturali / operatori interculturali
	O.01- neuropsichiatri
	O.03 – logopedisti
	O.04 - infermieri (diploma laurea Fac. Medicina e Chirurgia ex DM Sanità 739/94 o equipollente)
	O.05 - infermieri generici
	O.06 -assistenti sanitari
	O.07 - fisioterapisti (diploma laurea Fac. Medicina e Chirurgia ex DM Sanità 741/94 o equipollente)
	O.08 - massofisioterapisti (con attestato/diploma rilasciato ai sensi della L. 403/1971)
	O.09 -altri operatori della riabilitazione
	O.10 –podologi
	O.12 - terapisti della riabilitazione psichiatrica
	O.13 - medici di medicina generale
	O.14 - medici specialisti
	S.01 - personale direttivo
	S.02 - personale amministrativo
	S.03 - addetti ai servizi generali (cucina, lavanderia, pulizie)
	S.04 - addetti alla manutenzione
	S.05 - addetti alla vigilanza
	S.06 –autisti
	U.02 -operatori servizio civile
	U.03 -altro (compresi volontari con più mansioni)

Oltre al numero di operatori impiegati in ciascun presidio, vengono raccolte informazioni sul numero di ore settimanali lavorate e sul numero di addetti equivalenti (Per addetti equivalenti si intende il rapporto fra il totale ore settimanali per tutti gli addetti di ogni tipologia di personale e 36, assumendo che ogni addetto lavori in media 36 ore a settimana). Viene inoltre richiesto di specificare il numero di operatori stranieri, di cui viene rilevata la nazionalità.

Anche la classificazione adottata per censire la natura giuridica degli enti titolari e degli enti gestori dei presidi è più dettagliata rispetto a quella proposta dall'ISTAT a livello nazionale.

Tabella 4.2 – Confronto fra la Classificazione della natura giuridica ente titolare del presidio utilizzata da ISTAT ed Emilia Romagna nella rilevazione statistica sui presidi residenziali e socio-assistenziali

ISTAT	EMILIA ROMAGNA
Comune	00 Comune
Consorzio/Associazione di comuni	01 Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.)
Provincia	02 Comunità montana
Regione	03 Consorzio/Associazione di comuni
Comunità montana	04 Provincia
Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.)	05 I.P.A.B.
I.P.A.B.	06 Altro Ente pubblico
Altro Ente pubblico	07 Ente religioso (L. 222/85)
Associazione	08 Società privata
Ente religioso (L. 222/85)	09 Associazione art. 12 c.c.(con pers. Giuridica)
Fondazione	10 Associazione art. 36 c.c. (senza pers. Giuridica)
Cooperativa	11 Cooperativa
Cooperativa sociale (L. 381/91)	12 Altra impresa privata
Altra impresa privata	13 Asl con associazione di Comuni
	14 Fondazione
	15 Cooperativa sociale (L.381/91)
	16 Associazioni di volontariato iscritte all'albo regionale
	17 Sindacati
	18 Società privata con partecipazione pubblica
	19 Azienda di servizi alla persona
	20 ATI (Associazione Temporanea d'Impresa)

I risultati della rilevazione vengono diffusi on line e attraverso pubblicazioni periodiche.²⁶

Il Sisam

Il Sisam è una banca dati che alimenta l'Osservatorio regionale sull'infanzia e l'adolescenza; raccoglie informazioni sui minori assistiti dai servizi sociali territoriali, sui loro nuclei familiari, sugli interventi di cui sono destinatari e sulle risorse umane ed economiche che vengono attivate per garantirli. La finalità del sistema è sia di tipo gestionale che informativo: ha infatti l'obiettivo di supportare la programmazione, il coordinamento e il monitoraggio degli interventi sui minori e allo stesso tempo è progettato in modo tale da poter fornire dati omogenei ai diversi livelli territoriali: comunale, di zona, provinciale, regionale e nazionale. Attivato dal 2000, dal 2007 è stato sviluppato su web. Le unità di rilevazione sono i singoli servizi sociali territoriali: attualmente il Sisam copre il 95% dei servizi e l'85% dei minori assistiti. I servizi che non aderiscono al sistema sono comunque tenuti ad inviare alla regione annualmente i dati che sono oggetto di rilevazione del Sisam. In relazione all'argomento che qui interessa, il sistema raccoglie informazioni sugli operatori, sulle equipe e sulle strutture preposte all'accoglienza dei bambini e

²⁶ Gli ultimi dati disponibili sono consultabili in Regione Emilia Romagna, Sistema Informativo delle Politiche Sociali, *Presidi e servizi socio-assistenziali e socio-sanitari in Emilia Romagna*, Dati al 31 Dicembre 2006 disponibile sul sito EmiliaRomagnaSociale.it

degli adolescenti. Nel caso degli adolescenti il sistema è integrato con la banca dati dei presidi socio-assistenziali. Il SISAM viene aggiornato annualmente grazie allo svolgimento di una rilevazione. Uno degli aspetti più interessanti del Sisam è relativo al processo di costruzione e di implementazione: l'istituzione di un tavolo regionale di referenti territoriali, ha consentito di coinvolgere questi nell'elaborazione, nell'affinamento e nella alimentazione del sistema.

Lo Spier

Completa il quadro dei servizi informativi che raccolgono informazioni sul personale che opera in ambito sociale il Sistema Informativo Servizi per la Prima Infanzia (Spier). Si tratta di un sistema informativo che raccoglie i dati relativi a nidi d'infanzia, micro-nidi, sezioni di nido aggregate a scuole dell'infanzia o ad altri servizi educativi/scolastici, spazi bambino e centri per bambini e genitori consentendo sia la gestione delle anagrafi dei servizi e degli enti titolari/gestori, sia delle rilevazioni statistiche annuali. Queste ultime raccolgono informazioni sulla struttura, il funzionamento e l'utenza dei singoli servizi; sulla tipologia e l'impegno orario del personale impiegato e sui dati economici (entrate e uscite). Per ciascun comune vengono invece rilevati il numero di domande presentate, le liste di attesa, la spesa sostenuta e le risorse impiegate.²⁷

Il Sistema Informativo Terzo Settore (Teseo)

Nel 2008 la regione ha terminato la realizzazione del nuovo sistema applicativo Teseo che è destinato a raccogliere dati e informazioni sulle cooperative sociali, le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale. Il sistema informativo prevede la gestione integrata dei registri di iscrizione provinciali e regionale e delle rilevazioni statistiche periodiche. Nel 2009 sono state effettuate le rilevazioni sulle cooperative sociali e le organizzazioni di volontariato. I risultati di tali rilevazioni non sono ancora disponibili, ma il modello di rilevazione utilizzato per l'indagine sulle cooperative sociali, disponibile on line, consente di illustrare la tipologia di informazioni raccolte sul personale. Oltre al numero di unità di personale presenti nelle cooperative, al genere e alla tipologia di rapporto di lavoro (dipendente full time, dipendente part-time, collaboratore, lavoratore interinale), la rilevazione richiede alle cooperative di disaggregare i dati sul personale per "categoria professionale".

Proponiamo nel Tabella 3.3 la classificazione adottata nel modello di rilevazione.

²⁷ Un quadro dettagliato dei sistemi informativi regionali su infanzia e adolescenza è offerto in regione Emilia Romagna, Osservatorio per l'infanzia e l'adolescenza, Campioni L., Finelli A., Tagliaventi M.T., *Crescere in Emilia Romagna*, Secondo rapporto sui servizi e sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, edizioni junior, 2008.

Tabella 4.3 - Categorie professionali rilevate nella Rilevazione delle cooperative sociali per l'Emilia Romagna. Anno 2008.

Categorie professionali
Direttori amministrativi (compreso coordinatore)
Impiegati (segretari, ragionieri)
Medici
Psicologi
Sociologi
Assistenti sociali
Insegnanti
Educatori con qualifica
Educatori senza qualifica
Insegnanti/educatori di sostegno ai disabili
Pedagogisti
Animatori
Infermieri
Fisioterapisti
Logopedisti e altri addetti alla riabilitazione
ADB con qualifica
ADB senza qualifica
OSS con qualifica
OSS senza qualifica
Addetti ai servizi generali (cucina, lavanderia ecc)
Obiettori Servizio Civile
Operai
Operai agricoli
Agronomi
Personale tecnico
Altro (specificare)

La classificazione proposta è articolata in un numero di figure professionali sociali e socio-sanitarie inferiore a quello adottato nella rilevazione regionale sui presidi residenziali e socio-assistenziali e si avvicina alla classificazione proposta da Istat per la stessa rilevazione a livello nazionale. Rispetto a questa, la classificazione proposta nella rilevazione sulle cooperative sociali disaggrega alcune categorie professionali in base alla titolarità o meno di una qualifica. Ciò avviene per le figure dell'Educatore, dell'Addetto all'assistenza e dell'Operatore Socio Sanitario.

La breve ricognizione sui flussi informativi attivi nella regione Emilia Romagna in ambito sociale e socio-assistenziale sopra proposta sembra evidenziare un forte attivismo dell'ente regionale nella predisposizione e nell'affinamento di una pluralità di flussi informativi finalizzati ad approfondire la conoscenza e il monitoraggio del sistema dei servizi sociali e socio-assistenziali territoriali sia sul versante della domanda che dell'offerta. Per ciò che concerne in particolare le informazioni disponibili sulle professioni sociali, le rilevazioni sui presidi residenziali e socio-assistenziali, sui servizi sociali rivolti all'infanzia e all'adolescenza e sulle cooperative sociali offrono sicuramente un contributo importante alla migliore conoscenza del lavoro sociale presente nella regione. La difformità delle classificazioni delle professioni utilizzate nelle diverse rilevazioni evidenzia che l'integrazione dei dati e delle informazioni sulle professioni raccolti nell'ambito dei diversi sistemi informativi regionali non è ancora del tutto compiuta; ma nel contesto italiano quella dell'Emilia-Romagna sembra costituire una delle esperienze più avanzate.

4.2.2 Il caso del Piemonte

La Regione Piemonte ha iniziato a dotarsi di un sistema informativo regionale in ambito socio-assistenziale agli inizi degli anni '80 realizzando il SISA "Sistema Informativo Socio-Sanitario". Nel corso del tempo è maturata l'esigenza di garantire una maggiore autonomia alla raccolta di dati e informazioni nel settore sociale, esigenza che è stata formalizzata con l'approvazione della legge regionale 1/2004 "*Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento*". All'art. 15 la legge finalizza il SISS "Sistema informativo dei servizi sociali" "alle esigenze della programmazione, della gestione, della verifica e della valutazione delle politiche sociali" prevedendone l'adeguamento e la compatibilità con i sistemi informativi di altri enti locali, l'integrazione con i sistemi informativi di altri settori e il coordinamento con i dati raccolti dalle province. Dal punto di vista organizzativo, il SISS fa capo ad un ufficio della direzione Politiche sociali e per la famiglia.

Il Siss è attualmente alimentato da una pluralità di flussi informativi che confluiscono negli archivi base SISA e sono articolati in tre aree principali: servizi sociali territoriali, servizi residenziali socio-assistenziali e attività delegate alle province (servizi prima infanzia, formazione operatori, organizzazioni di volontariato e cooperative sociali).²⁸

I flussi informativi che consentono di acquisire informazioni sul personale operante nei servizi sociali e nei presidi sono la Rilevazione ISTAT sui presidi socio-assistenziali che la regione gestisce direttamente integrandola con dati regionali e la Relazione annuale degli enti gestori dei servizi sociali. Quest'ultimo strumento, elaborato a livello regionale per esigenze gestionali/amministrative al fine di introdurre un sistema di monitoraggio della spesa e della gestione dei servizi sociali, consente in realtà di rilevare informazioni significative anche dal punto di vista statistico/conoscitivo.

La Rilevazione ISTAT sui presidi socio-assistenziali consente di raccogliere dati sul numero di unità di personale impiegato nei presidi direttamente o in convenzione con altri enti. Per ciascuna unità di personale vengono rilevati il profilo professionale, la qualifica e il titolo di istruzione e la tipologia del rapporto di lavoro. Non essendo disponibile il modello utilizzato per la rilevazione non è possibile verificare se la regione Piemonte per raccogliere le informazioni sul personale adotti sistemi di classificazione diversi rispetto a quelli utilizzati dall'ISTAT a livello nazionale.

La Relazione annuale degli enti gestori dei servizi sociali

Con la DGR 23-12502 del 18 maggio 2004 la regione Piemonte ha individuato un criterio generale di rendicontazione delle attività svolte a livello locale e delle relative spese predisponendo dei modelli di rilevazione che consentono di raccogliere informazioni dettagliate sulle entrate e sulle spese annuali dei singoli enti gestori dei servizi sociali, sui servizi avviati, sul numero di utenti, sugli operatori impiegati, sulle prestazioni erogate. I principali dati raccolti grazie a tale rilevazione vengono pubblicati annualmente nella pubblicazione "I numeri dell'assistenza" reperibile sul sito della regione.

²⁸ Si veda Tresso G., Regione Piemonte, in Castegnaro C., *I sistemi informativi per il sociale*, i Quid N.8, Prospettive sociali e sanitarie, 201, pp.79-84.

Per ciò che attiene al personale impiegato nei servizi sociali, gli enti gestori sono chiamati a fornire dati e informazioni sul numero di unità di personale impiegato, sulla tipologia del rapporto di lavoro e del contratto di riferimento, sul profilo professionale, sul titolo di studio e sulla qualifica di ciascuna figura professionale, sull'orario di lavoro settimanale previsto.

L'analisi del modello di rilevazione utilizzato consente di esaminare in dettaglio le classificazioni adottate per raccogliere le informazioni.²⁹

Tabella 4.4 - Informazioni sul personale rilevate nella Relazione annuale degli enti gestori dei servizi sociali del Piemonte

VARIABILI

N. unità
 Categoria o qualifica
 Profilo professionale
 Titolo di studio
 Qualifica professionale
 Tipologia rapporto di lavoro
 Orario di lavoro settimanale
 Mesi di lavoro
 Aree di attività (% tempo dedicato)

Per ciascuna unità di personale viene rilevata la tipologia di rapporto di lavoro. Nel caso dei dipendenti pubblici o dei dipendenti di cooperative sociali vengono rilevati anche la categoria e i livelli contrattuali di riferimento.

Tabella 4.5 - Classificazione rapporto di lavoro nella Relazione annuale degli enti gestori dei servizi sociali del Piemonte

RAPPORTO DI LAVORO

Contratto ente locale
 Contratto sanità
 Convenzione Coop. Sociale iscritta albo regionale
 Convenzione con ONLUS
 Convenzione con altro ente non profit
 Convenzione con ente privato
 Libero professionista (incarico prof. Consulenza)
 Messo a disposizione da altri enti pubblici
 Altro
 Convenzione servizi amministrativi, di lavanderia ecc. affidata a ditte esterne
 Co.co.pro

La classificazione dei profili professionali adottata è relativamente semplice: evidenzia una significativa attenzione alla rilevazione delle figure apicali e di coordinamento (direttore ente gestore, responsabile servizi area sociale, responsabile amministrativo); aggrega in un'unica categoria il personale sanitario; prevede un'articolazione abbastanza semplificata dei profili professionali sociali propriamente detti (responsabile area sociale, assistente sociale, educatore professionale, animatore, ADEST, OSS, OTA, addetto al segretariato sociale) che non si preoccupa di introdurre differenziazioni ulteriori in funzione della qualifica e del titolo di studio.

²⁹ Il modello C "Relazione annuale sull'attività socio-assistenziale" è stato pubblicato in Regione Piemonte, Assessorato alle Politiche Sociali e della Famiglia, *I nuovi percorsi normativi delle politiche sociali, Prime norme attuative della legge regionale 8 gennaio 2004, n.1*, pp. 128-135.

Tabella 4.6 - Classificazione dei profili professionali utilizzata nella Relazione annuale degli enti gestori dei servizi sociali del Piemonte

PROFILI PROFESSIONALI

Direttore (ente gestore)
Responsabile servizi di area sociale
Responsabile amministrativo
Esecutore amministrativo
Istruttore amministrativo
Personale sanitario
Psicologo
Assistente sociale
Educatore professionale
Animatore
ADEST
OSS
OTA - Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza
Addetto al segretariato sociale
Geometra
Funzionario
Esecutore
Addetto pulizie
Altro

La qualifica professionale e il titolo di studio degli operatori vengono rilevati sulla base di una classificazione che tende a dare una particolare visibilità alle qualifiche professionali di Assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ADEST), di Operatore Socio Sanitario (OSS), di Operatore tecnico addetto all'Assistenza (OTA) e alla figura dell'Assistente sociale.

Tabella 4.7 - Classificazione dei titoli di studio utilizzata nella Relazione annuale degli enti gestori dei servizi sociali del Piemonte

TITOLI DI STUDIO

Licenza elementare
Scuola media inferiore
Scuola media superiore
Qualifica professionale ADEST
Laurea/Diploma Assistente Sociale
Laurea
Qualifica professionale OSS
Qualifica professionale OTA
Laurea in Scienze dell'Educazione
Laurea Specialistica
Altro

Gli enti gestori sono tenuti a specificare nella loro relazione annuale la percentuale di tempo che ciascun operatore dedica alle "attività centrali" (le funzioni a queste riconducibili comprendono attività di segreteria, gestione, coordinamento, programmazione, organizzazione, amministrazione); alle attività territoriali (si tratta dei servizi sociali territoriali propriamente detti) e alle attività svolte nei centri diurni e nei presidi socio-assistenziali.

I dati rilevati nella relazione annuale degli enti gestori dei servizi sociali non permettono invece di associare il personale alle aree di utenza. Questa è una delle principali carenze

informativa della rilevazione che costituisce invece nel complesso una delle esperienze regionali più avanzate nell'ambito del monitoraggio e della valutazione dei sistemi sociali territoriali.³⁰

4.2.3 Il caso delle Marche³¹

Il percorso di lavoro della regione Marche in materia di servizi informativi per le politiche sociali ha preso l'avvio circa dieci anni fa, con l'istituzione dell'Osservatorio Regionale per le Politiche Sociali (deliberazione della Giunta Regionale n. 1768 del 1.07.2000) e degli Osservatori Provinciali. Successivamente, l'Osservatorio è stato oggetto di un processo di ridefinizione tecnico-organizzativa culminata con l'“Accordo di Programma per la realizzazione dell'Osservatorio per le Politiche Sociali”, sottoscritto dalla Regione e dalle (allora quattro) Province nel mese di ottobre 2003. Il modello organizzativo adottato in questa prima architettura è costituito da un sistema di rete integrato che comprende l'Osservatorio di livello regionale, quattro Osservatori di livello provinciale e opera in raccordo organico con gli Ambiti Territoriali, con il Servizio Sistema Informativo Statistico (SIS) interno alla Regione e con tutti quei soggetti regionali e provinciali che operano all'interno dei possibili campi di integrazione delle politiche di welfare.

La collaborazione fra tutti questi attori ha dato vita nel periodo 2003/2007 all'attuale configurazione del Sistema Informativo Regionale delle Politiche Sociali, il SIRPS, uno strumento di profilo prevalentemente statistico-conoscitivo e di carattere strategico-direzionale. Gli obiettivi conseguiti in questa prima fase di sviluppo del sistema hanno riguardato:

- la definizione di classificazioni condivise a livello regionale e raccordate con quelle del SISTAN;
- il censimento dei servizi sociali e degli enti e attori coinvolti (sia titolari che gestori dei servizi stessi);
- una prima produzione di dati e analisi statistiche utili ad analizzare il sistema su scala regionale;
- l'informatizzazione degli archivi anagrafici regionali (archivio delle autorizzazioni dei servizi residenziali socio-sanitari; archivio delle autorizzazioni servizi residenziali e semiresidenziali socio-assistenziali; archivio delle autorizzazione servizi per l'infanzia e l'adolescenza; registro regionale delle Associazioni di Volontariato; albo regionale delle Cooperative Sociali; registro regionale delle organizzazioni di promozione sociale; registro regionale delle società di mutuo soccorso)

Si è quindi proceduto all'implementazione della base informativa nella logica di ridurre al minimo la raccolta sul campo delle informazioni e cercando di utilizzare al massimo i flussi informativi già esistenti nella regione, come le risorse informative già disponibili o potenzialmente disponibili nel sistema statistico regionale e in quelli provinciali (comprese le indagini ISTAT) e gli archivi e i flussi regionali di carattere amministrativo o gestionale.

Il SIRPS così sviluppato si fonda dunque su due pilastri fondamentali dedicati da un lato alla mappatura del sistema dei servizi (la Banca Dati Anagrafica dei Servizi degli Enti-Attori Sociali) e

³⁰ Si tratta di una carenza informativa della quale la regione è consapevole: sono in corso di elaborazione delle modifiche del modello di rilevazione che consentano di colmare tale lacuna e di associare il personale alle diverse aree di intervento così come definite nel nuovo Nomenclatore nazionale dei servizi sociali.

³¹Per una trattazione approfondita, si rimanda a Palazzo F., Santarelli G., Tartari M.E., Regione Marche, in Castegnaro C., *I sistemi informativi per il sociale*, i Quid N.8, Prospettive sociali e sanitarie, 201, pp.

dall'altro alla misurazione dei caratteri principali dello stesso (il Sistema delle Rilevazioni Statistiche Periodiche).

La banca dati anagrafica dei Servizi e degli Enti-Attori Sociali

Il primo pilastro del SIRPS è la Banca Dati Anagrafica dei Servizi degli Enti-Attori Sociali, che si presenta come una riproduzione costantemente aggiornata dell'intero sistema regionale dei servizi sociali ed è gestita dall'Osservatorio delle Politiche Sociali. In essa confluiscono tutti gli archivi anagrafici regionali dando vita a una rappresentazione in tempo reale degli interventi e le strutture operanti nella regione, degli attori pubblici e privati che svolgono un ruolo all'interno del sistema dei servizi sociali (gestori e titolari), degli attori sociali che compongono la rete del welfare marchigiano. La banca dati è interrogabile via web e consente l'inserimento, l'aggiornamento, la ricerca, la visualizzazione, l'esportazione e la stampa di tutti i dati relativi ai servizi e agli attori presenti nel territorio, e conterrà in prospettiva anche informazioni sulle caratteristiche dei servizi (carta e regolamento servizi, orari accesso, ...). I flussi che confluiscono nella banca sono aggiornati dagli Enti locali (Comuni, ATS, ...), dalla Regione e da altri Enti e soggetti privati che gestiscono dati anagrafici di interesse per i servizi sociali.

Attraverso l'integrazione di tutti questi flussi è possibile ricostruire un quadro aggiornato dell'offerta di servizi nel territorio regionale e dei ruoli svolti all'interno del sistema dai diversi attori, classificati secondo la natura giuridica. In particolare la banca dati comprende tutti gli interventi e le strutture classificate dal nomenclatore regionale e nazionale dei servizi sociali e le strutture (residenziali e semiresidenziali) sanitarie a rilevanza sociale (strutture residenziali e centri diurni per anziani non autosufficienti, per disabili, per la salute mentale, per i tossicodipendenti) gestite dall'ASUR.

Il sistema delle rilevazioni statistiche periodiche

L'altro asse portante del SIRPS è rappresentato dal sistema delle rilevazioni statistiche periodiche attraverso cui vengono misurate le caratteristiche del sistema dei servizi sociali. Esse sono gestite dal Sistema informativo statistico regionale che, oltre alle rilevazioni previste dal Programma statistico regionale, cura direttamente la realizzazione delle rilevazioni dell'area welfare e assistenza sociale previste dal SISTAN.

Il "valore aggiunto informativo" delle indagini periodiche condotte nell'ambito del sistema regionale è riconducibile a diversi fattori:

- l'integrazione dei contenuti definiti a livello nazionale con contenuti specifici rispetto al contesto regionale e personalizzati, sempre in un'ottica di raccordo;
- l'utilizzo della Banca Dati Anagrafica dei Servizi degli Enti-Attori Sociali per l'individuazione dell'universo di riferimento, che consente di incrociare le informazioni raccolte con quelle relative all'offerta;
- l'utilizzo di sistemi di classificazione comuni per quanto riguarda i servizi, le aree d'intervento, le qualifiche professionali, che consente il raccordo e l'integrazione dei dati con quelli nazionali.

Ciò dà vita a un sistema di rilevazione che arricchisce e completa il quadro nazionale, di cui il raccordo costante a tutti i livelli costituisce un elemento particolarmente qualificante. Le indagini

attive nell'ambito del Programma Statistico Regionale per quanto riguarda l'area welfare sono schematizzate nella tabella seguente.

Tabella 4.8 – Il sistema delle rilevazioni statistiche periodiche: caratteristiche e contenuti informativi

INDAGINE	CADENZA	TIPO DI RILEVAZIONE	CONTENUTI INFORMATIVI AGGIUNTIVI
Strutture residenziali di tipo socio-educativo-assistenziale e socio-sanitario	Annuale	Censuaria Nazionale	Rispetto all'indagine nazionale è ampliata nel contenuto informativo. Inoltre esamina per intero il comparto socio-sanitario, includendo le strutture per le dipendenze e per la salute mentale
Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati	Annuale	Censuaria Nazionale	Sono raccolti dati relativi alle risorse umane impiegate nei servizi comunali e alle forme di gestione dei servizi
Cooperative sociali	Triennale	Censuaria Nazionale	Ampliata nel contenuto informativo.
Organizzazioni di volontariato	Triennale	Censuaria Nazionale	Ampliata nel contenuto informativo. Rileva anche le organizzazioni non iscritte all'albo regionale.
Servizi educativi per la prima infanzia – nidi e servizi integrativi	Annuale	Censuaria Regionale	Non esiste una corrispondente indagine nazionale
Servizi per il disagio sociale grave	Annuale	Censuaria Regionale	Non esiste una corrispondente indagine nazionale

Altri tasselli dell'architettura complessiva del SIRPS sono il database "Disabilità" e il database "Minori fuori dalla famiglia di origine", anch'essi raccordati con la Banca Dati Anagrafica dei Servizi degli Enti-Attori Sociali: il primo raccoglie i dati sugli interventi a favore dei disabili finanziati in ambito regionale e sugli utenti beneficiari, il secondo raccoglie i dati anagrafici dei minori in adozione, affidamento familiare, affidamento in comunità, e le principali tappe del processo di accoglienza.

Prospettive future del SIRPS Marche

La configurazione del SIRPS descritta, come già ribadito in precedenza, risponde in modo efficace alle esigenze informative della programmazione regionale, esigenze che però non esauriscono il quadro dei soggetti impegnati nella gestione e nella governance del sistema a livello locale. Nel corso del tempo, infatti, si è rafforzata la necessità di fornire anche a livello dei contesti territoriali locali degli strumenti informativi di supporto alla definizione degli interventi sociali dal punto di vista della pianificazione e della programmazione, della gestione integrata, delle procedure operative, della comunicazione con l'utenza.

Da queste considerazioni è scaturita la nuova architettura del SIRPS, il cui avvio è stato sancito dalla sottoscrizione del secondo "Accordo di Programma per la realizzazione del Sistema Informativo Sociale" nel luglio del 2007. L'aspetto più innovativo risiede nella centralità attribuita agli ATS, che rappresenteranno il nucleo del nuovo sistema, che verrà implementato proprio attraverso i singoli sistemi di ambito. Altra caratteristica dell'accordo è il passaggio da un sistema di rilevazione statistica ad uno di tipo informativo-gestionale, finalizzato alla gestione dei

servizi locali, dai quali discenderà il monitoraggio complessivo del sistema dal livello locale a quello nazionale, passando naturalmente per quello regionale.

I contenuti del nuovo sistema informativo sono stati enucleati nelle “Linee guida per il consolidamento e lo sviluppo regionale del Sistema Informativo Regionale per le Politiche Sociali”, approvate con la Deliberazione della Giunta Regionale n.1143 del 13.07.2009. Le linee guida individuano gli indirizzi generali e i requisiti organizzativi e funzionali dei sistemi informativi gestionali dei singoli ATS, ma non solo: esse definiscono il sistema di standard, vincoli e debiti informativi che garantiranno l’omogeneità e, di conseguenza, la comparabilità delle informazioni raccolte. In questo nuovo contesto saranno comunque mantenuti i due assi portanti del SIRPS, la Banca Dati Anagrafica dei Servizi degli Enti-Attori Sociali e il Sistema delle Rilevazioni Statistiche Periodiche.

La realizzazione dei sistemi informativi gestionali di ATS così organizzata, consentirà una vera e propria evoluzione nelle modalità operative della rete dei servizi sociali, nel monitoraggio dei bisogni e nella qualità della programmazione delle politiche regionali, obiettivi strategici nell’ambito della valutazione dell’efficienza e dell’efficacia degli interventi.

Il monitoraggio delle professioni sociali nel SIRPS Marche: stato dell’arte e prospettive future

Nell’ambito del sistema informativo sociale regionale è possibile avere una quantificazione per profili professionali degli occupati nei servizi sociali. Allo stato attuale del SIRPS i dati sulle professioni sono rilevati nell’ambito del Sistema delle Rilevazioni Statistiche Periodiche attraverso una tabella di riepilogo inserita nei questionari (si veda ad esempio il modulo aggiuntivo allegato al questionario dell’indagine sulla spesa sociale dei comuni singoli e associati, nella tabella seguente).

Tabella 4.9 - Categorie professionali rilevate nelle Marche, Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati Anno 2007.

CATEGORIE PROFESSIONALI

Direttori e amministratori (compreso coordinatore)
Impiegati (segretari, ragionieri)
Operatori di sportello
Medici
Psicologi
Sociologi
Assistenti sociali
Insegnanti
Insegnanti di sostegno
Educatori con titolo specifico (diploma o laurea specifica)
Educatori senza titolo specifico
Pedagogisti
Animatori
Infermieri
Fisioterapisti
Logopedisti e addetti alla riabilitazione
OSS
Altri addetti ai servizi di assistenza alla persona
Addetti ai servizi generali (cucina, lavanderia ecc)
Servizio Civile
Altro (specificare)
Volontari

Attualmente i flussi informativi sulle professioni sociali nella Regione Marche rilevano le unità e le unità equivalenti del personale impiegato per qualifica professionale. La classificazione adottata è di seguito messa a confronto con quella ISTAT utilizzata nell'indagine sui presidi residenziali e socio-assistenziali (ricordiamo, unica indagine ISTAT nell'area welfare in cui sono rilevati i profili professionali).

Tabella 4.10 - Confronto fra la Classificazione delle professioni utilizzata da ISTAT e quella utilizzata nel SI marchigiano

ISTAT	Regione Marche	
Direttori e amministratori (compreso il coordinatore)	Direttori, amministratori, coordinatore	
Impiegati (segretari, ragionieri, ecc.)	Impiegati – personale amministrativo	
Medici	Medici	PERSONALE SANITARIO
Psicologi	Psicologi	
Sociologi	Infermieri	
Assistenti sociali	Fisioterapisti	
Insegnanti e altri addetti alla formazione	Logopedisti e altri addetti alla riabilitazione	
Educatori e pedagogisti	Sociologi	PERSONALE SOCIALE
Animatori	Assistenti sociali	
Infermieri	Educatori	
Fisioterapisti	Pedagogisti	
Logopedisti e altri addetti alla riabilitazione	Operatori socio-sanitari	
Addetti ai servizi di assistenza alla persona	Altri addetti ai servizi di assistenza alla persona	
Addetti ai servizi generali (cucina, lavanderia, ecc.)	Addetti ai servizi generali (cucina, lavanderia, ecc.)	
Obiettori e servizio civile	Figure genitoriali in comunità familiari o servizi	
Altro	Altro	

Dal confronto è evidente come le due classificazioni siano molto simili, con l'eccezione di alcuni profili come gli Educatori, che nella classificazione ISTAT sono insieme ai Pedagogisti mentre in quella utilizzata nel SIRPS sono considerati a parte. Un altro elemento di differenza è rintracciabile nello scorporo degli OSS dalla categoria più generale degli Addetti ai servizi di assistenza alla persona come categoria a sé nel caso marchigiano. Altro elemento di nota che contraddistingue la classificazione dei profili nella Regione Marche è la decisione di separare le professioni sanitarie da quelle sociali: la classificazione delle professioni riportata fa riferimento ai profili professionali di tutti gli operatori che lavorano nei servizi (residenziali e non) oggetto delle rilevazioni e dei flussi informativi che compongono il sistema informativo marchigiano. Quindi essa è necessariamente comprensiva anche di profili che non sono attribuibili ai professionisti del sociale, perché è finalizzata a classificare tutti gli occupati presenti nei servizi sociali e non solo il personale sociale in senso stretto. Nella sua attuale configurazione il sistema informativo fornisce dunque un quadro macro sul fenomeno dell'occupazione nei servizi sociali e delle professioni sociali che, seppur limitato nelle variabili di osservazione riguardanti l'occupazione, ha consentito quantomeno di definire le dimensioni degli operatori presenti nella regione e di delineare quelle che sono le professionalità coinvolte.³² Per superare i limiti dell'attuale sistema, parallelamente allo sviluppo dei sistemi gestionali di ambito, saranno affinati anche i dati sul singolo operatore di ciascun intervento o struttura, al fine di monitorare costantemente alcuni caratteri fondamentali di interesse per l'analisi delle professioni sociali e più in generale le

³² Si veda il capitolo relativo all'occupazione nei servizi sociali

problematiche inerenti il lavoro nei servizi sociali. In particolare il monitoraggio delle professioni sociali riguarderà il titolo di studio dell'operatore, il tipo di rapporto di lavoro, il tempo di lavoro, il genere, il ruolo professionale (professioni riclassificate raccordabili con la Nomenclatura e classificazione delle Unità Professionali NUP06). Nel prospetto è riportata la classificazione delle professioni utilizzata nelle linee guida, messa a confronto con quella attuale.

Tabella 4.11 - Confronto fra la Classificazione delle professioni utilizzata nel SIRPS attuale e futuro

SIRPS ATTUALE	SIRPS FUTURO
DIRETTORI, AMMINISTRATORI, COORDINATORE IMPIEGATI – PERSONALE AMMINISTRATIVO PERSONALE SANITARIO Medici Psicologi Infermieri Fisioterapisti Logopedisti e altri addetti alla riabilitazione PERSONALE SOCIALE Sociologi Assistenti sociali Educatori Pedagogisti Operatori socio-sanitari Altri addetti ai servizi di assistenza alla persona Addetti ai servizi generali (cucina, lavanderia, ecc.) Figure genitoriali in comunità familiari o servizi Altro	DIRIGENTI, DIRETTORI E AMMINISTRATORI IMPIEGATI Amministrativi Impiegati a diretto contatto con il pubblico PROFESSIONI A ELEVATA SPECIALIZZAZIONE Medici Psicologi Sociologi PROFESSIONI TECNICHE Assistenti sociali Educatori e addetti alla formazione Mediatori Animatori Infermieri Terapisti (fisioterapisti, logopedisti, ...) Operatori socio-sanitari ADDETTI AI SERVIZI Addetti ai servizi di assistenza alla persona Addetti ad attività socio ricreativi Addetti ai servizi generali (cucina, lavanderia, ecc.) OPERAI E OPERATORI MANUALI ALTRO

Come emerge dal prospetto, nella sostanza le due classificazioni si differenziano poco: la categoria Impiegati è stata disaggregata in Amministrativi e Impiegati a diretto contatto con il pubblico, sono stati considerati i Mediatori e gli Animatori (assenti nella classificazione precedente), gli Educatori sono stati accorpati con gli Addetti alla formazione.

La ricognizione effettuata permette di affermare che la Regione Marche negli ultimi dieci anni ha recepito l'importanza che rivestono i flussi e i sistemi informativi nella governance delle politiche sociali. Gli sforzi profusi nella costruzione di sistemi integrati e la logica di condivisione delle strategie in atto con gli attori del territorio rappresentano punti di forza per la realizzazione di un welfare regionale partecipato. Sul fronte del monitoraggio delle professioni sociali la regione ha mostrato grande sensibilità al tema, dotandosi da tempo di una classificazione comune a tutti i flussi informativi che, seppur limitata nelle variabili di analisi dell'occupazione, fornisce una stima attendibile della dimensione del fenomeno del lavoro sociale e dei profili professionali coinvolti. In questo senso la nuova architettura del SIRPS, una volta a regime, potrà fornire informazioni più approfondite sui caratteri fondamentali dell'occupazione, sia dal punto di vista delle caratteristiche del lavoratore che del rapporto di lavoro e delle professioni. Tuttavia occorre ricordare che a fronte dell'impegno della Regione Marche (e di altre regioni italiane) permane a

livello nazionale una situazione problematica, con la mancanza di un sistema di riordino delle professioni sociali sia a livello nazionale che regionale.

4.3 I flussi amministrativi di natura previdenziale

In questa parte della ricerca sono stati analizzati i dati INPS con l'obiettivo di valutare le possibilità di utilizzare tale base informativa in ottica di monitoraggio delle professioni sociali. In particolare sono state indagate le variabili rilevate in tre diversi osservatori

- Osservatorio sui lavoratori dipendenti,
- Osservatorio sui lavoratori parasubordinati,
- Osservatorio sui lavoratori domestici.

4.3.1 L'Osservatorio sui lavoratori dipendenti

Nell'Osservatorio sono riportate informazioni sui lavoratori dipendenti privati non agricoli assicurati presso l'INPS. L'unità statistica è rappresentata dal lavoratore che ha avuto almeno un versamento contributivo per lavoro dipendente nel corso dell'anno, la fonte dei dati è l'archivio amministrativo delle denunce retributive mensili (Emens) a partire dal 2005 (solo per l'anno 2004 viene utilizzato l'archivio amministrativo delle dichiarazioni annuali delle retribuzioni a fini previdenziali e assistenziali dei lavoratori dipendenti - modello 770 delle dichiarazioni dei sostituti d'imposta). L'archivio contiene informazioni relative a:

- dati identificativi del lavoratore (nome, cognome, età, sesso, codice fiscale, domicilio fiscale, eccetera);
- dati del rapporto di lavoro (matricola aziendale, settimane retribuite, imponibile previdenziale, qualifica lavorativa, eccetera);
- dati previdenziali e assistenziali (assegni familiari, assicurazioni coperte, indennità di maternità, malattia, cassa integrazione guadagni, eccetera).

I dati dell'Osservatorio derivano da elaborazioni effettuate sulle informazioni contenute nel suddetto archivio che, come ogni archivio amministrativo, è soggetto ad aggiornamenti dovuti a nuove dichiarazioni e a modifiche di quelle già presenti. L'Osservatorio consente l'analisi dei principali fattori che caratterizzano il lavoro dipendente privato non agricolo assicurato presso l'INPS, cioè:

- Numero di lavoratori nell'anno;
- Retribuzione nell'anno;
- Numero di giornate retribuite nell'anno;
- Numero di settimane retribuite nell'anno;
- Numero di settimane utili nell'anno.

Le variabili di classificazione dei dati sono:

- Anno: è l'anno di cassa cui fa riferimento la dichiarazione del datore di lavoro,
- Età: è calcolata in anni compiuti,

- Sesso: è ricavato insieme con l'età dal codice fiscale del lavoratore,
- Qualifica: è aggregata in operai, impiegati, quadri, dirigenti, apprendisti e altro,
- Tipologia contrattuale: assume le modalità: tempo determinato, tempo indeterminato, stagionale,
- Attività economica: è relativa all'azienda presso cui il lavoratore ha prestato la sua attività lavorativa ed è classificata sulla base della trascodifica dei Codici Statistici Contributivi² nel codice Ateco81 (sono esposti il ramo e la classe),
- Provincia di lavoro: viene utilizzata per classificare le unità statistiche anche per regione e zona di lavoro,
- Settimane retribuite: sono raggruppate nelle seguenti classi: fino a 12, 13-28, 29-51, e 52,
- Tempo parziale: è un indicatore che, per ogni unità statistica, assume la modalità "Sì" se almeno un rapporto di lavoro è stato a tempo parziale, "No" altrimenti.

Dal momento che fra le variabili di classificazione non sono presenti informazioni relative alla professione non è possibile utilizzare i dati dell'osservatorio per il monitoraggio delle professioni sociali. Tuttavia, essendo presente la variabile attività economica, si può effettuare una stima a livello settoriale, valutando eventuali altre possibilità di disaggregazione.

4.3.2 L'Osservatorio sui lavoratori parasubordinati

Nell'Osservatorio sono riportate informazioni sui lavoratori contribuenti alla Gestione separata di cui all'art.2, comma 26, della legge n.335/1995 (c.d. lavoratori parasubordinati). L'Osservatorio si compone di tre sezioni: contribuenti professionisti, contribuenti collaboratori, dettagli contribuenti collaboratori. L'unità statistica è rappresentata dal lavoratore che ha avuto almeno un versamento contributivo per lavoro parasubordinato nel corso dell'anno. Limitando l'analisi ai contribuenti collaboratori, la fonte dei dati è l'archivio amministrativo dei versamenti mensili effettuati dai committenti (modello F24); l'archivio delle domande di iscrizione; archivio amministrativo delle dichiarazioni annuali (trimestrali fino al 31.03.2000) fornite dai committenti (modelli GLA, fino al 2004); flussi delle denunce retributive mensili (dal 2005).

Le variabili di analisi presenti nell'Osservatorio si riferiscono a:

- Numero di contribuenti nell'anno,
- Contributi nell'anno,
- Redditi nell'anno.

Le variabili di classificazione dei dati sono:

- Anno di competenza,
- Classi di età,
- Sesso,
- Classi di importo dei contributi,
- Classi di importo dei redditi,
- Classi di numero di mesi accreditati ai fini pensionistici,
- Classi di numero di committenti,
- Aliquota contributiva,
- Regione di contribuzione.

Dalle stesse fonti dei dati si traggono alcune informazioni aggiuntive per l'ultimo anno in banca dati, come la provincia di lavoro (dal 2007), il tipo di rapporto lavoro, la presenza di

un'eventuale altra forma di assicurazione previdenziale, le classi di numero di mesi accreditati ai fini pensionistici nell'ultimo quinquennio (compreso l'anno di competenza), la presenza nell'anno precedente. Alla luce di quanto esposto anche in questo caso non sembra possibile utilizzare la banca dati INPS per il monitoraggio delle professioni sociali.

4.3.3 L'Osservatorio sui Lavoratori domestici

L'Osservatorio fornisce informazioni sui lavoratori domestici assicurati presso l'INPS. L'unità statistica di rilevazione è rappresentata dal lavoratore domestico che ha ricevuto almeno un versamento contributivo nel corso dell'anno. L'Osservatorio prevede una serie di elaborazioni e controlli che vengono effettuati sui dati contenuti negli archivi amministrativi al fine di superare e correggere eventuali anomalie ed errori; i dati corretti e normalizzati vengono poi pubblicati sul sito dell'Istituto dove è possibile una "navigazione multidimensionale", nel senso che è possibile costruire tavole statistiche personalizzate scegliendo, da un insieme di variabili di classificazione, quelle di interesse. La fonte dei dati utilizzati per la costruzione dell'Osservatorio è rappresentata dagli archivi amministrativi generati dall'acquisizione delle informazioni contenute:

- nella denuncia di assunzione del lavoratore effettuata dal datore di lavoro (modello LD09),
- nei bollettini di conto corrente postale con i quali il datore di lavoro versa i contributi previdenziali all'INPS.

Nella denuncia di assunzione sono disponibili una serie di informazioni sul lavoratore tra cui il sesso, l'età, la nazionalità... Nei bollettini di versamento possono desumersi informazioni sui periodi coperti da contribuzione, sulle ore settimanali retribuite, sulla retribuzione oraria. Detti archivi, come ogni archivio amministrativo, sono soggetti ad aggiornamenti dovuti a nuove acquisizioni ed a correzioni delle informazioni già acquisite. In generale tali aggiornamenti riguardano maggiormente l'anno più recente ed in maniera via via minore gli altri anni. L'Osservatorio consente di analizzare il "numero di lavoratori aventi almeno un contributo nell'anno". Da osservare che il numero detto rappresenta la somma delle unità statistiche (indica le "teste") in quanto un lavoratore che abbia più datori di lavoro (e, quindi, più rapporti di lavoro e più bollettini di conto corrente riferiti allo stesso periodo) viene contato una sola volta. Tale variabile di analisi viene statisticata in base ad una serie di variabili di classificazione che sono:

- sesso,
- classi di età,
- anno,
- nazionalità (italiani o stranieri),
- geografia (zona, regione, provincia),
- classi di ore settimanali lavorate,
- zona geografica di provenienza.

Attraverso l'Osservatorio si è valutata la possibilità di calcolare il numero delle assistenti familiari, le cosiddette badanti, tuttavia questo calcolo non è affatto semplice, in primo luogo perché una parte consistente è impiegata senza un contratto di lavoro, in secondo luogo perché la parte regolarmente occupata è inclusa nella categoria più ampia dei lavoratori domestici, cioè le colf, e i dati non permettono di distinguere tra le due figure. Non esiste infatti un contratto di lavoro specifico per le assistenti familiari. Per la loro regolare assunzione viene utilizzato il contratto dei collaboratori domestici (colf, appunto). Per una misurazione del numero delle

badanti regolarmente assunte sarebbe quindi necessario integrare l'informazione complessiva sui lavoratori domestici con la distinzione fra le due professioni.

4.4 Definizione dei fabbisogni informativi e individuazione degli indicatori

Questa fase della ricerca è finalizzata all'analisi dei fabbisogni informativi necessari per tenere sotto osservazione i caratteri strutturali dell'occupazione del settore dei servizi sociali e, quindi, alla definizione di un sistema di indicatori di base comuni a tutto il territorio nazionale. L'individuazione del fabbisogno informativo minimo è avvenuta con riferimento a due dimensioni fondamentali, di cui sono state individuate le variabili rilevanti:

- i profili professionali
- il rapporto di lavoro, il lavoratore e il contesto organizzativo dei servizi

4.4.1 I profili professionali³³

Per quanto riguarda il monitoraggio dei profili professionali, la principale sfida da affrontare per la costruzione di un flusso informativo riguarda l'assenza di un linguaggio comune a livello nazionale e interregionale che definisca e classifichi le molteplici professioni esistenti. La grande frammentazione delle etichette che definiscono le professioni sociali, la proliferazione dei titoli professionali riconosciuti in maniera non coordinata a livello regionale, la moltiplicazione delle normative, rappresentano soltanto alcuni dei fattori che ostacolano il processo di armonizzazione delle numerose classificazioni esistenti.

Come rilevato dal Formez³⁴, infatti, in assenza di una regolamentazione nazionale sulle professioni sociali le regioni hanno avviato processi separati e non sempre convergenti: alcune regioni hanno avviato proposte per il riordino delle professioni sociali, altre hanno regolamentato le singole professioni, altre si sono concentrate sui sistemi formativi e sulla certificazione delle competenze, definendo il sistema regionale delle qualifiche e adottando un proprio repertorio. Anche l'analisi condotta sulla contrattazione collettiva vede emergere un quadro molto articolato e diversificato, in cui la varietà delle figure professionali sembra dovuta al fatto che dietro figure con differenti denominazioni si celino analoghe attività svolte.³⁵

Per quanto riguarda la classificazione delle professioni da monitorare, è necessario partire dal presupposto che le rilevazioni e i flussi informativi che andranno a comporre il sistema informativo sociale includono tutti gli operatori che lavorano nei servizi (residenziali e non), quindi essa è necessariamente comprensiva anche di profili che non sono attribuibili ai professionisti del sociale (medici, infermieri, terapisti) perché è finalizzata a classificare appunto tutti gli occupati presenti nei servizi sociali a prescindere dalla professione (sociale e non) svolta.

Nel momento in cui si ragiona delle professioni sociali, quindi un sottoinsieme specifico degli occupati nei servizi sociali, la classificazione da adottare dovrà essere ristretta agli specifici profili d'interesse e articolata all'interno delle singole voci competenti in modo adeguato. La scelta del livello di dettaglio della classificazione rappresenta un aspetto cruciale del processo, strettamente collegato al livello informativo da realizzare, al dettaglio territoriale, alle modalità operative di

³³ Interessanti spunti in merito sono dovuti a M.E. Tartari, che ringraziamo per le utili considerazioni in tema di classificazione delle professioni sociali e in generale per il supporto in diverse fasi della ricerca.

³⁴ Formez, *Il lavoro nei servizi sociali e le professioni sociali*, 2009

³⁵ Un tentativo superficiale di aggregazione delle figure professionali basato sulle similitudini semantiche dei termini utilizzati nei 14 contratti collettivi analizzati, le riduce di circa la metà, a 40 rispetto alle originarie 84. (Formez, 2009)

raccolta dei dati: una classificazione regionale sarà certamente più articolata di una nazionale, e un'indagine ad hoc sul fenomeno potrà essere più approfondita rispetto a una di carattere più generale o multiscopo. Dal momento che i dati che andranno a comporre il sistema informativo nazionale originano dal livello regionale, è possibile ragionare su classificazioni che potranno essere diversificate fra le regioni (sia in relazione ai diversi modelli di welfare territoriale che al processo produttivo in cui le si adotta), ma raccordabili a livello nazionale in gruppi di profili omogenei. L'effetto collaterale di questo processo potrebbe essere la proliferazione di numerose classificazioni diverse, che tuttavia può essere controllato attraverso la chiara definizione di un meccanismo di raccordo. Nei diversi contesti regionali è proprio questo livello di armonizzazione che è venuto a mancare o che non si è mai consolidato: come emerge dall'analisi dei casi regionali, anche per quelle regioni che si sono dotate in anticipo di sistemi informativi sociali che prevedessero un qualsiasi monitoraggio delle professioni sociali non è facile fare confronti sulla base dei dati esistenti in quanto la mancanza di un riferimento comune sia sui criteri di rilevazione che sulle classificazioni adottate rende disomogenei i dati.

Sulla base dei risultati della rilevazione sul campo svolta nell'ambito del presente progetto e dei risultati e delle analisi condotte dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (si veda in proposito Lunaria 2009) è stata elaborata la classificazione delle professioni sociali riportata di seguito.

Tabella 4.12 – Ipotesi di classificazione delle professioni sociali

PROFESSIONE	GRUPPO
Direttori e coordinatori	LEGISLATORI, DIRIGENTI E IMPRENDITORI
Impiegati amministrativi Impiegati a diretto contatto con il pubblico	IMPIEGATI
Sociologi Psicologi Pedagogisti	PROFESSIONI A ELEVATA SPECIALIZZAZIONE
Assistenti sociali Educatori professionali Educatori con altra qualifica Operatori per l'infanzia e l'handicap Animatori socio-culturali Operatori della mediazione culturale (e operatori dei centri di accoglienza) Operatori socio-santari (OSS)	PROFESSIONI TECNICHE
Addetti all'assistenza alla persona in servizi e strutture (ADEST, OSA, OTA, ASA, ASS, AdB,...) Assistenti familiari (assistenti geriatrici, badanti, addetti all'assistenza a domicilio)	ADDETTI AI SERVIZI
Altro	

La classificazione proposta può essere ricondotta a quella utilizzata nel Nomenclatore delle unità Professionali (NUP) con riferimento al ruolo professionale, riportando le professioni individuate all'interno delle categorie previste nella NUP06, sull'esempio del nuovo sistema informativo sociale della Regione Marche.³⁶

³⁶ Il Fornez ha costruito un raggruppamento delle professioni sociali basato sulle aree di contenuto professionale, che utilizza tre categorie:

- professioni che operano nell'ambito dell'assistenza sociale di base, in cui sono inserite le figure che si occupano direttamente dell'erogazione del servizio di assistenza

Chiaramente non si tratta di una classificazione esaustiva, appare infatti evidente dalle informazioni raccolte e dall'intenso dibattito in corso che il sistema informativo delle professioni sociali andrebbe costruito con un approccio dal basso: la classificazione delle professioni ha bisogno di un Nomenclatore Interregionale, analogo, e forse anche più complesso, a quello dei servizi sociali. È indispensabile un forte coordinamento regionale, che metta a sistema le preziose esperienze degli ultimi anni e assicuri quei requisiti di comparabilità e omogeneità fondamentali perché il sistema funzioni e sia di utilità per le politiche. La scelta del Ministero di utilizzare il Metodo di coordinamento aperto (Mca), basato sulla condivisione degli obiettivi e sulla definizione comune degli indicatori mantenendo la libertà per le singole realtà territoriali di integrare la base comune con informazioni specifiche, sembra essere la scelta più adeguata in questa direzione.³⁷

4.4.2 Il rapporto di lavoro, il lavoratore e il contesto organizzativo dei servizi

Per quanto riguarda il tipo di rapporto di lavoro e il lavoratore, le variabili da rilevare attengono alcune caratteristiche che sono fondamentali per indagare non solo la quantità ma anche la qualità di lavoro impiegata.

La prima questione da affrontare è di ordine metodologico. Esistono infatti diversità nelle modalità di calcolo del numero di operatori nei servizi ciascuno dei quali presenta vantaggi e svantaggi:

- Conta delle “teste” (numero di operatori)
- Numero di operatori equivalenti a tempo pieno (ETP, numero di operatori a 36 ore lavorative)

Sarebbe utile disporre di informazioni sia sul numero di operatori che sui loro tempi di lavoro in modo da poter calcolare gli operatori ETP. Le unità ETP sono necessarie per poter svolgere delle comparazioni fra diversi territori e per evitare doppi conteggi nel caso di operatori che operino su più servizi o aree d'intervento; i dati sul numero totale di operatori è utile per altre elaborazioni, e consente di esaminare la distribuzione dei tempi di lavoro e di genere.

Cominciando dal rapporto di lavoro, è necessario monitorare da un lato la composizione del lavoro dipendente fra lavoratori a tempo indeterminato e determinato: infatti se da un lato il contratto di lavoro a termine è una forma di lavoro dipendente, dall'altro esso rappresenta un livello più “protetto” di lavoro precario. È essenziale inoltre ragionare non soltanto dei rapporti di lavoro atipici, ma anche dell'apporto del lavoro volontario e di altre forme di collaborazione all'occupazione a livello di sistema, per evidenziare lacune e criticità peculiari del lavoro sociale. Oltre ai lavoratori atipici dovrebbero essere monitorati anche i volontari e gli stagisti.

Per quanto riguarda il lavoratore, alla luce dei risultati emersi nei diversi studi già citati (in particolare Lunaria 2009) la dimensione di genere sembra essere uno dei connotati che caratterizzano il lavoro nei servizi sociali: la disponibilità di informazioni in merito è di indubbia utilità.

-
- Professioni tecnico/specialistiche, che include tutte quelle figure professionali che contribuiscono a “rilevare e valutare la domanda sociale nella sua complessità, a prevenire comportamenti a rischio, a promuovere l'integrazione sociale nei territori, i diritti di cittadinanza sociale, la costruzione di reti solidali, nonché lo sviluppo equilibrato delle singole personalità nelle diverse fasi della vita”
 - Professioni manageriali, che riguarda le figure con ruoli e funzioni di tipo gestionale e manageriale, fra cui il coordinamento degli interventi. (Formez, 2009)

³⁷ Si veda in proposito Marano A. “Lavoro e professioni sociali. Un esempio di coordinamento aperto da parte dell'autorità centrale in un contesto federalista”, in “Aretè”, n. 3/2009, pp. 53-64, Editore: Agenzia per le Onlus / Maggioli.

I tempi di lavoro rappresentano un altro elemento di conoscenza del sistema da non trascurare, in quanto possono celare dietro apparenti rapporti di lavoro dipendente altre forme di precarietà, considerando la diffusione del part time rilevata nelle presente ricerca.

L'età del lavoratore e il titolo di studio rappresentano ulteriori aspetti da esaminare, in quanto il problema del livello d'istruzione o della qualifica professionale rispetto al ruolo agito all'interno del sistema rappresentano fattori di criticità che emergono da più parti. Per quanto riguarda l'età si utilizza la stessa suddivisione in classi effettuata dall'ISTAT nella rilevazione sulle Forze di lavoro.

Naturalmente le variabili rilevate dovranno essere contestualizzate all'interno degli ambiti organizzativi entro cui si muovono i sistemi regionali, tenendo conto della natura giuridica del datore di lavoro, delle aree d'intervento in cui si articola il sistema, della rete dei servizi. Questo aspetto riveste una particolare importanza per l'utilizzo del sistema informativo ai fini di policy da un lato, e di valutazione da parte dei cittadini dall'altro.

Sulla base dell'analisi fin qui svolta e degli studi recenti in questo campo, una proposta possibile per individuare le variabili prioritarie che potrebbero essere rilevate per monitorare l'occupazione nel settore dei servizi sociali e le professioni sociali è presentata nella tabella che segue.

Tabella 4.13 – Le variabili prioritarie da rilevare per monitorare l'occupazione nei servizi sociali e le professioni sociali

TEMI	INFORMAZIONI	VARIABILI
RAPPORTO DI LAVORO	Personale dipendente	A tempo indeterminato
		A tempo determinato
	Personale atipico	Con contratto a progetto
		Con contratto di collaborazione
		Con contratto professionale (Partita IVA)
		Altro
	Personale senza contratto di lavoro	Stage
		Volontario
		Servizio civile
		Altro
	Tempi di lavoro	Tempo pieno
		Tempo parziale
LAVORATORE	Genere	M
		F
	Età	15-24
		25-34
		45-54
		55-64
		Oltre 65
	Titolo di studio	Licenza elementare
		Licenza media
		Diploma che non permette l'accesso all'università
		Diploma che permette l'accesso all'università
		Laurea breve

		Laurea magistrale	
		Altro	
	Nazionalità	Italiana	
		Straniera	
CONTESTO ORGANIZZATIVO	Natura giuridica del datore di lavoro	Settore pubblico	
		Settore privato non profit	Cooperative sociali
			Associazioni
			Altro
	Settore privato for profit		
	Aree d'intervento	Famiglia e Minori	
		Anziani	
		Disabili	
		Dipendenze	
		Povertà e disagio adulti	
		Immigrati e nomadi	
		Multiutenza	
	Tipo di servizio	Strutture	
Interventi			
Trasferimenti			
PROFESSIONI	Legislatori, dirigenti e imprenditori	Direttori e coordinatori	
	Impiegati	Impiegati amministrativi	
		Impiegati a diretto contatto con il pubblico	
	Professioni a elevata specializzazione	Sociologi	
		Psicologi	
		Pedagogisti	
	Professioni tecniche	Assistenti sociali	
		Educatori professionali	
		Educatori con altra qualifica	
		Operatori per l'infanzia e l'handicap	
		Animatori socio-culturali	
		Operatori della mediazione culturale (e operatori dei centri di accoglienza)	
		Operatori socio-santari (OSS)	
Addetti ai servizi	Addetti all'assistenza alla persona in servizi e strutture (ADEST, OSA, OTA, ASA, ASS, AdB,...)		
	Assistenti familiari (assistenti geriatrici, badanti, addetti all'assistenza a domicilio)		
Altro	Altro		

4.5 Uno sguardo d'insieme

Il quadro che emerge dall'analisi dei fabbisogni informativi evidenzia la necessità di agire su più fronti. In primo luogo la varietà dei modelli organizzativi dei sistemi sociali regionali, la diversificazione dei bisogni sociali presenti a livello territoriale, le molteplici modalità di sviluppo delle politiche di integrazione socio-sanitaria contribuiscono a determinare una domanda di figure professionali differenziata a livello regionale e territoriale che rende particolarmente

complessa la standardizzazione della raccolta delle informazioni, siano esse di carattere esclusivamente statistico che di carattere gestionale/amministrativo.

L'evoluzione della domanda di servizi connessa all'emergenza di nuovi bisogni sociali ha favorito la nascita e la proliferazione di nuove figure professionali che, pur svolgendo un ruolo significativo nei sistemi sociali territoriali, non sono regolate a livello nazionale, in molti casi non sono riconosciute neanche a livello regionale oppure sono caratterizzate da denominazioni, percorsi formativi, requisiti di competenza diversi, sistemi di accreditamento diversificati. Si pensi alle figure del mediatore culturale o dell'assistente familiare o alle diverse declinazioni regionali di professioni come quella dell'animatore professionale.

Se dunque l'esigenza di monitorare, ma anche di gestire, l'occupazione e il personale che opera nei servizi sociali richiederebbe l'individuazione di un repertorio limitato e definito di figure professionali, delle relative competenze e dei corrispondenti percorsi formativi, dall'altro la continua evoluzione della domanda sociale territoriale tende invece ad ampliare la pluralità delle figure professionali e a favorire un'ulteriore frammentazione di questo segmento del mercato del lavoro. Ciò rende particolarmente complessa l'individuazione di standard professionali omogenei e condivisi a livello territoriale, regionale e interregionale, indispensabile premessa per la costruzione di sistemi informativi regionali capaci di fornire informazioni certe e dettagliate sulle dimensioni ma anche sulle caratteristiche qualitative del personale che opera in ambito sociale comparabili fra loro.

Il quadro delle rilevazioni statistiche ufficiali, unitamente alle premesse con cui è stata sviluppata l'analisi settoriale, ci consegna una situazione in cui ad oggi non è possibile ricostruire il quadro delle professioni sociali, sebbene siano attivi flussi che monitorano le diverse componenti del sistema. Da un lato infatti l'indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati offre un quadro esaustivo dell'offerta di servizi sociali a livello territoriale, che potrebbe rappresentare la base per la misurazione degli occupati nel settore pubblico. L'indagine sui presidi è l'unica che ad oggi rileva gli occupati e le professioni nelle strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie: questa indagine dovrà essere certamente presa come modello anche nell'ottica dell'incrocio fra i flussi da essa provenienti e i flussi che saranno alimentati da altre indagini.

La rilevazione delle cooperative sociali e quella delle organizzazioni di volontariato potrebbero aggiungere un importante tassello nella costruzione del quadro relativo all'occupazione: le due indagini infatti censiscono un universo che con il mondo del sociale è strettamente correlato e che permetterebbe utili considerazioni anche sui ruoli svolti all'interno del sistema. Ricordiamo che attualmente entrambe le rilevazioni risultano sospese: sarebbe auspicabile che esse venissero ristabilite e arricchite di quei contenuti informativi necessari al monitoraggio dell'occupazione nei servizi sociali e delle professioni sociali. In particolare le cooperative sociali impiegano una fetta molto importante dell'occupazione totale, come confermano i dati dello studio condotto a livello nazionale e dell'applicazione al caso marchigiano. Secondo tali dati, oltre i due terzi degli occupati nei servizi sociali operano nelle cooperative, inoltre il contesto cooperativo è quello cui sono legate alcune delle criticità dei percorsi lavorativi riscontrate nel corso dell'analisi.

Per quanto riguarda i sistemi informativi regionali, il quadro delle informazioni disponibili sulle professioni sociali nelle tre regioni considerate consente di individuare alcune criticità che ostacolano ad oggi il monitoraggio e la conoscenza dell'occupazione presente nei servizi sociali da un lato, e l'analisi qualitativa delle figure professionali sociali dall'altro, e che confermano la necessità di integrazione e condivisione delle strategie e delle modalità di raccolta e classificazione dei dati. I tre casi analizzati costituiscono alcune delle esperienze regionali più avanzate nella predisposizione di sistemi informativi sulle politiche sociali e quelli in cui l'attenzione alla

raccolta di informazioni sull'occupazione e sulle figure professionali impiegate nei servizi sociali è consolidata da tempo. Tuttavia anche in questi casi la quantificazione dell'occupazione e l'analisi qualitativa del personale sociale è ostacolata dalla difficoltà di integrare la pluralità dei flussi informativi esistenti nel contesto regionale da un lato e dall'altro dalla adozione di nomenclature e classificazioni diversificate delle variabili rilevanti per descrivere le caratteristiche degli enti titolari o gestori dei servizi, dei rapporti di lavoro e dei lavoratori nelle diverse rilevazioni.

Le principali criticità riscontrate sono relative alla molteplicità delle nomenclature utilizzate per raccogliere le informazioni sulle professioni, sul numero di lavoratori per area di utenza, sul rapporto di lavoro e sulla natura giuridica degli enti titolari o gestori dei servizi. Comune è la difficoltà di individuare e quantificare in modo distinto il personale sociale e quello sanitario nell'area socio-sanitaria e di computare le unità di personale che operano in diverse aree di intervento.

Nello stesso tempo in tutte le regioni considerate sono allo studio sperimentazioni finalizzate da un lato ad integrare tra loro, anche grazie a significativi investimenti sulle nuove tecnologie, i diversi flussi informativi attivati a livello regionale; dall'altro a individuare livelli di raccordo delle nomenclature che consentano una comparazione a livello interregionale.

Le regioni analizzate condividono inoltre la preoccupazione di non appesantire ulteriormente i propri sistemi informativi valorizzando e razionalizzando i flussi informativi già disponibili. In quest'ultima direzione va ad esempio la prassi sperimentata in tutte e tre le regioni di utilizzare la rilevazione ISTAT sui presidi socio-assistenziali per raccogliere informazioni sull'occupazione e sulle professioni sociali grazie all'integrazione dello strumento di rilevazione con una scheda appositamente elaborata a livello regionale. Si tratta di una buona prassi che se fosse standardizzata e adottata in tutte le regioni anche nel corso di altre rilevazioni statistiche nazionali (sulla spesa per interventi e servizi sociali, sulle cooperative sociali, sulle organizzazioni di volontariato) potrebbe costituire una buona base di partenza per l'approfondimento della conoscenza del lavoro e dell'occupazione in ambito sociale.

L'analisi dei dati e delle informazioni oggi disponibili sull'occupazione e sulle professioni in ambito sociale sulla base delle rilevazioni statistiche ufficiali di livello nazionale e di livello regionale, nonché di altri flussi informativi attivati a livello regionale e dei flussi amministrativi, conferma l'importanza di predisporre un sistema informativo delle professioni sociali capace di far confluire in unico flusso informativo di livello nazionale la molteplicità delle informazioni relative ai diversi contesti regionali. Tale analisi suggerisce anche che la premessa per poter procedere in tale direzione è la definizione dei debiti informativi minimi che i sistemi informativi regionali dovrebbero assumere nei confronti del sistema informativo nazionale.³⁸

La definizione di tale debiti informativi comuni ai diversi contesti regionali richiede che sia preventivamente condivisa a livello interregionale una Nomenclatura delle Professioni Sociali capace di soddisfare una duplice esigenza:

- a) il mantenimento di classificazioni sufficientemente dettagliate idonee a descrivere le professioni sociali, i rapporti di lavoro e gli enti che operano nei sistemi sociali territoriali;
- b) la necessità di sviluppare livelli di raccordo sufficientemente semplificati che consentano di comparare i dati a livello interregionale e di ricostruire un quadro di insieme di livello nazionale.

Il percorso sperimentato a livello interregionale e sotto il coordinamento del CISIS per la elaborazione del Nomenclatore Interregionale degli Interventi e dei Servizi Sociali potrebbe costituire da questo punto di vista un utile punto di riferimento. Tale Nomenclatore è stato

³⁸ Marano A., La costruzione del sistema informativo sociale, in Castegnaro C., (a cura di), I sistemi informativi per il sociale, I quid N. 8, Prospettive sociali e sanitarie 2010, pp. 17-28.

infatti costruito sulla base di un modello a corrispondenza multipla sperimentato empiricamente che consente di raccordare le classificazioni molto dettagliate utilizzate a livello territoriale con quella interregionale³⁹. Naturalmente in tale processo le regioni sarebbero chiamate a svolgere un ruolo centrale.

³⁹ Cfr. Tartari M.E., Il Nomenclatore Interregionale dei Servizi e degli interventi sociali, in Servizi Sociali Oggi – febbraio 2010

5 L'analisi di otto ambiti territoriali sociali: sistema dei servizi, occupazione, professioni

Una parte importante della ricerca ha realizzato indagini sul campo sui problemi relativi ai sistemi locali dei servizi sociali, ai modelli organizzativi e decisionali, alla quantità e qualità del lavoro impiegato, alle competenze e alle professionalità esistenti.

Le indagini sul campo, di tipo qualitativo e quantitativo, sono state condotte su otto Ambiti Territoriali Sociali (ATS) della regione Marche, compresi gli ATS di Pesaro e di Urbino, già inclusi come casi di studio nella ricerca condotta per il Ministero delle Politiche Sociali "Il lavoro nel settore dei servizi sociali e le professioni sociali" (Lunaria 2009).

La definizione degli otto ATS è stata stabilita di comune accordo con la Regione Marche. Sono stati individuati gli otto casi sulla base dei criteri definiti nel progetto di ricerca iniziale; la Tabella seguente presenta gli ambiti selezionati con le informazioni sulle loro principali caratteristiche.

Tabella 5.1 – Principali caratteristiche degli ambiti oggetto di indagine

ATS	Pr.	Comune Capoluogo Provincia	Costa Collina Interno	Numero comuni	Spesa Sociale Netta (2006)		Pop Residente 2008	Note
					Totale Milioni di €	Procapite €		
Pesaro	PU	Si	Costa	9	17,8	135,20	135.340	
Urbino	PU	No	Interno	9	5,3	123,50	43.468	
Ancona	AN	Si	Costa	1	13,1	128,39	101.424	
Jesi	AN	No	Collina	21	10,6	100,18	107.208	Azienda consortile
Macerata	MC	Si	Collina	9	8,6	91,50	94.798	
Camerino	MC	No	Interno	13	1,7	116,08	14.702	Comunità Montana
Porto S.Elpidio	FM	No	Costa	3	4,0	83,44	49.661	
Ascoli Piceno	AP	Si	Interno	9	6,6	90,50	73.398	
Totale 8 ATS				74	67,7		619.999	
Regione Marche				246	150,5	98,20	1.553.063	

Gli otto casi sono stati individuati per rappresentare le diversità del contesto regionale sotto molteplici aspetti:

- presentano profili di attività economiche differenziati (terziario avanzato, servizi tradizionali, industria, agricoltura intensiva e marginale);
- presentano profili demografici e sociali diversi (alta e bassa natalità, diversi tassi di occupazione femminile, alti e bassi flussi migratori dall'estero);
- presentano strutture familiari e fattori di rischio sociale differenziati (diversi tassi di invecchiamento, frequenze delle separazioni, tassi di disoccupazione e di occupazione precaria), producendo in questo modo diverse tipologie di domanda di servizi sociali;
- presentano forti differenze istituzionali e nel tipo di politiche sociali realizzate, nel ruolo relativo delle Province, Comuni e altri enti pubblici impegnati sui problemi sociali, e nel rilievo delle esperienze nel campo dei servizi sociali;
- la forte differenziazione geografica regionale

Sulla base di tali marcate differenze, ci possiamo aspettare che gli aspetti che ritroveremo comuni a tali otto casi si presentino come aspetti generali della realtà regionale; quando emergono diversità tra i casi studio, si tenterà invece di riportarle ai principali fattori - sociali, demografici, istituzionali e politici - che possono contribuire a spiegarle.

5.1 Metodologia e indagini sul campo

L'analisi degli otto ATS si è basata su una molteplicità di fonti e metodologie.

a. Sono stati analizzati documenti istituzionali relativi alla programmazione e costruzione del sistema locale dei servizi - come gli accordi di programma, i protocolli di intesa, i contratti con i diversi soggetti pubblici, privati o del privato sociale per la programmazione e gestione dei servizi - e relativi ai contratti di lavoro utilizzati nei servizi sociali.

b. Sono stati raccolti dati quantitativi di fonti comunali o regionali già disponibili, relativi ai servizi erogati, alla spesa, all'occupazione, alle professioni e ad altre caratteristiche rilevanti.

c. Sono state realizzate indagini sul campo su otto ATS che hanno previsto la somministrazione di questionari, la realizzazione di interviste e di focus group sui temi di interesse per la ricerca. In modo propedeutico a queste attività sono state organizzate riunioni con gli attori locali che fanno parte del sistema locale dei servizi sociali. Nell'ambito di queste indagini:

- per l'analisi dell'occupazione nei servizi sociali sono stati raccolti dati quantitativi e qualitativi attraverso la somministrazione di un questionario semi-strutturato che riprende ed è compatibile con quello utilizzato nella ricerca CNR-Lunaria per il Ministero (Lunaria 2009);

- per l'analisi del sistema locale dei servizi sono state realizzate interviste e focus group con gli attori locali che partecipano al processo di governance delle politiche sociali e con operatori sociali;

- per l'analisi delle tre figure professionali degli educatori, degli assistenti sociali e degli operatori socio-sanitari sono stati realizzati focus group con operatori con tali profili e altri attori rilevanti del sistema locale dei servizi, oltre a una serie di interviste e consultazioni su temi specifici;

- per l'analisi dei contratti di lavoro e dei modelli organizzativi sono state realizzate interviste e un questionario semplificato ai partecipanti ai focus group del punto precedente.

L'analisi del sistema locale dei servizi e dell'occupazione

Per esaminare il sistema locale dei servizi e l'occupazione, all'interno di ogni ATS, si è scelto di coinvolgere tra i dieci e i quindici testimoni privilegiati, dirigenti delle realtà istituzionali - pubbliche e private - più attive e rappresentative del sistema territoriale dei servizi sociali. Tali realtà sono state individuate d'intesa tra l'équipe di ricerca, i Coordinatori d'Ambito e la Regione Marche, secondo i criteri riportati nella tabella di seguito.

Tabella 5.2 – Istituzioni coinvolte nell’indagine sul campo

Istituzioni coinvolte	Rappresentatività per
Comuni	Dimensioni demografiche (piccoli e grandi)
	Posizione geografica (costa – entroterra) solo se rilevante
	Innovatività delle politiche sociali (particolari settori di intervento), o nella forma gestionale (es: unione di comuni)
	Colore politico
	Disponibilità dei dirigenti a collaborare con l’intervista
Ex IPAB	Dimensioni occupazionali (piccole e grandi)
	Rappresentatività dei servizi offerti
	Disponibilità dei dirigenti a collaborare con l’intervista
Cooperative sociali	Tipologia (A e B)
	Dimensioni occupazionali (piccole e grandi)
	Rappresentatività dei servizi offerti
	Rappresentatività nel sistema di governance
	Disponibilità dei dirigenti a collaborare con l’intervista
Istituzioni <i>for profit</i>	Dimensioni occupazionali (piccole e grandi)
	Rappresentatività dei servizi offerti
	Rappresentatività nel sistema di governance
	Disponibilità dei dirigenti a collaborare con l’intervista
Associazioni (di promozione sociale, ONLUS, di Volontariato)	Rappresentatività nel sistema di governance
	Disponibilità dei dirigenti a collaborare con l’intervista
Distretto Sanitario	
Job Center	
Sindacati	

Per ogni Ambito l’indagine ha previsto tre modalità distinte di coinvolgimento dei diversi attori:

1. intervista semi-strutturata al Coordinatore d’Ambito;
2. focus group con i dirigenti di tutte le realtà istituzionali coinvolte;
3. somministrazione di un questionario semi-strutturato ai dirigenti dei Comuni, delle cooperative sociali, delle Ex Ipab e delle aziende *for profit* coinvolte.

L’intervista ai Coordinatori d’Ambito e il focus group ha indagato le seguenti dimensioni:

1. Quali sono gli attori e le figure professionali coinvolte?
2. Che ruolo svolgono nella progettazione, gestione e attuazione delle specifiche politiche?
3. Le figure professionali che partecipano sono in possesso di competenze specifiche, formali (per esempio titolo di studio) o informali (esperienze professionali), adeguate per garantire decisioni efficaci?
4. Quali sono le figure professionali eleggibili per partecipare ai processi decisionali e concertativi, gestionali e attuative e come sono selezionate?
5. Esistono dei sistemi di rendicontazione per i vari ruoli ricoperti sul raggiungimento degli obiettivi concordati?
6. Ci sono interessi importanti o prospettive che sono escluse dalle fasi decisionali?
7. Quali sono le principali caratteristiche dei processi comunicativi?
8. Come le diverse posizioni espresse dai diversi attori e professioni sociali vengono effettivamente legate alle azioni svolte?

Il questionario sul lavoro nei servizi sociali è stato predisposto insieme al Ministero e alla Regione, e successivamente modificato in base alle indicazioni di ritorno dalle prime interviste pilota realizzate. Il questionario rileva dati quantitativi relativi al personale in servizio nelle varie istituzioni o organizzazioni del terzo settore, informazioni relative al numero delle unità suddivise per sesso, per tipologia di contratto (dipendenti, contratti atipici, volontari o stagisti), per orario di lavoro (full time o part time) e collocati per aree di utenza (famiglia e minori, disabili, dipendenze, anziani, immigrati e nomadi, povertà e disagio adulto, altre tipologie di utenza). Viene rilevato inoltre il titolo di studio dei lavoratori impegnati nel sociale (laurea, diploma, formazione professionale, scuola dell'obbligo), la loro tipologia (sociologia, servizio sociale, psicologia, OSS, OSA, ecc.), il tipo di funzione svolto (dirigenziale, amministrativo, di programmazione, di progettazione, di coordinamento, di erogazione di servizi, di valutazione e monitoraggio degli interventi, e di comunicazione esterna), la spesa lorda annua per il personale e le retribuzioni lorde mensili (la più alta e la più bassa).

Sempre nell'area relativa al personale si sono raccolte informazioni relative al livello di criticità (massima, alta, bassa, minima o nulla) di una serie di problemi, come lo scarso livello di formazione del personale in entrata, la mancanza di formazione continua, l'inadeguatezza delle competenze del personale, la scarsa flessibilità del personale, la scarsità del personale a disposizione, la scarsa motivazione del personale, l'eccessiva mobilità in uscita del personale, l'inadeguatezza delle prospettive di carriera. Si è chiesto poi di indicare il livello di criticità di una serie di circostanze riguardanti l'utenza (utenza in continuo aumento, nuove tipologie di utenza, difficoltà a raggiungere utenza potenziale, difficoltà a strutturare relazioni durature con l'utenza del servizio), l'istituzione/organizzazione (alto livello di burocrazia, inadeguata consultazione dei diversi soggetti interessati, eccessivo accentramento dei poteri di decisione), il lavoro (eccessiva precarietà del lavoro, elevata conflittualità sindacale, elevata conflittualità interpersonale).

I questionari sono stati sottoposti alle seguenti istituzioni, per ognuno degli 8 ATS interessati:

- ◆ 4 comuni, compreso quello capofila (escluso l'ATS di Ancona, dove non erano presenti altri comuni)
- ◆ 4 cooperative sociali (di tipo A e B)
- ◆ 1 Ex IPAB, se presente;
- ◆ 1 impresa *for profit*, se presente.

Per i focus group si è richiesta la partecipazione di 10-15 testimoni privilegiati per ogni Ambito, con una compagine così strutturata:

- ◆ 4 comuni, compreso quello capofila (escluso l'ATS di Ancona, dove non erano presenti altri comuni)
- ◆ 4 cooperative sociali (di tipo A e B)
- ◆ 2 associazioni *non profit*
- ◆ sindacati
- ◆ Job Center
- ◆ Distretto Sanitario
- ◆ una Ex IPAB, se presente;
- ◆ imprese *for profit*, se presente.

Sebbene le interviste realizzate non abbiano incluso la totalità degli attori operanti nei servizi sociali nei casi esaminati, tuttavia i criteri utilizzati per la scelta degli intervistati e la molteplicità delle prospettive da cui si sono attinte informazioni quantitative e qualitative consente di

utilizzare i dati per una comparazione territoriale. Lo studio ci consente pertanto di offrire una descrizione attendibile delle tendenze emergenti nei contesti territoriali presi in esame.

Nei capitoli seguenti, dedicati prima al sistema locale dei servizi e poi a quantità e qualità dell'occupazione, sono fornite ulteriori informazioni sulle metodologie utilizzate.

L'analisi delle professioni sociali, dei contratti di lavoro e dei modelli organizzativi

Nel capitolo 8 sono analizzate le tre figure professionali degli educatori, degli assistenti sociali e degli operatori socio-sanitari. Per tali analisi sono stati realizzati focus group in ciascun ATS, con un numero selezionato di operatori con tali profili e altri attori del sistema locale dei servizi, oltre a una serie di interviste e un incontro specifico dedicato ai problemi della formazione degli operatori sociali. Nel capitolo viene fornita una presentazione puntuale della metodologia seguita e dei criteri di individuazione dei partecipanti.

Nel capitolo 9 sono esaminati i legami tra professioni sociali, contratti di lavoro e clima organizzativo e viene illustrata in dettaglio la metodologia utilizzata, che comprende interviste e un questionario ai partecipanti ai focus group del punto precedente.

6 Il sistema dei servizi negli otto ambiti territoriali sociali

In questa parte analizziamo il ruolo che i diversi attori hanno giocato nella costruzione del sistema delle politiche e dei servizi sociali nella regione, con particolare attenzione a una prospettiva comparata territoriale sugli otto casi studio selezionati. Le fonti utilizzate sono prevalentemente le interviste con i protagonisti del sistema dei servizi, realizzati nell'indagine sul campo descritta nel capitolo precedente. Le riflessioni sui diversi soggetti e sulle relative relazioni suggeriscono alcune chiavi interpretative delle dinamiche che hanno caratterizzato la nascita del sistema di welfare sociale regionale negli ultimi anni.

6.1 Gli ATS: risultati e metodologia di lavoro

Qualità ed estensione della rete dei servizi

L'articolazione del sistema sociale regionale in ATS rappresenta la principale novità organizzativa sulla quale si è basato l'avvio del sistema sociale regionale, in sintonia con le indicazioni della L328/2000. L'istituzione degli ATS ha permesso ai servizi sociali del territorio di varcare la dimensione municipale a favore della costruzione di una rete, non solo fra i diversi comuni coinvolti, ma anche con i diversi attori chiamati a partecipare alla costruzione delle risposte per i bisogni sociali, per la piena attuazione del principio di sussidiarietà verticale e orizzontale. Il processo tuttavia non ha ancora pienamente raggiunto la sua maturità in particolare per quanto attiene la dimensione della gestione dei servizi a livello di ATS.

La consapevolezza delle potenzialità rappresentate dalla costituzione degli ATS emerge in modo chiaro, specialmente in questo contesto di riduzione delle risorse. Il principale risultato raggiunto dagli ATS è stato quello di riuscire a qualificare ed estendere i servizi sociali, grazie all'introduzione di (nuovi) servizi (prima inesistenti) nel territorio e di messa in rete di quelli esistenti.

“L'ambito ha la funzione decisiva nello sviluppare altri servizi, perché il comune non ha le risorse per attivarli” (AP_F2)

“prima dell’ambito c’erano delle trincee per cui ognuno cercava di tenersi il proprio e magari non diceva neanche che c’era una struttura più adeguata che poteva gestire meglio delle situazioni” (MC_F13)

“Abbiamo dei piccoli comuni dove lo svantaggio è più pesante perché le risorse locali sono più deboli, in questo senso l’ambito è una forte camera di compensazione” (J_F8).

“Il comune piccolo non ha le professionalità adeguate, l’ambito ha dato la possibilità di avere due giorni a settimana una validissima assistente sociale” (AP_F7).

Il percorso di costruzione degli ATS è stato il frutto di un lavoro lungo di consultazione, partecipazione, ascolto e condivisione che ha portato alla costruzione di un patrimonio nuovo e comune di risorse nuove per le politiche sociali, che per decenni erano rimaste nei comuni piccoli vincolate alla scarsità di risorse e spesso sottomesse a logiche politiche locali, discrezionali.

“Abbiamo impiegato tanto tempo per creare questa mentalità comune, questi linguaggi comuni, per questi servizi che vengono erogati non più a discrezione del Sindaco come succedeva nei comuni piccoli, ma perché c’è un regolamento” (MC_focus7).

La costruzione della rete

La partecipazione e il confronto fra i diversi tecnici del sociale di un territorio, all’interno dell’Ufficio di Piano, ha permesso di arricchire la capacità progettuale dei territori che hanno saputo mettere a frutto le potenzialità del dialogo e dello scambio.

“prima dell’ATS eravamo completamente separati, invece, questo modo di lavorare, di incontrarci ci ha aiutato anche nei rapporti umani, il confrontarsi e vedersi aiuta anche nei rapporti di lavoro... il percorso è iniziato da nove anni e lavoriamo molto bene insieme ... confrontandosi con gli altri hai stimoli e opportunità diverse ” (MC_focus1)

Nella costruzione di relazioni nuove fra attori istituzionale che, seppur vicini, non avevano questa abitudine al dialogo, confronto e scambio, la figura del coordinatore di ambito è stata centrale per creare “una giusta armonia e un giusto equilibrio” (MC_focus1).

Nel corso dell’approfondimento sui casi studio emerge come una costante la consapevolezza che le relazioni personali fra gli attori chiamati a partecipare alla rete dei servizi per fornire una risposta ai bisogni dei cittadini sono fondamentali: “le situazioni le fanno le persone che sono la prima risorsa importante” (MC_focus6) anche se i contesti al cui interno agiscono è fondamentale per il raggiungimento di risultati efficaci ed efficienti.

La metodologia di lavoro per la creazione e lo sviluppo del sistema della politiche e dei servizi sociali negli ATS si basa proprio sull’importanza del confronto, della condivisione delle scelte, della partecipazione. La stessa metodologia ha caratterizzato il percorso che ha portato alla costituzione degli ATS e dal 2002 è il principio che regola le attività degli stessi. Il merito principale riconosciuto all’ATS risiede nella promozione di una modalità di lavoro innovativa caratterizzata dalla costituzione di tavoli di consultazione, concertazione e co-progettazione con i diversi attori del territorio. Questo aspetto rappresenta non solo la principale novità, ma viene considerato anche il valore aggiunto maggiore nel processo di costruzione degli ATS: “ritrovarsi intorno a un tavolo con varie associazioni e quindi cominciare a conoscersi e riconoscersi permette di iniziare a collaborare” (MC_focus 11).

L'attivazione dei tavoli si articola in diversi livelli: "il tavolo della consultazione è molto ampio, perdi tempo, ci vuole pazienza, poi siete tutte donne ai tavoli, mi fate morire (risatina), ma è anche una cosa molto dinamica, lunga, ma la cosa più importante è che il tavolo della consultazione possa attivare la concertazione e co progettazione ed eventualmente la co-gestione. ... concertare significa che in qualche modo ti metti d'accordo su delle idee, questo mettersi d'accordo ti impegna non è più solo la consultazione, ok detto questo faccio quello che voglio io... le altre due fasi sono più complesse" (4)

Estremamente positivi sono i commenti e i giudizi rispetto all'esperienza dei tavoli di concertazione e dei tavoli tematici: "abbiamo imparato ad incontrarci, a parlare la stessa lingua e piano piano da lì sono nate poi le idee" (j_f3).

"il piano sociale ci ha messo nelle condizioni di migliorare questa cultura della condivisione e forse ci ha fatto anche riappropriare, a noi del privato sociale, della necessità di metterci davanti a quelle che sono le realtà del bilancio e dei costi" (J_f6)

"al di là del prodotto è già il fatto di tutte le persone che sono state messe insieme a ragionare su questa cosa, contribuisce in ogni modo a cambiare il territorio" (J_f5).

Partecipazione e coesione sociale

La consultazione e la promozione della partecipazione hanno vissuto una fase iniziale di entusiasmo e di grande coinvolgimento che negli ultimi anni ha, però, assunto caratteri diversi. Nei territori in cui è stata posta attenzione al consolidamento dei rapporti fra i soggetti come a Pesaro, anche con strumenti istituzionali innovativi e forti, come a Jesi, si è fatto un investimento nella strutturazione e consolidamento del metodo della consultazione, concertazione e co-progettazione.

Nell'ATS di Jesi la partecipazione ai tavoli di lavoro prevede una iscrizione formale e l'esplicitazione di un impegno per garantire la continuità nella partecipazione agli incontri, il cui calendario è definito con ampio anticipo e pubblicato sul sito dedicato. Quest'ultimo è uno strumento importante di supporto alle attività dei tavoli perché raccoglie e rende sempre accessibili (a tutti) i verbali degli incontri. Particolare attenzione viene data alla loro conduzione a cui si arriva con materiali informativi diffusi in fase iniziale e seguiti dalla stesura di un verbale che sintetizza in maniera condivisa i principali risultati raggiunti dal confronto. Si tratta di un lavoro molto complesso che ha visto il coinvolgimento di circa 500 persone. Al contrario che in altri ATS, in quello di Jesi si rileva una crescita della partecipazione che non è da attribuire ad elementi estranei o fortuiti, ma è il frutto di un processo supportato da aspetti tecnici, culturali e formativi al fine di valorizzare l'importanza di essere presenti ai tavoli: "tutto questo lavoro perché se il lavoro di concertazione è serio, i partecipanti non si sentono traditi, si sentono ascoltati, si sentono valorizzati, si sentono coinvolti e vengono, se invece la concertazione è finta, falsa, fatta per dire che è stata fatta, si sfalda il meccanismo della partecipazione" (6)

L'attenzione per gli aspetti pratico organizzativi è un elemento cruciale per il buon funzionamento del processo di partecipazione "nei tavoli si lavora a fisarmonica, si allarga continuamente e si restringe quando devi fare degli interventi mirati, ... ma mai finire l'incontro senza avere definito cosa fare la prossima volta e mettere in agenda le date dei prossimi incontri"

(4). Queste attenzioni permettono ai meccanismi di partecipazioni di essere autentici e nello stesso tempo di raggiungere gli obiettivi prefissati ed esplicitati.

In altri territori, però, il metodo della consultazione è sfociato in pratiche meno strutturate e in alcuni casi meno efficaci e più formali, come ad Ancona: “tutte le associazioni di volontariato hanno richiesto un incontro con il Coordinatore, perché noi siamo esclusi da tutte le scelte che fa il comitato d’ambito. Noi non veniamo coinvolti e i nostri pareri non vengono tenuti in considerazione ... i pochi incontri che vengono fatti sono dispersivi” (AN_F2)

Inoltre, la fragilità istituzionale, dovuta alla mancanza di personalità giuridica dell’ATS, specialmente negli ultimi anni, ha rischiato di svuotare di significato le procedure di consultazione e concertazione avviate in alcuni ATS e minare il lavoro fatto: “all’inizio questa condivisione è stata molto forte con gli altri comuni... La costituzione della rete degli attori del territorio promossa dall’ambito è stato il suo fine principale, oggi però, risente del suo mancato rafforzamento istituzionale. Gli attori si riconoscono tutti presenti intorno al tavolo, ma si sentono un po’ ‘smagliati fra di loro’ sentiamo che qualcosa si è un po’ appiattito” (MC_focus4).

Anche il ruolo del coordinatore sta vivendo una fase di trasformazione da facilitatore a manager: “la Regione Marche all’inizio ha detto che il coordinatore è un facilitatore puro di rete poi si è fermata a rivedere il percorso, dandomi anche attribuzioni di gestione e quindi di responsabilità manageriali, dirigenziali, ... è chiaro che non ho più il tempo da dedicare ai tavoli, devi fidarti dei tuoi collaboratori, devi delegare ... il tuo compito diventa quello di andare ogni tanto con la fiaccolina ad attivarli, questo qui è il compito della manutenzione della rete” (4) Questo processo di cambiamento rischia di mettere a rischio il proseguimento nelle pratiche di consultazione e concertazione in quei territori in cui fino ad adesso queste sono state meno consolidate.

Gli attori ascoltati nei diversi territori precisano la necessità di mettere in luce la profonda differenza fra l’essere informati e il partecipare alle scelte “non è il fatto di essere informati, ma quello di partecipare alla messa in evidenza delle esigenze, delle necessità che vengono fuori dal territorio.” (Urbino_F3). Ed è proprio questo percorso di partecipazione effettiva che assegna all’ambito un valore aggiunto difficilmente tangibile che riguarda la coesione sociale dei territori “L’ambito svolge una funzione di coesione sociale sul territorio molto forte per la capacità di fare sedere intorno a un tavolo tutti gli attori sociali, associativi, istituzionali in continuità e farli ragionare insieme” (Urbino_F2)

La costituzione degli ATS ha inoltre permesso l’identificazione di un soggetto unico nel sociale che è diventato l’interlocutore privilegiato per la sanità e per gli altri soggetti del territorio: volontariato, cooperative, centri per l’impiego, le scuole: “prima il direttore del distretto si rapportava con 21 municipi, adesso l’Ambito fa da collettore” (6). Dedichiamo i prossimi paragrafi all’analisi del ruolo dei singoli attori nella relazione con gli ATS.

6.2 Il difficile processo di costruzione dell'integrazione socio-sanitaria

La storia dei servizi sociali e dell'integrazione con quelli sanitari della regione Marche, al pari di molte altre esperienze regionali, si caratterizza per un alternato equilibrio con momenti in cui ha dominato una componente a sfavore dell'altra. Nel caso delle Marche, la fase precedente alla costruzione del sistema sociale regionale del 2002, si caratterizzava per un marcato sbilanciamento delle competenze sociali sul versante sanitario. In altre parole, la dimensione sociale dei comuni aveva un ruolo complessivamente contenuto mentre gli investimenti strutturali nel campo dei servizi sociali erano stati fatti all'interno dell'area sanitaria. A partire dal 2002, invece, la scelta politica di costruzione del sistema sociale marchigiano ha promosso la valorizzazione dei servizi sociali all'interno di nuovi contesti territoriali organizzativi, gli ATS. Questo ha portato alla necessità di avviare un dialogo fra i diversi attori nel sociale e nel sanitario chiamati a collaborare nel fornire la risposta ai bisogni dei cittadini. Il processo di costruzione dell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale si è articolato sui tradizionali tre livelli: integrazione istituzionale, gestionale e professionale. Su tutti i livelli è emersa in maniera forte una asimmetria (Belligoni, Ricci, 2010) fra gli attori e soggetti istituzionali che ha di fatto spesso impedito la costruzione di una integrazione efficace ed efficiente.

Gli ambiti territoriali e i distretti hanno rispecchiato due realtà caratterizzate da un'asimmetria di sfondo di carattere istituzionale relativa alla mancata definizione dei LIVEAS nel campo del sociale a fronte di indicazioni più esplicite nel campo sanitario (LEA). L'integrazione istituzionale trova un altro ostacolo nella natura amministrativa differente fra i due soggetti. Da una parte i Comuni con competenze sociali e dall'altro le aziende sanitarie locali con competenze sanitarie. I primi, infatti, si caratterizzano sulla base della logica della sussidiarietà verticale per una marcata autonomia a fronte invece di una dipendenza strutturale delle ASL dalla Regione. La Regione, quindi, si trova a promuovere l'integrazione possedendo però strumenti diversi sui due versanti.

Un altro limite nel processo di integrazione è rappresentato dalle differenze finanziarie fra i due soggetti. Il rapporto fra la spesa sociale e quella sanitaria è superiore a 1 a 40. "L'integrazione: la vedo molto difficile perché la sanità è ricca e i servizi sociali sono poveri, c'è uno sbilanciamento anche di peso economico e politico" (PortoSant'Elpidio_F8). A questo si aggiunge la rigidità e maggiore stabilità della struttura della spesa sanitaria rispetto a quella sociale. La programmazione sociale ha risentito in maniera molto marcata della mancanza di continuità e sicurezza nei finanziamenti: "La nostra programmazione è andata avanti a singhiozzo, non abbiamo mai avuto la certezza delle risorse" (8).

La riduzione delle risorse disponibili che ha interessato in maniera più significativa il settore sociale rappresenta, quindi, un altro limite strutturale alla crescita non solo dell'integrazione sociale e sanitaria, ma anche dell'intero sistema di welfare marchigiano. La necessità di contenere le spese ha portato ad alcune esperienze di difficile gestione "c'è un tentativo della sanità di fare non uno ma due passi indietro... loro hanno problemi, noi abbiamo problemi, loro hanno un sistema di budgeting molto rigoroso e quindi alla fine dicono che comunque più di questo non possono fare ed è anche difficile una trattativa. Le loro risorse sono insufficienti per cui ci sono ritardi importanti o tentativi di passare competenze al comune". (3). "Se le risorse da una parte e dall'altra sono scarse, molto spesso si fa filosofia piuttosto che integrazione vera" (MC_F6)

Le differenze negli assetti organizzativi costituiscono un ulteriore squilibrio che vede contrapporre un sistema strutturato, stabile del sanitario con uno molto più flessibile, instabile e incerto del sociale. La fragilità organizzativa rappresenta infatti un denominatore comune nell'approfondimento dei casi studio: "il problema è che mentre il direttore del Distretto ha personalità giuridica, il coordinatore di Ambito no, il Comitato dei Sindaci non gestisce un budget e anche l'integrazione diventa difficile, da una parte c'è autonomia gestionale mentre dall'altra no. Questo è un ostacolo forte all'integrazione, io penso che le due figure sanitarie e sociali devono essere sullo stesso livello" (MC_F6).

Il quadro delle asimmetrie fra sociale e sanitario si completa con la messa in luce delle asimmetrie nel campo delle professioni sociali. La mancanza di profili professionali sociali definiti a livello normativo, a parte quello dell'assistente sociale, contribuisce alla fragilità complessiva del sociale a fronte di un sistema sanitario al cui interno le figure professionali sono ben definite e normate. A seguito di questa debolezza strutturale le professionalità coinvolte nei due sistemi si caratterizzano inoltre per diversi livelli di tutela e garanzia contrattuale (si vedano i capitoli seguenti).

Le debolezze strutturali del processo di integrazione socio - sanitario necessitano, quindi, di un impegno costante per il loro superamento. L'impegno mostrato nei piani sociali regionali rispettivamente sanitario nel 2007 e sociale nel 2008 con la costituzione di una parte comune dei documenti programmatici rappresenta un primo passo formale verso un processo che necessita di ulteriori approfondimenti. L'attuale discussione politica sulla proposta di legge regionale per la riorganizzazione del servizio sanitario regionale LR13/2003 potrebbe rappresentare un importante punto di svolta nel processo di costruzione e maturazione della rete dei servizi alla persona nelle Marche.

Nonostante i limiti strutturali ben evidenti nel processo di integrazione fra due organizzazioni caratterizzate da un rapporto di marcata asimmetria, l'esperienza marchigiana si caratterizza per esempi e pratiche di integrazione realizzata su specifici settori di intervento e in determinati contesti territoriali. La mancanza di un quadro normativo regionale ha presentato nello stesso tempo un limite ma anche una opportunità per alcuni territori di sperimentare percorsi innovativi di integrazione. Tuttavia, se la scelta di non introdurre un sistema di integrazione socio-sanitario rigido, top-down, poteva essere giustificata nella fase iniziale della costruzione del welfare sociale nelle Marche, questa, nel corso della legislatura 2005-2010, ha assunto i connotati di un limite strutturale, che di fatto ha legittimato il proliferare di esperienze molto eterogenee nei modi e nei contenuti.

La costituzione di esperienze locali di integrazione deriva in maniera decisa dal lavoro svolto dagli ATS di invito alla componente sanitaria ai diversi tavoli di consultazione, concertazione e co-progettazione. La metodologia partecipativa dell'ATS ha rappresentato la chiave di volta per la promozione di esperienze concrete e anche ben riuscite di integrazione nei territori: "l'importante è che vengano dati i servizi e si riesca a rispondere a un bisogno. La forza dell'ambito è anche ricercare, inventandosi a volte, delle soluzioni, degli accordi, poco importa se del sociale o del sanitario, che possano rispondere a un'esigenza che è quella del bisogno di salute a 360°.... La forza dell'ambito è stata anche quella di dare la possibilità al sanitario di vedere con un'altra ottica le cose, non soltanto focalizzandosi sul malato e la malattia o la prevenzione ma anche su tutta un'altra sfera che fa parte dell'essere umano, che prima non era

sentita probabilmente anche per formazione professionale, quindi le due ottiche che si mettono insieme forse hanno un'altra forza e un valore aggiunto" (MC_F6).

Il confronto con gli ATS ha rappresentato per la sanità l'occasione per sperimentare una metodologia, improntata alla partecipazione e condivisione, che è lontana dalla cultura organizzativa che la contraddistingue: "noi come azienda sanitaria non eravamo abituati a confrontarci, però la funzione dell'ambito con i suoi tavoli di concertazione, di programmazione, mettendo insieme intorno a un tavolo tutti i componenti di fronte al fatto che potrebbe essere banale di conoscersi, di iniziare a parlare, questo effettivamente è stata un'altra cosa di cui bisogna dargli atto e da qui sono fioriti molti progetti, molte idee ed è iniziata una cooperazione fattiva... si sono abbattute molte barriere" (J_F5). Tuttavia specialmente in alcuni contesti permane una certa difficoltà comunicativa: "ho l'impressione che gli operatori della sanità soffrano un po' la compresenza ... il rapporto con la sanità è come camminare sulle uova" (8).

Il processo di costruzione della rete dei servizi fra sociale e sanitario non è stato sempre facile e ha richiesto una grande capacità comunicativa e di facilitatore da parte del coordinatore nel promuovere l'integrazione non solo a livello istituzionale e organizzativo, ma anche professionale: "Gli operatori non sono abituati a lavorare insieme, ma spesso rappresentano il nodo della rete: io arrivo fino a qui e più in là non vado perché questa è competenza mia e quella è competenza tua. Il nodo come momento di facilitazione permette il passaggio di un impulso verso un'altra maglia" (MC_F6).

L'accordo sulla salute mentale nell'Ambito di Ancona rappresenta un esempio meritevole di attenzione: "l'accordo mette in condizione la sanità di disporre delle nostre risorse sociali senza bisogno di mandare l'utente prima da loro per il trattamento farmacologico e poi da noi per il contributo economico. Quindi per l'utente c'è un passaggio in meno." (3) la mancanza di un quadro regionale strutturato mette però a rischio questo accordo il cui rinnovo è messo in discussione.

A livello di programmazione tecnica è maturata negli ultimi anni l'esigenza di utilizzare un linguaggio che possa meglio valorizzare le specificità del sociale, svincolandolo dall'essere considerato attributo del sanitario. A questo fine si è preferito il termine integrazione sociale e sanitaria al posto del termine composto 'integrazione socio - sanitaria'. Aldilà delle scelte linguistiche e dagli intenti dei tecnici regionali, il valore semantico e la pratica dell'integrazione necessita di essere oggetto di un lavoro maturo e condiviso fra i due soggetti prima di tutto a livello politico e tecnico regionale.

Diffusa nel territorio è la richiesta di un maggiore impegno da parte della Regione nel normare il tema dell'integrazione fra sociale e sanitario: "a livello istituzionale dalla Regione bisogna che arrivino parole chiare e indirizzi chiari con confini chiari perché fino ad oggi l'integrazione si è fatta molto sulla buona volontà, a livello locale... è arrivato il momento di avere una cornice più chiara" (Urbino_F2).

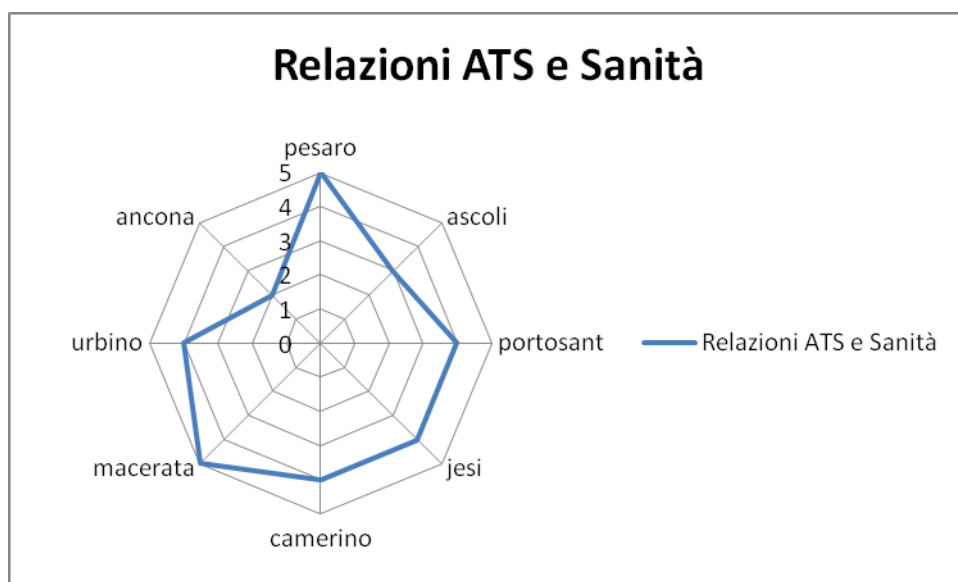
"Non si può lasciare l'integrazione alla buona volontà delle persone, perché anche nella nostra regione abbiamo situazioni a macchia di leopardo, dove l'integrazione non c'è per niente, dove è forte, quindi occorrerebbe che ci fosse nella programmazione qualcosa di più stringente" (MC_F6).

“Nel socio-sanitario, la persona è unica, non esiste la persona sociale e quella sanitaria ... nelle Marche abbiamo un piano sociale e un piano sanitario e credo che sia culturalmente sbagliato” (PS_F5).

Un altro limite riscontrato nel processo di costruzione dell’integrazione sociale e sanitaria, che rispecchia il duplice governo a livello regionale, è rappresentato dalla scarsa attenzione per i piani di attività distrettuali che avrebbe potuto rappresentare il campo di confronto e costruzione dell’integrazione istituzionale e organizzativa a livello territoriale degli ATS. “c’è una legge che dice che dobbiamo fare i piani, però la regione non ce li ha più chiesti e non è stato fatto un vero investimento. È stato fatto un corso per tutti i direttori di distretto perché la regione voleva far vedere che tutti i direttori di distretto ragionavano nello stesso modo, ma poi oltre a questo non è stato investito prima e non ci ha investito dopo” (Urbino_F1)

Sintetizzando le esperienze rilevate dall’approfondimento sui casi studio regionali, si rileva uno scenario complessivamente migliore di quanto ci si sarebbe potuto aspettare alla luce del fragile contesto istituzionale regionale. La rappresentazione grafica mette in evidenza come nella maggior parte degli ATS analizzati il giudizio complessivo del rapporto fra ATS e Distretto è complessivamente positivo. Nel grafico il valore 0 indica una relazione nulla fra l’ATS e il Distretto, mentre il valore 5 esprime una relazione molto stretta fra i due soggetti, che indica un elevato grado di coinvolgimento nel processo decisionale e di pianificazione. Le esperienze analizzate rilevano un rapporto caratterizzato da positive esperienze di integrazione che assumono aspetti più problematici solo nel caso di Ancona.

Figura 6.1 - Relazioni fra ATS e Sanità



0: relazione nulla
5: relazione stretta

6.3 Il volontariato fra impegno e pretese

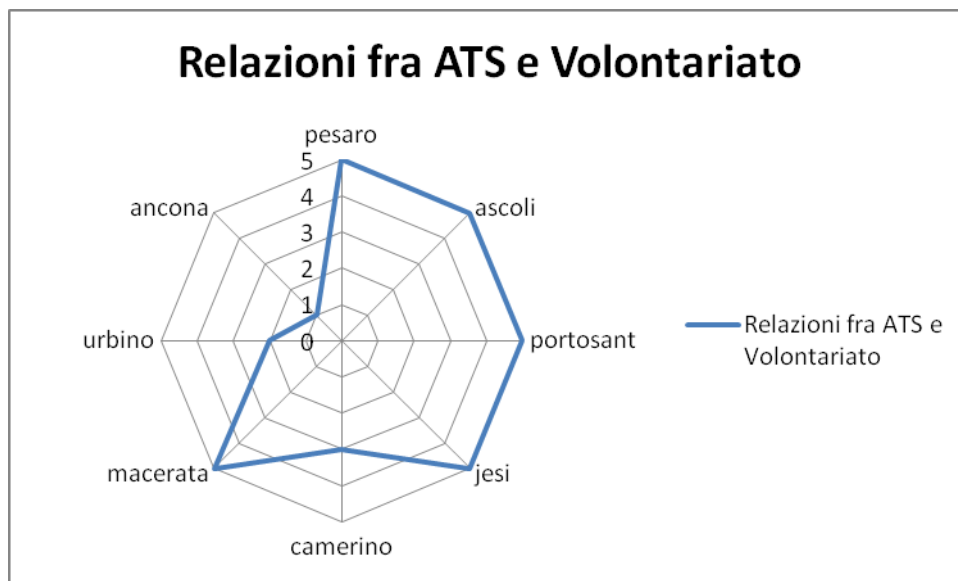
Il lavoro di costruzione della rete dei servizi a livello di ATS rappresenta un' importante azione anche rispetto al coinvolgimento e valorizzazione del ruolo del volontariato: “quello che si fa attualmente nell'Ambito, i tavoli di concertazione, sono utili perché le associazioni lavorando spesso negli stessi settori di intervento sono più in competizione che in rete. Sedersi intorno a un tavolo è utile per ascoltare e mettere sul tavolo nuove idee, è un punto di partenza di enorme importanza” (MC_F10)

Il processo avviato dagli ATS ha promosso un cambiamento anche nel modo di rapportarsi delle associazioni ai comuni e queste hanno gradualmente compreso che la partecipazione ai tavoli di concertazione aveva come fine la condivisione dell'analisi dei bisogni e di eventuali risposte e che “non si trattasse di incontri in cui piangere per avere soldi ... si è fatto fatica a far capire che si tratta di mettere insieme e non di prendere” (1).

La ricerca di un equilibrio fra aspettative da parte dell'ATS e delle associazioni di volontariato non è stata sempre facile: “le associazioni possono essere una risorsa per il territorio e per esserlo però bisogna che il punto di vista dell'ambito non sia quello di chi si aspetta l'erogazione di un servizio ... Ma bisogna proprio sporcarsi le mani con le associazioni, coinvolgersi, perdersi tempo, fare riunioni e progettare insieme. Ci vuole tempo, ci vogliono risorse perché i coordinatori possano valorizzare questo potenziale dell'associazionismo, hanno bisogno di spenderci del tempo ... il potenziale delle associazioni va tirato fuori lavorandoci insieme fin dall'inizio” (Urbino_F3).

Sintetizzando quanto emerso dall'analisi degli ATS emerge un giudizio molto positivo rispetto alla relazione fra ATS e Volontariato in quegli ambiti dove il rapporto di consultazione è riuscito a sfociare in pratiche di concertazione e co progettazione effettive; mentre nei contesti caratterizzati da esperienze di partecipazioni più formali si rileva l'irritazione e il dispiacere per un mancato coinvolgimento. L'esperienza di Macerata, invece, si distingue dalle altre analizzate per il marcato ruolo assunto dal volontariato che ha assunto forme ben strutturate e che partecipa attivamente alla rete dei servizi fornendo quel contributo che in altri contesti viene offerto dalle cooperative. Si tratta, quindi, di un volontariato molto strutturato e presente al contrario di quello dell'ATS di Camerino dove l'associazionismo viene giudicato “più fragile e capace di garantire meno continuità”, anche se ben rappresentati dal CSV. Anche in questo grafico la prossimità allo 0 implica una relazione molto stretta con l'ATS, mentre valori superiori indicano un graduale allentarsi della relazione.

Figura 6.2. Relazioni fra ATS e Volontariato



0: relazione nulla
5: relazione stretta

6.4 Le cooperative fra vincoli normativi e partecipazione

Gli ATS hanno svolto un importante ruolo nel processo di crescita e maturazione delle cooperative, mettendo però in luce una contraddizione strutturale del sistema che necessita di essere discussa a livello politico regionale. Da una parte, le cooperative sono state chiamate a partecipare alla costruzione del sistema delle politiche sociali: in tutti gli ATS forniscono la risposta ai processi di esternalizzazione dei servizi e in alcuni territori partecipano, per esempio, anche allo staff di ATS come a Porto Sant’Elpidio. Sono state invitate a partecipare alla fase di consultazione e in alcuni casi a quella di concertazione e co-progettazione. Dall’altra, però, permane una difficoltà strutturale nel conciliare la partecipazione autentica con le procedure relative all’esternalizzazione dei servizi.

Nel rapporto fra le cooperative e gli ATS si rileva, quindi, una debolezza che vede contrapporre le modalità di concertazione e co-progettazione, improntate alla cooperazione, a quelle del bando e quindi della competizione: “è un problema grosso che sta diventando vecchio ormai e che sta diventando sempre più grosso ... è difficile fare un sistema a rete con le risorse che sono sul territorio che in qualche modo devono essere messe in gara d’appalto. Anche la logica è quella dello scontro, quella della competizione e non è più quella della collaborazione. Invece creare un sistema a rete significa collaborare, cioè la logica è quella della collaborazione” (1)

L’attività delle cooperative si svolge all’interno di questa duplice modalità, di questo dualismo equivoco che rischia di sfociare in azioni al limite delle procedure permesse per legge o di dovere rinunciare a contributi che risulterebbero importanti e che contribuirebbero a un miglioramento complessivo della qualità dei servizi offerti: “A volte ti trovi di fronte a gare o possibilità di gestione che in realtà potevano essere costruite molto meglio, sia nell’interesse nostro, ma anche

degli utenti ... si fa fatica a mettere insieme i due momenti della co-progettazione e della trasparenza” (Prts_F7).

Rispetto a questo limite alcuni territori, in modo contingente e solo per alcune situazioni particolari, come per esempio Urbino, hanno trovato soluzioni che, nel rispetto dei criteri normativi, permettono, comunque, una preferenza nell’assegnazione del servizio.

“era l’unica cooperativa presente sul territorio che aveva una precisa esperienza sul tema.. abbiamo coinvolto questa cooperativa nel protocollo di intesa ... ma c’è il problema della normativa, che non aiuta ... altre forme oltre le gare e i bandi sono ancora nebuloze. Servirebbe una presa di responsabilità della Regione che se vuole creare un sistema diverso, un rapporto diverso, deve anche prendere la responsabilità di normare in modo preciso diverse forme di affidamento, per esempio a seguito di un tavolo di co-progettazione” (Urbino_F4).

Il punto di vista delle cooperative mette, quindi, in evidenza i limiti che caratterizzano il quadro istituzionale delle relazioni fra ATS e cooperative e che in parte rispecchiano uno dei punti di debolezza di un sistema che non è stato ancora messo a regime: “anche noi coop sentiamo questo scollamento, parliamo di rete ma poi manca sempre un anello per arrivare al nocciolo della questione” (MC_F4)

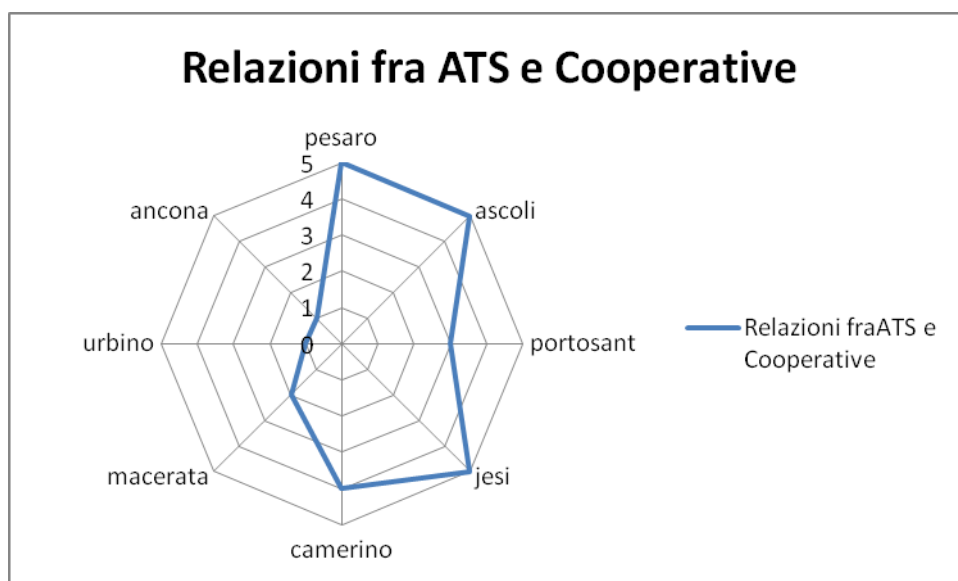
Le cooperative, in particolare quelle della provincia di Pesaro, hanno, inoltre, esplicitato la necessità di un loro maggiore coinvolgimento non solo nella fase di erogazione dei servizi, ma anche di co- progettazione e decisione. “L’idea di un welfare condiviso tra pubblico, privato e cittadini è assolutamente sbilanciata verso il pubblico che gestisce e decide sul 95% delle cose” (PS_F4)

I limiti normativi sembrano essere il principale vincolo che in alcuni contesti sbarra la strada del tutto alla partecipazione e alla concertazione. Alcuni contesti preferiscono mantenere con le cooperative il rapporto formale di gestori di servizi esternalizzati che prevede un loro coinvolgimento molto marginale nelle fasi di consultazione e nullo in quella di concertazione, come nel caso di Ancona.

La costituzione degli ATS ha permesso la realizzazione di un passo avanti importante nelle modalità di lavoro delle cooperative, promuovendo l’omogeneità dei servizi nei territori nei processi di esternalizzazione degli stessi; “prima ogni comune aveva una sua idea della qualità di un servizio, invece, con l’ambito è stato condiviso uno standard minimo di qualità” (MC_focus11). Il percorso verso maggiori ruoli gestionali all’ATS promuove inoltre la realizzazione di bandi e gare d’appalto uniche sul territorio. Questo processo promuove una maggiore strutturazione, solidità e ampiezza delle cooperative.

L’analisi comparata regionale rileva una situazione molto eterogenea nel ruolo e nella presenza delle cooperative negli ATS analizzati. A Macerata, si rileva una forte partecipazione del mondo dell’associazionismo del volontariato, mentre le cooperative sono meno sviluppate. Ancora una volta è confermato il dato che pone una relazione più stretta fra ATS e Cooperative in relazione al grado di strutturazione delle modalità di consultazione e concertazione. Negli ATS di Ascoli, Jesi e Pesaro i rapporti sono molto stretti e giungono ad esperienze di co-progettazione, mentre i dati di Urbino e Ancona confermano la debolezza della relazione fondamentalmente legata al processo di esternalizzazione.

Figura 6.3 - Relazione fra ATS e Cooperative



0: relazione nulla

5: relazione stretta

6.5 ATS e i centri per l'impiego: verso le politiche di attivazione?

Negli ultimi decenni in Europa e negli ultimi anni anche in Italia, si rileva un'attenzione crescente verso le politiche di attivazione; politiche che, in una logica spesso neoliberista, possano coniugare assistenza sociale con attività lavorative nella promozione dell'inserimento sociale e lavorativo delle persone a rischio di esclusione sociale. Questo tipo di politiche di welfare presuppone uno stretto rapporto fra i servizi sociali e quelli per il lavoro. Alla luce di questi indirizzi di politiche le relazioni fra gli ATS e i centri per l'impiego rappresentano sul territorio le esperienze effettive di costruzione di politiche attive contro l'esclusione sociale.

L'Italia annovera un ritardo strutturale nella progettazione di politiche di attivazione legato al mancato sviluppo complessivo delle politiche sociali, se comparate con quelle di molti altri paesi europei (Lødemel, Trickey 2000; Van Berkel, Hornemann, 2002; Bonoli, 2007; Genova, 2008). I rapporti fra centri per l'impiego e ATS sono unicamente legati alla promozione dell'inserimento lavorativo di persone diversamente abili. Tutte le altre situazioni di fragilità sociale non hanno un adeguato sistema di politiche per la promozione dell'inclusione sociale.

L'analisi dei rapporti fra ATS e Centri per l'impiego rileva una situazione con elevati livelli di differenziazione. Alla Regione va il merito di avere sostenuto l'inserimento lavorativo del soggetto disabile tramite la LR 18/96 e la DGR 1256/98. Nelle linee guida per i piani triennali di ambito 2010-2012 gli ATS sono invitati a sottoscrivere il protocollo di intesa con il CIOF e le Zone ASUR finalizzato alla definizione di percorsi integrati a favorire l'inserimento lavorativo delle persone disabili e di promuovere l'istituzione presso i CIOF dell'equipe integrata d'ambito e garantire la propria partecipazione ai lavori. Si tratta, quindi, di obiettivi che devono essere inseriti nella programmazione attuale e il cui raggiungimento sarà verificabile solo a posteriori.

Al momento i rapporti fra gli ATS e i CIOF sono, ancora una volta, affidati alla capacità relazionale dei soggetti responsabili e dei relativi operatori con evidenti ripercussioni sulla qualità della risposta che il cittadino in situazione di bisogno riceve dal sistema complessivo di welfare:

“spesso ci rendiamo conto che il soggetto debole fa il giro di tutti questi istituti, associazioni però senza risolvere i propri problemi, c’è bisogno di qualcuno che tenga le fila” (PrtS_F2)

Ottimi risultati si riscontrano nell’ATS di Urbino, di Porto Sant’Elpidio, Jesi e Ascoli Piceno: “il lavoro di rete informale c’è... con la legge 68, per esempio, se devo fare un progetto per una persona io chiamo il Dipartimento di Salute Mentale e facciamo il progetto insieme” (AP_F10). I buoni rapporti, spesso informali, fra gli operatori permettono la realizzazione di esperienze di integrazione professionale indispensabile per garantire risposte efficaci alle situazioni di bisogno. Tuttavia, permane il riconoscimento di una necessità di maggiore formalizzazione e strutturazione nelle relazioni “il problema è che la collaborazione non è formalizzata” (AP_F10). La mancanza di un adeguato quadro normativo istituzionale ha lasciato spazio a sperimentazioni ed alla libera iniziativa dei soggetti del territorio, con risultati da una parte molto apprezzabili, ma anche molto diversificati a livello territoriale. In alcuni contesti, per esempio, viene del tutto ignorata la potenzialità rappresentata da un effettivo lavoro di rete fra CIOF e ATS. I primi mantengono un comportamento “un pochino autarchico” (MC_F3) dando per implicito il lavoro di rete, ma non cogliendo in fondo le potenzialità che questo potrebbe offrire per l’utente. Notevoli passi sono stati fatti nell’ATS di Ancona con la firma di un accordo di programma con il CIOF e l’ASUR per l’inserimento lavorativo dei soggetti disabili o svantaggiati con la definizione di procedure definite. La costruzione dell’accordo e il relativo utilizzo ha però richiesto un notevole investimento da parte dei soggetti coinvolti. In questo processo il cambio dirigenziale del CIOF è coinciso con un effettivo passo in avanti nell’implementazione dell’accordo e nel raggiungimento dei primi inserimenti lavorativi frutto del lavoro di rete fra i tre soggetti promotori dell’accordo.

La consapevolezza del bisogno di una maggiore collaborazione fra CIOF e servizi sociali emerge in maniera esplicita in alcuni territori fino a promuovere l’attivazione di un punto unico di accesso ai servizi:

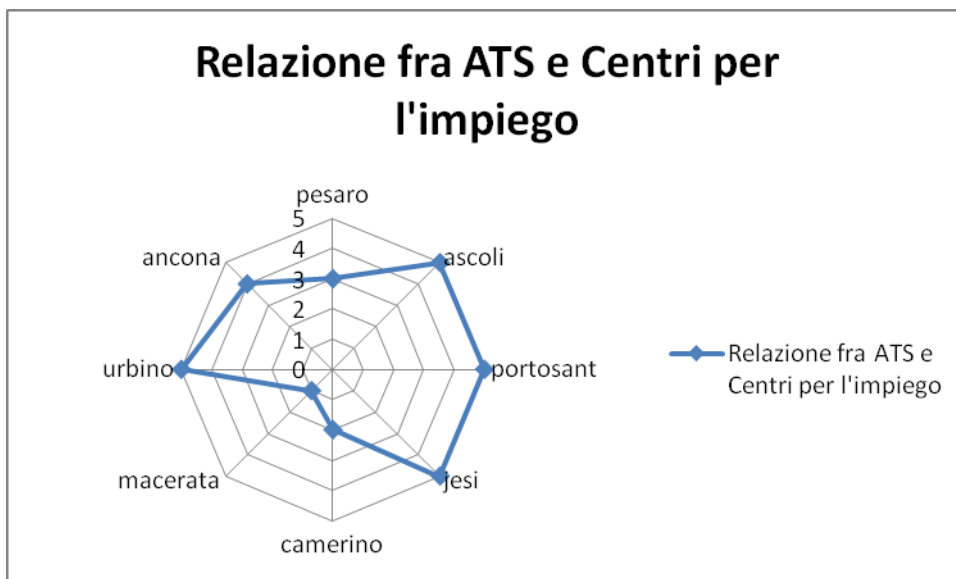
“ il Punto unico è sempre più necessario, noi ci rendiamo conto, trattando problematiche del lavoro, che se non risolviamo altri problemi, o non indirizziamo, o non facciamo un lavoro di insieme sul cittadino, non riusciamo a risolvere neppure il problema del lavoro. La ragazza madre, la donna, l’uomo, il detenuto che esce dal carcere che ha difficoltà e non ha una famiglia alle spalle, deve essere assistito da più soggetti e sotto più aspetti e ritrovare nello stesso punto le persone che possono aiutarla” (PrtS_F2).

A questo proposito è meritevole di attenzione la sperimentazione che sta per essere avviata presso il comune di Ancona che, nella logica dell’attivazione per la promozione dell’inserimento sociale e lavorativo, intende vincolare l’erogazione dei contributi economici al lavoro svolto dai cittadini richiedenti per la manutenzione e pulizia del verde pubblico o presso associazioni di volontariato. La misura sarebbe rivolta solo e unicamente alle persone che fanno richiesta di un contributo economico al comune e che sono nelle condizioni fisiche e psichiche adeguate per svolgere questo tipo di lavori. Dal punto di vista formale questa misura è resa possibile sulla base dei recenti provvedimenti normativi nazionali che prevedono dei voucher per lavori occasionali.

Condivisa è la difficoltà a coinvolgere il mondo del lavoro, i datori di lavoro, nelle attività degli ATS, specialmente nell'attuale periodo di crisi economica. Su questo aspetto alcuni elementi innovativi emergono dall'esperienza di Jesi che sta promuovendo la certificazione sociale di impresa come strumento di crescita della dimensione etica e sociale delle imprese del territorio, con dei risultati iniziali apprezzabili.

Il grafico sintetizza il prevalere di situazioni di relazioni strette fra ATS e Centri per l'impiego, ancora una volta costruite su pratiche di integrazione professionale e, solo di recente e per alcune categorie, anche grazie a strumenti di integrazione organizzativa e istituzionale.

Figura 6.4 - Relazione fra ATS e Centri per l'impiego



0: relazione nulla
5: relazione stretta

6.6 Gli ATS e le scuole

Un altro attore che merita di essere considerato nell'analisi delle esperienze di governance territoriale è la scuola per il suo ruolo cruciale all'interno di diverse aree delle politiche sociali: disabilità, famiglia, prevenzione delle dipendenze, dispersione scolastica, integrazione degli stranieri. Nella maggior parte degli ATS analizzati il coinvolgimento della scuola ha presentato alcune criticità. Questa difficoltà è ricondotta a una carenza organizzativa del mondo della formazione scolastica: "la scuola è la struttura che meno si è adeguata e meno è cresciuta nel tempo ... la scuola rimane chiusa nel suo isolamento ... è fossilizzata" (J_f5).

L'articolazione frammentata delle scuole del territorio rappresenta un limite ad un loro maggiore coinvolgimento, così come anche la cultura organizzativa interna, spesso troppo centralista:

"ogni scuola, siccome ha l'autonomia parla per se stessa e c'è il problema che chi partecipa ai tavoli non sempre è il dirigente" (MC_F5).

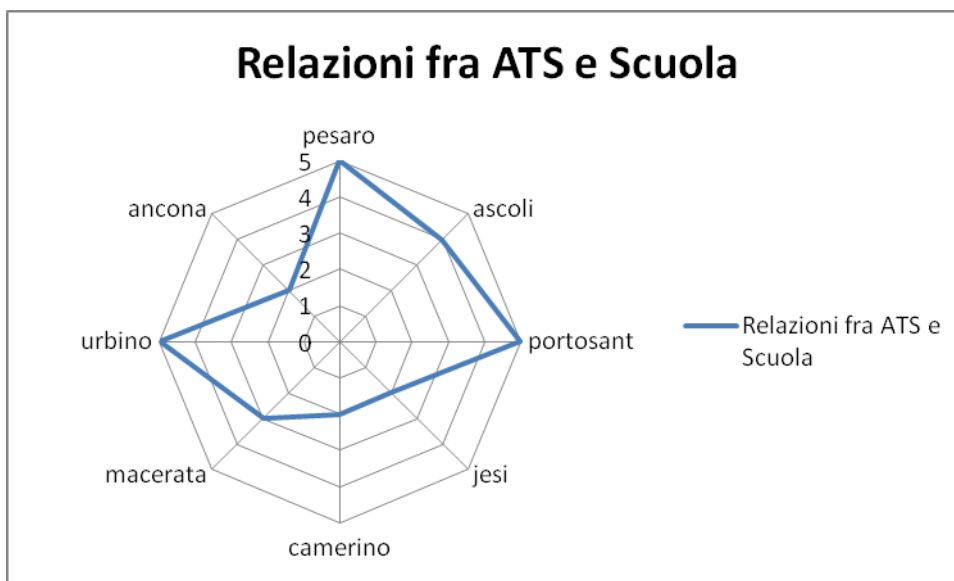
Al contrario, una maggiore forma organizzativa fra le scuole sembra facilitare la loro rappresentatività nelle relazioni con gli ATS, così come successo a Urbino con la Rete Metauro.

Le difficoltà nel coinvolgimento della scuola sono inoltre legate alle difficoltà che la scuola stessa sta affrontando “anche la scuola è in difficoltà, ci sono tagli di risorse, penso ad esempio alle risorse sull'handicap, e quindi il sociale e i Comuni sopperiscono ad alcune difficoltà della scuola e la scuola acquisisce queste risorse facendole proprie non entrando molto nella progettazione. È un po' più difficile verificare e progettare con loro per una questione di organizzazione della scuola.” (MC_F5). Probabilmente a causa di questo contesto di riduzione complessiva di risorse anche nel campo della scuola, la partecipazione di questo attore viene percepita in modo strumentale a Camerino: “partecipa ai tavoli solo se ci sono dei vantaggi immediati” (CM_F2)

Le scuole rappresentano gli interlocutori privilegiati in tutte le attività di prevenzione sui giovani per le quali gli ATS hanno avviato servizi specifici e innovativi come a Pesaro, o sportelli di ascolto con psicologici che riscontrano un grande consenso come a Macerata.

Un rapporto privilegiato, invece, si rileva nell'ATS di Porto Sant'Elpidio in cui annualmente viene fatto un documento in cui vengono presentate le elaborazioni dei due soggetti perché possano essere reciprocamente integrate.

Figura 6.5 - Relazioni fra ATS e scuola



0: relazione nulla
5: relazione stretta

6.7 Gli ATS e la Regione

Dai focus group con gli attori più significativi nella rete dei servizi sociali dei territori emerge un costante apprezzamento per il sostegno tecnico fornito dalla Regione nel processo di

costruzione del sistema sociale locale. Alla stima mostrata per le azioni svolte dalla componente tecnica si associa, però, il rimprovero per la mancanza di una progettualità politica chiara a favore della stabilizzazione del modello:

“Lo slancio iniziale della regione è un po’ scemato, perché nell’ultima legislatura il tema dell’organizzazione del sistema dei servizi sociali non è stato all’ordine del giorno. ... Spetta alla Regione definire quale è il modello, quale è l’organizzazione, quale è il modello dei servizi sociali che vuole sul territorio” (Urbino_F1).

Le attuali scelte intraprese dal governo regionale rappresentano una risposta a questo potenziale bisogno anche se le strategie riorganizzative non sembrano in sintonia con il percorso fino ad adesso realizzato.

Dall’analisi delle criticità negli ATS emerge anche il bisogno di superare un limite nell’organizzazione politica regionale. La presenza di due assessorati, uno sociale e l’altro sanitario, viene, infatti, percepito come un limite al consolidamento della rete dei servizi sociali marchigiani. Un ulteriore aspetto riguarda la richiesta di una *“Maggiore trasparenza rispetto alle disponibilità economiche” (j_f6)*

Il dibattito sulla riorganizzazione territoriale

L’attuale dibattito politico verte sulla necessità di rivedere l’organizzazione territoriale degli ATS. Su questo aspetto le voci dei principali attori ascoltate negli otto ATS selezionati sono tutte concordi nel cogliere i limiti di queste ultime proposte di modifica dell’attuale assetto. La storia degli ATS ha permesso di raggiungere dei risultati fondamentali in questa fase di riduzione delle risorse. La capacità di avere stimolato e messo in evidenza la rete dei servizi, coniugando risorse di natura diverse sociale, sanitarie, pubbliche, private e del privato sociale, necessita di essere legittimata e coronata dall’attribuzione di personalità giuridica agli attuali ATS, cioè ai soggetti che hanno lavorato fino ad adesso e che hanno tessuto questa rete.

“oggi si sta discutendo di ampliare la grandezza degli ambiti: credo che sia un passo azzardato. Perché oggi si è costruito un gruppo, certo non in tutti gli ambiti è successa la stessa cosa, alcuni hanno funzionato meglio altri meno, ma allargare oggi la platea di coloro che devono integrarsi e rapportarsi potrebbe trasformarsi in un allungamento nel raggiungimento dell’obiettivo. Oggi ci sono le condizioni per costruire una personalità giuridica dell’ambito esistente, allargarlo potrebbe diventare complicato” (MC_focus12)

“... ogni territorio ha una sua specificità ... già è difficile integrare il mondo sanitario con quello sociale, se poi andiamo a fare un’integrazione tra realtà diverse e ancora più ampie, penso che questo potrebbe essere pericoloso ... i bisogni sono diversi anche già all’interno dello stesso ambito” (MC_focus 2)

Al contrario, la prospettiva futura auspicata dalla quasi totalità degli attori ascoltati è quella di promuovere l’attribuzione di una personalità giuridica all’ambito, quindi quella di rinforzare gli attuali ATS:

“il passo successivo dovrà essere quello di dare all’ambito un ruolo maggiormente dignitoso e quindi anche una sorta di possibilità di gestione delle risorse, una personalità giuridica” (MC_F12).

Sulla base del principio di sussidiarietà verticale, vi è una condivisione sulla consapevolezza che *“più il territorio è circoscritto e più è facile intervenire sui bisogni del territorio”* (Prts_F2) nell'equilibrio complesso che permetta, però, il superamento del problema dato dalla dimensione del piccolo comune.

6.8 Strumenti e criticità nella costruzione del sistema dei servizi sociali

Una volta delineate le principali caratteristiche nei rapporti fra gli ATS e i principali attori chiamati a partecipare alla rete dei servizi del territorio, mettiamo in luce alcune esperienze e strumenti operativi che hanno permesso di fronteggiare alcune delle criticità riscontrate nella costruzione della rete dei servizi. Mettiamo, quindi, in luce le principali criticità riscontrate nel processo: la costruzione di un linguaggio comune la fragilità istituzionale e l'incertezza e i vincoli delle risorse, l'incompiutezza del sistema informatizzato, l'organizzazione di punti unici di accesso.

La costruzione di un linguaggio comune: formazione

Il percorso di crescita della consapevolezza della partecipazione alla rete dei servizi e il superamento delle barriere fra settori e soggetti è stata realizzata anche grazie all'attivazione di percorsi formativi comuni, come per esempio quelli realizzati a Jesi in diverse aree di intervento e a Macerata, nel caso dell'equipe integrata tutela dei minori. I risultati sono stati positivi:

“il gruppo di lavoro che ha elaborato il progetto che era costituito dal rappresentante dell'ASUR, da associazioni, da Comuni, ha individuato il corso di formazione come un corso che doveva essere uno strumento per uniformare il linguaggio e le conoscenze e per creare identità nel gruppo” (1).

“Abbiamo sempre pensato una formazione congiunta ... sono aule integrate, aule miste di soggetti che poi devono interagire sui casi” (6)

Importanti a questo proposito sono state anche le occasioni formative organizzate dalla Regione per i coordinatori di ambito, ma che sono state estese anche ai membri dello staff. Compare anche l'esigenza di ulteriore formazione relativa alle aree come quella tecnico-amministrativa in funzione dei nuovi compiti di gestione ai quali l'ambito è chiamato. A questo proposito viene chiesto un sostegno alla Provincia e alla Regione.

La fragilità istituzionale e l'incertezza delle risorse

L'approfondimento sugli otto casi studio mette in luce la presenza di alcuni limiti strutturali nell'organizzazione degli ATS che hanno vincolato le loro potenzialità operative, specialmente negli ultimi anni:

“se questo ambito c'è, allora facciamolo funzionare e diamogli anche quell'ultimo pezzettino che manca (la personalità giuridica e la gestione) (MC_focus8)

L'esperienza di Jesi rappresenta un'innovazione particolarmente significativa nel panorama regionale. È stato ultimato il processo di definizione e istituzione dell'azienda unica di servizi, ma il suo pieno funzionamento necessita ancora dei tempi di maturazione:

“Abbiamo fatto questa scelta forte della costituzione dell'azienda, abbiamo scelto di varare questo transatlantico che adesso è fermo in porto, ma dovrebbe prendere il largo, stiamo dicendo ai sindaci che questo transatlantico non è fatto per navigare sotto costa, ma è fatto per gli oceani, non possiamo fare un'azienda di questo tipo e delegare serviziucci, robette, bisogna delegare servizi più pesanti perché questo è uno strumento idoneo” (6).

La limitatezza dei fondi, ma soprattutto la mancanza di una certezza nella continuità dei finanziamenti, rappresentano un elemento di forte vincolo che finisce con delegittimare lo stesso ATS:

“il livello di collaborazione con le associazioni per i piani triennali rimane a livello formale ... ci sediamo intorno a un tavolo, ma poi non c'è il salto di qualità. Le cause sono la mancanza di personalità giuridica dell'ambito e di finanziamenti, perché ci sono sempre meno soldi” (MC_Focus10)

La progettazione e sviluppo dei servizi sociali regionali è troppo spesso rimasta intrappolata nell'incertezza delle risorse a disposizione che finiscono con limitare anche le spinte progettuali e organizzative più innovative *“stiamo cercando di costruire un protocollo operativo oltre quello di intesa, ma senza sconvolgere il sistema strutturale che già c'è, perché il timore è che se non ci sono i più i fondi e non ho più le risorse aggiuntive che adesso sembrano poche ma sono molte, e quindi se poi creo un sistema diverso non riesco a portarlo avanti” (1).*

A fronte di un progetto e di finalità ampie e condivise di estendere e assicurare i servizi essenziali e omogenei sui diversi territori, negli ultimi cinque anni gli ATS sono rimasti stretti nella morsa della loro fragilità istituzionale che ne ha radicalmente limitato le potenzialità:

“l'ambito nasce per assicurare dei servizi essenziali e omogenei in un territorio ampio, il fatto che si stia occupando di contorno è un limite. I servizi essenziali vengono ancora erogati dal singolo comune. Questo è il massimo della contraddizione. E questo non sfugge alla sanità che è abituata a ragionare per livelli essenziali e che quindi ha visto gradualmente l'ambito come interlocutore debole” (PS_F.4).

La mancata attribuzione all'ambito della necessaria personalità giuridica ha attenuato le sue potenzialità programmatiche e di gestione, rendendolo *“un punto di aggregazione tra enti e associazioni del privato sociale, ma ancora da sviluppare” (PS_f5)*. Un giudizio ancora più severo viene espresso da chi sostiene che *“l'ambito si occupa dell'interstizio, cioè non di qualcosa di reale ma di quello di cui non si occupa nessuno. Nobile questa funzione ma molto limitante ...” (PS_f4)*

I vincoli nelle risorse

Dall'analisi dei casi studio emerge, inoltre, la percezione di un altro limite del sistema. L'eterogeneità dei bisogni presenti nei territori e delle risposte che nel tempo si sono articolate contribuisce a un panorama regionale caratterizzato da elevate differenze nei servizi offerti.

Questo aspetto rappresenta un elemento difficile da governare a livello regionale. Il tentativo della Regione di orientare le spese nel sociale per il raggiungimento di servizi omogenei risulta, in alcuni casi, come un vincolo per gli ATS:

“Un'altra criticità oltre alla mancanza di personalità giuridica dell'ambito è posta dalla diverse leggi regionali ... tante legghine: questo lo puoi fare, quello no, ... ogni nostra realtà è diversa per cui dovremmo essere un po' più liberi anche di spendere quei pochi soldi come meglio crediamo, anziché dover seguire per forza i progetti della Regione. Questa è una grossa difficoltà, non piccola, perché ci finanziano dei progetti di cui non avremmo bisogno. Quindi magari lasciare queste decisioni di più all'ambito e non che vengano dall'alto. (MC_focus2)

Se da una parte è necessario valorizzare l'impegno della Regione nel migliorare i servizi per portarli a un livello di qualità simile nei diversi contesti, dall'altra è anche opportuno mettere in evidenza quanto complessa sia la ricerca di un giusto equilibrio, capace di coniugare uniformità dei servizi sul territorio con la garanzia dell'autonomia dei territori sulla base del principio di sussidiarietà. In questo processo un ruolo centrale è ricoperto dal coordinatore di ambito e dal comitato dei sindaci e dalla loro capacità di ascoltare e rispondere in modo efficace ed efficiente ai bisogni della popolazione.

Sistema informatizzato

L'analisi dei casi studio rileva il bisogno condiviso territorialmente di un sistema di raccolta informatizzata e di messa in rete dell'offerta e della gestione dei servizi. Aldilà di sporadiche sperimentazione come a Camerino, gli ATS sono *“sempre in posizione di attesa, ormai sono otto anni che aspettiamo”* (1). L'informatizzazione del sistema dei servizi sociali renderebbe necessario uniformare anche il sistema di redazione dei bilanci comunali, la cui attuale eterogeneità rende la comparazione estremamente complessa.

Sono state realizzate delle sperimentazioni di cartella sociale informatizzata che hanno coinvolto anche il distretto sanitario, ma il processo *“si è impantanato”* (6). Resistenze all'introduzione di un sistema di gestione informatizzato compaiono anche dal versante organizzativo dei servizi sociali, troppo spesso caratterizzati da una cultura poco attenta alla raccolta del dato. Si rileva, quindi, in maniera marcata l'esigenza di mettere a regime un sistema informatizzato di archivio, monitoraggio, e gestione che stenta però ad essere definito. Un coordinamento regionale e adeguati investimenti rappresenterebbero i presupposti indispensabili per colmare questo vuoto organizzativo.

Dagli UPS ai PUA

L'organizzazione di punti unici di accesso (PUA) rappresenta uno degli obiettivi identificati nelle linee guida regionali per la stesura degli piani di zona 2010-2012. Questo obiettivo promuove in maniera marcata il processo di integrazione con il sanitario, mettendo però in luce tutti i possibili limiti della relazione, ma soprattutto degli stessi UPS. Questi ultimi, infatti, nati come uffici di orientamento e informazione, in molte esperienze territoriali, specialmente quelle dei comuni con dimensioni minori, si sono trasformati in servizi sociali professionali caratterizzati dalla presa in carico. Il passaggio dagli UPS ai PUA richiederà quindi una

riorganizzazione e una messa in trasparenza dei servizi effettivamente attivati fino ad adesso per una loro maggiore visibilità e riconoscimento.

I diversi territori stanno rispondendo in modo molto eterogeneo all'obiettivo posto dalla regione. In alcuni contesti come quello di Porto Sant'Elpidio erano già presenti esperienze analoghe a quelle previste dal PUA con risultati apprezzabili, in altri invece, è in fase di discussione la realizzazione del servizio tramite l'identificazione di una sede unica o la messa in rete dei servizi offerti. Per questo ultima strategia l'informatizzazione del sistema dei servizi sociale e sanitario sarebbe un aspetto indispensabile.

La costruzione dei PUA rappresenta il terreno sul quale il sociale e il sanitario stanno al momento confrontandosi. Sarà estremamente interessante analizzare i risultati di questi processi così come programmati nei piani di zona 2010-2012. Il monitoraggio del funzionamento dei PUA potrebbe rappresentare un interessante punto privilegiato di osservazione del rapporto fra sociale e sanitario. Il tema rappresenta infatti un aspetto importante nella maturazione del processo in sintonia con le numerose esperienze europee (Christensen et al 2007)

Il processo di costruzione del sistema di welfare regionale ha rappresentato una grande sfida per la Regione, i singoli comuni, i diversi attori chiamati a partecipare alla risposta ai bisogni sociali. Alcuni elementi rappresentano ancora delle sfide aperte.

6.9 Le sfide ancora aperte

L'analisi delle esperienze di governance negli ATS selezionati della regione Marche mettono in luce che le persone rappresentano sicuramente il principale e indispensabile punto di partenza nella tessitura della rete e nel suo funzionamento. Tuttavia, il presupposto per cui 'dipende da chi fa le cose' non può essere il motore unico nel consolidamento della rete dei servizi. Il ruolo del coordinatore necessita di una maggiore autorevolezza e riconoscimento sostanziale.

I responsabili dell'attività degli ATS sono i Comitati dei Sindaci e i coordinatori come espressione tecnico operativa delle decisioni prese dai primi. La valutazione dei punti di forza e di debolezza delle esperienze dei territori analizzati passa, quindi, dall'analisi dei limiti e delle potenzialità riscontrati nelle azioni di questi soggetti. L'analisi comparata degli otto ATS selezionati mette in luce che attribuire il ruolo di coordinatore ai dirigenti dei servizi sembra aver ridotto le capacità del sistema di coinvolgere i diversi attori. Le azioni dei coordinatori che ricoprivano in precedenza o che mantengono il ruolo di dirigenza dei servizi si caratterizzano, infatti, per esperienze di consultazione più formali e per un disappunto da parte degli altri attori del territorio per il loro mancato coinvolgimento nei processi decisionali relativi all'organizzazione delle risposte fornite dal territorio ai bisogni sociali. A fronte di questo limite, in questi ATS si riscontrano delle esperienze caratterizzate da elevate contenuti di novità e sperimentazione, oltre che da un livello di copertura dei servizi particolarmente elevato.

La scelta di coordinatori di ambito provenienti dal mondo del terzo settore ha permesso agli ambiti di sviluppare al massimo le potenzialità nella promozione e costruzione della rete dei servizi del territorio che ha portato a una maggiore consapevolezza e strutturazione della rete degli attori, con un esito di maggiore integrazione fra gli attori che vi partecipano.

L'attività degli ATS ha permesso di raggiungere obiettivi importanti come la crescita della consapevolezza dei partecipanti alla rete dei servizi sociali del territorio, ma ha evidenziato delle aree sulle quali ancora lavorare. Domina una fiducia diffusa sulle potenzialità dell'ATS che necessita però di essere sostenuta con un assetto istituzionale più stabile : *“l'ambito è una opportunità a cui bisogna dare più forza, per esempio con delle progettazioni condivise ... deve essere fortificato con delle regole precise” (PS_f5)*

Le scelte politiche di rafforzare una struttura fragile come quella dell'ambito tramite strumenti istituzionali più definiti, come l'unione dei comuni, hanno permesso all'ambito di conquistare una maggiore visibilità istituzionale che è un presupposto indispensabile per la realizzazione di progetti maturi e innovativi anche nell'ottica di gestione dei servizi. Al contrario la scelta di non realizzare una strutturazione giuridico - istituzionale ha limitato le potenzialità dell'ambito. Inoltre, identificare in maniera completa l'ambito con un comune sembra essere una posizione discutibile e per la sovrapposizione dei ruoli e delle competenze limita il significato stesso dell'ambito.

Il governo delle differenze nei bisogni e nelle risposte sia fra gli ATS che all'interno degli stessi ATS rappresenta una delle principali sfide per il sistema dei servizi sociali delle Marche. La definizione di regolamenti unici nell'accesso ai servizi rappresenta un obiettivo prioritario nelle linee guida della Regione per i piani sociali 2010-2012 dal momento che ancora marcate sono le differenze all'interno di uno stesso ATS:

“A Filottrano con un reddito economico ISEE di 7000 euro prendi il sussidio economico, a Osimo e da noi no, ce ne vogliono 6000.” (J_f2).

Il percorso per uniformare i criteri di accesso ai servizi, ha già portato alla stesura di numerosi regolamenti comuni e procedure condivise, ma sono presenti ancora delle resistenze che sono più marcate nei contesti in cui le differenze sociali, demografiche ed economiche sono percepite come maggiori, come per esempio nell'ATS di Ascoli Piceno e di Macerata.

Diffusa è la richiesta a una maggiore chiarezza istituzionale e di obiettivi, con particolare attenzione al tema dei livelli essenziali di assistenza e dell'equità di accesso per i cittadini:

“... basta con tutta questa sperimentazione di progetti vari che è dispersiva ... bisogna definire bene i servizi basilari che ci interessa mantenere ... occorre un budget chiaro sul piano socio - sanitario e anche chiarezza gestionale ... perché altrimenti si viene a creare discriminazione tra i cittadini” (PS_f9)

L'obiettivo della gestione associata se da una parte rappresenta il passo di sviluppo del sistema degli ATS dall'altro presenta dei forti vincoli legati alle difficoltà di introdurre un cambiamento nelle organizzazioni comunali:

“ci sono forti resistenze alla gestione associata, non per quelle cose che sono nate successivamente all'ATS, ma per le cose precedenti che sono già assestate nei comuni” (1)

La crescita del sistema sociale marchigiano si realizza anche attraverso il consolidamento di relazioni che al momento risultano deboli. Uno dei soggetti che partecipa con difficoltà alle attività dell'ATS è la provincia:

“è come se la provincia non accettasse di essere invitata da un organo inferiore, considerato da loro inferiore, perché più giù rispetto alla verticalità organizzativa” (1).

L'analisi mette, inoltre, in luce alcuni ulteriori aree che meriterebbero di essere approfondite. Si tratta di possibili piste di lavoro da esplorare nella processo di maturazione del sistema di welfare regionale. Una di queste è rappresentata dal maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale nella rete dei servizi sociali e sanitari:

“Sarebbe auspicabile un maggior coinvolgimento della figura del medico di famiglia che è stata emarginata dalla programmazione prima sanitaria e poi è stato tenuto in disparte anche dal mondo sociale. Andrebbe coinvolto molto di più perché lui è il depositario della verità che circola nella famiglia, lui sa molto di più di quanto possiamo sapere noi, è una sorta di confessore” (MC_focus6)

La partecipazione e il tempo: quale modello?

La costruzione del sistema di welfare sociale delle Marche ha dovuto fare i conti con le marcate differenze territoriali presenti all'interno della regione sia sul versante dei bisogni che per quanto attiene all'offerta dei servizi sociali. La scelta di realizzare un percorso improntato alla partecipazione e al coinvolgimento delle scelte ha permesso l'avvio graduale e lento del sistema. I tempi che sono stati necessari in fase iniziale per l'istituzione della fase sperimentale era guidata da una volontà politica che mostrava molta fiducia nel processo e che promuoveva il metodo partecipativo come strumento indispensabile. La partecipazione ha richiesto tempi che possono essere considerati lunghi se comparati con una riforma che fosse stata il frutto di un processo decisionale dall'alto, ma ha portato a risultati apprezzabili nella crescita della consapevolezza del ruolo che i diversi attori hanno nella rete dei servizi del territorio e nella capacità di lettura dei bisogni.

Questi metodi e relativi tempi, legittimi in fase iniziale, hanno però finito con il rappresentare una zavorra. La partecipazione, fondamentale nella fase di avvio del sistema, in assenza di un progetto politico di consolidamento del sistema stesso, ha rischiato di minare i risultati raggiunti negli ATS per quanto attiene il valore della consultazione, della concertazione e della co-progettazione.

Mentre, a livello regionale, l'efficacia della priorità data al coinvolgimento dei diversi attori nella stesura del Piano Sociale e delle seguenti Linee guide per la predisposizione dei Piani Sociali di Ambito, sembra essere messa pesantemente in discussione dall'attuale progetto politico di riorganizzazione territoriale nelle dimensioni e nelle responsabilità degli ATS.

Dopo otto anni dall'identificazione degli ATS e di attività di concertazione, pianificazione, co-progettazione e in parte anche gestione associata, che hanno assunto caratteri diversi nei vari ATS i tempi possono essere maturi per una loro rivisitazione negli aspetti relativi alle dimensioni e all'organizzazione. Questo aggiornamento, però, non può prescindere dal percorso fino a questo momento svolto e dai risultati ottenuti. Le iniziative legislative intraprese dalla giunta regionale di modifica alla LR 13/2003 (DGR 1136 del 2010) sono il frutto di azioni politico-governative del tutto scollate dai territori e ben lontane dai processi di concertazione e partecipazione che hanno contraddistinto l'esperienza regionale nel campo delle politiche sociali.

Le esperienze di governance partecipativo hanno permesso di raggiungere dei risultati molto apprezzabili, che hanno richiesto i necessari tempi di ascolto e di condivisione. Questi risultati non si sarebbe potuto raggiungere con altre modalità. Il sistema di welfare sociale marchigiano, grazie a queste esperienze di governance partecipativa, ha raggiunto una consapevolezza e maturità nel ricerca soluzioni efficaci ed efficienti che di gran lunga superano la fragilità normativa istituzionale che li circonda. In una situazione di marcata riduzione delle risorse questo risultato rappresenta una risorsa preziosa per i territori. La valorizzazione del percorso fatto fino a questo punto rappresenta il migliore investimento nel processo di aggiornamento del sistema dei servizi sociali delle Marche.

“La sfida vera è far capire agli amministratori, al legislatore regionale qual è il valore che lui dà anche in termini economici al fatto che i comuni così sparpagliati abbiano un servizio di assistenza domiciliare che funziona, perché c’è una persona competente che ha fatto l’appalto ... un’assistente sociale che prima dell’ambito per alcuni cittadini non esisteva, non era nemmeno una categoria professionale ... qual è il valore di queste cose anche per chi fa le leggi, un risparmio di breve termine vuol dire spendere molto di più nel medio e lungo termine. La sfida è quella del modello da condividere, un’idea e un modello che possa funzionare, non del risparmio o del piccolo cambiamento, dell’accorpamento del territorio in unità più grandi, così credo che sia difficile ottenere dei risultati” (Urbino_F3).

Fonti

CODIFICA INTERVISTE COORDINATORI

- 1 Macerata
- 2 Camerino
- 3 Ancona
- 4 Pesaro
- 5 Urbino
- 6 Jesi
- 7 Porto Sant'elpidio
- 8 Ascoli Piceno

FOCUS GROUP MACERATA

1. Marcella Simoni istruttore direttivo del Comune di Montecassiano,
2. Ottini Elvezia responsabile dei Servizi Sociali,
3. Sandra Giustazzi responsabile per il collocamento dei lavoratori disabili della provincia di Macerata,
4. Adriano Spoletini educatore e coordinatore cooperativa sociale "Di Bolina" coop di tipo A gestisce servizi rivolti alla persona con il Comune di Treia, e rappresentate della coop "La Talea" di tipo B,
5. Massimo Tasso psicologo e coordiantore dell'associazione "Glatad" ONLUS che gestisce servizi sia con l'Ambito sia con il Distretto Sanitario,
6. Maria Elena Cingolani Direttore del Distretto Sanitario
7. Roberta Rinaldi assistente sociale del Comune,
8. Marino Forensi presidente IRCER di Macerata, IPAB che gestisce servizi residenziali e semi-residenziali per anziani,
9. Matteo Paternesi coop. sociale "Meridiana" coop di tipo B che lavora in convenzione con i Comuni,
10. Manuela Penna GUS "Gruppo umana solidarietà"
11. Loretta Pizzuto cooperativa sociale "Il faro" coop. di tipo A che lavora in convenzione con i Comuni per l'erogazione dei servizi,
12. Nazzareno Tartufoli segretario provinciale CISL Macerata,
13. Floriana Patrassi delle IRCER di Macerata, IPAB che gestisce servizi residenziali e semi-residenziali per gli anziani.

FOCUS PORTO SANT'ELPIDIO

1. Gabriella Simoni, Ascoop di Ancona
2. Maria Paola Viozzi, Responsabile Centro per l'impiego Fermo
3. Fiorella Belletti, Coop Sociale B
4. Oliviero Governatori, Associazione Croce Verde
5. Lino Olivieri Pennesi, Coop CoossMarche
6. Stefano Ranieri, Coop Sociale A
7. Pasquale Antonelli, Sindacato CISL

FOCUS GROUP ASCOLI PICENO

1. Fabio Mariani, Cooperativa AMA Aquilone
2. Domenico Faresi, Comune Folignano

3. Maurizio Cacciatori, Comune di Ascoli Piceno
4. Egidio Antonio Gioia, Cooperativa sociale di tipo A SOLIMAI
5. Pasquale Antonelli, CISL + Associazione ATLAS
6. Giovanni Camoioni, UIL
7. Pietro Fiscaletti, Comune di Cusano Terme
8. Maria Teresa Nespeca, Distretto di Ascoli Piceno, Direttore Macroarea Territoriale
9. Di Marco Valeria, Unitalsi
10. Sonia Antognoli, Centro Impiego di Ascoli Piceno
11. Cristina Stipa, Cooperativa PACEBA di tipo A , Cooperativa di tipo B
12. Istituto riabilitazione Santo Stefano
13. Domenico Panichi, consorzio di Cooperative sociali di tipo A e di tipo B, il Picchio

FOCUS JESI

1. Tomassoni Auro, Responsabile Servizi Sociali Comune di Cingoli
2. Giampieri Francesco, Responsabile Servizi Sociali Comune di Filottrano
3. Gherardi Giampaolo, Cooss Marche (si occupa di formazione)
4. Femina Roberto, Fondazione Exodus e Consorzio EX.IT
5. Picchietti Giovanni, Responsabile attività consultoriali ASUR ZT5
6. Cardinali Claudio, Associazione Oikos Jesi
7. Giacchetti Sergio, LEGA SPI, CGIL
8. Menotti Moreno, Responsabile Centro per l'impiego di Jesi

FOCUS ANCONA

1. 1.Carmen Carotenuto, CISL
2. Ernesto Silvestrelli, ANFASS
3. Diego Mancinelli, CoosMarche
4. Marcantonio Adamo, Coop Sociale la Gemma
5. Uliano Mancini, CGIL
6. Daniele Gigli, ANEP
7. Ida Umbertini, Asur zona 7
8. Marilena Tregambe, Centro per l'impiego
9. Anna Maria Manca, ordine assistenti sociali
10. Franco De Felice, Ass Coop
11. Selly Kane, CGIL

FOCUS PESARO

1. referente (nome: ?), operatore Centro Servizi Volontariato
2. volontaria (nome: ?) ass. ... (?)
3. vicepresidente coop sociale P-41-A
4. Eraldo Giangiacomi, referente Italkappa coop sociale (ass. che opera a livello nazionale ma ha una sede provinciale a Pesaro)
5. Mondello, direttrice di distretto, si occupa dei servizi socio-sanitari Pesaro
6. Loredana Ercolani, responsabile servizi sociali, del servizio scolastico/educativo e cultura/sport/tempo libero comune di S. Angelo in Lizzola

7. Federica Gresta (?), responsabile settore affari generali, servizi sociali/educativi comune di Monteciccardo
8. referente comune di Pesaro
9. Murizio Tomassini referente UIL
10. Luana Bortone, referente CGIL

FOCUS CAMERINO

1. Martelli Roberto - UIL Pensionati,
2. Ottaviani Dino - Segretario CISL,
3. Masacci Daniela - Cooperativa Sociale "La perla" di Camerino,
4. Cambiucci Goffredo - SPI CGIL,
5. Branchesi Patrizia - COOSSMARCHE,
6. Marzili Chiara - COOSSMARCHE,
7. Sciamanne Emanuela - Casa di riposo,
8. Cecola Romina - Istruttore amministrativo,
9. Belardinelli Sante - CUPRA provinciale
10. Medei Sara - Impiegata comunale,
11. Farabollini Marta - Coordinatore cooperativa sociale Ancona,
12. Castelli Andreina - Incaricata servizi sociali,
13. Gaeta Rosella - Avv. Presidente IPAB Camerino,
14. Andreassi Giuseppina - Coordinatrice casa di riposo Camerino,
15. Lazzari Giandomenico - Servizio mediazione, centro per l'impiego, l'orientamento e la formazione di Talentino (Macerata)
16. Piscini Giacomo - Responsabile distretto sanitario Camerino.

FOCUS URBINO

1. Direttore distretto
2. Enrico Tassone, ATS
3. Luca Benzi, CSV
4. Luigi Torelli,

...

7 Quantità e qualità dell'occupazione nei servizi sociali negli otto ambiti territoriali sociali

7.1 Il lavoro nei servizi sociali: analisi quantitativa, tipologie, professioni

Il questionario sul lavoro nei servizi sociali predisposto dalla équipe di ricerca è stato sottoposto a 47 enti del settore pubblico e privato che impiegano nei territori oggetto di analisi un totale di 2952 lavoratori di cui 617 operano nei comuni e nelle IPAB⁴⁰ e 2335 nelle cooperative per una spesa totale che supera i 90 milioni di euro annui.

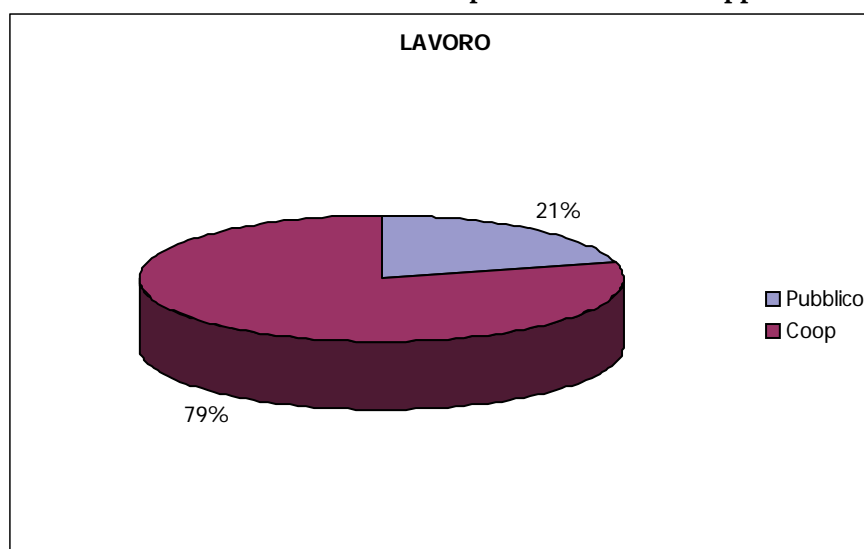
Tabella 7.1 - Lavoratori impiegati nel settore dei servizi sociali per genere e istituzione di appartenenza

GENERE	PUBBLICO		COOP		TOTALE
	N	%	N	%	
M	116	3,9	325	11,0	441
F	501	17,0	2010	68,1	2511
Totale	617	20,9	2335	79,1	2952

Per avere un'idea del campione analizzato in rapporto all'universo, possiamo considerare i dati del capitolo 2 della presente ricerca, che stimano in circa 13000 il numero totale degli occupati nei servizi sociali marchigiani: possiamo quindi dedurre di aver raggiunto con le interviste circa il 23% del totale dei lavoratori operanti nel sociale nel territorio regionale, circa il 17% di quelli operanti nei comuni e il 37% nelle cooperative sociali.

La distribuzione dei lavoratori degli enti intervistati per ente di appartenenza evidenzia una netta concentrazione degli stessi nelle cooperative sociali (80%); i lavoratori dei Comuni raggiunti dalla ricerca, rappresentano solo il 20% del campione degli occupati. Questi dati riflettono il maggior peso delle cooperative nella fornitura diretta dei servizi negli ATS analizzati. Tuttavia il confronto con i dati ISTAT 2001 sembra evidenziare uno spostamento dell'occupazione dal settore pubblico a quello privato.

Figura 7.1 - Distribuzione dei lavoratori in base al tipo d'istituzione di appartenenza (valori %)



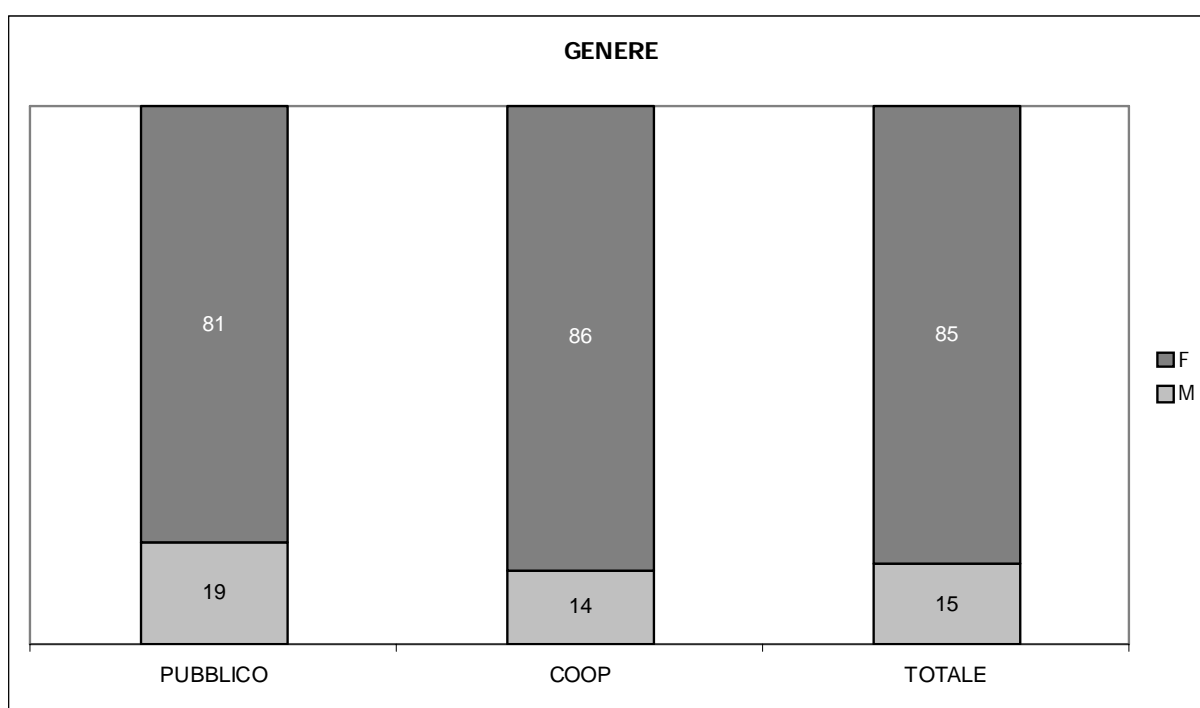
⁴⁰ I lavoratori delle IPAB sono in numero così ridotto da rendere conveniente e non fuorviante ricomprenderli nei dati riguardanti i comuni.

7.1.1 Gli occupati per genere

La distribuzione dei lavoratori per genere (Figura 7.2), evidenzia, nel complesso, una netta prevalenza delle donne (85%) contro il 15% degli uomini. Tale prevalenza è più accentuata (86%) nelle cooperative mentre si riduce leggermente nei comuni (81%).

Tali dati mettono in evidenza come le donne siano maggiormente impiegate in ruoli di *care* nei servizi sociali di base, anche perché sono prevalentemente titolari di un basso livello d'istruzione, e largamente presenti nelle cooperative sociali (come vedremo nel paragrafo sui livelli di istruzione). Questo mette in luce come le cooperative sociali siano le istituzioni dove i lavoratori a bassa qualificazione degli strati sociali cosiddetti "deboli" trovano maggiori possibilità lavorative.

Figura 7.2 - Distribuzione dei lavoratori in base a tipo d'istituzione e genere (valori %)



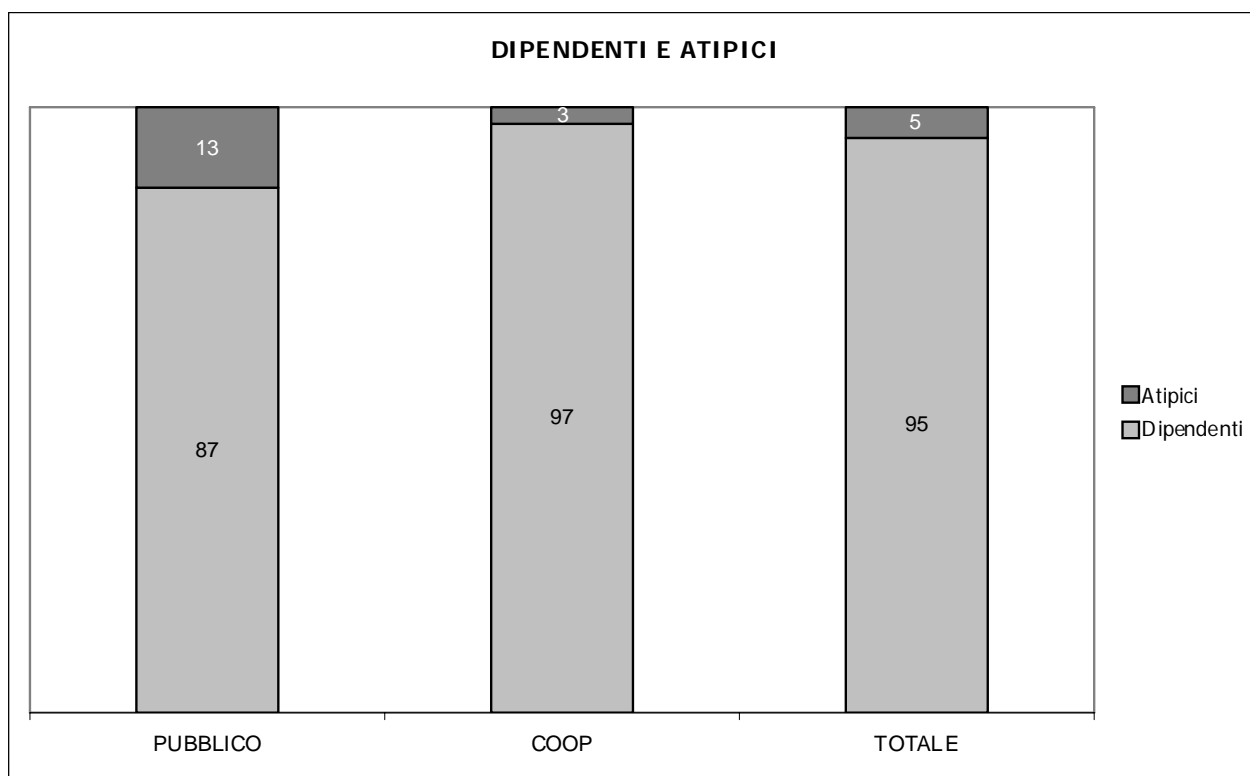
7.1.2 Tipologia contrattuale

Dalla Figura 7.3 è interessante osservare come, rispetto al lavoro nel sociale, il lavoro atipico sia ben poco utilizzato nel territorio marchigiano, arrivando a rappresentare appena il 5% dei contratti totali. Esso ha un'incidenza inferiore (3%) tra i lavoratori delle cooperative sociali, mentre nei Comuni è di oltre 4 volte superiore, arrivando al 13%. Si tratta di un'incidenza contenuta che però ha registrato un aumento negli ultimi anni, probabilmente legato alle difficoltà finanziarie degli enti locali. Occorre tuttavia sottolineare che nel questionario non si è indagato l'aspetto relativo al lavoro dipendente a tempo determinato: la disponibilità di tali dati potrebbe essere utile per misurare la precarietà effettiva, che non si esaurisce nel contratto atipico ma comprende anche i contratti di lavoro a tempo determinato. Questo aspetto potrebbe essere particolarmente importante per le istituzioni private, in cui il contratto a tempo determinato potrebbe essere legato a un'attività temporanea su appalto pubblico, e quindi contenere alcuni elementi di precarietà.

Per regolare il lavoro dipendente, vengono utilizzati nella totalità dei casi i contratti collettivi nazionali, rispettivamente il CCNL per i lavoratori delle cooperative del settore socio-sanitario assistenziale-educativo e di inserimento lavorativo, per le cooperative sociali, e il CCNL del personale del comparto delle regioni e delle autonomie locali, per i comuni e le Ipab.

Nelle Marche, si configura dunque una scelta dei principali attori, sia pubblici che privati, verso condizioni lavorative di maggiore stabilità rispetto al panorama nazionale. Scelta che però, come vedremo in seguito, è compensata dal vasto ricorso all'utilizzo di contratti a tempo determinato e/o part time.

Figura 7.3 - Distribuzione dei lavoratori in base al tipo d'istituzione e di contratto (valori %)



7.1.3 Tempi di lavoro

Rispetto ai tempi di lavoro, vediamo dalla Figura 7.4 che nelle Marche oltre il 60% dei lavoratori dei servizi sociali è impiegato part time. Questo dato è dovuto soprattutto al lavoro nelle cooperative, dove il tempo parziale è la modalità di gran lunga prevalente (68% dei lavoratori totali). Nei comuni il dato si capovolge e il part time riguarda solo il 38% dei lavoratori.

Interessante risulta incrociare ulteriormente il **genere** dei lavoratori con il tempo di lavoro e la tipologia istituzionale (Figura 7.5): nelle cooperative lavora part time il 68% delle donne e il 65% degli uomini. Nei comuni lo scarto tra lavoro part e full time si attenua per gli uomini (rispettivamente 58 e 32 su 100), mentre addirittura si inverte relativamente alle donne, che per il 68% sono occupate a tempo pieno nei comuni.

Rispetto ai Comuni, le cooperative dunque si caratterizzano per un alto ricorso al lavoro a tempo parziale che, se da una parte consente una migliore conciliazione con i tempi di vita (specie per le donne), dall'altra sembra però sostituire il lavoro atipico temporaneo nel rispondere

alle esigenze di flessibilità e di risparmio del sistema (appalti brevi e frammentati, risorse scarse, eccetera). Al lavoro part time spesso si associano condizioni economiche difficoltose per i lavoratori.

Del resto sono proprio i tempi di lavoro femminili a fornirci una buona chiave di lettura: dove si godono maggiori tutele del lavoro e dove si può esprimere la scelta con vincoli minori – cioè nel pubblico- la modalità più utilizzata dalle donne è il tempo lungo, con un 67% sul totale, che si contrappone al dato speculare del 68% di donne occupate part-time nelle cooperative.

Figura 7.4 - Distribuzione dei lavoratori in base a tipo di istituzione, tempo di lavoro e genere (valori %)

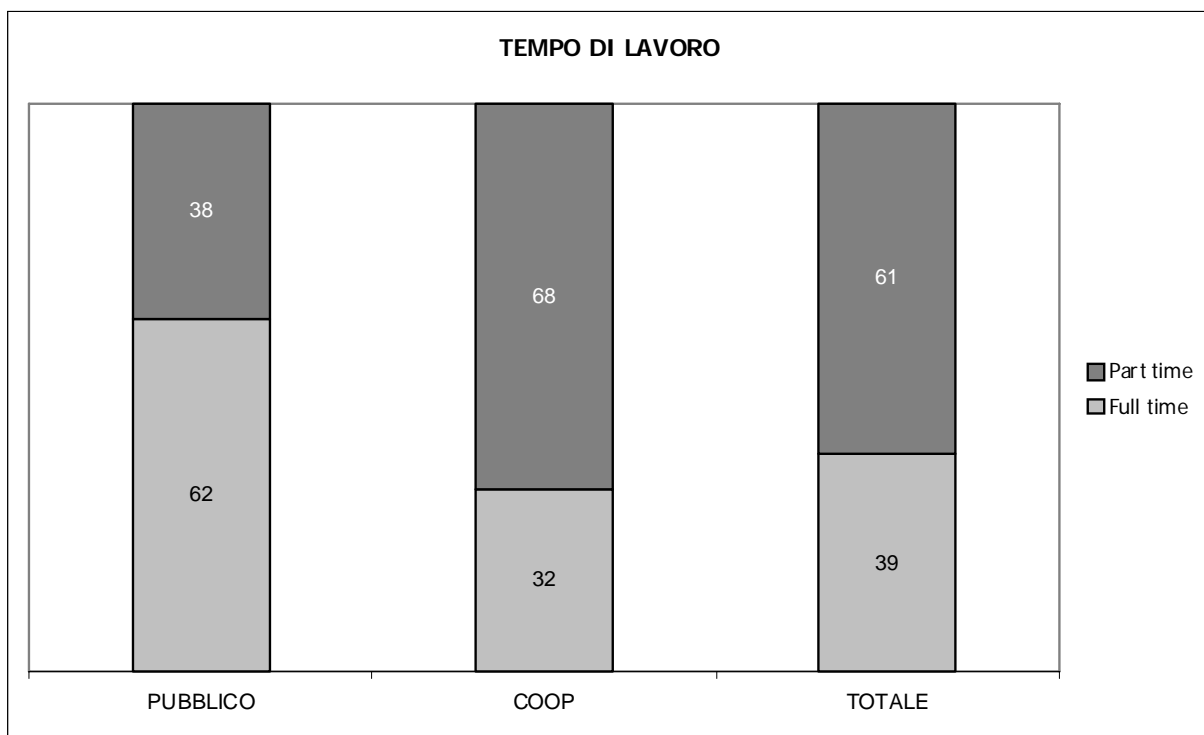
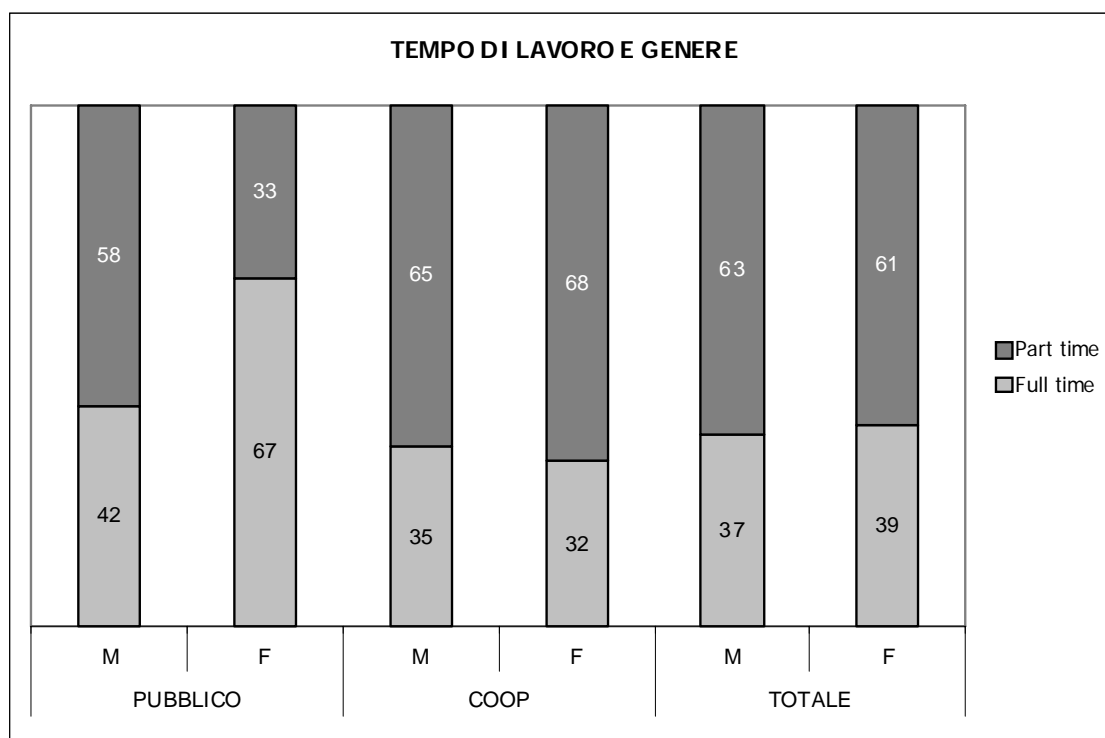


Figura 7.5 - Lavoratori in base a tipo di istituzione, genere e tempo di lavoro (valori %).



7.1.4 Settori di intervento

La distribuzione dei lavoratori per settori di intervento evidenzia che la maggior parte dei lavoratori delle istituzioni intervistate opera in servizi e interventi rivolti ad *Anziani e Famiglia e minori* (entrambi intorno al 27% del totale) e ai *Disabili*, che impiega circa il 23% del totale dei lavoratori considerati. Il restante 14% dei lavoratori si distribuisce tra i settori rimanenti (*Dipendenze, Immigrati e nomadi, Povertà*) (cfr. Grafico 10).

Nei comuni è preponderante il settore *Famiglia e minori*, dove trova posto il 37% dei lavoratori, mentre i lavoratori delle cooperative sociali si occupano prevalentemente di *Anziani e Disabili*, rispettivamente il 31% e il 27%.

Rispetto al totale dei lavoratori per area di intervento, poi, vediamo (Figura 7.6) che le cooperative sociali gestiscono in modo preponderante i settori Anziani e Disabili, mentre un equilibrio maggiore tra comuni e cooperative viene realizzato nel settore Famiglia e minori, nel quale i comuni mettono in campo quasi il 37% del proprio organico.

A fronte di una generale tendenza all'esternalizzazione dei servizi, diversi comuni cercano di mantenere la gestione diretta degli asili nido e delle scuole d'infanzia. Allo stesso tempo i comuni cercano di mantenere il ruolo di pianificazione e coordinamento dei diversi servizi, come si nota dal fatto che la voce Funzioni dirigenziali risulta essere maggiore nei comuni rispetto alle cooperative.

Figura 7.6 - Lavoratori per settori d'intervento (valori percentuali)

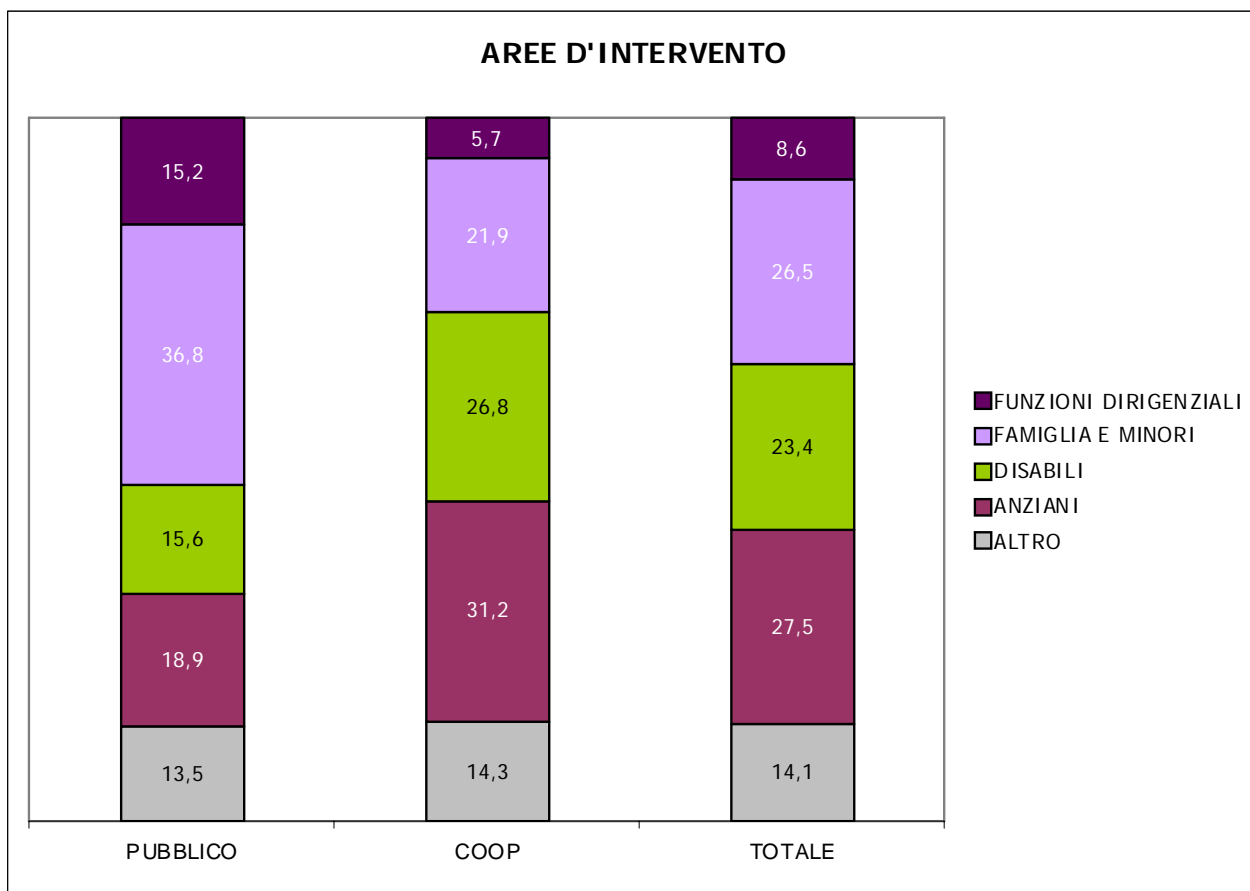
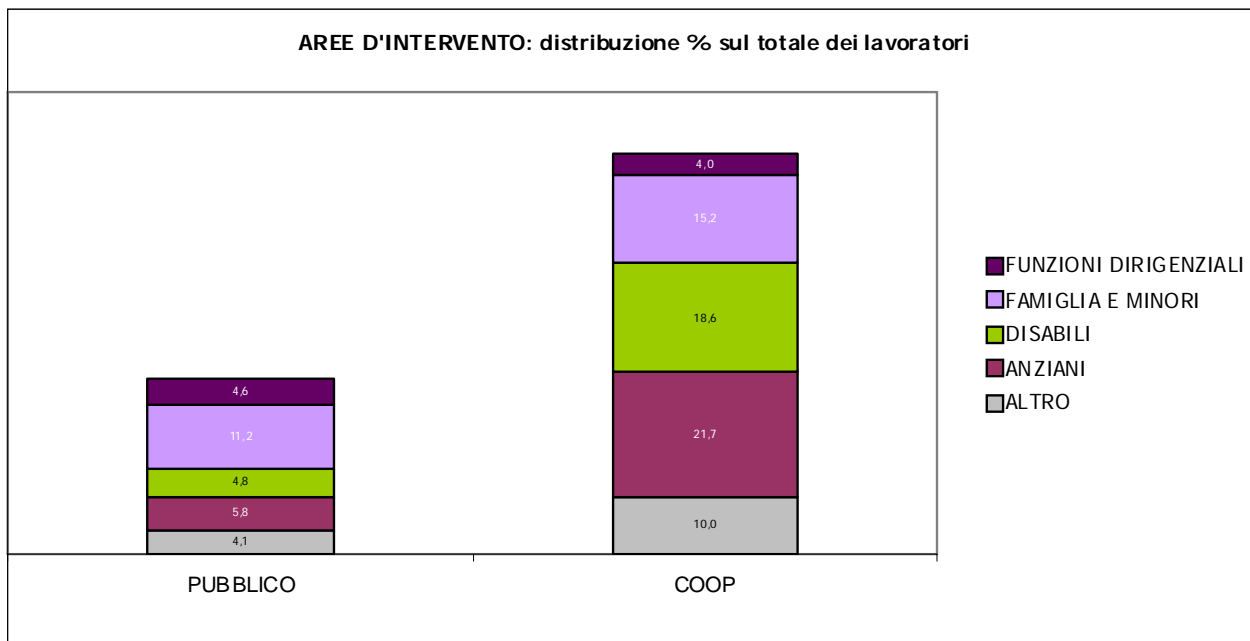


Figura 7.7 - Lavoratori per settori d'intervento (valori % sul totale complessivo)



Quasi il 9% dei lavoratori totali svolge funzioni di dirigenza o amministrative (che comprendono le funzioni di management, programmazione, progettazione, valutazione e coordinamento). L'incidenza dei lavoratori che svolgono queste funzioni è superiore nei comuni

(15%) rispetto alle cooperative (6%). Il dato rispecchia la maggiore agilità amministrativa e il maggior impegno nella mera erogazione dei servizi delle istituzioni private da una parte; dall'altra il ruolo centrale che i comuni sono ancora chiamati a svolgere nelle funzioni di coordinamento e di programmazione dei servizi.

7.1.5 Titolo di studio

Dall'analisi della distribuzione dei lavoratori per istituzione e titolo di studio (Figura 7.8), emerge che tra i lavoratori impiegati nel sociale il 30% è in possesso di laurea, il 43% di diploma medio superiore e il rimanente 27% si divide tra la formazione professionale e le scuole dell'obbligo.

Le tipologie di istituzione con più alto livello di lavoratori istruiti sono i Comuni che, rispetto alle cooperative, contano percentuali anche se di poco superiori sia di laureati che di diplomati.

I livelli di istruzione sono però distribuiti in modo non uniforme rispetto al genere, oltre che all'istituzione d'appartenenza (Figura 7.9). Nel pubblico i maschi contano percentuali di laureati superiori alle femmine (36 contro 31), le quali, tuttavia, ribaltano la situazione rispetto al possesso di un diploma medio superiore (46 contro 40). Nelle cooperative il rapporto si inverte in modo speculare e se le femmine contano un numero più alto di laureate (31 a 24), i maschi primeggiano per numero di diplomati con il 62% contro il 37 femminile.

Interessante è notare come i bassi livelli di istruzione riguardino soprattutto i lavoratori di genere femminile, che contano percentuali doppie rispetto ai maschi: il 30% delle donne contro il 13% degli uomini ha fatto una scuola professionale o le scuole dell'obbligo.

Il dato assoluto è tuttavia sbilanciato dal maggior peso numerico dei lavoratori delle cooperative sociali, dove il 31% delle donne e solo il 13% degli uomini provengono dalle scuole professionali o da quelle dell'obbligo. Nei Comuni, invece, il rapporto tra maschi e femmine con bassi livelli di istruzione tende ad essere paritario.

Figura 7.8 - Lavoratori in base al tipo d'istituzione e titolo di studio (valori %)

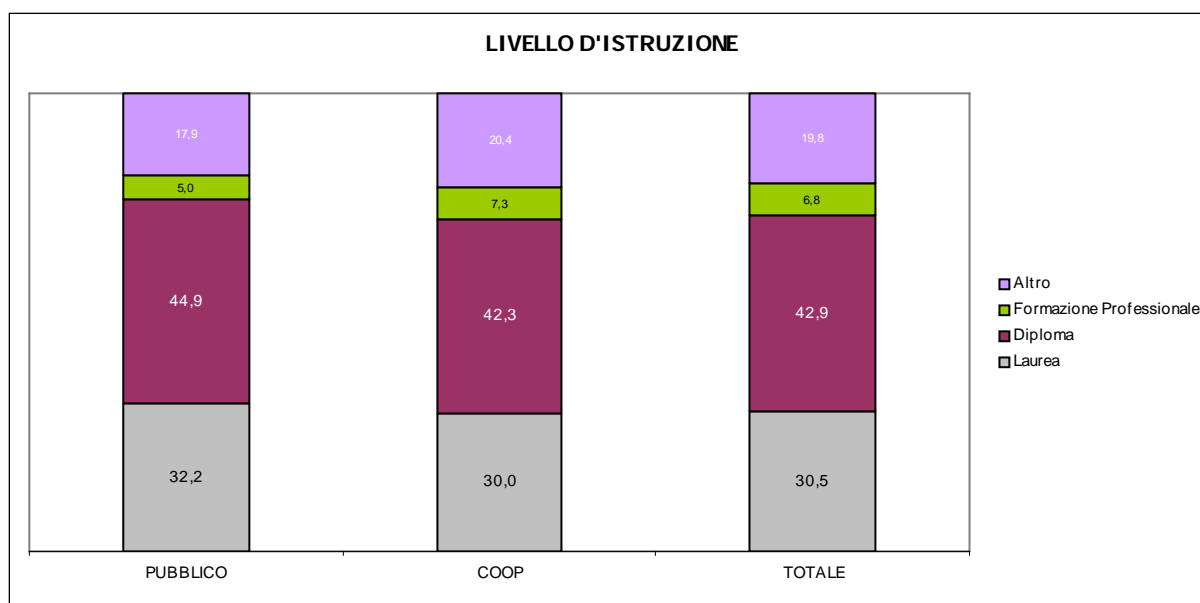
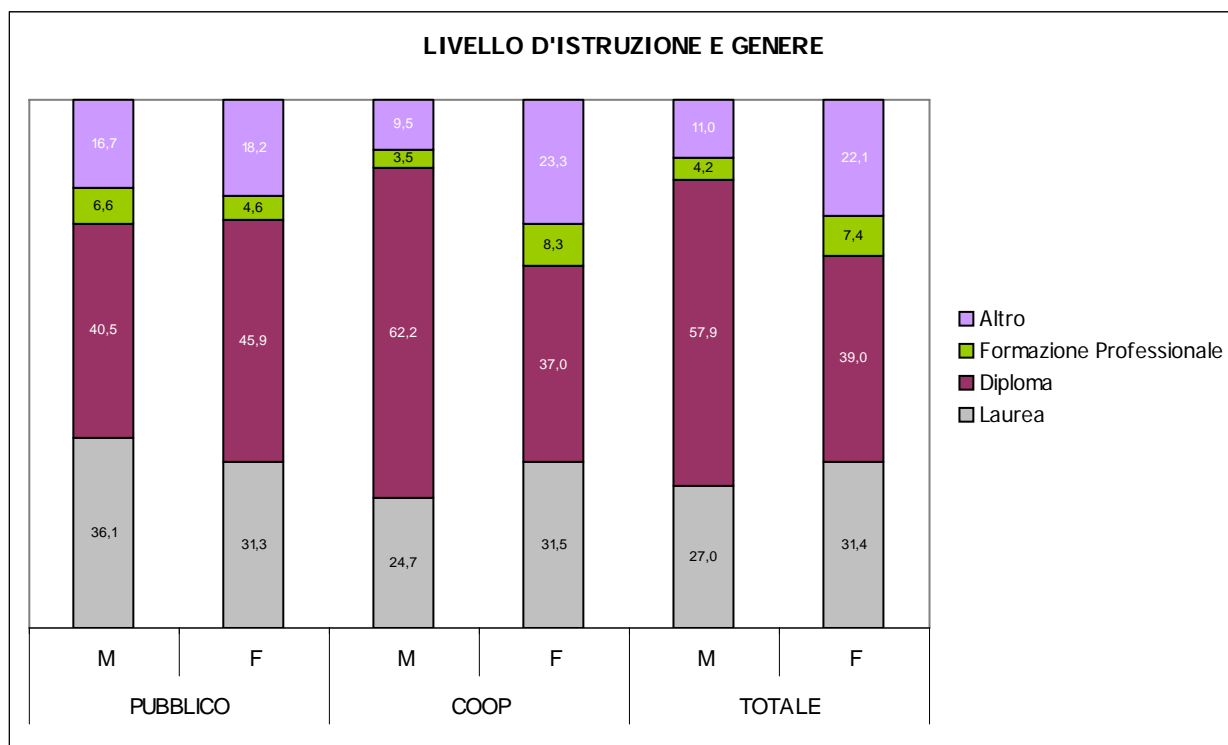


Figura 7.9 - Distribuzione dei lavoratori per tipo di istituzione, genere e titolo di studio (valori %)



7.1.6 Le funzioni svolte

La Figura 7.10 mostra come la stragrande maggioranza (84%) dei lavoratori nel sociale sia impegnata nell'erogazione dei diversi servizi, dato che sale addirittura al 90% nelle cooperative sociali (che sempre più si caratterizzano come il braccio operativo del welfare), mentre scende al 70% nel caso dei comuni.

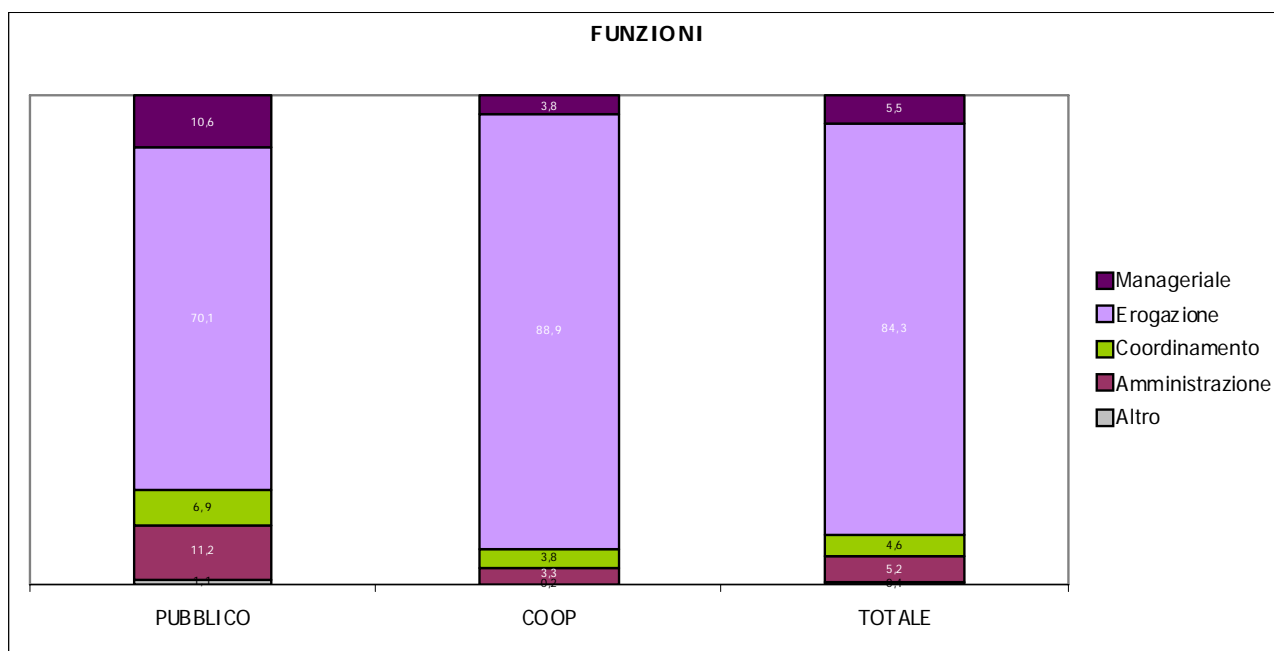
I comuni, per contro, impiegano i propri lavoratori con percentuali molto più elevate delle cooperative nelle funzioni Manageriali (11 contro 4 su cento), di Coordinamento (7 contro 4 su cento), e di Amministrazione (11 contro 3 su 100).

Anche per le funzioni indicate alla voce *Altro*⁴¹ i comuni risultano essere le istituzioni maggiormente attrezzate, destinando a queste attività l'1% del proprio lavoro remunerato, contro lo 0,2% delle cooperative. Dato comunque decisamente esiguo, se pensiamo che comprende tutte le funzioni di comunicazione pubblica nei confronti dei cittadini.

Infine sottolineiamo le difficoltà lamentate da tutte le organizzazioni a definire in modo preciso la distribuzione del personale per funzioni: questo perché nel sociale, sia a livello gestionale che di erogazione dei servizi, troviamo una grande fluidità di ruoli e funzioni. Sia nei Comuni che nelle cooperative, infatti, la scarsità di risorse fa sì che a determinate funzioni (come la comunicazione o il coordinamento) siano preposti più operatori ma con tempi estremamente ridotti. Allo stesso modo, come nel caso estremo dei piccoli comuni, il tempo dedicato dallo stesso operatore ai servizi sociali è addirittura parziale, perché diviso con l'impegno in altri settori non sociali.

⁴¹ Nel questionario riassunte, a titolo d'esempio, come "iniziative per la comunicazione esterna, convegni, pubblicazioni, portale, sistema informativo, ecc."

Figura 7.10 - Lavoratori per istituzione e funzione svolta (valori %)



7.1.7 Profili professionali

L'analisi dei profili professionali dei lavoratori appartenenti alle organizzazioni intervistate (Figura 7.11), evidenzia che la categoria degli Educatori⁴² assorbe la quota più significativa di lavoratori (36%), seguita da quella degli Addetti all'assistenza alla persona⁴³ con il 22% del totale, dagli Operatori per l'infanzia (16%), e dagli animatori socio-culturali (11,5%).

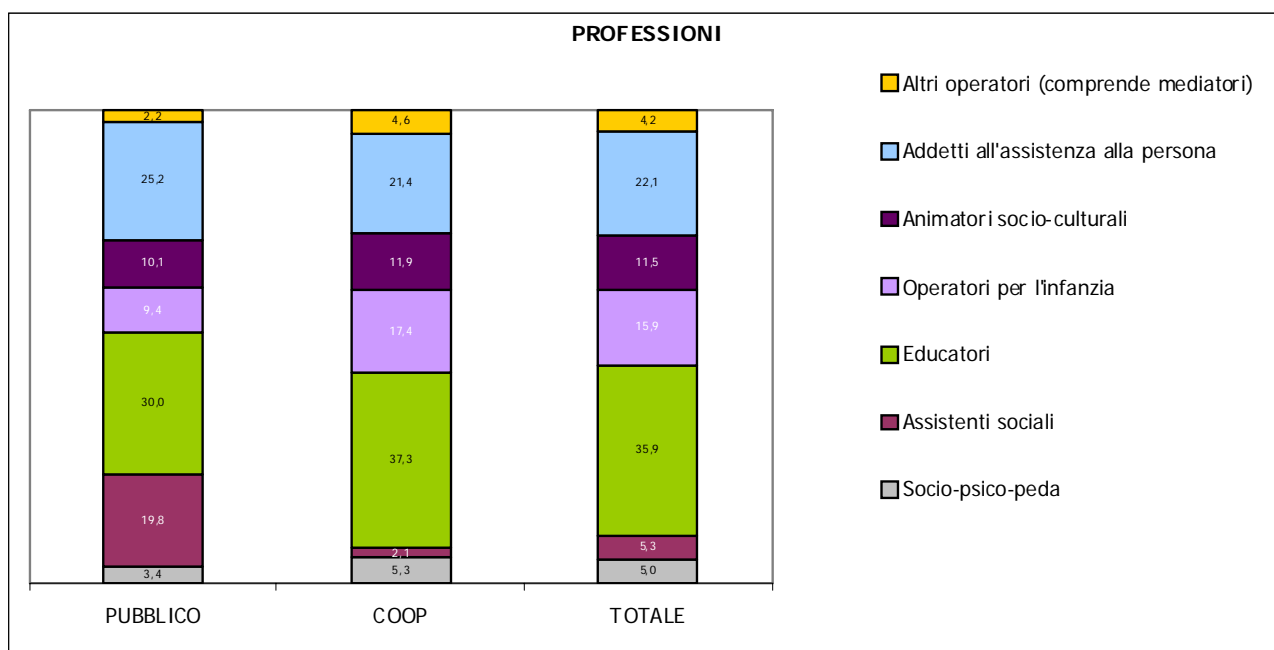
Arriva al 5% del totale la somma di Sociologi, Psicologi e Pedagogisti, così come la categoria degli Assistenti sociali ma mentre nel primo gruppo abbiamo una leggera prevalenza in favore delle cooperative sociali (trainata soprattutto dagli psicologi), la figura degli Assistenti sociali è decisamente rilevante nei comuni (dove costituiscono il 20% degli occupati nel sociale), piuttosto che nelle cooperative, dove rappresentano appena il 2% dei lavoratori. I comuni, dunque, tengono stretto il servizio di assistenza sociale e le valenze di pianificazione, coordinamento e monitoraggio che questo presuppone. Una buona parte di comuni punta ancora a gestire in prima persona l'assistenza agli anziani ed all'infanzia, anche se i numeri crescono progressivamente in favore della cooperazione sociale.

Allo stesso modo gli operatori per l'infanzia sono maggiormente presenti tra i lavoratori delle cooperative, del cui totale costituiscono il 17%, mentre scendono al 9% tra i lavoratori impiegati nei comuni.

⁴² Per gli Educatori il questionario di rilevazioni offriva la seguenti opzioni: Educatori professionali sanitari (operatori della riabilitazione etc.); Educatori in ambito sociale (educatori di comunità, educatori di asili nido e centri per l'infanzia, etc.).

⁴³ Per gli Addetti all'assistenza alla persona il questionario di rilevazioni offriva la seguenti opzioni: Operatori socio-sanitari (OSS); Addetti all'assistenza alla persona in servizi e strutture (ADEST, OSA, OTA, ASA, ASS, AdB,...); Assistenti familiari (assistenti geriatrici, badanti, addetti all'assistenza a domicilio).

Figura 7.11 - Distribuzione lavoratori per istituzione e profilo professionale(valori %)



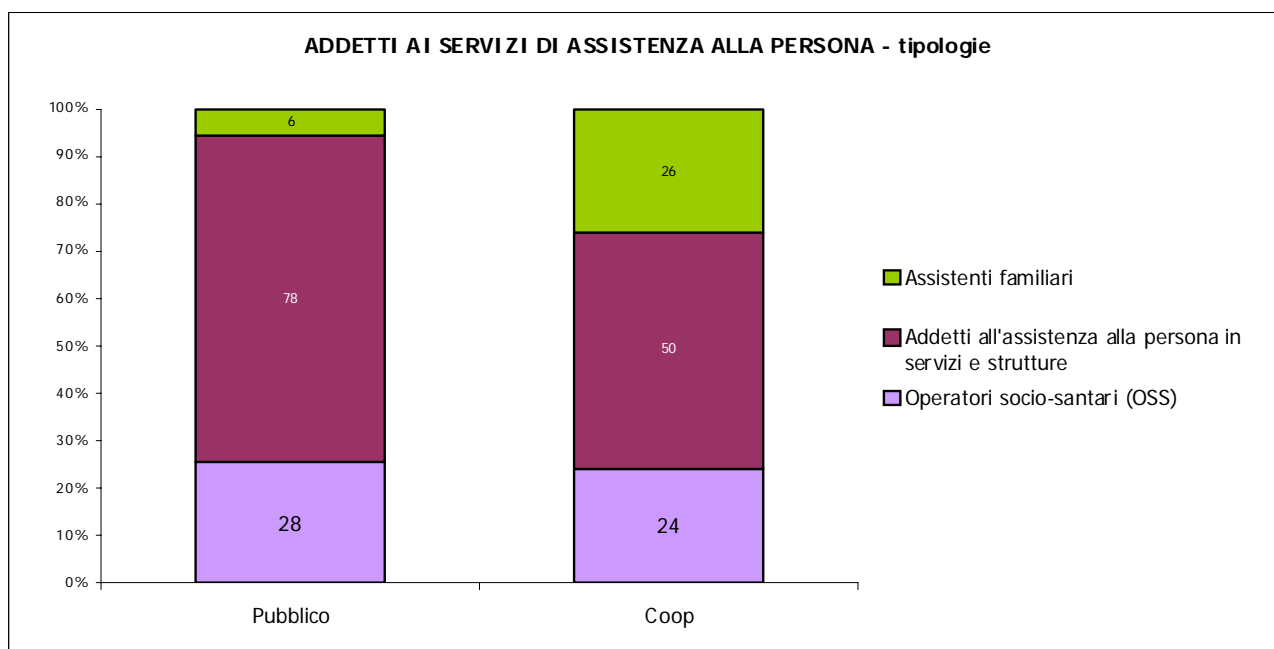
Gli educatori impiegati nei comuni operano tutti in ambito sociale, mentre tra quelli delle cooperative troviamo un 20% di educatori professionali sanitari.

Quasi l'80% degli addetti ai servizi di assistenza alla persona che operano nel settore pubblico è impiegato in servizi e strutture, quota che nelle cooperative si riduce al 50% del totale. A fronte di un sostanziale pareggio sul numero degli operatori socio-sanitari (OSS), vediamo una marcata differenza rispetto agli assistenti familiari, che nelle cooperative raggiungono il 25%, contro il 5% dei comuni.

L'80% degli assistenti sociali impiegati nei comuni ha una laurea triennale, contro il 20% dotato di laurea specialistica; percentuali identiche si trovano per gli assistenti sociali che svolgono funzioni di erogazione del servizio (80%) e funzioni di coordinamento (20%).

Nelle cooperative il rapporto si inverte e la laurea specialistica arriva al 70%, contro il 30% di quella triennale; allo stesso modo crescono al 30% gli assistenti sociali con funzione di coordinamento.

Figura 7.12 - Distribuzione degli addetti all'assistenza alla persona (valori %)

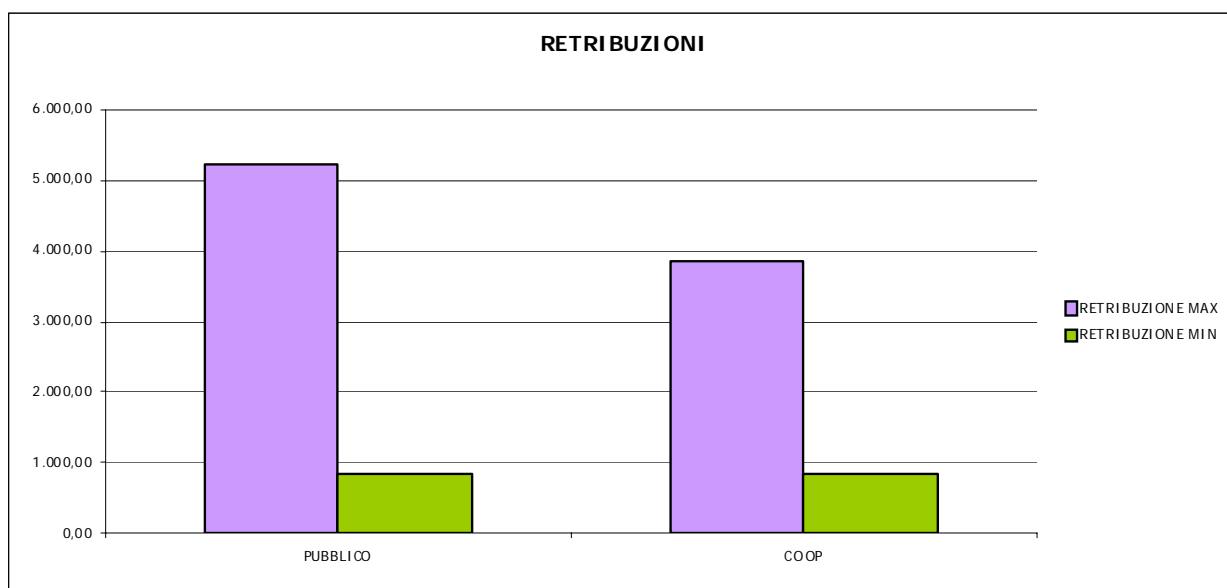


7.1.8 Le differenze salariali

Dalla Figura 7.13 possiamo vedere come, nel settore dei servizi sociali, vi siano notevoli differenze retributive, che variano a seconda del tipo di ruolo e qualifica, ma anche in relazione al tipo di istituzione in cui si lavora.

In generale, le alte qualifiche sono meglio remunerate nel settore pubblico, rispetto alla cooperazione sociale, mentre le qualifiche basse tendono a coincidere per livelli retributivi. Dietro al divario medio esistono, tuttavia, differenze molto più consistenti, dove la forbice tra compensi massimi e minimi arriva, in alcuni comuni, a superare i 4000 euro, mentre nelle cooperative sociali analizzate non ha mai superato i 3000 euro. In particolare nei comuni la retribuzione più elevata è pari a 6 volte quella più bassa; l'analogo rapporto scende a 4 volte e mezza per le cooperative sociali.

Figura 7.13 - Le differenze retributive fra i lavoratori del pubblico e delle cooperative (valori in €)



7.2 L'analisi comparativa tra ATS

Se da un'analisi riferita al contesto regionale che raggruppa il totale dei lavoratori analizzati nei diversi ATS, possiamo ad una analisi comparativa tra i diversi Ambiti Territoriali Sociali, emergono differenze significative in alcuni dei settori della ricerca.

7.2.1 Distribuzione dei lavoratori per ATS e forma istituzionale

Dalle Figure 7.14 e 7.15 possiamo vedere il peso relativo di ogni ATS sul totale dei lavoratori raggiunti dal campione della ricerca. Vediamo che gli Ambiti più significativi rispetto all'occupazione totale sono quello che unisce i due ATS di Pesaro e Urbino (i cui dati non è stato possibile scorporare) e quello di Ancona, che ospitano il 22% e 29% degli occupati totali nel pubblico, e il 30% e 38% degli occupati nelle cooperative sociali.

Figura 7.14 - Distribuzione percentuale lavoratori pubblici per ATS

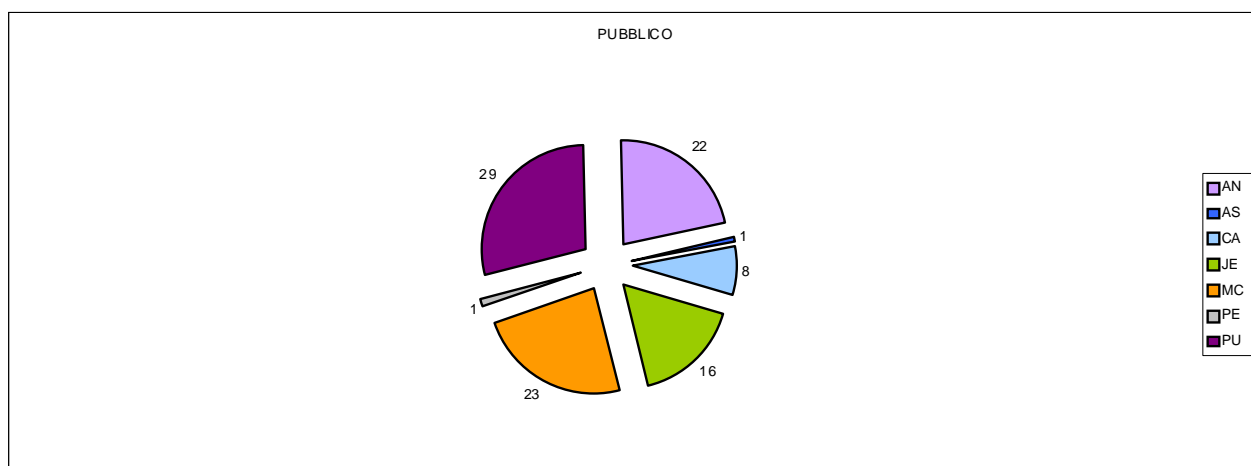
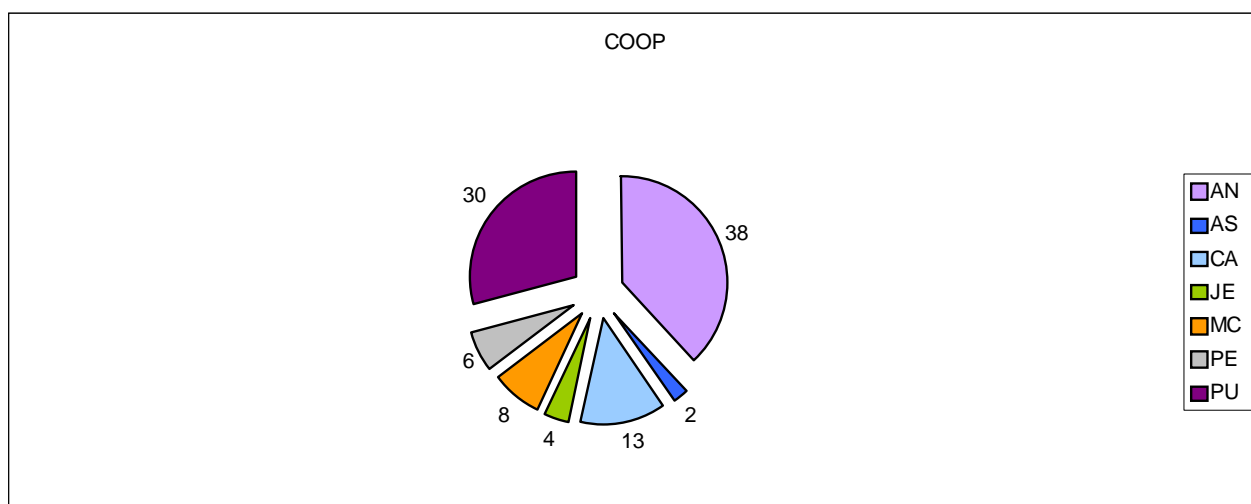


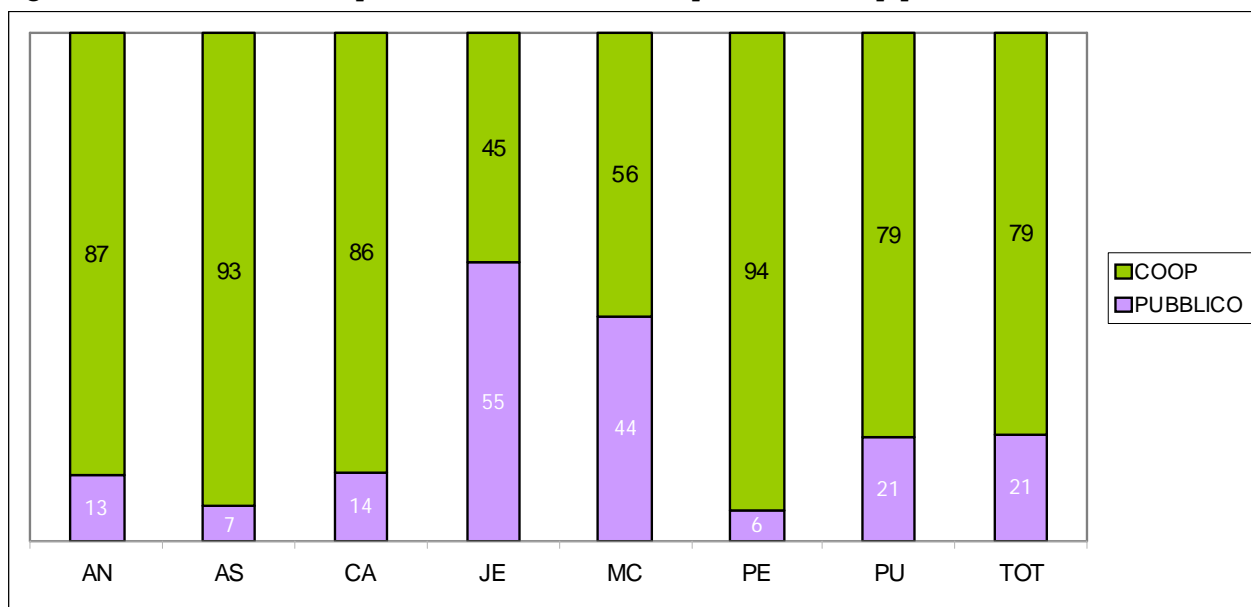
Figura 7.15 - Distribuzione percentuale lavoratori cooperative per ATS



Gli ATS di Macerata e Jesi si caratterizzano per un'alta presenza di lavoratori impiegati nel pubblico (23%) e quello di Camerino per una presenza significativa di lavoratori delle cooperative sociali (13%).

Gli Ambiti di Ascoli Piceno e quello di Porto S. Elpidio, invece, hanno una presenza relativa molto bassa soprattutto nel pubblico, e questo rischia di generare imprecisioni nella lettura dei dati.

Figura 7.16 - Distribuzione percentuale lavoratori tra pubblico e coop per ATS

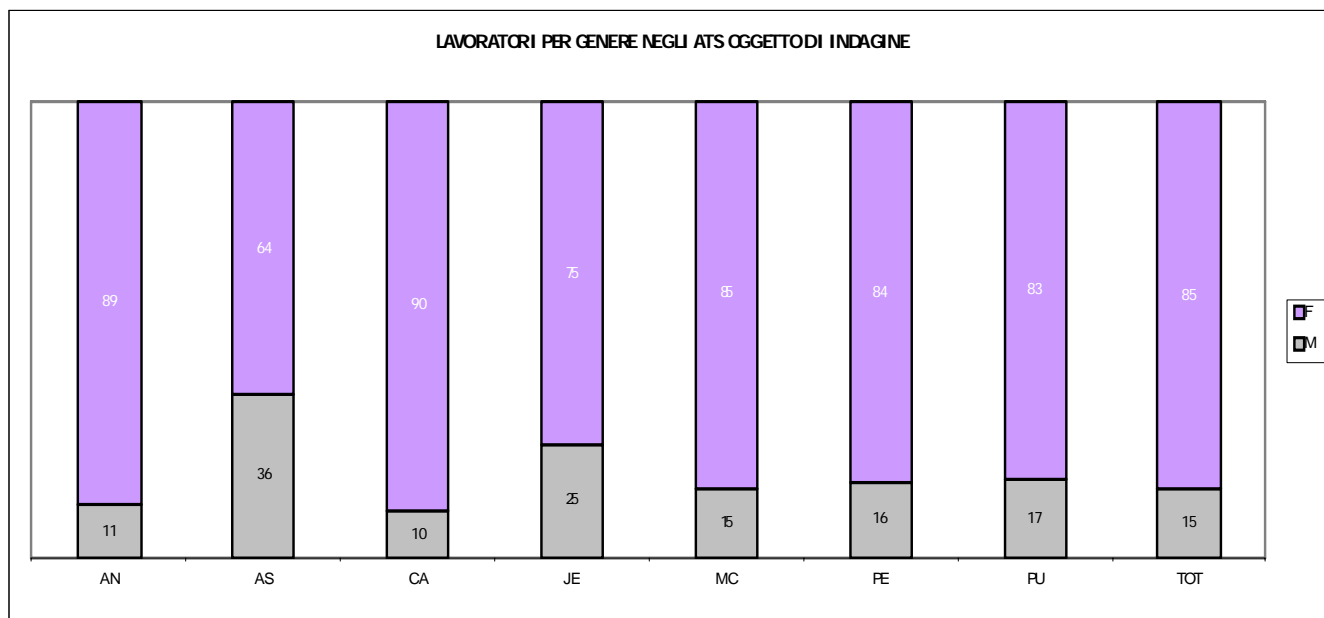


Dai dati emersi dalle organizzazioni intervistate, risulta esserci una presenza significativa di lavoratori in forza ai comuni soprattutto nell'ATS di Jesi e Macerata, rispettivamente il 55% e il 44% dei lavoratori coinvolti nell'indagine. Negli ATS di Ancona, Camerino, Ascoli, Porto S. Elpidio e nel territorio di Pesaro e Urbino prevale nettamente la cooperazione sociale, con valori che spesso superano l'80% del totale dei lavoratori.

Da notare come la forte presenza di lavoratori impiegati nelle cooperative sui territori di Ancona e di Pesaro e Urbino, si accompagna ad una presenza assoluta estremamente rilevante

anche di lavoratori pubblici: questo perché, oltre ad essere gli ambiti più popolosi della regione, le due principali città marchigiane ospitano le sedi amministrative delle maggiori cooperative sociali marchigiane.

Figura 7.17 – Distribuzione dei lavoratori per genere e ATS (valori %)



Dalla Figura 17 si vede come, tra gli ATS non vi siano grandi scostamenti rispetto al genere dei lavoratori impiegati. Le differenze più significative rispetto alla media del totale, che vede le donne in larga maggioranza per 85 a 15 su 100, sono i casi dei due ATS di Ascoli (con circa il 35% di uomini e Jesi, con il 25% di presenze maschili).

7.2.2 Forme contrattuali

Le Figure da 18 a 20 mostrano la distribuzione delle forme contrattuali applicate all'interno dei diversi ATS, sia del totale, sia per tipologia di istituzione: vediamo che il territorio di Ascoli è quello con il maggior impiego di lavoro atipico, seguito da Macerata e Camerino. Ma se ad Ascoli l'atipico è tutto in forza alle cooperative, nei territori di Macerata e Camerino si ha un deciso sbilanciamento verso le istituzioni pubbliche.

Se le cooperative di Ancona e Pesaro-Urbino quasi non conoscono la forma contrattuale atipica, questa risulta ancora molto contenuta nel comune di Ancona (4%), ma decisamente elevata nei comuni del territorio di Pesaro e Urbino, dove si avvicina al 20% dei lavoratori impiegati da queste istituzioni.

Nell'ATS di Jesi viene fatto un utilizzo del lavoro atipico decisamente contenuto (il 7%, tutto a carico delle cooperative), e i restanti ambiti si situano in linea con la media generale del 5%.

Figura 7.18 - Distribuzione percentuale lavoratori per forma contrattuale e per ATS

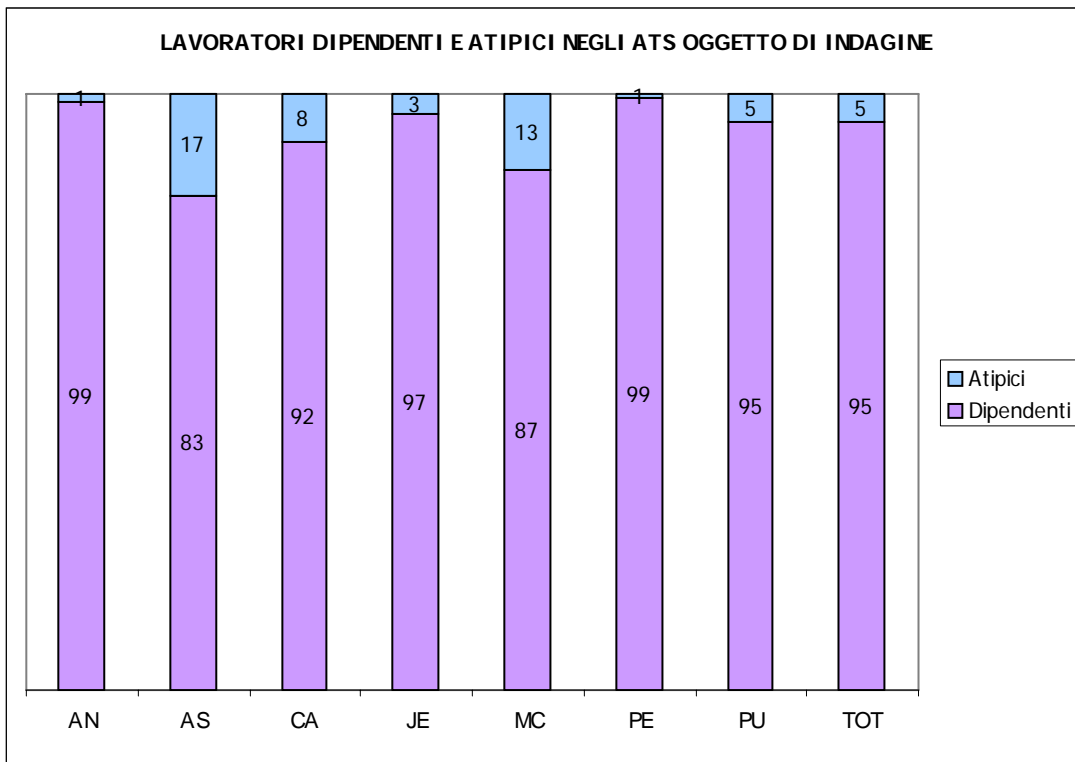


Figura 7.19 - Distribuzione percentuale lavoratori pubblico per forma contrattuale e per ATS

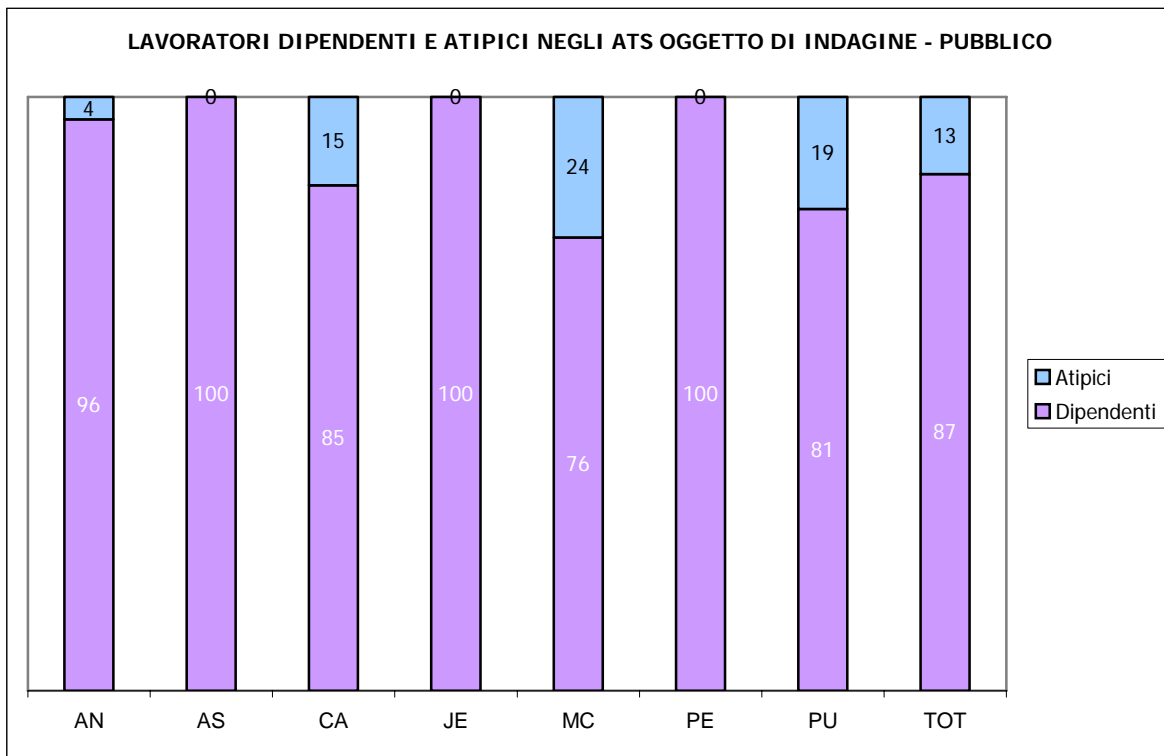
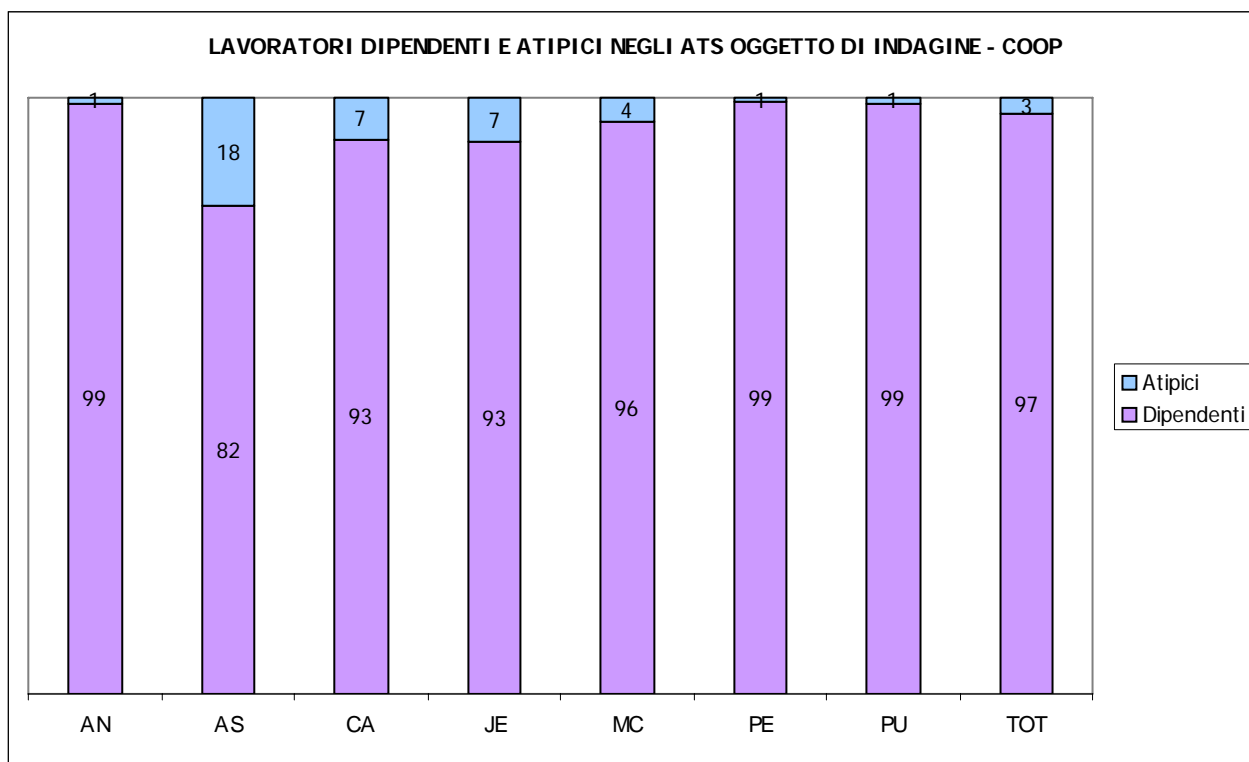


Figura 7.20 - Distribuzione percentuale lavoratori cooperative per forma contrattuale e per ATS



7.2.3 Tempi di lavoro

Analizzando i Tempi di Lavoro attraverso le figure successive, vediamo che, a fronte di una media generale che assegna al part time il 60% di diffusione, ad Ascoli, Jesi ed Ancona abbiamo gli scostamenti più significativi in favore del lavoro a tempo pieno (rispettivamente 73%, 46% e 43%).

Con maggiore dettaglio, nei comuni situati negli ATS analizzati i tempi di lavoro si distribuiscono in questo modo (Figura 7.22): a fronte di una media generale del 60% in favore del lavoro a tempo pieno, i territori di Camerino, Ancona e Ascoli vedono prevalere ancora più nettamente il full time, rispettivamente con 85%, 80% e 75%. Poco attendibile per le ragioni riportate in precedenza, il dato riferito ai comuni del territorio di Porto S. Elpidio. Al contrario il territorio di Jesi presenta un valore eccezionalmente inferiore alla media, con una percentuale di tempo pieno appena del 25%.

Considerando i tempi di lavoro nelle cooperative sociali (Figura 7.23), a fronte di una media del lavoro full time di poco superiore al 30%, sono Jesi e Ascoli a ribaltare la situazione con medie superiori al 70%, mentre Macerata e Porto S. Elpidio si distinguono per una presenza di lavoro a tempo pieno inferiore alla media, con rispettivamente il 13% e il 23%.

Figura 7.21 - Distribuzione percentuale lavoratori per tempi di lavoro e per ATS

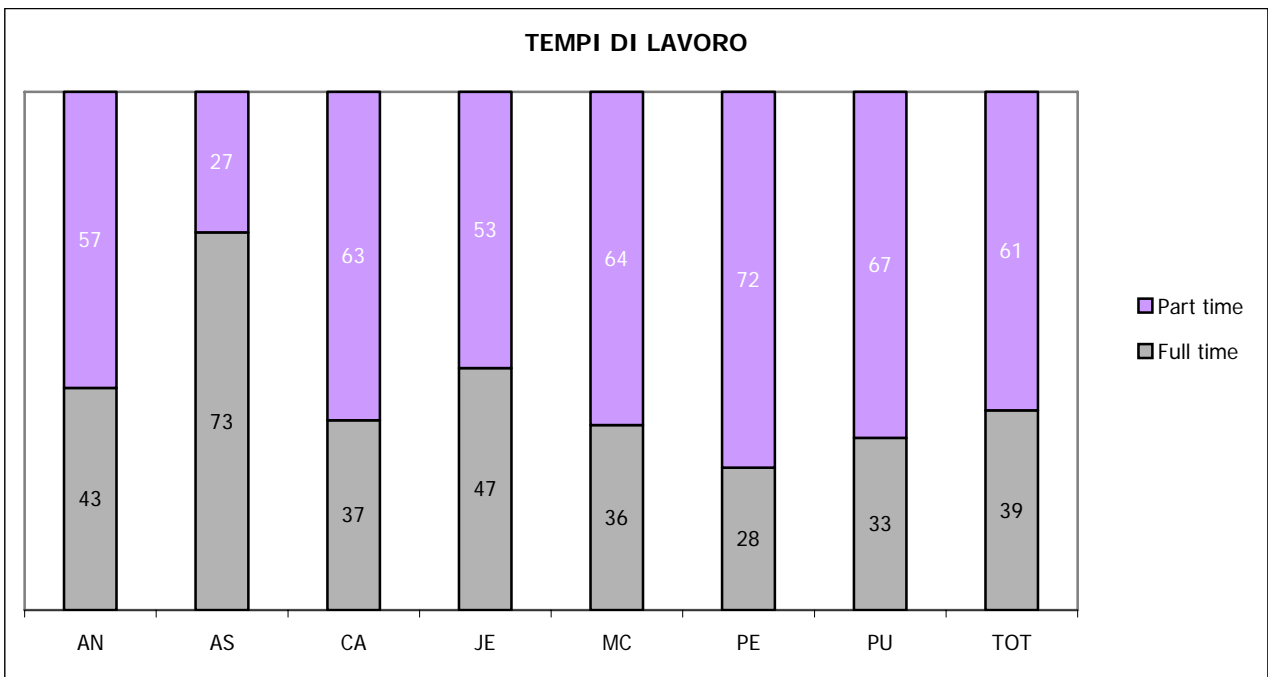


Figura 7.22 - Distribuzione percentuale lavoratori pubblici per tempi di lavoro e per ATS

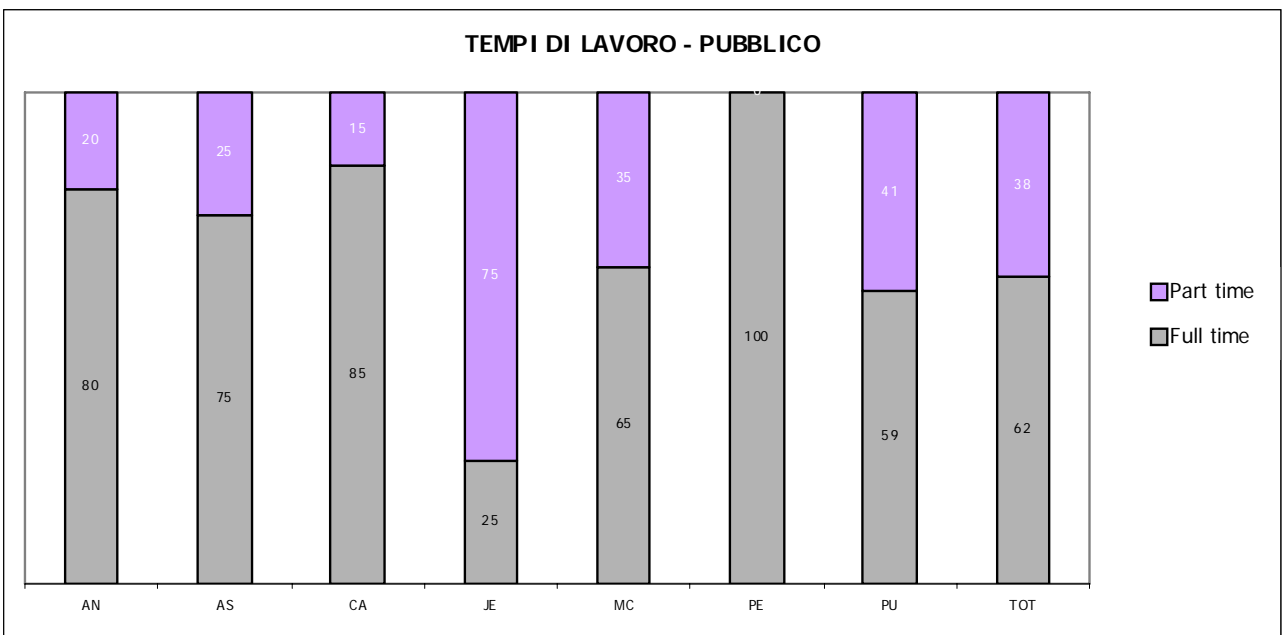
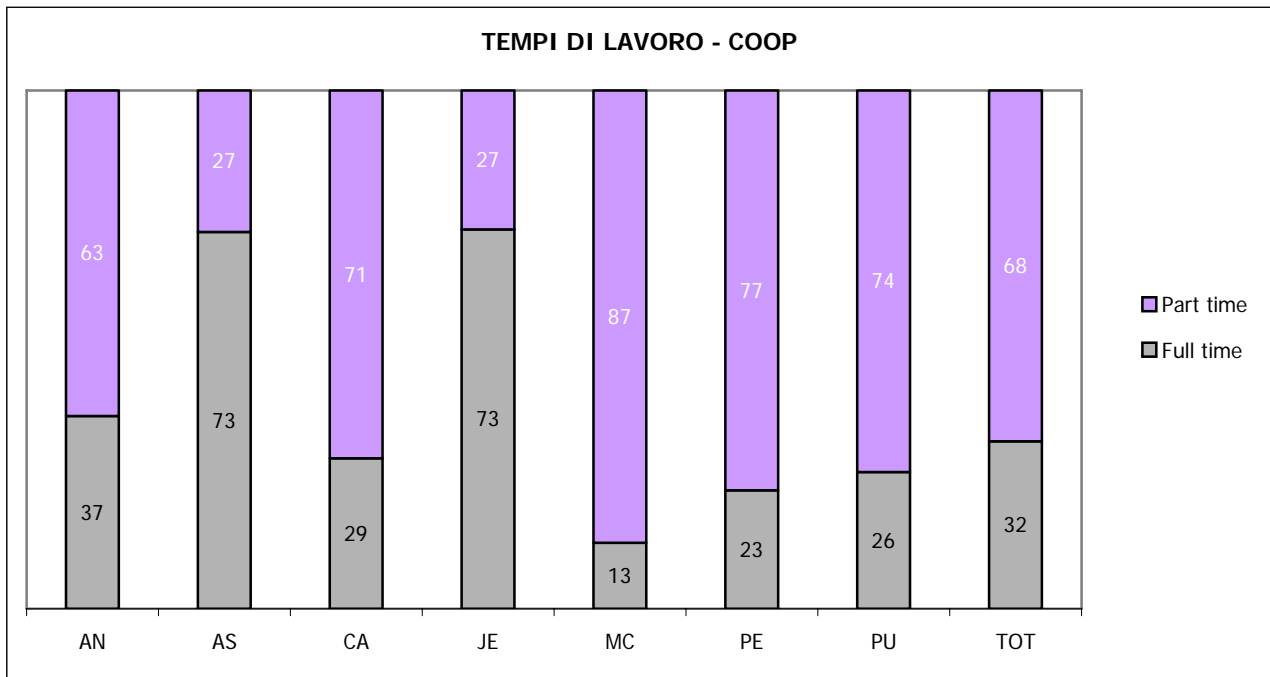


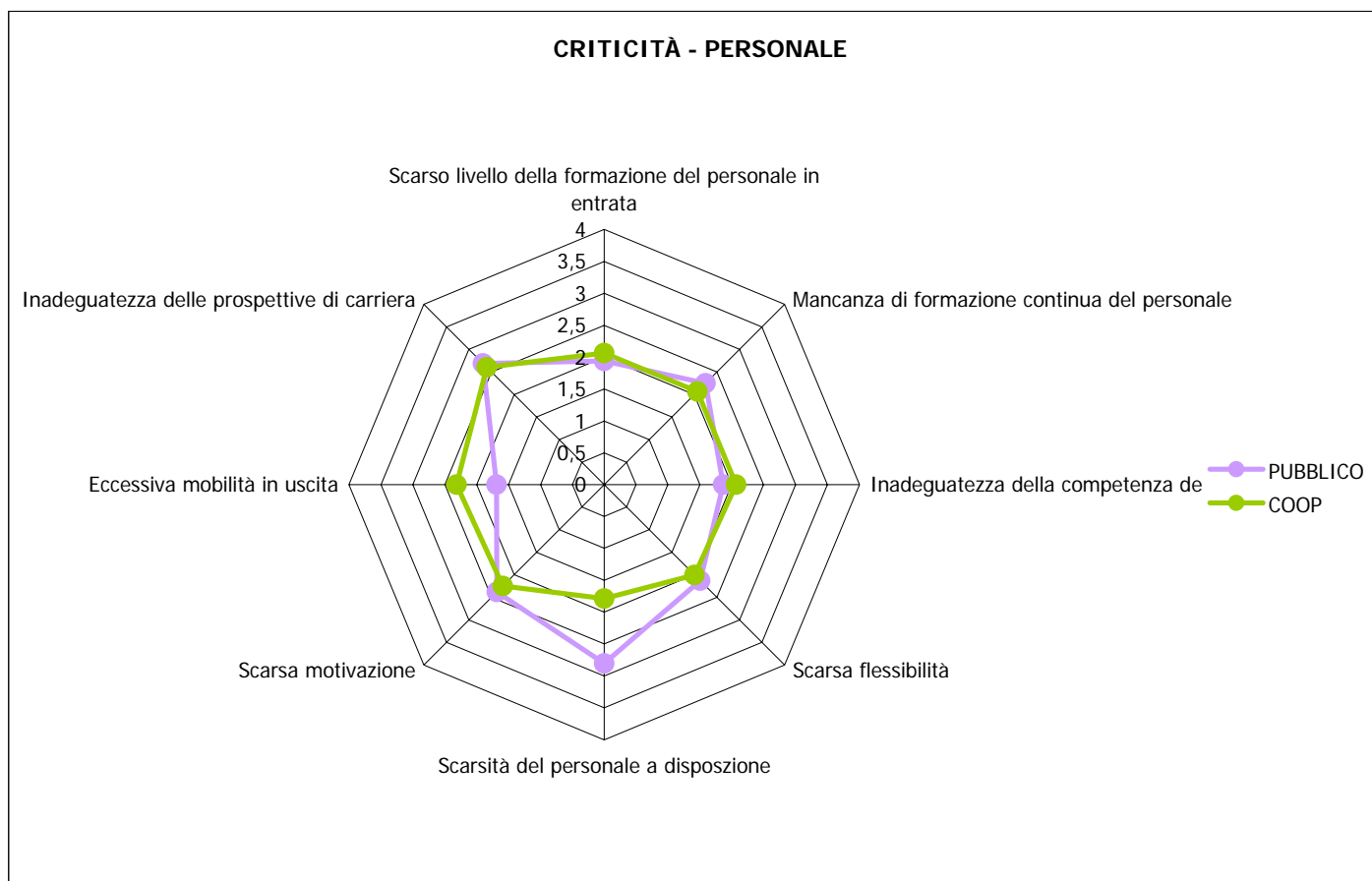
Figura 7.23 - Distribuzione percentuale lavoratori cooperative per tempi di lavoro e per ATS



7.3 Le criticità emerse dal questionario

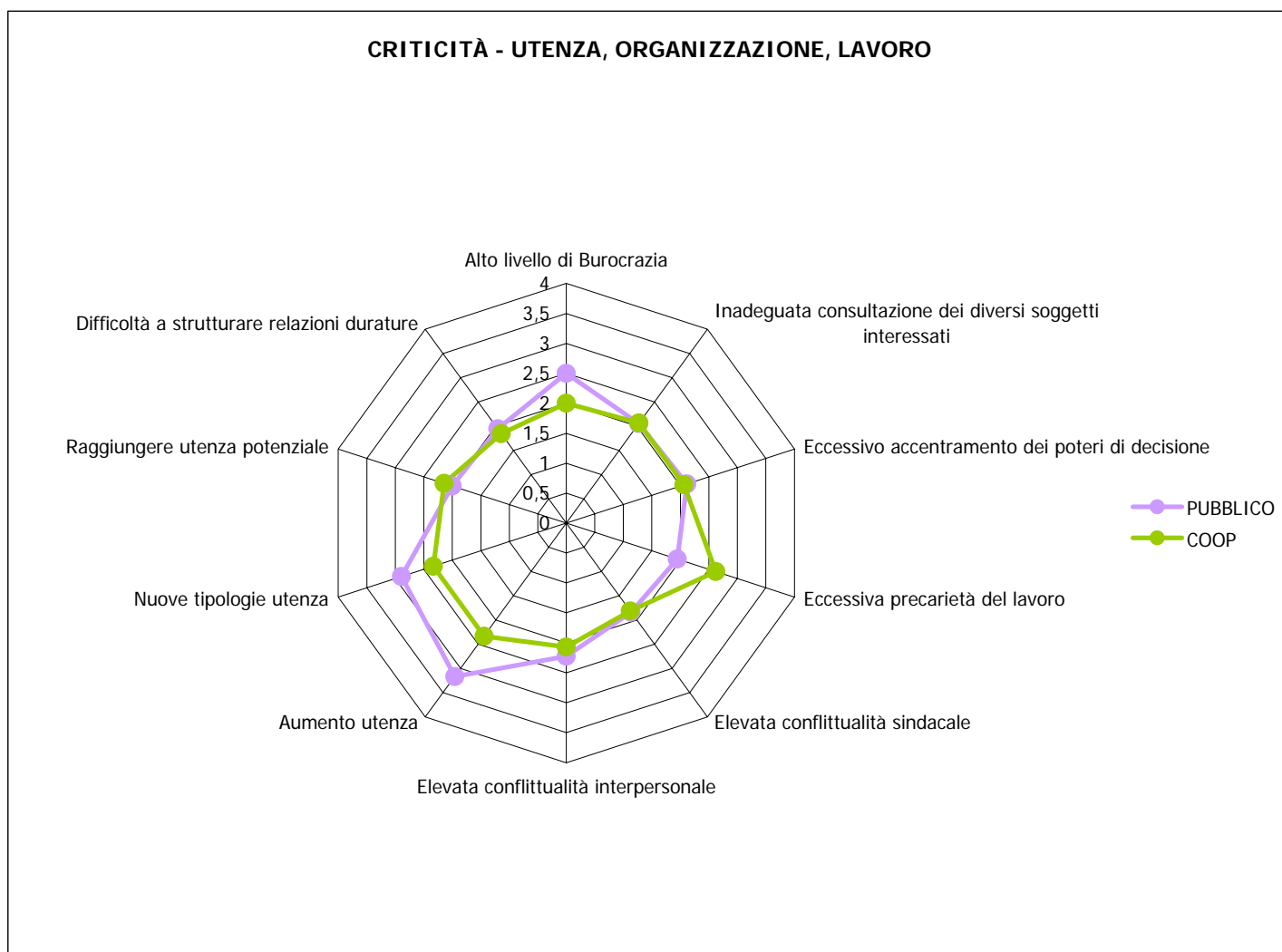
L'ultima domanda del questionario tendeva ad analizzare alcuni aspetti critici riferiti al rapporto con il personale (Figura 7.24), al lavoro, all'organizzazione e al rapporto con l'utenza (Figura 7.25). Il grado di criticità di ogni aspetto è stato calcolato su una scala da 1 a 4, dove 1 sta per criticità bassa e 4 per criticità massima.

Figura 7.24 – Le criticità relative al personale



Come possiamo vedere nella Figura, le criticità riferite al personale in forze ai servizi sociali si attestano generalmente su un livello di criticità media, con alcune eccezioni significative. I comuni riscontrano la principale criticità nella scarsità del personale a disposizione in rapporto alle esigenze dei servizi. Seguono l'inadeguatezza delle prospettive di carriera e la scarsa motivazione del personale. Per le cooperative sociali intervistate l'inadeguatezza delle prospettive di carriera è la massima criticità riferita al personale, seguita dall'eccessiva mobilità in uscita e dalla scarsa motivazione del personale. Non sembrano invece destare grande preoccupazione aspetti come la scarsa flessibilità del personale o la mancanza di formazione continua -lamentati maggiormente dai comuni, o altri come le scarse competenze del personale, sia in entrata che nel lavoro, questi ultimi indicati come maggiormente problematici dalle cooperative.

Figura 7.25 – Le criticità relative all’utenza, all’organizzazione e al lavoro



Nella Figura i comuni paiono maggiormente in affanno rispetto all’aumento dell’utenza, che si divide in sempre nuove tipologie, in stretta connessione alla scarsità del personale emersa nella figura precedente, nonché all’alto livello di burocrazia interno alla macchina amministrativa, che ne frena l’azione. In ultimo, per i comuni, anche l’elevata conflittualità tra il personale è leggermente al di sopra della criticità media.

Tra le cooperative sociali la preoccupazione maggiore appare invece provenire dall’eccessiva precarietà del lavoro, qui non riferita alle tipologie contrattuali applicate al personale, quanto piuttosto al sistema di affidamento dei servizi da parte del pubblico. Il rapporto con l’utenza crescente e variegata preoccupa anche le cooperative, che devono rispondere alle emergenze con budget fissi e contenuti.

Le considerazioni di sintesi sulla qualità e quantità dell’occupazione nei servizi sociali sono riportate nelle conclusioni del rapporto.

8 Tre occupazioni nel sociale: competenze e formazione

8.1 Il percorso della ricerca⁴⁴

8.1.1 Le dimensioni analitiche

L'analisi dei tre profili occupazionali presi in esame (l'educatore professionale, l'assistente sociale e l'operatore socio sanitario) si è snodata essenzialmente su due piani.

La prima, di carattere *macro strutturale*, è stata finalizzata ad identificare il percorso normativo ed istituzionale che ha contraddistinto ciascuna delle tre occupazioni nel contesto italiano degli ultimi due decenni, comparandolo con quanto avvenuto, nello stesso periodo di tempo, in alcuni grandi paesi europei (Spagna, Francia, Gran Bretagna, Svezia). La seconda, *meso-strutturale*, è stata rivolta alla individuazione delle modalità di lavoro effettivo delle tre figure considerate nei contesti organizzativi di otto ambiti territoriali sociali della Regione Marche.

Se, da un lato, questa scelta analitica ha permesso di ricostruire le norme che presiedono ai percorsi formativi e lavorativi dei tre profili, dall'altro essa ha aperto la possibilità di leggere tali percorsi *sul campo* cioè in un contesto attivo di azioni realizzate in risposta a casi specifici di domanda ed offerta di relazioni di aiuto. In altri termini, si è tentato di leggere, nell'ambito dei servizi sociali marchigiani, i riflessi che le norme, modellate a livello nazionale o sub-nazionale, sembrano avere sulle prassi quotidiane dei tre profili occupazionali prescelti. Per far ciò i focus realizzati sono stati costruiti in modo da avere la possibilità di leggere *prassi reali* sui percorsi di presa in carico nell'area della disabilità, dei minori, delle malattie mentali, degli anziani, delle dipendenze patologiche e delle marginalità. Ciò ha permesso di individuare un insieme di configurazioni lavorative che offrono numerosi spunti di analisi sulle competenze di base e di confine che ciascun profilo dimostra *di fatto*, nonché sulle possibilità di integrazione che si propongono o si rendono necessarie nell'*effettivo* lavoro di cura.

8.1.2 Il quadro teorico

Questo tipo di analisi, per i caratteri di processualità e di interazione che possiede, necessita di un apparato teorico e analitico che va definito in via preliminare non essendo comune a larga parte delle ricerche sociologiche sulle professioni e il mercato del lavoro. L'approccio analitico scelto, di tipo storico-relazionale, si pone come una rottura epistemologica rispetto alle precedenti proposte formulate dalla letteratura sociologica classica. Nello specifico, esso aderisce alla prospettiva analitica proposta da Elias che vede le professioni come il derivato di processi relazionali e delle "interdipendenze che si realizzano, in concreto, nelle relazioni tra individui mutualmente coinvolti" (Vicarelli 2010, p.8)⁴⁵. In base a tale modello le professioni vanno viste come il derivato del reticolo delle relazioni che gli individui che le compongono intessono nel corso della loro esistenza e che, in un'ottica dinamica e processuale, necessariamente ne condizionano i comportamenti. In altre parole, è il network relazionale costruito dall'individuo, nel quale l'individuo è immerso (*embedded*) e che collega ogni singolo ambito dell'esistenza umana (da quello personale a quello professionale), a definire la logica dell'azione compiuta dal soggetto stesso.

⁴⁴ La ricerca è stata realizzata dal CRISS dell'Università Politecnica delle Marche. Alla sua progettazione e attuazione hanno preso parte Giovanna Vicarelli (coordinatrice del progetto), Ugo Ciaschini, Carla Moretti, Elena Spina.

⁴⁵ Vicarelli G., Per un'analisi storico comparata della professione medica in Stato e Mercato, n.90, 2010, pp. 395-424

Volendo, dunque, seguire questo approccio (Vicarelli 2010) come *prima indicazione* di ricerca occorre portare al centro dell'attenzione il rapporto operatore-utente evitando di dargli un carattere formale e ideale, ma sostanziandolo nell'analisi dell'azione reciproca di individui reali che cercano, incontrandosi, di trovare una risposta praticabile ai bisogni dell'uno con le conoscenze esperte dell'altro. Se il rapporto operatore-utente è al centro della analisi, ad esso si sommano molti altri rapporti che legano il paziente ai propri familiari, conoscenti ed amici o ad altri terapeuti magari di medicine complementari. Allo stesso modo, l'operatore risulta in rapporto di interdipendenza con i propri colleghi ed operatori sanitari, in una trama di relazioni che si riflettono sulle sue azioni e sui suoi orientamenti così come sulla percezione del sé. Numerosi soggetti, dunque, si affollano attorno a chi esprime un bisogno di aiuto e la configurazione sociale che ne deriva è estremamente articolata in termini sia di relazioni dirette ed indirette, sia di dominanza e dipendenza, sia di collaborazione e conflitti. Se dalla dimensione "micro-care" si passa, poi, a considerare una dimensione "meso-care" sono altre le relazioni di interdipendenza che si propongono agli operatori e ai loro pazienti nei sistemi organizzativi e sociali di appartenenza, dove diventano fondamentali le relazioni di lavoro, ma anche le relazioni di comunità. Infine, i singoli soggetti della diade operatore-utente, ma anche i gruppi che li rappresentano intessono, a livello "macro-care", rapporti di interdipendenza in uno spazio meno situato fisicamente, ma non meno fondante per le conseguenze sulla loro azione reciproca e sul loro modo di viverla ed interpretarla. Qui, secondo il modello proposto da Light sono almeno quattro i grandi attori collettivi che si confrontano: lo Stato nelle sue diverse articolazioni, il complesso sanitario-sociale (industrie farmaceutiche, ospedali, case di cura private, assicurazioni ecc.), le professioni sanitarie e sociali nei loro organi di rappresentanza organizzata (ordini, sindacati, società scientifiche ecc), i cittadini nelle forme di associazioni e movimenti di tutela ed autotutela.

La *seconda indicazione* di ricerca riguarda l'individuazione del processo di interdipendenza tra bisogni specifici e competenze specializzate, il che implica non solo la sua ricostruzione temporale e situazionale, ma anche la sua continua trasformazione. Da questo punto di vista, l'analisi di lungo periodo che richiede lo studio delle professioni sociali può portare alla individuazione di fasi differenti sia nella genesi che nella stabilizzazione del gruppo professionale, con evidenti possibilità di trasformazione e forse caduta. In altri termini, aldilà di ogni linearità predefinita è possibile che emergano onde lunghe di ascesa e declino rispetto alle quali occorre portare una forte attenzione alle differenziazioni interne al gruppo professionale sia in termini verticali che orizzontali (per tipi di specialità) con la possibilità che strati diversi della categoria creino configurazioni differenti, pur in un andamento generale e complessivo.

La *terza indicazione* riguarda la strutturazione delle interdipendenze e, quindi, la definizione di un habitus/habiti professionale/i che conformi l'azione dei singoli soggetti contribuendo alla riproduzione del gruppo professionale. In altri termini si tratta di individuare, per ogni fase di genesi e sviluppo professionale, il modello delle relazioni operatore-utente che divenendo dominante si cristallizza dando una relativa continuità alla configurazione in atto.

La *quarta indicazione*, infine, riguarda il riconoscimento di possibili cause non lineari dell'intera morfologia sociale delle professioni in esame nello spazio-tempo prescelti per la ricerca. Qui il presentarsi o meno di eventi, in grado di mutare radicalmente i contenuti delle strutture createsi e consolidate nel tempo, può divenire fattore determinante per un mutamento di carattere discontinuo, in grado di affiancarsi a mutamenti di carattere meno incisivo e determinante.

E' su questa base che per ciascun contesto situazionale di relazioni di aiuto (disabilità, minori, dipendenze ecc.) si è proceduto all'analisi delle configurazioni che si creano tanto verso e con gli utenti, quanto verso e con gli altri operatori. Ne sono derivate delle mappe di relazioni attraverso

le quali sono emerse sia le competenze specifiche che di confine nell'una e nell'altra direzione, poichè anche gli utenti e i loro reticoli (familiari, parentali e generalmente considerati "profani") esprimono competenze delle quali occorre in certa misura tener conto.

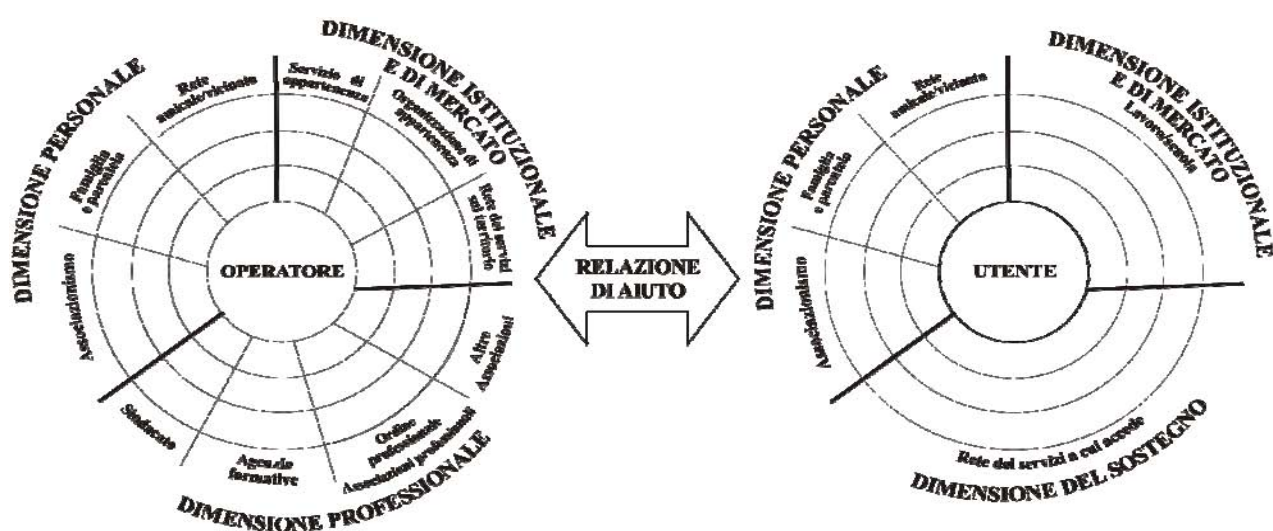
Nello specifico si è proceduto ad elaborare uno strumento di analisi del materiale empirico dei focus group in grado di rappresentare la relazione di interdipendenza che si viene a configurare tra operatore ed utente in un dato spazio, quello del contesto in cui tale relazione si sviluppa, e in un dato tempo, quello in cui si fotografa il momento del loro incontro. Lo strumento elaborato muove dall'assunto che le professioni siano attività sociali specializzate che rispondono a bisogni specializzati e che, in quanto tali, possano essere studiate solo attraverso la rilettura delle modalità con cui questa correlazione si è costruita socialmente nel tempo, evolvendo e trasformandosi in una dinamica di mutua contaminazione. Se per la lettura della società occorre abbracciare una logica che vede nel tessuto di relazioni e di interdipendenze dei soggetti la sua matrice costitutiva, allo stesso modo per comprendere una professione è necessario adottare un approccio di analisi fortemente connotato in termini relazionali, che consideri, in una dimensione processuale, il bisogno specializzato a cui quella specifica professione risponde. Traslando questa visione interattiva e processuale della realtà sociale allo specifico campo d'indagine del presente lavoro possiamo analizzare i tre profili considerati solo focalizzando il flusso di relazioni che si producono a partire dall'incontro di due soggetti reali, l'operatore e l'utente, che portano con sé, dentro una cornice storico-sociale precisa, tutte le reti che intessono le dimensioni significative in cui si articola la loro esperienza. In ogni relazione in cui si definisce il bisogno di aiuto da parte di una persona e la volontà di un'altra persona di aiutare, le caratteristiche e la configurazione delle reti dei singoli individui coinvolti hanno un ruolo determinante nel delineare la traiettoria che assumerà il percorso mirato al raggiungimento di un obiettivo comune. E in un rapporto interpersonale così significativo entrano necessariamente in campo aspetti connessi non solo alla dimensione tecnica dell'intervento, ma anche al bagaglio di idee, opinioni e pregiudizi che sono espressione di un'appartenenza socio-culturale e di una storia individuale, dell'operatore e dell'utente, costruitasi attraverso un intreccio continuo di relazioni allacciate nei diversi contesti (famiglia, parentela, amicizia, vicinato, associazionismo) entro cui si snoda la quotidianità di ciascuno.

Per rappresentare graficamente questa relazione, il suo carattere di interdipendenza e la costellazione relazionale di ognuno dei soggetti considerati, si è costruito uno schema (Figura 2) che, partendo da quello suggerito da Todd⁴⁶, raffigura la rete sociale dell'operatore e quella dell'utente nella cornice spazio-temporale in cui essi entrano in rapporto. Ognuna di queste reti si compone di specifiche dimensioni, al cui interno si collocano i diversi soggetti con cui l'elemento centrale del cerchio è in relazione, la posizione dei quali, più o meno distante da quest'ultimo, consente di cogliere l'intensità, ossia il grado di coinvolgimento e di vicinanza tra le due persone. Per rappresentare la conformazione delle relazioni dell'utente sono state considerate tre dimensioni: quella *personale*, che comprende l'ambito della famiglia e della parentela, dell'amicizia e del vicinato e dell'associazionismo, quella *istituzionale e di mercato*, relativa al lavoro (o alla scuola), quella del *sostegno*, che attiene alla rete dei servizi a cui l'utente già accede nel momento in cui avvia il rapporto con l'operatore. La struttura della rete sociale dell'operatore comprende la dimensione *personale*, che ricalca la tripartizione definita per l'utente

⁴⁶ Todd, D., *Social networking mapping*, in W.R. Curtis, *The future use of social networks in mental health*, Boston, Social Matrix Inc., 1979.

(famiglia-parentela, amicizia-vicinato, associazionismo), la dimensione *istituzionale e del mercato*, che include il servizio, l'organizzazione d'appartenenza e la rete di servizi presenti sul territorio, la dimensione *professionale*, che tiene insieme l'ordine e l'associazionismo professionale, altre associazioni, il sindacato, l'aggiornamento e la formazione permanente. La freccia posta fra le due raffigurazioni rileva la relazione d'aiuto, il cui sviluppo non potrà non risentire da una parte della particolare configurazione delle relazioni di cui ciascun soggetto è partecipe in un dato momento e scenario storico, dall'altra dei movimenti, delle trasformazioni e dei nuovi ordini di realtà indotti dal contatto di questi soggetti.

Figura 8.1 - Le reti sociali nella relazione d'aiuto



Fonte: nostra elaborazione

8.1.3 La metodologia della ricerca

Tenuto conto dell'approccio teorico sposato dalla presente analisi, la scelta metodologica è ricaduta sugli strumenti qualitativi, ritenuti più coerenti con gli obiettivi della ricerca, finalizzata a cogliere gli aspetti relazionali e le dinamiche di interazione tra gli individui coinvolti nel processo d'aiuto. Pertanto, sono state realizzate una serie di interviste semi strutturate a testimoni privilegiati nel settore dei servizi alla persona e organizzati focus group cui hanno preso parte alcuni rappresentanti dei tre profili indagati. I contenuti su cui i soggetti coinvolti sono stati invitati ad esprimersi hanno fatto particolare riferimento alle competenze specifiche (intese come l'insieme delle funzioni previste dalla disciplina vigente) e di confine (intese come aree di intervento comune ad altri profili, anche non ricompresi nella presente indagine) che ognuno riteneva di possedere in relazione al contesto lavorativo di appartenenza.

Per l'analisi delle competenze specifiche e di confine dei tre profili occupazionali prescelti, sono stati individuati sei settori di intervento (Tabella 8.1). Nello specifico gli Ambiti Sociali coinvolti nella ricerca sono otto: sei di essi hanno approfondito la tematica corrispondente al settore di intervento predefinito (minori, emarginazione, anziani, disabilità, salute mentale e dipendenze patologiche); due hanno messo a fuoco la tematica dei percorsi formativi.

Tabella 8.1 – Ambiti e aree tematiche individuate per l’analisi dei profili

Ambito Territoriale Sociale	Area tematica
ATS Camerino	Anziani
ATS Jesi	Dipendenze Patologiche
ATS Ancona	Emarginazione
ATS Ascoli	Minori
ATS Porto S. Elpidio	Salute Mentale
ATS Pesaro	Disabilità
ATS Urbino	Percorsi formativi
ATS Macerata	Percorsi formativi

Gli Ambiti Territoriali individuati per l’approfondimento dei percorsi formativi coincidono con le città su cui insistono le relative sedi universitarie (Macerata e Urbino). Benché anche presso l’Università Politecnica delle Marche, con sede ad Ancona, siano attivi corsi preposti alla formazione di alcuni dei profili analizzati, tale Ambito Territoriale Sociale è stato prescelto per l’approfondimento della tematica relativa all’emarginazione alla luce dell’offerta di servizi ad essa correlati presenti sul territorio.

Ad ogni focus group hanno partecipato circa 15 operatori (5 per ciascun profilo individuato) scelti in base alla tipologia di organizzazione in cui svolgono la propria attività (Sanità, Comune, Ambito Sociale e Terzo settore), al settore di intervento, al livello di formazione e all’attribuzione di funzioni di coordinamento.

La discussione su cui si è sviluppato il focus group ha tratto spunto dalla presentazione di un caso relativo allo specifico settore di intervento attribuito all’Ambito in cui ha avuto sede. Con riferimento a tale caso ogni operatore è stato invitato a presentare le competenze specifiche e quelle di confine, tenuto conto delle funzioni esercitate nel contesto operativo di riferimento e in relazione alla organizzazione di appartenenza. A ciascuno è stato altresì chiesto di indicare il proprio percorso formativo e professionale, lasciando spazio per eventuali osservazioni al riguardo.

Come in precedenza indicato, oltre ai focus group, in ciascun Ambito sono state realizzate tre interviste a testimoni privilegiati (Coordinatore dell’Ambito Sociale Territoriale, Direttore del Distretto Sanitario, Responsabile di una organizzazioni del Terzo settore) finalizzate a far emergere, per ciascuno dei tre profili analizzati e con riferimento all’area assegnata, competenze specifiche e di confine, aspetti relativi alle modalità di realizzazione dell’integrazione socio sanitaria ed elementi utili a far emergere indicazioni su eventuali modifiche/integrazioni dei percorsi formativi. Nei due Ambiti Territoriali in cui è stato affrontato il tema della formazione tali interviste hanno posto particolare rilievo a questa dimensione.

Sono state altresì realizzate due interviste in profondità: una al Presidente del Consiglio dell’Ordine Regionale degli Assistenti Sociali e l’altra al Presidente dell’Associazione Nazionale Educatori Professionali della Regione Marche. Con riferimento alla figura dell’operatore socio sanitario non è stato possibile procedere ad un’intervista di questo tipo poiché non esistono, né a livello locale né a livello nazionale, organismi deputati alla rappresentanza professionale, così come associazioni formalmente riconosciute. Attraverso tali interviste si è voluto approfondire, oltre alla questione delle competenze, aspetti legati alla sfera professionale dei profili e, nello specifico, alla dimensione collettiva e al senso di appartenenza alla categoria.

Da ultimo, è stata organizzata una Tavola Rotonda sul tema “Le professioni sociali nella regione Marche: i profili di assistente sociali, educatore e operatore sociosanitario”, alla quale

sono intervenuti i diversi soggetti referenti della formazione in ambito regionale: Coordinatori dei Corsi di Laurea Triennale e Magistrale per Assistenti Sociali e Educatori, Responsabili Regionali e Provinciali della formazione nel sociale, Direttore Regionale Scolastico e Dirigenti degli Istituti Professionali per i servizi socio-sanitari, Referenti di Cooperative Sociali, Presidente dell'Ordine Regionale degli Assistenti Sociali, Presidente dell'Associazione Nazionale degli Educatori Professionali della Regione Marche. Le tematiche proposte e attorno alle quali si è articolata la discussione hanno avuto ad oggetto i contenuti e le criticità dei percorsi attualmente presenti nella Regione Marche per la formazione dei tre profili e gli orientamenti possibili alla luce delle esigenze formative di ciascuno di essi.

La rilevazione sul campo ha preso avvio nel mese di marzo e si è conclusa nel mese di maggio. In ciascun Ambito Sociale si è realizzata una buona collaborazione tra il Coordinatore e i ricercatori, che ha consentito un frequente scambio per l'individuazione delle figure professionali in base ai criteri stabiliti e alle specifiche realtà territoriali. In ogni focus group si è evidenziato un buon livello di partecipazione e un interesse per le tematiche proposte.

8.2 Il lavoro sociale nel quadro europeo

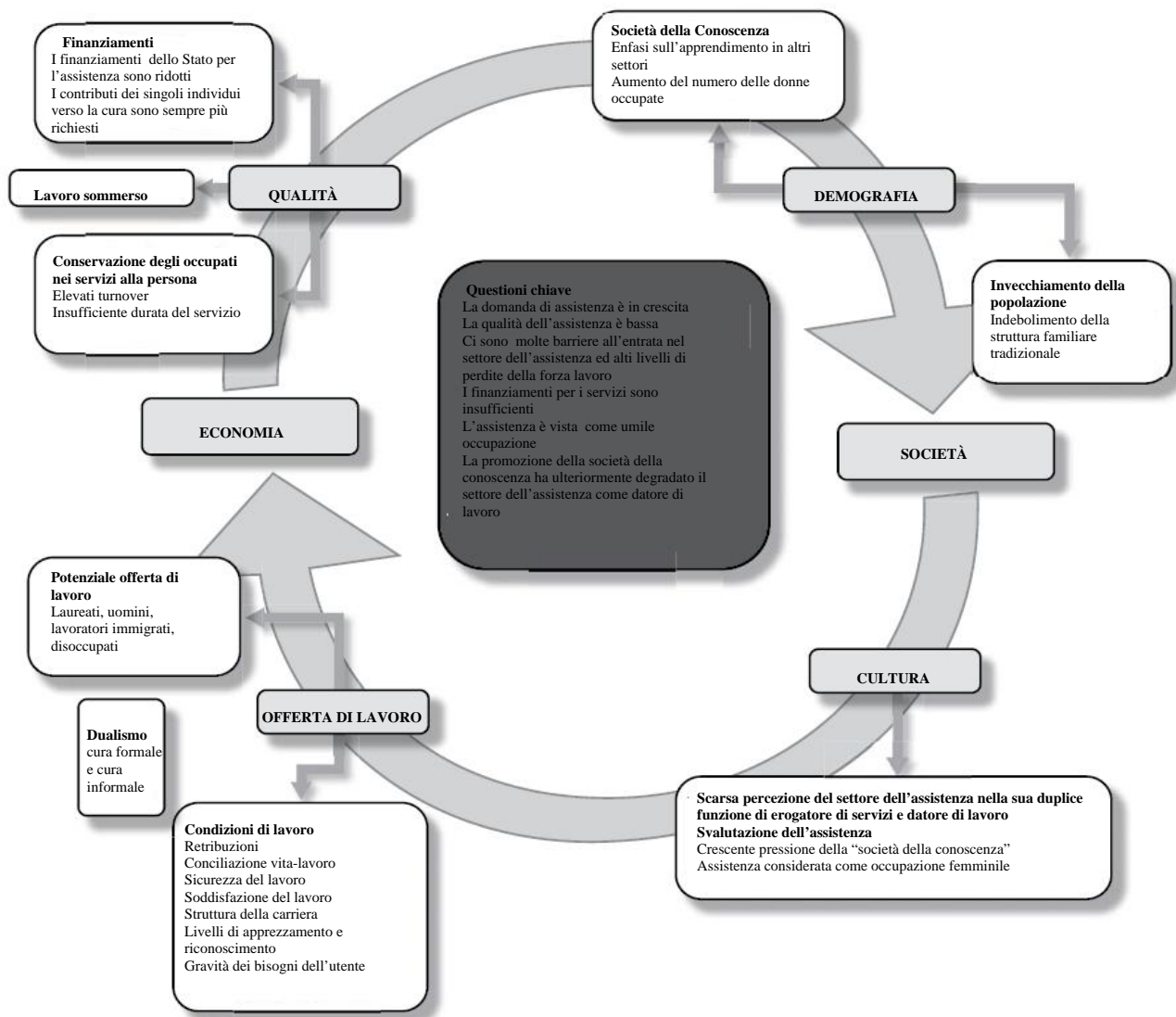
8.2.1 I caratteri dell'occupazione nel settore dei servizi alla persona⁴⁷

Il dibattito internazionale cui è approdato il tema relativo all'occupazione nel settore dei servizi sociali ha tratto spunti importanti per il suo sviluppo dalla pubblicazione nel 2006 del rapporto di una ricerca condotta dalla European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions dal titolo "Employment in social care in Europe", cui ha fatto seguito il report di una conferenza organizzata dalla stessa fondazione, in collaborazione con il National Research and Development Centre for Welfare and Health e con il Finnish Institute of Occupational Health, dal titolo "The future for employment in social care in Europe" tenuta ad Helsinki il 2 e il 3 Ottobre 2006. Si tratta di due documenti che sono stati elaborati per esplorare le questioni chiave dell'offerta di lavoro nei servizi sociali nell'ottica di offrire indicazioni operative per rendere il settore quanto più possibile attrattivo e qualitativamente elevato.

Sebbene quello dell'assistenza venga considerato un settore economicamente significativo, offrendo opportunità occupazionali per un'elevata quota di forza lavoro, è stato evidenziato come molti paesi europei stiano sperimentando una crescente carenza di operatori in tale ambito, cui si accompagnano gravi difficoltà nell'attrarre la quota di personale necessaria a rispondere ad una domanda tendenzialmente in aumento. Fattori demografici e finanziari hanno posto pesanti pressioni sul settore dei servizi alla persona, che richiede un'elevata intensità di manodopera, rivelandone i limiti nel rispondere adeguatamente alla domanda di cura, mentre fattori sociali, quali quelli legati ai cambiamenti che hanno investito il ruolo della donna e le responsabilità parentali, hanno concorso ad una trasformazione delle condizioni in base alle quali la cura è stata tradizionalmente organizzata. Accanto alla crescita della domanda di servizi assistenziali, le altre questioni chiave prese in considerazione dal modello analitico su cui convergono i diversi contributi (Figura 1) concernono la bassa qualità delle cure, le molte barriere all'ingresso nel settore e gli alti livelli di fuoriuscita della forza lavoro, le insufficienti risorse per il finanziamento dei servizi sociali, le percezioni e i significati che circondano il lavoro di cura, reso ancor meno attraente dalla diffusione della società della conoscenza. Tali criticità si collocano al centro di una traiettoria orientata da fattori afferenti la sfera economica e quella sociale, che, nel loro svilupparsi, s'influenzano reciprocamente.

⁴⁷ Questo paragrafo è stato scritto da Ugo Ciaschini.

Figura 8.2 - Le questioni chiave del lavoro sociale



Fonte: Nostra traduzione del grafico elaborato dalla European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

I fattori considerati chiamano anzitutto in causa le tendenze demografiche, in particolare il progressivo invecchiamento della popolazione, la riduzione dei tassi di natalità e le ridotte dimensioni delle famiglie, la più alta quota di donne presenti nel mercato del lavoro ed i processi disgregativi che sempre più nuclei familiari conoscono, tutte trasformazioni che, oltre a condurre ad un incremento della domanda di servizi, minano molte delle risorse informali su cui le famiglie erano abituate a fare affidamento. L'invecchiamento della popolazione determinerà, peraltro, una graduale riduzione della forza lavoro, innescando un circuito in cui il significativo declino che accuserà il volume dell'occupazione avrà implicazioni per la potenziale crescita dell'Europa e per la sostenibilità dei sistemi che ne regolano le pensioni e, in particolare, i servizi sociali per la popolazione anziana. Questi cambiamenti demografici si combinano con quelli che investono, a livello sociale, le famiglie (l'aumento dei divorzi e la crescita del tasso di occupazione femminile) e che vanno ad eroderne le tradizionali capacità di prendersi cura dei propri membri in stato di bisogno; la situazione è resa più problematica dal fatto che il personale femminile sperimenta difficoltà a combinare attività remunerate e attività di cura familiare gratuite,

dovento spesso sostenere orari di lavoro non compatibili con le responsabilità di cura informale, che finiscono col ridimensionare una funzione su cui il benessere delle famiglie ha da sempre fatto perno. Ne deriva un potente impatto sulla domanda di servizi di assistenza per le persone anziane, che porta ad identificare nella loro offerta a prezzi accessibili una delle maggiori priorità per il settore dei servizi pubblici a livello europeo. A ciò va aggiunto il dato relativo alla composizione della forza lavoro dei servizi sociali, ancora fortemente dominata da occupate di sesso femminile, spesso con bassi livelli di retribuzione e piuttosto deboli prospettive di carriera; tali caratteri finiscono con l'essere associati a livello culturale ad una scarsa professionalità degli operatori, prestando il fianco a preconcetti che incidono negativamente sull'immagine del settore veicolata all'opinione pubblica e tendenzialmente orientata a dequalificarne e screditarne i contenuti.

Ulteriori complicazioni sono poi quelle di cui risente la qualità del servizio, che vede nelle restrizioni dei bilanci statali, nella presenza diffusa di lavoro sommerso e negli elevati livelli di turn over gli elementi su cui si appuntano le maggiori criticità. Rilevato come le abilità necessarie per operare nel settore tendano ad essere sottovalutate, in quanto ritenute appannaggio della donna, e riconoscendo quanto la qualità dell'assistenza dipenda anche dalla relazione personale che s'instaura fra operatore e utente, una ulteriore considerazione è quella che, sul piano economico, vede nel lavoro sommerso una spinosa questione in relazione ai risvolti che prefigura, oltre che per la qualità stessa del servizio, per la tenuta del sistema fiscale e per le condizioni di lavoro del personale. Ognuno dei fattori indicati ha la capacità di influenzare le dinamiche di domanda e offerta esercitando delle spinte, la cui direzione non sarà sempre la stessa nei diversi paesi, riflettendo le differenti storie e lo specifico background culturale, economico e politico di ognuno. Le strategie adottate dai paesi per reagire alle sfide che investono i sistemi di protezione sociale vanno poi ad intrecciarsi con i comportamenti individuali e collettivi, producendo differenti approcci nei modi con cui le persone intraprendono decisioni rilevanti nel loro corso di vita; e questo a sua volta prefigura dei limiti e dei vincoli attorno ai tratti che connotano la fornitura dei servizi nei diversi contesti.

A livello generale è stato evidenziato come l'assorbimento di più uomini nel lavoro di cura possa contribuire a far fronte al problema della carente offerta; meno ovvie sembrano le premesse attraverso cui ciò possa effettivamente realizzarsi. Accrescere le retribuzioni e rendere maggiormente praticabili sentieri di carriera potrebbero sembrare misure che incentivino gli uomini ad entrare nel settore, ma la loro "latitanza" chiama probabilmente in causa ragioni più sottili. Come detto, del lavoro di cura, formale e informale, prevale ancora un'immagine, sostanziata dai dati di realtà, che lo situa nella sfera di competenze e mansioni cui è preposta la donna ed è probabilmente ancora questo il principale fattore cui ricondurre ciò che è stato definito come squilibrio di genere (gender imbalance). Viene quindi evidenziato come il lavoro sociale necessiti di essere rappresentato e attivamente promosso come impiego che tanto le donne, quanto gli uomini possono trovare interessante, soddisfacente e ben ricompensato.

Ci si è poi chiesti se i lavoratori immigrati possano aiutare a colmare la carenza nel campo del lavoro di cura e, in caso affermativo, a quali condizioni e con quali conseguenze per gli stessi. È difficile rispondere a tali quesiti ma proprio il caso dell'Italia sembra offrire interessanti spunti di riflessione, disegnando uno scenario in cui, a fronte di un basso livello di offerta di servizi pubblici residenziali e a domicilio, le persone con problemi di non autosufficienza sono titolate a ricevere misure di sostegno economico (assegni di cura) dai servizi pubblici. Nei recenti anni questa misura è stata sempre più usata dai beneficiari per sostenere parte dei costi richiesti dall'assunzione di lavoratori stranieri immigrati: se nel 1991 il 16,5% dei lavoratori di cura a

domicilio era costituito da stranieri, dal 2005 la percentuale è salita all'86%⁴⁸. Non sorprende che l'occupazione dei lavoratori immigrati, sebbene a volte pesantemente segnata da limitata, se non del tutto assente, regolamentazione delle condizioni in cui viene svolta, sia diventata un fondamentale pilastro del sistema di cure a lungo termine in Italia, favorito dalla possibilità di garantire assistenza costante alla persona e di trattenere più a lungo la stessa in ambiente domestico, riducendo e ritardando la necessità di ricorrere alle cure residenziali.

Viene infine segnalato un crescente interesse nell'uso delle varie forme di **tecnologie** informatizzate nel settore dei servizi, per sostituire in parte, ma non interamente, le risorse umane e ridimensionare in termini quantitativi la necessità del loro utilizzo. Per esempio, abitazioni con meccanismi per la comunicazione vocale e la chiamata d'emergenza possono ridurre le visite di controllo del personale di cura e ritardare o evitare l'ammissione alle cure residenziali, i cui costi sono estremamente elevati. I pacchetti on-line di autovalutazione sono sperimentati come alternativa al tempo impiegato per le interviste faccia a faccia con il personale. Adeguatamente valutate, le innovazioni delle tecnologie informatizzate sono da accogliere con favore, sebbene il loro diffondersi profili preoccupazioni in merito alla conseguente riduzione di contatto umano che sperimenterebbero le spesso sole e isolate persone anziane. Andrebbero quindi previste modalità alternative con cui preservare a queste persone spazi di prossimità relazionale, ad esempio attraverso visite di volontari e ricorso a sistemi di aiuto amicale.

Nel complesso, i due studi citati indicano come azioni necessarie per il reclutamento e la permanenza del personale nel settore dei servizi alla persona: la garanzia di buone condizioni lavorative, l'opportunità di accrescere il livello di qualifica attraverso la formazione, le misure orientate a favorire una miglior conciliazione fra tempi di vita e tempi di lavoro. In questi versanti il lavoro sociale non sembra aver raggiunto livelli sufficienti, orientando in senso negativo gli esiti operativi, con ricadute che assumono un peso ulteriore sul benessere della popolazione data la natura che sottende la domanda di servizi sociali. In aggiunta negli ultimi anni il livello dei diritti e delle aspettative degli utenti dei servizi avrebbe conosciuto un innalzamento, ponendo ulteriori pressioni e aspettative sul personale. Tali considerazioni portano a sottolineare la necessità per gli occupati di momenti di formazione, sul posto di lavoro e nel corso della carriera, che permettano loro di tenere il passo con la rapida evoluzione dei processi culturali e delle esigenze sociali.

8.2.2 La governance sociale dell'Unione Europea⁴⁹

Nel decennio 1999-2009, l'Unione europea produce diversi documenti, nei quali vengono sottolineate le azioni strategiche necessarie per garantire una migliore sinergia tra le politiche economiche, occupazionali e sociali.

Nel giugno del 1999 i Ministri dell'Educazione di 29 Governi firmano la **Dichiarazione di Bologna**, che pone le basi per la costruzione di uno "Spazio Europeo di Insegnamento Superiore". Gli obiettivi strategici che persegue tale atto riguardano la possibilità di incrementare l'occupazione nell'Unione Europea e far diventare il sistema Europeo di Insegnamento Superiore un polo di attrazione per studenti e professori di altre parti del mondo (Campanini, 2009).⁵⁰

A livello operativo vengono identificati alcuni obiettivi specifici da perseguire, tra i quali:

⁴⁸ Report della conferenza organizzata dalla European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, in collaborazione con il National Research and Development Centre for welfare and Health e con il Finnish Institute of Occupational Health, tenuta ad Helsinki il 2 e il 3 Ottobre 2006.

⁴⁹ Questo paragrafo è stato scritto da Carla Moretti.

⁵⁰ Campanini A. (a cura di), 2009, Scenari di welfare e formazione al servizio sociale in un'Europa che cambia, Unicopli, Milano.

- l'adozione di un sistema facilmente leggibile e comparabile di titoli;
- la realizzazione di un sistema basato su due cicli principali, il titolo ottenuto al termine del primo ciclo dovrà avere un valore specifico nel mercato del lavoro Europeo. Il secondo ciclo porterà ad ottenere un Master e servirà come base per l'accesso al Dottorato;
- la strutturazione di un sistema Europeo di Trasferimento dei Crediti (ECTS);
- la promozione della cooperazione Europea per assicurare un livello di qualità per lo sviluppo di criteri e di metodologie comparabili.

La tematica su cui si pone attenzione in tale documento riguarda non solo il concetto di apprendimento basato sulle competenze, ma soprattutto il passaggio da un sistema formativo centrato sul docente ad uno orientato allo studente.

Nel mese di marzo del 2000 il **Consiglio Europeo, a Lisbona**, concorda un obiettivo strategico per il nuovo decennio, finalizzato a realizzare una crescita economica sostenibile con migliori posti di lavoro e una maggiore coesione sociale. Il raggiungimento di questo obiettivo richiede una strategia globale orientata sia alla modernizzazione del modello sociale europeo, investendo nelle persone e combattendo l'esclusione sociale, sia a sostenere il contesto economico sano e le prospettive di crescita favorevoli, applicando una adeguata combinazione di politiche macroeconomiche. Tale strategia potrà essere attuata introducendo *un nuovo metodo di coordinamento aperto* (MAC) a tutti i livelli, associato al potenziamento del ruolo di guida e di coordinamento del Consiglio europeo ai fini di una direzione più coerente e di un efficace monitoraggio dei progressi compiuti.

Nel contesto della Strategia di Lisbona la Commissione presenta, nel giugno 2000, una "**Agenda sociale europea**" (COM 379/2000) per garantire la massima sinergia tra politiche economiche, occupazionali e sociali. L'Agenda è finalizzata a potenziare il ruolo della politica sociale sia come fattore di competitività, sia come strumento per la tutela dell'individuo e la riduzione delle disuguaglianze, nonché per un rafforzamento della crescita economica e della coesione sociale. In tale ottica, l'aumento quantitativo e il miglioramento qualitativo dei posti di lavoro rappresentano la chiave principale dell'inclusione sociale.

Nel 2005, la **Commissione europea** emana una nuova "**Agenda sociale**", un programma di politiche sociali che l'Unione europea intende darsi fino al 2010, nell'ottica della revisione e del rilancio della Strategia di Lisbona.

Nel documento "Comunicazione della Commissione sull'Agenda sociale", si identificano quattro obiettivi principali ([COM 2005,33](#)):

- l'integrazione positiva tra politiche economiche, sociali e per l'occupazione;
- la promozione della "qualità" dell'occupazione, della politica sociale, delle relazioni sindacali, quali fattori che favoriscono il miglioramento del capitale umano e sociale;
- la modernizzazione dei sistemi di protezione sociale, rispetto alle nuove esigenze della società, sulla base della solidarietà e rafforzando il loro ruolo di fattore produttivo;
- l'acquisizione nel processo di policy making della consapevolezza del "costo dell'assenza di politiche sociali".

Nello stesso anno, nella **Conferenza Internazionale** organizzata ad **Helsinki**, *The Future of Employment in Social Care in Europe*, si evidenziano gli elementi di criticità, relativamente alle risorse umane, che rischiano di rendere inefficienti ed inefficaci le politiche nazionali di protezione sociale. (Casadei, 2006)⁵¹. Per affrontare tali criticità, un tema rilevante nel dibattito nazionale e internazionale diviene quello relativo al riconoscimento delle qualifiche a livello europeo e alla promozione della mobilità professionale e geografica dei cittadini. Su questo tema

⁵¹ Casadei S., 2006, Governance e lavoro: le professioni sociali nei sistemi di welfare, Relazione presentata al Convegno Nazionale dell'Associazione Italiana di Sociologia Professionale, Roma, 1 dicembre 2006.

L'Unione Europea, nel 2008, con la ratifica dell'adozione formale del **Quadro Europeo delle Qualifiche (European Qualification Framework – EQF)**, emana la “Raccomandazione del Parlamento Europeo e del Consiglio”. Tale atto stabilisce due date limite: il 2010 per riportare i sistemi nazionali di qualificazione all'EQF e il 2012 per introdurre nei singoli certificati di qualifica un riferimento al livello corrispondente dell'EQF.

L'EQF rappresenta un codice unico di riferimento per tutti gli stati membri, per confrontare e dare trasparenza alle diverse qualifiche acquisite da ogni cittadino, nell'ottica della formazione continua (*lifelong e lifewide learning*). La gamma delle qualifiche previste si articola in otto livelli, graduati in maniera crescente, da un livello base fino ad un livello più avanzato (IRSO, 2009)⁵².

Gli otto livelli di riferimento sono descritti in termini di risultati dell'apprendimento; l'EQF riconosce che i sistemi di istruzione e formazione in Europa differiscono al punto che, per poter effettuare raffronti e avviare una cooperazione fra paesi e istituzioni diverse, è necessario spostare l'attenzione sui risultati dell'apprendimento. Tali risultati vengono delineati secondo tre categorie: *conoscenze, abilità e competenze*, che definiscono ciò che un individuo *conosce, comprende e sa fare* al termine di un processo di apprendimento.

Figura 8.3 - Descrittori che definiscono i livelli del Quadro Europeo delle Qualifiche

Ciascuno degli 8 livelli è definito da una serie di descrittori che indicano i risultati dell'apprendimento relativi alle qualifiche per quel livello in qualsiasi sistema delle qualifiche.			
	Conoscenze <i>Nel contesto del Quadro europeo delle qualifiche, le conoscenze sono descritte come teoriche e pratiche</i>	Abilità <i>Nel contesto del Quadro europeo delle qualifiche, le abilità sono descritte come cognitive (comprendenti l'uso del pensiero logico, intuitivo e creativo) e pratiche (comprendenti l'abilità manuale e l'uso di metodi, materiali, strumenti e utensili).</i>	Competenze <i>Nel contesto del Quadro europeo delle qualifiche, le competenze sono descritte in termini di responsabilità e autonomia.</i>
Livello 1 I risultati dell'apprendimento relativo al livello 1 sono	Conoscenze generale di base.	Abilità di base necessarie a svolgere mansioni /compiti semplici.	Lavoro o studio, sotto la diretta supervisione, in un contesto strutturato.
Livello 2 I risultati dell'apprendimento relativi al livello 2 sono	Conoscenza pratica di base in un ambito di lavoro o di studio.	Abilità cognitive e pratiche di base necessarie all'uso di informazioni pertinenti per svolgere compiti e risolvere problemi ricorrenti usando strumenti e regole semplici.	Lavoro o studio sotto la supervisione con una certo grado di autonomia.
Livello 3 I risultati dell'apprendimento relativi al livello 3 sono	Conoscenza di fatti, principi, processi e concetti generali, in un ambito di lavoro o di studio.	Una gamma di abilità cognitive e pratiche necessarie a svolgere compiti e risolvere problemi scegliendo e applicando metodi di base, strumenti, materiali ed informazioni.	Assumere la responsabilità di portare a termine compiti nell'ambito del lavoro o dello studio; Adeguare il proprio comportamento alle circostanze nella soluzione dei problemi.
Livello 4 I risultati dell'apprendimento relativi al livello 4 sono	Conoscenza pratica e teorica in ampi contesti in un ambito di lavoro o di studio.	Una gamma di abilità cognitive e pratiche necessarie a risolvere problemi specifici in un campo di lavoro o di studio.	Sapersi gestire autonomamente, nel quadro di istruzioni in un contesto di lavoro o di studio, di solito prevedibili, ma soggetti a cambiamenti; Sorvegliare il lavoro di routine di altri, assumendo una certa responsabilità per la valutazione e il miglioramento di attività lavorative o di studio.
Livello 5 I risultati dell'apprendimento relativi al livello 5 sono	Conoscenza teorica e pratica esauriente e specializzata, in un ambito di lavoro o di studio e consapevolezza dei limiti di tale conoscenza.	Una gamma esauriente di abilità cognitive e pratiche necessarie a dare soluzioni creative a problemi astratti.	Saper gestire e sorvegliare attività nel contesto di attività lavorative o di studio esposte a cambiamenti imprevedibili; Esaminare e sviluppare le prestazioni proprie e di altri.
Livello 6 I risultati dell'apprendimento	Conoscenze avanzate in un ambito di lavoro o di studio, che presuppongano una	Abilità avanzate, che dimostrino padronanza e innovazione necessarie a risolvere problemi	Gestire attività o progetti, tecnico/professionali complessi assumendo la responsabilità di

⁵² Fondazione IRISO, Analisi multidimensionale dei profili professionali e predisposizione di una proposta progettuale di riordino, Report d'indagine finale, 18 dicembre 2009.

relativi al livello 6 sono	comprensione critica di teorie e principi.	complessi ed imprevedibili in un ambito specializzato di lavoro o di studio.	decisioni in contesti di lavoro o di studio imprevedibili; Assumere la responsabilità di gestire lo sviluppo professionale di persone e gruppi.
Livello 7 I risultati dell'apprendimento relativi al livello 7 sono	Conoscenze altamente specializzata, parte delle quali all'avanguardia in un ambito di lavoro o di studio, come base del pensiero originario e/o della ricerca; consapevolezza critica di questioni legate alla conoscenza all'interfaccia tra ambiti diversi	Abilità specializzate, orientate alla soluzione di problemi, necessarie nella ricerca e/o nell'innovazione al fine di sviluppare conoscenze e procedure nuove e integrare la conoscenza ottenuta in ambiti diversi.	Gestire e trasformare contesti di lavoro o di studio complessi, imprevedibili che richiedono nuovi approcci strategici; assumere la responsabilità di contribuire alla conoscenza e alla prassi professionale e/o di verificare le prestazioni strategiche dei gruppi.
Livello 8 I risultati dell'apprendimento relativi al livello 8 sono	Le conoscenze più all'avanguardia in un ambito di lavoro o di studio e all'interfaccia tra settori diversi.	Le abilità e le tecniche più avanzate e specializzate, comprese le capacità di sintesi e di valutazione, necessarie a risolvere problemi complessi della ricerca e/o dell'innovazione e ad estendere e ridefinire le conoscenze o le pratiche professionali esistenti.	Dimostrare effettiva autorità, capacità di innovazione, autonomia, integrità tipica dello studioso e del professionista e impegno continuo nello sviluppo di nuove idee o processi all'avanguardia in contesti di lavoro, di studio e di ricerca.

Fonte: Commissione Europea, *Quadro Europeo delle qualifiche per l'apprendimento permanente (EQF) 2008a*, pp.12- 14 dell'Allegato II

A livello europeo il documento più recente, l' "Agenda sociale rinnovata", del luglio 2008, è prodotto dalla Commissione europea, per rispondere alle nuove sfide sociali ed economiche (COM 2008, 412). Con tale atto si intendono creare maggiori opportunità per i cittadini europei, migliorare l'accesso a servizi di qualità ed esprimere solidarietà nei confronti delle persone che subiscono le conseguenze negative dei cambiamenti sociali ed economici. L'Agenda sociale rinnovata promuove, associando diverse politiche comunitarie, una serie di iniziative in diversi ambiti, tra i quali: l'infanzia e la gioventù, l'investimento nel capitale umano, la mobilità, la lotta contro la povertà e l'esclusione sociale, la lotta contro la discriminazione e la promozione dell'uguaglianza dei sessi, opportunità, accesso e solidarietà sulla scena mondiale.

Per quanto concerne la realtà italiana, il sistema delle occupazioni nel sociale è molto articolato, sono presenti figure riconosciute a livello nazionale ed altre che operano con titoli regionali. Tra le prime troviamo attività cui si accede con un percorso universitario, quale l'assistente sociale, l'educatore professionale, il sociologo, lo psicologo; inoltre è stata istituita, attraverso un apposito accordo nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni nel 2001, la figura di operatore socio sanitario che prevede una formazione specifica organizzata in ambito regionale. A queste si aggiungono molte altre figure formate attraverso percorsi cofinanziati dal Fondo Sociale europeo.

Questa eterogeneità costituisce un elemento di criticità: la proliferazione delle figure indebolisce tutto il settore, oltre a introdurre un elemento di incertezza nella possibilità di erogare livelli di qualità dei servizi sociali omogenei sul territorio nazionale (Casadei, 2006). In tale quadro si colloca il progetto sul lavoro e le professioni nel settore dei servizi sociali attivato alla fine del 2007 dall'allora Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Tale progetto si è articolato in tre fasi: una prima di tipo conoscitivo, volta ad elaborare una base informativa con cui evidenziare i problemi e le alternative possibili; una seconda fase ha visto il coinvolgimento delle Regioni interessate in vista del miglioramento delle basi dati regionali e del confronto delle rispettive esigenze conoscitive. L'ultima fase, infine, ha avuto come obiettivi la formulazione di un protocollo per definire i fabbisogni informativi e gli indicatori condivisi con cui costituire "lo specifico mattone del Siss nel campo del lavoro nel sociale"⁵³. Ai fini del monitoraggio e della condivisione del progetto fra i diversi attori, il

⁵³ Ibidem

Ministero ha istituito specifici tavoli di coordinamento, mentre i primi risultati sono stati oggetto di confronto in occasione di alcuni seminari pubblici svoltisi nel 2007 e 2008. All'interno della terza fase, a fine 2008, il Ministero ha avviato un approfondimento di alcune professioni sociali, nello specifico l'operatore socio sanitario, il mediatore culturale, l'assistente familiare e l'educatore professionale sociale. In secondo luogo il Ministero e la Regione Marche hanno avviato un progetto che prevede la costruzione da parte di quest'ultima di una *best practice*, trasferibile anche in altre Regioni. È in tale scenario che si colloca la presente ricerca volta ad analizzare la struttura e l'occupazione nel settore dei servizi sociali nelle Marche, approfondendo le competenze e i percorsi occupazionali di tre profili del settore sociale: l'educatore, l'operatore socio-sanitario e l'assistente sociale.

8.2.3 Il profilo dell'assistente sociale⁵⁴

Il contesto europeo e internazionale

A livello internazionale ed europeo, l'attenzione ai temi della formazione e della professione di assistente sociale si manifesta sia attraverso la costituzione di associazioni europee e internazionali, sia mediante l'emanazione di Documenti da parte dell'Unione Europea.

Nel 1928, durante il primo congresso internazionale di servizio sociale svoltosi a Parigi, si costituiscono tre importanti associazioni che rappresentano, ancora oggi, le organizzazioni di riferimento per i temi del servizio sociale.

L'Associazione Internazionale delle Scuole di Servizio Sociale, *International Association of Schools of Social Work (IASSW)*, promuove lo sviluppo della formazione sociale in tutto il mondo e la definizione di standard per migliorare la qualità della formazione nel lavoro sociale. La IASSW partecipa come ONG alle attività delle Nazioni Unite e ne detiene lo status consultivo interessandosi ai diritti umani attraverso una attività di advocacy..

La Federazione Internazionale degli Assistenti Sociali, *International Federation of Social Workers (IFSW)*, è una organizzazione che lotta per la giustizia sociale e i diritti umani attraverso lo sviluppo del lavoro sociale e le buone prassi presso gli operatori sociali e le loro organizzazioni professionali.

Il Consiglio Internazionale sul Benessere Sociale, *International Council of Social Welfare (ICSW)*, è una organizzazione non governativa che promuove lo sviluppo sociale; rappresenta organizzazioni nazionali e locali, di tutto il mondo che lavorano con persone in condizione di povertà e disagio.

Più recentemente, nel 1982, si costituisce l'Associazione Europea delle Scuole di Servizio Sociale, *European Association Schools of Social Work (EASSW)*, come filiale europea dell'IASSW che riunisce circa 300 Scuole, Università e Istituti di formazione sociale. L'associazione promuove lo sviluppo sociale, la formazione di alta qualità e contribuisce alla crescita accademica e internazionale del servizio sociale.

Anche l'**Unione Europea**, nel 2001, porta la sua attenzione sulla professione di assistente sociale, sui relativi percorsi formativi e sui relativi contesti operativi, con l'emanazione della Raccomandazione adottata dal Comitato dei Ministri degli Esteri Europei il 17 gennaio del 2001 (**Rec.2001/1**). Quest'ultimo, riconoscendo all'assistente sociale un importante ruolo nella promozione dello sviluppo sociale, raccomanda ai governi degli Stati Membri di intraprendere una molteplicità di azioni, tra le quali:

- fornire un quadro legislativo stabile entro il quale gli assistenti sociali possano esercitare la loro pratica professionale;

⁵⁴ Questo paragrafo è stato scritto da Carla Moretti.

- coinvolgere gli assistenti sociali ed gli utenti nel determinare e monitorare gli standard qualitativi dei servizi;
- riconoscere le implicazioni dei progressi politici e sociali in Europa per la pratica di Servizio Sociale e per il tirocinio degli assistenti sociali a tutti i livelli;
- promuovere l’inserimento di insegnamenti obbligatori sui diritti umani nei curricula di Servizio Sociale ed assicurare in particolare il loro aggiornamento nel corso della pratica di Servizio Sociale;
- cercare di sviluppare e promuovere la più ampia compatibilità ed equiparabilità in tutti i settori del tirocinio di servizio sociale e accordarsi sulle iniziative per portare avanti tutto ciò;
- incoraggiare i servizi sociali ad utilizzare assistenti sociali professionisti.

Una tappa importante a livello internazionale per la condivisione delle finalità del servizio sociale è la **definizione di “social work”**, elaborata dalle associazioni IASSW e IFSW, l’ultima formulazione risale al luglio del 2001:

“La professione del servizio sociale promuove il cambiamento sociale, il metodo del problem solving nei rapporti umani e l’empowerment e la liberazione delle persone per migliorare il benessere. Utilizzando le teorie del comportamento umano e del sistema sociale, il servizio sociale interviene nelle situazioni in cui le persone interagiscono con il loro ambiente. I principi dei diritti umani e della giustizia sociale sono fondamentali per il servizio sociale” (IASSW/IFSW)⁵⁵.

L’IASSW, sempre in collaborazione con l’IFSW, si impegna negli anni seguenti nella stesura di un documento di indirizzo per la formazione al servizio sociale: un lavoro complesso che avvia una serie di consultazioni e discussioni a livello mondiale. La questione centrale del dibattito riguarda la possibilità di trovare un equilibrio tra l’esigenza di evidenziare le caratteristiche del servizio sociale a livello globale, e, allo stesso tempo, di tener conto delle specificità culturali e dei livelli raggiunti dalla formazione nei vari paesi, evitando il rischio di abbassamento della qualità o di esclusione di chi ancora non si trova nella possibilità di raggiungere gli standard definiti (Campanini, 2009)⁵⁶.

Il Documento finale di indirizzo, **Linee Guida internazionali per la formazione del servizio sociale (Global Standard)**, è adottato dall’Assemblea Generale delle Associazioni IASSW e IFSW al Congresso di **Adelaide** (Australia) nel mese di ottobre 2004 (IASSW/IFSW, 2004)⁵⁷. La finalità principale delle Linee Guida è di migliorare la formazione dell’assistente sociale a livello globale, facilitando il dialogo tra un Paese e l’altro. Il documento riflette gli standards verso i quali le scuole di servizio sociale dovrebbero tendere costantemente per garantire buoni livelli di formazione agli studenti, considerando le enormi responsabilità che in futuro avranno nelle loro comunità. Il documento sottolinea i diritti umani, la giustizia sociale, l’impegno fondamentale per l’empowerment delle persone, dei gruppi e delle comunità; pone anche particolare attenzione alla necessità che il professionista compia una riflessione critica su se stesso e sull’importanza dei valori e dell’etica nella formazione degli assistenti sociali. Un obiettivo importante delle Linee Guida è la creazione di una banca dati che contenga informazioni dettagliate relative alle scuole affiliate, agli standards nazionali e ai sistemi di controllo di qualità e di accreditamento.

⁵⁵ IASSW-IFSW , 2004, Global standard for the education and training of the social work profession, in Documents, (www.ifsw.org).

⁵⁶ Campanini A. (a cura di), 2009, Scenari di welfare e formazione al servizio sociale in un’Europa che cambia, Unicopli, Milano.

⁵⁷ IASSW-IFSW , 2004, op. cit.

In Italia nel 1945 si aprono le prime scuole di servizio sociale, sostenute da organismi privati preesistenti. Una loro caratteristica è la grande autonomia che le differenzia, soprattutto sul piano ideologico, a seconda dell'organismo e dei soggetti fondatori e finanziatori. L'apertura di queste scuole è per molti anni un fatto quasi del tutto ignorato sia dallo Stato e dall'ordinamento scolastico-accademico ufficiale, sia dalle istituzioni pubbliche preposte a rispondere a problemi sociali (Neve, 2008)⁵⁸.

Solo molti anni dopo, nel 1987, il **D.P.R. n. 14 del 15 gennaio** prevede che il diploma rilasciato dalle Scuole Dirette a Fini Speciali universitarie (istituito con D.P.R. 162/82 *Riordinamento delle scuole dirette ai fini speciali, delle scuole di specializzazione e dei corsi di perfezionamento*) sia l'unico titolo abilitante all'esercizio della professione di assistente sociale e che, al fine di attuare il graduale passaggio dal precedente ordinamento al nuovo, siano previsti dei riconoscimenti intermedi dei titoli comunque conseguiti.

Negli anni novanta si verificano altri cambiamenti, è varata la Riforma degli ordinamenti didattici universitari con legge **n. 341/1990** che prevede la trasformazione delle Scuole Dirette a Fini Speciali in corsi di Diploma universitario. La formazione degli assistenti sociali è di nuovo modificata: sulla base del decreto del **MURST del 23 luglio 1993**, *Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente al corso di diploma universitario in servizio sociale*, essa, infatti, viene incardinata maggiormente nella struttura universitaria pur non rilasciando un titolo abilitante per l'esercizio della professione. È l'Ordine degli assistenti sociali che deve promuovere l'attivazione dell'esame di stato per i diplomati.

Nell'anno accademico 1998/99 viene istituito il corso sperimentale di laurea quadriennale in Servizio sociale all'Università di Trieste e di Roma.

La riforma universitaria n.509 del 1999 apre la possibilità anche al servizio sociale di accedere a tutti i livelli della preparazione universitaria, con **D.M. del 2000** viene istituito il corso di laurea triennale in Scienze del Servizio Sociale, classe 6, e la laurea specialistica in Programmazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali, classe 57/S.

Attualmente è in atto una ulteriore riforma dell'ordinamento didattico a seguito del **D.M. n. 270 del 2004** e del successivo **Decreto del 16.03.2007** che ridetermina le classi di laurea: la laurea triennale in Scienze del servizio sociale, classe 39, e la laurea Magistrale in Servizio Sociale e Politiche Sociali, classe LM-87.

Sul piano professionale, il servizio sociale vede una crescente diffusione e articolazione delle sue modalità operative a partire dagli anni cinquanta, con la necessità di costituire ambiti specifici di intervento in risposta alle differenti problematiche di disagio sociale.

L'articolazione dei servizi, legata ai temi dell'inclusione sociale e dei diritti di cittadinanza (Facchini, 2010)⁵⁹, si traduce in legislazioni che normano la presenza del servizio sociale, affidandogli compiti sia di *front office* in situazioni di disagio socio-economico, sia di presa in carico di soggetti con specifiche difficoltà, sia ancora di gestione e controllo di interventi e servizi a carattere socio-assistenziale.

Il ruolo centrale dell'assistente sociale nel sistema di welfare viene ribadito nella legge 328/2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, di riforma dell'assistenza. Tale legge pone uno sguardo nuovo ai bisogni della persona e al sistema

⁵⁸ Neve E., 2008, *Il servizio sociale*, Carocci, Roma.

⁵⁹ Facchini C., (a cura di), 2010, *Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetti del welfare*, il Mulino, Bologna.

delle risposte ad essi, tuttavia, la sua attuazione incontra molte difficoltà e si differenzia a livello regionale.

La costituzione di un Ordine Professionale è un obiettivo fortemente sostenuto dagli assistenti sociali fin dagli anni cinquanta e viene istituito con **Legge n° 84 del 23/03/93, Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale**. Con il **D.M. n 155/1998** viene emanato il **Regolamento recante norme sull'Esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di assistente sociale**. A seguito della riforma universitaria e dell'istituzione dei due livelli di formazione (Laurea triennale e Laurea specialistica) viene emanato il **D.P.R. n° 328/01 Modifiche ed integrazioni alla disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi Ordinamenti**. Tale normativa introduce la divisione dell'Albo in due sezioni: la sezione B "assistente sociale" corrisponde al requisito della laurea triennale, la sezione A "Assistente Sociale Specialista" a quello della laurea specialistica; anche l'esame di stato è articolato per i due livelli A e B.

Nel 1998 il Consiglio Nazionale dell'Ordine emana il Codice Deontologico dell'Assistente Sociale, cui fanno seguito due versioni successive, quella attuale è in vigore dal 01/09/2009.

Riguardo al numero degli iscritti all'Ordine, in Italia si è passati da 28.866 assistenti sociali nel 2001 a 35.754 nel 2008.

L'assistente sociale in Svezia

Nel 1921 in Svezia l'Associazione Centrale per il Lavoro Sociale (Central Association for Social Work) e il Comune di Stoccolma istituiscono l'**Institute for Social, Political and Municipal Education and Research**, che diventa la prima scuola per la formazione di assistenti sociali nel paese.

Negli anni successivi la richiesta di assistenti sociali aumenta e prendono avvio altre scuole, ma un'importante tappa nello sviluppo della formazione al lavoro sociale è raggiunto nel 1964 quando i programmi formativi sono accreditati con lo status di istruzione universitaria e viene introdotto un nuovo programma che include sette semestri di studi distribuiti in 3 anni e mezzo. In una seconda riforma, nel 1977, le scuole di servizio sociale sono integrate nella struttura universitaria; un risultato di questa riforma è il riconoscimento del servizio sociale come disciplina di ricerca con la prima cattedra di servizio sociale istituita presso il Dipartimento di Servizio Sociale dell'Università di Gothenburg.

Nel 1993-94 la riforma generale del sistema universitario in Svezia attribuisce alle università l'autonomia nella scelta dei programmi e nell'organizzazione della formazione, salvo la valutazione di ogni regolamento da parte del Ministro dell'Istruzione.

L'Università di Gothenburg conferisce la laurea a livello base, dopo il completamento di un programma che richiede 210 crediti di formazione. Il corso di studi è di tre anni e mezzo, sei fasi sono a livello di base e una settimana a livello avanzato. Il programma è interdisciplinare ed è costruito sul lavoro sociale e su altre tematiche che sono rilevanti nel settore professionale sociale; esso è caratterizzato, inoltre, dall'integrazione di conoscenze teoriche e pratiche, poichè molti corsi teorici contengono anche studi sul campo (Università di Gothenburg, 2007)⁶⁰.

Per raggiungere la laurea professionale in Servizio Sociale gli studenti devono dimostrare di possedere le conoscenze e le abilità per svolgere autonomamente, in modo soddisfacente, il lavoro sociale a livello individuale, di gruppo e di comunità. Dopo la laurea di base il sistema

⁶⁰ University of Gothenburg, 2007, Study Programme for the Professional Degree Programme in Social Work, Established by the Faculty of Social Sciences, Gothenburg.

universitario svedese offre Master in servizio sociale orientati all'approfondimento di varie aree tematiche che comprendono 240 crediti, di cui almeno 120 specifici nel servizio sociale.

Gli assistenti sociali sono richiesti in molti ambiti del sociale e diversi sono gli ambiti di occupazione. L'organizzazione in cui sono più presenti è l'ufficio di assistenza locale dove si occupano di protezione ai minori e assistenza alle persone che abusano di sostanze. Nel settore della salute svolgono attività di consulenza agli anziani e ai disabili; inoltre altre aree di attività sono: il terzo settore, la formazione e la ricerca. Anche se la maggior parte degli assistenti sociali lavora nei servizi locali di assistenza sociale, sta aumentando il numero dei professionisti autonomi che lavorano nelle amministrazioni private.

In Svezia non c'è una registrazione formale al lavoro come assistente sociale, tuttavia da alcuni anni è possibile essere un assistente sociale autorizzato superando un esame; è anche obbligatorio seguire un codice etico di servizio sociale. Quest'ultimo è stato elaborato dalle due principali associazioni: l'Associazione Nazionale degli Assistenti Sociali Svedesi (National Association of Swedish Social Workers) e l'Unione Svedese degli Uffici di Governo Locale (Swedish Union of Local Government Officers). (Gynnerstedt K., Hojer, 2004)⁶¹.

L'assistente sociale in Gran Bretagna

L'avvio della professionalizzazione nel sociale può essere individuato nelle attività della Charity Organisation Society (COS). L'affidarsi ad una "razionalità scientifica", la presenza di lavoratori retribuiti e l'allontanarsi da principi religiosi o filantropici, possono essere considerati elementi di professionalizzazione; la COS svolge un ruolo importante anche nella formalizzazione dei percorsi formativi del proprio personale (Wilkinson G., Frost E., 2004)⁶².

In Gran Bretagna l'accesso iniziale al mondo del lavoro è meno regolamentato rispetto ad altri paesi, infatti, la verifica delle capacità professionali avviene in itinere attraverso una valutazione delle competenze acquisite nel settore in cui si lavora; si rende così necessario istituire un sistema di certificazione delle competenze acquisite sul campo. Verso la metà degli anni **ottanta** si introduce un sistema di codifica definito **NVQ (National Vocational Qualifications)**, strutturato in modo di poter valutare ciò che le persone sanno fare e dimostrare sul lavoro. In tal senso si procede ad una integrazione del precedente sistema poiché viene data rilevanza non solo a quanto una persona sa, ma soprattutto a cosa una persona sa fare e a come lo fa.

Attualmente l'accesso iniziale alla professione di assistente sociale è regolamentato, infatti, per esercitare è necessario essere in possesso del **Diploma Universitario in Social Work (DipSW)**, anche se sono poi possibili percorsi individualizzati e professionalizzanti con il conseguimento di postqualifiche nell'area del management dei servizi, della salute mentale, dei minori e della supervisione dei tirocini degli studenti. Nel 2007, il **General Social Care Council (GSCC)** e i partners del Regno Unito implementano un nuovo quadro formativo che unifica le precedenti postqualifiche di servizio sociale e che prevede un percorso di studi su tre livelli: specialista, alta specializzazione e livello avanzato.

Nel 2000 l'Inghilterra approva il **Care Standards** il cui scopo principale è quello di riformare il sistema normativo per i servizi di assistenza in Inghilterra e Galles. La parte IV del Care Standard Act riguarda la regolazione delle professioni sociali; la legge stabilisce che il lavoro nei servizi sociali debba essere regolamentato e, a tale scopo, istituisce una commissione, il General

⁶¹ Gynnerstedt K., Hojer S., 2004, Sweden, in Campanini A., Frost E., (a cura di), European Social Work, Carocci, Roma.

⁶² Wilkinson G., Frost E., 2004, England, in Campanini A., Frost E., (a cura di), European Social Work, Carocci, Roma.

Social Care Council (GSCC), con il compito di promuovere standard di condotta, di professionalità e di formazione tra gli operatori attraverso l'adozione di codici ad hoc. Questa commissione cura e aggiorna i due registri distinti per gli assistenti sociali e operatori sociali; l'obbligo di registrazione è istituito prevalentemente con funzioni di controllo e di verifica del possesso di standard professionali e formativi minimi. In seguito tale registro è risultato utile per censire la forza lavoro del settore e per conoscere le loro caratteristiche: su questi dati si fonda la banca dati del Minimum Data Set for Social Care, un istituto pubblico di statistica specializzato in indagini sul settore.

La legge impone anche l'obbligo di tenere una lista di persone considerate non idonee a lavorare con adulti vulnerabili sulla base delle segnalazioni dei datori di lavoro nelle quali vengono specificati i motivi della richiesta di registrazione.

L'elaborazione del Codice deontologico rientra nei compiti del **General Social Care Council**. Il Codice rappresenta un passo importante nell'introduzione del sistema di regolamentazione per l'assistenza sociale nei quattro paesi del Regno Unito. I codici deontologici per gli assistenti sociali e per i loro datori di lavoro sono presentati insieme in un unico documento, si tratta di codici complementari che rispecchiano le responsabilità congiunte di entrambi i soggetti nel garantire i livelli di assistenza.. Gli enti locali sono responsabili per la tenuta dell'albo.

In Inghilterra si evidenzia una crescita degli assistenti sociali nel settore privato sia come dipendenti sia come lavoratori autonomi. Nel 2003-2004 si stima che siano circa 922 mila le persone impiegate nel settore dei servizi sociali, gli assistenti sociali sono circa 37.900.

L'assistente sociale in Spagna

In Spagna la prima scuola di servizio sociale, caratterizzata dalle idee del cattolicesimo sociale, nasce nel **1932 a Barcellona**. Alla fine degli anni cinquanta la " Caritas", gestita dalla chiesa cattolica, e la "Seccion Femenina", un'organizzazione femminile sostenuta dal regime militare di Franco, istituiscono un significativo numero di Scuole di servizio sociale in tutto il paese.

Negli anni **settanta** i programmi delle scuole sono influenzati dalle idee del servizio sociale radicale che arrivano dall'America latina, idee accettate dagli studenti spagnoli che desiderano cambiare la politica del proprio paese.

La formazione degli assistenti sociali diventa universitaria nel **1980** e la preparazione migliora soprattutto per quanto concerne il metodo, le teorie e le politiche sociali, tuttavia i contenuti professionali sono ancora incentrati su il management degli interventi economici pubblici senza alcuna considerazione dell'area di aiuto psicosociale. Nel **1990** si inseriscono nella formazione più conoscenze teoriche, in particolare le teorie nel servizio sociale e le prospettive di ecologia sociale. Il cambiamento delle politiche sociali avviato negli anni ottanta genera, infatti, uno sviluppo delle politiche di welfare con il conseguente sviluppo delle professioni sociali (Banez Tello, 2004)⁶³.

Oggi, il sistema formativo delle professioni in Spagna è regolato attraverso leggi e provvedimenti attuativi di carattere statutario (Regi Decreti); le principali norme di riferimento sono due decreti reali del **2005** che regolamentano la formazione universitaria e i corsi di laurea e post laurea secondo la legge Organica sulla Formazione, del **2006**. Il sistema scolastico delineato da quest'ultima legge ricalca le indicazioni del Processo di Bologna che mira all'equiparazione dei titoli di studio dei paesi dell'Unione europea entro il 2010.

⁶³ Banez Tello T., (2004), Spain, in Campanini A., Frost E., (a cura di), European Social Work, Carocci, Roma.

Il percorso formativo universitario dell'assistente sociale prevede un programma di tre anni, con un minimo di 180 crediti ed altri 60 per il tirocinio e la tesi finale. Gli studenti possono poi continuare gli studi accedendo direttamente ad un secondo ciclo di Antropologia Culturale e Sociale; inoltre frequentando altri corsi hanno la possibilità di accedere al secondo ciclo di altre discipline: Sociologia, Scienze del Lavoro, Comunicazione Audiovisiva, Storia e Scienza della Musica, Linguistica, Giornalismo Pubblicità e Pubbliche relazioni. L'assistente sociale, con formazione specifica, può svolgere anche l'attività di mediatore familiare.

Le competenze generali che si riconoscono all'assistente sociale sono: progettazione, programmazione, coordinamento e valutazione dei servizi sociali e politiche per individui, gruppi e comunità in diversi settori.

Negli ultimi anni, in Spagna, è in atto un importante processo di professionalizzazione dell'assistente sociale basato sul livello universitario della formazione, un miglioramento dei contratti e la presenza di un codice etico. Ciò nonostante non è ancora una professione pienamente riconosciuta, tanto che gli assistenti sociali non ricoprono posti di responsabilità nei servizi sociali, in quanto il prerequisito è il possesso di una laurea di cinque anni e in Spagna non ci sono corsi postlaurea su specifiche aree del servizio sociale.

Gli assistenti sociali lavorano per lo Stato, per le amministrazioni regionali e locali, nelle istituzioni private e nelle organizzazioni non governative. Uno studio dell'associazione Professionale degli Assistenti sociali rileva che il 63.79% di essi lavora nei servizi sociali, il 10,74% nei servizi sanitari, il 6.74% nel sistema formativo.

Uno dei problemi nel settore sociale è la privatizzazione dei servizi da parte della pubblica amministrazione che sono sempre più assicurati dalle organizzazioni non profit. Di conseguenza si evidenziano un'alta percentuale di lavori temporanei, un'alta mobilità e stipendi bassi. (Martinez-Roman 2006)⁶⁴.

L'organizzazione rappresentativa degli assistenti sociali è il "**Consejo General de Colegios Oficiales de Trabajadores Sociales y Asistentes Sociales**" che coordina 36 Collegi rappresentanti una o più province. Secondo le cifre dell'Associazione Professionale degli assistenti sociali in Spagna ci sono circa 22.000 assistenti sociali (Banez Tello, 2004)⁶⁵.

L'assistente sociale in Francia

In Francia il diploma di assistente sociale è istituito nel **1932** ed ha un solido riconoscimento. La formazione è organizzata da istituzioni e scuole private, gli assistenti sociali infatti non si formano nel sistema universitario, anche se ci sono alcuni esempi di partnership tra le scuole e le università.

Gli anni **settanta** si caratterizzano per la presenza, nei programmi delle scuole di servizio sociale, di due orientamenti teorici in contrapposizione tra loro: le scuole sono divise tra quelle che sostengono l'approccio psicologico e psicoanalitico e quelle che seguono un approccio più sociologico, ispirato al Marxismo. Oggi questo conflitto ideologico appare diminuito, la formazione è organizzata secondo specifici requisiti professionali, considerando i bisogni degli utenti (Moussu, 2004)⁶⁶.

Attualmente in Francia la formazione degli assistenti sociali è riconosciuta dal Diploma di Stato di Assistente Sociale (Diplome d'Etat d'Assistant de Service Social, DEASS) rilasciato dal

⁶⁴ Martinez-Roman M.A., 2006, Analysis of the European Training Experiences in the Social Sector. Case study Spain, www.cesos.org/archivio/Ricerche.htm.

⁶⁵ Banez Tello T., 2004, op. cit.

⁶⁶ Moussu G., 2004, France, in Campanini A., Frost E., (a cura di), European Social Work, Carocci, Roma.

Direttore Regionale degli Affari sanitari e Sociali per conto del Ministro competente degli affari sociali. La formazione è di tre anni e comprende 1.740 ore di teorica e 12 mesi di stage pratico. Gli insegnamenti teorici comprendono otto unità:

- una principale di "Teoria e pratica di servizio sociale", della durata di 460 ore,
- sette unità, per complessive 880 ore, ripartite tra i corsi di: filosofia dell'azione e etica, diritto; legislazione e politiche sociali; sociologia, antropologia e etnologia; psicologia, scienze dell'educazione, scienze dell'informazione e comunicazione; economia e demografia, sanità,
- 200 ore di approfondimenti su aree del servizio sociale,
- 200 ore per la preparazione della certificazione del Diploma.

Gli assistenti sociali possono proseguire la formazione e conseguire altri titoli che consentono loro di ottenere posizioni manageriali come responsabile di zona di unità sociale o territoriale, consulente tecnico, capo dipartimento o direttore di struttura o di associazione. Inoltre, dopo una formazione specifica, possono esercitare le funzioni di mediatore familiare, delegato alla tutela, consulente coniugale e familiare.

In Francia sono circa 38.000 gli assistenti sociali impiegati in un'ampia gamma di settori: dello Stato, degli enti locali, delle organizzazioni di protezione sociale, delle istituzioni sanitarie pubbliche e private, dei servizi medico-sociali pubblici e privati, delle imprese industriali e commerciali pubbliche o private, delle associazioni del settore sanitario e sociale.

La diversità degli ambiti di lavoro porta ad una varietà di funzioni e di attività che gli assistenti sociali esercitano adattandole ai diversi interventi. Gli stipendi e le carriere sono determinati dai regolamenti per i dipendenti del settore pubblico e dai contratti collettivi per quelli del settore privato. Gli assistenti sociali sono rappresentati da una Associazione Nazionale e il 98% degli occupati sono donne.

8.2.4 Il profilo dell'educatore professionale

La situazione italiana

In Italia manca una normativa e una formazione unica per gli educatori professionali che lavorano in campo sociale, sanitario, socio-sanitario e penitenziario. Il solo ambito sanitario ha provveduto nel tempo a riconoscere la figura dell'educatore professionale, mentre non è stata ancora realizzata la sua specificazione in campo sociale: l'art. 12 della legge 328/2000⁶⁷ è a tutt'oggi disatteso.

La prima definizione normativa dell'educatore professionale è quella conferitagli dal decreto del Ministero della Sanità del 10 febbraio 1984 n. 1219⁶⁸, con il quale viene delineato il profilo e stabilito il percorso formativo⁶⁹. Il decreto recita che "l'educatore professionale cura il recupero e il reinserimento dei soggetti portatori di menomazioni psicofisiche"; il requisito specifico di

⁶⁷ Legge 8 Novembre 2000, n.328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13/11/2000. L'art. 12, c. 1, prevede che con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, da emanare entro centottanta giorni della data di entrata in vigore della presente legge, siano definiti i profili professionali delle figure professionali sociali.

⁶⁸ Decreto Ministeriale 10 febbraio 1984, n. 1219 "Identificazione dei profili professionali attinenti a figure nuove atipiche o di dubbia ascrizione, ai sensi dell'art. 1, quarto comma, del decreto del presidente della repubblica 20 dicembre 1979, n. 761 che regola lo stato giuridico del personale delle Unità sanitarie locali", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 45 del 15 febbraio 1984.

⁶⁹ Nel 1991 il decreto è stato dichiarato illegittimo dal Consiglio di Stato, poiché emanato senza la contrattazione sindacale; nonostante ciò, è rimasto nei fatti un riferimento sino all'entrata in vigore del decreto del ministero della sanità 8 ottobre 1998, n. 520 "Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30/12/1992, n.502", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 98 del 28/04/1999.

ammissione al concorso veniva individuato nel “possesso di attestato di corso di abilitazione di durata almeno biennale svolto in presidi del Servizio sanitario nazionale o presso strutture universitarie, a cui si accede con diploma di istruzione secondaria di secondo grado”.

Bisogna attendere quattordici anni per ottenere, dal Ministero della Sanità, il riconoscimento ufficiale della professione, con il d. m. n. 520/98. Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502⁷⁰, all’art. 6, comma 3, riguardante la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione, assegnava infatti al Ministro della Sanità il potere di individuare “con proprio decreto” le figure professionali da formare per il settore sanitario e i relativi profili. Il d.m. individua l’educatore professionale come “l’operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell’ambito di un progetto terapeutico elaborato da un’equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà.” Nel 1999 interviene la legge n. 42⁷¹ a completare il riordino delle professioni sanitarie, stabilendone, quali elementi fondanti, i contenuti del decreto ministeriale istitutivo del profilo professionale, gli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, il codice deontologico⁷²; il provvedimento prevede inoltre l’emanazione di successivi decreti finalizzati a equiparare i titoli pregressi con il titolo stabilito dal d.m. 520/1998. Il 1999 vede anche l’emanazione del Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229⁷³ che, all’art. 3 octies, prevede che con decreto del ministro della Sanità, di concerto con il ministro per la Solidarietà sociale, siano individuati, sulla base dei parametri e criteri generali definiti dalla conferenza Stato-Regioni, i profili professionali dell’area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria. Questa definizione riguarderebbe anche la figura dell’educatore professionale, ma si è ancora in attesa dell’emanazione del decreto. Con il decreto ministeriale 27 luglio 2000⁷⁴ vengono riconosciuti equipollenti tutti i titoli di formazione specifica di durata triennale attivati in base ai percorsi formativi pregressi, con eccezione dei titoli di durata biennale. Il percorso di definizione delle professioni sanitarie vede un altro provvedimento importante con la legge 251/2000⁷⁵, che definisce le aree delle professioni sanitarie e prevede l’emanazione dei decreti ministeriali necessari per l’attivazione della formazione universitaria e per l’accesso all’area contrattuale della dirigenza, previa acquisizione della laurea specialistica di area professionale. Con successivo decreto⁷⁶ le professioni sono suddivise nelle quattro aree individuate: l’educatore professionale è inserito in quella della riabilitazione⁷⁷.

⁷⁰ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell’art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 305 del 30/12/1992.

⁷¹ Legge 26 febbraio 1999, n. 42, “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 50 del 02/03/1999.

⁷² Anche se a tutt’oggi non vi è obbligo per gli educatori professionali in Italia di avere un codice deontologico, in quanto per l’esercizio della professione non è richiesta l’iscrizione a nessun albo o ordine, nel 2002 gli educatori professionali aderenti all’ANEP (l’Associazione Nazionale Educatori Professionali) hanno approvato il loro codice deontologico, dopo un percorso di ricerca e condivisione durato un paio d’anni.

⁷³ Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 “Norme per al razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell’articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16/07/1999 – S.O. n. 132.

⁷⁴ Decreto ministeriale 27 luglio 2000, “Equipollenza dei diplomi e di attestati al diploma universitario di educatore professionale, ai fini dell’esercizio professionale e dell’accesso alla formazione post-base”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 195 del 22/08/2000.

⁷⁵ Legge 10 agosto 2000, n. 251, “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 208 del 06/09/2000.

⁷⁶ Decreto ministeriale 29 marzo 2001, “Definizione delle figure professionali di cui all’art. 6, comma 3, del D. Lgs 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4, della L. 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1)”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 118 del 23/05/2001.

⁷⁷ L’area della riabilitazione è composta dalle seguenti professioni: podologo, fisioterapista, logopedista, ortottista-assistente di oftalmologia, terapista della neuro e psicomotricità dell’età evolutiva, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapista occupazionale, educatore professionale.

Per quanto riguarda l'ambito sociale, la legge 328/2000 all'art. 12 aveva previsto un meccanismo di riconoscimento delle professioni sociali analogo a quello attivato in ambito sanitario, attraverso un decreto da emanare entro 180 giorni dalla pubblicazione della legge. A tutt'oggi la legge è rimasta disattesa, nonostante in questi anni si sia prodotto un intenso lavoro intorno a questa materia e vi siano state molteplici azioni intraprese dal governo per dare avvio all'iter di definizione.

Come evidenziato da Vitillo M. (2010)⁷⁸, la figura dell'educatore professionale si trova quindi davanti a più percorsi di definizione del profilo, quello sanitario, quello sociale e quello socio-sanitario, che, se non saranno armonizzati tra loro, rischiano di renderla frammentata in più parti. A questa complessità si aggiunge l'ambito penitenziario, che ha seguito nel tempo un proprio criterio per la formazione e acquisizione del personale educatore. Pur essendo la peculiarità del profilo socio-sanitaria, l'ambito nel quale l'educatore professionale è stato definito a livello normativo è quello sanitario, il che continua a costituire elemento di dibattito in relazione alla possibilità che tale definizione non sia sufficiente a rappresentare le diverse dimensioni che sostanziano la professione.

Stante questa situazione, in Italia vi sono due classi di laurea di primo livello che formano gli educatori: la classe SNT2, sanitaria della riabilitazione, e la classe XVIII (ora L19), nell'ambito delle Scienze dell'educazione. La prima classe di laurea risponde ai requisiti previsti dal decreto n. 520/98 che definisce questo operatore "sociale e sanitario" e abilita all'esercizio della professione nella sanità; la seconda forma educatori che non hanno un chiaro collegamento con il mondo della professione e che possono esercitarla nel sociale, ma non nella sanità.

Nel contesto nazionale la figura dell'educatore professionale si è caratterizzata per avere avuto sin dal suo esordio percorsi formativi di riferimento nati in ambito sociale e successivamente in integrazione con il sistema sanitario. Le prime esperienze formative rivolte ad educatori si collocano negli anni Cinquanta e vedono un loro progressivo ampliamento negli anni Sessanta in forza della loro attivazione da parte degli enti pubblici. In questo periodo sono presenti iter formativi di diversa durata, accomunati dal forte spazio riservato al tirocinio professionale, anche se, per l'accesso alla professione, non esisteva alcuna normativa che vincolasse al possesso della formazione specifica. Dall'inizio degli anni Settanta la dimensione didattica e formativa delle scuole per educatori (sia quelle regionali, sia quelle realizzate in ambito universitario, sia quelle gestite in ambito sanitario) continua ad assegnare un peso consistente all'aspetto esperienziale, con un cospicuo monte ore assegnato al tirocinio diretto e un forte rapporto con i servizi socio-sanitari (i professionisti dei servizi territoriali erano spesso direttamente coinvolti nella formazione come docenti o supervisori). Vi era inoltre una forte coesione del gruppo docente nella progettazione didattica, cui si correlava il carattere di unitarietà conferito a tutto il processo formativo. Negli anni Ottanta l'emanazione del d.m. 10 febbraio 1984 determina l'obbligatorietà della formazione specifica per esercitare la professione nel settore sanitario, dando impulso allo sviluppo e all'ampliamento di esperienze in tal senso orientate nell'ambito delle Unità sanitarie locali e delle scuole professionali regionali, anche attraverso corsi di qualificazione in servizio.

Il sistema universitario, nonostante l'emanazione del D.P.R. n. 162/1982⁷⁹ e le indicazioni del d.m. 10 febbraio 1984, che consentivano la formazione anche attraverso quel canale, non ha

⁷⁸ Vitillo, L. "L'educatore professionale e l'ANEP. I diritti di una professione, i doveri delle istituzioni" in Crisafulli F., Molteni L., Paoletti L., Scarpa P.N., Sambugaro L., Giuliodoro S. *Il Core competence dell'educatore professionale*, Edizioni Unicopli, Milano 2010.

⁷⁹ D.P.R. 10 marzo 1982, n. 162, "Riordino delle scuole dirette a fini speciali, delle scuole di specializzazione e dei corsi di perfezionamento". Il decreto prevedeva la durata triennale dei percorsi formativi; un tirocinio di almeno 500 ore e una frequenza obbligatoria per due terzi dell'orario; il rilascio del diploma abilitante dopo la trattazione di un tema scelto dallo studente

attivato scuole dirette a fini speciali per la formazione degli educatori (fatta eccezione per una scuola a Roma). In seguito la legge 19 Novembre 1990, n. 341⁸⁰ sancisce la soppressione delle scuole dirette a fini speciali, prevedendo la loro riconversione in corsi di diploma universitario. Nel 1991 interviene il processo di revisione del Corso di Laurea in Pedagogia, che viene riformulato in Scienze dell'Educazione. Con il decreto ministeriale 2 aprile 2001⁸¹ sono definiti gli ordinamenti didattici dei corsi delle lauree delle professioni sanitarie, che collocano l'educatore professionale (in base a quanto previsto dalla legge n. 251/2000 e dal d.m. 29 marzo 2001) nella classe SNT2, area della riabilitazione.

In Italia è quindi presente un doppio binario formativo: quello della classe SNT 2, che rilascia il titolo abilitante l'esercizio della professione in sanità, e quello della classe 19, che conferisce una laurea cui non corrisponde un profilo determinato da legislazione. Pertanto chi vuole intraprendere la professione di educatore può indirizzarsi verso due percorsi universitari non equiparabili, con il mantenimento di due profili professionali sostanzialmente uguali ma giuridicamente distinti e con diverse possibilità di accesso alla professione.

L'organismo rappresentativo della professione presente sul territorio nazionale è l'ANEP (Associazione Nazionale Educatori Professionali), nata nel 1992, dotata di un proprio statuto, che ha tra i suoi principali scopi quello di rappresentare tramite i propri organi i Soci educatori e favorire l'organizzazione, lo sviluppo e la tutela della figura di educatore professionale in Italia. L'ANEP è presente su 15 regioni (calabria, campania, emilia romagna, friuli venezia giulia, lombardia, marche, piemonte, valle d'aosta, puglia, sardegna, toscana e veneto); facendo riferimento ai dati 2010, la sezione Marche conta al momento 32 iscritti, mentre a livello nazionale, nello stesso periodo, le iscrizioni arrivano a 1000 c.ca.

*Il caso inglese*⁸²

In Inghilterra l'organizzazione delle proposte formative per avviarsi ad una professione nel settore del "sociale" si sviluppa a partire dalla possibilità di scegliere fra le due opzioni rappresentate dai livelli del *Social carer* e del *Social worker*. Da questa prima semplice biforcazione delle carriere possono definirsi successivi percorsi molto flessibili e diversificati, e quindi poco normati e classificati a priori, in cui le competenze proprie di una specifica professione si creano, si definiscono e si certificano progressivamente sul campo. Ad un terzo livello operano coloro che sono in possesso di una laurea o di una qualifica post-laurea (master).

Il Social care rappresenta il primo gradino nella scala di accesso al mondo del lavoro nel sociale, per il cui passaggio l'unico requisito richiesto è, in generale, la maggiore età. È la struttura stessa presso la quale una persona inizia la sua carriera nel campo sociale che provvede alla formazione in itinere dei propri operatori. Il Social carer è deputato principalmente alla gestione diretta del rapporto con le persone in stato di bisogno, agendo principalmente sul singolo soggetto, o sul singolo nucleo familiare, mentre non si occupa del sistema di riferimento in cui questi sono inseriti.

⁸⁰ Legge 19 novembre 1990, n. 341, "Riforma degli ordinamenti didattici universitari", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 274 del 23/11/90.

⁸¹ Decreto ministeriale 2 aprile 2001, "Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 128 del 5 giugno 2001, S.O. n.136.

⁸² I contenuti relativi a questo paragrafo sono stati tratti da: Gheno, S., Bruno C., (con coll. Motta F.), "L'evoluzione del welfare e lo sviluppo delle professioni", in Gheno S. (a cura di) *La formazione professionale e i sistemi di formazione-lavoro per le nuove professioni del Welfare in Europa*, Rapporto di ricerca del Centro Europeo di Formazione per gli Affari Sociali e la Sanità Pubblica, Milano, 2003; Scarpa, P.N., Corrente, M., (a cura di) "La dimensione europea dell'educatore professionale", *Autonomie locali e servizi sociali*, n. 1, 2003; www.connexions-direct.com/jobs4u/.

Per poter diventare un Social worker è invece necessario essere in possesso di uno specifico titolo di studio triennale (Diploma universitario in Social Work), anche in considerazione della tipologia delle attività svolte, che possono essere definite di “livello superiore” a quelle del Social carer, in quanto inerenti la gestione del sistema e della rete dei sistemi in cui gli utenti sono inseriti. Non si occupa quindi dell'accudimento immediato delle persone, ma cerca di migliorare la loro situazione sia aiutandole a valutare le proprie difficoltà e a ricercare soluzioni adeguate per far fronte ad esse, sia agendo sui diversi elementi del loro sistema. La figura dell'educatore sembra potersi collocare in questo secondo livello, insieme a quella dell'assistente sociale.

Va poi aggiunto che Scarpa e Corrente (2003)⁸³ rilevano come la figura dell'educatore assuma in questo contesto la denominazione di Assistente Sociale per i giovani (Youth and community worker). Tale figura solitamente lavora con i giovani di età compresa fra i 13 e i 19 anni (o in alcuni casi dagli 11 ai 25 anni), aiutandoli nel loro processo maturativo ed incoraggiandoli ad assumere un ruolo propositivo nella comunità. I compiti che svolge prevedono generalmente:

- l'organizzazione di attività di svago, quali quelle sportive, artistiche e teatrali;
- il sostegno ai giovani volto a favorirne la capacità di sviluppare idee, di apportare cambiamenti nella loro vita, di organizzare i propri progetti ed attività;
- azione di sensibilizzazione su temi quali la salute e la politica;
- sostegno ai giovani nello sviluppo di abilità linguistiche e matematiche;
- lavoro con gruppi specifici, quale quelli dei giovani privi di dimora, in cura, appartenenti minoranze etniche, disabili e assuntori di alcool e sostanze stupefacenti;
- lavoro su progetti relativi a temi come la consapevolezza della salute, l'ambiente, il bullismo, la criminalità, l'abuso di alcool e droga.

L'educatore si adopera, inoltre, per individuare ed agganciare i giovani che non frequentano realtà aggregative e per allacciare delle relazioni con quelli che si ritrovano in luoghi come parchi, sale-giochi e bar; fornisce loro informazioni sui servizi disponibili a livello locale e, se necessario, favorisce la creazione delle condizioni che permettano ai ragazzi di ricevere supporto da parte di altri professionisti e volontari.

Impiegati presso autorità locali, associazioni di volontariato, scuole e gruppi religiosi, gli educatori di solito operano in équipe e in collegamento con forze dell'ordine, assistenti sociali e insegnanti, calando il proprio intervento in diversi contesti che comprendono club per giovani, centri sociali, scuole, municipi, luoghi di preghiera.

Fra le competenze e le qualità personali che connotano questa professionalità possono essere individuate:

- la capacità di sviluppare e condurre programmi di apprendimento informale;
- sapersi relazionare con giovani di eterogenea provenienza socio-culturale;
- abilità comunicative e di ascolto;
- capacità di motivare i giovani, cogliere loro problemi, preoccupazioni ed interessi, senza assumere atteggiamenti paternalistici;
- buone capacità organizzative e di lavoro in équipe.

Questi operatori devono possedere una qualifica convalidata dall'Agenzia Nazionale dei Giovani e riconosciuta dal *Joint Negotiating Committee for Youth and Community Workers*. Dal 2010 quella dell'educatore è divenuta una professione per la quale è previsto il conseguimento della laurea, che costituisce il requisito per ottenere il riconoscimento del JNC. Dopo la laurea, gli educatori effettuano un tirocinio sul posto di lavoro con il supporto di colleghi che hanno già esperienza. Gli educatori qualificati possono accedere ad incarichi di direzione o a ruoli specializzati, quale il lavoro con i giovani autori di reato.

⁸³ Scarpa, P.N., Corrente, M., (a cura di) “La dimensione europea dell'educatore professionale”, *Autonomie locali e servizi sociali*, cit.

*Il caso francese*⁸⁴

La denominazione con cui viene identificata in Francia la figura dell'educatore è quella di educatore specializzato (*Educateur Spécialisé*); la sua formazione si sviluppa in tre anni ed è gestita dal Ministero dell'Educazione Nazionale e da Centri di formazione accreditati dallo Stato. Con riferimento alla gestione della formazione, il sistema francese è articolato in due sub-sistemi:

1. il sistema dell'istruzione scolastica che fa capo al Ministero dell'Educazione Nazionale;
2. la formazione professionale non scolastica di competenza delle Regioni e del *Ministère de l'Emploi et de la Solidarité* (Ministero del lavoro)

Le Regioni ricoprono un ruolo di primo piano nel panorama della formazione professionale perché, pur dovendosi adeguare a dei parametri nazionali, hanno piena autonomia a livello gestionale. Per tale motivo, grazie al rispetto degli standard formativi stabiliti dallo Stato, la formazione professionale che si svolge nelle diverse regioni è considerata equipollente. A livello regionale, le istituzioni che regolano e controllano la formazione del settore sociale sono la *Direction Regional des Affaires Sanitaires et Sociales* (DRASS) e la *Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales* (DDASS). Queste istituzioni si configurano come servizi *déconcentrés* del *Ministère de l'Emploi et de la Solidarité* che garantiscono l'applicazione delle politiche nazionali nel settore sanitario, sociale e medico-sociale. In particolare, per quanto riguarda la formazione, la DRASS assicura il controllo dei dispositivi concernenti la formazione delle professioni nel sociale e gestisce a livello regionale diversi diplomi, fra cui quello di *Educateur Spécialisé*.

Questa figura aiuta le persone in difficoltà (minori, adolescenti, adulti) a sviluppare autonomie che ne favoriscano il processo d'integrazione sociale. L'ascolto e la disponibilità sono considerate le principali attitudini per esercitare la professione. Il suo intervento può rivolgersi a giovani con problemi familiari, scolastici, di comportamento, ad adulti con difficoltà fisiche e sociali, a persone con deficit mentali e ha l'obiettivo di preservare e ripristinare condizioni di autonomia attraverso attività di carattere socio-educativo. Nell'ambito dell'azione educativa, l'educatore può avere il mandato da un'autorità amministrativa o giudiziaria di seguire minori in difficoltà; può anche intervenire in quartieri problematici per favorire l'inserimento sociale dei giovani.

Gli viene richiesta un'approfondita conoscenza dello stato di disagio dei giovani, la capacità di proporre interventi appropriati, di articolare progetti individuali e di implementare le decisioni prese in équipe.

L'educatore esercita le proprie attività all'interno di istituzioni specializzate pubbliche o private, per esempio, centri di prevenzione, servizi di assistenza all'infanzia, centri sociali, istituti medico-pedagogici, centri di accoglienza e reinserimento sociale. Egli interviene anche negli ospedali e, sempre di più, nell'ambito di progetti di sviluppo locale. In tutti i casi collabora con gli altri professionisti coinvolti nell'attività educativa e sociale (psicologi, insegnanti, magistrati e tecnici della riabilitazione), contribuendo al funzionamento dell'équipe multidisciplinare, al fine di assicurare la complementarietà e la coerenza delle azioni da realizzare nell'interesse dell'utente. Questa équipe multidisciplinare elabora e implementa i progetti educativi, ne monitora l'andamento e ne valuta l'impatto.

⁸⁴ I contenuti relativi a questo paragrafo sono stati tratti da: Gheno, S., Bruno C., (con coll. Motta F.), "L'evoluzione del welfare e lo sviluppo delle professioni", in Gheno S. (a cura di) *La formazione professionale e i sistemi di formazione-lavoro per le nuove professioni del Welfare in Europa*, cit.; Scarpa, P.N., Corrente, M., (a cura di) "La dimensione europea dell'educatore professionale", cit.; www.onisep.fr/onisep-portal/media-tipe/html.

L'educatore è chiamato a garantire sicurezza e conforto ai giovani, mettendo a disposizione opportunità che ne favoriscano la comunicazione e la personale espressione.

Le competenze attribuitegli possono essere inquadrare nelle seguenti sfere:

- relazionale: osservare gli atteggiamenti e i comportamenti degli utenti, mantenere un ascolto attento, riconoscere e modulare il proprio coinvolgimento personale;
- promozionale: individuare e mobilitare le potenzialità delle persone e dei gruppi;
- organizzativa: progettare e condurre attività di gruppo e rendere conto del loro andamento;
- sviluppo sociale territoriale: identificare e stabilire relazioni con i partner istituzionali del proprio ambiente, formulare proposte nel quadro dell'elaborazione dei progetti territoriali di politica sociale
- valutazione e formazione: concettualizzare la propria pratica professionale, applicare le metodologie della ricerca, assumere una funzione di tutorato per la formazione di futuri professionisti.

Per esercitare la professione è necessario conseguire il *diplôme d'état d'éducateur spécialisé (DEES)*, attraverso un percorso di formazione di tre anni.

*Il caso spagnolo*⁸⁵

In Spagna, Le professioni sociali riconosciute dall'attuale normativa hanno avuto uno sviluppo ritardato rispetto ad altre professioni a causa del modello di politica sociale applicato durante il regime di Franco. Dalla fine degli anni Ottanta i cambiamenti che hanno investito le politiche sociali hanno prodotto uno sviluppo delle politiche di welfare e dei servizi sociali, con conseguenti ricadute sull'offerta di lavoro e sulle dinamiche di sviluppo delle professioni sociali.

L'educatore, denominato educatore sociale (*educador social*), costruisce il proprio profilo seguendo un percorso di istruzione universitaria di tre anni.

Il decreto regio 30 Agosto 1991, n. 1420 stabilisce le Linee guida generali per i programmi di riqualificazione. Il contenuto della didattica attraverso cui si sviluppa il percorso universitario è finalizzato a formare l'educatore nei campi dell'educazione non formale, dell'educazione degli adulti (incluse le persone anziane), dell'integrazione sociale delle persone con problemi di disadattamento e disabilità, nonché in materia di educazione sociale.

Dei 180 crediti previsti dal piano di studi, 88 rappresentano la base del corso che deve essere compreso in ogni programma universitario e sono riferiti ad insegnamenti quali Didattica Generale, Educazione Permanente, Educazione sociale per i problemi di adattamento sociale, Nuove tecnologie applicate nell'educazione, Programmi di facilitatore socio-culturale, Psicologia dello sviluppo, Psicologia sociale e Psicologia delle Organizzazioni, Sociologia e Antropologia sociale, teorie educative e Istituzioni contemporanee. Ogni università ha poi la flessibilità e l'autonomia per decidere quali corsi completeranno il resto dei crediti.

Una volta concluso il programma, gli studenti hanno la possibilità di proseguire il percorso di formazione, accedendo direttamente al secondo ciclo di "Antropologia sociale e culturale"; inoltre, frequentando alcuni ulteriori corsi, possono accedere al secondo ciclo di Pedagogia, Psicopedagogia, Comunicazione audiovisiva, Storia e scienze della musica, Pubblicità e pubbliche relazioni, Traduzione e interpretazione.

⁸⁵ I contenuti relativi a questo paragrafo sono stati tratti da: Scarpa, P.N., Corrente, M., (a cura di) "La dimensione europea dell'educatore professionale", cit; Martinez-Romàn, M. A., *Analys of the European training experiences in the social sector - Case study Spain*, Universidad de Alicante, Espana, 2006.

I “Colegios Oficiales” degli educatori sociali sono le legali corporazioni riconosciute dal Governo che rappresentano e difendono i diritti dei professionisti educatori professionali.

Non c'è un consiglio generale dei collegi professionali come organo rappresentativo di questi a livello nazionale e internazionale. Diversi collegi professionali in ambito regionale sono stati istituiti dopo la fondazione del “Consejo Oficial de Educadoras y Educadores de Catalunya” nel 1996. Ci sono “Asociaciones Profesionales de Educadores Sociales” a Madrid (AMES), in Asturia (PAES) e in Extremadura (APESEX).

L'”Asociacion Estatal de Educacion Social” (ASEDES) integra da dicembre 2000 le “Asociaciones Profesionales”. ASEDES persegue l'integrazione non solo di “Colegios” e “Asociaciones Profesionales de Educadores Sociales”, ma anche delle associazioni di studenti, diplomati e associazioni per questioni specifiche. L'obiettivo è quello di coordinare il processo di creazione dei collegi e di rappresentare gli educatori sociali all'interno dello stato a livello di organismi internazionali, quale l'International Association of Social Educators (AIEJI). ASEDES ha anche raccolto l'eredità della “Federacion Estatal de Asociaciones Profesionales de Educadores Sociales” (FEAPES), integrando al suo interno il movimento associativo dell'educazione sociale. Questo movimento concepisce l'educazione sociale in senso ampio: “Persone che si trovano nel campo professionale o nel campo volontario eseguendo attività direttamente con gruppi di popolazione a rischio (educatori specializzati per bambini e i giovani a rischio o disabili, educatori per adulti, animatori socio-culturali, educatori socio-educativi ...)”. Nelle leggi di istitutive dei “Colegios Profesionales” prima menzionati è prevista la possibilità di dare equivalenza come educatori sociali a coloro che, pur essendo privi dello specifico titolo di studio, certificano esperienze di formazione di tre anni e di lavoro nell'ambito dell'educazione sociale.

8.2.5 Il profilo dell'operatore socio sanitario⁸⁶

Il caso italiano

Il profilo professionale dell'operatore socio sanitario è attualmente disciplinato da due atti normativi di rilievo nazionale che sono la Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 e la Conferenza Stato-Regioni del 16 gennaio 2003⁸⁷.

Prima dell'emanazione di tale normativa, figure analoghe sono già presenti all'interno del settore socio-sanitario (anche se non sempre con compiti assistenziali), sebbene la disciplina che ne regola i profili professionali risulti meno puntuale nell'attribuire loro compiti e mansioni.

Con il passare del tempo funzioni e competenze evolvono e vengono individuate nuove figure attraverso le quali coprire ambiti sempre più specifici e definiti dell'assistenza. Nel 1969 il **DPR 128** istituisce il profilo dell'ausiliario portantino, figura **deputata allo svolgimento di mansioni piuttosto semplici e di carattere fortemente esecutivo**. Nel 1974, nell'**Accordo Nazionale Unico di Lavoro per il personale ospedaliero (A.N.U.L.)**, vengono previsti due tipi di ausiliari: l'ausiliario portantino e l'ausiliario vero e proprio⁸⁸. Il successivo **A.N.U.L. (1979)** distingue nettamente tra “l'addetto esclusivamente alle mansioni di pulizia”, inquadrato al primo livello retributivo, e l'ausiliario socio sanitario al quale, però, non vengono attribuiti compiti

⁸⁶ Questo paragrafo è stato scritto da Elena Spina.

⁸⁷ Il primo provvedimento ha ad oggetto “Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione; mentre il secondo Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per la disciplina della formazione complementare in assistenza sanitaria della figura professionale dell'Operatore socio-sanitario di cui all'articolo 1, comma 8, del decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 gennaio 2001, n.1”.

⁸⁸ L'ausiliario portantino rappresenta una figura transitoria poiché dopo sei mesi dall'assunzione può essere riconosciuto come Ausiliario vero e proprio.

assistenziali (ad eccezione del trasporto dei pazienti). Nel 1984 vengono riconosciute due figure di ausiliario: l'ausiliario socio sanitario e l'ausiliario socio sanitario specializzato, per il quale è previsto un ulteriore corso di formazione ed è ampliato l'ambito delle competenze. È nel 1987 che, attraverso il D.M. 590, vengono regolati i corsi di formazione per l'ausiliario socio sanitario, che prevedono 310 ore di formazione di cui 110 dedicate alla parte teorica e 200 a quella pratica.

La necessità di avere a disposizione personale ancor più qualificato cui affidare mansioni in precedenza svolte dal personale infermieristico, unitamente alla necessità che quest'ultimo possa essere occupato in modo più efficace ed efficiente, porta alla definizione della figura dell'Operatore Tecnico addetto all'Assistenza (Ota, DPR 384/90 DM 295/91). Alla figura dell'OTA viene riconosciuto il 4° livello retributivo e la sua istituzione riunisce in un unico livello retributivo, il 3°, l'ausiliario socio sanitario e l'ausiliario socio sanitario specializzato. Di fatto l'individuazione della figura dell'OTA rappresenta un compromesso in grado di ottemperare a due opposte esigenze: "quella di avere un operatore economico e versatile che tolga all'infermiere, unico titolare dell'assistenza, tutta una serie di compiti prettamente tecnici o di base, e l'altra, che risulta come conseguenza della prima, ovvero un minor numero di personale infermieristico nei reparti ed elevazione dei compiti di questi ultimi verso attività per le quali siano necessarie conoscenze approfondite"⁸⁹. Le caratteristiche dell'OTA, che sembrano più adatte a soddisfare i fabbisogni del settore sanitario e ospedaliero in particolare, non sono tuttavia in grado di rispondere alle esigenze di un'assistenza più prettamente sociale. Per sopperire a tale lacuna le Regioni provvedono ad istituire varie figure di supporto per il settore sociale e ciò porta alla formazione di uno stuolo di operatori locali e alla conseguente frammentazione del panorama nazionale⁹⁰.

È soltanto nel febbraio del 2001 che, dopo un lungo dibattito finalizzato al generale riordino del comparto, viene istituito l'OPERATORE SOCIO SANITARIO, figura che racchiude i vecchi profili, incorporandone le mansioni ed espandendo la gamma delle competenze. L'accordo si preoccupa di individuare le caratteristiche di base della nuova figura socio sanitaria, poiché "è ritenuto non più differibile la istituzione di una specifica figura di operatore socio sanitario che svolga attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona nell'ambito delle proprie aree di competenza"⁹¹. Il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento di malattie cronico degenerative, da un lato, e la carenza di personale infermieristico, dall'altro, rendono sempre più urgente l'individuazione di una figura di supporto che sia in grado di assolvere a quei compiti di base che definiscono nel loro insieme l'assistenza alla persona.

L'operatore socio sanitario svolge la sua "attività sia nel settore sociale che in quello sanitario, residenziale o semiresidenziale, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'utente". Sebbene eserciti "la sua attività su indicazione [...] degli operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria"⁹², l'accordo attribuisce loro un più ampio margine di autonomia: vengono infatti previste "attività dirette all'assistenza di base, alla realizzazione di attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico, alla osservazione e alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di

⁸⁹ Panizzi R., 2009, *Manuale per l'operatore socio sanitario. Per la formazione di base e complementare*, Piccin-Nuova Libreria, Padova.

⁹⁰ "I nomi più comuni che si trovano nelle varie regioni sono: Addetto ai servizi territoriali (ADEST), Operatore socio assistenziale (O.S.A.), Assistente di base (A.D.B.), Ausiliario socio assistenziale (A.S.A.), Operatore assistenza di base (O.A.A.), Assistente domiciliare anziani (A.D.A.), Addetto all'assistenza di base (A.A.B.)", Benci L., (2001) "L'Operatore Socio Sanitario: autonomia, rapporto con i professionisti e responsabilità giuridica", in *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie*, Lauri Edizioni, n. 3, pp. 223-224.

⁹¹ Provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 22 febbraio 2001.

⁹² Per operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria vanno intesi tutti i professionisti sanitari inquadrati in categoria D.

rischio-danno dell'utente, alla valutazione e alla collaborazione dei sistemi di verifica degli interventi"⁹³.

L'accordo del 2001, nel tentativo di rendere la normativa omogenea a livello nazionale, definisce anche l'ordinamento didattico dei corsi di formazione, che hanno durata di 1000 ore⁹⁴. Il disposto normativo elenca dettagliatamente le funzioni e i compiti riservati all'operatore socio sanitario, distinguendo tra principali attività previste (a loro volta suddivise in 1. assistenza diretta e aiuto domestico alberghiero; 2. intervento igienico-sanitario e di carattere sociale; 3. supporto gestionale, organizzativo e formativo) e competenze attribuite (distinte in a. competenze tecniche; b. competenze relative alle conoscenze richieste; c. competenze relazionali). La legge stabilisce altresì l'organizzazione della didattica e le materie di insegnamento ma delega alle Regioni la programmazione e l'istituzione di corsi appositi. Spetta quindi a ciascun ente locale (Province e Regioni) organizzare periodicamente corsi di formazione abilitanti alla professione di operatore socio sanitario. I corsi, suddivisi in due moduli (cui se ne aggiunge uno facoltativo), vanno organizzati distribuendo le ore tra insegnamento teorico⁹⁵ (450 ore), esercitazioni (100 ore) e apprendimento sul campo mediante tirocini formativi (250 ore).

Nel 2003, mediante l'accordo Stato-Regioni siglato il 16 gennaio, viene disciplinata la formazione complementare in assistenza sanitaria dell'operatore socio sanitario, al fine di permettere a quest'ultimo di svolgere alcune attività assistenziali in base all'unità funzionale di appartenenza, collaborando con il personale ostetrico-infermieristico che ne è responsabile. La previsione dell'operatore socio sanitario con formazione complementare nasce dalla necessità di "far fronte alle crescenti esigenze di assistenza sanitaria nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private" (Accordo Stato-Regioni 2003, punto 1). L'operatore socio sanitario con formazione complementare conserva tutte le attribuzioni previste nell'accordo Stato-Regioni del 2001 poiché l'elencazione contenuta in quello successivo è aggiuntiva (e non sostitutiva) rispetto a quella precedentemente introdotta. Vengono infatti previste nell'ultimo documento nuove attività che ampliano la gamma delle funzioni svolte e includono la somministrazione di farmaci per via naturale, intramuscolare e sottocutanea, l'esecuzione dei clisteri, la rilevazione dei parametri vitali e la sorveglianza di fleboclisi.

Tabella 8.2 - Differenza tra gli operatori socio sanitari e gli operatori socio sanitari con formazione complementare

OPERATORE SOCIO SANITARIO	OPERATORE SOCIO SANITARIO CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE
È una figura di supporto all'assistenza sanitaria e sociale (non solo infermieristica e ostetrica)	È una figura di supporto all'assistenza infermieristica e ostetrica (quanto meno nelle sue funzioni aggiuntive)
Dotato di autonomia complessiva nelle attività di base, pur negli indirizzi e nella pianificazione infermieristica.	Agisce con livelli di autonomia ridotti ed è fortemente vincolato all'organizzazione del lavoro, alle direttive ricevute e alla supervisione infermieristica e ostetrica.
Non agisce per delega di funzioni, ma ha compiti originari che gli vengono attribuiti direttamente dal profilo che lo ha istituito.	Non agisce per delega di funzioni, ma ha compiti di esecuzione di prestazioni pianificate dall'infermiere.
Risponde per la non corretta esecuzione delle prestazioni affidategli.	Risponde per la non corretta esecuzione delle prestazioni affidategli.

Fonte: Benci, 2003

⁹³ Benci L., (2001) "L'Operatore Socio Sanitario: autonomia, rapporto con i professionisti e responsabilità giuridica", in *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie*, Lauri Edizioni, n. 3, pp. 219-234.

⁹⁴ Le preesistenti figure professionali di operatore socio sanitario possono riconvertirsi facendo valere i loro crediti formativi determinati dalla frequenza dei corsi di formazione precedenti.

⁹⁵ Nei moduli teorici vengono affrontate tematiche che possono essere raggruppate entro: - un'area socio-culturale, istituzionale e legislativa; - un'area psicologica e sociale; - un'area, infine, igienico-sanitaria e tecnico-operativa.

Alcune criticità emergono da subito nella formazione complementare prevista. La problematica più rilevante sembra legata all'eccessivo tecnicismo che la caratterizza, che sottrae spazio sia all'acquisizione di conoscenze relative alle varie patologie, sia a quelle concernenti la relazione con il paziente.

Poiché l'inquadramento contrattuale dell'operatore socio sanitario è in categoria B (ex V livello) si può presumere che l'operatore socio sanitario con formazione complementare possa essere inserito nella categoria C, livello immediatamente superiore nella scala gerarchico-contrattuale. A sette anni dall'istituzione, tale figura resta ancora tuttavia priva di inquadramento contrattuale.

L'esercizio dell'attività professionale degli operatori socio sanitari è attualmente subordinato all'acquisizione del titolo rilasciato a seguito della partecipazione al suddetto corso, mentre non è richiesta alcuna credenziale istituzionale, quale ad esempio, l'iscrizione ad un albo professionale. Il mancato obbligo di adesione ad un pubblico registro rende difficile quantificare i membri della categoria professionale. Inoltre, a causa del mancato censimento degli operatori impiegati e della loro equiparazione, sul piano contrattuale, ad altri profili occupazionali aventi qualifiche analoghe, risulta altresì impossibile stabilire quanti operatori siano occupati nel settore sanitario e quanti lavorino, invece, in quello sociale.

L'Inghilterra

Anche in Inghilterra gli Healthcare Assistants, altrimenti definiti Clinical Support Workers, Therapy Assistants o Nursing Auxiliaries, affiancano il personale sanitario qualificato prestando le cure di base ai pazienti. I settings professionali entro cui l'attività può essere prestata sono numerosi poiché molte professioni sanitarie possono richiedere la loro assistenza (dagli infermieri ai medici, dai fisioterapisti alle ostetriche).

Un recente studio⁹⁶ stima che ci siano più di 300 titoli diversi attribuibili agli HCAs, a seconda del setting in cui prestano la loro attività e in base agli specifici compiti che svolgono. Essi possono esercitare l'attività professionale in ambito ospedaliero (strutture pubbliche o private), all'interno di cliniche e case di cura, residenze per anziani, hospices, nonché presso il domicilio del paziente. Il principale datore di lavoro degli HCAs è attualmente il NHS dove trovano impiego più di 100.000 operatori⁹⁷.

Oltre all'assistenza di base agli HA è consentito svolgere alcune semplici mansioni infermieristiche, quali ad esempio il prelievo delle urine, la rilevazione della temperatura e delle pulsazioni e il monitoraggio dell'andamento respiratorio del paziente. Sebbene abbiamo il compito di annotare quotidianamente i cambiamenti più rilevanti nei pazienti durante il periodo di degenza, solitamente non si occupano delle pratiche burocratiche che, invece, costituiscono una tipica competenza infermieristica. Ciò consente loro di dedicare maggior tempo al contatto diretto con i malati e i loro familiari. La dimensione emotiva e il contatto fisico con il paziente rappresentano del resto il *core activity* degli HCAs e costituiscono uno dei parametri che vengono valutati ai fini dell'idoneità d'accesso alla professione. Questo compito, inoltre, contribuisce a distinguere tale occupazione da quella infermieristica e costituisce un elemento fondamentale ai fini del giudizio espresso dagli utenti rispetto all'efficienza di una struttura

⁹⁶ Johnson M.R.D., Allsop J., Clark M.D. et al. (2002) *Regulation of Health Care Assistants*, IPPR (Future Health Worker Project), Available at: <https://www.ippr.org.uk/research/files/team40/project13/RegulationHealthCareAssis.PDF>.

⁹⁷ Splisbury K., Meyer J., (2004) "Use, misuse and non-use of health care assistants: understanding the work of health care assistants in a hospital setting", in *Journal of Nursing Management*, 12, pp. 411-418.

sanitaria. In quest'ambito, dunque, la funzione degli HCAs è vitale poiché, come ha portato alla luce un'indagine "patients had closer relationship with HCAs than nurses" ⁹⁸.

Per accedere alla professione non è previsto alcun titolo specifico né alcuna formazione professionale. I candidati al ruolo di HCAs sono tenuti esclusivamente a sottoporsi ad un check up medico che accerti il loro stato di salute e ad un controllo presso il Criminal Records Bureau che certifichi l'idoneità a lavorare con soggetti vulnerabili. Vengono richieste invece attitudini e qualità personali che rimandano sia alle capacità relazionali, sia all'equilibrio emotivo necessario per evitare l'insorgere di malattie professionali quali il burn out. L'addestramento avviene sul campo: ogni singola struttura può prevedere programmi di apprendistato utili all'acquisizione dell'esperienza necessaria per l'eventuale progressione di carriera. L'esperienza sul campo può in effetti rappresentare uno dei canali di accesso ad altre professioni sanitarie. Se, infatti, il livello riconosciuto agli HCAs è il primo dei cinque che compongono il National Vocational Qualification ⁹⁹, attraverso gli anni di pratica è possibile acquisire maggiori responsabilità e avere quindi accesso al II e al III livello. Quest'ultimo livello, in particolare, è un requisito indispensabile per intraprendere la formazione infermieristica. Alcune ricerche hanno mostrato, in effetti, come circa la metà degli HCAs abbia scelto tale carriera spinta dall'ambizione di accedere alla professione infermieristica.

Sebbene il numero di HCAs stia progressivamente aumentando, è difficile quantificare i membri della categoria professionale a causa del mancato obbligo di registrazione in un apposito albo. Secondo la Unison ¹⁰⁰, che rappresenta circa 100.000 HCAs, l'assenza di un organismo istituzionale deputato alla rappresentanza professionale, sarebbe alla base dell'inadeguato livello retributivo e delle difficoltà incontrate dalla categoria nell'avanzamento di carriera.

Va infine rilevato come le istituzioni socio-sanitarie stiano sempre più sostituendo il personale infermieristico con quello ausiliario in virtù del minor costo che quest'ultimo comporta. Ciò contribuisce ad alimentare la tensione, già piuttosto forte, tra le due categorie.

*La situazione francese*¹⁰¹

In Francia la figura dell'Operatore socio-sanitario, definita Aide-Soignant (AS), è di antica formazione e, come in Italia, il ruolo che riveste è andato progressivamente evolvendo nel corso del tempo. Si tratta di un profilo professionale che nasce attorno alla metà degli anni '50 e il cui sviluppo è legato alle esigenze imposte dall'istituzione ospedaliera, nonché dal processo di professionalizzazione della categoria infermieristica.

Nel 1956 viene introdotto il CAFAS (**C**ertificat **d'**Aptitude à la **F**onction Aide-soignant, che prevede una formazione di 10 mesi), titolo di studio la cui acquisizione diviene obbligatoria a partire dal 1960. Un decennio più tardi viene rivisto il percorso formativo che porta la durata dei corsi da 10 a 12 mesi, prevedendo 120 ore di insegnamento teorico e 100 ore di pratica. Nel 1978

⁹⁸ Si tratta di un'indagine sul ruolo degli ausiliari i cui esiti sono stati pubblicati sul Nursing Time del 10 giugno 2010 in un articolo dal titolo *HCAs Drive up performance scores*.

⁹⁹ Il NVQ è il sistema britannico di classificazione delle attività professionali. Si compone di 5 livelli che vanno dal 1°, che raggruppa le attività che richiedono competenze di base e consentono di svolgere funzioni routinarie, al 5° che comprende attività che richiedono abilità complesse e implicano conoscenze e competenze di alto profilo.

¹⁰⁰ L'Unison è il sindacato più rappresentativo nel comparto sanitario pubblico.

¹⁰¹ Le informazioni relative al profilo professionale dell'aide soignant sono state tratte da:

- "Le métier d'Aide soignant", disponibile all'indirizzo web http://www.infirmiers.com/index.php?option=com_content&id=5874&lang=fr&view=article&tmpl=component&format=pdf&page=0, pubblicato il 15 marzo 2010;
- "Aides-soignant(e)s: métiers, concours et formation", disponibile sul sito <http://infos.emploipublic.fr/2009/11/12/aides-soignantes-metiers-concours-et-formation/>
- "Aide-soignant. Assurer le bien-être des malade", disponibile sul sito <http://www.metiers.santesolidarites.gouv.fr/IMG/pdf/3-MSS-Fiches-aide.pdf>.

viene riconosciuto l'esercizio della professione anche nell'ambito della psichiatria, mentre nel 1981 viene estesa la competenza dell'AS al contesto extra ospedaliero e domiciliare. Contestualmente (1982) nuove modifiche vengono apportate al percorso formativo che, pur rimanendo della durata di 12 mesi, viene riorganizzato sulla base di un modello che alterna alle 350 ore di lezioni teoriche, 24 settimane di stage (che diventeranno rispettivamente 630 ore e 27 settimane nel 1994). Nell'agosto del 1996 viene abolito il CAFAS e sostituito dal DPAS (**Diplôme Professionnel d'Aides Soignant**) mentre, nel gennaio dello stesso anno, era stato emanato il primo testo ufficiale sulla funzione di tale figura professionale che ne disciplinava il ruolo e la missione. Si tratta di un documento di rilievo giacché decreti emanati negli anni precedenti avevano individuato alcune funzioni e competenze dell'Aide Soignant ricavandole implicitamente e/o per via residuale dagli ambiti di competenze attribuite alla professione infermieristica.

Nel 2005, ancora una volta, viene modificato il percorso formativo: il nuovo diploma professionale richiede, tra gli altri, uno standard minimo di formazione, uno di competenza e uno di attività che contribuiscono a definire più nel dettaglio il ruolo di tale operatore. Il **decreto 1301** del 31 agosto 2007 determina il cambio di denominazione da "diploma professionale" a "**diploma di stato d'aide soignant**".

Attualmente per diventare AS è necessario essere in possesso del diploma che è acquisibile, una volta compiuti i 17 anni d'età, percorrendo due canali alternativi:

- mediante la partecipazione ad un corso di formazione della durata di 10 mesi pari a 1435 ore (17 settimane di corso teorico e 24 di stage), organizzato sulla base di otto moduli formativi;
- attraverso il riconoscimento dell'esperienza pregressa nel settore (Validation des acquis de l'expérience, VAE). In questo secondo caso il candidato deve provare di possedere competenze professionali acquisite mediante l'esercizio di un'attività, salariata o volontaria, che rifletta i contenuti formativi richiesti dal diploma. In altre parole l'aspirante AS deve dimostrare di essere in grado di prestare cure igieniche e di fornire l'assistenza di base al paziente, sia all'interno di una struttura sanitaria, sia presso il domicilio di quest'ultimo.

Attualmente l'AS può trovare impiego esercitando nell'ambito della:

- Fonction publique hospitalière (FPH), settore che raggruppa la maggior parte degli AS francesi. In questo specifico ruolo, la categoria professionale comprende gli ausiliari di puericultura e gli aides-médecos-psychologiques. Tali operatori sono contrattualmente inquadrati nella categoria C e la carriera si sviluppa in 3 gradi (la classe normale, la classe superiore e la classe eccezionale) a ciascuno dei quali corrisponde una remunerazione;
- Fonction publique territoriale (FPT). In questo caso l'AS lavora in contesti territoriali, presso istituzioni gestite da un centro comunale d'azione sociale (CCAS) o presso strutture intercomunali, collaborando con l'infermiere. Reclutati tramite concorso, rappresentano un gruppo professionale inquadrato nella categoria C che comprende 3 gradi: l'auxiliaire de soins, l'auxiliaire de soins principale e l'auxiliaire de soins chef.
- Fonction publique d'Etat: si tratta di una categoria residuale e poco numerosa.

Al pari dell'operatore socio sanitario italiano, l'AS affianca l'infermiere nelle attività quotidiana di assistenza e, sotto la responsabilità di quest'ultimo, assicura le cure igieniche ai pazienti contribuendo alla presa in carico degli stessi. L'AS fornisce assistenza legata alle funzioni finalizzate a compensare la parziale o totale assenza (o diminuzione) dell'autonomia dell'individuo. Il suo ruolo è inscritto all'interno di un approccio olistico di cura alla persona che non può prescindere dalla dimensione relazionale. L'AS accompagna il paziente nell'attività

quotidiana contribuendo al suo benessere e opera al fine di promuovere, proteggere, mantenere e restaurare la salute dell'individuo, nel rispetto dei diritti e della dignità di quest'ultimo.

Guardando alla progressione di carriera, l'AS ha la possibilità di cambiare funzione lavorando con i neonati, previa acquisizione del diploma d'ausiliario di puericultura (progressione orizzontale); dopo un minimo di tre anni di esercizio professionale può altresì decidere di presentarsi alle prove di selezione per accedere alla formazione infermieristica (progressione verticale).

Una recente indagine stima che presso gli ospedali e le istituzioni socio-sanitarie francesi esercitino attualmente 450.000 AS e che ne vengano diplomati circa 20.000 all'anno dai 450 istituti di formazione (Ifas) esistenti.

*La Spagna*¹⁰²

In Spagna il *Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería*, definito più semplicemente *Auxiliar de Enfermería*, riveste un ruolo del tutto analogo all'operatore socio sanitario italiano. Secondo la **Legge sul lavoro - Convenzione 149 della Organizzazione Internazionale del lavoro** - l'*Auxiliar de Enfermería (A d'E)* è individuato in quella professionalità che, dotata di conoscenze, di competenze e di abilità relazionali, è responsabile di prestare al paziente e alla sua famiglia l'assistenza di base. L'A d'E può esercitare l'attività professionale presso le istituzioni sanitarie, presso centri di promozione della salute, nelle residenze per anziani e, a livello territoriale, presso il domicilio dei pazienti.

Tale figura professionale è presente fin dagli anni '60 nel mercato del lavoro sanitario spagnolo, dove, con il nome di *Auxiliar de Clínica* e sotto la supervisione dell'aiutante tecnico sanitario, si occupa di fornire l'assistenza di base al paziente. È nel 1973 che, a seguito dell'approvazione dello statuto del personale sanitario diplomato e di supporto, viene per la prima volta riconosciuta formalmente la figura dell'*Auxiliar de Clínica*. Due anni dopo viene prevista una specifica formazione professionale per tale profilo con conseguente riconoscimento del titolo. Nel corso degli anni cresce l'esigenza di disporre di personale sempre più qualificato e nel 1984 viene richiesta obbligatoriamente la formazione professionale a tutti gli *Auxiliares de Clínica* che intendono intraprendere la carriera presso le istituzioni sanitarie. Con il **Regio Decreto 137/1984** viene così individuata una serie di altre funzioni da attribuire a tale figura. L'ordinanza del **26 dicembre 1986**, emanata dal Ministero della sanità, istituisce ufficialmente la categoria professionale dell'*Auxiliar de Enfermería* che andrà a sostituire quella degli *Auxiliares de Clínica*, realizzando la vera e piena integrazione dell'equipe infermieristica. Nel 1990 la Legge organica sul sistema generale di istruzione introduce un'importante cambiamento nell'ambito della normativa che disciplina la formazione professionale¹⁰³. Mediante i **Decreti 546/1995** e

¹⁰² Le informazioni relative al caso spagnolo sono state desunte da:

- la voce "auxiliar de enfermería" del Diccionario de Términos Sanitario, disponibile sul sito http://www.auxiliar-enfermeria.com/diccionario/letra_a.htm;
- "Auxiliar de Enfermería - Funcione" disponibile sul sito http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_auxenf.htm.

¹⁰³ A seguito dell'ampia riforma, iniziata attorno alla metà degli anni '80, l'attuale sistema educativo spagnolo risulta regolamentato da due leggi: la LODE e la LOGSE, che articolano il percorso formativo in vari gradi e rendendo il sistema particolarmente complesso. Per semplificare è possibile riassumere le opportunità formative suddividendo il percorso in due livelli: uno primario (6-12 anni) e uno secondario (13-18 anni) a loro volta suddivisi in cicli triennali. Al termine del secondo ciclo del II livello si consegue il titolo di GRADUATO ESO, necessario per accedere al III ciclo, definito BACHILLERATO (che non è obbligatorio ma necessario per poter accedere alla formazione universitaria) e alla formazione professionale di grado medio. Quest'ultima ha una durata compresa tra uno e due anni e prevede moduli teorici e moduli di formazione pratica da realizzare presso strutture lavorative. Al termine del periodo formativo si consegue il titolo di tecnico nella specialità professionale corrispondente all'indirizzo di studi scelto ed è possibile accedere al bachillerato o alle strutture di formazione professionale di grado superiore che sono organizzate in modo parallelo e indipendente rispetto alle Università.

558/1995 viene stabilito un curriculum formativo e individuata la nuova denominazione del titolo che diviene Tecnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Nello specifico il decreto 546 stabilisce le competenze generali e richiama l'importanza delle abilità professionali che ogni operatore deve possedere. Fissa poi le "unidad de competencia" individuando le seguenti 5:

- preparazione del materiale ed elaborazione delle informazioni relative all'unità operativa/settore di competenza;
- erogazione delle cure infermieristiche ausiliarie al paziente;
- cura delle condizioni igieniche dell'ambiente e delle apparecchiature/dispositivi medici utilizzati nelle varie unità operative;
- collaborazione nel fornire assistenza psicologica al paziente, realizzando, per la parte di competenza, l'applicazione delle tecniche di sostegno psicologico;
- svolgimento di compiti di strumentazione nelle equipe di igiene orale.

Il medesimo atto normativo riprende poi, specificandoli, i contenuti della formazione professionale prevedendo che i corsi abilitanti vengano suddivisi in 6 moduli didattici, ciascuno dei quali è propedeutico all'acquisizione di specifiche competenze e abilità.

Nel 2007 l'istituto nazionale di qualificazione professionale classifica il titolo di Tecnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, fino ad allora di II livello (appartenente al ciclo formativo di grado medio) come III livello (appartenente al ciclo formativo di grado superiore). In base all'articolata organizzazione del sistema educativo vigente in Spagna, attualmente per esercitare l'attività di A.d'E. è necessario essere in possesso del titolo di graduato ESO e aver quindi seguito un corso di formazione professionale di grado medio di 1400 ore.

L'A. d'E. si occupa delle cure di base, dell'alimentazione e degli aspetti igienici del paziente e degli ambienti e, sotto la supervisione del personale infermieristico, può somministrare farmaci (esclusi quelli per via endovenosa) ed occuparsi del monitoraggio di alcuni parametri vitali. Al di là di tali funzioni di base, i compiti e le responsabilità attribuite all'A.d'E. variano a seconda dei settings in cui esercita l'attività professionale. Va infatti osservato come, una volta ottenuto il titolo professionale, l'operatore possa conseguire la specializzazione in un ambito specifico (esistono 20 diverse specializzazioni) che consente all'operatore di acquisire una competenza più puntuale rispetto al settore di attività in cui andrà ad esercitare il proprio lavoro.

8.3 Le prassi lavorative in otto ambiti sociali della Regione Marche

8.3.1 Area anziani¹⁰⁴

Il caso

L'analisi dell'area anziani è stata effettuata a Camerino, con riferimento al territorio dell'Ambito Sociale XVIII e della Zona Territoriale Asur n. 10 - Camerino. Al focus group hanno partecipato 11 operatori, di cui 4 assistenti sociali, 2 educatori, 3 operatori socio sanitari; erano presente, inoltre due operatori con funzioni di coordinamento degli uffici UPS. Sono state effettuate tre interviste: una al Coordinatore d'Ambito, una al Direttore di Distretto e una ad un Responsabile di una cooperativa sociale. Il caso presentato è il seguente:

Il Sig. R. si rivolge all'assistente sociale del comune per chiedere un aiuto in favore del padre, 77 anni, il quale, in seguito ad un infortunio ha riportato la

¹⁰⁴ Il paragrafo relativo all'assistente sociale è stato scritto da Carla Moretti, quello sull'educatore da Ugo Ciaschini e quello sull'operatore socio sanitario da Elena Spina.

frattura di un femore. Il sig. R. rappresenta l'unico familiare di riferimento per l'anziano e al momento non è in grado di fornirgli l'assistenza necessaria in relazione alla problematica sopravvenuta.

Considerato che la situazione dell'anziano si presenta problematica anche per il rifiuto degli altri parenti a collaborare per offrirgli un sostegno adeguato, si valuta positivamente la possibilità di inserire l'anziano presso la struttura RSA per il tempo necessario al recupero di un sufficiente grado di autosufficienza, in attesa di verificare le risorse parentali su cui far leva in vista del rientro nel domicilio.

Fin dai primi giorni l'anziano non riesce ad accettare il contesto in cui si trova e stabilire relazioni positive con gli altri ospiti e il personale, ad eccezione di un'operatrice sociosanitaria alla quale racconta aneddoti della sua vita passata e fa presente la sua passione per la pittura.

Il contesto situazionale

Rispetto ad una situazione tipo legata ad un anziano che viene improvvisamente a trovarsi in una condizione di parziale, e presumibilmente temporanea, non autosufficienza, la **dimensione personale** potrebbe non essere tale da far fronte alle ricadute determinate dalla problematica sopravvenuta. È evidente come la necessità di ricorrere ad aiuti esterni assuma proporzioni maggiori nel momento in cui la **rete familiare** si presenta povera di elementi. In tal caso, infatti, la presenza di un solo membro della famiglia difficilmente potrà sopperire alle esigenze di assistenza e di cura originatesi dall'evento. Essendo il soggetto in questione un anziano, potrebbe verificarsi l'eventualità che, anche da parte della **rete parentale**, si mettano in moto dei meccanismi di solidarietà meno intensi rispetto a quelli che si attiverrebbero a favore di soggetti che si trovano in fasi diverse del ciclo di vita (ad esempio nel caso dei minori). Questo rischia di rendere la posizione dell'anziano ancora più isolata, amplificando l'impatto negativo che un eventuale stato di bisogno determinerebbe sulla sua situazione esistenziale. Sebbene la **rete amicale** di quest'ultimo possa essere costituita da diversi soggetti che gravitano nella realtà territoriale in cui si trova inserito (associazioni, circoli, centri sociali, ecc...), con buone probabilità questa non disporrà di risorse in grado di far fronte al bisogno manifestatosi nell'emergenza. Eventuali reti di solidarietà amicale, pur non potendo ricoprire un ruolo sostitutivo della famiglia, potrebbero rappresentare una fonte di aiuto che integra l'attività di quest'ultima in un'ottica di solidarietà intra-generazionale. Però, nel caso considerato, l'eventuale apporto proveniente da quest'ambito rischia di avere un tenue effetto benefico, proprio a causa dell'assenza di una adeguata rete familiare e dei supporti che solo la stessa è in grado di offrire.

Guardando alla **dimensione del sostegno**, si può presumere che l'anziano abbia già intrattenuto relazioni con la **rete dei servizi** sia in qualità di utente, per l'accesso a prestazioni di vario genere (supporto economico, esenzione ticket sanitari, ecc...), sia in qualità di volontario per attività svolte in favore della comunità. A seguito dell'evento vissuto, questa dimensione della rete conoscerà un inevitabile allargamento data la necessità di assicurargli una risposta immediata. All'assistente sociale del comune di residenza, che rappresenta il primo interlocutore in quanto raccoglie la richiesta di aiuto avanzata dal parente più prossimo, si andranno ad aggiungere altri operatori a seconda del tipo di intervento che si riterrà di avviare. Considerata la situazione temporanea di non autosufficienza si profila l'opportunità di ingresso in una struttura residenziale funzionale al recupero di uno stato di autonomia che consenta un rientro al domicilio. Questa collocazione permetterà un'analisi più approfondita delle reti familiari e parentali con la possibilità di individuare alcuni componenti, su cui poter far leva in fase di dimissione dell'anziano. È presumibile supporre che al momento dell'ingresso nella struttura

individuata ai fini della cura, l'anziano sperimenta uno stato di isolamento e di relativa solitudine determinato anche dalla difficoltà ad adattarsi al nuovo contesto. Gli anziani possono, infatti, mal tollerare il distacco dal loro consueto ambiente d'origine e l'atteggiamento apatico che ne può derivare può vanificare l'esito delle cure profuse dai servizi. Qualora l'anziano entri in contatto con soggetti con cui riesce a stabilire un'intesa a livello relazionale, è probabile che sia portato ad aprirsi e a raccontare aspetti intimi e personali del proprio vissuto. Essendo l'operatore socio sanitario la figura che probabilmente trascorrerà più tempo con il soggetto, facendosi carico delle sue esigenze di base, anche legate alla dimensione corporea, si può supporre come sia proprio tale figura a rivestire questo ruolo di confidente.

Le relazioni di aiuto dell'assistente sociale

Le assistenti sociali che hanno partecipato al focus, **a livello istituzionale e di mercato**, lavorano nella Zona Territoriale – Asur e nell'Ambito Sociale, quest'ultime hanno un contratto con una cooperativa sociale.

L'assistente sociale dell'Asur, che si occupa degli inserimenti nella RSA, dopo essere stata contattata dall'assistente sociale del comune, approfondisce la situazione del contesto familiare per capire se l'inserimento nella struttura è l'intervento più adeguato. Se tale ipotesi viene confermata è necessario preparare l'utente e i familiari alla nuova situazione per consentire all'anziano di prefigurarsi il nuovo ambiente e ai familiari di organizzare il successivo rientro a casa. Inoltre poiché il ricovero in RSA può provocare destabilizzazione se l'anziano non accetta il nuovo contesto, appare necessario attivare la collaborazione con gli operatori della struttura: educatore e operatore socio sanitario: *“Il fatto che l'anziano non accetti il contesto comporta un lavoro ben più grosso, un lavoro anche con le aree di confine”*.

L'operatore socio sanitario può essere un punto di riferimento per l'anziano, condivide con lui momenti “informali”, nei quali l'anziano può comunicargli i suoi desideri e le sue difficoltà. La relazione che l'operatore socio sanitario instaura con l'anziano, quindi, può diventare una risorsa per l'assistente sociale, per facilitare il dialogo con lui e orientare meglio l'intervento: *“Quindi cercherei di coinvolgere l'operatore socio sanitario per poter aprire degli accessi sulla persona e poi lavorare per approfondire questi aspetti”*.

Gli assistenti sociali dell'Asur considerano molto importante il rapporto con i medici di base, con loro ci sono contatti costanti e si è stabilita una buona collaborazione. Per avviare il progetto è necessario effettuare degli incontri con gli operatori coinvolti e con gli altri soggetti della rete, finalizzati anche alla preparazione del rientro a casa. Il lavoro con gli anziani richiede una condivisione delle azioni messe in atto dagli operatori, pertanto *“Le aree di confine sono tantissime, con i medici si cammina di pari passo, io non lo sento come un confine negativo, più figure si occupano del caso, più si riesce a individuare soluzioni, risorse (...). Dove finisce la mia competenza inizia quella dell'altro”*.

Gli assistenti sociali dell'Ambito, considerata la richiesta del figlio di inserire il padre presso una RSA, ritengono opportuno prendere contatti con l'assistente sociale dell'Asur e avviare un lavoro di integrazione sociosanitaria. Qualora l'anziano non si trovasse bene nella RSA, si potrebbero prendere in considerazione altre ipotesi, ad esempio un'assistenza domiciliare con il supporto di una badante privata.

Le competenze degli assistenti sociali, all'interno dell'Ambito, non sempre sono chiare; le loro funzioni si differenziano in relazione al comune dove operano, nei comuni più piccoli cercano di coprire tutte le aree e attivano il SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare), in quelli più grandi segnalano i casi all'Asur. Inoltre, in alcuni comuni svolgono attività di accoglienza presso gli Uffici di Promozione Sociale, in altri hanno funzioni di presa in carico dell'utente. Tale situazione va ad incidere sulle competenze degli assistenti sociali dell'Asur, in quanto si

trovano a svolgere funzioni che si differenziano in relazione al comune di residenza dell'anziano: *“È difficile capire i ruoli delle figure dell'ambito e dell'Asur, collaboriamo ma non è possibile definire il confine, è molto labile. Per l'utenza crea un po' di confusione”*. Ciò che gli operatori ribadiscono è il desiderio comune di affrontare il problema dell'anziano anche attivandosi in orari diversi da quelli lavorativi.

Rispetto alla **dimensione professionale**, gli assistenti sociali intervenuti al focus non ricoprono funzioni organizzative o di coordinamento, nell'Asur tali funzioni sono attribuite a un assistente sociale di un'altra area. La formazione degli operatori non ha carattere di continuità, le iniziative sono occasionali e non raccordate. Il Direttore del Distretto ritiene che la formazione andrebbe rimodulata, un aspetto che considera importante è il coinvolgimento degli assistenti sociali con molta esperienza nella formazione degli operatori più giovani. In tal senso si esprime anche il Coordinatore d'Ambito, precisando che può esserci il rischio di un conflitto generazionale tra gli assistenti sociali che lavorano da tempo e i nuovi professionisti laureati; considera, quindi, necessaria una formazione che integri le diverse esperienze formative e professionali. Il percorso formativo degli assistenti sociali, infatti, è stato oggetto di frequenti cambiamenti e non sempre i diversi percorsi sono stati integrati; questo tema costituisce un importante punto di dibattito all'interno della professione.

Le competenze di base che gli assistenti sociali mettono in atto nell'area anziani sono relative alla costruzione del progetto di intervento con l'anziano e la famiglia. Tale intervento richiede la valutazione della situazione personale dell'anziano, del contesto familiare e sociale, la definizione degli interventi da attuare e la collaborazione con le agenzie del terzo settore.

Gli assistenti sociali condividono con le altre figure professionali delle **aree di confine** rispetto all'intervento, soprattutto nelle situazioni di maggiore complessità. Lavorare insieme sulle aree di confine, in un contesto dove le competenze sono chiare, consente di individuare maggiori risorse per l'utente; in particolare ciò è emerso con i medici di base e con l'operatore socio sanitario. Tra gli assistenti sociali dell'Asur e i colleghi dell'Ambito si creano, invece, delle sovrapposizioni conseguenti ad una non chiara definizione delle competenze dell'assistente sociale nei singoli comuni dell'Ambito.

Le attività svolte dall'educatore

Il caso prospettato ha visto gli educatori situare lo sviluppo della relazione d'aiuto nel contesto della struttura residenziale, nell'intento di assicurare all'anziano un adeguato livello di qualità della vita. Va però precisato come nessuno degli educatori che hanno preso parte al focus group sia direttamente impegnato in quest'area.

Tornando al caso proposto e focalizzando l'attenzione sulla **dimensione istituzionale e del mercato** delle relazioni di aiuto avviate dagli educatori, le difficoltà di adattamento dell'anziano nella fase d'inserimento hanno portato a prevedere l'attivazione di iniziative orientate in una duplice direzione. Da un lato, si è ritenuto di ampliare le abilità presenti nella persona (o quanto meno, valorizzarne le risorse residue), dall'altro, si è progettato di promuovere la sua integrazione all'interno del nuovo contesto; al riguardo vengono menzionate azioni volte a favorire la creazione di relazioni tra gli ospiti attraverso il loro coinvolgimento in attività laboratoriali (pittura) e in momenti di incontro e conoscenza reciproca, come quelli prefigurati dalla creazione di gruppi in cui ogni anziano possa raccontare agli altri episodi significativi della propria vita. Tali iniziative mirano a minimizzare ed attutire gli effetti negativi connessi al ricovero, recuperando e valorizzando caratteristiche personali, sociali e culturali della persona. Non manca, peraltro, un'attenzione al recupero sia dei motivi alla base della non accettazione del

nuovo contesto, sia degli ulteriori elementi di criticità (povertà della rete di supporto familiare) che si aggiungono e s'intrecciano alla problematica insorta, amplificandone la gravità degli effetti.

L'educatore in questa fase viene ad instaurare un reticolo di relazioni sia con gli altri operatori presenti nella struttura residenziale (responsabile, personale medico ed infermieristico, operatori socio sanitari, animatori), sia con l'assistente sociale del comune che ha raccolto la richiesta d'aiuto del riferimento familiare più prossimo dell'anziano. Gli educatori nella loro esperienza rilevano un buon livello di integrazione tra le varie figure, con le quali concorrono alla costituzione di un'èquipe al cui interno si producono relazioni improntate alla collaborazione e alla circolazione delle informazioni. Tale modalità di lavoro viene favorita dalla presenza di una figura (solitamente l'assistente sociale) che assume compiti di referenza, garantendo unità e coerenza alle azioni dei diversi operatori coinvolti e preservando una visione condivisa degli obiettivi cui mirare. Se, quindi, la frequenza con cui si prevedono momenti di confronto e di verifica in èquipe viene vissuta come elemento che rassicura e sostiene l'educatore nell'esercizio dei propri compiti, è importante che tali momenti permettano la circolazione di informazioni concernenti l'evolversi della condizione dell'utente, i nuovi bisogni che emergono, le disfunzioni di cui risente l'articolarsi degli interventi nella processualità operativa. Questa configurazione organizzativa pone l'educatore in una posizione che gli consente di rappresentare alla figura referente elementi e dinamiche relative alla persona e rilevate attraverso l'attività di osservazione e ascolto della stessa, che possono preludere ad una modifica e ad una rimodulazione degli obiettivi inizialmente previsti nel progetto assistenziale. Non mancano peraltro motivi di apprensione in merito alle modalità con cui si dispiega la quotidianità dei processi lavorativi, per esplorare le quali si avverte la necessità di aprire spazi di chiarimento e riflessione insieme agli altri operatori coinvolti nella presa in carico. Tra queste criticità va rilevato l'eccessivo carico di lavoro che l'educatore sente gravare sulle sue spalle, unito all'assenza di sufficienti risorse e competenze con cui affrontare la complessità di certe situazioni: *“L'educatore si trova anche a gestire situazioni che non dovrebbe gestire, come quella economica della persona che non è particolarmente capace di gestirla o altre questioni delicate e non sempre un operatore ci riesce”*.

La **dimensione professionale** risente sia dell'assenza di percorsi di riqualificazione per operatori inquadrati con il profilo di educatore professionale, ma privi del corrispondente titolo di studio, sia del doppio binario su cui si innestano i percorsi formativi dell'educatore in base alla disciplina prevista dalla normativa vigente, che non permette di individuare una figura completa, che si svincoli dalle diversificazioni tra sociale e sanitario: *“c'è sempre il problema che continua ad esserci un percorso pedagogico e uno sanitario. A medicina formi un mezzo infermiere che non ha competenza nel sociale mentre in pedagogia formi uno che non capisce niente di igiene sanitaria”*.

Relativamente alla situazione prospettata, sembra quindi possibile affermare che l'educatore, attraverso la creazione di un rapporto significativo con l'anziano, possa favorire una mediazione che consente a quest'ultimo di vivere la propria collocazione in struttura non come situazione spersonalizzante e anonima, ma come esperienza in cui può essere recuperata e rivalutata la sua storia. Le iniziative concrete in cui l'anziano viene coinvolto possono, attraverso il filtro della **relazione educativa**, trasmettergli significativi rimandi a livello identitario, che compensano la sensazione di marginalità e solitudine che spesso l'ingresso in struttura induce. Pertanto sembra proprio questo forte accento posto sulla relazionalità a sostanziare la competenza specifica dell'educatore: risvegliare e promuovere le potenzialità e le abilità dell'anziano, fargli riscoprire il gusto della scoperta e della costruzione personale, valorizzarne il patrimonio di idee, valori e conoscenze sono infatti passaggi che richiedono di mettere in primo piano l'ascolto, la comunicazione, la capacità di proporre, senza imporre, esperienze che possano riattivare la “ginnastica emotiva” della persona. Nel collocare la propria azione accanto a quella di altre

professionalità si vengono poi a delineare quelle zone di confine, che possono trarre nutrimento dallo scambio delle informazioni e dall'assemblaggio delle conoscenze di coloro che vi gravitano: per l'educatore calcare queste zone significa soprattutto essere presenti nei momenti di équipe e apportarvi contributi osservativi e valutativi, dalla cui analisi e rielaborazione trarre nuovi spunti per incrementare l'efficacia del proprio operare.

Le relazioni messe in atto dall'operatore socio sanitario

Nella situazione in oggetto sembra piuttosto complesso ricostruire la **dimensione professionale** degli operatori socio sanitari coinvolti nel focus group. Non esistendo un Ordine professionale, né un albo, né un'associazione riconosciuta, e in considerazione della istituzione relativamente recente del profilo dell'operatore socio sanitario, appare piuttosto difficile che gli operatori possano fare riferimento ad elementi che rimandano alla dimensione professionale.

Rispetto alla **dimensione istituzionale e di mercato**, appare fondamentale la presenza di un soggetto che sia in grado di porsi in una relazione empatica con l'utente e che giunga, attraverso un contatto reiterato e costante con lo stesso, a conquistarne la fiducia. Il soggetto che può riuscire meglio di altri a realizzare tale obiettivo sembra essere, secondo i partecipanti al focus, l'operatore socio sanitario. La temporanea immobilità dell'anziano, infatti, limitandone l'autonomia, lo costringe ad accettare le cure igieniche quotidianamente prestategli. Il contatto fisico legato alla cura del corpo dà luogo ad una relazione "ravvicinata" tra i due individui che può trovare completamento nell'apertura emotiva dell'anziano nei confronti dell'operatore. Quest'ultimo diventa, quindi, il punto di riferimento dell'utente, il depositario delle sue confidenze. L'intimità che si crea in questo modo produce l'effetto di abbattere la distanza tra i due individui, elevando il ruolo dell'operatore, addetto alle mansioni più elementari, a quello di confidente del paziente: *"Riesco con la mia semplicità ad essere comunicativa e ad avere la fiducia della persona. Posso accogliere la persona, aiutarla nella funzione dei pasti..."* L'accoglienza sembra dunque andare al di là della mera sistemazione del paziente e dei suoi effetti personali dal momento che include una dimensione più "intangibile", riconducibile al benessere psico-fisico dell'utente che deve riuscire a sentirsi a proprio agio nell'ambiente e con l'ambiente in cui viene inserito. La capacità di accogliere chiama in causa una serie di abilità solo in parte acquisibili attraverso percorsi formativi e in parte riconducibili, invece, a caratteristiche ed attitudini soggettive, ascrivibili quindi alla sfera della personalità individuale.

Una volta conquistata la fiducia dell'utente, l'operatore si adopera affinché quest'ultimo possa riuscire a venir fuori dall'isolamento, cercando il più possibile di farlo socializzare con gli altri ospiti della struttura: *"per la relazione con gli altri ospiti, si deve cercare di trovare dei vissuti comuni per farli interagire meglio"*. Ai fini del recupero psico-fisico dell'anziano, appare infatti di fondamentale importanza l'inserimento di quest'ultimo all'interno del contesto sociale in cui si trova temporaneamente a vivere. Ciò, da un lato rende meno disagiata la permanenza dell'anziano nella struttura riabilitativa; dall'altro, facilita la creazione di rapporti collaborativi con il personale e contribuisce, quindi, ad un recupero più rapido delle condizioni di salute. In quest'ottica il lavoro dell'operatore socio sanitario appare fondamentale. Essere stato prescelto quale interlocutore privilegiato, gli attribuisce quasi una responsabilità aggiuntiva, derivante dalla necessità di attivare un fitto interscambio di informazioni con le altre professionalità che operano nella struttura e quelle che, a vario titolo, entrano nel percorso di cura. Infatti *"tutte le figure sono importanti. L'assistente sociale, la psicologa, l'animatore hanno ruoli davvero importanti. È molto importante anche il fattore psicologico, l'animazione è fondamentale. [...] L'operatore socio sanitario fa tantissimo"*. Ancora una volta è il lavoro d'équipe, quindi le relazioni collaborative che si instaurano tra operatori, a conferire valore aggiunto all'attività svolta da ciascuno di essi. A

riguardo, tuttavia, il focus ha portato alla luce alcune criticità: *“nelle case di riposo ci manca molto l’educatore. È a discrezione della casa di riposo se inserire o meno una figura di animatore”*. L’assenza di figure in grado di adempiere a compiti specifici, evidenzia la necessità che gli operatori presenti possiedano una serie di competenze che si configurano come collaterali rispetto al mandato giurisdizionale previsto dalle normative.

Potrebbe poi verificarsi l’eventualità che una volta fatto ritorno nel proprio domicilio, l’anziano manifesti la necessità di avere un sostegno, ovvero di essere seguito in regime di assistenza domiciliare. Nell’ambito del contesto distrettuale in cui sono avvenuti il focus group e le interviste è emerso, tuttavia, come gli operatori socio sanitari non vengano utilizzati in questo tipo di assistenza e come ciò rappresenti una criticità: *“educatori ed operatori socio sanitari non intervengono al domicilio; questa è una carenza forte e su casi davvero difficili sarebbe necessario attuare il loro intervento [...] il fatto che mancano gli operatori socio sanitari, che sono operatori che hanno qualcosa in più rispetto al comune operatore che va a casa a fare le faccende, è un problema. Le infermiere in casi difficili puliscono la persona, la preparano, fanno anche mansioni che vanno oltre ma.....”* (intervista rilasciata dal Direttore del Distretto). Tale carenza determina, come è facile comprendere, problemi legati alla definizione dei confini di competenza di ciascun profilo occupazionale. Ciò richiede quindi agli operatori una maggiore flessibilità nell’esercizio delle rispettive attività che può portarli appunto a svolgere compiti non tipicamente riconducibili all’ambito delle proprie giurisdizioni.

Per concludere, dalla situazione esaminata emerge ancora una volta come le competenze richieste agli operatori socio sanitari facciano ampiamente riferimento alle loro capacità relazionali. Ponendo l’utente al centro dell’attività svolta, risulta evidente come il reticolo di relazioni che vanno costruite debba essere orientato in direzione della collaborazione e dell’integrazione con gli altri individui che a vario titolo entrano nel processo di aiuto.

8.3.2 Area dipendenze patologiche¹⁰⁵

Il caso

L’analisi del settore delle Dipendenze Patologiche è stata effettuata a Jesi, con riferimento al territorio dell’Ambito Sociale IX e Zona Territoriale Asur n. 5 – Jesi. Al focus group hanno partecipato 9 operatori, di cui 5 assistenti sociali, 2 operatori socio sanitari e 2 educatori. Sono state effettuate tre interviste: una al Coordinatore d’Ambito, una al Responsabile del Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche e una ad un Responsabile di una cooperativa sociale. Il caso presentato è il seguente:

Un giovane ventenne viene ricoverato per overdose presso il reparto ospedaliero della zona. Il ragazzo vive insieme alla madre, separata dal marito da alcuni anni, e conduce uno stile di vita fortemente segnato dalla condizione di tossicodipendenza: ha abbandonato gli studi superiori e non svolge alcuna attività lavorativa. Il giovane non ha mai avviato alcun programma terapeutico presso il servizio per le dipendenze patologiche, in passato la madre si era rivolta al consultorio per affrontare le problematiche emerse a seguito di una separazione molto conflittuale. La madre durante il periodo di ricovero manifesta il proprio senso di impotenza per il livello di criticità che la situazione del giovane ha raggiunto e chiede espressamente un aiuto affinché lo stesso possa risolvere la sua problematica.

¹⁰⁵ Il paragrafo relativo all’assistente sociale è stato scritto da Carla Moretti, quello sull’educatore da Ugo Ciaschini e quello sull’operatore socio sanitario da Elena Spina.

Il contesto situazionale

Nella regione Marche è stato istituito, a livello di zona territoriale o interzonale dell'Asur, il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, costituito dalle organizzazioni che operano nel settore delle dipendenze: Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche, Ambito Territoriale Sociale/Comuni, agenzie del terzo settore.

La situazione si riferisce a un giovane tossicodipendente, ricoverato per overdose, con uno stile di vita personale e relazionale compromesso dall'uso di sostanze stupefacenti. Tale assunzione può far perdere interesse per la **scuola** o per il **lavoro**, e le relazioni **amicali** possono essere sostituite da contatti occasionali con persone che vivono la stessa esperienza. I rapporti con i familiari diventano conflittuali, possono manifestarsi comportamenti aggressivi o di forte chiusura, la **rete familiare**, anche se presente, non riesce ad essere una risorsa per il giovane.

La famiglia può porsi in un atteggiamento di attesa, pensando che il problema si supererà con il tempo, senza un aiuto esterno; i genitori inoltre potrebbero sentirsi responsabili e isolarsi rispetto al proprio **contesto parentale e sociale**. Nella situazione in cui i genitori siano separati, si viene a creare una nuova dinamica familiare che richiede un riadattamento delle relazioni tra la coppia genitoriale e il figlio. In questa fase, soprattutto se la separazione è molto conflittuale, frequente è la richiesta di un sostegno, si può ipotizzare che la madre si sia rivolta ad un operatore del consultorio per capire meglio la sua situazione e per orientarsi nella relazione con il figlio.

Quando un giovane si ricovera per overdose, è possibile che egli stesso, la famiglia ma anche gli **operatori del reparto**, si attivino nella ricerca di un aiuto. Il contatto costante del giovane con gli personale ospedaliero, in un momento particolarmente difficile, può facilitare la sua richiesta di aiuto. Anche i genitori possono individuare in questo contesto un operatore al quale comunicare la loro preoccupazione e difficoltà nell'affrontare la situazione. Tali operatori, quindi, possono svolgere una funzione importante nell'accogliere e sostenere sia il giovane che i genitori; inoltre si può ipotizzare che essi contatteranno gli operatori del Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche per una valutazione e un programma terapeutico. Questi ultimi (medico, assistente sociale, psicologo) effettuano generalmente un'analisi complessiva della situazione personale e familiare, valutano il programma più adeguato e la possibilità di un inserimento in **strutture terapeutiche diurne o residenziali**. Considerando alcuni elementi, riferibili all'età del giovane, all'abbandono scolastico e all'assenza di un lavoro, ma anche alla richiesta della madre di intraprendere un programma terapeutico, si può ipotizzare un percorso che aiuti il giovane anche ad ampliare le relazioni amicali e a sostenere l'impegno in attività organizzate. A tal fine, l'inserimento in un centro diurno può rispondere alle caratteristiche che il giovane presenta consentendo l'avvio di un percorso terapeutico in un contesto protetto. Gli operatori del Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche possono formulare un programma condiviso che preveda per il giovane un trattamento farmacologico e l'inserimento nel centro diurno, per i genitori un percorso di sostegno che sia loro di aiuto nella fase di recupero del figlio. Nel caso di separazione dei genitori, anche se la madre può avere un ruolo maggiormente attivo nella richiesta di aiuto, gli operatori faciliteranno la presenza di entrambi. Inoltre, si può ipotizzare anche la partecipazione del padre e della madre del giovane ad **associazioni e gruppi di mutuo aiuto**; tali realtà, finalizzate alla condivisione di un problema e al sostegno reciproco, ampliano le possibilità di interazione e di costruzione di **relazioni amicali e sociali**.

Le relazioni di aiuto attivate dall'assistente sociale

Gli assistenti sociali che lavorano in questo settore e che sono intervenuti al focus operano nella Zona territoriale - Asur, nell'Ambito Territoriale Sociale e in una cooperativa sociale. Gli assistenti sociali dell'Asur lavorano nel Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche, si occupano della presa in carico dei soggetti tossicodipendenti, con funzioni di analisi della domanda e attuazione del programma d'intervento, che può prevedere l'inserimento in centri diurni o comunità terapeutiche. Una parte rilevante della loro attività è dedicata agli inserimenti lavorativi, a tal fine l'Ambito sociale ha stipulato un accordo con la Zona sanitaria e l'Ufficio per l'impiego per l'inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati attraverso l'erogazione di borse lavoro. Gli assistenti sociali svolgono anche funzioni amministrative in quanto nel servizio non è presente questa figura, funzioni che non considerano di loro competenza.

Nel caso analizzato durante il focus gli assistenti sociali ipotizzano, a **livello istituzionale e di mercato**, una prima valutazione della situazione per conoscere il contesto di vita del ragazzo e capire la sua motivazione al programma. In relazione all'esito di questa analisi si concorderà il programma da intraprendere, che può essere a carattere residenziale o ambulatoriale. In quest'ultimo caso l'assistente sociale può attivare una borsa per un inserimento lavorativo e accompagnare il giovane in questo percorso. L'attenzione è posta anche nei confronti della madre per capire il tipo di relazione instaurata con il figlio e conoscere la rete familiare, si prevede anche una collaborazione con gli operatori del consultorio.

Nell'area delle dipendenze l'Ambito Sociale ha costituito il "Tavolo della prevenzione", a cui partecipano tutti i soggetti dei servizi pubblici e del terzo settore che intervengono su questa tematica, attualmente sono in fase di realizzazione tre progetti. Le assistenti sociali del Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche partecipano a tali progetti relativamente alla parte organizzativa, stesura dell'atto deliberativo e pagamento delle prestazioni, ma non svolgono competenze operative: *"noi assistenti sociali del SERT non ci occupiamo di prevenzione primaria perché è un servizio esclusivo del medico e dello psicologo e questo da sempre. (...) un'area nostra specifica è la prevenzione secondaria, cioè la segnalazione alla Prefettura, quindi programmi specifici per coloro che almeno una volta sono entrati a contatto con la sostanza"*.

Competenze nell'ambito della prevenzione sono messe in atto, invece, da un assistente sociale dipendente di una cooperativa sociale, che coordina uno dei progetti attivati dal "Tavolo della prevenzione". Tale iniziativa è finalizzata sia alla formazione degli adulti, attraverso la realizzazione di incontri con la cittadinanza su tematiche relative ai minori e alle famiglie, sia al coinvolgimento degli studenti con l'attivazione di laboratori all'interno delle scuole. L'operatore mette in rilievo il lavoro di collaborazione e integrazione che richiedono le attività nell'area della prevenzione: *"I soggetti sono abituati a lavorare in rete e ciò facilita molto, l'ottica progettuale aiuta molto nel chiarire chi fa cosa e chi deve portar avanti cosa"*. Gli assistenti sociali della cooperativa non effettuano la presa in carico dei soggetti, uno di loro, per poche ore settimanali, lavora in un servizio di integrazione socio-sanitaria con funzioni di accoglienza e informazione, per gli altri interventi si raccorda con gli assistenti sociali del Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche.

L'assistente sociale che lavora nello staff del Coordinatore d'Ambito si occupa della parte progettuale e organizzativa dei servizi, partecipa alla stesura del piano di zona e, relativamente al settore delle dipendenze, segue il lavoro dei tavoli di concertazione e l'attività di prevenzione nelle scuole. Tali attività richiedono soprattutto competenze di tipo amministrativo. Il Coordinatore d'Ambito, rispetto alle competenze degli assistenti sociali, precisa che alcuni di loro operano nei comuni, presso gli Uffici di Promozione Sociale, e svolgono funzioni di presa in carico degli utenti, anche tossicodipendenti, altri lavorano nello Staff dell'Ambito e sono di supporto all'organizzazione delle diverse attività.

Un aspetto che si considera positivo nel Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche è il lavoro di équipe: *“quando mi confronto con assistenti sociali dei comuni esse non hanno persone con cui confrontarsi, noi lavorando in sanità ci confrontiamo e collaboriamo con altre figure professionali che hanno obiettivi e modalità relazionali molto simili alle nostre. È bello lavorare in sanità perché lavoriamo in una équipe con un obiettivo unico e con una divisione di ruoli. Noi non prendiamo in carico da sole delle situazioni, talvolta siamo la figura più presente e il fatto di collaborare ci aiuta a imparare di più”*.

Rispetto alla **dimensione professionale**, dal focus emerge che solo l'assistente sociale che lavora nella cooperativa ha funzioni di coordinamento, riconosciute dall'organizzazione di appartenenza con l'attribuzione di un livello superiore. Nell'Asur tali funzioni non sono previste e nell'Ambito Sociale il Coordinatore evidenzia la necessità di attribuire un incarico in tal senso ad un assistente sociale che tuttavia gli risulta difficile da realizzare per la tipologia del contatto degli operatori, attualmente tutti a tempo determinato.

La formazione continua è un obiettivo prioritario di tutte le organizzazioni presenti nel Dipartimento delle Dipendenze Patologiche; sono state attivate molte iniziative rivolte a tutte le figure professionali. Gli assistenti sociali sottolineano l'importanza della formazione nel loro lavoro, non solo per l'approfondimento di tematiche specifiche, ma anche: *“per la conoscenza reciproca dei servizi, per capire come integrarsi, per aiutare il soggetto in difficoltà”*. Inoltre la scelta delle attività formative nasce dal dialogo e dall'esperienza di co-progettazione che caratterizza il Dipartimento.

Nell'area delle Dipendenze Patologiche le **competenze di base** degli assistenti sociali acquistano specificità diverse in relazione all'organizzazione in cui lavorano. Nell'Asur gli assistenti sociali hanno competenze soprattutto nell'ambito della presa in carico del soggetto; rispetto agli interventi, si occupano maggiormente degli inserimenti in strutture diurne e residenziali e degli inserimenti lavorativi. Svolgono, inoltre, funzioni amministrative, che esulano dalle competenze dell'assistente sociale. Nella cooperativa sociale prevalgono, invece, competenze relative alla prevenzione, soprattutto a livello progettuale; l'assistente sociale dell'Ambito, inoltre, si occupa degli aspetti organizzativi delle diverse attività, tra cui anche quella della prevenzione nelle scuole; le competenze che mette in atto si configurano come funzioni di tipo amministrativo.

Gli assistenti sociali non evidenziano possibili **competenze di confine** o sovrapposizioni con altri operatori, la presa in carico del soggetto tossicodipendente è molto complessa e richiede un approccio multiprofessionale, condividere il percorso con altri operatori facilita il raggiungimento degli obiettivi. Una competenza, invece, che non vorrebbero svolgere è quella amministrativa, soprattutto se non è parte integrante di un'attività di competenza dell'assistente sociale, ma di supporto ad altre figure professionali o ruoli istituzionali.

Nell'area delle Dipendenze Patologiche particolare rilevanza viene attribuita agli interventi di prevenzione e promozione alla salute. Dai partecipanti al focus e dalle interviste emerge che il coinvolgimento degli assistenti sociali, in tali interventi, può avvenire nella fase progettuale e organizzativa, raramente in quella operativa, soprattutto per gli operatori del Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche. Il profilo professionale dell'assistente sociale prevede competenze relative alla realizzazione di attività di prevenzione sociale, orientate a promuovere gruppi e associazioni, e a sviluppare reti integrate di soggetti e servizi. Tale attività riveste un ruolo importante nell'organizzazione delle risposte nell'area delle Dipendenze Patologiche, in quanto consente di entrare in contatto con i ragazzi e le famiglie nei loro contesti di vita, prima dell'insorgere del problema. Inoltre le iniziative nell'area della prevenzione, in particolare quelle di carattere formativo, aiutano i partecipanti a rafforzare le proprie capacità nel fronteggiare le difficoltà e ad attivare processi relazionali adeguati. Una ridefinizione delle funzioni svolte dagli

operatori all'interno delle organizzazioni può consentire all'assistente sociale di mettere in atto le proprie competenze anche nei contesti operativi della prevenzione.

Le relazioni di aiuto attivate dall'educatore

Al focus group che ha avuto per oggetto il settore della tossicodipendenza hanno partecipato due figure educative: una presta attività di collaborazione coordinata e continuativa presso un comune, l'altra ricopre l'incarico di responsabile del centro studi e progetti di un'associazione di volontariato che si occupa di dipendenze e minori. Proprio quest'ultima figura, in ragione della tipologia di servizi effettuati dal contesto d'appartenenza, situerebbe idealmente l'intervento in un momento che precede l'approccio del ragazzo all'uso di sostanze, agendo in un'ottica preventiva sui fattori di rischio che la situazione, così come prospettata, presenta (separazione conflittuale dei genitori e abbandono precoce degli studi). Significativa al riguardo la connotazione attribuita al lavoro dell'educatore, finalizzata ad: *“arrivare prima, depotenziando i fattori di rischio”*. Ciò può tradursi operativamente attraverso l'accostarsi del giovane ad operatori presenti all'interno di *servizi* che si configurano come luoghi di ascolto, spesso interni o attigui a luoghi abitualmente frequentati dagli adolescenti (scuole), il cui approccio è meno inficiato dall'obbligatorietà e più improntato alla libertà e spontaneità dell'adesione; vengono menzionati al riguardo sportelli di consulenza e spazi per incontrare le famiglie. La relazione che si stabilisce in questi contesti, meno connotati in termini istituzionali, permette di venire a contatto con situazioni di disagio ancora agli stadi iniziali e che, in quanto tali, possono essere più efficacemente contrastate qualora siano portate all'attenzione di un servizio pubblico. Tale passaggio può essere accompagnato dall'azione di **gruppi di orientamento** che possono favorire nel ragazzo l'emergere del livello di consapevolezza necessario per ricorrere all'aiuto di un servizio istituzionalmente preposto ad intervenire sulla problematica manifestata. Pertanto, in questi luoghi di ascolto l'educatore lavora nell'intercettazione delle situazioni di rischio, cercando di favorirne la trasposizione sull'asse delle **strutture formali d'aiuto**, di comune accordo con la persona in favore della quale si vuole intervenire. A detta dell'altra figura che svolge attività di collaborazione presso un comune, quella dell'educatore sembra porsi come una presenza che affianca il ragazzo, cercando di farne emergere interessi, attitudini e desideri, su cui poter far leva ai fini della predisposizione e realizzazione di un progetto di recupero. Al riguardo viene individuato quale possibile elemento fondativo di un processo di cambiamento la ripresa della frequenza **scolastica**, passaggio che potrebbe prevedersi in una seconda fase del percorso terapeutico, una volta che il ragazzo abbia ripristinato uno stato di accettabile benessere psico-fisico.

Riflettendo sul caso specifico proposto nel focus group, emerge come i problemi di tossicodipendenza del ragazzo affondino probabilmente le loro radici in disfunzioni familiari, che chiamano in causa le modalità di esercizio delle funzioni genitoriali e per il cui approfondimento si renderebbe opportuno un invio al consultorio, a dimostrazione di quanto l'efficacia e la completezza di un intervento richiama l'esigenza di ricorrere ad una logica di integrazione interprofessionale e interistituzionale. A fronte di ciò, viene avvertita un'eccessiva individualizzazione dei ruoli, probabile derivato di percorsi formativi sentiti come troppo settoriali e confinati al loro specifico ambito conoscitivo; ne deriva l'opportunità di rivedere i curricula all'interno dei corsi di laurea per formare una figura con un più ampio spettro di potenzialità e competenze.

Rispetto alla **dimensione professionale**, con particolare enfasi viene sottolineato il ruolo determinante che assume la formazione continua ai fini non solo di un costante aggiornamento, ma anche del superamento dei campanili e degli steccati che definiscono i contorni delle singole

professioni e poco si adattano alle circostanze inedite che la routine operativa prospetta. Anche secondo il referente della programmazione e della progettazione di una cooperativa, sarebbe importante prevedere azioni di aggiornamento integrate (ad esempio fra operatori del terzo settore e pubblici), mirate allo stesso “bersaglio”, che consentano ai soggetti coinvolti di “parlarsi tra loro” e di “ragionare con una logica condivisa”. Correlato al tema dell’aggiornamento si è posta la questione dei percorsi formativi, che presenterebbero una eccessiva differenziazione e non terrebbero conto dei punti di contatto presenti tra i vari profili: *“Ci deve essere una sinergia tra le varie figure professionali. Penso che ci sia necessità di integrazione, per trovare una figura completa, per intervenire nel complesso del sociale”*.

Da questi interventi sembra possibile delineare tre diversi momenti in cui, con riferimento al problema della dipendenza, si realizza la relazione educativa, in ognuno dei quali la struttura delle reti dei due soggetti che la intessono assume una particolare configurazione, richiedendo all’educatore determinate **competenze di base e di confine**.

Nel primo possono situarsi la rilevazione di indicatori di rischio e la successiva creazione dei presupposti per approntare interventi con cui contrastare il possibile evolversi degli elementi di disagio in condotte d’abuso. In tale fase, finalizzata a rendere il ragazzo consapevole della necessità di farsi aiutare, questi potrebbe non aver avuto ancora contatti con il mondo della droga, o, al limite, aver sperimentato con esso sporadici approcci. La sua rete sociale può presentare un buon livello di ampiezza, non essendo le diverse dimensioni che la compongono ancora massicciamente intaccate dall’uso di sostanze. L’educatore che viene a contatto con il ragazzo, presumibilmente all’interno di uno spazio d’ascolto poco istituzionalizzato, è inserito in una rete di rapporti con operatori collocati in contesti, presenti soprattutto nelle scuole, la cui funzione sembra proprio quella di cogliere il disagio prima che questo assuma connotati patologici; tale rete si allarga quando, in vista dell’inizio del giovane al servizio pubblico, l’educatore s’interfaccia con gli operatori che potrebbero prendere in carico la situazione dello stesso.

Un secondo momento della relazione, non consequenziale a quello appena tratteggiato, vede l’educatore supportare il ragazzo lungo il percorso terapeutico che questi può aver intrapreso, in regime ambulatoriale o comunitario, per uscire dalla problematica e recuperare un adeguato stato di benessere. Nel momento in cui inizia questo percorso il giovane è ovviamente “immerso” nella sua problematica ed il suo sistema relazionale ha probabilmente conosciuto un forte allentamento dei legami nella sfera familiare e istituzionale (scuola), ruotando attorno alla droga e alle persone strumentali a procurarsela. L’educatore è in questo frangente partecipe di un reticolo nel quale figurano gli operatori presenti nei possibili contesti (Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche, centro diurno, comunità terapeutica) in cui viene a realizzarsi l’azione di aiuto, finalizzata a portare il giovane ad affrancarsi dalla problematica connessa all’uso di sostanze e a ridisegnare nuovi orizzonti esperienziali, che non abbiano più nella droga il centro verso cui far convergere obiettivi e relazioni.

Una terza fase della relazione, ovviamente subordinata al buon esito della precedente, è quella in cui il ragazzo muove i passi che ne possono favorire un positivo reinserimento sociale. L’educatore può motivare lo stesso ad avvicinarsi a realtà, quale quella formativa, che gli permettano di recuperare un ruolo sociale adeguato ed incrementare l’ampiezza della sua rete relazionale. Ai legami già in essere con gli operatori dei servizi che seguono l’andamento del percorso complessivo del giovane possono così aggiungersi quelli che l’educatore allaccia con le figure presenti nella realtà in cui si vuole favorire l’inserimento del giovane medesimo.

Il rilievo posto sulla dimensione della prevenzione, dell’intercettazione del disagio, dell’individuazione degli indicatori di rischio, insieme all’aiuto con cui mettere la persona nella condizione di meglio mettere a fuoco i contorni del proprio malessere e di ricevere il supporto

dai servizi preposti, prefigurano alcune delle competenze specifiche dell'educatore nel settore delle dipendenze patologiche. Il sostegno nel percorso di affrancamento dall'uso di sostanze e nella fase di reinserimento profila quelle aree di confine che sembrano intrinsecamente connesse all'ottica globale ed integrata con cui si costruisce e si sviluppa il progetto terapeutico e riabilitativo; un progetto che, partendo dalla globalità dei bisogni sanitari, psicologici e sociali della persona, implica per l'educatore fitte interazioni con diverse professionalità e la partecipazione a momenti di analisi e verifica, nei quali portare il proprio contributo all'azione complessiva della rete di aiuto. All'educatore si richiede pertanto sia la capacità di dialogare, di interagire, di capire il ruolo che hanno altre discipline, sia un'adeguata conoscenza della rete e dell'assetto dei servizi, a livello di Zona Territoriale e di Ambito.

Le relazioni di aiuto attivate dall'operatore socio sanitario

Il focus group e le interviste realizzate hanno portato alla luce un aspetto piuttosto importante relativo alla **dimensione professionale** degli operatori socio sanitari che fa specifico riferimento al sistema formativo. In particolare è emerso come questo sia eccessivamente incentrato sugli aspetti sanitari della loro attività e come sottovaluti quelli sociali che, invece, dovrebbero costituire a pieno titolo il *core business* del lavoro cui sono preposti tali operatori poiché, in molti casi, l'attività di assistenza richiede di mettere in campo competenze ed abilità che ricadono più nell'ambito del sociale e meno in quello sanitario: *“Noi siamo nati per operare sia nel sociale che nel sanitario ma noi il sociale non l'abbiamo mai visto. Siamo stati formati anche per intervenire sul sociale ma io non conosco nessuno che sia inserito nel sociale. Per sociale intendo nelle strutture come SERT, per la prevenzione...secondo me servono delle proposte”*. A seconda del settore di intervento l'operatore socio sanitario può trovarsi a svolgere compiti che si avvicinano di più a quelli che tipicamente costituiscono l'ambito di azione di altre occupazioni sociali (soprattutto dell'educatore). La necessità di disporre degli operatori socio sanitari anche in contesti e per interventi più sociali che sanitari determina l'opportunità di estenderne effettivamente le competenze sociali e, quindi, di inserire moduli didattici specifici nell'ambito della loro formazione: *“Forse possiamo dire che potrebbe essere utile per gli attuali corsi di qualifica avere una occhiata in più verso il sociale [...]e nella formazione sarebbe opportuno spiegare le funzioni sociali, di equipe...anche l'attività del territorio, anche interventi legati alla disabilità...l'OSS non fa solo attività alberghiera o di igiene, ma interviene anche in attività di accompagnamento, contatto con il resto del territorio[...] una maggior attenzione sulle caratteristiche, competenze, strumenti dei servizi sociali”* (Responsabile della cooperativa sociale).

Tale carenza formativa, unitamente alla possibilità di intervenire prevalentemente nel settore sanitario dell'assistenza erogata, viene evidenziata tuttavia soltanto da una delle due operatrici socio sanitarie che hanno preso parte al focus group, sebbene si trovino entrambe ad operare all'interno del contesto ospedaliero alle dipendenze dell'Asur, stringendo con l'azienda un rapporto di lavoro a tempo indeterminato. Una delle due, infatti, spostando l'asse della discussione sulla **dimensione istituzionale e di mercato**, segnala come nel caso specifico proposto l'operatore socio sanitario possa assumere un'ampia responsabilità agendo proprio a livello relazionale sia con il soggetto tossicodipendente sia con la famiglia di quest'ultimo *“Di fronte a un ragazzo che viene ricoverato in reparto noi facciamo poco e tanto. Tanto è cercare di convincerlo ad accettare la terapia che gli viene prescritta dai medici perché sfuggire, andare in giro è la prima cosa che gli verrà in mente. Noi possiamo solamente ascoltare, controllare. Per quanto riguarda la madre, sicuramente si rivolge a noi per chiedere informazioni più pratiche, più semplici”*. Emerge, inoltre, come rispetto agli altri componenti dell'equipe ospedaliera, tale figura disponga di una maggiore facilità nell'instaurare un contatto diretto con gli utenti, legata alla “semplicità”

che la caratterizza: *“Essendo l’ultima scaletta dell’organigramma i familiari il primo approccio lo fanno con noi, per la spiegazione spicciola, semplice...il dottore dà la spiegazione con parole complesse, l’infermiere corre. Chiedono dov’è il SERT, ecc. noi giriamo di continuo nel reparto, siamo la figura che riescono a vedere più facilmente. Io vedo che cercano di confidarsi, vogliono le parole semplici e noi riusciamo a trovarle.”*. Benché tale operatrice sottolinei l’importanza assunta dal contatto e dalla relazione con l’utenza ed evidenzi come anche nel contesto ospedaliero tale dimensione costituisca una parte rilevante dell’attività professionale, non nega che in altri settori dell’assistenza e in altri ambienti di lavoro (ad esempio il domicilio) la componente relazionale sia maggiormente richiesta e: *“il coinvolgimento emotivo diverso”*. Complessivamente questa operatrice socio sanitaria sembra dunque percepire la dimensione sociale dell’assistenza come parte integrante della sua attività, che acquisisce tuttavia proporzioni diverse a seconda del contesto di lavoro. Se presso il domicilio gli utenti e le loro famiglie: *“ti vedono più come un amico”* in virtù della confidenza che l’ingresso nell’ambiente domestico permette, *“tutto questo si perde nel contesto ospedaliero”* dove però la componente relazionale e la dimensione del sostegno restano a loro modo centrali. A riguardo infatti viene ribadito come: *“a livello sanitario noi non facciamo nulla nei confronti del ragazzo, la terapia è somministrata dall’infermiere. Noi possiamo solamente ascoltare, controllare. È solamente un discorso sul sociale: ascolto e consiglio”*. L’altra operatrice intervenuta, invece, sembra meno consapevole dell’importanza assunta dalle proprie competenze, sia quelle sociali che quelle sanitarie. Non emerge, infatti, dai suoi interventi alcuna specificità precipua rispetto al ruolo rivestito, né in ambito sociale né in quello sanitario. Ciò rende difficile immaginare le reti di relazione che legano l’operatore alle altre realtà professionali inserite nella struttura in cui opera e, più in generale, ai profili occupazionali che possono gravitare attorno ai casi trattati.

Complessivamente dalle evidenze emerse dai focus group e dalle interviste realizzate sembra possibile supporre che quella dell’operatore socio sanitario sia una figura “cuscinetto” atta a riempire spazi dell’assistenza non coperti da altre realtà professionali. Tale funzione “residuale” appare dunque necessitare di una formazione che sia al contempo generica, per non ingessare il ruolo dell’operatore all’interno di funzioni specifiche per le quali sono già previsti altri profili, ma al contempo sufficientemente ampia al fine di permettere flessibilità nell’esercizio di una attività che può essere prestata in contesti diversi, prospettando situazioni altrettanto diversificate.

8.3.3 Area emarginazione¹⁰⁶

Il caso

L’analisi del caso nell’area emarginazione è stata effettuata ad Ancona, con riferimento al territorio dell’Ambito Sociale XI e della Zona Territoriale Asur n. 7 - Ancona.

Al focus group hanno partecipato 13 operatori, di cui 3 assistenti sociali, 5 educatori, 5 operatori socio sanitari.

Sono state effettuate tre interviste: una al Coordinatore d’Ambito, una al Direttore di Distretto e una al Responsabile di una cooperativa sociale. Il caso presentato è il seguente:

¹⁰⁶ Il paragrafo relativo all’assistente sociale è stato scritto da Carla Moretti, quello sull’educatore da Ugo Ciaschini e quello sull’operatore socio sanitario da Elena Spina.

S. è un giovane polacco giunto in Italia dieci anni fa per migliorare le sue condizioni di vita. Il padre è deceduto mentre con la madre ed i fratelli non ha da tempo alcun rapporto.

In Polonia ha lavorato come muratore e dopo il divorzio dalla moglie ha deciso insieme ad un amico di venire in Italia. Un paio di anni dopo ha iniziato ad abusare di sostanze alcoliche e a vivere in strada o, occasionalmente, presso strutture di accoglienza. Mentre si trovava in una di queste strutture manifesta un forte stato confusionale, aggravato dall'abuso di alcolici, viene portato al pronto soccorso e ricoverato presso il SPDC territorialmente competente. In vista delle dimissioni si pone l'urgenza di elaborare un progetto finalizzato a individuare le risorse e gli interventi che tengano conto delle diverse problematiche del giovane.

Il contesto situazionale

La situazione si riferisce ad un soggetto con una limitata **rete familiare**, lontana rispetto al suo attuale ambiente di vita e con la quale non ha più contatti. Vivere in un Paese diverso da quello di origine necessita di punti di riferimento iniziali che siano di sostegno alla persona, sia a livello di orientamento nell'utilizzo delle risorse dell'ambiente per lo svolgimento di un **lavoro**, sia come supporto affettivo per affrontare la nuova realtà. Nella situazione in cui viene meno la rete familiare acquista particolare rilevanza la **rete amicale** e i **gruppi spontanei o organizzati** della cultura di appartenenza. Frequentemente la rete amicale iniziale del soggetto è costituita da persone già conosciute nel paese di origine che, oltre ad accoglierlo nel loro ambiente di vita, svolgono una forte funzione di supporto a livello abitativo e per la ricerca di un lavoro.

Qualora la rete amicale di riferimento si affievolisca, il soggetto si trova ad avere maggiori difficoltà nel rispondere ai bisogni primari, le scarse conoscenze non gli consentono di accedere autonomamente alle risorse che possono migliorare il suo tenore di vita. È probabile che non abbia uno stabile riferimento abitativo e fonti di reddito con carattere di continuità. Una situazione che si connota con queste caratteristiche può essere maggiormente esposta all'assunzione di condotte a rischio o ai margini della legalità. Può iniziare a configurarsi uno stile di vita nel quale assumono rilevanza l'abuso di alcol e il manifestarsi di comportamenti devianti; le criticità che ne conseguono frequentemente attivano una richiesta di aiuto a carattere di urgenza. Inizialmente il soggetto avrà contatti con i **servizi** che sono preposti a rispondere alle **urgenze sanitarie** (pronto soccorso, reparti ospedalieri); gli interventi messi in atto non hanno, quindi, ricadute significative sulle prospettive di miglioramento della situazione generale, in quanto limitati alla soddisfazione del bisogno immediato. Si rende pertanto necessario coinvolgere i **servizi sociali e sanitari del territorio** che hanno una competenza specifica rispetto alle problematiche del soggetto, per un progetto d'intervento più efficace.

Alla luce di questi elementi si può ipotizzare che, durante il ricovero del soggetto nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura per uno stato confusionale, gli operatori prendano contatto con i servizi del territorio e delle agenzie del terzo settore, per una valutazione complessiva della situazione e per elaborare un progetto che preveda la presa in carico del soggetto dopo la dimissione. Il forte coinvolgimento delle risorse territoriali diventa prioritario nelle situazioni di grave emarginazione, in quanto molto spesso richiedono una molteplicità di interventi. Gli operatori possono svolgere una funzione di accompagnamento dell'utente, soprattutto nelle fasi di maggiore criticità, tale azione contrasta la frammentarietà degli interventi e facilita la costruzione di relazioni di aiuto. Inoltre, il coinvolgimento del **volontariato** e dell'**associazionismo** favorisce le relazioni amicali e può offrire nuove opportunità sociali, che

amplieranno la dimensione personale del soggetto e potrebbero rafforzare la dimensione istituzionale.

Le relazioni di aiuto attivate dall'assistente sociale

Le assistenti sociali presenti al focus, **a livello istituzionale e di mercato**, operano nei servizi sociali del comune, nel Centro di Salute Mentale dell'Asur e in una casa alloggio per detenuti, gestita da una cooperativa sociale.

Rispetto alla situazione analizzata, l'assistente sociale del comune, contattata dal reparto per la dimissione dell'utente, effettua un'analisi della situazione personale e familiare, per capire se sono presenti punti di riferimento nella rete parentale e amicale e se sono stati già attivati degli interventi. Verificata la totale mancanza di punti di appoggio e la complessità della situazione, l'assistente sociale ritiene opportuno coinvolgere i servizi sanitari territoriali e le associazioni di volontariato per costruire una rete di sostegno intorno al soggetto. Essa, inoltre, considerata la frammentarietà delle risposte nelle situazioni di emarginazione, evidenzia l'importanza di elaborare un progetto, nel quale sia ben definito il ruolo di ciascun soggetto e siano previsti momenti di incontro per una verifica delle attività messe in atto: *“L'obiettivo principale del lavoro dell'assistente sociale è un po' come il manager che dovrebbe tenere la fila di tutta questa rete ma dovrebbe metterci anche molto impegno a strutturarla fin dall'inizio e poi portarla avanti, questo dare informalità ai compiti spesso significa confusione per l'utenza e nella professionalità”*.

L'assistente sociale che opera nel Centro di Salute Mentale individua, nel caso analizzato, due elementi di criticità che possono influire sull'approccio iniziale con l'utente. Il primo riguarda la difficoltà, per il soggetto, di ritrovare fuori dal reparto un contesto di protezione altrettanto efficace rispetto alla sua situazione. L'altro elemento di criticità è relativo alla diversità culturale del soggetto che è fondamentale tener presente nella ricostruzione del percorso di vita e nella progettazione di un intervento. Gli operatori dei servizi difficilmente hanno competenze su questo aspetto, le associazioni di volontariato, invece, stanno lavorando molto sulle culture di appartenenza per facilitare il contatto con le persone e affrontare insieme la questione lavorativa; la caritas è molto presente in questo ambito. L'assistente sociale evidenzia, quindi, la difficoltà di intervenire in tale situazione nonostante che il Centro di Salute Mentale si stia attivando per individuare delle risposte adeguate.

La terza assistente sociale presente al focus lavora in una casa alloggio per soggetti sottoposti a misure di sicurezza, nella situazione analizzata entrerebbe in contatto con l'utente solo nel caso in cui il soggetto vivesse l'esperienza di reclusione. Per avviare un progetto di recupero della persona, l'assistente sociale prenderebbe contatti con l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE), effettuerebbe una prima analisi familiare e sociale, inoltre coinvolgerebbe il volontariato e le varie agenzie del territorio nella ricerca di un lavoro. Tutto il percorso sarebbe effettuato a stretto contatto con l'educatrice, in quanto: *“Nella casa alloggio i ruoli non sono definiti perché tutti ci occupiamo di quei ruoli che sono poi importanti”*. Essendo la priorità quella di lavorare con il soggetto per raggiungere gli obiettivi del progetto di recupero, i ruoli dell'assistente sociale e dell'educatrice sarebbero intercambiabili.

Rispetto alle competenze delineate dalle tre assistenti sociali emerge il ruolo di riferimento che il comune svolge nell'area emarginazione; a tal fine, precisa il Coordinatore, nell'Ambito Territoriale di Ancona si è ritenuto importante costituire un settore specifico che possa affrontare la complessità del problema e raccordare tutti gli interventi.

In relazione alla **dimensione professionale**, le assistenti sociali che operano nel comune e nel Centro di Salute Mentale non svolgono funzioni di coordinamento, la loro collega della cooperativa, invece, è anche responsabile della struttura in cui opera. Nelle cooperative, sottolinea il Responsabile, il ruolo di coordinamento è attribuito, quasi esclusivamente, agli

operatori che lavorano da molti anni, in quanto per svolgere tali funzioni è importante l'esperienza professionale.

Iniziative di formazione sono attivate soprattutto dall'Ambito; in tal senso il Coordinatore sottolinea, anche in un'ottica d'integrazione delle competenze di base degli operatori, la necessità di rafforzare le competenze amministrative degli assistenti sociali che operano nei comuni e di formare operatori che siano maggiormente preparati a prendere decisioni relative al livello che ricoprono.

Le **competenze di base** messe in atto dalle assistenti sociali sono relative alla elaborazione e realizzazione del progetto di intervento, a tal fine l'operatrice del comune pone rilevanza ai compiti di attivazione e raccordo della rete dei servizi, l'assistente sociale che opera nella casa alloggio svolge anche funzioni proprie dell'educatore. In relazione alle **competenze di confine**, dunque, mentre l'assistente sociale del comune svolge funzioni definite, proprie del ruolo che ricopre, l'assistente sociale che lavora nella casa alloggio mette in atto competenze che si sovrappongono a quelle dell'educatore. Nella cooperativa, sottolinea il Responsabile, ci sono servizi costituiti da pochi operatori, in tali contesti l'operatore con il quale entra in contatto l'utente, indipendentemente dal ruolo professionale, cercherà di rispondere alla sua richiesta.

In relazione all'area in esame, gli assistenti sociali partecipanti al focus ribadiscono la situazione di difficoltà in cui si trovano i servizi nel rispondere ai problemi delle persone in grave stato di emarginazione; alla molteplicità delle richieste non corrisponde una adeguata quantità di risorse. Questa situazione rende difficile la progettazione di interventi personalizzati e quindi anche la possibilità di costruire relazioni di sostegno che consentano al soggetto di avere punti di riferimento stabili, per un miglioramento della sua situazione globale. Pur in una situazione di risorse limitate, è importante che l'assistente sociale faciliti i momenti di contatto con il soggetto e interagisca con il volontariato e le altre agenzie del territorio, raccordando la rete degli interventi e dei servizi.

Le relazioni di aiuto avviate dagli educatori

Rispetto alla situazione prospettata e alla luce dei contributi delle figure che hanno preso parte al focus group, l'intervento educativo viene a situarsi al momento delle dimissioni dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Guardando alla **dimensione istituzionale e del mercato**, si rileva innanzitutto la posizione assunta da un'educatrice, la quale, ai fini dell'avvio della relazione d'aiuto, considera quale premessa importante la qualità dell'ascolto, inteso come atteggiamento che dà modo alla persona di esprimersi, incrementare la conoscenza di sé, riaffacciarsi al futuro con maggior fiducia e propositività, a fronte degli eventi sfavorevoli che possono averne costellato il passato: *“secondo me queste persone sono molto “violentate”, hanno subito parecchi traumi e si sentono sfiduciati nei confronti della vita e hanno una rabbia dentro che non sanno come gestirla”*. Viene rilevato come, nei confronti di persone che portano con sé una storia di emarginazione, il peso esercitato dalle diversità culturali renda estremamente complessa la fase di predisposizione del progetto, rischiando di accentuarne la distanza dalla persona per la quale viene pensato e vanificandone l'efficacia; l'intervento, così, finisce con l'essere subito e vissuto come una forzatura dal soggetto in quanto manca in lui il presupposto per poterne cogliere il senso, cioè la consapevolezza della propria situazione di disagio e la volontà di superarla: *“è offuscato da altri sentimenti che non sono quelli che dovrebbero esserci per uscire dalla situazione. Quindi, secondo me, bisognerebbe proprio fare un lavoro sulla persona per rendere il percorso adeguato ...”*. Per poter instaurare una relazione con una persona che viene dalla strada viene quindi ritenuto necessario analizzarne i bisogni, ma anche le competenze e le abilità sociali che è possibile recuperare e sostenere attraverso un progetto terapeutico e individualizzato. Non

manca un'attenzione rivolta alla conoscenza del contesto in cui si snoda il suo quotidiano, presumibilmente segnato da disagi che investono diversi livelli (lavoro, abitazione, documenti di soggiorno). Altro problema di cui tener conto nella progettazione è quello dell'isolamento in cui spesso risulta confinata la persona e che rende necessario un tentativo di esplorazione delle sue reti familiari e amicali per rilevare eventuali figure di riferimento che possono essere coinvolte come risorsa nel piano di interventi (nel caso specifico potrebbe trattarsi dell'amico con cui ha deciso di venire in Italia). Lo sviluppo dell'azione operativa, anche in considerazione della complessità di fattori con cui è chiamata a confrontarsi, richiama una prospettiva di rete, che sollecita la ricerca, l'individuazione e l'attivazione sul territorio di risorse (associazioni alcoolisti anonimi, agenzie interinali, agenzie formative) utili al recupero sociale e occupazionale della persona e che si completa con l'azione di sostegno e accompagnamento con la quale si facilita la stessa ad accedervi ed avvalersene. In questa prospettiva, come emerge dalle parole di uno degli educatori intervenuti, viene effettuato: *“un lavoro di confine con quello che può proporre l'assistente sociale”*. Ma quello dei confini è un risvolto che nelle considerazioni degli educatori è fonte di ambiguità: pur potendo essere percepiti chiaramente dall'educatore (specie se: *“si mettono dei paletti”*), nella realtà operativa prefigurano una zona in cui questa chiarezza va sfumando, prestando il fianco ad uno “scaricamento” di competenze e funzioni, cui si dà seguito: *“pur di non stare a battibeccare troppo”*. A ciò vanno aggiunte le difficoltà e le confusioni che l'utente con cui l'educatore si trova ad interagire può sperimentare nel comprendere i ruoli dei vari professionisti che gli ruotano attorno. Il bisogno di confini sembra proprio legato al possibile prefigurarsi di situazioni in cui l'educatore è chiamato a destreggiarsi in attività che oltrepassano la sfera delle proprie competenze e per la cui effettuazione non ritiene di possedere gli strumenti: *“spesso vengono richieste competenze che ad esempio io non ho, magari un ascolto molto approfondito che sarebbe bene che facesse bene lo psicologo; spesso lo facciamo noi, che però non abbiamo le competenze che possono farsi carico di questo. Quindi lo stabilire per bene le proprie competenze è molto importante proprio per fare anche spesso meno errori perché spesso qualcuno fa cose che in realtà non sa fare”*. La rigidità dei confini, se può profilarsi fra operatori facenti parte di uno stesso servizio, al cui interno non è sempre facile scambiarsi le informazioni, si presenta con ricadute di ulteriore consistenza se riferita a operatori di strutture diverse, in quanto preclude la possibilità di offrire alla persona un lavoro integrato, attento alla globalità dei suoi bisogni e al contempo funzionale a conferire coerenza complessiva agli interventi dei soggetti coinvolti.

Quanto alla dimensione **professionale**, significative le parole espresse dal responsabile della formazione di una cooperativa, il quale, soffermandosi sull'elevata complessità che connota il settore, per il cui fronteggiamento gli attuali percorsi formativi non sembrano offrire la preparazione necessaria, sottolinea il “valore immenso” che può derivare dall'incremento di momenti formativi che vedano gli educatori intervenire per rappresentare gli elementi che sostanziano la propria esperienza lavorativa: *“cioè, chiami lui che fa l'educatore, mi dici come si lavora, mi dici cosa provi, mi dici cosa senti, mi dici cosa fai quando la sera torni a casa e c'hai quello che t'ha minacciato tre volte...”*. Anche la formazione continua dovrebbe prevedere dei percorsi calibrati a quelle che al momento costituirebbero le aree (prostituzione, immigrazione, tossicodipendenza) in cui l'emarginazione tende a manifestarsi con forme sempre meno avvicinabili, inquadrabili e interpretabili con i consueti approcci: *“non mi serve che mi parli della tossicodipendenza, non mi interessa, non è quello; mi devi dire oggi come fare a lavorare con i ragazzetti cinesi tossicodipendenti, devo conoscere la cultura, devo capire; oppure l'alcoolismo femminile, cioè queste cose qui ...”*. Viene infine sottolineato quanto sia difficile rimanere al passo con i cambiamenti che investono la struttura sociale: *“quando penso una cosa già vuol dire che quella si è conclamata”*. Urge pertanto recuperare il gap perché altrimenti: *“noi siamo sempre in*

ritardo; soprattutto sulle nuove marginalità e fragilità siamo in ritardo drammatico perché loro arrivano e te gli corri dietro, c'è sempre qualcosa davanti ...”.

All'educatore si richiede pertanto di porre una crescente attenzione al settore dell'esclusione sociale, non solo per offrire una risposta riparativa e occasionata dall'emergenza, ma per cogliere, attraverso la voce della persona, la dimensione dinamica e temporale del bisogno e vedere attraverso quali percorsi questa è pervenuta ad una situazione di marginalità. La sua azione deve quindi considerare sia le condizioni e il contesto che connotano l'esperienza della persona al momento dell'avvio della presa in carico, sia le circostanze e le vicende relazionali che, in un progressivo cumularsi ed annodarsi, hanno contribuito a collocarla in quello specifico scenario. Rilevare e tener conto, ai fini dell'elaborazione del progetto, delle circostanze sfavorevoli che hanno segnato la biografia della persona e delle specificità di carattere etnico-culturale che ne caratterizzano la posizione, costituiscono abilità su cui si innestano le competenze specifiche dell'educatore, a partire dalle quali poter prefigurare interventi calibrati alla situazione individuale e storica della persona stessa, che non le rinviino senso di estraneazione ulteriore a quello così già potentemente diffuso nella sua vicenda esistenziale. I diversi livelli di complessità che investono la situazione della persona rendono altresì necessario lo sviluppo di un lavoro d'equipe o, comunque, di interscambio di informazioni con altri professionisti, la cui processualità profila per l'educatore zone di confine (nel lavoro di segretariato, di valutazione del caso e di stesura di relazioni) dove il suo ruolo “s'intreccia” a quello di altri operatori, quale l'assistente sociale, senza che il carattere unitario dell'operatività complessiva ne risulti intaccato.

La relazione d'aiuto messa in atto dall'operatore socio sanitario

Il focus group relativo al contesto situazionale in oggetto è stato quello più partecipato da parte degli operatori socio sanitari poiché, probabilmente, si tratta di un'area in cui il loro intervento è particolarmente richiesto. Quattro dei cinque intervenuti lavorano presso un dipartimento ospedaliero che si occupa di salute mentale e sono assunti dall'Asur con contratto a tempo indeterminato; una sola operatrice è dipendente, con la medesima tipologia contrattuale, di una cooperativa sociale. Il dibattito emerso ha portato alla luce una serie di informazioni molto utili ai fini della riflessione teorica che, tuttavia, si concentrano per lo più sulla dimensione istituzionale relativa al profilo occupazionale, rispetto a quella **professionale**. Con riferimento a quest'ultima un aspetto emerso concerne il sistema formativo e della formazione complementare. Guardando al primo, gli operatori non evidenziano particolari criticità sostenendo come la formazione ricevuta sia complessivamente adeguata per il tipo di attività da svolgere. Dello stesso parere è il Responsabile di una cooperativa sociale che, nel confermare il giudizio positivo espresso dagli operatori, pone come unica criticità quella della eccessiva durata dei corsi. Soltanto una operatrice rileva come non sempre gli strumenti cognitivi a loro disposizione siano sufficienti a soddisfare i bisogni manifestati dagli utenti, specie quelli derivanti dal disagio che la situazione di emarginazione vissuta può generare. Quando si rendono conto di non possedere delle: “*basi serie*” allertano gli altri operatori affinché intervengano (in particolare il riferimento è all'assistente sociale e allo psicologo). Guardando alla formazione complementare, che dovrebbe portare all'acquisizione di competenze aggiuntive in ambito sanitario, il giudizio espresso è differente. Per quanto riguarda i compiti di igiene e la parte alberghiera del loro lavoro, gli operatori non ritengono di dover acquisire altre abilità ritenendo sufficienti quelle apprese in sede di formazione di base; temono, piuttosto, che il percorso addizionale possa sbilanciare eccessivamente il loro operato sul versante sanitario discostandoli da quello sociale, al quale attribuiscono invece un rilievo fondamentale: “*questa cosa qua credo che avvicini di più alla figura dell'infermiere sperando che non c'allontani troppo dall'aspetto sociale [...]*diventa un rischio, uno

spostamento speriamo che si aggiungerà qualcosa in più senza nulla togliere al sociale. Noi lavoriamo con infermieri professionali che hanno competenze tecniche in più a livello sanitario però a livello di assistenza no". Parzialmente differente è l'opinione del Responsabile della cooperativa che considera illusoria e poco realistica l'eventualità che gli operatori socio sanitari con formazione complementare possano ampliare le funzioni sanitarie e compiere un balzo in avanti in termini di professionalizzazione. Individua un limite in tal senso nell'opposizione posta dalla categoria infermieristica (*"c'è la parte infermieristica che sta tenendo ferma tutta questa cosa qua"*) e ribadisce anzi come sia del tutto inadeguato considerare tali operatori come una componente sanitaria del mercato del lavoro poiché: *"in realtà [...] la competenza sanitaria non ce l'ha, ovvero non può fare nessun tipo di azione di tipo sanitario. Quella spetta solo all'infermiere. Quindi in realtà quello che fa è l'assistenza specialistica dal punto di vista sociale soprattutto quindi dalla pulizia della persona alla cura dei rapporti [...] il problema è che l'operatore socio sanitario viene spacciato come una figura che faccia la parte sanitaria, no non la può fare per legge"*. Dal materiale analizzato emerge dunque come si manifesti, dal punto di vista della dimensione professionale, un problema che precede quello relativo alla delimitazione dell'ambito delle competenze poiché si riferisce alla definizione del settore di appartenenza di tale figura occupazionale. Sembra cioè essere messo in discussione uno dei principi di base che hanno portato alla istituzione dell'operatore ovvero la possibilità di integrare i due settori cardine dell'assistenza genericamente intesa, quello sociale e quello sanitario.

Passando ad analizzare la **dimensione istituzionale e di mercato**, gli spunti di riflessione portati alla luce dagli interventi susseguiti consentono di focalizzare l'attenzione su tre aspetti principali: il primo è relativo alla pluralità dei compiti e delle funzioni che la complessità dell'intervento assistenziale richiede di porre in essere; il secondo riguarda i confini delle competenze tra gli operatori socio sanitari e gli altri soggetti che intervengono nel processo di aiuto e la loro eventuale integrazione; il terzo aspetto, infine, fa riferimento al coordinamento tra i servizi che prendono in carico l'utente. Guardando al primo aspetto, tutti gli operatori presenti al focus hanno sottolineato come sia possibile operare una separazione tra due fasi del lavoro che corrispondono a due distinti momenti che caratterizzano il contatto con l'utente, ciascuno dei quali impone un'attenzione specifica a particolari aspetti. Generalmente la fase iniziale coincide con il primo approccio con l'assistito e si concretizza nella risoluzione delle esigenze più immediate manifestate da quest'ultimo, che attengono dunque ai bisogni fisiologici (nutrimento, igiene, vestiario, ecc). Inoltre, poiché nel caso di soggetti emarginati è probabile che debbano essere prestate cure sanitarie, l'operatore socio sanitario interviene, in collaborazione con l'equipe medico infermieristica, assolvendo ai compiti che gli sono propri. La seconda fase attiene più al soddisfacimento del fabbisogno relazionale manifestato dall'utente che necessita di essere accolto, ascoltato e compreso. È allora che l'operatore socio sanitario dovrà mettere in campo le abilità personali e le competenze acquisite che attengono alla sfera sociale dell'assistenza. Il dialogo e in modo particolare l'ascolto rappresentano gli strumenti principali nel processo d'aiuto posto in essere in questa seconda fase. Il coinvolgimento emotivo in cui può trovarsi l'operatore può talvolta determinare la necessità, per quest'ultimo, di ricorrere ad un sostegno esterno: *"talvolta è molto dura però siamo supportati sia dai farmaci che loro prendono (i pazienti) ma anche dai vertici che abbiamo nella struttura"*. Il supporto emotivo avviene per mezzo della collaborazione di figure deputate all'assistenza psicologica e sociale (psicologi, psichiatri ed assistenti sociali). Le attività svolte in questa fase del processo d'aiuto sono dunque finalizzate all'accoglienza e all'inserimento del soggetto all'interno della struttura in cui è inserito dove si cerca di coinvolgerlo in attività ludiche dal momento che: *"il tempo in una struttura ospedaliera non passa quasi mai, quindi si gioca a carte eccetera", "facciamo comunque compagnia ai pazienti magari a quelli più soli, a quelli senza famiglia", "cerchiamo di alleggerire quella che è la situazione*

nel reparto, giocare a carte, ascoltando i pianti, ascoltare musica... cerchiamo di organizzarci diversamente". Tali attività, che rientrano nell'ambito di quelle che sono state definite competenze di confine, consentono agli operatori socio sanitari di svolgere un lavoro di "mediazione" ponendoli nella posizione di: "tramite sia con il medico che con l'assistente sociale". Questo aspetto introduce la seconda delle tre questioni individuate in precedenza che riguarda appunto l'integrazione tra i soggetti che entrano nell'ambito del processo d'aiuto. Ciò che emerge dal focus porta alle luce una apparente contraddizione: da un lato gli operatori considerano l'insieme delle attività che svolgono come rientranti a pieno titolo nella loro giurisdizione e non sentono dunque, se non in minima parte, di sconfinare in ambiti che non gli appartengono: "quello che facciamo è coerente con il mansionario previsto"; dall'altra, tuttavia, segnalano l'esistenza di confini tra le diverse occupazioni, evidenziando come rispetto ad alcune professionalità tali confini siano più marcati che non rispetto ad altre. Emblematica è a riguardo la dichiarazione di un'operatrice laddove asserisce: "i confini del mio lavoro non ci sono però svolgiamo un lavoro di mediazione. Noi raccogliamo le richieste dell'utenza per poi riportarle all'assistente sociale, al medico, in base alle esigenze primarie dell'utenza quindi i confini li percepisco abbastanza. Anche perché se non si mettono dei paletti è difficile e quindi la maggior parte delle volte noi facciamo il lavoro in più. L'assistente sociale diventa un lavoro più burocratico quindi..... l'utente scarica su di noi..... quando il nostro lavoro è finito viene scaricato su di noi. Con i medici è molto più semplice rispetto all'assistente sociale perché l'intervento sanitario... quello c'è poco. Invece con l'assistente sociale la situazione non è chiara, c'è un area di confine non chiara, le competenze, le funzioni vengono scaricate su di noi. Facciamo tipo servizio sociale e territoriale". Dalle parole dell'operatrice si evince come la questione dei confini sia piuttosto controversa e ciò rimanda alla dimensione professionale dell'operatore socio sanitario e alla indeterminatezza che caratterizza tale figura. In ogni caso il focus evidenzia la necessità di lavorare a contatto e in collaborazione con le altre professionalità che sono coinvolte nel percorso assistenziale, specie considerando che le problematiche legate all'emarginazione sociale spesso interessano più di un'area specifica e richiedono interventi diversificati. Proprio in considerazione di questo fatto, che introduce il terzo ed ultimo aspetto emerso dal focus, il concetto di integrazione dovrebbe essere esteso alle aree di intervento e, anzi, dovrebbe riguardare queste ultime già a livello progettuale, prima ancora che le professionalità in esse operanti. Viene denunciata, infatti, una eccessiva difficoltà nel raccordare l'attività svolta dai vari servizi che, contemporaneamente o in fasi temporali distinte, prendono in carico l'utente. L'operatrice sostiene a riguardo: "quello che sento di più è il problema dei confini troppo rigidi tra strutture diverse per cui spesso..... all'interno del servizio non è sempre facile scambiarsi le informazioni ma all'esterno diventa ancora più complesso per cui spesso manca proprio la possibilità di offrire alla persona un lavoro il più integrato possibile soprattutto quando sono coinvolti molti soggetti nel lavoro".

Per la ricchezza di contenuti che lo ha caratterizzato, il focus group ha fornito una serie di elementi utili a comprendere come la figura dell'operatore socio sanitario sia controversa e dibattuta, specie quando inserita all'interno di aree di intervento dove il ventaglio delle situazioni prospettabili risulta essere ampio, come quello dell'emarginazione. Emerge inoltre come il problema definitorio che ruota attorno a tale profilo sia legato all'approccio con cui si guarda alle realtà professionali: quando prevale la logica delle competenze e dei confini delle stesse il rischio è quello di conferire a tale occupazione un ruolo indefinito e residuale rispetto a quello rivestito da altri profili; accogliendo la prospettiva relazionale, che pone al centro dell'analisi la relazione d'aiuto, appare più semplice individuare la dimensione professionale e la dimensione istituzionale che, unitamente a quella personale, definiscono le caratteristiche dell'operatore.

8.3.4 Area minori¹⁰⁷

Il caso

L'analisi dell'area minori è stata effettuata ad Ascoli, con riferimento al territorio dell'Ambito Sociale XXII e del Distretto Sanitario di Ascoli Piceno - Zona Territoriale Asur n. 13. Al focus group hanno partecipato 12 operatori, di cui 6 assistenti sociali, 5 educatori e un'assistente sanitaria, che si occupa di prevenzione nelle scuole. Al focus non erano presenti gli operatori socio sanitari in quanto, in questo territorio, non operano nell'area dei minori. Sono state effettuate tre interviste: una al Coordinatore dell'Ambito Sociale XXII, una al Direttore del Consultorio di Ascoli Piceno, una al Responsabile di una cooperativa. Il caso presentato è il seguente:

Un gruppo di quattro adolescenti di anni 13 viene fermato dalle forze dell'ordine perché sospettato di essersi in più occasioni introdotto all'interno di un centro diurno per disabili, di avervi prelevato diversi oggetti (telecamera, stereo, computer, dvd) e di aver imbrattato le pareti della struttura con scritte offensive nei confronti delle persone con disabilità. Il Tribunale per i Minorenni avvia un procedimento amministrativo nei confronti dei ragazzi ed emette un decreto che incarica il servizio sociale territoriale di formulare un progetto educativo che preveda una specifica attività di supporto alla comprensione e alla rielaborazione della gravità dell'azione posta in essere.

Il contesto situazionale

La situazione relativa ad un caso di minore che manifesta condotte devianti si riferisce ad un soggetto che non necessariamente presenta tratti di personalità orientati alla trasgressione, ma che probabilmente ha strutturato modalità improprie per esprimere se stesso e soddisfare il proprio bisogno di protagonismo. I suoi comportamenti, più che essere considerati intenzionali e frutto di una scelta precisa e consapevolmente orientata, andrebbero probabilmente interpretati come esito di eventi e di relazioni che egli ha, fino a quel momento, intessuto con persone significative che gravitano nelle diverse dimensioni di cui si compone il suo spazio vitale. In **famiglia** il ragazzo, pur vivendo una situazione di apparente benessere, rivelata dalla premura con cui i genitori ne soddisfano i bisogni di tipo materiale, potrebbe sperimentare una condizione di malcontento legata ad aspetti che attengono alla qualità del rapporto che intrattiene con essi: poco tempo trascorso insieme, carente dimensione del dialogo, limitata condivisione di esperienze significative. I genitori del resto sono spesso particolarmente assorbiti dai propri impegni lavorativi, hanno dei ritmi di vita molto intensi, a fatica riescono ad integrare le esigenze familiari con quelle occupazionali; questo può portarli a delegare parte dell'attività di cura dei figli alla **rete parentale**, prefigurando una situazione in cui sono i nonni a diventare per il minore la figura adulta relazionalmente più vicina, anche se probabilmente debole sotto il profilo normativo. In una situazione di perifericità del mondo adulto può giocare un ruolo strutturante il **gruppo dei pari**, con il quale l'adolescente trascorre molto del suo tempo, condivide esperienze e pensieri, costruisce strumenti con cui dar senso al quotidiano, cercando di trarre dalle dinamiche che si articolano al suo interno quelle conferme a livello identitario che la famiglia non riuscirebbe a offrirgli. È probabile che molti dei componenti dello stesso gruppo amicale siano al contempo **compagni di scuola** e membri di una **società sportiva** in cui praticano attività

¹⁰⁷ Il paragrafo relativo all'assistente sociale è stato scritto da Carla Moretti e quello sull'educatore da Ugo Ciaschini.

agonistica. In tal caso, considerato lo spazio che la dimensione amicale occupa nella rete dell'adolescente, sia in termini di ampiezza che di densità, questi può essere spinto a modulare le proprie condotte sulla base del sistema di valori, del linguaggio, delle credenze e dei parametri con cui il resto del gruppo legge e definisce se stesso e la realtà. Nel gruppo è quindi probabile che si crei un'ecologia favorevole alla devianza quando i suoi componenti approvano, completano, rafforzano la singola azione trasgressiva, creando un circolo vizioso in cui l'atto deviante incrementa la considerazione di cui l'autore gode nel gruppo e la ricerca di considerazione ulteriore espone alla reiterazione di un atto della stessa valenza. Il contatto con qualche **adulto significativo** (insegnante, parroco, operatori centri di aggregazione, allenatore società sportiva) potrebbe rompere questa spirale, ma è probabile che i relativi messaggi non siano sufficientemente incisivi da scalfire il panorama esperienziale e riorientare un sistema di valori che il ragazzo trova pienamente soddisfacente nell'immediato. In tali condizioni è difficile che si creino i presupposti per una richiesta di aiuto ai **servizi** in quanto nel minore manca la consapevolezza di vivere una fase di disagio ed è piuttosto carente la percezione del rischio cui va esponendosi perpetuando certi agiti; è peraltro possibile che siano i genitori o altri adulti che sono in contatto con il minore (insegnanti) a cogliere in lui segnali e cambiamenti comportamentali che destino la loro preoccupazione, inducendoli a ricercare il confronto con i servizi.

Ma in assenza di persone che possano immettere un punto di rottura nella biografia che il minore va costruendo, spesso è solo con l'**intervento giudiziario**, e con la connotazione di coazione che questo riveste, che può scaturire una risposta forte. Tale risposta, che nel caso presentato assume la forma del decreto amministrativo, originato dalle gravi azioni poste in essere nel centro diurno per disabili, innesca un procedimento che "obbliga" l'adolescente a uniformarsi a precise "direttive", quelle che gli verranno impartite dagli **operatori dei servizi** incaricati dall'autorità giudiziaria. L'incontro con essi può imprimere un nuovo assetto al sistema relazionale del ragazzo, modificandone la consistenza attraverso una duplice dinamica: l'affluirvi di nuovi soggetti e la fuoriuscita, o comunque, la ridotta prossimità relazionale di alcuni che vi erano prima ricompresi (componenti del gruppo amicale). Si può, infatti, presumere che l'entrata in campo dell'autorità giudiziaria, oltre a prefigurare quelle condizioni che facilitino il contatto del minore con persone ed ambienti che esprimono valori "altri" rispetto a quelli sino ad allora sperimentati, rappresenti per i genitori un input che li stimoli a rivedere le proprie modalità educative e a vagliare con più attenzione le frequentazioni amicali del giovane, con conseguenti misure dirette a provocarne l'interruzione e la diversificazione.

Le relazioni di aiuto dell'assistente sociale

Gli assistenti sociali che partecipano al focus operano, a **livello istituzionale e di mercato**, presso il consultorio dell'Asur, il comune e l'Ambito Sociale.

Gli operatori del consultorio evidenziano la necessità di capire le motivazioni che ha spinto ogni ragazzo a commettere il reato. E' importante quindi entrare in rapporto con ciascuno di loro, ascoltarlo e non porsi con modalità inquisitoria, cercando di conoscerne la vita e approfondire il significato che può assumere l'aver commesso un reato in un centro diurno per disabili.

L'intervento coinvolge anche i genitori poiché il comportamento messo in atto dal figlio può suscitare in loro reazioni diverse. E' quindi importante creare un contesto di aiuto che faciliti l'espressione delle loro preoccupazioni.

Nel progetto possono essere coinvolti anche soggetti che si relazionano con ciascun ragazzo, appartenenti al suo ambiente di vita o al contesto scolastico. In tal senso si possono promuovere

processi di socializzazione che contribuiscano a favorire percorsi di crescita positivi. Potrebbe essere di aiuto un intervento che preveda un contatto con la disabilità: *“per una comprensione e rielaborazione della gravità dell’azione”*, ad esempio si può proporre un’attività di volontariato all’interno di un’associazione o nello stesso centro, oggetto di atti vandalici. Verrà elaborato, quindi, un progetto d’intervento globale che, nella situazione analizzata, prevede anche la formulazione di un progetto educativo.

Rispetto al progetto educativo, richiesto dal Tribunale per i Minorenni, gli assistenti sociali considerano importante la collaborazione con l’educatore in tutte le fasi di attuazione del progetto.

L’assistente sociale interviene nella fase che precede il progetto educativo ed: *“è il punto di raccordo degli interventi che verranno attivati”*. È importante condividere con l’educatore l’analisi della situazione, la definizione degli obiettivi e il monitoraggio del progetto.

Le competenze di ciascuna figura sembrano emergere in modo chiaro, pur riconoscendo diversi punti di contatto: *“anche noi svolgiamo una funzione educativa, può essere per la coppia, per il genitore che abbiamo di fronte (...) sono diverse però, entrambi abbiamo una funzione educativa, sia l’assistente sociale con il suo operare che l’educatore che è proprio il suo specifico”*(...) *L’educatore ha un ambito operativo diverso dal nostro, cioè più tecnico, più pratico”*.

A sostegno della specificità del loro intervento, gli assistenti sociali evidenziano l’acquisizione di competenze multidisciplinari nel loro iter formativo, queste facilitano la visione globale di una situazione problematica e il raccordo dei diversi interventi. Il lavoro di rete può essere considerato la metodologia d’intervento più adeguata in quanto facilita l’integrazione delle diverse figure professionali e consente di raggiungere dei risultati comuni. Poi, nell’operatività quotidiana, sottolinea un’assistente sociale, ci sono aspetti che limitano la possibilità di seguire questo approccio d’intervento; tra questi l’eccessivo carico di lavoro, ma anche le caratteristiche personali di ciascun operatore che possono essere di ostacolo alla collaborazione.

Rispetto alla globalità degli interventi messi in atto nell’area dei minori, si pone la necessità di un raccordo tra le diverse figure professionali. A tal fine l’Ambito ha stipulato un protocollo con l’Asur per la costituzione di un coordinamento dei servizi che si occupano della tutela dei minori e che operano nell’area del disagio giovanile. Al coordinamento partecipano: l’Ufficio di Promozione Sociale, il servizio sociale professionale, il centro di ascolto, il consultorio, l’Ufficio Servizi Sociali per i Minori del Ministero della Giustizia di Ancona, oltre i vari soggetti che attivano progetti sul territorio. Il Coordinatore d’Ambito precisa che: *“Questo coordinamento è il luogo dove c’è l’interfaccia fisica di questi operatori, si riuniscono almeno una volta al mese e si scambiano informazioni relative ai vari soggetti in carico, provvedono ad una progettazione individualizzata condivisa e elaborano strategie”*.

Nella **dimensione professionale** la necessità della formazione continua è un aspetto considerato determinante nel lavoro con i minori. Il Direttore del consultorio sottolinea la necessità di una formazione sempre più centrata sulle competenze relazionali dal momento che le situazioni che gli assistenti sociali si trovano ad affrontare riguardano prevalentemente storie di vita fortemente coinvolgenti. Ciò richiede una supervisione continua orientata alla elaborazione dei vissuti delle dinamiche relazionali messe in atto. Un’altra area di particolare interesse nella formazione, evidenziata dal Coordinatore d’Ambito, è relativa alla valutazione degli interventi, aspetto a cui spesso viene dedicato poco tempo a causa di un lavoro caratterizzato dall’emergenza.

Le **competenze di base** messe in atto dall’assistente sociale nell’area minori riguardano principalmente l’area della relazione: la capacità di approntare progetti individualizzati passa attraverso la costruzione di relazioni significative con i diversi attori coinvolti. L’assistente

sociale, inoltre, ha competenze nel promuovere l'attivazione delle risorse del territorio: soggetti e famiglie affidatarie, gruppi di auto aiuto, comunità di accoglienza.

Rispetto alle **competenze di confine**, gli assistenti sociali considerano le proprie funzioni ben definite, le attività possono essere svolte insieme ad altri operatori, ma ciascuno interviene secondo le proprie competenze. Con l'educatore un'area di confine può essere considerata l'attività a carattere educativo: l'assistente sociale attiva la "funzione educativa" come uno degli aspetti della relazione di sostegno, l'educatore mette in atto la "competenza educativa" come elemento caratterizzante il suo operare.

Nell'area minori le situazioni che vengono affrontate dagli assistenti sociali hanno origine, prevalentemente, da atti del Tribunale per i Minorenni, spesso con carattere di urgenza e con elementi prescrittivi che orientano l'intervento. Inoltre il Tribunale individua già, nell'atto stesso, i servizi sociali e sanitari che devono essere attivati. L'intervento dell'assistente sociale, quindi, si configura quasi esclusivamente come "lavoro sul caso", in assenza di esplicita richiesta dell'utente. Resta minoritario, pertanto, il lavoro di promozione sociale e prevenzione del disagio. Ciò che gli assistenti sociali auspicano è orientare una parte maggiore del loro lavoro in attività di promozione della comunità.

Gli educatori

In relazione caso prospettato nel focus group, il ruolo esercitato dall'educatore nella **dimensione istituzionale e del mercato** sembra assumere un'impronta orientata, da una parte, ad aiutare i ragazzi ad individuare modalità "altre" con cui leggere e dar senso agli eventi che ne connotano il quotidiano e, dall'altra, a favorirne il coinvolgimento in esperienze significative, così da tradurre operativamente quelle che sono le indicazioni stabilite nel decreto disposto dall'autorità giudiziaria. Uno degli educatori intervenuti si vede infatti come: *"quello che qui si sporca le mani, nel senso che poi una volta preparato un progetto o preparato un piano d'azione, conosciuta più o meno la situazione dei quattro ragazzi, nello specifico dovrei entrare in contatto, o con uno o con più di uno, bisognerebbe vederlo, direttamente con il ragazzo"*. L'intervento da porre in essere presume peraltro la necessità di cogliere le percezioni, il rapporto e la conoscenza che i ragazzi hanno delle condizioni di debolezza e fragilità umane, quale quella della disabilità, al fine di poter meglio comprendere i motivi che li hanno portati a "cercare un obiettivo così debole". Non manca un'attenzione rivolta sia alle dinamiche interne al gruppo sia al contesto familiare d'appartenenza di ognuno dei suoi componenti e che, facendo leva sull'ascolto, permetta ai ragazzi di percepire quella dell'educatore come una presenza cui accostarsi con fiducia. Ascoltarli è infatti: *"una cosa molto meno scontata di quello che sembra perché poi quando si scava, tra virgolette, a fondo di solito c'è pochissimo ascolto verso questi ragazzi"*. Da queste parole s'intravedono quadri di vita familiare in cui il ragazzo può non trovare figure attente ai suoi bisogni e relazionalmente vicine, con il rischio che sia la dimensione del gruppo quella in cui egli, in qualità di leader o di succube, trovi quei riscontri che danno consistenza alla sua esperienza. Dopo questa fase di esplorazione del retroterra valoriale in cui l'agito dei minori può essersi iscritto, l'educatore può proporsi di facilitare l'avvicinamento dei medesimi ad ambienti ed esperienze che esprimano per loro valori nuovi e diversi, che ne valorizzino la parte positiva, che li aiutino ad esprimere le proprie potenzialità e a percepire le istituzioni come qualcosa di vicino al loro mondo. Riconoscere i motivi a cui ricondurre le difficoltà dei ragazzi e i comportamenti posti in essere, avvalersi di strumenti (pittura, musica) e di contesti relazionali (centri di aggregazione giovanile) che permettano loro di esprimere e tirar fuori ciò che di positivo hanno dentro, prospettare attività che li mettano nella condizione di interagire direttamente con il disabile (visitare un centro diurno, lavorare in collaborazione con gli ospiti) sembrano

rappresentare le direttrici che orientano il lavoro educativo con gli adolescenti che, nella situazione specifica presentata, manifestano inclinazioni verso condotte devianti.

Considerati gli elementi desumibili dal caso, nessuna delle figure intervenute rileva l'opportunità di collocare i ragazzi in una struttura comunitaria; anche un'educatrice che lavora in una comunità educativa per minori ritiene improbabile che una situazione del tenore di quella presentata abbia i crismi che possano portare all'inserimento del minore in struttura. Ipotizzando il profilarsi della necessità di procedere ad un siffatto intervento, la stessa educatrice ne precisa il possibile articolarsi, facendo presente come l'èquipe della struttura, dopo aver ricevuto la richiesta di accoglienza dal servizio sociale ed essere stata da questo resa edotta del caso, valuti se accogliere o meno il minore e che tipo di progetto approntare, in accordo con il servizio sociale proponente e tenendo conto della volontà del minore. Avvenuto l'ingresso, il lavoro dell'educatore consiste: *"nell'affiancare il minore quotidianamente"*, concorrendo alla valutazione dell'èquipe (di cui viene menzionata la figura dello psicologo) e alle relative decisioni con cui si ridefiniscono gli obiettivi. Nella percezione dell'educatrice i momenti di condivisione che si mantengono con l'assistente sociale nel seguire l'andamento del progetto non sembrano minare la chiarezza circa i confini che delimitano gli ambiti operativi rispetto a questa figura. Diverso appare il discorso con riferimento alla figura dello psicologo poiché nell'interagire con i minori: *"tante volte in una fase successiva all'ingresso poi si entra in confidenza e quindi poi magari iniziano i momenti di racconto, di rielaborazione della storia quindi poi tante volte è difficile capire fino a dove è giusto che si confidino con noi e dove c'è più bisogno che certe cose le rinviando con la psicologa. Personalmente in questo senso vedo difficile capire il confine, stabilire il confine anche perché in momenti in cui s'instaura una relazione, anche un dialogo, è difficile dire all'altro <<No, non lo voglio sapere>> perché poi sembra un rifiuto ..."*. Alla non sempre chiara visione dei confini che ne definiscono il campo d'azione, si uniscono le confusioni della famiglia, in parte dovute al suo basso livello di estrazione socioculturale, circa i compiti attribuibili all'educatore con cui viene a relazionarsi. La famiglia infatti vede a volte l'educatore come un "tuttologo": *"cioè qualsiasi cosa, nel senso, dal fare i compiti, dal prevedere delle uscite all'esterno, ma anche prevedere attività manipolative, musicali; dovrebbe saper far tutto, compilare bollettini, andare alla posta ..."*. Anche per questo viene sentita l'esigenza di avere delle coordinate chiare in merito alle attività da effettuare e ai limiti oltre i quali il proprio intervento non può estendersi: *"ci sono momenti in cui io mi occupo, devo avere e ci deve essere un confine: io mi occupo di determinate cose, per altre questioni, per altri problemi devono rivolgersi o alla scuola o all'insegnante di sostegno"*.

Per l'educatore un approccio al lavoro di rete diventa necessario in considerazione della numerosità e della varietà di attori (della scuola e del servizio sociale) con cui entra in relazione, l'operato dei quali sortisce effetti positivi nella misura in cui segue un tracciato comune, nel riconoscimento e nel rispetto dei rispettivi ruoli. Le varie interconnessioni ed occasioni d'incontro che danno forma al rapporto con l'assistente sociale sembrano prefigurare per l'educatore spazi rassicuranti in cui poter rivedere aspetti critici del proprio operare e valutare possibili strategie con cui superarli. L'assistente sociale sembra quindi la figura cui l'educatore più spesso si rivolge a fronte del sopravvenire di eventuali problemi, che "rimane a monte nei momenti di verifica" e con la quale intrattiene contatti più fitti negli spazi di cui si compone la dimensione istituzionale del suo reticolo. Ponendo attenzione alla **dimensione professionale**, dall'intervista rilasciata dal Coordinatore d'Ambito emerge come l'eterogeneità dei percorsi formativi da cui provengono gli operatori inquadrati come educatori renda questi ultimi meno consapevoli del proprio ruolo, che rischia di essere percepito come un abito cui giocoforza adattarsi. E se la scelta di esercitarlo viene vissuta come un ripiego, *"è ovvio che anche la qualità del lavoro che viene svolto ne va risentire ..."*. Viene inoltre avvertita la necessità sia di una maggior professionalizzazione nella formazione, da realizzare incrementando stage ed esperienze "sul

campo”, sia di una più mirata preparazione nell’impostazione di una “valutazione degli effetti del proprio lavoro”: *“credo che un pochino l’educatore manchi da questo punto di vista, manchi cioè la capacità di raccogliere dati sull’effettiva efficacia dei propri interventi”*. Rafforzare questa dimensione avrebbe delle positive ricadute sulla professionalizzazione in quanto la capacità di saper valutare gli effetti dei propri interventi presume tutto il lavoro che precede l’implementazione di questa fase: *“se tu sai impostare la valutazione, devi saper per forza impostare anche la progettazione”*. Invece a volte gli educatori si affiderebbero, più che a solide competenze professionali, alle proprie “capacità di essere brave persone”: *“credo che la differenza la faccia soprattutto questo, la capacità di avere delle tecniche, di padroneggiare delle tecniche prima di tutto di valutazione. Comincerei da lì se dovessi dire come rafforzare le competenze dell’educatore ...”*.

Concludendo, il ruolo dell’educatore, in relazione caso prospettato nel focus group, sembra assumere una duplice impronta. La prima può essere considerata di stimolo alla riflessione ed è definita dall’apertura di uno spazio in cui l’adolescente è aiutato a soffermarsi sui significati delle proprie azioni, sulla modalità e sui parametri con cui leggere e dar senso alla realtà, sulle esperienze che vive negli spazi di cui si compone il suo tessuto relazionale. La seconda mira a stimolare il ragazzo all’espressione delle parti positive di sé e si sviluppa lungo traiettorie in cui questi può assumere ruoli alternativi rispetto a quelli in precedenza giocati, diventando partecipe e protagonista di scenari relazionali in cui la sua immagine può conoscere un processo di rivalutazione, di cui anche l’ambiente comunitario d’appartenenza può essere testimone. Cogliere le attitudini e le competenze del ragazzo, prefigurare nuovi incontri e nuove esperienze lungo il suo cammino evolutivo, favorirne, attraverso la relazione educativa, l’emergere di una posizione di maggior criticità rispetto agli eventi, sembrano costituire le abilità che concorrono a definire le competenze specifiche dell’educatore nel lavoro con minori a rischio di devianza. Nel caso prospettato l’impulso all’azione proviene dall’autorità giudiziaria, il cui decreto costituisce un messaggio forte nel ridisegnare la configurazione del sistema relazionale degli attori (ragazzi e servizi) che verranno chiamati a dar seguito alle sue indicazioni. L’educatore è quindi partecipe di una rete che, a partire da tale impulso, lavora per prospettare cambiamenti nell’orizzonte valoriale ed esperienziale dei ragazzi, ed è probabilmente colui che più da vicino ne registra sia i segnali di sviluppo, sia i momenti di blocco; è nella capacità di effettuare valutazioni su quanto osservato, da riportare e condividere con gli altri soggetti del sistema d’aiuto, in particolare l’assistente sociale, e nell’approntare insieme ad essi gli aggiustamenti di volta in volta necessari che si prefigurano quelle aree di confine in cui gli specifici apporti di ognuno possono combinarsi ed incrementare l’efficacia complessiva delle azioni realizzate, onde renderle più adeguate alla variabilità e alle dinamiche trasformative che il procedere delle vicende evolutive dell’adolescente conosce.

8.3.5 Area salute mentale¹⁰⁸

Il caso

L’analisi dell’area della salute mentale è stata effettuata a Porto Sant’Elpidio, con riferimento al territorio dell’Ambito Sociale XX e del Distretto Sanitario di Porto Sant’Elpidio - Zona Territoriale Asur n. 19 - Fermo. Al focus group hanno partecipato 9 operatori, di cui 4 assistenti sociali, 3 educatori, di cui uno con funzioni di coordinamento, un operatore socio sanitario e un’assistente sociale tirocinante. Sono state effettuate tre interviste: una al Coordinatore

¹⁰⁸ Il paragrafo relativo all’assistente sociale è stato scritto da Carla Moretti, quello sull’educatore da Ugo Ciaschini e quello sull’operatore socio sanitario da Elena Spina.

dell'Ambito Sociale XX, una al Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, una al Responsabile di una cooperativa. È stato presentato il caso che segue:

La sig.ra M. comunica all'assistente sociale del comune una forte sofferenza psicologica che le impedisce di farsi carico dei figli S., 8 anni, e G., 4 anni. L'assistente sociale aveva conosciuto il nucleo due mesi prima, quando erano emerse delle difficoltà a livello scolastico nel primo figlio. La signora racconta di non riuscire ad affrontare la quotidianità e di vivere con ansia ogni richiesta di impegno, non sente la comprensione del marito e chiede un aiuto all'assistente sociale. L'assistente sociale contatta il servizio di salute mentale per un progetto di presa in carico. L'Equipe del servizio specialistico ritiene opportuno un ricovero nel reparto di Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura per ulteriori approfondimenti della situazione, a tale intervento segue un inserimento della signora in un centro diurno del territorio.

Il contesto situazionale

La situazione si riferisce a una persona, madre di due figli ancora in tenera età, che manifesta un malessere psicologico tale da non permetterle di esercitare adeguatamente le proprie funzioni genitoriali e di affrontare serenamente le normali attività quotidiane.

Gli impegni che la **donna** è spesso chiamata ad assolvere su diversi versanti (gestione del menage domestico, accudimento dei figli ed eventuale attività lavorativa) possono portarla ad una situazione di affaticamento e logorio che, in assenza di un adeguato sostegno del **compagno**, rischiano di farla sentire sempre più sola, sovraccaricata ed emotivamente fragile, con negative ripercussioni sulla qualità dell'attività di cura dei figli. L'eventuale supporto proveniente dalla **rete parentale**, pur potendo alleggerire il carico di impegni che grava sulle spalle della donna, non si rivela sufficiente ad aggredire la problematicità della situazione nel suo complesso. Lo stato di fragilità può rendere la donna meno incline a coltivare i rapporti **amicali** e di **vicinato**, oltre che determinare una sostanziale perdita d'interesse nei confronti di eventuali contesti **associativi** e sportivi di cui era partecipe. L'ansia e l'instabilità con cui viene vissuto il quotidiano possono inoltre pregiudicare la produttività della signora nell'attività **lavorativa** eventualmente svolta, con la conseguente possibilità che la stessa abbandoni tale attività o ne venga estromessa per altrui volontà (datore di lavoro). La dimensione personale e quella istituzionale della rete della signora possono conoscere un progressivo ridursi dei loro elementi via via che lo stato di malessere della stessa si accentua al punto da non rendere possibile la regolare prosecuzione delle attività che ne scandivano le giornate.

Guardando alla dimensione del **sostegno**, il fatto che le difficoltà scolastiche di uno dei figli siano già giunte a conoscenza dell'assistente sociale del comune lascia presumere che le strategie poste in essere dalla famiglia per farvi fronte abbiano conosciuto un fallimento e questo può essere un elemento rivelatore del livello di gravità di tali difficoltà, che potrebbero essersi manifestate sulla sfera degli apprendimenti e del comportamento. È quindi presumibile che la famiglia abbia già intrattenuto relazioni con il servizio sociale, quanto meno in vista dell'individuazione di possibili interventi con cui affrontare le problematiche scolastiche del minore. La richiesta d'aiuto esternata dalla signora alla stessa assistente sociale prelude ad un allargamento della rete di aiuto, originato dal coinvolgimento del servizio di salute mentale e dai successivi passi da questo mossi per approfondire la situazione. È presumibile che il ricovero presso il reparto di Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e la successiva decisione di procedere

all'inserimento della signora in un centro diurno del territorio determinino la necessità di reperire altre figure preposte all'aiuto da immettere nella rete di sostegno della famiglia al fine di attutire il peso degli effetti connessi alla limitata presenza della signora nell'abitazione familiare. La situazione creata potrebbe far registrare sia un dinamismo spontaneo della rete di sostegno attraverso un più intenso coinvolgimento di parenti e conoscenti nel sopperire alle fasi di assenza della signora, sia l'attivazione di nuovi reticoli per diretta iniziativa degli operatori, che potrebbero aver chiamato in causa e mobilitato le risorse dell'associazionismo e del volontariato. Resta ferma la necessità di approfondire le dinamiche sottostanti al presunto scarso sostegno del marito, per poter prefigurarsi l'entità e la qualità della collaborazione che questi potrà garantire nelle fasi in cui si snoderà il processo d'aiuto, per quanto concerne sia l'apporto al menage familiare sia la vicinanza e il conforto alla moglie.

Le relazioni di aiuto attivate dell'assistente sociale

Le assistenti sociali che partecipano al focus, **a livello istituzionale e di mercato**, operano nel Centro di Salute Mentale dell'ASUR, nei comuni e nell'Ambito Sociale.

L'assistente sociale del comune, che accoglie la richiesta dell'utente, dopo un'analisi della situazione prede contatto con il centro di salute mentale. Tale servizio, considerato lo stato di sofferenza psicologica della signora, ritiene opportuno un ricovero in ospedale. L'assistente sociale del Centro di Salute Mentale effettua una analisi per capire i problemi dell'utente, conoscere la situazione familiare e parentale, individuare possibili persone di riferimento.

Ponendosi la necessità di valutare la situazione dei minori, l'assistente sociale contatta gli operatori del consultorio. Per i bambini possono essere individuati dei luoghi per un'accoglienza temporanea, in attesa di capire come può evolvere lo stato di salute della madre. Un intervento così orientato richiede una forte integrazione tra gli assistenti sociali dei tre servizi coinvolti: il comune, il Centro di Salute Mentale e il consultorio: *“è vero che ciascuno ha il suo posto, il suo ruolo e il suo mandato però è anche vero che è importante fare chiarezza su chi fa che cosa”*. È necessario definire come sarà effettuata la presa in carico e quali relazioni di sostegno saranno attivate da ciascun operatore.

L'assistente sociale dell'Ambito, svolgendo la sua attività nel Punto di Accoglienza Territoriale (PUA), può facilitare il contatto dell'utente con i gruppi di mutuo aiuto presenti nel territorio, tale intervento andrà a rafforzare la dimensione del sostegno della signora.

Nell'Ambito Sociale, l'attivazione del PUA ha rappresentato un momento di forte integrazione tra sociale e sanitario. Particolare attenzione è stata data alla fase di accoglienza, valorizzando gli aspetti sociali e ridimensionando quelli sanitari che in precedenza risultavano prevalenti.

L'approccio che a volte l'assistente sociale utilizza nella presa in carico è di tipo educativo, soprattutto nelle situazioni familiari molto problematiche, in questo si può intravedere un **confine** con il lavoro dell'educatore: *“penso che ci siano degli approcci metodologici che possono confluire su determinati obiettivi (...) c'è una grossa collaborazione tra educatore che va nella famiglia e assistente sociale nella definizione del progetto educativo”*. Questo aspetto è condiviso dagli assistenti sociali che lavorano da diversi anni, in quanto agli inizi della loro attività professionale l'unica figura del sociale era l'assistente sociale, poi si sono specializzate altre funzioni come quella educativa. Il rischio che si può configurare è quello che: *“tutti possano fare tutto”*. È necessario invece distinguere tra le indicazioni educative, che possono essere date a una famiglia problematica con minori e il lavoro educativo svolto dall'educatore che ha una formazione specifica. Si può utilizzare uno stesso strumento, come l'ascolto, ma con approcci e obiettivi diversi. Si può parlare di confini se ciascuno conosce bene il proprio ruolo: *“se ciascuno sa chi è, è*

difficile che ti confondi con l'altra, anche se poi ci si può contaminare e comunque ciascuno rimane con la sua specificità.”

La percezione dei confini è anche connessa al riconoscimento del proprio ruolo: “*gli operatori sono cresciuti sul confine da una vita e ancora una volta siamo pronti ad entrare nel confine quando non è più una ferita, ma quando invece c'è un lavoro che va riconosciuto*”. Questa “ferita” è collegata alla intercambiabilità delle funzioni, situazione che si verifica frequentemente nelle cooperative.

In relazione alla **dimensione professionale** gli assistenti sociali sottolineano la particolare situazione in cui si trova la professione rispetto al mancato riconoscimento del ruolo direttivo, nonostante un percorso formativo specialistico che prepara ad assumere tale ruolo. L'Ambito Sociale ha evitato di riconoscere il ruolo di coordinamento attribuendo, a rotazione tra le tre assistenti sociali dei comuni, una funzione di referente che in realtà si configura come un vero e proprio coordinamento senza riconoscimento.

Tra gli assistenti sociali presenti al focus una di loro, che opera in un comune, ha una posizione di responsabilità rispetto alle procedure amministrative e coordina il centro diurno. In relazione a questo incarico di coordinamento ha la responsabilità del budget, segue gli aspetti organizzativi della struttura e l'attività educativa.

Forte rilievo viene dato alla formazione; a tal fine l'Ambito Sociale è stato promotore di un progetto di formazione continua sull'approccio integrato di rete, che ha coinvolto tutti gli operatori del sociale e del sanitario. Tale iniziativa ha favorito la collaborazione tra operatori in un'ottica multiprofessionale offrendo l'opportunità di esplorare le aree di confine. Un altro obiettivo importante della formazione è potenziare le competenze relazionali, elemento di base del lavoro con la persona.

Nell'area della salute mentale gli assistenti sociali hanno **competenze** relative alla definizione e realizzazione del progetto di intervento con l'utente e la famiglia e all'attivazione della rete territoriale, oltre a promuovere l'organizzazione di gruppi di mutuo aiuto.

Gli interventi messi in atto richiedono una forte collaborazione tra gli operatori, collaborazione resa possibile anche dalla condivisione di una modalità di lavoro in rete che sostiene l'operatività degli assistenti sociali.

Le relazioni avviate dall'educatore

Il ventaglio delle attività espletate dall'educatore professionale in quest'area, pur assumendo una propria connotazione specifica in relazione al contesto operativo di riferimento, presenta alcuni tratti che accompagnano in maniera trasversale il processo di lavoro, orientandone lo sviluppo coerentemente alla progettualità più ampia definita nella **dimensione istituzionale e del mercato**. Tra i contesti entro cui collocare la costruzione della relazione d'aiuto rispetto al caso prospettato, le tre figure educative che hanno partecipato al focus group fanno innanzitutto riferimento al centro diurno e al servizio sollievo (servizio in cui operano due delle figure intervenute, una delle quali con il ruolo di coordinamento). All'interno di tali realtà gli elementi che accomunano le azioni prefigurate si appuntano nella funzione di accoglienza dell'ospite e di mediazione della relazione di questi con gli operatori interni e con le diverse figure che ruotano nell'orbita della struttura; fra queste ultime vengono menzionati gli operatori esterni incaricati di proporre e coinvolgere gli utenti in attività specifiche (fisiche, musicali, laboratoriali, artistiche), che non necessariamente possiedono una formazione ed una preparazione mirata alla peculiarità della condizione esistenziale degli utenti cui si rivolgono.

Spostando la propria azione sul versante territoriale, questa funzione mediativa si ripropone anche nelle azioni finalizzate a sostenere gli utenti all'esterno, ad esempio nell'ambiente

lavorativo, dove viene molta sentita l'importanza di accompagnare e favorire la creazione delle condizioni che garantiscano il positivo evolversi di un'esperienza che assume un elevato contenuto terapeutico ai fini del ripristino o raggiungimento di un'accettabile condizione di autonomia e benessere. L'educatore attribuisce al proprio profilo anche una connotazione rivolta "al pratico, alla quotidianità" degli utenti, che, specie nella dimensione dell'intervento domiciliare, si traduce: *"con l'aiuto nella gestione della casa, magari aiutarli a organizzare l'aspetto della cucina, dell'ordine, nella gestione, pagare le bollette, ecco, queste cose qui un po' più pratiche ..."*.

L'educatore, lungi dal limitare la propria attenzione all'utente visto come soggetto avulso rispetto al sistema d'appartenenza, mantiene uno sguardo che allarga i propri confini, ricomprendendovi anche le persone che gravitano nella realtà relazionale dell'utente stesso (ad esempio i bambini), onde poter rilevare l'emergere di eventuali aspetti problematici e farsene portavoce nei momenti di équipe. Non manca la dimensione del lavoro con i familiari dell'utente, che prende corpo con incontri effettuati insieme al medico psichiatra, volti ad offrire loro l'aiuto funzionale ad una migliore gestione delle criticità connesse al disturbo mentale.

Il ricorso al servizio di sollievo viene collocato dalle educatrici che vi operano nella fase conclusiva del progetto in quanto il contenuto delle attività proposte, fortemente orientato alla socializzazione, presume la presenza di un buon livello di autonomia cui, attraverso il percorso riabilitativo, dovrebbero essere riuscite a pervenire le persone che vi accedono: *"il sollievo [...] ha un contenimento che non è dato dalla struttura, ma è dato da una relazione perché noi ci incontriamo in una sede e poi le attività sono molto libere, sono attività molto portate all'intesa, alla socializzazione, all'integrazione ..."*. La concretizzazione dell'inserimento è quindi successivo ad un progetto che viene pensato e predisposto dai servizi sociali del comune e dai servizi sociali della psichiatria, la cui implementazione non prescinde da una valutazione del caso cui procede la coordinatrice del servizio, d'intesa con i servizi proponenti: *"il lavoro come coordinatrice è proprio questo: di analisi della situazione, di raccordo con gli operatori sia interni al sollievo, ma anche esterni, con anche un lavoro di contatto con le équipe territoriali perché questa è una cosa per me fondamentale ..."*. Avvenuto l'inserimento, la funzione dell'educatore si esprime con attività simili a quelle espletate nel centro diurno: *"spiego un po' com'è il funzionamento del servizio, si cerca un po' di inserire la persona nel gruppo e di fare insieme queste attività individuando anche le caratteristiche e gli interessi della persona stessa"*. La rilevazione di elementi che si configurino come possibili rivelatori di problemi e difficoltà del soggetto vengono portati all'attenzione del proprio coordinatore referente e condivisi con l'équipe di riferimento, anche in occasione delle periodiche riunioni d'aggiornamento. Di tali momenti viene ribadita l'importanza in quanto si configurano come spazio per esplorare l'evolversi della condizione del paziente, soffermarsi su eventuali difficoltà e procedere alla modifica e trasformazione degli obiettivi iniziali. Una delle potenzialità maggiori di questo tipo di servizio deriva dalla visuale privilegiata che l'educatore avrebbe modo di assumere rispetto ai passi evolutivi mossi dall'utente: *"noi osserviamo i ragazzi, noi li vediamo nelle relazioni al di fuori, quindi quando escono, quando sono in mezzo alla gente e quindi vediamo una parte del loro modo di essere in relazione diversa e quindi permettiamo anche di aggiungere quel tassello in più rispetto ad una situazione più chiara e globale della persona"*.

Con riferimento ai confini entro cui calare il proprio intervento, questi, se possono essere ben chiari nella "testa" dell'educatore, vengono ad essere minati dalla forte carenza di personale di cui soffrono i servizi. È soprattutto la scarsa presenza di psicologi a determinare una situazione ambigua e contraddittoria poiché alcune delle loro funzioni finirebbero con l'essere impropriamente svolte dall'educatore, ad esempio, quando questi agisce individualmente a domicilio dell'utente e si trova ad ascoltare problematiche che considera non di propria competenza: *"quando ti ci trovi davanti non è che puoi dire 'va bè, adesso un attimo, questo non è il mio campo', un minimo devi comunque ...nei limiti si fa"*. Come afferma la coordinatrice del

servizio sollievo, gli utenti mostrano di aver bisogno di essere ascoltati anche in luoghi non strutturati, diversi da quelli istituzionali; in tali situazioni per l'educatore si pone il problema di come gestire e padroneggiare eventuali contenuti e informazioni che sente travalicare il proprio ambito di competenze, per il cui approfondimento ritiene più indicato l'accoglimento in un diverso spazio e l'intervento di un diverso professionista (appuntamento, lo psicologo).

La fase dell'ascolto sembra quindi rappresentare il momento in cui le diverse professionalità s'intrecciano di più: *"tutte queste professioni nascono come comunque come professioni di ascolto, poi ognuna appunto fa di quello che ascolta, fa una cosa diversa, l'analizza in modo diverso, però credo che sia quello il momento in cui poi sia più difficile mantenere fermo il proprio ruolo"*.

Il rischio di trovarsi ad agire compiti pertinenti ad altri profili non sembra profilarsi con riferimento all'operatore socio sanitario: *"io penso che, lavorando con gli oss, io non sarei capace di fare l'oss; penso che nell'oss ci sia una competenza tecnica che io per esempio non sento di avere, cioè un settore in cui io assolutamente non riuscirei a sconfinare ..."*.

Volgendo la sguardo alla dimensione **professionale**, uno degli aspetti su cui la formazione riesce a costruire meno sarebbe, a detta del Vice-presidente di una cooperativa, quello relativo alla flessibilità e alla disponibilità a riadattarsi ai contesti: la professione educativa non può infatti aspirare a costruire "una specializzazione assoluta e fortissima" perché è chiamata ad intervenire in campi estremamente eterogenei, che prospettano modalità di lavoro fra loro differenti. Ciò, una volta usciti dall'università ed entrati nel mondo lavorativo, può incidere sulle aspettative riferite al ruolo e sulla capacità di gestire ed entrare dentro quel ruolo: *"quindi tu ti trovi con le nuove figure che ti chiedono molto una definizione chiarissima di identità, di linee di confine e di dire: 'No, questo casca dall'altra parte, quindi io, questo non mi tocca, non c'ha a che fare con me, né con il mio percorso formativo'"*. Invece, secondo l'intervistato, nel sociale le persone che "funzionano" sarebbero quelle più disposte a mettersi in gioco intorno alle linee di confine: *"chiaramente senza svalutare la professionalità specifica delle persone, però in qualche modo è chiaro che in determinate dinamiche funziona quella persona che è più disposta a valicare il confine"*. Occorre quindi vedere oltre il problema delle competenze in senso stretto e soffermarsi sul "tipo di approccio mentale che le persone hanno rispetto al lavoro"; tale approccio dovrebbe condurre ad elaborare la *mission* del servizio in cui si è inseriti e quindi, rispetto a questa, a: *"ricomprendere quali sono le cose utili o gli atteggiamenti o la metodologia o gli strumenti utili o necessari"*, senza la pretesa di poter sempre "riproporre schemi e competenze pre-apprese o sperimentate in precedenza". Così, se le persone entrano in questa logica: *"riesci a lavorare. Tanto i servizi nostri funzionano in ragione del fatto che funzionano le persone che li agiscono. Come nel lavoro sociale non c'è un altro lavoro perché in altri lavori metti il macchinario fatto bene, cioè c'hai una serie di modi per rimediare a queste cose, ma da noi non c'è altra possibilità"*.

Alla luce degli elementi emersi, l'educatore nell'area della salute mentale sembra porre innanzitutto in essere una serie di attività facilitanti (di accoglienza, informazione, sostegno, mediazione) che gli conferiscono una funzione di filtro, con cui consentire a soggetti che parlano probabilmente linguaggi diversi (quali l'utente e gli operatori esterni che propongono attività specifiche in struttura) di costruire relazioni reciprocamente significative e porre le premesse per conferire senso e qualità alle iniziative imbastite. La promozione delle risorse espressive del soggetto, delle sue capacità di rapportarsi con gli altri e di essere attivamente partecipe di un contesto relazionale protetto sembra costituire una delle competenze specifiche dell'educatore, chiamato a cogliere quelle dinamiche prodotte dall'interazione tra individuo e contesto, su cui far leva per potenziare le risorse dell'individuo stesso ed aiutarlo ad uscire dallo stato di chiusura, isolamento ed emarginazione in cui spesso versa. Come affermato da una figura direttiva del Dipartimento di Salute Mentale, *"l'educatore è un ponte tra il sanitario e il sociale"* e svolge una funzione intermedia che, partendo da presupposti di tipo sanitario legati alla specificità della

patologia di cui il paziente soffre, accompagna quest'ultimo: *“ad un possibile recupero della cittadinanza, quindi ad un rientro all'interno di una società, piuttosto che all'interno di una solitudine familiare”*. All'educatore si chiede di contribuire alla realizzazione di progetti individualizzati, lavorando in quello spazio e in vista di quegli obiettivi, la risocializzazione e la riabilitazione dei pazienti, per il cui raggiungimento la terapia farmacologica o quella psicoterapica, da sole, possono non essere sufficienti: *“il lavoro relazionale è il massimo strumento che noi abbiamo in psichiatria”*. Ed è a partire da questo lavoro che l'educatore può esprimersi efficacemente in quelle “zone” operative che si pongono sul confine rispetto ad altri professionisti; è infatti in queste zone che sembra venire in rilievo la sua immagine di “traghetto”, che accompagna il passaggio del paziente: *“dall'interno della famiglia all'esterno, attraverso i servizi che l'assistente sociale o il medico danno per loro competenze”*.

La relazione di aiuto attivata dall'operatore socio sanitario

Sebbene al focus group abbia preso parte soltanto un'operatrice socio sanitaria, che esercita l'attività all'interno di un reparto ospedaliero, anche grazie al contributo offerto dai soggetti intervistati le informazioni emerse sono numerose e consentono di portare alla luce tanto gli elementi che compongono la dimensione professionale, quanto quelli che definiscono la dimensione istituzionale della figura occupazionale in oggetto.

Riguardo alla **dimensione professionale**, si osserva una certa asimmetria tra la percezione dell'operatore e quella dei soggetti intervistati, specie per quanto riguarda l'incidenza della loro attività sulle dinamiche e sugli equilibri di politica socio-sanitaria. Il punto di vista dell'operatrice fa emergere una certa indeterminatezza nella definizione del profilo e delle competenze ad esso richieste: *“Non siamo né carne né pesce [...] siamo ruolo tecnico [...] neanche con la terza s si passerà al ruolo sanitario”*. Tale consapevolezza porta probabilmente gli operatori a percepirsi come elementi collaterali all'interno dei contesti di lavoro in cui altre figure risultano, invece, ben più definite, benché attribuiscono importanza e valore all'attività svolta. Chiara sembra, invece, a riguardo la prospettiva del Coordinatore d'Ambito che attribuisce all'operatore socio sanitario: *“un ruolo proprio tra virgolette da operai, operai del sociale, un ruolo che è fondamentale, però non incidono poi nelle dinamiche”*. Tale prospettiva sembra essere in parte smentita nel momento in cui lo stesso intervistato passa ad analizzare la **dimensione istituzionale e di mercato**, relativa cioè alle competenze che di fatto vengono richieste agli operatori. L'assenza di soggetti preposti alla funzione educativa suggerisce di estendere le competenze degli operatori socio sanitari anche al di fuori di quelle tipiche del lavoro: *“da operai”* per cui tali figure sono state pensate ed istituite. A seguito dell'emanazione della legge regionale n. 20 del 2002¹⁰⁹, che permette di estendere l'intervento dell'operatore socio sanitario nell'ambito di strutture e servizi a ciclo semiresidenziale e residenziale, si è fatto ampio ricorso a tale figura che, dato il contesto lavorativo, si trova necessariamente a svolgere funzioni “altre” rispetto a quelle evidenziate nella definizione del profilo: *“il lavoro assistenziale è la parte maggiore che va sviluppata ed è una parte educativa fondamentale e quindi su questo sì, c'è un grosso sconfinamento da parte dell'operatore socio sanitario”* (Coordinatore d'Ambito). In realtà, quello che dall'intervistato viene definito “sconfinamento”, ovvero l'insieme di funzioni che appaiono collaterali rispetto a quelle specificatamente richiamate dalla normativa istitutiva del profilo occupazionale, sembrano rappresentare, per l'operatrice intervenuta al focus group, una componente essenziale, quasi imprescindibile, dell'attività di sua competenza: *“il lavoro nostro in ospedale non è soltanto magari legato solamente ad una persona, noi ci stiamo parecchio tempo con le persone, ci sono anche altre*

¹⁰⁹ Il riferimento è alla Legge regionale 6 novembre 2002, n. 20, *“Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale”*.

attività da svolgere[...].Noi iniziamo la mattina per prima cosa prepariamo la colazione e dopo facciamo il giro letti e nel momento giro letti è importante perché comunque lì tu percepisci tanto, osservi, guardi i movimenti, tante piccole cose". Oltre alle attività relative alla cura della persona, che vanno dall'igiene personale alla sistemazione degli effetti personali fino alla pulizia dell'ambiente, l'operatore socio sanitario dedica una parte consistente del suo tempo all'osservazione e all' "ascolto attivo" dell'utente, ritenute funzioni essenziali nell'ambito del processo di aiuto: "cerchiamo anche di coinvolgere queste persone in piccole attività ludiche, quelle che si possono fare in un ospedale, molto importante è l'ascolto il contatto con la persona perché se noi siamo empatici la persona si comincia a fidare e da lì puoi percepire tanto". Ancora una volta emerge dunque l'importanza attribuita dall'operatore socio sanitario all'adozione di un approccio empatico e alla necessità di porsi in una condizione di ascolto affinché l'utente si senta accolto e possa fidarsi del soggetto con cui interagisce con maggiore frequenza. Su tale abilità dell'operatore influiranno certamente sia le sue attitudini personali, quindi la sua capacità di essere comunicativo ed empatico, sia le sollecitazioni provenienti dal confronto con altre componenti professionali con le quali entra in contatto nello svolgimento dell'attività lavorativa. La dimensione del confronto e soprattutto della collaborazione emerge in modo rilevante dal focus group tanto da essere posta come un aspetto cruciale ed imprescindibile nella relazione d'aiuto messa in atto. L'operatrice socio sanitaria enfatizza il ruolo giocato dall'equipe e l'importanza rivestita dallo scambio di informazioni tra i suoi componenti: "non è che io ascolto la persona attentamente e poi me la tengo per me (riferito all'informazione). Allora non lavorerei bene assolutamente". Il termine "informazioni", del resto, ricorre in maniera molto frequente durante i suoi interventi nell'ambito del focus group. Emergono a riguardo due aspetti di rilievo: il primo fa riferimento alla tipologia di informazioni che vengono condivise, il secondo, all'identità professionale dei soggetti che l'operatrice definisce "colleghi". Guardando al primo aspetto rileva come sia: "molto importante il passaggio di qualsiasi informazione riguardo ai pazienti perché tutto aiuta la persona". L'idea di fondo è che ogni nuovo dettaglio, emerso dall'osservazione dell'utente o acquisito in qualunque altro modo, sia utile per conferire completezza al quadro situazionale dell'assistito e funzionale, quindi, alla costruzione di un piano terapeutico che sia il più adeguato possibile. Non esistono, in quest'ottica, informazioni banali, ovvero dettagli che possano essere trascurati e questo aspetto rimanda alla seconda questione evidenziata che fa riferimento all'integrazione e allo scambio tra gli operatori che a vario titolo intervengono nel processo d'aiuto. Questi ultimi, indipendentemente dal ruolo e dalla professionalità messa in campo da ciascuno, vengono definiti colleghi dall'operatrice socio sanitaria. Sebbene faccia esplicito riferimento ai membri della sua stessa categoria occupazionale, agli infermieri, alla caposala e al medico, ovvero alla componente sanitaria dell'equipe, implicitamente rimanda anche alle figure sociali che prenderanno in carico il caso, nel momento in cui asserisce che le informazioni acquisite saranno utili: "alla riflessione sia se (il soggetto) torna a casa sia se va in una struttura riabilitativa". Le dichiarazioni dell'operatrice, oltre a mettere in evidenza come l'utente ricopra una posizione di centralità nell'orientare la sua attività quotidiana, rendono conto di come la dimensione relazionale, sia nei confronti dell'assistito, sia rispetto ai membri dell'equipe, eserciti una funzione chiave nel mettere in atto il processo di aiuto e nell'influenzare l'andamento dello stesso.

Guardando alle competenze dell'operatore socio sanitario gli esiti della ricerca empirica portano a concludere come per quest'ultimo non sia così semplice operare una distinzione netta tra *competenze specifiche* e *competenze di confine* proprio in virtù di quella indeterminatezza nella definizione del profilo cui si è accennato in precedenza. L'attività viene infatti percepita come ampia, non delimitata da rigidi steccati e che, come tale, richiede un certo grado di flessibilità, intesa come capacità e disponibilità a colmare quegli spazi che talvolta l'organizzazione del

servizio lascia scoperti. Tale considerazione sembra essere condivisa anche dal Responsabile di una cooperativa sociale che, durante l'intervista, segnala come molto spesso un'eccessiva rigidità in tal senso limiti pesantemente, fino a comprometterlo, il lavoro svolto. In particolare l'intervistato fa riferimento alla questione della: "*invasione di campo*" che può portare alcuni operatori al rifiuto di svolgere alcune attività perché non espressamente previste (in tal caso cita il rapporto tra operatori socio sanitari ed educatori) o, al contrario, a voler eseguire mansioni pur non avendone effettivamente titolo (in questo caso porta, come caso emblematico, quello dell'operatore socio sanitario e dell'infermiere). Suggerisce, a riguardo, di: "*lavorare sugli equilibri*" intendendo con ciò che, poiché: "*è centrale la missione del servizio, che è quella di far star bene le persone*", diventa necessario superare le rigidità insite nel concetto di ruolo per dare priorità alla relazione, vista come lo strumento metodologico privilegiato per porre in essere percorsi assistenziali e di cura che riportino al centro l'utente e la sua problematica.

8.3.6 Area della disabilità grave¹¹⁰

Il caso

L'analisi del settore della disabilità è stata effettuata a Pesaro, con riferimento al territorio dell'Ambito Sociale I e alla Zona Territoriale Asur n. 1 – Pesaro. Al focus group hanno partecipato 13 operatori, di cui 3 assistenti sociali, 5 educatori, 5 operatori socio sanitari. Sono state effettuate tre interviste: una al Coordinatore d'Ambito, una al Direttore di Distretto e una ad un Responsabile di una cooperativa sociale. Il caso presentato è il seguente:

La sig.ra B., madre di una giovane di anni 25 affetta da una grave forma di disabilità e dotata di limitate autonomie nello svolgimento di funzioni proprie della vita quotidiana, chiede un aiuto all'assistente sociale comunale in seguito a sopravvenute difficoltà familiari che non rendono più possibile prestare la necessaria assistenza alla ragazza in ambito domiciliare. In favore della giovane è già attivo un intervento educativo domiciliare, per tre mattine alla settimana, servizio che in relazione alle nuove criticità emerse nella dimensione familiare non viene ritenuto più adeguato alle esigenze della ragazza. Si pone pertanto l'urgenza un nuovo progetto individualizzato relativo alla ragazza, al fine di adeguarlo anche alle mutate condizioni organizzative della famiglia d'origine.

Il contesto situazionale

La situazione di un caso di grave disabilità si riferisce ad un soggetto con limitata autonomia nello svolgimento di funzioni proprie della vita quotidiana. Tale limitazione richiede un impegno e una presenza costante dei **familiari** affinché il disabile possa permanere nell'ambito domiciliare. Il nucleo familiare di riferimento potrebbe svolgere, in tal senso, una funzione di mediazione che favorisce il contatto del disabile con il mondo esterno e quindi attenuare il senso di isolamento che questi molto spesso vive in considerazione del suo stato. Appare infatti improbabile che, date le sue condizioni psico-fisiche, il soggetto possa aver avuto modo di intessere legami con quelle **realità aggregative** che tipicamente connotano l'orizzonte delle esperienze dei bambini e dei ragazzi (società sportive, centri ricreativi, oratori, ecc.). Allo stesso modo è altamente probabile

¹¹⁰ Il paragrafo relativo all'assistente sociale è stato scritto da Carla Moretti, quello sull'educatore da Ugo Ciaschini e quello sull'operatore socio sanitario da Elena Spina.

che il soggetto non abbia mai sperimentato contatti con il **mondo del lavoro** e che pertanto la rete di conoscenze legata a tale ambito sia del tutto assente.

Lo stesso isolamento vissuto dal disabile potrebbe, peraltro, riflettersi sulla famiglia in considerazione dell'assorbimento di risorse da riservare all'assistenza e alla cura della persona. Il supporto della **rete parentale** può alleviare il carico di impegni che la famiglia è chiamata ad assolvere, oltre a contribuire alla creazione di ulteriori legami da coltivare all'esterno. Va anche rilevato che, nel tempo, con buona probabilità, il supporto della rete parentale può affievolirsi; in ogni caso, tuttavia, la parentela non è in grado di sopperire completamente al venir meno della principale presenza assicurata dalla famiglia. Qualora tale ipotesi dovesse concretizzarsi, si renderebbe necessario un ampliamento della rete dei soggetti da coinvolgere nel processo di auto e una mobilitazione ulteriore di quelli che già sono attivi. Questo dinamismo può favorire un flusso di informazioni che permette alla famiglia di venire a conoscenza di **realità associative** che sul territorio offrono servizi di varia natura rispetto alla problematica. Frequentemente nell'area della disabilità la presenza delle varie forme di associazionismo è piuttosto diffusa e si pone come supporto integrativo delle risorse della famiglia, favorendone l'uscita dall'eventuale isolamento, e dei servizi, ampliandone il ventaglio di opportunità offerte.

Nelle situazioni in cui subentra un problema familiare, evento che spesso si rileva nell'arco del ciclo di vita di una famiglia, si intensifica la richiesta di aiuto da parte della stessa. All'intervento che i **servizi** presumibilmente già attivano in una situazione di disabilità grave (assistenza domiciliare educativa e interventi riabilitativi di varia natura), si aggiungono quelli necessari a sopperire all'eventuale difficoltà che la famiglia si trova ad affrontare. Alla luce di alcuni elementi, riferibili all'età del disabile, alla gravità della sua condizione, alle caratteristiche del nucleo familiare ma anche alle risorse offerte dal territorio, si può ipotizzare che il conseguente ampliamento della rete possa essere orientato sia ad un potenziamento dell'intervento già in essere (in termini di ore), sia all'individuazione di **nuovi servizi** erogati in regime semiresidenziale o residenziale. Qualora si ritenga opportuno procedere all'attivazione di un nuovo servizio, si incrementeranno le figure che gravitano nel sistema di auto e ciò determinerà un allargamento non solo delle relazioni che si instaurano tra l'utente e gli operatori coinvolti, ma anche delle interazioni tra tutte le figure di sostegno che intervengono nel processo.

Le relazioni di aiuto attivate dall'assistente sociale

Nel caso specifico analizzato operano assistenti sociali che, rispetto alla loro **dimensione istituzionale e di mercato**, appartengono o al Servizio Unità Multidisciplinare Età Adulta (UMEA) dell'Asur o all'ente locale (comune, Ambito Sociale). Le finalità di ciascuna organizzazione e le competenze degli operatori sono state definite da protocolli d'intesa che delineano i processi operativi nel settore della disabilità. In tal senso le assistenti sociali riconoscono che a sostenere il loro lavoro c'è una chiara definizione delle loro funzioni, anche se poi nella realtà devono tener conto di specificità proprie del contesto in cui lavorano. Queste specificità a volte possono modificare parzialmente le modalità operative di un'assistente sociale rispetto a quanto definito dagli accordi tra servizi: situazione che è vissuta maggiormente dall'assistente sociale di un comune di piccole dimensioni. Una di loro evidenzia che, sebbene il servizio a cui la famiglia dovrebbe rivolgersi è l'UMEA, solitamente il primo contatto è con il comune. In questi casi l'assistente sociale accoglie la domanda di aiuto e procede comunque ad una analisi della situazione, poi nel caso in cui si renda necessario un intervento specifico con l'utente, prende contatti con L'UMEA per facilitare un incontro con la famiglia.

Da evidenziare che nei comuni di piccole dimensioni non sono presenti altri operatori del sociale, l'assistente sociale si trova quindi ad occuparsi di tutti i settori d'intervento, svolgendo

anche funzioni amministrative che sottraggono tempo al lavoro con l'utenza e all'interazione con gli operatori di altri servizi.

L'assistente sociale dell'UMEA lavora, invece, con altre figure professionali: psicologi, logopedisti, e neurologi; il lavoro di équipe è centrale nell'attività del servizio e facilita la riprogettazione dell'intervento nel momento in cui cambiano le condizioni del soggetto o della famiglia. L'assistente sociale, oltre a svolgere le funzioni proprie di servizio sociale, coordina il lavoro dell'équipe e svolge un'attività di raccordo intra e interistituzionale.

Il processo di collaborazione tra le assistenti sociali garantisce un percorso di continuità nell'organizzazione delle risposte: c'è un lavoro di raccordo tra il sociale e il sanitario dove sono chiare le funzioni di ciascuno e non ci sono sovrapposizioni. Un'assistente sociale sottolinea che il servizio comunale ha un ruolo assistenziale, anche a livello economico, e l'UMEA ha una competenza specialistica, progettuale, in raccordo con la rete dei servizi territoriali.

Un elemento ritenuto determinante per raggiungere obiettivi condivisi è il prevedere nel progetto incontri sistematici tra operatori, oltre agli incontri con l'utente e la famiglia. Significative sono le parole di un assistente sociale: *“Quando le cose sono condivise, si ha la soddisfazione del proprio lavoro”*.

Un aspetto, invece, che sembra limitare la possibilità di poter attuare un intervento condiviso è la situazione che si viene a creare nei comuni di piccole dimensioni, dove l'assistente sociale deve seguire tutte le situazioni che si presentano e avere interazioni con gli operatori di tutti i servizi, questo va ad incidere sulla sua possibilità di partecipare costantemente ai momenti di raccordo.

La progettualità condivisa con la rete degli operatori e la verifica costante dell'intervento sono aspetti che sostengono e assicurano l'assistente sociale nelle fasi di attivazione degli interventi e che, quindi, andranno ad incidere positivamente nella costruzione della relazione di aiuto.

Nella situazione analizzata le assistenti sociali, nel momento in cui sopraggiungono nella famiglia nuove difficoltà, valutano la possibilità di attivare ulteriori servizi che siano di supporto alla rete familiare. A tal fine prevedono un inserimento della giovane in un centro diurno, la qual cosa consentirebbe di alleggerire il carico assistenziale della famiglia e alla ragazza di interagire con altre persone in un contesto organizzato. Tale intervento andrà ad ampliare **la dimensione del sostegno** dell'utente.

Rispetto alla **dimensione professionale**, le assistenti sociali, oltre alle competenze relative alla relazione di aiuto, svolgono anche funzioni organizzative; queste assumono caratteristiche differenti in base all'ente di appartenenza. Nell'Asur tali funzioni consentono di coordinare il lavoro dell'équipe, nel comune di assumere il ruolo di responsabile di settore. Per l'assistente sociale questo incarico non permette un passaggio di livello, ma eventualmente una posizione organizzativa o una progressione orizzontale con un riconoscimento economico.

La formazione continua costituisce un punto di forza nel lavoro delle assistenti sociali: *“l'istituzione di unità operative integrate tra operatori sociali e sanitari richiede costantemente il supporto formativo, non solo su tematiche specifiche, ma soprattutto sui processi di mediazione e gestione dei conflitti”*, sottolinea il Coordinatore d'Ambito.

Le **competenze di base** che l'assistente sociale mette in atto nell'area della disabilità sono orientate alla costruzione di una relazione di sostegno con l'utente e la famiglia; tale processo si realizza mediante la progettazione di interventi socio-assistenziali. In particolare l'assistente sociale ha il compito di prendere in carico l'utente, realizzare interventi sociali, attivare la rete territoriale a favore dell'utente e della famiglia, verificare gli sviluppi degli interventi. A queste si possono aggiungere competenze di coordinamento di gruppi di lavoro o di servizi. Nei comuni di piccole dimensioni l'assistente sociale ha anche competenze amministrative.

Rispetto alle **competenze di confine** con altri operatori, gli assistenti sociali concordano nel rilevare che l'organizzazione a rete dei servizi, attualmente presente nell'Ambito Sociale, definisce in modo chiaro le competenze e i confini di ciascuno, non si configura una sovrapposizione di ruoli, ma una integrazione mediante il lavoro di équipe.

Gli aspetti evidenziati dagli assistenti sociali durante il focus e dagli intervistati danno centralità all'organizzazione dei servizi come base essenziale per costruire un sistema efficace di risposte in ambito socio-sanitario. La cornice organizzativa di un servizio sembra costituire, a Pesaro, un punto di forza da consolidare e sviluppare ulteriormente. Inoltre, gli effetti positivi di una efficace organizzazione dei servizi, rassicurano l'utente sulla continuità degli interventi e sulla presenza di un punto di riferimento costante.

Le relazioni di aiuto da parte dell'educatore

Il riferimento che orienta lo sviluppo della progettazione da approntare in favore del disabile grave viene individuato nell'Unità Multidisciplinare per l'Età Adulta (UMEA), servizio al cui interno operano diverse professionalità, alcune delle quali affluiscono nell'Unità Valutativa d'Ambito (UVA), strumento tecnico di cui si è dotato l'Ambito Territoriale Sociale 1 per la valutazione e l'accesso unico ai servizi diurni e residenziali per persone disabili. L'educatore situa pertanto il proprio intervento in una dimensione progettuale di ampio respiro, che prende le mosse dal sistema incardinato sull'UVA ed orientato all'individuazione del percorso che possa offrire la risposta più adeguata alla situazione della disabile. La proposta di inserimento in un centro diurno, profilatasi in ragione delle mutate condizioni organizzative della famiglia d'origine, passa, peraltro, attraverso sia un coinvolgimento degli stessi familiari, sia un lavoro di conoscenza diretta della ragazza. E' in tali frangenti che viene in rilievo il ruolo dell'educatore, quale figura che può concorrere alla definizione del quadro valutativo della giovane, osservando e precisando le sue competenze e autonomie residue sul versante domestico e sociale, così da poter modulare il progetto che si va predisponendo.

Viene inoltre rilevata l'importanza di recuperare la dimensione storica del caso, tenuto conto che, essendo a favore della ragazza attivo un intervento educativo domiciliare, vi sono già dei dati che è possibile raccogliere per capire come meglio ridefinire il percorso, magari intensificando l'assistenza domiciliare, visto che quella era stata ritenuta fino a quel momento la risposta più adatta. È interessante rilevare come le considerazioni espresse dai partecipanti al focus group circa la dimensione operativa del ruolo educativo seguano due tracciati che sembrano riflettere la diversa posizione, di coordinamento o di "lavoro in prima linea", occupata nel **contesto lavorativo d'appartenenza**. Mentre le figure educative con funzioni organizzative sottolineano, nella definizione degli interventi cui procedere, la centralità dall'azione decisionale e strategica degli organismi dei servizi pubblici istituzionalmente preposti nel settore della disabilità adulta (UMEA. e UVA), quelle che lavorano a contatto con l'utenza non ne fanno menzione e sembrano più proiettate ad un intervento diretto sulla ragazza (per approfondirne la conoscenza e accompagnarla nel percorso di cambiamento che sta avvenendo nella sua famiglia) e sulla famiglia (per attenuare il "disordine" con cui generalmente si rivolge agli operatori ed aiutarla a meglio orientarsi nel sistema dei servizi). È probabile che il fatto di ricoprire una funzione di coordinamento richieda agli educatori un più immediato riferimento a quei soggetti di cui si compone il più ampio versante organizzativo e territoriale, anche in vista della definizione di accordi operativi in tal senso. Coloro che agiscono "sul campo" vedono, invece, come preminente il servizio d'appartenenza e il momento dell'incontro con la persona, premessa indispensabile per costruire, accogliendone i bisogni e i desideri, la relazione d'aiuto. In tal senso, assume rilievo una delle dimensioni peculiari del lavoro educativo con il disabile, quella mirata a

favorire nello stesso l'acquisizione e il rinforzo di abilità di base, l'apprendimento di competenze pratiche, il potenziamento, il recupero e lo sviluppo di alcune autonomie.

L'elemento trasversale che peraltro si coglie nei livelli operativi in cui può collocarsi la figura educativa sembra potersi rilevare nell'importanza attribuita all'approccio di rete, che vede ogni operatore costituire parte integrante di un progetto globale, che, attraverso la messa in atto di azioni integrate e non sovrappoventesi, è volto a favorire e mantenere nel tempo nuovi stati di equilibrio psico-fisico nell'utente e nel suo gruppo di riferimento. Significative al riguardo le parole espresse dalla coordinatrice del servizio di assistenza didattica ed educativa di una comunità socio-educativa riabilitativa: *"Non c'è sovrapposizione. C'è un'organizzazione che definisce chi fa che cosa. Nel Tavolo d'Ambito ognuno porta il suo pezzo, lo si mette insieme ... Lì si definiscono le tappe. Io la vivo come una ricchezza"*.

Viene, inoltre, particolarmente sentito il valore aggiunto creato dalla forte connotazione di sistema che l'Ambito Territoriale Sociale è riuscito ad imprimere all'organizzazione dei servizi per la disabilità, anche attraverso gli organismi costituiti (fra cui l'UVA). Si sono ratificate delle prassi che hanno permesso di prefigurare sia degli spazi per tradurre operativamente i principi del lavoro di rete, sia degli: *"strumenti per dare risposte più concrete alle famiglie"*. Le positive ricadute di questo sistema sono poi avvertite anche in termini operativi, laddove l'educatore vede nel lavoro di rete un elemento che ne **"ossigena"** l'azione **professionale** e che non minaccia di andare ad offuscare la chiarezza dei confini che ne delimitano le competenze rispetto ad altre figure, quale quella dell'assistente sociale. Al riguardo torna in rilievo la specifica attenzione che l'educatore riserverebbe alla cura dell'incontro relazionale con la persona, e che lo porta a considerare l'assistente sociale un *"riferimento"*, insieme al quale ridefinire e migliorare l'intervento da porre in essere. Spostando il discorso sulla formazione, questa, a detta del Coordinatore d'Ambito, dovrebbe prevedere una *"contaminazione maggiore con il territorio"*, con l'area dei servizi (quindi, più tirocini, più scambi con il territorio), affinché gli educatori, concluso il percorso universitario, non debbano: *"ricominciare da capo la loro attività quando si trovano a contatto con i servizi"*. Pare poi utile menzionare i nuovi bisogni che, sempre secondo il Coordinatore d'Ambito, la formazione continua dovrebbe abbracciare, attinenti al cambiamento delle tipologie della disabilità (aumento di patologie di natura psichiatrica, aumento di casi di autismo, aumento di giovani disabili con problematiche complesse, anche di tipo psichiatrico), alle modalità aggiornate della programmazione del Piano Educativo Individualizzato, agli aspetti della cura, della relazione e del lavoro di gruppo, in particolare in tema di mediazione e gestione dei conflitti.

Nel mettere le proprie competenze a disposizione di persone che vivono una condizione di disabilità, l'educatore è chiamato ad individuare interventi che ne potenzino le risorse residue, a partire dalle peculiarità rilevate nella fase valutativa. La conoscenza del disabile, anche attraverso il recupero di informazioni relative ad interventi pregressi già attivati in suo favore, permette di cogliere quelle potenzialità in lui ancora presenti, su cui modulare gli obiettivi riabilitativi e in relazione alle quali individuare gli strumenti idonei al raggiungimento di questi ultimi. Non si può però non considerare quanto l'operare dell'educatore si vada a collocare in un contesto molto strutturato, in cui è forte l'accento posto sulla dimensione dell'integrazione sociosanitaria (di cui l'UVA è *"il cuore"* e *"l'essenza"*) e del lavoro di rete. In questa cornice, l'educatore, come rileva il Coordinatore d'Ambito, deve: *"saper lavorare in équipe"*, oltre che avere una competenza specifica rivolta alle disabilità psico-fisiche, in particolare quelle *"in divenire"* sopramenzionate. La capacità di elaborare piani individualizzati, che tengano conto dei bisogni, delle aspettative, delle difficoltà e delle risorse degli utenti, si lega indissolubilmente alla capacità di saper lavorare in gruppo e di muoversi, guidati da un'adeguata azione di coordinamento, in un'ottica di progettualità omogenea. Le capacità relazionali, insieme a quelle più strettamente connesse alla

disabilità, rientrano fra le competenze specifiche dell'educatore e presumono l'accettazione dell'altro, un forte orientamento al lavoro con l'altro, il "vivere l'altro come risorsa". E se in un'èquipe i ruoli e le responsabilità di ognuno devono essere chiari, ciò non significa che vi si debba rimanere rigidamente ancorati: è infatti probabile che si configurino zone di confine in cui l'educatore può essere chiamato ad eseguire un intervento rientrante nelle competenze di un'altra figura (ad esempio, l'operatore socio sanitario), se questa in quel frangente si trova nell'impossibilità di darvi seguito. Questa flessibilità è importante che si mantenga poiché, pur essendo distinti i ruoli all'interno di un'èquipe, le azioni di coloro che la costituiscono hanno tutte la stessa finalizzazione: far star bene le persone. Anche la formazione dovrebbe quindi costruirsi dando rilievo prioritario alla centralità dell'utente e alle dimensioni che permeano il lavoro con lo stesso: la motivazione, la relazione e la disponibilità.

Le relazioni messe in atto dall'operatore socio-sanitario

Dallo specifico caso esaminato non emergono elementi utili a definire la mappa delle relazioni intessute dall'operatore socio sanitario nell'ambito della rete **professionale** così come descritta nello schema analitico presentato nelle pagine precedenti. Dal focus group, infatti, non si evidenziano aspetti concernenti la dimensione collettiva dell'attività professionale, né vengono segnalate particolari esigenze relative al sistema della rappresentanza professionale e dell'appartenenza ad una comune identità. Le informazioni desumibili, dunque, rimandano per lo più alla **dimensione istituzionale e di mercato** del network relazionale degli operatori coinvolti. Nello specifico, la relazione d'aiuto posta in essere con l'utente può essere letta a partire dall'analisi del reticolo di relazioni intessute nei contesti di lavoro con le altre componenti professionali che intervengono sul caso.

Le due operatrici socio sanitarie che hanno partecipato al focus group sono entrambe dipendenti di una cooperativa sociale che opera sul territorio; il contesto organizzativo di riferimento è rappresentato, quindi, da un ente del terzo settore. In particolare, una opera presso il domicilio degli utenti di volta in volta assegnati, l'altra all'interno di una struttura distrettuale dove si occupa di anziani che vivono una condizione di elevata disabilità, spesso nelle fasi terminali della loro esistenza. Il distretto di riferimento ha in organico complessivamente 93 operatori socio sanitari, variamente dislocati tra le 2 RSA (47 posti letto), una struttura per disabili anziani (77 posti letto), le residenze protette (200 posti letto) e l'attività domiciliare. L'ampia disponibilità di strutture e di servizi presenti sul territorio facilita lo sviluppo delle relazioni tra gli operatori socio sanitari ed altri operatori impegnati a vario titolo in attività socio-assistenziali. L'interazione, che viene incoraggiata dai responsabili e dai dirigenti dei servizi sociali locali, assume la forma dello scambio e della cooperazione, considerata nella sua accezione più ampia che ricomprende anche l'eventualità di svolgere determinati compiti e funzioni in sostituzione di ruoli temporaneamente assenti. A riguardo il Direttore del Distretto, parlando nello specifico dei centri diurni, dichiara che: *"non esiste una figura ma figure coordinate. C'è l'operatore socio sanitario in quel contesto e l'educatore in quel contesto. Ogni figura ha una sua formazione ma non significa che non si lavori in modo socio-sanitario. Le figure devono avere competenze per dare una globalità delle risposte"*. Tale osservazione rende conto di come, seppur nel rispetto delle rispettive *"titolarità professionali"*, ciascuna figura debba necessariamente integrarsi con le altre presenti all'interno del servizio, svolgendo di fatto una serie di compiti e di funzioni imposte dalle necessità assistenziali che di volta in volta si presentano.

Rispetto alle interazioni con le altre professionalità che intervengono sul caso, dal focus è emerso come l'operatore socio sanitario dovrebbe attenersi: *"a quello che dice l'assistente sociale, dovrei colmare eventualmente le difficoltà familiari nella gestione di questa ragazza"*. Il rapporto con

l'assistente sociale si configura quindi come collaborativo, nell'ambito tuttavia di una posizione asimmetrica che pone l'operatore socio sanitario ad un livello subordinato: *“Farei una raccolta dati di tutte le criticità all'interno della famiglia della ragazza, per vedere i cambiamenti fisici della ragazza. È importante verificare i requisiti economici della famiglia”*. Parzialmente analoga è la relazione instaurata con la componente sanitaria dell'equipe e, nello specifico, con la figura infermieristica. In questo caso è la stessa normativa ad attribuire a quest'ultima un ruolo di supervisione e di responsabilità che la pone necessariamente su un piano gerarchico superiore: *“Nell'ambito sanitario io mi occupo dell'assistenza sanitaria ad anziani, tutto ciò che concerne un po' il ruolo infermieristico.....aiuto l'infermiera nelle sue mansioni”*. Da quest'ultima espressione emerge come le attività di natura più sanitaria svolte dall'operatore socio sanitario vengano poco percepite da quest'ultimo dal momento che si sente di contribuire maggiormente al benessere dell'utente, agendo sul versante dei bisogni sociali attraverso l'ascolto e il dialogo.

Rispetto alle interazioni con l'utenza, si evidenzia come i nodi della rete siano costituiti da tutti i componenti della famiglia. Poiché il contesto di attività dell'operatore socio sanitario è rappresentato dal domicilio, e considerato come l'utente in questione sia affetto da una grave disabilità tale da non consentire probabilmente una vera e propria interazione, l'intervento socio-assistenziale si estende alla famiglia. Con il paziente l'operatore socio sanitario instaura per lo più un contatto fisico nella misura in cui presta le cure igieniche, effettua piccoli interventi sanitari (*“faccio piccole medicazioni, misuro la pressione arteriosa”*) ed osserva eventuali modificazioni e/o alterazioni dello stato fisico

Per concludere, il focus group sembra confermare le indicazioni emerse dallo studio dell'Irso laddove viene sostenuto che l'operatore socio sanitario interviene più a livello operativo, nell'ambito di quello che viene definito macro processo di cura (IRSO 2009; p. 30), e meno nella fase progettuale che, invece, interessa maggiormente la figura dell'assistente sociale. Dall'indagine emerge come nell'adempiere alle sue funzioni, l'operatore utilizzi uno strumento fondamentale che consiste nell'osservazione del soggetto assistito e nella rilevazione dei suoi bisogni e dei cambiamenti del suo status. Tale attività sembra dunque essere alla base della relazione collaborativa instaurata con l'assistente sociale (ma anche con l'educatore) che, in virtù delle informazioni relative all'evoluzione dei comportamenti dell'utente, è in grado di modificare l'intervento assistenziale.

In una situazione di questo tipo, dove la mappa delle relazioni è caratterizzata da una relativa densità, sembra infine possibile leggere la competenza dell'operatore socio sanitario in termini di capacità di risposta alle esigenze manifestate dall'utente in una logica di collaborazione e di integrazione con gli altri operatori. In altre parole, cioè, oltre ai compiti e alle mansioni espressamente richiamate dalla normativa, le competenze si estendono all'opportunità di prendere in carico la situazione nella sua globalità e complessità, cogliendo le necessità assistenziali nel momento in cui si presentano e riferendole in modo adeguato agli altri soggetti che compongono l'equipe, affinché ciascuno possa contribuire alla risoluzione del caso sulla base del proprio mandato istituzionale.

8.4 I percorsi formativi nella Regione Marche

Per l'analisi degli aspetti formativi dei tre profili professionali sono stati realizzati due focus group e una Tavola Rotonda. Un focus group è stato effettuato a **Macerata**, con riferimento al territorio dell'Ambito Sociale XV e del Distretto Sanitario – Zona Territoriale Asur n. 9 – Macerata. Al focus group hanno partecipato 14 operatori, di cui 5 assistenti sociali, 4 educatori, 5

operatori socio sanitari. Sono state effettuate tre interviste: una al Coordinatore d'Ambito, una al Direttore di Distretto ed una ad un Responsabile di una cooperativa sociale.

Il secondo focus group è stato effettuato a **Urbino**, con riferimento al territorio dell'Ambito Sociale n. IV e del Distretto Sanitario della Zona Territoriale Asur n. 2 – Urbino. Al focus group hanno partecipato 9 operatori, di cui 3 assistenti sociali, 3 educatori e 3 operatori socio sanitari. Sono state effettuate tre interviste: una al Coordinatore d'Ambito, una al Direttore di Distretto ed una ad un Responsabile di una cooperativa sociale.

Alla Tavola Rotonda, effettuata presso l'Università Politecnica delle Marche, hanno partecipato: un Funzionario dei Servizi Sociali della Regione Marche, un Funzionario del Servizio Formazione della Regione Marche; due docenti della Laurea in Sociologia e Servizio Sociale e della Laurea Magistrale in Gestione delle politiche, dei servizi sociali e della mediazione interculturale dell'Università di Urbino; un docente del corso di Laurea in Scienze della Formazione dell'Università di Urbino; il Coordinatore del Corso di Laurea per Educatori Professionali e la Coordinatrice dei tirocini dell'Università Politecnica delle Marche; un docente e Coordinatore dei tirocini del corso di Laurea in Scienze della Formazione dell'Università di Macerata; il Direttore dell'Istituto Professionale di Recanati, il Coordinatore e un docente dei corsi OSS dell'IPSIA di Corridonia, il Referente ed un insegnante dell'Istituto Professionale Servizi Sociali di Fossombrone, la Coordinatrice dell'Istituto Professionale Servizi Sociali di Sassocorvaro, il Direttore dell'Istituto Professionale di Recanati; la Referente della formazione dell'ASUR Marche – Z.T. 9; due Funzionari della Provincia di Macerata.

Inoltre hanno partecipato: il Presidente e la vice Presidente del Consiglio dell'Ordine degli assistenti sociali della Regione Marche, il Presidente dell'Associazione Nazionale Educatori Professionali della Regione Marche; il Presidente di Federsolidarietà delle Marche, la Referente della cooperativa sociale H muta, il Presidente di Confcooperative Marche; una Dirigente (in pensione) dei servizi Sociali del Comune di Ancona, il Responsabile della formazione della Cooperativa sociale COOSS Marche, una Consigliera della Cooperativa Sociale il Labirinto.

8.4.1 La formazione dell'assistente sociale ¹¹¹

Le sedi formative

Negli ultimi due decenni l'assetto formativo degli assistenti sociali ha subito diversi mutamenti; il passaggio della formazione all'università avviene con l'applicazione di una serie di normative che, di volta in volta, hanno maggiormente definito i percorsi formativi relativi al Servizio Sociale.

Nel 1990 la legge n. 341, *Riforma degli ordinamenti universitari*, prevede la trasformazione delle Scuole Dirette a Fini Speciali in corsi di Diploma Universitario. Con il D.M. del 23 luglio 1993, *Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente al corso di diploma universitario in servizio sociale*, la formazione al servizio sociale è incardinata maggiormente nella struttura universitaria. La riforma universitaria n. 509 del 1999 consente al Servizio Sociale di accedere a tutti i livelli della preparazione universitaria, il D.M. del 2000, inoltre, istituisce il corso di Laurea triennale in Scienze del Servizio Sociale, classe 6, e la Laurea Specialistica in Programmazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali, classe 57/S. L'attuale assetto universitario è declinato dal Decreto Ministeriale n. 270/2004 e il successivo Decreto del 16.03.2007, che determina le classi delle lauree universitarie e delle lauree magistrali, definisce gli obiettivi formativi del Corso di Laurea in Servizio Sociale L-39 e della Laurea Magistrale in Servizio sociale e politiche sociali LM-87.

¹¹¹ Questo paragrafo è stato scritto da Carla Moretti

Nella Regione Marche i corsi di Laurea in Servizio Sociale e di Laurea Magistrale in Servizio sociale e politiche sociali sono presenti in tre sedi universitarie: Ancona, Macerata e Urbino.

Si evidenziano, di seguito, i percorsi formativi attivati da ciascuna università.

La Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Ancona, poi **Università Politecnica delle Marche**, nell'anno accademico 1990/91 istituisce ad Ancona la Scuola diretta a fini speciali per assistenti sociali, che è stata poi sostituita, nell'anno accademico 1994/95, dal Diploma Universitario in Servizio Sociale¹¹².

A partire dall'anno accademico 1999/2000 le lezioni del primo anno del Diploma Universitario in Servizio Sociale si tengono a Jesi, presso la Fondazione A. Colocci, nei due anni successivi l'intero corso verrà trasferito a Jesi.

A seguito del Decreto Ministeriale del 2000, nell'anno accademico 2001/2002 l'Università attiva il corso di Laurea triennale in Servizio sociale, Classe 6, e, nell'anno accademico 2003/2004, la laurea specialistica in Organizzazione sociale e no profit, classe 57/S.

Nell'anno accademico 2005/2006 l'Università Politecnica delle Marche costituisce un Polo Formativo integrato socio-sanitario in grado di offrire percorsi formativi coordinati e integrati nell'ambito delle professioni socio-sanitarie, la sede è presso la Fondazione A. Colocci, nel Comune di Jesi. I percorsi formativi che il Polo Universitario offre sono: il Corso di laurea Triennale in Servizio Sociale, il Corso di Laurea triennale per Educatore Professionale e il Corso di laurea Specialistica in Organizzazione sociale e no profit.

A tale Polo universitario fa da supporto, sul piano della ricerca, il Centro Interdipartimentale per la Ricerca sull'Integrazione Socio-Sanitaria (CRISS), a cui aderiscono Dipartimenti ed Istituti della Facoltà di Economia e della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Il CRISS ha come obiettivo primario quello di favorire, sperimentare e diffondere lo sviluppo dell'innovazione nell'ambito dell'integrazione socio sanitaria, attraverso metodi, saperi e professionalità interdisciplinari condivisi, applicate alle risposte istituzionali, organizzative e professionali da dare ai bisogni socio-sanitari della popolazione.

La costituzione di un percorso formativo integrato tra il Corso di Laurea in Servizio Sociale e il Corso di laurea per Educatore professionale rappresenta una forte innovazione nel sistema formativo italiano; tale percorso prevede un primo anno in comune, ad eccezione del tirocinio, e piani di studio differenziati nei due anni successivi. L'obiettivo è quello di offrire agli studenti l'opportunità di confrontarsi sui contenuti disciplinari e sulle competenze specifiche delle due professionalità fin dal momento formativo, per favorire processi di dialogo e di integrazione dei futuri professionisti nei contesti operativi.

Nell'anno accademico 2008/2009 si assiste ad un cambiamento dell'offerta formativa attivata dall'Università Politecnica delle Marche nell'ambito del Servizio Sociale. La Facoltà di Economia, a seguito dell'applicazione della riforma universitaria che stabilisce i requisiti minimi di docenti per ogni corso di laurea e un congruo numero di scritti, delibera di non attivare più il primo anno del Corso di laurea triennale in Servizio Sociale, pur riconoscendone l'elevato valore formativo. La Facoltà si pone, invece, l'obiettivo di sostenere una formazione specialistica dell'assistente sociale, attraverso l'istituzione della Laurea Magistrale in Servizio sociale e politiche sociali e l'offerta di Master e corsi di perfezionamento, nonché di un percorso di dottorato che tenga conto delle specificità del servizio sociale.

Nell'anno accademico 2009/2010, la Facoltà istituisce il corso di Laurea Magistrale in Sistemi Socio-Sanitari e Pubblica Amministrazione, classe LM-87 in Servizio Sociale e Politiche Sociali, con l'offerta di due percorsi formativi: uno in Organizzazione e Gestione dei Servizi sociali, l'altro in Organizzazione e Gestione dei Servizi socio-sanitari e della Pubblica Amministrazione.

¹¹² CRISS, (a cura di), (2007), *15 anni di formazione universitaria per assistenti sociali*, Università Politecnica delle Marche.

Per una maggiore definizione dei due percorsi nell'attuale anno accademico, 2010/2011, la Facoltà istituisce la Laurea Magistrale interclasse LM-87 e LM-77. Nella nuova Laurea Magistrale, i due percorsi già previsti acquistano maggiore specificità formativa e fanno riferimento a due differenti classi: il curriculum Organizzazione e gestione dei servizi sociali afferisce alla classe LM-87 in Servizio Sociale e Politiche Sociali, il curriculum Organizzazione e gestione dei servizi socio-sanitari e della P.A. alla classe LM-77 in Scienze economico-aziendale.

L'Università degli studi di **Macerata** avvia il primo percorso formativo per assistenti sociali con l'istituzione, nell'anno accademico 1999/2000, del Diploma Universitario in Servizio Sociale, presso la Facoltà di Giurisprudenza. Nel 2001/02 istituisce il corso di Laurea triennale in Servizio sociale, classe 6, a cui fa seguito, nell'anno accademico 2004/05, anche l'attivazione della laurea specialistica 57/S in Programmazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali.

Con il Decreto del 2007, l'università effettua il passaggio alla laurea in Teorie, culture e tecniche per il servizio sociale, classe L-39 in Servizio Sociale, e alla Laurea Magistrale in Politiche e programmazione dei servizi alla persona, classe LM-87 in Servizio sociale e politiche sociali.

L'università degli studi di **Urbino**, in attuazione del DM del 93, istituisce il Diploma Universitario in Servizio Sociale presso la Facoltà di Scienze della Formazione e, a seguito del Decreto del 1999, effettua poi il passaggio al Corso di laurea triennale in Servizio Sociale, classe 6. Dall'anno accademico 2004/2005 il corso di laurea triennale in Servizio Sociale viene attivato presso la Facoltà di Sociologia, che istituisce anche il corso di laurea specialistica in Programmazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali, classe 57/S.

Nell'attuale anno accademico, 2010/2011, l'offerta formativa dell'università di Urbino è costituita dalla Laurea interclasse in Sociologia e servizio sociale (classe L-39 in Servizio sociale e classe L-40 in Sociologia) e dalla Laurea Magistrale interclasse in Gestione delle politiche, dei servizi sociali e della mediazione interculturale (classe LM-87 in Servizio sociale e Politiche sociali e classe LM-88 in Sociologia e ricerca sociale).

Il percorso di studio della laurea interclasse in Sociologia e servizio sociale si caratterizza per un'area formativa comune e per due differenti percorsi a scelta dello studente: il curriculum di Sociologia per la laurea in Sociologia e il curriculum di Servizio sociale, con tirocinio obbligatorio, per la laurea in Servizio sociale. Entrambi i percorsi sono offerti in presenza e on line.

La laurea Magistrale interclasse Gestione delle politiche, dei servizi sociali e della mediazione interculturale prevede due percorsi: Gestione delle politiche e dei servizi sociali (LM-87) e Mediazione interculturale e interreligiosa (LM-88). Il primo anno è in comune, poi gli studenti possono scegliere fra due differenti curricula; il corso è offerto anche in modalità on line.

I contenuti formativi della laurea in Servizio Sociale L-39

I laureati della classe in Servizio sociale, recita il decreto del 2007, *“devono possedere un'adeguata conoscenza e padronanza delle discipline di base, dei metodi e delle tecniche proprie del servizio sociale”*, oltre a *“una buona cultura interdisciplinare di base in ambito sociologico, antropologico, etico-filosofico, giuridico-economico, medico, psicologico e storico idonea a comprendere le caratteristiche delle società moderne e a collaborare alla costruzione di progetti di intervento individuale e sociale”*.

Le discipline di servizio sociale e il tirocinio costituiscono, quindi, la specificità formativa della professione dell'assistente sociale; gli insegnamenti di servizio sociale sono: principi e fondamenti del servizio sociale, metodi e tecniche del servizio sociale e organizzazione del servizio sociale; il numero di crediti attribuiti a tali insegnamenti è determinante per l'approfondimento dei contenuti teorici e delle metodologie d'intervento. Un altro elemento che

può influire sulla specificità formativa è il curriculum del docente che insegna tali discipline, in quanto non sempre esse sono attribuite a docenti che hanno una formazione come assistente sociale, ma a professori di discipline affini, soprattutto dell'area sociologica, pedagogica e psicologica.

Nella seguente tabella sono indicati i piani di studio dei corsi di laurea in Servizio sociale offerti dalle Università di Urbino e di Macerata nell'anno accademico 2010/2011, non viene presentato quello dell'Università Politecnica delle Marche in quanto, come è stato già evidenziato, il corso sta concludendo l'ultimo triennio.

Tabella 8.3 - I piani di studio della L-39 in Servizio Sociale dell'Università di Macerata e Urbino, a.a.2010/2011 (gli insegnamenti relativi al Servizio Sociale sono evidenziati in grassetto)

Corso di Laurea in Servizio Sociale Anno di corso	Università di Macerata	Università di Urbino
	Laurea in Teorie, culture e tecniche per il servizio sociale	Laurea interclasse in Sociologia e Servizio sociale, curriculum in Servizio sociale
Primo anno	Sociologia e Politica sociale I 8 Principi, etica e metod. del serv. sociale 12 Diritti sociali e di cittadinanza 5 Istituzioni di diritto amministrativo 5 Metodi e tecniche di analisi dei processi psicol. 5 Antropologia giuridica e dei processi culturali 6 Storia dei fenomeni politici ed istit. contemp. 5 Attività formative a scelta dello studente 5 Laboratorio di orientamento al tirocinio 1 Tirocinio professionale 6 Abilità informatiche 2	Antropologia politico-culturale I, II AMI 10 Igiene generale e applicata I, II AMI 10 Istituzioni di sociologia 5 Metodi e tecniche del servizio sociale I 5 Metodologia delle scienze umane I, II AMI 10 Principi e fondamenti del servizio sociale 5 Psicologia sociale e dei gruppi I, II AMI 10 Sociologia della comunicazione I 5 (AMI: Area Modulare Integrata)
Secondo anno	Metodi e tecniche del servizio sociale bienn. I 7 Sociologia e Politica sociale (corso fond.) 8 Organizzazione e amministr. del servizio sociale 8 Istituzioni di diritto privato 5 Fondamenti e metodi per l'analisi empirica nelle scienze sociali 5 Psicologia sociale 6 Sociologia e politiche del controllo sociale 6 Modelli operat. nelle applic. cliniche in psicologia 6 Attività formative a scelta dello studente 2 Guida all'apprendimento dei Servizi sociali 1 Tirocinio professionale 6	Diritto costituz. italiano ed europeo AMI 10 Diritto del lavoro e della previdenza sociale 5 Diritto pubblico e delle autonomie locali 5 Economia sanitaria 5 Metodologia e tecniche della ricerca sociale 5 Organizzazione dei servizi sociali 5 Psicologia clinica 5 Psicologia dinamica I, II AMI 10 Statistica sociale I 5 5 CFU a scelta tra: - Lingua e cultura francese I 5 - Lingua e cultura inglese I 5
Terzo anno	Metodi e tecniche del serv. sociale bienn. II 6 Tossicodipendenze e tutela della salute 4 Modelli operat. nelle applic. cliniche in psic. 2 Labor. di Modelli operativi nelle appl. cliniche in psicologia 5 Attività formative a scelta dello studente Guida all'apprendimento dei Servizi sociali 1 Tirocinio professionale 6 Medicina sociale * 5 Diritto della sicurezza sociale * 5 Diritto del multicult. e del pluralismo relig. * 5 Teorie e politiche dello sviluppo urbano * 5 Pedagogia dei fenomeni sociali e interculturali* 5 Conoscenze linguistiche 2 Discussione prova finale 8 * insegnamenti affini o integrativi da sostenere a scelta dello studente per complessivi 20 cfu	10 CFU a scelta tra: - Filosofia delle religioni I 5 - Metodi e tecniche del servizio sociale II 5 - Politiche sociali 5 - Sociologia della famiglia 5 - Sociologia dell'educazione 5 - Sociologia urbana 5 - Sociologia del diritto I 5 - Sociologia della devianza 5 Abilità informatiche 5 A scelta dello studente 15 Tirocinio Prova finale 20 10

Possiamo effettuare una comparazione dei piani di studio dei due corsi di laurea in Servizio sociale, in base ai due elementi sopra delineati: le discipline di servizio sociale e il tirocinio.

In merito agli insegnamenti di servizio sociale l'università di Macerata prevede complessivamente 33 crediti, l'università di Urbino 15. Da altri dati emersi dalla ricerca si rileva che l'università di Macerata, da diversi anni, attribuisce tali insegnamenti a docenti che hanno una formazione come assistenti sociali; l'università di Urbino, invece, ha iniziato ad assegnare contratti di insegnamento ad assistenti sociali nell'anno accademico 2009/2010.

Il tirocinio è un importante processo di costruzione dell'identità e del ruolo professionale, il Decreto del 2007 stabilisce il numero minimo di 18 crediti da attribuire al tirocinio della laurea in Servizio Sociale. Dall'analisi dei piani di studio si rileva che l'Università di Macerata attribuisce al tirocinio 21 crediti, distribuiti nei tre anni, per complessive 525 ore, di cui 18 per l'attività nei servizi e 3 di guida al tirocinio; l'Università di Urbino ne attribuisce 20, al terzo anno, per complessive 500 ore, di cui 17 di attività nei servizi e 3 di guida al tirocinio.

In merito all'Università Politecnica delle Marche, anche se non è possibile effettuare un'analisi comparativa in quanto attualmente è attivo solo il terzo anno, si evidenzia che il corso di laurea in Servizio Sociale prevedeva 40 crediti per le discipline di Servizio sociale e, fin dalla sua istituzione, sono state assegnate a docenti con esperienza lavorativa in qualità di assistente sociale. Inoltre al tirocinio venivano attribuiti 18 crediti, distribuiti nei tre anni, ed erano stati istituiti tre laboratori di apprendimento delle competenze professionali, uno per ciascun anno di corso, con ore di frequenza dello studente comprese nei 18 crediti.

In merito alle finalità e all'organizzazione del tirocinio, le tre università marchigiane e l'Ordine Regionale degli Assistenti Sociali hanno stipulato una convenzione (al momento in attesa di firma da parte delle università) per lo svolgimento del tirocinio degli studenti dei corsi di laurea della Classe L-39 in Servizio sociale. Nell'accordo vengono definiti gli obiettivi e le attività oggetto del progetto formativo del tirocinio, le ore minime di presenza nell'organizzazione e le ore di frequenza ad attività formative di guida al tirocinio, offerte dall'università. Nella convenzione, inoltre, vengono stabiliti i requisiti degli assistenti sociali, professionisti per la supervisione degli studenti, le modalità di raccordo tra le strutture ospitanti e le università, oltre che tra gli assistenti sociali tutor e i docenti dei corsi di laurea.

I contenuti formativi della Laurea Magistrale LM-87 in Servizio sociale e politiche sociali

In merito alla la Laurea Magistrale, il Decreto del 2007 definisce che gli studenti della classe *“devono possedere una conoscenza approfondita delle teorie del servizio sociale e una capacità di utilizzo e sperimentazione di metodologie avanzate e innovative di servizio sociale”*, e inoltre *“devono possedere una conoscenza approfondita delle discipline sociologiche, del servizio sociale, antropologiche, economico-statistiche, etico-filosofiche, giuridiche, politiche, pedagogiche, psicologiche e storiche”*. Viene quindi ribadita una specificità formativa rispetto ai contenuti teorici e metodologici del servizio sociale.

Effettuare un'analisi dei percorsi formativi dei corsi di Laurea Magistrale, rispetto anche agli obiettivi delineati nel decreto, è attualmente un processo difficile, in quanto i corsi di laurea si differenziano su molti aspetti, tra cui: la denominazione del corso, la facoltà a cui afferisce, le aree disciplinari caratterizzanti, la presenza delle discipline di servizio sociale e i contenuti del tirocinio, oltre alle modalità di accesso al corso di Laurea Magistrale. A tal fine il Consiglio dell'Ordine Nazionale degli Assistenti Sociali (CNOAS) ha effettuato un'analisi dei piani di

studio dei corsi di laurea magistrale, attivati nell'anno accademico 2009/2010 in 27 università italiane (CNOAS, novembre 2009)¹¹³.

In questo studio l'attenzione è stata posta sui seguenti aspetti:

- denominazione dei corsi di laurea;
- presenza di insegnamenti di servizio sociale e titolazione dei corsi;
- tirocinio professionale e crediti formativi attribuiti;
- criteri di accesso alla Laurea Magistrale.

Queste variabili e il peso attribuito ai diversi ambiti disciplinari, possono offrire utili conoscenze circa la coerenza o meno del piano di studi rispetto agli obiettivi formativi indicati per la classe.

Dal documento redatto dal Consiglio Nazionale emerge una grande varietà di denominazioni, alcune università mantengono la denominazione relativa alla laurea specialistica 57/S "Programmazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali", altre assumono la nuova titolazione della LM-87 "Servizio sociale e politiche sociali" o aggiungono al titolo della classe ulteriori precisazioni.

In merito alla presenza o meno di insegnamenti di servizio sociale tra le attività formative caratterizzanti, l'analisi del CNOAS fa riferimento al settore disciplinare SPS/07 (settore che comprende oltre agli insegnamenti di sociologia generale, ricerca sociale e politica sociale, anche gli insegnamenti di servizio sociale) e alla titolazione dei corsi. Ciò che emerge è la totale assenza o il peso molto ridotto (in termini di CFU) degli insegnamenti caratterizzanti la classe "discipline di sociologia e di servizio sociale", questo fa dedurre che la formazione dei laureati della LM- 87 rischia di avere caratteristiche aspecifiche, diverse a seconda degli Atenei.

Un aspetto positivo, evidenziato nel documento, è relativo al tirocinio professionale poiché tutte le università attribuiscono al tirocinio almeno 10 CFU, come previsto dal decreto; non risultano definiti, invece, i contenuti formativi del tirocinio e i settori nei quali gli studenti possono svolgere l'attività.

In relazione ai criteri di accesso alla LM-87 il documento CNOAS evidenzia una situazione molto disomogenea a livello nazionale. Alcune università prevedono l'ammissione ai soli laureati in Servizio Sociale, altre anche a studenti che sono in possesso di lauree diverse, previo un colloquio di valutazione del curriculum, altre ancora sembrano indicare un accesso libero all'iscrizione alla Laurea Magistrale.

Rispetto alle Lauree Magistrale attivate nelle tre università della Regione Marche, possiamo effettuare un' analisi dei percorsi offerti utilizzando le stesse variabili proposte dal CNOAS.

Si riportano nella seguente tabella i piani di studio delle tre università.

¹¹³ CNOAS, (2010), Osservazioni del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali ai Piani di studio delle LM 87 "Servizio sociale e politiche sociali" attivate nell'AA 2009-2010, www.cnoas.it.

Tabella 8.4 - I piani di studio della LM-87 in Servizio Sociale e politiche sociali delle università marchigiane, a.a. 2010/2011. (Gli insegnamenti relativi al Servizio Sociale sono evidenziati in grassetto)

Corso di Laurea Magistrale e Anno di Corso	Univ. Politecnica.delle Marche LM interclasse in Sistemi socio-sanitari e Pubblica Amministrazione, curriculum Organizzazione e gestione dei servizi sociali	Università di Macera LM in Politiche e programmazione dei servizi alla persona	Università di Urbino LM interclasse in Gestione delle politiche, dei servizi sociali e della mediazione interculturale, curriculum in Gestione delle politiche e dei servizi sociali
Primo Anno	Psicologia sociale (corso prog.) 9 Economia delle politiche 6 Metod. d'intervento e proget. sociale (1°e 2° mod.) 12 Diritto del lavoro nella P.A. e nelle aziende sanitarie 6 Sociologia delle politiche di welfare 6 Economia dei sistemi sanitari (1° modulo) 6 Economia delle aziende pubbliche e no profit 9 Diritto comparato dei modelli delle relazioni fam. (1 mod.) 6	Sociologia del <i>welfare</i> e Politica sociale (corso progr.) I Mod. 6 Analisi delle polit. pubbliche e della protezione sociale 6 Diritto dei minori e della fam. 6 Diritto penale minorile (1mod.) 8 Diritto dell'esecuzione penale per i minori (2 mod) 4 Metodi e tecniche di analisi e trattamento del disagio 6 Attività form. a scelta 7 Guida all'apprend. Serv. Soc. 1 Tirocinio professionale 6 Attività formative in ambiti discipl. affini o integrativi 5 Attività formative in ambiti discipl. affini o integrativi 5	Fondamenti delle società del benessere e polit. soc. comparate/Politiche sociali per la famiglia e per l'infanzia AMI* 12 Sociol. della governance e partecipazione/Sociol. delle trasformazioni del lavoro AMI 12 Antropologia del pluralismo religioso/Antropologia della mediazione culturale AMI 12 12 CFU a scelta tra: - Analisi socio-economica dei servizi sociali 6 - Statistica per la program. e valut. dei servizi socio-sanitari 6 - Politica econ. e fenomeni mig. 6 12 CFU a scelta tra: - Responsabilità dirigenziale 6 - Diritti delle pari opportunità 6 - Diritti fond. storia, teoria, pol. 6 * La sigla AMI indica un'Area Modulare Integrata
Secondo Anno	Marketing e organiz. dei servizi 9 Bilancio soc. e valut. gestionale nei sistemi socio-sanit. 1° mod. 6 Statistica e demografia per la ricerca sociale 6 <i>9 crediti a scelta libera dello studente tra cui:</i> -Laboratorio per le competenze professionali* -Qualità e sviluppo organizzativo nei sistemi socio-sanitari II-organiz. delle cure primarie (corso progredito) -Sociologia della salute e della medicina (corso progredito) Storia econ. contemporanea 9 Stage /Tirocinio 10 Prova finale 20 (*) Sono previste attività in aula e attività presso aziende ed enti , il corso è rivolto a studenti che non provengono dalla classe di laurea in Servizio Sociale	Metodi e tecniche di valutaz. dei bisogni educativi e formativi 6 Sociologia del <i>welfare</i> e Politica sociale (corso progr.) bien. 8 Fondamenti di Programmazione e amministrazione dei servizi 15 - Mod.1 Amministrazione e gestione di organizzazioni <i>profit</i> e <i>non profit</i> (5 CFU) - Mod. 2: Economia del <i>welfare</i> e dei beni pubblici (5 CFU) - Modulo 3: Diritto regionale e degli enti locali (5 CFU) Metodologia e tecnica della ricerca sociale 6 Programmazione e valutazione dei Servizi sociali 5 Programmazione e valutazione dei Servizi sociali 1 Guida all'apprendimento dei Servizi sociali 1 Tirocinio professionale 6 Prova finale 12	18 CFU a scelta tra: - Progettazione delle imprese non-profit 6 - Politiche per la salute: modelli e pratiche 6 - Metodi e tecniche di programmazione territoriale 6 - Psicologia del lavoro nelle organizzazioni dei servizi sociali 6 Una idoneità a scelta tra: - Lingua inglese per le scienze sociali 4 - Lingua francese per le scienze sociali 4 Attività a scelta dello studente 12 Tirocinio 10 Prova finale 16

I tre corsi di Laurea Magistrale afferiscono a differenti Facoltà e hanno le seguenti denominazioni:

- la LM interclasse dell'Università Politecnica delle Marche, *Sistemi sociosanitari e pubblica amministrazione*, attivata presso la Facoltà di Economia, ha il curriculum in *Organizzazione e gestione dei servizi sociali*,
- la LM dell'Università di Macerata, *Politiche e programmazione dei servizi alla persona*, afferisce alla Facoltà di Giurisprudenza,
- la LM interclasse dell'Università di Urbino, *Gestione delle politiche, dei servizi sociali e della mediazione interculturale*, che afferisce alla Facoltà di Sociologia, ha il curriculum in *Gestione delle politiche e dei servizi sociali*.

Le denominazioni dei curricula della classe di Servizio sociale e politiche sociali delle tre università sono simili tra loro, la priorità formativa sembra essere quella relativa alla gestione delle politiche e dei servizi sociali.

In merito alla presenza di insegnamenti di servizio sociale tra le attività formative caratterizzanti, fare riferimento unicamente al settore disciplinare SPS/07, scelta effettuata dal CNOAS, non consente di capire se le discipline di servizio sociale sono presenti nel piano di studio, in quanto esse possono afferire anche ad altri settori disciplinari dell'area sociologica.

L'Università Politecnica delle Marche, infatti, pur risultando nell'indagine CNOAS tra le università che non prevede alcun insegnamento di servizio sociale, (così come per Urbino e Macerata), attribuisce, invece, 12 crediti ad insegnamenti di servizio sociale, nel settore disciplinare SPS/09.

In merito alla titolazione dei corsi sarebbe necessario effettuare un'analisi più approfondita, la denominazione degli insegnamenti può risentire della tipologia della facoltà a cui afferisce il corso di laurea, ma gli obiettivi formativi e i contenuti possono essere congrui con la formazione di servizio sociale.

In relazione al tirocinio professionale, l'Università Politecnica delle Marche e l'università di Urbino attribuiscono 10 CFU al secondo anno, mentre l'università di Macerata ne attribuisce complessivamente 14, di cui 12 per le attività nei servizi, distribuiti nei due anni di corso, e 2 per attività di teorizzazione in aula.

Per quanto riguarda i criteri di accesso alla laurea magistrale, l'università di Macerata consente l'ammissione agli studenti che hanno un percorso formativo universitario di servizio sociale, l'università di Urbino e l'Università Politecnica delle Marche, invece, prevedono l'ammissione anche a studenti in possesso di altre lauree, previo colloquio di valutazione del curriculum; inoltre quest'ultima università prevede un tirocinio di 9 CFU per gli studenti che non provengono dal percorso di studi di servizio sociale.

L'analisi dei piani di studio delle tre università evidenzia, ad eccezione dell'Università Politecnica delle Marche, l'assenza di crediti formativi attribuiti alle discipline di servizio sociale, la sola presenza del tirocinio, senza il supporto teorico e metodologico adeguato, rende difficile finalizzare tale attività a una formazione specifica dell'assistente sociale specialista.

Le criticità emerse

Rispetto ai percorsi formativi, diversi sono gli aspetti di criticità sui quali i soggetti che hanno partecipato alla ricerca pongono attenzione.

In merito alla formazione di base dell'assistente sociale, un aspetto fortemente evidenziato è la mancanza di un'adeguata preparazione specifica al servizio sociale nei corsi di laurea. Il rischio di perdere la specificità formativa della professione è attribuita alla discrezionalità di ciascuna Facoltà, nell'individuare gli insegnamenti da attivare, anche se il Ministero stabilisce degli ambiti obbligatori. Un'assistente sociale, che ha conseguito il titolo presso una scuola regionale, afferma di aver avuto una *“formazione forte ... che preparava alla specificità del servizio*

sociale nei vari ambiti, dal lavoro con l'utenza al coordinamento, quello che mancava era il riconoscimento della formazione e della professione", ciò che viene richiesta è l'attribuzione di un numero maggiore di crediti alle discipline di servizio sociale, inoltre i docenti dovrebbero essere assistenti sociali.

La poca specificità del servizio sociale è percepita da alcuni operatori anche rispetto alla preparazione non adeguata alla 'sperimentazione sul campo', su questo aspetto un ruolo importante è svolto dal tirocinio, ma tutti gli insegnamenti dovrebbero essere maggiormente orientati agli obiettivi formativi della professione per dare la possibilità agli studenti di acquisire gli strumenti necessari da utilizzare, poi, nel tirocinio stesso.

Sui contenuti della formazione una questione evidenziata riguarda lo spazio che dovrebbe essere dato alla dimensione amministrativa. Un richiesta in tal senso viene particolarmente da alcuni coordinatori di ambito, in quanto nei comuni l'assistente sociale è un funzionario, quindi gli viene richiesto di seguire le procedure e la responsabilità degli atti amministrativi. L'aspetto di criticità che pongono gli operatori riguarda non tanto lo svolgimento di alcune competenze amministrative che possono essere considerate parte del proprio lavoro, ma soprattutto il rischio che queste occupino uno spazio troppo consistente. A tal fine un'assistente sociale evidenzia: *"Io seguo il servizio di assistenza educativa, domiciliare e scolastica, mi occupo dell'aspetto economico, quindi della gestione dei soldi, ma anche dell'attivazione del servizio e dei rapporti con le famiglie e con l'educatore...E' anche vero, però, che se tu per mezza giornata ti occupi della gestione amministrativa se ne va a discapito la tua professione sociale e quindi hai meno tempo per instaurare dei rapporti"*. Ciò che viene evidenziato è, da un lato, l'importanza che i percorsi formativi siano attenti alle funzioni richieste dagli enti, dall'altro che queste richieste non limitino una formazione che trova la sua specificità nella relazione di aiuto; la laurea triennale, quindi, deve preparare un operatore che abbia le competenze di base nel lavoro con le persone e a livello gestionale.

La richiesta di una maggiore specificità formativa, già presente a livello della formazione di base, diventa ancora più rilevante rispetto alla laurea Specialistica/Magistrale.

Alcuni assistenti sociali ritengono che il piano di studi della laurea magistrale non sia congruo con la professione di assistente sociale specialista, alcune sedi universitarie ripetono gli esami della triennale e altre offrono molti insegnamenti legati al tipo di Facoltà a cui il corso di laurea afferisce, piuttosto che agli obiettivi formativi propri della classe di laurea.

Emerge, inoltre, l'esigenza di definire meglio le funzioni dell'assistente sociale specialista; un aspetto sul quale alcuni assistenti sociali e coordinatori di ambito sembrano concordare è il ritenere che, comunque, uno degli obiettivi della laurea magistrale sia la formazione di un professionista con competenze adeguate come dirigente dei servizi sociali.

Il ruolo di dirigente o di coordinatore dei servizi sociali è percepito dagli assistenti sociali come una funzione che si può svolgere adeguatamente solo se c'è una conoscenza diretta dei servizi, afferma un'operatrice: *"nel senso che...faccio l'esempio dell'imprenditore: secondo me un bravo imprenditore è tale solo se ha fatto l'operaio perché impara a capire quali sono le esigenze di chi lavora in linea, sa quali sono le esigenze, sa quali sono le criticità. Solo così tu riesci ad essere un bravo dirigente perché capisci quello che il tuo collega ha da dirti."*

Riguardo a come la preparazione acquisita nella laurea magistrale venga utilizzata, poi, nelle realtà operative appare un punto di forte criticità. Negli enti e nelle diverse organizzazioni del territorio il ruolo di assistente sociale specialista non è previsto, e anche le funzioni di coordinamento acquistano delle specificità a seconda dell'ente in cui l'assistente sociale opera. In tal senso si creano situazioni fortemente diversificate all'interno della stessa organizzazione in zone territoriali diverse. Questa situazione si è verificata nell'Asur, dove in una Zona Territoriale è stata riconosciuta, a tutti gli assistenti sociali, una funzione di

coordinamento, per il tipo di competenze che la professione svolge, mentre in altre Zone Territoriali Asur tale funzione viene raramente riconosciuta e solo a seguito di attribuzione di competenze specifiche.

Nella maggior parte delle situazioni il conferimento delle funzioni di coordinamento non è legato ad una formazione specifica in tal senso, in quanto, soprattutto nei comuni, alcuni assistenti sociali svolgono il ruolo di responsabile dei servizi sociali a seguito di una consolidata esperienza lavorativa. Come sottolinea la vice presidente dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Marche *“Gli enti non effettuano una differenziazione tra l'iscrizione alla sezione A e alla sezione B; per l'attribuzione di un coordinamento valutano soprattutto l'anzianità di servizio. In genere gli enti fanno riferimento all'assistente sociale iscritto alla sezione B, solo recentemente ci sono stati alcuni concorsi dove esplicitamente viene indicata la sez. A, quando si tratta di un lavoro organizzativo, gestionale”*. Tutto ciò rende ancora più difficile la definizione di possibili livelli di carriera dell'assistente sociale e della relativa formazione necessaria per accedervi.

Una questione ancora aperta riguarda il riconoscimento dei titoli di assistente sociale acquisiti prima del passaggio alla formazione universitaria. Molti assistenti sociali si sono trovati nella situazione di vedersi riconosciuto il proprio titolo per l'iscrizione all'albo e l'esercizio della professione, ma non è stato equiparato a titolo di studio universitario. Solo coloro che hanno convalidato il proprio titolo, nei tempi previsti dalla normativa, presso una università hanno avuto anche il riconoscimento come percorso di studi e quindi la possibilità di continuare la formazione e iscriversi alla laurea magistrale. Questo aspetto, che riguarda circa il 40% degli assistenti sociali che hanno partecipato ai focus group, è considerato dagli interessati fortemente limitativo, in quanto viene loro preclusa la possibilità di continuare la propria formazione.

Se alla formazione universitaria gli assistenti sociali chiedono una maggiore specificità formativa, per una chiara definizione delle competenze di base e di confine del proprio ruolo professionale, le organizzazioni del territorio nelle quali operano, invece, non sempre considerano tale specificità adeguata alle richieste dei contesti lavorativi. La definizione dei profili professionali del sociale, se nel settore pubblico è un processo in atto, nelle cooperative è un percorso che incontra ancora molti ostacoli. In molte cooperative sociali che hanno partecipato alla ricerca, gli assistenti sociali, così come gli psicologi, svolgono il ruolo di educatori; un responsabile evidenzia che per lui la laurea *“è relativamente importante, è importante anche l'esperienza e la motivazione, e anche essere adeguati con il lavoro da svolgere”*. E inoltre *“La cooperativa spende anche meno a pagare un'educatrice invece di un'assistente sociale, però non è giusto”*.

Alcuni assistenti sociali, che svolgono l'attività di educatore, vivono tale situazione come 'fase di passaggio', in attesa di poter svolgere il proprio lavoro. In una cooperativa un'assistente sociale, che ha un contratto come educatore, svolge funzioni sia di educatore che di assistente sociale in due differenti servizi, mettendo in atto, di volta in volta, le diverse competenze richieste. Tale situazione è motivata, a parere dei responsabili, dal fatto che nelle cooperative sociali sono richiesti pochi assistenti sociali, mentre c'è una forte necessità della figura dell'educatore; spesso, quindi, i laureati in servizio sociale lavorano come educatori, in quanto al momento c'è anche una legge regionale che equipara i percorsi formativi. Gli educatori laureati, invece, sono pochi, e con la normativa che prevede il riconoscimento del solo titolo di educatore professionale conseguito presso la Facoltà di medicina, la situazione diventerà ancora più difficile.

L'assunzione di educatori con altre formazioni, inoltre, crea una situazione nella quale le cooperative devono poi organizzare una formazione specifica, propria del ruolo di educatore, pertanto chiedono alle università di tener conto, nella programmazione dell'offerta formativa,

di questa situazione occupazionale che si è creata nella regione Marche, in attesa di una maggiore definizione dei profili professionali.

Nuovi spazi formativi

Una domanda che spesso gli assistenti sociali si pongono è la seguente: considerando la sempre maggiore complessità del lavoro sociale è sufficiente un percorso di preparazione triennale o è necessaria una formazione di cinque anni per poter svolgere adeguatamente la professione?

Molti operatori ritengono che la formazione dell'assistente sociale *“dovrebbe prevedere un percorso formativo di cinque anni, come per le altre professioni; questo consentirebbe di approfondire l'area del servizio sociale, ma anche altri insegnamenti quali pedagogia, psicologia, diritto”*. Ciò che sembra emergere è una difficoltà a separare, negli ambiti di lavoro, le competenze relative al percorso triennale e quelle della formazione magistrale. Attività quali *“... la decodifica di bisogni complessi delle persone, delle famiglie, dei gruppi e del territorio, per la formulazione di diagnosi sociali, per il counseling psicosociale, per interventi di mediazione negli ambiti familiare, minorile, sociale e penale, per la gestione e l'organizzazione di risorse sia in ambito pubblico che di privato sociale”*, delineate nel Decreto del 2007 riguardo agli obiettivi formativi della laurea magistrale, sono svolte da assistenti sociali iscritti alla Sez B, e quindi in possesso della laurea triennale. Sembra esserci quindi una non corrispondenza tra gli obiettivi formativi previsti nelle due classi di laurea e le funzioni realmente svolte dagli assistenti sociali nelle diverse organizzazioni. Pertanto sempre più forte è la richiesta di percorsi ulteriori di formazione con la laurea magistrale, che è percepita anche come risposta a tale esigenza, non orientata solo al coordinamento e alla gestione dei servizi.

La questione di una ridefinizione dei percorsi formativi è oggetto di dibattito in diversi contesti legati alla professione, anche all'interno dell'Ordine professionale della Regione Marche. Come evidenzia la vice presidente, gli stessi componenti del Consiglio hanno opinioni diverse: alcuni considerano adeguata l'attuale struttura formativa, altri ritengono che la formazione di base per l'esercizio della professione dovrebbe essere comunque di 5 anni, altri ancora rilevano che dopo la triennale dovrebbe esserci la possibilità di frequentare dei master su tematiche specifiche.

La realizzazione di Master potrebbe costituire un nuovo spazio formativo per gli assistenti sociali, in quanto consentirebbe loro di proseguire una formazione in base alle specifiche esigenze del contesti in cui lavorano o degli interessi professionali. Si verrebbe così a configurare un percorso formativo nel quale la magistrale, rispetto alla triennale, costituisce un approfondimento dei contenuti teorici e delle metodologie del servizio sociale, sia per quanto riguarda il lavoro con le persone che le attività di progettazione, ricerca e coordinamento, mentre i master si configurerebbero come percorsi che possono maggiormente rispondere a esigenze formative specifiche.

Un'attenzione specifica, inoltre, meritano le funzioni di mediazione, alle quali è collegata la nascita di altre figure professionali: il mediatore culturale, il mediatore familiare e il mediatore penale. Ad oggi, possono accedere a tali profili diversi operatori: assistenti sociali, psicologi, educatori, avvocati; quindi si stanno costituendo nuove figure con formazione di base diversificata e un successivo percorso specifico comune. Ciò che viene auspicato è un'attribuzione delle competenze di mediazione agli assistenti sociali che, dopo la laurea triennale in Servizio sociale, hanno effettuato un percorso formativo specifico.

Un altro spazio formativo importante per rispondere ai nuovi bisogni e alle nuove realtà sociali è la formazione continua. Il servizio sociale, nel suo strutturarsi come professione, ha

assunto come compito essenziale la necessità di sviluppare progressivamente conoscenze e competenze, per confrontarsi con le esigenze derivanti dall'evoluzione della società (Campanini, 2010)¹¹⁴. A tal fine, nel 2009, il Consiglio dell'Ordine Nazionale degli Assistenti Sociali ha approvato un regolamento per la formazione professionale continua degli assistenti sociali e assistenti sociali specialisti. (CNOAS, 2009)¹¹⁵. In tale documento vengono definite le aree della formazione, gli obiettivi formativi e le metodologie attraverso cui perseguirli; si individuano inoltre, alcuni requisiti che dovrebbero essere posseduti dalle organizzazioni accreditate a svolgere attività formative.

Il riconoscimento della formazione continua per gli assistenti sociali va a colmare un vuoto che si è creato, soprattutto in ambito sanitario, con l'attribuzione dei crediti ECM (Educazione Continua in Medicina) alle professioni sanitarie, da cui gli assistenti sociali sono stati esclusi. Gli enti hanno cercato comunque di attivare iniziative formative coinvolgendo anche gli assistenti sociali, ma sempre con più difficoltà, soprattutto per quanto riguarda le attività formative relative allo specifico ruolo di assistente sociale. Se l'opportunità della formazione continua è un nuovo spazio per lo sviluppo della professione, diventa prioritario utilizzare questa possibilità promuovendo e sostenendo iniziative che rispondano realmente alle esigenze dei professionisti.

Nella Regione Marche i diversi soggetti delle agenzie formative del territorio rilevano la necessità di concordare un progetto formativo regionale sulle professioni sociali; un progetto, quindi, che coinvolga la regione, le università, l'ordine professionale, le cooperative, i sindacati e il territorio.

Una esperienza significativa in tal senso si è verificata con la costituzione, nel 2007, del Coordinamento degli Atenei Marchigiani dei corsi di laurea in Servizio Sociale (CAMSS) e con la stipula dell'Accordo di Programma, nel 2009, tra il CAMSS e la Regione Marche, finalizzato a costruire una sinergia nelle attività relative alla programmazione sociale, alla formazione e alla ricerca.

In generale, la preoccupazione, che emerge a più livelli, è che nell'attuale situazione di crisi si verifichi un arresto nello sviluppo delle professioni sociali; di conseguenza diventa essenziale, a partire dalle criticità esistenti, individuare le azioni da mettere in atto, in un'ottica di condivisione degli obiettivi prioritari.

8.4.2 La formazione dell'educatore professionale¹¹⁶

La formazione di base

Nella regione Marche la formazione dell'educatore si sviluppa su tracciati che riflettono il doppio binario, sociale e sanitario, su cui s'innesta la disciplina normativa di questa figura. Gli scenari entro cui si può costruire la formazione di questo profilo comprendono sia il percorso di classe SNT 2, che rilascia il titolo abilitante l'esercizio della professione in sanità, dove il profilo dell'educatore ha trovato riconoscimento giuridico, sia quello di classe L 19, che laurea figure per le quali manca un inquadramento specifico legislativamente determinato. Sono tre gli ambiti accademici in cui si collocano i corsi di laurea preposti all'allestimento dell'offerta didattica in cui situare i contenuti disciplinari necessari all'esercizio della professione. Macerata

¹¹⁴ Campanini A. (2010), *La formazione permanente*, in Facchini C. (a cura di), *Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetti del welfare*, Il Mulino, Bologna.

¹¹⁵ CNOAS, Regolamento per la formazione continua degli assistenti sociali e assistenti sociali specialisti, www.cnoas.it.

¹¹⁶ Questo paragrafo è stato scritto da Ugo Ciaschini.

ed Urbino sono le sedi della Facoltà di riferimento (Scienze della Formazione) del Corso di Laurea Triennale in Scienze della formazione e dell'educazione, Classe L-19; ad Ancona, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, è attivo il Corso di Laurea Triennale in Educatore Professionale, Classe SNT2, che forma operatori cui competono le attribuzioni previste dal decreto del Ministero della Sanità n. 520 dell'8 ottobre 1998. Alla luce dagli obiettivi formativi qualificanti delle due Classi, di seguito verranno evidenziati gli elementi che contraddistinguono ognuno dei corsi di laurea, ponendo attenzione ai rispettivi obiettivi formativi specifici, ai diversi curricula su cui può incardinarsi il percorso di studio, agli insegnamenti caratterizzanti e ai possibili sbocchi occupazionali.

Il Corso di laurea triennale in Scienze dell'educazione e della formazione dell'Università degli Studi di Macerata è attualmente strutturato in due (e non più tre) percorsi di studio: "Educatore sociale" ed "Educatore di nido e di comunità infantili". Dall'anno accademico 2010/2011 non è più attivo il curriculum "Knowledge management"¹¹⁷.

I curricula prevedono un primo anno comune che fa da cornice per la trasmissione di contenuti ritenuti fondamentali, data la loro natura trasversale, ai fini dell'espressione delle abilità che sostanziano la sfera operativa. Tali contenuti abbracciano gli ambiti pedagogico, linguistico-letterario, psicologico e informatico, oltre che quelli linguistici relativi a due lingue dell'Unione Europea. La scelta definitiva del curriculum viene effettuata dallo studente all'atto dell'iscrizione al secondo anno di corso. Gli obiettivi specifici del corso prevedono che i laureati debbano:

- possedere una solida formazione di base derivante dalla confluenza di conoscenze e competenze d'ordine teorico e pratico desunte dall'ambito delle scienze dell'educazione e da altri settori disciplinari che possano contribuire a un'analisi articolata ed approfondita degli eventi educativi e formativi;
- acquisire strumenti, tecnologie, metodi e pratiche che permettano di osservare e interpretare i fenomeni sociali, culturali e personali, in relazione ai quali elaborare, attuare e valutare progetti di intervento tesi ad incrementare il potenziale formativo delle dinamiche educative, secondo la prospettiva e l'idea-guida della formazione permanente;
- maturare competenze comunicative che consentano efficaci forme di relazione educativa;
- essere in grado di declinare le competenze educative nell'ambito dei differenti contesti della vita sociale e professionale;
- possedere, oltre alla lingua italiana, la padronanza, scritta e orale, di almeno un'altra lingua dell'Unione Europea;
- essere in grado di utilizzare i principali strumenti informatici e di comunicazione telematica, al fine di ottimizzare la selezione e la gestione delle informazioni e di padroneggiare le tecnologie multimediali, con cui tradurre i contenuti didattici anche nella modalità a distanza.

Entrando nello specifico dei diversi curricula, è possibile porre all'evidenza il forte radicamento del loro impianto nelle dinamiche processuali operanti nella realtà sociale. Con il primo, quello di "Educatore Sociale", si è inteso formare una figura professionale in grado di progettare, pianificare, attuare e verificare interventi, nonché organizzare servizi educativi in ordine alle problematiche legate al disagio giovanile e, più in generale, alla crisi di cui risente l'istituto familiare nell'epoca attuale. Il curriculum si propone di alimentare una tensione

¹¹⁷ Questo curriculum era previsto allo scopo di fornire i fondamenti teorici e le competenze operative basilari nella progettazione, realizzazione, gestione e valutazione di iniziative e programmi di formazione in presenza e a distanza, rivolti in particolare allo sviluppo delle conoscenze e alla promozione del rinnovamento nelle istituzioni e nelle organizzazioni, anche mediante l'ausilio delle tecnologie multimediali.

operativa rivolta alla prevenzione e alla riduzione del disagio e della marginalità, allo sviluppo delle potenzialità di crescita personale e di adattamento/inserimento/reinserimento sociale, all'animazione extrascolastica e al sostegno alla genitorialità. L'intervento educativo così orientato viene ad esprimersi all'interno di equipe interdisciplinari impiegate nell'ambito di centri d'accoglienza, comunità, centri di rieducazione e ricreazione, case-famiglia.

Gli obiettivi formativi specifici conseguiti dai laureati attengono alle seguenti aree:

- conoscenza delle strutture teorico-concettuali delle scienze dell'educazione e della formazione, con particolare riferimento all'ambito della progettualità e dell'intervento educativo;
- sviluppo di capacità atte alla predisposizione di progetti educativi e rieducativi rivolti a individui, gruppi e comunità educative, con finalità di inserimento, adattamento e promozione del contesto sociale;
- sviluppo di capacità atte all'assunzione di un ruolo attivo e responsabile nelle attività di progettazione, conduzione e valutazione della ricerca nell'ambito dell'educazione;
- sviluppo di una buona capacità comunicativa al fine di poter costruire un'efficace collaborazione con la rete di soggetti implicati nell'esercizio delle attività educative (familiari, insegnanti, assistenti sociali, datori di lavoro, autorità di protezione dei minorenni, psicologi e altri operatori sociali).

Le aree occupazionali in cui possono essere impiegati i laureati attengono in particolare all'ambito extrascolastico e prospettano agli stessi funzioni in veste di Educatore nei Centri ricreativi e in quelli di aggregazione giovanile, di Educatore domiciliare e di Comunità, di Educatore nei Servizi Sociali degli Enti Locali, di Mediatore culturale, di Animatore del territorio e di Educatore di strada.

Il curriculum "Educatore di Nido e di Comunità infantili" è volto alla formazione di figure professionali capaci di organizzare attività e gestire progetti educativi all'interno di asili nido, di comunità infantili e delle nuove realtà in cui si declinano i servizi integrativi per l'infanzia. Non manca peraltro una specifica attenzione rivolta al collaborativo rapporto che la figura dovrebbe essere in grado di costruire e mantenere con gli altri operatori presenti sul versante del territorio di riferimento. In tali contesti all'educatore si richiede di cogliere e interpretare i bisogni di crescita psico-fisica e culturale che s'inscrivono nell'infanzia: la progettazione, gestione e verifica degli interventi finalizzati alla prima socializzazione, allo sviluppo delle potenzialità e delle competenze cognitive ed affettive dei bambini, cui si aggiunge il rilievo posto alle esigenze di sostegno della famiglia, concorrono a definire il panorama di competenze che il curriculum mira a sviluppare.

Gli obiettivi formativi specifici perseguibili attengono pertanto ai seguenti ambiti:

- conoscenze relative allo statuto epistemologico della pedagogia generale ed adeguata consapevolezza storica delle questioni pedagogiche e legislative attinenti agli aspetti e alle problematiche del Nido e delle Comunità Infantili;
- conoscenze pertinenti alle dinamiche psicologiche della relazione educativa, alla struttura e allo sviluppo della personalità;
- conoscenze delle problematiche connesse all'organizzazione e alla progettazione di ambienti di apprendimento, azioni e servizi educativi per la prima infanzia;
- conoscenza delle modalità di conduzione delle attività ludiche ed educative e dei relativi materiali e sussidi;
- conoscenza delle tematiche relative alla comunicazione con la famiglia, all'analisi delle relazioni al suo interno presenti e alla mediazione familiare in un'ottica di cura ed educazione dell'infanzia;
- conoscenza delle strategie didattiche e delle azioni preventive, diagnostiche e di intervento educativo, anche connesse a problematiche di handicap e di disadattamento;

- conoscenze di base di neuropsichiatria infantile.

Fra le tipologie d'impiego cui possono accedere i laureati figurano quelle di Educatore di Nido e di Comunità Infantile, di Assistente dell'Infanzia, di Operatore di Ludoteca e di Operatore di Azioni educative e di prevenzione.

La durata del corso di studi è di tre anni e per conseguire la laurea lo studente deve aver acquisito 180 crediti. Nei due curricula menzionati le attività formative di base prevedono come insegnamenti comuni quelli di "Pedagogia generale", "Storia dell'educazione", "Psicologia generale" e "Psicologia della personalità". Le attività caratterizzanti si appuntano su discipline come "Didattica generale", "Legislazione sociale e dei servizi", "Neuropsichiatria infantile", "Storia contemporanea" e "Progettazione e valutazione dei processi formativi"). Nello specifico di ognuno dei curricula, quello per "Educatore sociale" comprende nell'area di queste attività gli insegnamenti di "Pedagogia della devianza e della marginalità" e "Pedagogia interculturale"; per ciò che attiene il curriculum "Educatore di Nido e di Comunità infantili" sono previsti "Didattica delle attività motorie", "Pedagogia delle relazioni familiari", "Pedagogia speciale", "Psicologia dello sviluppo". Completano il piano di studi le attività affini e integrative, che riguardano gli insegnamenti di "Bioetica generale" e "Letteratura italiana", e altre attività formative che comprendono quelle a scelta dello studente, per la conoscenza della lingua straniera, per le abilità informatiche e per il tirocinio.

Il Corso di Laurea triennale in Scienze dell'educazione e della formazione presso l'Università degli Studi di Urbino è definito con riferimento all'acquisizione di una serie di contenuti che insistono sulle seguenti sfere:

- acquisizione di conoscenze fondamentali e di competenze metodologiche inerenti ai saperi pedagogici e metodologico-didattici, completati da conoscenze e competenze di base negli ambiti filosofico, psicologico, sociologico, antropologico, dirette ad una comprensione generale delle questioni educative a livello teorico e metodologico-operativo;
- conoscenze teoriche e competenze metodologiche relative alla progettazione educativa e comprensive di: idoneo possesso di strumenti per l'analisi delle situazioni educative sotto il profilo sociale (anche dal punto di vista storico), geografico-territoriale, culturale e psicologico; adeguata padronanza di metodi di progettazione educativa, formativa e didattica; idoneo possesso di strategie organizzative e gestionali dell'intervento educativo e formativo; adeguata padronanza di procedure di monitoraggio e di valutazione degli interventi educativi e formativi;
- conoscenze teoriche e competenze metodologiche relative all'intervento educativo e formativo, riferito anche alla dimensione dell'insegnamento/apprendimento, nelle diverse fasi evolutive dell'individuo (dall'età dello sviluppo all'età adulta), opportunamente integrate da abilità di risoluzione di problemi educativi e formativi propri dei diversi servizi socio-educativi e dei diversi soggetti, anche in relazione all'integrazione dei disabili;
- capacità d'uso orale e scritto della lingua inglese, oltre a quella italiana;
- idonee competenze di gestione e comunicazione dell'informazione attraverso strumenti informatici.

Il corso prevede due curricula, "Educatore" e "Formatore", ed ha durata triennale; tenendo conto che ad ogni anno corrispondono 60 crediti, per conseguire la laurea lo studente deve averne acquisiti complessivamente 180¹¹⁸. Nei due curricula le attività formative di base comprendono come insegnamenti comuni, quelli di "Storia della filosofia", "Storia della

¹¹⁸ Per lo studente è anche prevista la possibilità di compiere il proprio percorso di studi in un tempo diverso da quello fissato dall'ordinamento, chiedendo l'iscrizione a tempo parziale.

filosofia e del rinascimento”, “Psicologia generale”, “Pedagogia speciale”, “Pedagogia generale” e “Filosofia teoretica”. Ad eccezione degli insegnamenti di “Psicologia dello sviluppo”, “Filosofia dell’educazione” e “Lingua Inglese”, le attività caratterizzanti differiscono a seconda del curriculum: in quello per “Educatore” vi figurano “Psicopedagogia”, “Filosofia dell’educazione”, “Geografia sociale”, “Letteratura per l’Infanzia”, “Pedagogia interculturale” e “Pedagogia Sociale”; quello per “Formatore” annovera “Metodologia della ricerca pedagogica”, “Pedagogia della formazione”, “Educazione degli adulti”, “Filosofia dell’educazione”, “Didattica della formazione”, “Pianificazione territoriale” e “Storia medioevale e moderna”. Anche le attività affini ed integrative si articolano diversamente nei due curricula: quello per “Educatore” include gli insegnamenti di “Teoria dei processi di socializzazione”, “Didattica generale”, “Gestione delle imprese” e “Metodologia e tecnica del gioco e dell’animazione”; quello per “Formatore” prevede quali discipline proprie di quest’area “Storia della filosofia politica”, “Storia della filosofia moderna”, “Pedagogia interculturale” e “Pedagogia sociale”. Il resto delle attività è comprensivo di quelle a scelta dello studente, per la conoscenza della lingua straniera, per le abilità informatiche e per i tirocini formativi e di orientamento.

I possibili sbocchi occupazionali per i laureati possono configurarsi in asili nido, case di accoglienza, comunità educative, centri di aggregazione giovanile, centri educativo-ricreativi, centri di formazione professionale, servizi educativo-domiciliari, servizi di formazione permanente, servizi integrativi della prima infanzia.

In generale, guardando allo stato attuale della formazione del profilo di educatore pertinente alla classe L 19 nel contesto della regione Marche, un’operazione di comparazione permette di evidenziare come la strutturazione dei corsi di laurea triennale di Macerata e Urbino si articoli in diversi curricula che insistono sullo sviluppo competenze nel campo della progettazione ed organizzazione di attività educative da esprimere negli specifici ambiti che ognuno degli stessi tende a privilegiare. Così, il corso di Urbino sembra sviluppare contenuti progettuali relativi all’intervento formativo ed educativo da allestire in una dimensione di insegnamento e apprendimento che abbraccia diverse fasi evolutive dell’individuo (dall’età dello sviluppo all’età adulta). Tale orientamento trova riscontro nello spazio che il piano di studi riserva a discipline quali “Didattica generale”, “Metodologia della ricerca pedagogica / Pedagogia della formazione”, “Educazione degli adulti”, la cui traduzione operativa può trovare espressione nei centri di formazione professionale, nei servizi di formazione permanente e in contesti aggregativi cui accedono i giovani. A Macerata, nel curriculum “Educatore Sociale”, la dimensione progettuale sembra tendere alla predisposizione di interventi e servizi che attengono a problematiche legate al disagio giovanile e ai processi di fragilizzazione cui è interessata la famiglia e che si articolano lungo le dimensioni della prevenzione e della riduzione del disagio e della marginalità, oltre che dell’animazione extrascolastica. Indicativa al riguardo la previsione di insegnamenti quali “Sociologia generale” e “Pedagogia della devianza e della marginalità”. Il curriculum “Educatore Nido e Comunità Infantili” situa ovviamente la gestione della progettualità in quegli spazi in cui si declinano servizi e azioni rivolte all’infanzia (asili nido, comunità infantili e altre realtà integrative) e mira alla formazione di competenze in grado di favorire la rilevazione e l’interpretazione dei bisogni dei bambini, lo snodarsi delle dinamiche relative alla prima socializzazione, lo sviluppo di potenzialità affettive e cognitive. Non manca un’attenzione rivolta alle esigenze di sostegno della famiglia e ad azioni mediative da realizzare in un’ottica di cura dell’infanzia. Il rilievo alle dinamiche psicologiche della relazione educativa, all’analisi delle relazioni presenti in famiglia e all’organizzazione di ambienti di apprendimento e di attività ludiche per la prima infanzia è rivelata dalle discipline “Pedagogia delle relazioni familiari” e “Neuropsichiatria infantile” che figurano nel piano di studi.

Il corso di laurea per educatori professionali presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche¹¹⁹ mira a formare la figura regolamentata dal decreto del ministero della sanità 520/98, fornendogli le conoscenze scientifiche, tecniche e relazionali ritenute necessarie per lo svolgimento della professione negli specifici campi d'attività determinati dai contenuti dei decreti ministeriali. Gli obiettivi formativi qualificanti prevedono che l'educatore acquisisca una professionalità che gli consenta di:

- conoscere un corpo integrato di saperi finalizzato all'analisi e alla comprensione della realtà e alla progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi educativi;
- saper programmare, gestire e verificare interventi educativi mirati alla promozione della salute e allo sviluppo delle potenzialità di soggetti in difficoltà, per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia;
- saper contribuire a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare progetti educativi integrati;
- saper programmare, organizzare, gestire e verificare le proprie attività professionali all'interno di servizi socio-sanitari e strutture socio-sanitarie-riabilitative e socio educative, in modo coordinato e integrato con altre figure professionali ivi presenti, con il coinvolgimento dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività;
- saper operare sulle famiglie e sul contesto sociale, allo scopo di favorire processi di integrazione ed aggregazione sociale;
- saper partecipare ad attività di studio, ricerca, documentazione finalizzate agli scopi sopraelencati;
- contribuire alla formazione degli studenti e del personale di supporto, concorrere direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e all'educazione alla salute;
- utilizzare almeno una lingua dell'Unione Europea, oltre all'italiano, nell'ambito specifico di competenza;
- conoscere i principi deontologici e giuridici della professione, nonché le norme di radioprotezione.

L'accesso al Corso di Laurea è a numero programmato.

Il percorso formativo si completa con il conseguimento di 180 crediti, con frequenza obbligatoria almeno per i due terzi delle lezioni.

Il core curriculum risulta costituito da 25 insegnamenti che si sviluppano attraverso le seguenti tipologie didattiche e formative:

- lezioni frontali o interattive;
- corsi monografici, seminari (attività svolta da docenti interni o esterni e/o figure professionali del settore sociosanitario o di ambiti lavorativi integrati e utili al percorso formativo);
- laboratori metodologici (attività formativa, svolta anche in piccoli gruppi, di apprendimento e sperimentazione di tecniche e metodologie professionali);
- guida al tirocinio: attività formativa realizzata in piccoli gruppi con la guida di un tutore professionale, al fine di acquisire gli elementi costitutivi dell'identità professionale, attraverso la rielaborazione dell'esperienza di tirocinio sul campo e l'integrazione operativa di conoscenze acquisite.

Per quanto concerne la composizione del piano di studi, fra i corsi del primo anno figurano, oltre alla Lingua straniera, "Metodologie dell'educazione professionale e del servizio sociale", "Promozione della salute", "Psicologia generale", "Psicologia sociale", "Diritto pubblico",

¹¹⁹ Il Corso è stato istituito in Interfacoltà con la Facoltà di Economia, configurazione venuta meno per effetto della chiusura a partire dall'anno accademico 2009/2010 dello Corso di Laurea triennale in Servizio Sociale presso la suddetta Facoltà.

“Metodi quantitativi applicati alle scienze socio-sanitarie” e “Sociologia della famiglia e dell’educazione”. Nel secondo anno sono previsti i corsi di “Psichiatria”, “Neurologia e assistenza infermieristica”, “Farmacologia e primo soccorso”, “Metodologie dell’educazione professionale 1”, “Dipendenze patologiche”, “Diritto di famiglia e minorile”, “Psicologia dello sviluppo e dell’educazione”, “Psicologia dinamica” ed uno ulteriore di Lingua straniera. Il terzo anno, infine, comprende i corsi di “Metodologie dell’educazione professionale 2”, “Sociologia dell’organizzazione e del lavoro”, “Organizzazione dei servizi socio-sanitari”, “Politica Sociale”, “Diritto penale”, “Sociologia della devianza”, “Progettazione degli interventi educativi” ed “Abilità informatiche e relazionali”.

Il laureato ha la possibilità di inserimento lavorativo all’interno di tutte le strutture residenziali e semiresidenziali sia a carattere sociale che a carattere sanitario e presso Istituzioni Pubbliche (Enti Locali, Zone Territoriali), private e agenzie non profit.

La formazione specialistica

Dei tre atenei in cui sono stati istituiti i corsi di laurea triennale per la formazione dell’educatore, quelli di Macerata e Urbino vedono attivo il pertinente corso di laurea magistrale, che assume la denominazione di Scienze pedagogiche (Classe LM-85), a Macerata, e Pedagogia e progettazione educativa (Classe LM-85), a Urbino. Come posto in essere con riguardo alla formazione triennale, di seguito si indicheranno sinteticamente i contenuti salienti (obiettivi qualificanti, ambiti disciplinari caratterizzanti e possibili sbocchi occupazionali) dei corsi di laurea magistrali sopraindicati.

Il Corso di laurea magistrale in Scienze pedagogiche presso la Facoltà di Scienze della formazione dell’Università degli Studi di Macerata prevedeva un’articolazione in quattro diversi percorsi di studio o curricula: “Pedagogia e scienze umane”, “Pedagogista della disabilità e della marginalità”, “Pedagogista esperto dei processi formativi” e “Instructional design e-Learning”¹²⁰. A partire dall’anno accademico 2010/2011 è possibile immatricolarsi solo ai primi tre dei curricula sopra elencati.

Gli obiettivi formativi qualificanti prevedono che i laureati, a completamento e perfezionamento della formazione acquisita nei corsi di laurea triennale della Classe L-19, giungano a possedere:

- solide e approfondite competenze e conoscenze teoriche e pratiche nelle scienze pedagogiche e dell’educazione e in quelle discipline che, come la filosofia, la storia, la psicologia e la sociologia, da un lato concorrono a definirne l’intero quadro concettuale e, dall’altro, ne favoriscono l’applicazione nei differenti contesti educativi e formativi;
- un’adeguata padronanza della metodologia di ricerca educativa di natura teoretica, storica, empirica e sperimentale, negli ambienti formali e informali di formazione;
- *conoscenze approfondite dei diversi aspetti della progettazione educativa (analisi dei bisogni, definizione delle finalità e degli obiettivi generali e specifici, valutazione delle risorse umane, strumentali e strutturali, programmazione, metodologie di intervento, verifica e valutazione) e dei metodi e delle tecniche relative al monitoraggio e alla valutazione degli esiti e dell’impatto sociale di progetti e programmi di intervento;*

¹²⁰ Questo curriculum si propone di fornire un avanzato profilo professionale nella progettazione, realizzazione e gestione di percorsi di formazione e apprendimento on line, in ambiti di istruzione formale e informale. Il percorso mira a fornire competenze in tre direzioni tra loro connesse, formazione, comunicazione e tecnologie, la cui integrazione assume rilievo ai fini della personalizzazione dell’ambiente di apprendimento sulla base delle esigenze del singolo studente.

- una buona padronanza dei principali strumenti informatici e della comunicazione telematica negli ambiti specifici di competenza;
- il possesso fluente, in forma scritta e orale, di almeno una lingua dell'Unione Europea, oltre l'italiano, con riferimento anche ai lessici disciplinari.

Ai fini dell'ammissione al corso di laurea magistrale appartenente alla Classe LM-85 (Scienze pedagogiche), il possesso di una laurea triennale, secondo la denominazione previgente, della Classe 18 (Scienze dell'educazione e della formazione) o, secondo la denominazione vigente, della Classe L-19 (Scienze dell'educazione e della formazione), conseguita presso qualsivoglia ateneo italiano, permette l'accesso senza alcuna richiesta di altri adempimenti. Il Consiglio di Facoltà, nella sua adunanza del 4.11.2009, ha esteso tale modalità di accesso anche ai laureati in Scienze della formazione primaria o in Pedagogia (vecchio ordinamento) o in Scienze dell'educazione (vecchio ordinamento). Secondo la delibera del Consiglio di facoltà del 4.11.2009, altri titoli di studio, ovvero diplomi di laurea di vecchio e nuovo ordinamento possono consentire l'accesso purché vi sia la possibilità di riconoscere un minimo di 90 CFU. I crediti mancanti dovranno essere recuperati entro la scadenza dei termini di iscrizione. La durata del corso di studio è di due anni, nell'arco dei quali lo studente deve acquisire 120 crediti; gli insegnamenti ad essi relativi variano a seconda del curriculum cui si è iscritti¹²¹.

Gli sbocchi occupazionali previsti si situano in attività di ricerca educativa e di consulenza nella programmazione e gestione di interventi nelle istituzioni scolastiche e nei diversi tipi di servizi in campo educativo e formativo, erogati da enti pubblici, privati e del terzo settore, da organismi di direzione, orientamento, supporto e controllo attivati presso i diversi livelli della Pubblica Amministrazione.

Il Corso di studio in Pedagogia e Progettazione Educativa presso la Facoltà di Scienze della formazione dell'Università degli Studi di Urbino definisce la propria proposta didattica a partire dall'accento posto sui seguenti obiettivi formativi specifici cui i laureati dovrebbero pervenire:

- acquisizione di conoscenze avanzate e di solide competenze metodologiche inerenti saperi pedagogici e delle scienze dell'educazione, integrate da conoscenze e competenze relative a saperi psicologici, filosofici, sociologici, storico-geografici, diretti alla interpretazione dei contesti educativi e formativi e alla formulazione di giudizi autonomi pertinenti e coerenti rispetto ai dati disponibili;
- elaborazione originale delle conoscenze acquisite, finalizzata alla risoluzione di problemi educativi complessi caratteristici dei differenti ambienti educativi, formali e non formali, attraverso l'applicazione delle diverse metodologie di ricerca delle scienze pedagogiche;
- approfondite conoscenze teoriche e metodologiche relative alla progettazione educativa (anche in relazione all'integrazione dei disabili), articolate nell'analisi delle situazioni da vari punti di vista (sociale, culturale, psicologico, storico e geografico), nella definizione degli obiettivi generali e specifici, nella organizzazione e gestione dell'intervento educativo, nel monitoraggio e nella valutazione degli esiti del progetto;
- buone competenze di gestione e comunicazione dell'informazione attraverso strumenti informatici;
- capacità d'uso della lingua inglese orale e scritta, declinata anche in senso disciplinare.

¹²¹ Solo gli insegnamenti Evoluzione dei sistemi viventi e Sociologia delle organizzazioni figurano, insieme al Tirocinio e alla lingua straniera, nei piani di studio di tutti e tre i curricula.

La durata del corso è di due anni e, ai fini del conseguimento della laurea, lo studente deve acquisire 120 crediti¹²². Il piano di studi situa fra le attività caratterizzanti gli insegnamenti di “Pedagogia generale, corso avanzato”, “Metodologia della ricerca pedagogica”, “Pedagogia della marginalità e della devianza”, “Pedagogia generale, corso avanzato”, “Storia della pedagogia”, “Letteratura per l’infanzia” ed “Educazione degli adulti, corso avanzato”, “Storia della filosofia”, “Sociologia generale, corso avanzato”, “Pedagogia sociale”, “Pedagogia interculturale”. Le attività affini integrative comprendono gli insegnamenti di “Psicologia della formazione”, “Psicologia del lavoro” e “Geografia culturale”. Il quadro è completato dalle attività a scelta dello studente, da quelle relative alle conoscenze linguistiche, alle abilità informatiche e telematiche e ai Tirocini formativi e di orientamento.

Per essere ammessi al corso di laurea occorre essere in possesso della laurea o del diploma universitario di durata triennale, ovvero di altro titolo di studio conseguito all’estero, riconosciuto idoneo. Possono accedere al corso di laurea i laureati della Classe 19 (o equipollenti) e i laureati di altre Classi di laurea o di previgenti ordinamenti, previo accertamento del possesso dei requisiti curricolari e di un’adeguata preparazione personale che verrà verificata da una commissione nominata dalla Facoltà, attraverso una prova inerente gli ambiti di conoscenza e competenza relativi al corso di laurea.

È prevista la frequenza obbligatoria per le attività di tirocinio e di laboratorio.

I possibili sbocchi occupazionali per i laureati possono realizzarsi presso associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, organizzazioni di volontariato, strutture sociali a ciclo residenziale e semiresidenziali a gestione pubblica e privata, e prefigurare attività di progettazione, coordinamento e direzione di sistemi formativi e di servizi educativi o di supporto alla formazione.

Un raffronto dei due corsi di laurea magistrale della Classe LM 85 fa emergere il forte accento che tanto quello istituito da Urbino, quanto quello attivo a Macerata pongono all’approfondimento di conoscenze teoriche e metodologiche relative alla progettazione educativa nelle diverse fasi con cui questa viene a declinarsi, compresa quella del monitoraggio e della valutazione degli esiti e dell’impatto sociale di progetti e di programmi di intervento. A ciò si accompagna l’adeguata padronanza della metodologia della ricerca educativa che i due corsi mirano a sviluppare ai fini di una elaborazione originale delle conoscenze acquisite e della risoluzione di problemi educativi complessi che possono presentarsi sulla scena dei differenti contesti operativi. Il consolidamento di questi contenuti fa leva sulla previsione nei piani di studio di insegnamenti che vertono sulla dimensione organizzativa e progettuale: “Metodologia della ricerca pedagogica” ad Urbino, cui si aggiungono corsi avanzati per quanto attiene le discipline di “Pedagogia generale”, “Pedagogia speciale / Pedagogia della marginalità e della devianza”, “Educazione degli adulti”, “Storia della filosofia / sociologia generale”; “Teoria e modelli dei processi formativi”, “Sociologia delle organizzazioni”, “Metodologia della progettazione formativa” a Macerata.

¹²² Per lo studente è anche prevista la possibilità di compiere il proprio percorso di studi in un tempo diverso da quello fissato dall’ordinamento, chiedendo l’iscrizione a tempo parziale.

Tabella 8.5 - Piano di studi dei corsi di laurea triennali

	ANCONA	MACERATA		URBINO	
		Educatore sociale	Educatore nido e comunità infantili	Educatore	Formatore
1° anno	<ul style="list-style-type: none"> - Metodologie dell'educazione professionale e del servizio sociale - Promozione salute - Lingua straniera - Psicologia generale - Psicologia sociale - Diritto pubblico - Metodi quantitativi applicati alle scienze socio sanitarie - Sociologia della famiglia e dell'educazione - tirocinio (250 ore) 	<ul style="list-style-type: none"> - Didattica generale - Pedagogia generale - Storia dell'educazione - Psicologia generale - Sociologia generale - Lingua straniera - Laboratorio informatico -Tirocinio (120 ore) 	<ul style="list-style-type: none"> - Didattica generale - Pedagogia generale - Storia dell'educazione - Psicologia generale - Didattica delle attività motorie - Lingua straniera - Laboratorio informatico - Tirocinio (120 ore) 	<ul style="list-style-type: none"> - Storia dell'educazione - Storia della filosofia / Storia della filosofia del rinascimento - Psicologia generale / Psicologia dello sviluppo - Pedagogia speciale - Lingua inglese - Ulteriori conoscenze linguistiche - a scelta dello studente - Tirocinio (50 ore) 	<ul style="list-style-type: none"> - Storia dell'educazione - Storia della filosofia / Storia della filosofia del rinascimento - Psicologia generale / Psicologia dello sviluppo - Pedagogia speciale - Lingua inglese - Ulteriori conoscenze linguistiche - a scelta dello studente - Tirocinio (50 ore)
2° anno	<ul style="list-style-type: none"> - Psichiatria - Neurologia e assistenza infermieristica - Farmacologia e primo soccorso - Metodologia dell'educazione professionale 1 - Dipendenze patologiche - Diritto di famiglia e minorile - Psicologia dello sviluppo e dell'educazione - Psicologia dinamica - Lingua straniera - Tirocinio (250 ore) 	<ul style="list-style-type: none"> - Filosofia teoretica - Legislazione sociale e dei servizi - Pedagogia sociale - Storia contemporanea - Pedagogia della devianza e della marginalità - Psicologia della personalità - Neuropsichiatria infantile - altra lingua straniera - Tirocinio (120 ore) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pedagogia delle relazioni familiari - Pedagogia speciale - Legislazione sociale e dei servizi - Neuropsichiatria infantile - Psicologia della personalità - Psicologia dello sviluppo - Storia contemporanea - altra lingua straniera - Tirocinio (120 ore) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pedagogia generale - Sociologia generale / Teoria dei processi di socializzazione - Psicopedagogia - filosofia dell'educazione - Didattica generale - Filosofia teoretica - Gestione delle imprese - Tirocinio (100 ore) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pedagogia generale - Metodologia della ricerca pedagogica / Pedagogia della formazione - Storia della filosofia politica - Educazione degli adulti - Storia della filosofia moderna - Filosofia teoretica - Abilità informatiche - a scelta dello studente - Tirocinio (100 ore)

3° anno	<ul style="list-style-type: none"> - Metodologie dell'educazione professionale 2 - Sociologia dell'organizzazione e del lavoro; - Organizzazione dei servizi socio-sanitari - Politica sociale - Diritto penale - Sociologia della devianza - Progettazione interventi educativi - Abilità informatiche e relazionali - tirocinio (500 ore) - prova finale 	<ul style="list-style-type: none"> - Bioetica generale - Pedagogia interculturale - Progettazione e valutazione dei processi formativi - Letteratura italiana - Insegnamento a scelta - Insegnamento a scelta - prova finale 	<ul style="list-style-type: none"> - Bioetica generale - Antropologia filosofica - Progettazione e valutazione dei processi formativi - Letteratura italiana - insegnamento a scelta - insegnamento a scelta - prova finale 	<ul style="list-style-type: none"> - Antropologia culturale / Geografia sociale - Storia sociale - Letteratura per l'infanzia / metodologia e tecnica del gioco e dell'animazione - Pedagogia interculturale / Pedagogia sociale - Abilità informatiche - tirocinio (50 ore) - a scelta dello studente - prova finale 	<ul style="list-style-type: none"> - Gnoseologia / Filosofia dell'educazione - Didattica della formazione - Pianificazione territoriale - Pedagogia interculturale / Pedagogia sociale - Metodologia della ricerca pedagogica - Storia medioevale e moderna - a scelta dello studente - tirocinio (50 ore) - prova finale
---------	--	---	--	---	--

Tabella 8.6 - Insegnamenti comuni e insegnamenti specifici dei corsi di laurea triennale

INSEGNAMENTI COMUNI	INSEGNAMENTI COMUNI SOLO PER MACERATA E URBINO	INSEGNAMENTI SPECIFICI DI ANCONA	INSEGNAMENTI SPECIFICI DI MACERATA	INSEGNAMENTI SPECIFICI DI URBINO
<ul style="list-style-type: none"> - Psicologia generale - Psicologia dello sviluppo - lingua straniera - Tirocinio - abilità informatiche 	<ul style="list-style-type: none"> - Didattica generale - Pedagogia generale - Storia dell'educazione - Sociologia generale - Pedagogia interculturale/ Pedagogia sociale - Filosofia teoretica - Pedagogia speciale 	<ul style="list-style-type: none"> - Metodologie dell'educazione professionale e del servizio sociale - Promozione salute - Psicologia sociale - Diritto pubblico - Metodi quantitativi applicati alle scienze socio sanitarie - Sociologia della famiglia e dell'educazione - Psichiatria - Neurologia e assistenza infermieristica - Farmacologia e primo soccorso - Metodologia dell'educazione professionale 1 - Dipendenze patologiche - Diritto di famiglia e minorile - Psicologia dinamica - Metodologie dell'educazione professionale 2 - Sociologia dell'organizzazione e del lavoro; - Organizzazione dei servizi socio-sanitari - Politica sociale - Diritto penale - Sociologia della devianza - Progettazione interventi educativi 	<ul style="list-style-type: none"> - Didattica delle attività motorie (NC)¹²³ - Legislazione sociale e dei servizi - Storia contemporanea - Pedagogia della devianza e della marginalità (SOC)¹²⁴ - Psicologia della personalità - Neuropsichiatria infantile - Pedagogia delle relazioni familiari (NC) - Bioetica generale - Progettazione e valutazione dei processi formativi - Letteratura italiana (NC) - Antropologia filosofica (NC) - altra lingua straniera 	<ul style="list-style-type: none"> - Storia della filosofia / Storia della filosofia del rinascimento - Teoria dei processi di socializzazione (ED)¹²⁵ - Psicopedagogia (ED) - Filosofia dell'educazione (ED) - Gestione delle imprese (ED) - Metodologia della ricerca pedagogica / Pedagogia della formazione (FORM)¹²⁶ - Storia della filosofia politica (FORM) - Educazione degli adulti (FORM) - Storia della filosofia moderna (FORM) - Educazione degli adulti (FORM) - Antropologia culturale / Geografia Sociale (ED) - Storia sociale (ED) - Letteratura per l'infanzia / Metodologia e tecnica del gioco e dell'animazione (ED) - Gnoseologia / Filosofia dell'educazione (FORM) - Didattica della formazione (FORM) - Pianificazione territoriale (FORM) - Metodologia della ricerca pedagogica (FORM) - Storia medioevale e moderna (FORM)

¹²³ Insegnamento previsto nel curriculum "Educatore di Nido e di Comunità infantili".

¹²⁴ Insegnamento previsto nel curriculum "Educatore sociale".

¹²⁵ Insegnamento previsto nel curriculum "Educatore".

¹²⁶ Insegnamento previsto nel curriculum "Formatore".

Tabella 8.7 - Piano di studi dei corsi di laurea magistrale

	MACERATA			URBINO
	Pedagogista esperto nei processi formativi	Pedagogista e scienze umane	Pedagogista della disabilità e della marginalità	
1° anno	<ul style="list-style-type: none"> - Diritto delle obbligazioni e dei contratti - Evoluzione dei sistemi viventi - Organizzazione aziendale e cultura d'impresa - Sociologia delle organizzazioni - Psicologia dei processi cognitivi - Lingua straniera - Didattica della formazione - Educazione degli adulti - Teoria e modelli dei processi formativi - Tirocinio (120 ore) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bioetica speciale - Evoluzione dei sistemi viventi - Psicologia cognitiva - Sociologia delle organizzazioni - Lingua straniera - Didattica della formazione (corso avanzato) - Filosofia dell'educazione - Teorie e modelli dei processi formativi - Tirocinio (120 ore) 	<ul style="list-style-type: none"> - Filosofia della scienza - Evoluzione dei sistemi viventi - Pedagogia clinica - Sociologia delle organizzazioni - Lingua straniera - Psicopatologia dello sviluppo - Psichiatria - Storia della pedagogia speciale - Tirocinio (120 ore) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pedagogia generale, corso avanzato - Psicologia della formazione / Psicologia del lavoro - Metodologia della ricerca pedagogica - Pedagogia della marginalità e della devianza / Pedagogia speciale, corso avanzato - Storia della pedagogia / Letteratura per l'infanzia - Educazione degli adulti, corso avanzato - Ulteriori conoscenze linguistiche (Lingua inglese) - A scelta dello studente - Tirocini (125 ore)
2° anno	<ul style="list-style-type: none"> - Filosofia del lavoro - Psicologia delle organizzazioni - Metodologia della progettazione formativa - A scelta dello studente - Metodologia di ricerca (educativa) per l'innovazione - Prova finale 	<ul style="list-style-type: none"> - Filosofia morale - Progettazione e valutazione dei sistemi formativi - A scelta dello studente - Sociologia generale - Storia della scuola e delle istituzioni educative - Prova finale 	<ul style="list-style-type: none"> - Disturbi dell'apprendimento - Diagnostica pedagogica - Pedagogia sociale e della famiglia - A scelta dello studente - Pedagogia della disabilità - Prova finale 	<ul style="list-style-type: none"> - Storia della filosofia / Sociologia generale, corso avanzato - Geografia culturale - Pedagogia sociale / Pedagogia interculturale - Storia sociale - Ulteriori abilità informatiche - A scelta dello studente - Prova finale

Tabella 8.8 - Insegnamenti comuni e insegnamenti specifici dei corsi di laurea magistrale

INSEGNAMENTI COMUNI	INSEGNAMENTI SPECIFICI DI MACERATA	INSEGNAMENTI SPECIFICI DI URBINO
<ul style="list-style-type: none"> - Psicologia del lavoro delle organizzazioni (M)¹²⁷ Psicologia della formazione / Psicologia del lavoro (U)¹²⁸ - Metodologia della progettazione formativa (M) Metodologia della ricerca pedagogica (U) - Sociologia generale (M) Storia della filosofia / Sociologia generale, corso avanzato (U) - Educazione degli adulti (M) Educazione degli adulti, corso avanzato (U) - Storia della scuola e delle istituzioni educative Storia della pedagogia speciale (M) Storia della pedagogia / Letteratura per l'infanzia (U) - Pedagogia sociale e della famiglia (M) Pedagogia sociale / Pedagogia interculturale (U) - Tirocinio - Lingua straniera 	<ul style="list-style-type: none"> - Diritto delle obbligazioni e dei contratti (PEPF)¹²⁹ - Evoluzione dei sistemi viventi - Organizzazione aziendale e cultura d'impresa (PEPF) - Sociologia delle organizzazioni - Psicologia dei processi cognitivi (PEPF) - Didattica della formazione (PEPF) - Teoria e modelli dei processi formativi (PEPF, PSU)¹³⁰ - Bioetica speciale (PSU)¹³¹ - Psicologia cognitiva (PSU) - Didattica della formazione (corso avanzato) (PSU) - Filosofia dell'educazione (PSU) - Filosofia della scienza (PDM) - Pedagogia clinica (PDM) - Psicopatologia dello sviluppo (PDM) - Psichiatria (PDM) - Filosofia del lavoro (PEPF) - Metodologia di ricerca (educativa) per l'innovazione (PEPF) - Filosofia morale (PSU) - Progettazione e valutazione dei sistemi formativi (PSU) - Disturbi dell'apprendimento (PDM) - Diagnostica pedagogica (PDM) - Pedagogia sociale e della famiglia (PDM) - Pedagogia della disabilità (PDM) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pedagogia generale (corso avanzato) - Metodologia della ricerca pedagogica - Pedagogia della marginalità e della devianza / Pedagogia speciale, corso avanzato - Geografia culturale - Storia sociale - Ulteriori abilità informatiche

Criticità della formazione

Le riflessioni che, alla luce degli interventi dei partecipanti alla ricerca, è possibile mettere insieme relativamente ai nodi critici che si appuntano attorno alla formazione dell'educatore professionale seguono una traiettoria che riflette il carattere ancora "in divenire" su cui si costruisce l'assetto operativo di questa figura, sospeso tra un ambito sanitario sostenuto da una regolamentazione di riferimento e un ambito sociale che ne è invece sprovvisto. A rendere più variegato, e probabilmente confusivo, il quadro è la questione legata ai diversi operatori che, pur non avendo conseguito titoli di studio specifici, vengono ad essere inquadrati come educatori

¹²⁷ Denominazione dell'insegnamento nel corso di Macerata.

¹²⁸ Denominazione dell'insegnamento nel corso di Urbino.

¹²⁹ Insegnamento previsto nel curriculum in "Pedagogista esperto nei processi formativi".

¹³⁰ Insegnamento previsto nei curricula in "Pedagogista esperto nei processi formativi" e in "Pedagogia e scienze umane".

¹³¹ Insegnamento previsto nel curriculum in "Pedagogia e scienze umane".

grazie ad un riconoscimento dell'esperienza professionale. Tutto ciò sembra contribuire a rendere i contorni del ruolo dell'educatore ancora sfumati, come indicano le parole di un'educatrice dell'Asur di Macerata, per la quale questa figura è ancora "in evoluzione", alla ricerca di uno spazio preciso in cui potersi collocare, con un passato che, fra l'altro, l'avrebbe vista prestarsi a quei compiti che più difficilmente erano inquadrabili nel ventaglio di competenze di altre professioni dai confini meglio marcati. La dimensione accademica che ora permea il percorso formativo dell'educatore, se da una parte può aver reso più intensa l'attenzione rivolta a questo profilo e alla piattaforma di conoscenze teoriche che, completate da quelle costruite nel corso dell'esperienza professionale, possono concorrere a renderne più chiara la connotazione, dall'altra sembra risentire di quella falla creatasi sul piano giuridico da cui discende la divaricazione dei canali entro questo percorso può venirsi a situare. Da ciò sembrano potersi rilevare ricadute che rendono ancora fragile il nucleo identitario che sostanzia il profilo dell'educatore, con il rischio che questi venga a trovarsi in una posizione di debolezza laddove si trovi ad interagire con altre figure. Come asserito dalla coordinatrice d'ambito di Macerata, la dinamica per favorire la produttiva integrazione delle azioni poste in essere da operatori di diversa professionalità deve partire dall'accentuazione e dal rafforzamento delle "diversità" e, quindi, delle identità che vanno a definirle ed il cui effettivo riconoscimento consente ad ognuna di portare le proprie "caratteristiche" e le proprie "specificità"; è anche da questi elementi che sembrano prendere corpo le sfide che la professione dell'educatore è chiamata ad affrontare e su cui gli ambiti formativi possono porre attenzione per operare le opportune ricalibrature dei loro impianti.

Alcuni nodi da sciogliere

La questione su cui maggiormente s'insinuano le principali fragilità di cui risente il percorso formativo dell'educatore attiene al **doppio canale previsto per l'accesso a quello che viene considerato uno stesso profilo professionale**. Tale dimensione viene ritenuta penalizzante in vista dell'acquisizione di una gamma di contenuti comprensivi dei diversi risvolti con cui l'operatività può poi dispiegarsi, non consentendo, ad esempio, la cura di una solida preparazione in **ambito psichiatrico** per quanti seguono percorsi formativi diversi da quello sanitario: *"io non ho competenze in ambito psichiatrico, cioè io me ne sono proprio resa conto nel tirocinio alla ASL, che era proprio un centro di salute mentale, dove è proprio diversa la funzione dell'educatore, rispetto all'educatore del sociale perché comunque devi avere proprio delle competenze mediche ..."*. Il carattere eccessivamente settoriale che specificherebbe la formazione universitaria rischia di rendere lo studente più vulnerabile al momento del suo "battesimo" lavorativo, nella misura in cui quello in cui viene a collocarsi è un settore distante da quello che la formazione esperita può aver privilegiato. Tale osservazione induce a ravvisare la necessità di una **formazione, la cui articolazione preveda una base "unitaria", più generale, ed una specializzazione successiva**. Se non sembra molto chiara la scansione temporale attraverso cui configurare questo passaggio, si può cogliere un buon livello di condivisione attorno alle dimensioni che le due fasi di cui può comporsi la complessiva traiettoria formativa dovrebbero rispettivamente privilegiare. Mentre il triennio dovrebbe formare "l'operatore di base" che, attraverso esperienze di tirocinio e di formazione sul campo, *"sia pronto a lavorare nella pratica"*, viene riconosciuta la necessità che il biennio magistrale lavori per lo sviluppo delle competenze di coordinamento e organizzazione dei servizi, anche in vista dell'accesso a funzioni di responsabilità a livello dirigenziale. Quella del coordinamento sembra peraltro essere considerata una competenza trasversale, che operatori sia dell'area sociale che dell'area educativa possono vedersi riconosciuta; viene allora ritenuto utile

definire un corpo di procedure operative comune ai due settori, che poi può essere declinato diversamente a seconda del luogo e del target di persone cui si rivolge la sua messa a punto, come: *“un ventaglio che si apre e va a mano a mano nel dettaglio della cosa, per ogni settore nello specifico”*.

Queste considerazioni stridono un po' con l'orientamento che si avverte come prevalente nella realtà dei servizi, dove il conferimento all'educatore di **funzioni di coordinamento**, più che al conseguimento di un titolo accademico, pare subordinato alla verifica del possesso di capacità che solo lo snodarsi dell'esperienza professionale consentirebbe di maturare. Vi sarebbero peraltro, secondo il presidente della sezione regionale dell'Anep, meccanismi perversi, frutto dell'intreccio di dinamiche e variabili che richiamano “aspetti culturali, di potere contrattuale, di equilibri, di indirizzi politici e di scelte dirigenziali”, che determinano la mancata individuazione di meccanismi di progressione verticale della professione, prefigurando situazioni in cui lo svolgimento di funzioni di coordinamento e consulenza verso altri operatori non verrebbe riconosciuto, nemmeno a livello economico.

Sui risultati sortiti dall'attuale assetto formativo, si esprime con un forte accento critico un educatore con funzioni di coordinamento di Urbino, il quale avrebbe rilevato in alcuni suoi colleghi carenze in molte delle operazioni con cui i contenuti della professione vengono ad esprimersi (redigere relazioni per gli enti, elaborare progetti, relazionarsi con comuni, cooperative, scuole) e in relazione alle quali i percorsi di studio non sarebbero appunto esenti da responsabilità (*“certe cose l'università non te le insegna”*). A latitare sarebbe anche “l'elasticità mentale”, “lo spirito d'iniziativa”, il dinamismo necessario per esprimere in maniera più innovativa le proprie abilità e per orientare in termini maggiormente propositivi il proprio percorso professionale: *“parlando con loro vedo che hanno difficoltà a propormi qualcosa perché non sanno da dove si parte per proporre qualcosa. Cioè, oggi, se tu vuoi che il comune investa su di te, gli devi proporre qualcosa di scritto, un progetto con finalità, obiettivi, materiale”*. Anche relativamente a tali limiti viene chiamata in causa l'università, “rea” di riservare poco spazio alla crescita di capacità di ricerca, ritenute oggi quanto mai necessarie per affrancarsi da una dimensione routinaria dell'operatività: *“per proporre cose nuove, perché ormai stanno sempre girando cose fatte e strafatte, l'operatore si deve mettere in testa di lavorare su se stesso, andare in biblioteca e cercare, leggere, studiare e prepararsi, perché se non sei preparato ... i centri si svuotano”*.

Altro limite di cui risente la formazione viene visto nella mancata offerta degli strumenti funzionali ad affinare le **capacità di osservazione dell'utente**, che esporrebbe l'operatore al rischio di procedere all'articolazione del proprio intervento senza disporre dell'adeguata base conoscitiva con cui meglio definirne il calibro. Viene poi fatto cenno a particolari situazioni operative che vedono l'educatore avvertire la fragilità della propria preparazione ed entrare in campo senza avere sufficienti strumenti con cui poter mentalmente anticipare quello che potrà essere il possibile dispiegarsi della sua azione. Eloquenti al riguardo le affermazioni di un'educatrice domiciliare del maceratese: *“quando siamo chiamati a questo tipo di lavoro, entriamo, ma non sappiamo cosa ci aspetta; quindi siamo pronti a tutto”*.

Nuovi spazi per ripensare la formazione

I recenti cambiamenti che hanno conosciuto gli assetti sociali hanno ridisegnato lo scenario delle aree in cui l'educatore va a situare il proprio intervento, creando un terreno da cui sono emersi nuovi profili di rischio e, di conseguenza, nuovi contenuti su cui la formazione è chiamata a volgere il suo sguardo. I processi legati all'immigrazione rendono anzitutto sempre più ricorrente il contatto con persone provenienti da diversi contesti culturali, profilando il diffondersi di specifici bisogni, la cui risposta implica una solida base di **conoscenze nell'area della lingua straniera**, prerequisite necessario per comunicare efficacemente con cittadini

stranieri e per poter pervenire ad una migliore comprensione degli aspetti che sostengono le situazioni problematiche da loro proposte. Ma al di là dell'aspetto meramente linguistico, ad essere messa in rilievo è l'area operativa che attiene alla **mediazione culturale**, la quale, secondo la coordinatrice d'ambito di Macerata, può costituire un nuovo campo in cui il ruolo dell'educatore può esprimersi, proprio in ragione della consistenza quantitativa che ha assunto la presenza di cittadini immigrati sul territorio nazionale e regionale. Tale fenomeno porta con sé rilievi critici soprattutto in mancanza di canali comunicativi che permettano alla figura preposta all'aiuto di interloquire e comprendere la persona cui la sua azione si rivolge; è solo attraverso questo passaggio che diventa infatti possibile definire un percorso terapeutico incisivo e sufficientemente rispettoso dei caratteri che modellano il retroterra culturale della persona in favore della quale viene predisposto: *“questo è molto importante nella psichiatria ... come si fa a scovare una diagnosi, a fare terapia in un settore del genere se non si riesce a comunicare? In tutte le scienze che si basano sulla comunicazione è fondamentale sia l'interprete che il mediatore culturale”*.

In un'ottica di interculturalità interessanti sembrano alcune riflessioni emerse dal focus group di Urbino, a partire dall'intervento di un'educatrice di una cooperativa che svolge servizio presso un centro servizi immigrati, prestandosi all'espletamento di compiti che sarebbero propri dell'assistente sociale e che, quindi, esulano da quelli contrattualmente previsti in relazione al suo profilo. Il ruolo che l'operatore verrebbe chiamato a ricoprire in tale contesto è quello di un filtro rispetto ad altri professionisti e si traduce operativamente con un'attività di sportello front-office in cui viene offerta: *“assistenza, accoglienza, orientamento a 360 gradi per tutto quello che poi può servire nello specifico”*. La posizione occupata ed i contenuti da padroneggiare, che attengono alla normativa in materia di immigrazione, permessi di giorno, rapporti con la questura e con la prefettura, oltre a profilare la necessità di una formazione molto vicina a quella di pertinenza dell'assistente sociale, induce a far ritenere “di frontiera” il lavoro dell'educatore e a riconoscergli una straordinaria importanza dal punto di vista sociale; questi, infatti, sarebbe in grado di rappresentare agli altri operatori (in primis l'assistente sociale) il polso della situazione dell'utenza e delle sue necessità, rilievo fondamentale per poter ridefinire il tiro degli interventi ed incrementarne l'efficacia. Questo tipo di esperienza, da guardare con la dovuta cautela in considerazione del suo presumibile carattere di eccezionalità, sembra però ribadire la necessità di orientare i percorsi formativi previsti per gli educatori verso una più penetrante conoscenza delle tematiche legate al fenomeno dell'immigrazione, che, oltre all'aspetto legislativo, vada a toccare anche la dimensione del lavoro di quartiere e di comunità da approntare nelle aree in cui è maggiore la concentrazione di stranieri e, quindi, più elevato il rischio di una loro segregazione e ghettizzazione.

Altro terreno cui la formazione dovrebbe rivolgere attenzione è quello rappresentato dalla condizione giovanile, coinvolto da cambiamenti estremamente repentini che richiedono, soprattutto agli operatori che lavorano in contesti aggregativi, abilità funzionali ad intercettare le esigenze, le problematiche e il disagio dei ragazzi con cui si viene a contatto. Come emerso dall'intervista al coordinatore d'ambito di Urbino, tra le maggiori difficoltà che questi contesti operativi prospettano, vi è quella legata all'intergenerazionalità, che richiede all'educatore l'individuazione di modalità interattive con cui proporsi efficacemente nei confronti di ragazzi appartenenti a diverse fasce d'età, in relazione alla specificità delle quali occorre modulare e rivedere l'approccio e lo stile comunicativo da adottare. Il quadro viene spesso complicato dalla presenza di stranieri e dalle specifiche dinamiche che questa può attivare, per la cui gestione viene rinnovata l'importanza di una formazione *ad hoc*. Ma in generale ciò che sembra percepirsi è la maggior difficoltà che l'educatore incontra nel coinvolgere i ragazzi e porsi nei loro confronti come modello di riferimento, in grado di incidere e modificare l'orizzonte delle loro esperienze. Utile al riguardo menzionare le considerazioni con cui il coordinatore d'ambito di Urbino

tratteggia la missione dell'educatore che lavora a con gli adolescenti in realtà aggregative, in base alle quali questi non può limitarsi ad: *“aprire la porta e guardare che non si cavino gli occhi”*, in quanto il ruolo che incarna lo chiama a percepire, intercettare e farsi portavoce delle esigenze dei ragazzi, mettendoli nella condizione di aprirsi e confidarsi, grazie alla fiducia di cui possono investire la relazione con lui costruita. Viene quindi in rilievo la capacità del professionista di trovare quel punto di equilibrio che gli permetta di *“mettersi in sintonia con loro”* e, al contempo, mantenere quella distanza intergenerazionale che conferisca credibilità ed incisività al messaggio educativo che intende far passare. Questo lavoro sui confini e sulle distanze, insieme ai problemi posti dall'intergenerazionalità e dall'immigrazione, sembrano costituire le aree attorno alle quali dovrebbe concentrarsi l'attenzione della formazione con riferimento alle problematiche giovanili.

Possibili traiettorie di cambiamento

Il punto nevralgico attorno al quale si articolano le possibili traiettorie di cambiamento che possono investire la formazione dell'educatore professionale sembra abbracciare la necessità di superare l'attuale distinzione tra sociale e sanitario che connota il dipanarsi della costruzione di questo profilo e, conseguentemente, di rimodellarne la configurazione attraverso la previsione di un percorso unitario, con all'interno la possibilità di indirizzi specifici. La prospettiva che intravede il presidente della sezione regionale dell'Anep s'incanala nella direzione di una collaborazione, di una sinergia e di un accorpamento delle diverse università, anche mediante la formula dell'Interclasse e dell'Interfacoltà, al fine di superare il carattere differenziato delle attuali risposte del contesto accademico e prevedere una base comune per tutte le figure, con una specializzazione nel settore in cui viene prefigurato l'inserimento lavorativo (*“un biennio comune e un terzo anno di orientamento”*). Urge quindi un intervento a livello normativo che vada ad equiparare, in termini di riconoscimento, l'educatore che lavora in sanità e a quello impiegato nel sociale.

Altro elemento che ricorre trasversalmente nelle considerazioni dei soggetti intervenuti riconosce il valore altamente formativo dell'**esperienza sul campo**, al cui rilievo, secondo quanto emerso dall'intervista alla Direttrice di distretto dell'Asur di Macerata, concorre la possibilità di trarre arricchimento dal confronto, dall'interazione e dalla collaborazione con altri operatori di diversa professionalità: *“il lavoro che si cerca di fare è lavoro d'equipe e quindi è chiaro che una figura coinvolge l'altra e allo stesso tempo completa l'altra”*. La dimensione unitaria e globale che occorre conferire alla presa in carico spiana il terreno entro il quale anche la componente sociale può esprimersi ed incidere sull'evoluzione del caso, completandosi con quella sanitaria e contribuendo a qualificare i contenuti dell'intervento. Coerentemente a questa linea, viene ritenuto importante lo spazio da riservare al tirocinio pratico-professionale, prevedendo che tanto gli studenti di scienze dell'educazione, quanto quelli di medicina abbiano la possibilità di effettuare queste esperienze in tutti gli ambiti sociosanitari.

La risoluzione del nodo critico rappresentato dalle figure professionalmente inquadrare come educatori, ma sprovviste del relativo titolo di studio, vede gli interventi dei soggetti che hanno preso parte alla ricerca convergere verso la necessità di riconoscere a tali figure l'esperienza maturata sul campo, difficile da mettere in discussione (anche perché: *“facendo s'impara”*), e di predisporre **percorsi di riqualificazione** che diano modo alle stesse di corroborare la propria strumentazione professionale, integrandola con quelle conoscenze teoriche di cui possono essere carenti. Riguardo alle iniziative di aggiornamento, la necessità di prevederne un'ampia offerta viene sostenuta dai cambiamenti che stanno investendo i metodi di lavoro e le modalità con cui rapportarsi alla persona; questa consapevolezza andrebbe, secondo il presidente della sezione

regionale dell’Anep, a cozzare con una generale involuzione a livello culturale in cui anche gli educatori sembrano trascinati, sulla spinta della delicata fase di congiuntura economica e delle politiche orientate a ridurre il personale e a tagliare i finanziamenti che ne rappresentano uno dei riflessi: *“sempre più l’educatore lavora sul caso e sempre meno nella formazione, nella ricerca e meno anche nella prevenzione”*. Il problema, lungi dal ridursi a mero risvolto della crisi economica, sembra radicarsi in una tendenza culturale orientata a: *“vedere nell’educatore professionale un basso profilo”*, schiacciato dalla dimensione del “fare” e dal lavoro sul caso, privo di: *“una formazione che gli permette di allargare i propri bisogni e ... di incidere su una propria filosofia dell’educazione e dell’intervento educativo.”* La professionalità non può invece fare meno di questa dimensione, che va pertanto recuperata come caratteristica e priorità di un lavoro che è bene si articoli sul duplice versante “con l’utente” e “per l’utente”, dove lavorare per l’utente vuol dire anche: *“lavorare per se stessi, lavorare per la formazione”*.

8.4.3 La formazione dell’operatore socio-sanitario.

I percorsi formativi

Le disposizioni contenute nell’art.2 della Conferenza Stato Regioni del 22 febbraio 2001 delegano le Regioni e le Province autonome a provvedere “alla organizzazione dei corsi e delle relative attività didattiche” che compongono l’iter formativo dell’operatore socio sanitario (1° comma), attribuendo a tali enti la facoltà di individuare il fabbisogno annuo di personale sulla base del quale procedere all’accreditamento delle strutture deputate alla formazione vera e propria (2° comma). Gli articoli 7 e seguenti dello stesso atto normativo definiscono, invece, i requisiti di accesso e l’organizzazione didattica dei corsi di formazione.

La delega del sistema formativo dal livello centrale a quello periferico ha dato luogo ad un’ampia differenziazione regionale concretizzatasi nel disallineamento temporale con cui le Regioni e le Province autonome hanno recepito la normativa nazionale. Oggi quasi tutti gli enti locali hanno legiferato in materia di formazione per operatore socio sanitario scegliendo per lo più la formula della Deliberazione della Giunta Regionale (DRG), ad eccezione di Veneto e Umbria che hanno invece utilizzato lo strumento della Legge Regionale (Tab.).

Tabella 8.9 - Normative regionali riguardanti l’individuazione del profilo dell’operatore socio sanitario e dei relativi percorsi formativi

Regione	Riferimento normativo	
Piemonte	Deliberazione della Giunta Regionale n. 46 del 25/03/02	Recepimento dell’accordo sancito in conferenza Stato - Regioni in relazione al profilo dell’operatore socio - sanitario: approvazione delle linee di indirizzo per la formazione di base per il conseguimento della qualifica di operatore socio - sanitario.
Valle d’Aosta	Deliberazione della Giunta Regionale n. 5107 del 30/12/2003	Approvazione dello standard formativo dell’operatore socio-sanitario (Oss) e del relativo percorso formativo
Lombardia	Deliberazione della Giunta Regionale n. 5101 del 18/7/2007	Regolamentazione dei percorsi OSS (Operatori Socio Sanitari)
Prov. Auton. Bolzano	Delibera n. 3749 del 9/10/2000 e n. 1878 del 11/06/2001	Linee guida per l’impiego dell’Operatore Socio Sanitario (OSS)

Prov. Auton. Trento	Delibera n. 1643 del 30/06/2000	Attivazione dei corsi di formazione per l'assunzione di personale con figura professionale di Operatore Socio - Sanitario (O.S.S.) quale figura integrata dell'Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza (O.T.A.) e dell'Operatore Socio - Assistenziale (O.S.A) - Ordinamento didattico ed indirizzi per l'emissione dei bandi di iscrizione
Veneto	Legge Regionale n. 20 del 16/08/2001	La figura professionale dell'Operatore Socio sanitario
Friuli Venezia Giulia	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1099 del 13/05/2005	Attuazione Accordo Stato Regioni del 16 gennaio 2003 concernente la disciplina della formazione complementare in assistenza sanitaria della figura professionale dell'operatore socio sanitario. Approvazione dell'ordinamento didattico: modulo di formazione complementare in assistenza sanitaria.
Liguria	Deliberazione della Giunta Regionale n. 385 del 30 marzo 2001	Attività formativa 2001. Integrazione alla deliberazione n. 23 dell'11 gennaio 2001, ai sensi di quanto stabilito in sede di accordo Stato-Regioni il 22 febbraio 2001 sul nuovo profilo dell'OSS – Operatore Socio Sanitario.
Emilia Romagna	Deliberazione della Giunta Regionale n. 986 del 5/06/2001	Attuazione delle linee guida di cui alla DGR 1404/00 e recepimento dell'accordo sancito in conferenza stato-regioni in relazione al profilo dell'operatore socio-sanitario: approvazione del modello regionale di formazione iniziale per il conseguimento della qualifica di operatore sociosanitario e del relativo schema di convenzione tipo
Toscana	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1052 del 24 settembre 2001	Attuazione provvedimento 22 febbraio 2001 concernente l'accordo tra il ministro della sanità, il ministro per la solidarietà sociale e le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione
Umbria	Legge Regionale n. 13 del 17/07/2002	Istituzione e disciplina della figura professionale dell'operatore socio-sanitario
Marche	Deliberazione della Giunta Regionale n. 666 del 20/05/2008	Disciplina unitaria delle attività formative relative al conseguimento della qualifica di "Operatore socio sanitario".
Lazio	Deliberazione della Giunta Regionale n. 518 del 4 agosto 2006	Avviso pubblico e linee guida per attivazione di corsi di formazione per Operatore socio sanitario
Abruzzo	Deliberazione della Giunta Regionale n. 151 del 20/03/2002	Recepimento provvedimento 22 febbraio 2001 "Accordo tra il Ministro della Sanità, il Ministro per la Solidarietà Sociale e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione" e approvazione delle Linee guida regionali per la formazione dell'operatore socio-sanitario
Molise	Deliberazione della Giunta Regionale n. 413 del 31/05/2010	Definizione dei profili professionali e formativi di "Operatore Socio Sanitario" e "Operatore Socio Sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria" e del relativo sistema di riconoscimento dei crediti formativi
Campania	Deliberazione della Giunta regionale n. 3956 del 2001	Recepimento dell' "Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro per la Solidarietà Sociale e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione"
Puglia	Regolamento Regionale n. 14 del 29 marzo 2005	Figura professionale Operatore Socio-sanitario

Basilicata	Deliberazione della Giunta Regionale n. 654 del 15 aprile 2002.	Attuazione provvedimento 22 febbraio 2001 concernente "Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro per la Solidarietà Sociale e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione"
Calabria	Deliberazione della Giunta Regionale n. 5 del 12 gennaio 2009	Linee di indirizzo in materia di formazione di base per Operatore Socio-Sanitario (O.S.S.)
Sicilia	Decreto regionale n. 8526 del 16/08/2006	Modalità organizzative dei corsi di formazione per operatore socio sanitario
Sardegna	Deliberazione della Giunta Regionale n. 13/84 del 29/04/2003	Programmazione di corsi di qualificazione per "Operatori socio-sanitari"

La Regione Marche ha formalmente recepito le disposizioni contenute nella Conferenza Stato Regioni del 2001 attraverso la D.G.R. n. 666 del 20 maggio 2008, e successive integrazioni e modifiche, sulla quale hanno lavorato congiuntamente tre assessorati (Istruzione-Formazione-Lavoro, Servizi Sociali e Salute).

L'allegato 1 della D.G.R. 666, in particolare, disciplina gli "Standard formativi del percorso formativo per conseguire la qualifica" dove viene precisato che i corsi, che possono essere gestiti "esclusivamente da strutture formative che risultino accreditate presso la Regione Marche"¹³² (ai sensi delle deliberazioni della Giunta Regionale n. 62/2001 e successive integrazioni e modifiche), sono finanziati e autorizzati "dall'Amministrazione Provinciale competente per territorio". Viene altresì stabilito che l'avvio degli stessi è "subordinato alla sottoscrizione della convenzione tra Ente di formazione, Azienda Sanitaria e Ambito territoriale sociale". Attraverso tale disposizione la Regione si è ritagliata un ruolo di regia poiché, adempiendo alle procedure per l'accreditamento degli enti preposti alla formazione, ha delegato alle province il compito di finanziare e approvare l'organizzazione e l'avvio dei corsi di qualifica e di quelli di riqualificazione. Ai primi hanno accesso coloro che sono in possesso del diploma di scuola dell'obbligo (o che hanno assolto all'obbligo scolastico) e che hanno compiuto il diciassettesimo anno d'età alla data di iscrizione al corso (art. 9 DGR 666/2008 e art.7 Conferenza Stato Regioni 2001).

Relativamente ai corsi di riqualificazione, la normativa nazionale all'articolo 13 stabilisce che "spetta alle Regioni e Province autonome, nel contesto del proprio sistema della formazione, quantificare il credito formativo da attribuirsi a titoli e servizi pregressi, in relazione all'acquisizione dell'attestato di qualifica relativo alla figura professionale di operatore socio-sanitario, prevedendo misure compensative in tutti i casi in cui la formazione pregressa risulti insufficiente, per la parte sanitaria o per quella sociale, rispetto a quella prevista nel presente decreto". La deliberazione regionale è stata dunque finalizzata anche alla riqualificazione degli occupati nelle diverse strutture socio-sanitarie, in merito alle quali la Regione si è impegnata fin da subito al fine di pervenire alla ricognizione sistematica e alla redazione di schede per la valutazione predeterminata dei titoli e la quantificazione per ogni operatore del bisogno formativo.

Nel recepire le disposizioni nazionali, infatti, la Regione ha approvato le "Linee guida per il riconoscimento dei crediti formativi all'interno del percorso formativo finalizzato al

¹³² Nella Regione Marche nell'agosto 2010 risultavano accreditati complessivamente 363 enti di formazione (Decreto del dirigente della P.F. FSE e Formazione n. 226/FSE_06 del 27/08/2010)

conseguimento della qualifica di Operatore Socio-sanitario” (Allegato 4) dove ha elencato, per ciascun titolo professionale pregresso, i crediti formativi riconoscibili e le eventuali ore di formazione che l’aspirante operatore socio sanitario è tenuto a frequentare per acquisire la nuova qualifica (che comunque non possono essere inferiori a 200, di cui 50 di teoria e 150 di stage e tirocini).

I crediti formativi riconoscibili dall’ente gestore dell’attività formativa sono:

- titoli di studio validi sul territorio italiano, conseguiti in esito a percorsi di istruzione afferenti l’area socio-sanitaria;
- titolo di OTA rilasciato ai sensi del D.M. 26 luglio 1991, n. 295, conseguito in esito ad un corso di formazione professionale;
- titolo di studio rilasciati ai sensi della L.845/1978¹³³, conseguiti in esito a percorsi di formazione professionale afferenti l’area socio-sanitaria;
- titoli di studio esteri riconosciuti in Italia o validati dalla “Commissione regionale per la quantificazione dei crediti derivanti da titoli di studio esteri per l’accesso alla qualifica di Operatore Socio Sanitario”;
- esperienza lavorativa pregressa afferente l’area socio-sanitaria.

La normativa stabilisce inoltre che sono cumulabili esclusivamente i crediti derivanti da titoli di studio precedentemente conseguiti (anche all’estero) e quelli derivanti dall’esperienza lavorativa pregressa nel settore socio-sanitario. Per i corsi di riqualificazione del personale già occupato, l’amministrazione provinciale competente normalmente valuta il fabbisogno formativo sulla base delle “Schede di pre-iscrizione al piano di riqualificazione di candidati occupati presso strutture socio-assistenziali alla figura di operatore socio sanitario” predisposte ed acquisite dalla Regione Marche ed in seguito trasmesse all’ente provinciale. In tali casi quest’ultimo si riserva di stabilire discrezionalmente anche il luogo in cui avviare i corsi, tenendo conto di una serie di fattori di natura socio-economica, ma anche del numero degli iscritti e della loro provenienza.

Tornando alla organizzazione dell’attività formativa, dalla D.G.R. emerge come ciascuna Provincia sia dunque competente per il proprio territorio potendo compiere scelte autonome in merito ai corsi da autorizzare/finanziare e al momento in cui avviarli. Le stesse province possono organizzare e gestire, tramite propri enti accreditati (generalmente le scuole di formazione professionale gestite dai Centri per l’impiego e la Formazione) corsi per operatori socio sanitari che generalmente vengono proposti a titolo gratuito poiché sono finanziati con fondi pubblici.

All’organizzazione e all’avvio di corsi finanziati con fondi pubblici banditi dall’Amministrazione provinciale possono comunque concorrere tutti gli enti privati purché abbiano esperito la procedura dell’accreditamento.

Per l’organizzazione di corsi non finanziati, gli organismi privati sono in ogni caso tenuti a richiedere l’autorizzazione alla provincia la quale, prima di concedere il nulla osta, provvede ad effettuare una serie di controlli. Il primo controllo avviene al momento della presentazione dei progetti da parte dell’ente gestore e serve per valutare la conformità di questi ultimi con le disposizioni contenute nella D.G.R. 666. Vi è poi un secondo controllo che avviene in fase di avvio del corso; tale supervisione si protrae per l’intera durata del periodo formativo dal momento che la provincia si fa garante del loro corretto svolgimento. L’ente provinciale, infine, esercita un’ultima forma di controllo mediante la designazione di propri rappresentanti nella commissione esaminatrice in sede di conseguimento dell’attestato di qualifica.

Guardando all’organizzazione didattica dei corsi, la D.G.R. 666 riprende le direttive indicate nella Conferenza Stato Regioni e predispone un percorso formativo che ricalca il modulo di base e quello professionalizzante previsti a livello nazionale.

¹³³ Legge-quadro in materia di formazione professionale.

Tabella 8.10 - Organizzazione della didattica prevista nella Conferenza Stato Regioni del 22 febbraio 2001

MODULO DIDATTICO	TIPO DI FORMAZIONE	NUMERO MINIMO DI ORE
Modulo di base: Motivazione-orientamento e conoscenze di base	Teorica	200
Modulo professionalizzante	Teorica	250
	Esercitazioni/stages	100
	Tirocinio	450

Tabella 8.11 - Organizzazione della didattica prevista dalla D.G.R. 666 del 2008

Attività formativa	Durata in ore
Modulo di base	200
Modulo professionalizzante	350
Tirocinio/stage	450
Esame finale	10
Durata complessiva	1010

Come indicato dalla Conferenza Stato Regioni del 2001 anche il documento regionale prevede che nell'ambito del primo modulo, della durata di 200 ore (comprehensive di valutazioni intermedie e finali), vengano acquisiti una serie di elementi di base in grado di favorire:

- la conoscenza dei sistemi organizzativi socio-assistenziali e la rete dei servizi;
- l'individuazione dei bisogni delle persone e le più comuni problematiche relazionali;
- la conoscenza e la competenza nell'applicazione dei fondamenti dell'etica, dei concetti generali relativi alla sicurezza e alla salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro nonché i principi che regolano il rapporto di dipendenza del lavoratore;
- la conoscenza e la corretta applicazione dei concetti di base dell'igiene e i criteri attraverso i quali mantenere la salubrità degli ambienti.

Tabella 8.12 - Descrizione del modulo di base previsto nel D.G.R 666 del 2008

Unità didattiche	Materie di insegnamento	Ore	Caratteristiche docenti (titoli/competenze richieste)
1.1 Organizzazione aziendale e dei servizi	- Elementi di legislazione nazionale e regionale in materia di politiche sociali - Elementi di legislazione sanitaria e organizzazione dei servizi (normativa specifica OSS)	60	- Laurea in giurispr./sociologia - Assistente sociale - DAI/A.F.D.
1.2 Etica professionale ed elementi di base per la lettura dei bisogni	- Elementi di etica e deontologia - Elementi di psicologia e sociologia	40	- Laurea in psicologia/sociologia - DAI/A.F.D
1.3 Principi di igiene e di sicurezza sul Lavoro	- Elementi di igiene - Disposizioni generali in materia di protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori - Norme antincendio (12 h)	55	- Laurea in med. e/o con spec. in igiene - A.F.D. - Resp. Sicurezza esperto nel settore - VV.FF.
1.4 Informatica di base	- Elementi di informatica	30	- Esperto in informatica
1.5 Orientamento al lavoro	- Elementi di diritto del lavoro e il rapporto di dipendenza - Orientamento e formazione professionale	15	- Esperto nel settore
	Totale	200	

L'organizzazione del modulo professionalizzante previsto dalla Regione Marche si discosta invece parzialmente da quello indicato nella normativa nazionale poiché esclude la parte "applicativa" del corso (tirocinio/stage) (Tab. 8.11 **Organizzazione della didattica prevista dalla D.G.R. 666 del 2008**) che invece viene inclusa all'interno di tale modulo dalle disposizioni contenute nel documento nazionale (Tab. 8.12 **Organizzazione della didattica prevista nella Conferenza Stato Regioni del 22 febbraio 2001**). Così come predisposto a livello regionale il modulo professionalizzante consta di 350 ore (comprehensive di valutazioni intermedie e finali) articolate in 250 ore di lezioni teoriche su tematiche specifiche, trattate ad un livello di approfondimento maggiore rispetto a quelle contemplate nel modulo di base, e 100 ore di esercitazioni/simulazioni in aula/visite guidate.

Tabella 8.13 - Descrizione del modulo professionalizzante previsto nel D.G.R 666 del 2008

Unità didattiche	Materie di insegnamento	Ore	Caratteristiche docenti (titoli/competenze richieste)
AREA METODOLOGICA			
2.1 metodologia della rilevazione dei bisogni e della pianificazione	- metodologia del lavoro sociale e sanitario - elementi di psicologia e sociologia - Aspetti psicorelazionali in rapporto alla specificità dell'utenza 1	40 10 15	- Laurea in psicologia/sociologia - Assistente sociale - DAI/A.F.D.
2.2 metodologia di erogazione dell'assistenza	- Metodologia del lavoro sociale e sanitario	5	- DAI/A.F.D. - Assistenti Sociali
	Totale ore Area Metodologica	70	
AREA DELLA COMUNICAZIONE E DELLA RELAZIONE			
2.3 la relazione professionale con l'utente, la famiglia e l'équipe	- Aspetti psicorelazionali in rapporto alla specificità dell'utenza 2 - Metodologia del lavoro di gruppo	30	
	Totale ore della comunicazione e relazione	30	
AREA DELLA RISPOSTA ASSISTENZIALE			
2.4 Tecniche operative di igiene e sicurezza negli ambienti di vita e di cura	- Igiene dell'ambiente e comfort alberghiero	30 10	- DAI/A.F.D.
2.5 Approccio multidisciplinare per la gestione delle attività di vita: a. Mobilitazione b. Igiene della persona c. Respirazione e controllo della temperatura d. Alimentazione e. Eliminazione f. Riposo e sonno	- Assistenza sociale - Aspetti psicorelazionali in rapporto alla specificità dell'utenza 2 - Interventi assistenziali rivolti alla persona in rapporto a particolari situazioni di vita e tipologia di utenza	55 40	- Assistente sociale - DAI/A.F.D./ Inf.
2.6 Approccio multidisciplinare alle problematiche: - Invecchiamento/anziiano - Emarginazione/disagio - Disagio psichico - Dipendenze - Istituzionalizzazione	- Assistenza sociale - Aspetti psicorelazionali in rapporto alla specificità dell'utenza 2 - Interventi assistenziali rivolti alla persona in rapporto a particolari situazioni di vita e tipologia di utenza	30 5	- Esperti/operatori delle specifiche aree
2.7 Realizzazione attività di animazione rivolte a gruppi e a singoli in collaborazione con il	- Aspetti psicorelazionali - Metodologia del lavoro sociale	20 10	- Laurea in sociologia - Assistente Sociale - Educatore Prof.

personale competente			
2.8 Tecniche ed interventi assistenziali di carattere sanitario	- Interventi assistenziali rivolti alla persona in rapporto a particolari situazioni di vita e tipologia di utenza	30 20	- Laurea in med e ch. - A.F.D./Infermiere
	Totale ore Area della risposta assistenziale	250	
	Totale complessivo modulo professionalizzante	350	

Al termine della frequenza del modulo professionalizzante ciascun candidato deve essere in grado di:

- riconoscere e classificare i bisogni e interpretare le problematiche assistenziali derivanti dalla relazione alle principali caratteristiche dell'utenza;
- identificare gli elementi necessari alla pianificazione dell'assistenza, collaborando con le figure professionali preposte;
- conoscere i principali aspetti psico-sociali dell'individuo e del gruppo al fine di sviluppare abilità comunicative adeguate alle diverse situazioni relazionali degli utenti e degli operatori;
- riconoscere le principali alterazioni delle funzioni vitali al fine di attivare altre competenze e/o utilizzare tecniche di primo intervento;
- applicare le conoscenze acquisite per il mantenimento di un ambiente terapeutico adeguato, la cura della persona, il mantenimento delle capacità residue e il recupero funzionale;
- conoscere e applicare le diverse metodologie operative presenti nelle sedi di tirocinio/stage e nelle differenti tipologie di servizio;
- conoscere le caratteristiche, le finalità e le prestazioni di assistenza sociale allo scopo di concorrere, per quanto di competenza, al mantenimento dell'autonomia e dell'integrazione sociale dell'utente.

Per ciascuna unità didattica prevista nel modulo di base e in quello professionalizzante la D.G.R. individua nel dettaglio gli obiettivi che devono essere perseguiti, le materie di studio con cui vengono articolate le lezioni teoriche e i contenuti delle stesse.

Il tirocinio, finalizzato all'acquisizione di un'esperienza diretta nei servizi e all'applicazione delle conoscenze/competenze acquisite durante il percorso teorico, ha una durata complessiva di 450 ore e va svolto "presso almeno 3 strutture differenziate e non coincidenti con l'eventuale sede lavorativa, di cui almeno una operante in abito sociale ed almeno una operante in ambito sanitario" (Allegato 2, p. 35). Nel caso dei corsi di riqualificazione dedicati agli occupati "si prescinde dall'obbligo delle suddette tre strutture" e "il tirocinio/stage si svolge esclusivamente nel settore, sociale o sanitario, nel quale ciascuno ha maturato minore esperienza".

Rispetto alla organizzazione dei tirocini la D.G.R. 666 stabilisce che gli enti di formazione accreditati devono allegare al progetto presentato all'Amministrazione provinciale "un documento attestante la disponibilità da parte di istituzioni ed organismi pubblici o privati, interessati ad ospitare gli stagisti che, successivamente all'ammissione, si traduce in una convenzione scritta" (art. 14).

Gli enti accreditati che ottengono l'autorizzazione all'organizzazione dei corsi sono tenuti a realizzare una selezione delle candidature, nel caso in cui le domande di ammissione pervenute siano superiori a 30, poiché tale è il numero massimo di allievi ammessi a frequentare ciascun corso.

Ad oggi la Regione Marche non ha predisposto, né a livello progettuale né, quindi, a livello operativo, alcun percorso formativo funzionale all'acquisizione del titolo di operatore socio sanitario con formazione complementare, come previsto dalla Conferenza Stato Regioni del 16

Gennaio 2003. Tale ritardo non configura in realtà una peculiarità marchigiana poiché quasi nessun'altra regione ha provveduto all'organizzazione dei suddetti corsi né alla ratifica del relativo profilo professionale. La mancata attivazione delle Regioni in tal senso sembra essere imputabile alla contraddittorietà che caratterizza tale profilo professionale che, acquisendo competenze e mansioni aggiuntive rispetto all'operatore socio sanitario, va a sostituire di fatto la figura dell'infermiere generico.

Nella Regione Marche si registra un'ampia richiesta di partecipazione ai corsi di qualifica per operatore socio sanitario (così come ai corsi di riqualificazione) e la tendenza sembra essere analoga nelle altre regioni italiane. A titolo di esempio sembra utile evidenziare come la Provincia di Ancona abbia avviato dal 2003 12 corsi di formazione finalizzati al rilascio della qualifica di operatore socio sanitario sostenendo costi piuttosto ingenti. Ad eccezione di un corso, finanziato tramite il Fondo Sociale Europeo (per un importo pari a 80.000 euro), i restanti sono stati finanziati per mezzo della L. 236/93 (Interventi urgenti a sostegno dell'occupazione) comportando un costo di 700.000 euro (solo quota pubblica). Anche i privati hanno organizzato corsi analoghi in questi anni: nel 2009 ne hanno avviati 6 e nel 2010 7; tali corsi, essendo rimessi alla libera iniziativa privata, sono stati direttamente pagati dagli utenti che, per accedervi, hanno sostenuto dai 2.500 ai 3.500 euro.

Nonostante il periodo di crisi economica e sebbene le risorse destinate al settore dei servizi sociali e dei servizi alla persona siano sempre più scarse, rimane quindi una forte aspettativa occupazionale alimentata tanto dalla carenza di personale infermieristico, quanto dalla crescente domanda di assistenza, specie nel settore degli anziani, legata in particolar modo al progressivo invecchiamento della popolazione.

Tali fattori dovrebbero lasciar presagire una discreta capacità di assorbimento di nuova forza lavoro nel mercato del lavoro socio-sanitario. In realtà, tuttavia, nella Regione Marche si sta assistendo alla richiesta di contingentamento del numero dei corsi, avanzata dalle rappresentanze sindacali nei confronti delle amministrazioni provinciali. Tale istanza sembra derivare dalla necessità di scongiurare il rischio che l'eccesso di offerta possa determinare un indebolimento della posizione contrattuale degli operatori socio sanitari (assunti spesso con contratti precari), mortificando così il processo di professionalizzazione intrapreso da tale profilo occupazionale.

Criticità dei percorsi formativi

Rispetto all'iter formativo previsto per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario il materiale empirico raccolto porta alla luce alcuni aspetti critici che, da un lato, rendono conto di come la percezione prevalente sia quella di un profilo occupazionale ancora scarsamente definito e, dall'altro, testimoniano l'estrema indeterminatezza degli ambiti giurisdizionali entro cui viene esercitata l'attività professionale. Sembra, infatti, che nonostante gli sforzi profusi a livello legislativo al fine di identificare le caratteristiche dell'operatore socio sanitario e le competenze che lo stesso è tenuto ad acquisire, la varietà dei contesti operativi e dei compiti che l'operatore si trova a svolgere concretamente rifletta tutte le contraddizioni tipiche di una figura ancora in divenire.

Come ampiamente descritto nelle pagine precedenti, con la Conferenza Stato Regioni del 2001 si è proceduto alla istituzione di una nuova figura socio sanitaria con l'intento di riunire sotto un unico profilo professionale i numerosi già esistenti in ambito assistenziale. Tale processo di razionalizzazione e di riordino non si è ancora concluso; l'attuale fase dunque è transitoria e si caratterizza per la permanenza, all'interno dei contesti organizzative e professionali, di ruoli e figure variamente qualificati.

A riguardo la ricerca ha evidenziato come gli enti e le strutture socio-sanitarie abbiano compiuto la scelta di mantenere il personale già occupato e in possesso di titoli differenti, piuttosto che assumere nuovi operatori qualificati in base alle recenti disposizioni. Nell'attuale fase transitoria, funzionale a conformare le prassi con le disposizioni normative, le organizzazioni datoriali stanno quindi procedendo alla riqualifica del personale mediante l'invio di quest'ultimo a corsi di formazione specificatamente dedicati.

A tale proposito sono emersi, tuttavia, alcuni nodi critici, primo tra tutti quello relativo alle modalità organizzative dei corsi di riqualifica la cui durata varia da un minimo di 275 ore, in caso del possesso da parte dell'operatore dei crediti formativi, ad un massimo di 1010 ore. Se da un lato la normativa offre, infatti, ai lavoratori già occupati la possibilità di conseguire l'attestato di qualifica di operatore socio sanitario, riconoscendo i titoli pregressi e valorizzando l'esperienza professionale maturata negli anni, dall'altro tiene poco conto delle concrete possibilità di conciliare l'attività formativa con quella lavorativa, imponendo, anche nel caso dei corsi di riqualifica, un obbligo di frequenza pari al 90% del totale delle ore previste. Di qui la difficoltà, per il personale, di adempiere all'attività formativa e, per le organizzazioni datoriali, di rendere omogenee le qualifiche all'interno delle strutture: *“Ne abbiamo formati cinque, tre che lavorano all'hospice e due alla casa di riposo di Camerino. Poi ne abbiamo 18 che stanno in corso di riqualificazione. E ce ne sarebbero molti altri da formare, perché poi chi lavora nei servizi [...] non ha una formazione specifica. Alcuni li stiamo formando ugualmente. La difficoltà è che per inserirli nel corso di formazione.....sono alti: bisogna avere il corso Adest e 5 anni di esperienza o se non hanno tale corso devono avere 9 anni di esperienza. Molti non hanno questi requisiti. Ce ne sono pochi e sono molto richiesti. Chi lavora spesso non ha neanche il tempo di fare il corso di qualifica OSS che è lunghissimo, dura tutti i pomeriggi. Mentre il corso di riqualifica è breve ma intenso. Gli OSS hanno bassissima scolarità, scuola elementare o licenza media”* (Intervista responsabile cooperativa).

Al di là degli aspetti organizzativi, il vero nodo critico che la ricerca evidenzia rispetto ai percorsi formativi riguarda i contenuti della formazione e la loro scarsa specificità. Il problema è relativo all'adeguatezza dell'iter formativo e, in particolare, all'incongruenza tra quanto percepito dagli operatori e quanto invece sostenuto dai rappresentanti del mondo datoriale. Diverse e parzialmente contraddittorie appaiono le opinioni espresse da questi ultimi, benché siano accomunate dalla disapprovazione rispetto alla congruità della formazione. Alcuni indicano nella eccessiva, quanto poco utile, durata dei corsi un limite all'acquisizione di un sapere che dovrebbe essere maggiormente basato sull'esperienza pratica che non sulla formazione teorica; altri, per contro, ritengono scarso, perché poco qualificato, l'iter formativo, quindi non in grado di rispondere alle esigenze assistenziali che erano invece state poste alla base dell'istituzione del profilo professionale. Altri ancora si pongono criticamente rispetto all'assoluta mancanza di attenzione verso le componenti relazionali del lavoro e, in particolare, lamentano l'assenza di moduli didattici dedicati all'apprendimento del lavoro di equipe. La posizione più estrema, infine, è quella che considera *“ridicoli rispetto alle necessità”* gli attuali percorsi formativi al punto da rendere preferibile la via di una qualificazione interna del personale che tenga conto delle esigenze della struttura e dei servizi erogati dalla stessa, evitando così l'assunzione di operatori, poco competenti, che in virtù del titolo acquisito rifiutano di eseguire determinate prestazioni.

Tra gli operatori, invece, l'opinione prevalente è quella che porta a considerare adeguata l'attività formativa ritenuta consona, nella durata e nei contenuti, alla costruzione di una coscienza professionale e alla sedimentazione di un sapere che è sufficiente a svolgere le mansioni assistenziali di base. Tale consapevolezza appare tuttavia debole e soprattutto non supportata da alcun riscontro poiché entra in contraddizione con le dichiarazioni rilasciate in merito ai contenuti e alla conformità di questi ultimi con le funzioni assolte.

Sia gli operatori presenti ai focus, sia i soggetti intervistati denunciano poi l'esistenza di uno squilibrio tra la componente sanitaria dei contenuti formativi e quella sociale a vantaggio della prima. Viene infatti evidenziato come, nonostante la figura dell'operatore socio sanitario sia stata pensata per operare in entrambi i settori, sul piano della formazione non vengono forniti i necessari supporti conoscitivi relativi specificatamente all'ambito sociale.

Tale lacuna sembrerebbe legata alla natura istituzionale degli enti di formazione e alla loro connotazione prevalentemente sanitaria, che avrebbe influenzato l'orientamento didattico (pur non potendone modificare l'ordinamento poiché stabilito dalla normativa regionale), specie rispetto alla parte dell'apprendimento sul campo (tirocinio/stage): *“Forse possiamo dire che potrebbe essere utile per gli attuali corsi di qualifica avere una occhiata in più verso il sociale...fino ad adesso abbiamo avuto una storia che assegnava alle Asur la gestione dei coesi per OSS, ma ora si è passati a corsi espletati da enti...visto che l'attività era gestita dall'Asur gli insegnamenti erano prevalentemente sanitari. Secondo la legge 20 del 2002 l'OSS è inserito in strutture residenziali a carattere sociale. Le cooperative stanno assumendo un discreto numero di OSS e nella formazione sarebbe opportuno spiegare le funzioni sociali, di equipe...anche l'attività del territorio, anche interventi legati alla disabilità...l'OSS non fa solo attività alberghiera o di igiene, ma interviene anche in attività di accompagnamento, contatto con il resto del territorio”* (Intervista Responsabile Cooperativa).

Poiché infatti la figura professionale in oggetto dovrebbe poter essere impiegata in un ampio spettro di situazioni e contesti che includono tanto la componente sanitaria quanto quella sociale dell'attività assistenziale, i percorsi formativi dovrebbero porre forse maggiore attenzione al bilanciamento tra i due ambiti al fine di permettere l'acquisizione delle necessarie conoscenze e competenze in entrambi i settori.

La prevalenza accordata alla componente sanitaria si scontra, peraltro, con i nebulosi confini giurisdizionali che definiscono l'ambito delle competenze dell'operatore socio sanitario. È emerso infatti come, il fatto di privilegiare la trasmissione di un sapere più sanitario che sociale, possa comportare il rischio di formare figure professionali fortemente connotate e non più “ibride” com'era nell'intenzione del legislatore, quindi non in grado di soddisfare il fabbisogno assistenziale ampiamente inteso. A riguardo, da un'intervista emerge come tale disequilibrio tra le due componenti possa portare alla sovrapposizione della figura dell'operatore socio sanitario con quella dell'infermiere e come avvicini le sue funzioni a quelle proprie dell'infermiere generico, profilo occupazionale non più previsto nell'attuale sistema professionale. L'auspicato mantenimento, nell'ambito dei percorsi formativi, dell'equilibrio tra la componente sociale e quella sanitaria non confligge con la necessità, sentita dagli operatori quanto dai datori di lavoro, di prevedere momenti di apprendimento specifici, che tengano conto, cioè, delle diverse aree di intervento entro cui si articola l'assistenza socio sanitaria. Benché infatti vi sia accordo sul fatto che la formazione debba rimanere generica, perché sufficiente all'acquisizione delle conoscenze di base necessarie al tipo di assistenza da erogare, viene evidenziato come essa tenga poco conto delle diversità dei contesti professionali entro cui possono essere collocati gli operatori: *“per quanto riguarda l'Oss si potrebbe differenziare, dove l'Oss è impiegato? Dove va a lavorare? Ci sono non Oss e Oss, però ci sono situazioni che devono permettere anche una conoscenza più specifica. Io ho lavorato sia in Urbino sia a Rimini in sala parto....cioè voglio dire in sala parto si partorisce. Quindi mi sono dovuta documentare perché non ero pronta a.....una cosa così, molto.....quindi un attimino dici bè, vediamo un po' cosa succede”* (operatrice socio sanitaria); *“a seconda di che reparto operi.....cioè il lavoro è sempre lo stesso però l'ottica è completamente diversa. [...] La migliore formazione sarebbe che obbligatoriamente almeno una volta all'anno vai un mese in un reparto, un mese in un altro”* (operatrice socio sanitaria).

L'opinione espressa a riguardo dalle due operatrici trova conferma nelle interviste rilasciate da alcuni testimoni privilegiati appartenenti alle organizzazioni datoriali: *“I bisogni sono legati alla struttura in cui operano...i miei sono molto preparati per la cura del malato ma poco preparati quando c'è un utente che si presenta allo sportello e ha un bisogno da risolvere. Ben venga un OSS che operi all'interno dello sportello salute”* (Direttore di distretto sanitario).

Le testimonianze raccolte portano alla luce una serie di criticità relative alla congruità e all'adeguatezza dei percorsi formativi, dalle quali sembra emergere l'opportunità di rivedere le modalità organizzative e i contenuti della formazione per adeguarli alle necessità espresse dal mercato del lavoro.

Se da un lato è infatti realistico pensare che il fabbisogno assistenziale sia tale da consentire l'assorbimento degli operatori nel mercato del lavoro e quindi di garantirne l'occupabilità, al di là della qualità della formazione ricevuta, dall'altro sembra corretto porsi il problema dell'efficienza del sistema che, a fronte delle risorse investite nella qualificazione degli operatori, dovrebbe poter contare su un personale in grado di rispondere adeguatamente alle esigenze manifestate dal sistema stesso.

Sulla base dei riscontri empirici la questione più urgente da risolvere sembra essere quella relativa alla eventuale modifica dei moduli formativi affinché l'intero percorso possa soddisfare il bisogno di bilanciare i contenuti sanitari con quelli sociali. La maggiore attenzione al sociale dovrebbe comunque avvenire nell'ambito di un sistema formativo piuttosto generico che andrebbe eventualmente integrato in un secondo momento. Sembra infatti possibile suggerire, a fronte di un accorciamento della durata dei corsi di formazione, la previsione di percorsi specialistici differenziati in base ai settori in cui si articola l'intervento assistenziale. Piuttosto, cioè, che puntare sulla formazione complementare, rispetto all'attivazione della quale peraltro la Regione Marche non si è ancora adoperata, sembrerebbe forse più utile investire sulla specializzazione dell'operatore socio sanitario indirizzando le sue competenze verso un settore specifico dell'assistenza.

8.5 Competenze e formazione: possibili linee di sviluppo

8.5.1 Di luce e ombra: lo scenario italiano dei servizi alla persona¹³⁴

La lezione di Elias

Nel 2004, Michel Chauvière nel pubblicare il volume “*Le travail social dans l’action publique. Sociologie d’une qualification controversée*”¹³⁵ scrive che il lavoro nel sociale reclama degli approcci che rivelino le dinamiche proprie del settore in tutta la loro effettività e storicità. Ciò significa, in primo luogo, definire il sociale come l’insieme degli interventi che si rendono necessari in risposta a situazioni della popolazione riconosciute come difficili o dolorose: aiuto, soccorso, sostegno, accoglienza, accompagnamento sono i termini che cercano di qualificare questo tipo di atti che, necessariamente, implicano l’interazione tra due soggetti dei quali l’uno esprime un bisogno specializzato e l’altro una risposta possibilmente efficace. In tal senso, alla pari di Elias, l’autore sostiene che l’area del sociale altro non è che l’insieme delle relazioni messe in essere e istituzionalizzate nel tempo.

Ne consegue che l’ascesa di una nuova occupazione non è dovuta semplicemente all’emergere di nuovi bisogni o di nuove tecniche, considerati separatamente, bensì essa è legata alla loro interazione. Si tratta, in sostanza, di un processo, per tentativi e fallimenti, in cui “le persone cercano di far corrispondere tecniche o istituzioni occupazionali a bisogni umani” (Elias 2010, 38)¹³⁶. Tuttavia, come scrive Elias, seppure ogni passo in questa direzione è compiuto da individui, il processo come tale, cioè la genesi e lo sviluppo di una professione o di una qualunque altra occupazione, è qualcosa di più della somma delle azioni individuali. Esso ha una struttura propria (Elias 2010,38). Sono, dunque, le strutture che nascono sulla base delle configurazioni relazionali e che si cristallizzano nel tempo, la leva principale di sviluppo di una professione. Si tratta, ovviamente, di una strutturazione che attinge dall’operato dei singoli soggetti, ogni individuo, infatti, si trova di fronte a problemi che assumono connotazioni derivanti dalla rete di funzioni sociali nella quale è entrato, con la diversità tra mezzi e fini che ha ereditato: “Obbligato da queste, egli porta avanti, insieme al suo disegno di breve periodo, ciò che non ha iniziato, contribuendo così allo sviluppo di lungo periodo della sua professione” (Elias 2010, 39).

In definitiva, è solo visualizzando le istituzioni del sociale come parte di una più vasta rete di relazioni umane, riportando, cioè, alla luce le ricorrenti difficoltà e conflitti con cui si misurano le persone che si trovano nell’orbita di queste situazioni e che combattono all’interno di questa rete, che appare possibile “comprendere come e perché la stessa cornice istituzionale sia destinata a cambiare nel tempo. In altri termini, i problemi irrisolti, posti all’attenzione dei contemporanei dai difetti delle loro istituzioni professionali, sono parte essenziale della storia di queste istituzioni e della stessa soluzione. Retrospectivamente, la soluzione emerge solo quando è vista insieme ai problemi precedentemente insoluti” (Elias 2010, 39). Dunque, interessano i conflitti e le forme di cooperazione, le dissonanze e le assonanze, i campi di attività condivisi e quelli separati, i dubbi circa il ruolo della qualificazione o della competenza appresa sul campo, le diverse opinioni sul monopolio della formazione e l’apertura al mercato, le differenti idee sull’ingegneria sociale e gli approcci clinici.

Con questa modalità di lettura, a carattere evidentemente **storico-relazionale**, uno degli obiettivi della ricerca che viene qui presentata è stato quello di ricostruire il **livello di**

¹³⁴ Questo paragrafo è stato scritto da Giovanna Vicarelli.

¹³⁵ Chauvière M, *Le travail social dans l’action publique. Sociologie d’une qualification controversée*, Dunod, Paris 2004.

¹³⁶ Cr. Elias N., *Marinaio e gentiluomo. La genesi della professione navale*, Bologna, Il Mulino.

istituzionalizzazione e professionalizzazione attualmente raggiunto da ciascuno dei tre profili scelti, con l'intento di produrre alcune riflessioni in merito ai possibili **percorsi futuri** in una fase estremamente difficile sia dei sistemi di welfare europei, sia dello specifico modello italiano di benessere sociale.

8.5.2 Un'ottica di lungo periodo

Se si guarda al modello di stato sociale italiano con un'ottica di lungo periodo non si può non sottolineare come esso abbia assunto fin dall'inizio (e mantenuto nel tempo) un carattere residuale o integrativo rispetto alle tutele espresse dai circuiti solidaristici della chiesa, dell'impresa e del lavoro, nonché della stessa famiglia intesa nelle sue allocuzioni più ampie di sistema coniugale, parentale o simbolico¹³⁷. Anche quando, negli anni Settanta le politiche sociali sono divenute più universalistiche, trascinate in larga misura dal processo di riforma sanitaria che ha portato alla costituzione del Servizio sanitario nazionale, esse sono restate ambigue e sottoposte a continue pressioni di carattere corporativo e clientelare. Da qui il modellarsi di uno stato sociale frammentato, scoordinato, con livelli di intervento differenziati (statali, regionali, comunali), poco laicizzato e poco professionalizzato (con l'eccezione della sanità). Un sistema di tutele, quindi, che ha continuato a connotarsi come sussidiario soprattutto nell'ambito dei servizi alla persona: con una scuola dell'obbligo a tempo parziale, scarsa diffusione degli asili nido, sostanziale assenza di politiche nazionali per i giovani, limitati interventi regolativi a favore degli anziani e dei soggetti deboli, senza programmi di intervento a favore del lavoro femminile. Lo stesso Servizio sanitario nazionale ha teso, con il tempo, a separare le competenze più strettamente sanitarie da quelle sociali, secondo un processo di specializzazione funzionale tutto basato sulla centralità dell'ospedale e degli interventi di cura straordinari. Non a caso nel 1998 il 64% della spesa sociale italiana era ancora destinato alla protezione della vecchiaia (di matrice largamente previdenziale o assicurativa) contro una media europea del 45,7%.

Sotto questa luce gli interventi di politica sociale dei tre governi di centro-sinistra che si sono succeduti negli anni Novanta, pure nelle loro difformità interne, hanno proposto una azione coordinata e integrata tra i diversi settori del welfare che dimostrava la volontà di dare allo stato sociale una organicità mai raggiunta in precedenza e ai cittadini una più ampia inclusione entro le tutele e le provvidenze pubbliche. Vanno lette in questa direzione le riforme pressoché contemporanee della sanità (riforma ter del 1999) e del sistema dei servizi sociali (la legge 328 del 2000), i progetti (non varati) di riforma della scuola, la stessa costituzione di un unico Ministero del welfare comprendente la sanità, i servizi sociale e il lavoro.

All'organicità del progetto doveva corrispondere la forte professionalizzazione del settore con l'intento di dare ai livelli operativi intermedi e tecnici un profilo giuridico e una stabilità dell'occupazione conformi ad un processo di democratizzazione pluralista di settori occupazionali spesso occulti e marginali. Al pari tempo gli operatori pubblici venivano vincolati non solo a diritti ma anche a doveri, così da assicurare allo Stato sociale la loro moralità e l'esclusività del loro lavoro (spesso manchevoli nel passato), sui quali far crescere un patto di stabilità e di sviluppo del comparto, oltre al miglioramento delle prestazioni offerte. In questa ottica diventavano coerenti anche i progetti relativi alle nuove opportunità per le famiglie e le politiche di conciliazione del lavoro delle donne, volte entrambe a sostenere una occupazione femminile in crescita, ma in difficoltà di fronte alla crisi della famiglia tradizionale allargata e alle prese con la problematicità dei nuclei a tre generazioni, in cui i giovani tardano a sposarsi e gli anziani raggiungono una longevità contrassegnata dalla cronicità e non autosufficienza..

¹³⁷ Cfr. Vicarelli G. *Il malessere del welfare*, Napoli, Liguori 2005.

Una delle conseguenze più interessanti di questo quadro del welfare era che esso affidava al livello territoriale comunale il compito di trovare risposte eque ed efficienti, sulla base delle diverse risorse professionali disponibili, dei vari stili di adattamento e di innovazione istituzionale, della mobilitazione e del coinvolgimento degli attori locali. Un obiettivo che doveva coniugarsi con la garanzia di assicurare a tutti i cittadini italiani un livello essenziale di servizi riconosciuti, così da mantenere inalterata l'impronta locale e nazionale del sistema (vanno in questa direzione, ad esempio, la progettazione dei Lea cioè dei livelli essenziali di assistenza in campo sanitario e la sperimentazione del Reddito Minimo di inserimento).

Sul piano metodologico, infine, i governi di centro sinistra hanno instaurato delle prassi concertative e uno scambio politico con i sindacati attraverso i quali i primi hanno accettato di non modificare alcune garanzie di fondo del sistema di welfare italiano (in termini previdenziali soprattutto) e i secondi di riformare il sistema pensionistico e di attenersi ad una politica dei redditi volta a contenere i costi della dinamica contrattuale entro i confini invalicabili del tasso di inflazione programmato.

I governi di centro-destra, dal canto loro, hanno ritenuto di dover cambiare rotta proprio a partire dalle prassi di concertazione alle quali è stato opposto "il dialogo sociale", inteso come il riconoscimento alle parti sociali di "un ruolo assai impegnativo che comporta responsabilità quasi legislative" senza che ciò provochi confusione di ruoli e unanimismi che "potrebbero compromettere la rapidità del procedimento decisionale"¹³⁸. Di fatto i governi Berlusconi hanno proceduto più volte con decisioni legislative di sola maggioranza e ricorrendo in sede parlamentare al voto di fiducia, dimostrando un metodo di governo più incentrato sul decisionismo che sul dialogo sociale. In termini sostanziali, la pluralità degli interventi programmati ha assunto un carattere non radicale (tranne forse che nel caso della scuola) e apparentemente sordinato che ha messo in evidenza un approccio a prima vista privo di una coerenza interna. L'antinomia più evidente è stata la mancata esplicitazione (se non ideologica) degli obiettivi da raggiungere, la non individuazione delle fonti di spesa e di finanziamento, la non valutazione degli effetti economici e sociali attesi. Tale strategia risultava correlata, tuttavia, al progetto di alleggerire gli impegni pubblici in tema di sanità, istruzione e servizi alle persone rendendone sempre più partecipi i soggetti privati (aziende, fondazioni, associazioni di volontariato) a partire dalla famiglia¹³⁹. La famiglia – si legge nel Libro bianco sul welfare – non è solo una somma di individui ma anche e soprattutto un luogo un cui la rete relazionale è base per la gestione comune delle risorse. Va dunque riconosciuto il suo ruolo di soggetto protagonista del welfare¹⁴⁰ al quale offrire aiuti, ma anche forme di libertà nelle tutele che intende raggiungere o essa stessa garantire. In questi termini non si tratterebbe di una vera reticenza da parte del governo nel definire i tratti del nuovo modello di welfare quanto di decostruirlo lentamente lasciando ad esso ciò che rimane.

Infine, anche nei riguardi della delocalizzazione del sistema di welfare, l'enfasi posta sul federalismo e la devoluzione si è correlata con la libertà riconosciuta agli enti locali (in primo luogo alle regioni) di decidere le forme e gli strumenti attraverso i quali garantire alcune tutele pubbliche, mantenendo al governo centrale una semplice funzione di coordinamento e guida.

Si tratta, in ambedue i casi, di processi non lineari che presentano forti contraddizioni interne e effetti inattesi, con pacchetti di politiche non necessariamente coerenti tra loro, ma aderenti alle priorità che volta a volta ogni governo ha individuato e scelto sulla base della propria conoscenza dei problemi o della propria selezione opportunistica. Sembra, dunque, più corretto parlare di

¹³⁸ Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali 2001. *Libro bianco sul mercato del lavoro in Italia*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, pp.32-33.

¹³⁹ Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali 2003. *Il libro bianco sul welfare*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, p. 15. www.welfare.gov.it

¹⁴⁰ Ibid.

mix di politiche restrittive, espansive o di ricerca di consenso che tendono ora verso un versante ora verso l'altro.

In un'ottica di medio e lungo periodo, tuttavia, le diverse configurazioni di welfare che emergono dai cambiamenti istituzionali e di policies avviati nel decennio 1994-2004 possono essere interpretati in termini di continuità o discontinuità con il passato o meglio di grado di innovazione rispetto al tradizionale modello di *welfare capitalism* italiano. In tal senso sembrerebbero assai più innovative le forme di welfare integrato, territoriale, professionalizzato e concertato introdotte (almeno parzialmente) dai governi di centro-sinistra, piuttosto che le forme di welfare segmentato, localistico, corporativo, non concertato volute dai governi di centro-destra, poiché quest'ultime risultano più simili ai tratti consueti delle politiche sociali italiane quasi a conferma di dinamiche di lungo periodo in grado di resistere al trascorrere del tempo.

Ciò significa che anche in Italia, come nella maggior parte dei paesi europei, si registrerebbe nella seconda metà degli anni novanta un "rinnovamento limitato" della politica sociale ma anche un suo "radicamento" conseguente all'operato dei governi di centro-sinistra, mentre l'oscillazione dal centro-sinistra alla destra populista avrebbe provocato, alla fine del decennio, un contraccolpo capace di portare all'indietro il pendolo del welfare verso modelli già sperimentati di protezione selettiva o riduttiva.

8.5.3 Lo scenario attuale

E' nel quadro sopra delineato che occorre leggere la grande crisi economica che investe i paesi occidentali a partire dal 2008 e che in Italia porta ad un radicale ridimensionamento della spesa sociale che va ad operare su un tessuto già logorato dalle scelte normative precedenti, soprattutto nell'ambito universitario e dei servizi alla persona.

Il settore degli studi superiori risulta, alla fine del primo decennio del duemila, oberato dalle reiterate riforme avviate dai governi che si sono succeduti in questo periodo, la cui mancata regolazione ha permesso scelte non sempre oculate da parte delle singole sedi universitarie, sia in termini di offerta formativa, sia di costi economici per sostenerla. Nello specifico, proprio la mancata riorganizzazione delle occupazioni del sociale, assieme alla regolazione del solo settore delle professioni sanitarie, ha creato un evidente dislivello tra le due aree, lasciando inalterate ed anzi peggiorando le modalità di formazione delle occupazioni che si muovono nell'ambito dei servizi alla persona. La formazione universitaria del profilo dell'assistente sociale, ad esempio, ha risentito sia delle ripetute modifiche della normativa universitaria, sia degli interessi, non ben indirizzati, delle università pubbliche interessate ad espandere la propria offerta formativa in un settore che si riteneva in espansione. Da questo punto di vista, la dilatazione del numero dei corsi di laurea e l'incremento del numero degli assistenti sociali laureati nel decennio (peraltro con evidenti differenze territoriali) non hanno contribuito a modellare in termini effettivamente innovativi una professione sociale che, nata all'inizio del secolo, ha trovato un vero riconoscimento istituzionale solo a partire dagli anni ottanta del Novecento. Allo stesso modo, il profilo dell'educatore professionale, codificato a livello universitario solo per l'area sanitaria e quindi di competenza delle facoltà di medicina, ha lasciato aperto il tema della sua armonizzazione con la figura più pedagogica dell'educatore formata all'interno delle facoltà umanistiche.

Per quanto attiene il settore dei servizi sociali, alla domanda quali miglioramenti si siano realizzati grazie all'introduzione della Legge 328/2000, intesa come la prima vera riforma statale realizzata in Italia dopo la Legge Crispi del 1890, la risposta appare unanimamente negativa. "La

legge – ha scritto di recente Gori – non ha raggiunto il suo obiettivo dichiarato di cambiamento strutturale (...). Non ha prodotto una crescita sostanziale nell’offerta dei servizi alla persona, non ha assicurato la presenza di una base minima di interventi comune a tutti i cittadini e non ha attivato alcuna delle necessarie azioni di ridisegno del sistema (la riforma delle prestazioni monetarie d’invalidità, l’introduzione del reddito minimo ecc.)”¹⁴¹. Poca importa, ai nostri fini, che ciò sia dovuto alla mancata volontà di applicazione da parte dei governi che si sono succeduti nel decennio, alle difficoltà insite nel federalismo avviato con la Riforma del Titolo V della Costituzione o alla debolezza della stessa norma che si presenta come una legge quadro priva della necessaria chiarezza o incisività sul piano dei finanziamenti, su quello degli obiettivi concreti da raggiungere e della delle condizioni necessarie per il loro buon esito. Ciò che rileva è che il progetto di professionalizzazione insito nella Legge 328 è rimasto del tutto disatteso e che anzi, con la maggiore flessibilità introdotta nel mercato del lavoro italiano mediante le norme varate in tal senso, le caratteristiche occupazionali del settore sono peggiorate con una perdita dei posti di lavoro garantiti a favore di aree crescenti di occupazione marginale. Né molto è cambiato in termini di maggiore presenza di uomini in un settore che appare prevalentemente femminile, né di maggiore utilizzo di tecnologie nei servizi alla persona, mentre la presenza di forza lavoro immigrata risulta indubbiamente in crescita sia nelle dimensioni più informali del lavoro (le badanti), sia in quelle considerate di minor valore.

L’insieme di questi andamenti, che si discostano notevolmente da quanto prospettato a livello europeo, soprattutto se letti nell’ottica del contenimento del debito pubblico reso necessario dalla crisi internazionale degli ultimissimi anni, rende la situazione italiana estremamente difficile e soprattutto ancorata ad un modello residuale o al massimo meritocratico dello stato sociale. Né consola il fatto che in alcune regioni italiane, soprattutto, del centro-nord, lo sforzo di attuazione della legge 328 abbia avviato un cambiamento positivo con l’introduzione dei Piani di Zona, la realizzazione della riforma annosa delle Ipab e le norme sui requisiti minimi strutturali ed organizzativi per l’autorizzazione delle strutture residenziali e semi-residenziali. Il rischio, infatti, è che, in mancanza di una normativa nazionale sui livelli minimi di assistenza, che tarda a venire, e in una logica di federalismo sempre più avanzato, i vincoli di bilancio introdotti dalla crisi internazionale servano di fatto a diminuire e forse a demolire anche l’impatto culturale che la Legge 328 ha comunque avuto sul paese.

Stante questo quadro, la discussione sulla ridefinizione dei profili occupazionali dell’assistente sociale, dell’educatore e dell’operatore socio sanitario non può non tenere conto dei cambiamenti strutturali e culturali che si sono determinati nell’ultimo decennio, così come le proposte di maggiore professionalizzazione ed eventuale istituzionalizzazione di ciascuno di essi non possono andare oltre i limiti posti dalle compatibilità economiche del settore. D’altro canto, il raggio d’azione di ciascuna delle tre occupazione si avvicina agli ambiti di attività delle altre, fino talvolta ad intersecarli, a dimostrazione di come l’ampiezza delle competenze e la peculiarità dei contesti organizzativi e di lavoro rendano spesso difficile una separazione rigida dei ruoli. L’esistenza di una zona grigia, che rappresenta i punti di contatto tra le varie occupazioni (competenze di confine) implica e rende necessario il ricorso ad una logica crescente di integrazione, sia nella fase di formazione dei saperi (ad esempio tra l’assistente sociale e l’educatore), sia in quella successiva relativa all’applicazione degli stessi (ad esempio tra l’educatore e l’operatore socio-sanitario). La dimensione relativa alla flessibilità necessaria nello svolgimento delle funzioni attribuite ai tre profili, a seconda degli ambiti e dei singoli casi trattati, può portare, infatti, gli stessi a svolgere compiti e funzioni che non appartengono tipicamente al loro dominio giurisdizionale.

¹⁴¹ Cfr. Gori C., A dieci anni dall’approvazione della l.328, in *Prospettive sociali e sanitarie*, n.1, pp.2-9.

Inoltre, le circostanze talvolta inedite che possono presentarsi durante l'esercizio dell'attività professionale, possono originare l'opportunità, quando non la necessità, **di allargare** l'ambito delle competenze e, di conseguenza, far emergere nuovi profili e nuove modalità di risposta ai bisogni che si manifestano. Da qui il delinearsi di una molteplicità di figure occupazionali le cui funzioni in realtà potrebbero essere riconducibili a profili più consolidati che occupano una posizione apicale nell'ambito delle rispettive "bande larghe", in virtù del livello di istituzionalizzazione raggiunto rispetto alle altre occupazioni del settore.

Nell'ottica di Elias, proprio grazie alla situazione di grande trasformazione che il settore dei servizi alla persona sta vivendo e grazie all'analisi dei problemi che risultano ancora irrisolti, si può cogliere sia il precedente iter di debole o mancata professionalizzazione delle occupazioni del sociale, sia le possibilità future di cambiamento.

8.6 Punti di forza e criticità degli attuali profili occupazionali

8.6.1 Il processo di professionalizzazione dell'assistente sociale¹⁴²

L'assistente sociale nello scenario europeo

A livello europeo l'assistente sociale ha raggiunto, nel tempo, un significativo riconoscimento della propria professione.

La formazione dell'assistente sociale, analizzando alcuni paesi europei quali la Svezia, la Gran Bretagna, la Spagna, la Francia, oltre all'Italia, è strutturata all'interno dell'università. Fa eccezione la Francia, dove la formazione è organizzata da istituzioni e scuole private, ma è riconosciuta come Diploma di Stato.

Il periodo formativo di base è di tre anni, a parte la Svezia che è di tre anni e mezzo. A questo primo livello seguono però differenti percorsi di studio: la Svezia prevede un Master di approfondimento su un settore d'intervento, la Spagna non prevede corsi post laurea su specifiche aree del servizio sociale, in Francia dopo tre anni gli assistenti sociali possono conseguire altri titoli, per le posizioni manageriali, presso le università.

Il percorso formativo italiano è quello maggiormente articolato: è prevista una laurea triennale in Servizio sociale che, previo superamento dell'esame di Stato, consente l'iscrizione alla sezione B dell'albo, come Assistente Sociale, e una laurea magistrale che, sempre dopo aver superato l'esame di stato, consente l'iscrizione alla sezione A dell'Albo, come Assistente Sociale Specialista.

Solo in Italia, inoltre, si è costituito un ordine professionale, in Svezia gli assistenti sociali devono superare un esame per essere assistenti sociali autorizzati, negli altri paesi i professionisti sono rappresentati da associazioni nazionali. Tutti i paesi, ad eccezione della Francia, hanno elaborato un codice etico o deontologico.

La professione di assistente sociale, evidenziano Trivellato e Lorenz (2010)¹⁴³, si configura come una professione dinamica, in movimento, dai tratti peculiari, che non si lascia omologare sul modello delle professioni liberali. La sua nascita è stata da molti collegata allo sviluppo dei sistemi di welfare e al riconoscimento del servizio sociale nella sfera di intervento dello Stato. Il rapporto tra servizio sociale e sistema assistenziale è stato così significativo da portare alcuni studiosi a sostenere che non esiste un progetto professionale di servizio sociale autonomo, riconoscibile a livello mondiale, ma che questa professione dipende dal contesto istituzionale in cui è inserita (Fargion, 2009)¹⁴⁴. Nello specifico, alcuni studiosi ipotizzano che nel momento in cui il progetto professionale è in armonia con le politiche sociali, la professione gode di un riconoscimento sociale che favorisce sviluppo e crescita. In Italia, sottolinea Fargion, il periodo delle politiche sociali più in sintonia con il progetto professionale del servizio sociale sono gli anni Settanta, anzi si può affermare che gli assistenti sociali abbiano contribuito a produrre i cambiamenti verificatisi in questi anni, soprattutto sul piano culturale. Rispetto al processo di professionalizzazione, negli anni Settanta si creano anche le premesse per lo sviluppo che avrà luogo negli anni Ottanta: la formazione viene riconosciuta a livello nazionale e si attesta a livello universitario mentre si pongono le basi per l'istituzione dell'ordine professionale.

¹⁴² Questo paragrafo è stato scritto da Carla Moretti

¹⁴³ Trivellato P., Lorenz W., (2010), Una professione in movimento, in Facchini C.(a cura di), *Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetti del welfare*, Il Mulino, Bologna.

¹⁴⁴ Fargion S. (2009), *Il servizio sociale. Storia,temi e dibattiti*, Editori Laterza, Roma-Bari.

Nell'ultimo decennio, alcuni autori sottolineano che al servizio sociale è richiesto un impegno costruttivo per partecipare ad un processo di influenzamento e orientamento delle politiche sociali, verso la realizzazione dei principi di uguaglianza e coesione sociale (Dal Pra Ponticelli, 2010¹⁴⁵, Campanini, 2009¹⁴⁶).

Anche il Decreto del 2007, che determina le nuove classi di laurea con l'istituzione della Laurea Magistrale in Servizio sociale e politiche sociali, orienta gli obiettivi formativi della classe verso una maggiore attenzione del ruolo dell'assistente sociale rispetto alle politiche sociali.

L'approccio storico-relazionale

Il modello di lettura del processo di professionalizzazione delle occupazioni proposto da Elias e presentato in questa ricerca¹⁴⁷ consente un nuovo approccio analitico alle professioni in un'ottica storico-relazionale. In base a tale modello le professioni vanno viste come il derivato del reticolo delle relazioni che gli individui che le compongono intessono nel corso della loro esistenza e che, in un'ottica dinamica e processuale, necessariamente ne condizionano i comportamenti¹⁴⁸.

Lo sviluppo di una professione, quindi, non è dovuto solo all'emergere di nuovi bisogni o di nuove tecniche, considerati separatamente, ma è legato alla loro interazione; le configurazioni relazionali che si cristallizzano nel tempo vanno a costituire la struttura della professione. Rispetto alla figura dell'assistente sociale si effettuerà, dunque, una sintesi degli aspetti emersi dalla ricerca relativi alle diverse dimensioni della rete dell'assistente sociale e dell'utente nonché agli elementi di reciproco condizionamento.

In relazione alla **dimensione professionale dell'assistente sociale**, che comprende le agenzie formative, l'ordine professionale, il sindacato e l'associazionismo professionale, si è assistito, nel tempo, ad un consolidamento della professione. Il percorso formativo è strutturato nell'università e recentemente, nel 2009, il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali ha approvato il regolamento relativo alla formazione continua.

La professione è legittimata da un Codice Deontologico e da un Ordine professionale, la cui iscrizione è requisito di accesso per l'esercizio della professione di 'assistente sociale' e 'assistente sociale specialista', sia in regime di lavoro dipendente che di libera professione.

La professione, inoltre, è tutelata e rappresentata da diverse organizzazioni associative. Oltre a quelle europee e internazionali, già evidenziate in questo rapporto, in Italia sono presenti le seguenti realtà associative: l'Associazione Nazionale Assistenti Sociali (AssNAS) che si è costituita nel 1948; l'Associazione Italiana Docenti di Servizio Sociale (AIDOSS) presente dal 1983, il Sindacato Unitario Nazionale Assistenti Sociali (SUNAS) costituitosi nel 1990, infine la Società per la Storia del Servizio Sociale (SOSTOSS) nata nel 1991.

Se le tappe raggiunte dall'assistente sociale nella dimensione professionale sono garanti del riconoscimento della professione, lo sviluppo della professione può essere condizionato da un aspetto di fragilità ancora presente nel percorso formativo stesso, relativo alla mancata definizione di un settore scientifico-disciplinare autonomo, anche se gli studi sull'epistemologia del servizio sociale hanno consentito di delineare gli aspetti peculiari della disciplina.

Rispetto alla **dimensione istituzionale e di mercato dell'assistente sociale**, che include il servizio, l'organizzazione d'appartenenza e la rete di servizi presenti sul territorio, dalla ricerca emerge che i luoghi di lavoro degli assistenti sociali sono prevalentemente le istituzioni pubbliche

¹⁴⁵ Dal Pra Ponticelli M., (2010), *Nuove prospettive per il servizio sociale*, Carocci Roma.

¹⁴⁶ Campanini A., (a cura di), (2009), *Scenari di welfare e formazione al servizio sociale in un'Europa che cambia*, Edizioni Unicopli, Milano.

¹⁴⁷ Il quadro teorico del modello è stato presentato nei paragrafi 8.1.2 e 8.4, a cura di Giovanna Vicarelli.

¹⁴⁸ Vicarelli G., Per un'analisi storico comparata della professione medica in Stato e Mercato, n.90, 2010, pp. 395-424.

(servizio sanitario, comune e ambito sociale). Anche quando essi hanno un contratto con le cooperative sociali l'ambito operativo risulta essere soprattutto l'ente pubblico. Solo nelle cooperative di grandi dimensioni il ruolo di assistente sociale trova una sua collocazione all'interno dell'organizzazione della cooperativa stessa, ma nella Regione Marche sono pochi gli assistenti sociali, rispetto ad altri operatori del sociale, che lavorano in tali ambiti.

Gli assistenti sociali, dipendenti nei settori pubblici, sono tutelati da contratti nazionali, che assumono specificità diverse rispetto all'inquadramento contrattuale e alla possibilità di carriera. La situazione si differenzia per coloro che hanno altri tipi di contratto, infatti è sempre più consistente il numero degli assistenti sociali che hanno un contratto di lavoro con le cooperative sociali o con gli ambiti sociali, a tempo determinato o a part time. Il quadro che emerge è un aumento della precarietà occupazionale che va ad incidere non solo sulla costruzione del percorso lavorativo dell'assistente sociale, ma anche sulla qualità delle risposte offerte dal sistema dei servizi socio-sanitari. Tale aspetto, inoltre, risulta rilevante nella **relazione di aiuto** con l'utente: il vissuto di precarietà dell' assistente sociale influisce nella costruzione di una relazione significativa con l'utente, che necessariamente acquisterà carattere di provvisorietà per entrambi.

Anche il tipo di interazione che l'assistente sociale intesse con gli operatori del proprio servizio o di altri servizi della rete istituzionale andrà ad incidere nella relazione con l'utente, in tal senso nella ricerca è emerso che *“La progettualità condivisa con la rete degli operatori e la verifica costante dell'intervento sono aspetti che sostengono e rassicurano l'assistente sociale nelle fasi di attivazione degli interventi e che, quindi, andranno ad incidere positivamente nella costruzione della relazione di aiuto”*(focus group area disabilità).

Un altro aspetto che emerge dalla ricerca è il lavoro 'in emergenza' che caratterizza sempre più i servizi. In un contesto lavorativo così strutturato, l'assistente sociale nella relazione di aiuto con l'utente si limiterà a fronteggiare l'urgenza a discapito dell'attivazione della rete. Nell'operatività quotidiana, *“ci sono aspetti che limitano la possibilità di seguire un approccio di rete, tra questi l'eccessivo carico di lavoro, ma anche le caratteristiche personali di ciascun operatore che possono essere di ostacolo alla collaborazione”* (focus group area minori). Sulla relazione di aiuto messa in atto dall'assistente sociale, quindi, possono influire sia elementi della sua dimensione istituzionale che quelli della sua dimensione personale.

Un elemento di criticità della dimensione istituzionale dell'assistente sociale è relativo al mancato recepimento, da parte del mondo del lavoro, della formazione universitaria articolata su due livelli: la laurea magistrale spesso non viene inserita nei concorsi. Di conseguenza le funzioni di organizzazione dei servizi e progettazione delle politiche sociali sono attribuite in base ad altri criteri; inoltre anche quando tali funzioni sono attribuite agli assistenti sociali che già lavorano, questo non sempre comporta un riscontro economico o un passaggio di livello.

Gli aspetti della **dimensione personale dell'assistente sociale** comprendono: la famiglia, la rete amicale/vicinato e l'associazionismo; dalla ricerca emergono solo gli elementi relativi al genere e all'origine culturale. La professione di assistente sociale si caratterizza come una occupazione femminile, (tra i partecipanti alla ricerca è presente un solo uomo) e di origine culturale italiana. Rispetto a questi elementi emerge soprattutto la difficoltà, per l' assistente sociale, di avviare una **relazione di aiuto** con utenti appartenenti a culture non vicine a quella italiana, quindi tale difficoltà influirà sulla reale possibilità di costruire una relazione significativa tra l'utente e l'assistente sociale.

La **dimensione personale dell'utente**, che comprende l'ambito della famiglia e della parentela, della rete amicale e dell'associazionismo, acquista specificità in base alla situazione problematica che la persona vive. In alcune aree di intervento, come la disabilità, la rete familiare

e parentale è maggiormente presente e coinvolta nel progetto dell'utente, in altre situazioni di emarginazione il soggetto si trova ad essere solo nell'affrontare le sue difficoltà.

Il tipo di relazioni che si instaura tra l'utente e i familiari può influire sul problema dell'utente, così che la **relazione di aiuto** che si crea con l'assistente sociale sarà caratterizzata anche dalla "pressione" che la famiglia eserciterà sul soggetto rispetto alla richiesta di aiuto. A tal fine gli assistenti sociali evidenziano che questo aspetto, relativo all'utente, incide molto sul tipo di relazione che si andrà a determinare tra utente e operatore.

La **dimensione del sostegno dell'utente** è costituita dalla rete dei servizi a cui l'utente accede. Nel momento in cui l'utente interagisce con l'assistente sociale la problematica che vive può aver richiesto già la necessità di un supporto da parte dei servizi del territorio. In questo caso alcuni aspetti relativi all'esperienza vissuta dall'utente con operatori di altri servizi può determinare la modalità relazionale con la quale andrà ad interagire con l'assistente sociale; questa nuova **relazione di aiuto** sarà condizionata dalle pregresse azioni intersoggettive.

In alcune situazioni è un operatore della dimensione del sostegno dell'utente ad avviare una relazione con un'assistente sociale che si occupa di progettazione e organizzazione di servizi, non necessariamente finalizzata allo stesso utente; è questa la situazione che si configura quando un educatore che segue un utente con disabilità si relaziona con l'assistente sociale referente dell'area disabile del comune per la progettazione di un centro diurno. In questo caso non si configura una relazione di aiuto diretto con l'utente, ma le interazioni messe in atto tra i diversi soggetti favoriscono processi di risposta ai bisogni che possono emergere in determinate aree. In tal senso l'assistente sociale promuove relazioni orientate al coinvolgimento dei soggetti della comunità locale, oltre che di sostegno alle fasi attuative delle politiche sociali.

La dimensione **istituzionale e di mercato dell'utente** comprende lo spazio di vita scolastico o lavorativo dell'utente. Nelle situazioni di gravi difficoltà personali, se il soggetto è un minore interagisce con il mondo della scuola, in altri casi la dimensione del lavoro potrebbe non essere un luogo di interazione per l'utente. Le opportunità per il soggetto di attivare relazioni in quest'area del suo contesto di vita sono anche correlate alle risorse e alle politiche sociali del territorio in cui il soggetto vive. In tal senso la relazione di aiuto che si attiva con l'assistente sociale, per promuovere ad esempio progetti di borsa lavoro o altre iniziative finalizzate all'inserimento lavorativo, è condizionata dalla possibilità di avere risorse da utilizzare nel contesto di vita dell'utente. In questa fase di crisi economica questa situazione è particolarmente sentita dagli assistenti sociali e dagli utenti.

Dagli aspetti emersi da tale analisi, la relazione di aiuto tra assistente sociale e utente, si esprime in una interazione che pone attenzione a più livelli:

- all'esperienza personale di entrambi i soggetti, con le proprie potenzialità e difficoltà;
- alle relazioni comunitarie entro cui ciascun soggetto costruisce la propria esperienza;
- alle istituzioni e all'organizzazione dei sistemi sociali di aiuto.

Quindi diversi possono essere i contesti in cui la relazione di aiuto prende forma, non solo nel momento dell'interazione diretta tra i due soggetti, ma anche in altri luoghi, in cui l'utente e l'assistente sociale mettono in atto molteplici interconnessioni con altri soggetti della rete.

L'analisi della professione di assistente sociale secondo il nostro modello storico-relazionale consente di orientare l'attenzione verso la *relazione* intesa come elemento chiave per comprendere: le modalità operative dell'assistente sociale, il suo processo di istituzionalizzazione e il percorso che conduce al rapporto con l'utenza. Nella relazione di aiuto, quindi, si ricompongono due realtà complesse, dell'operatore e dell'utente, costituite da azioni intersoggettive che condizionano e influiscono sulle caratteristiche che la stessa relazione di aiuto assume nel tempo.

In questa ricerca l'analisi del processo di professionalizzazione degli assistenti sociali, ponendo centralità alle relazioni, ha fatto emergere alcune criticità presenti nelle diverse dimensioni della professione; criticità che possono costituire oggetto di dibattito per il rafforzamento della professione stessa.

Una delle criticità emerse riguarda gli effetti delle condizioni di lavoro e dell'organizzazione di appartenenza sul ruolo e l'identità professionale. I dati evidenziano che gli assistenti sociali, che hanno un rapporto di lavoro dipendente negli enti pubblici, pur 'rassicurati' dalla propria situazione contrattuale, devono spesso 'adattare' le proprie funzioni ai contesti in cui operano. Questo aspetto è maggiormente evidenziato da coloro che lavorano nelle organizzazioni del non profit dove lo stato di precarietà, a volte, si manifesta anche con la 'disponibilità' a svolgere funzioni relative ad altri profili professionali.

Su questo aspetto, una recente ricerca (Fazzi 2010)¹⁴⁹, rileva "un quadro di de-stabilizzazione sostanziale delle condizioni e delle pratiche lavorative del servizio sociale e un indebolimento diffuso del riconoscimento sociale e istituzionale del ruolo di assistente sociale. Le condizioni pratiche di svolgimento della professione di assistente sociale spesso mettono in crisi i saperi e le conoscenze consolidate e in questo modo contribuiscono a destabilizzare l'identità professionale di molti operatori"¹⁵⁰. Se il ruolo e l'identità della professione si definiscono in un rapporto dialettico con la pratica, esse sono strettamente connessi ai cambiamenti delle condizioni di lavoro (Fargion, 2009)¹⁵¹.

Gli obiettivi formativi dei corsi di laurea in Servizio sociale (triennale e magistrale) danno rilievo a questi ultimi aspetti nel percorso formativo della professione. La criticità che tuttavia emerge, come si è evidenziato in questa ricerca, riguarda la reale possibilità, per le università, di costruire percorsi formativi che rispondano alle peculiarità della professione.

A tal fine, recentemente, il Consiglio dell'Ordine Nazionale degli Assistenti Sociali ha elaborato una proposta di modifica del DPR 328/2001 "Modifiche ed integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti"; tale decreto istituisce la sezione A e la sezione B dell'Albo e i relativi titoli di Assistente Sociale Specialista e Assistente Sociale, definendo anche le attività professionali degli iscritti a ciascuna sessione.

Il Consiglio Nazionale, nel prendere atto che l'assistente sociale, negli attuali contesti operativi, svolge tutte le funzioni attribuite alla figura nelle sezioni A e B, elabora una proposta di modifica che unifica i due livelli e prevede che l'esercizio della professione di assistente sociale sia possibile solo con il titolo quinquennale. Nello specifico la proposta elimina il titolo di assistente sociale specialista e il titolo professionale di *assistente sociale* è attribuito agli iscritti alla sezione A dell'Albo; per iscriversi alla sezione A è necessario aver conseguito la laurea in Servizio Sociale, classe L-39, e la Laurea Magistrale in Servizio sociale e politiche sociali, classe LM-87. L'iscrizione alla sezione A, inoltre, costituisce requisito obbligatorio per la partecipazione a concorsi, per l'accesso nel pubblico impiego, a posti che comportano lo svolgimento di attività professionale di assistente sociale.

Nella proposta di modifica viene esplicitamente indicato che i corsi universitari devono garantire: insegnamenti di discipline specifiche di servizio sociale, docenze delle discipline di servizio sociale attribuite ad esperti di servizio sociale, tirocini svolti in ambiente professionale

¹⁴⁹ Fazzi L., *Trasformazione dello stato sociale, privatizzazione e identità professionale degli assistenti sociali in Italia: alcune rilevanzze empiriche*, di prossima pubblicazione in La Rivista di Servizio Sociale.

¹⁵⁰ Fazzi L., Op. cit.

¹⁵¹ Fargion S. Op.cit.

specifico e seguiti da supervisori assistenti sociali esperti e piani di studio omogenei nel territorio nazionale. La proposta aggiunge, inoltre, che gli iscritti all'Albo professionale di assistente sociale sono tenuti ad assolvere le disposizioni vigenti in materia di formazione continua emanate dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali.

Tale proposta fa emergere alcune questioni che riguardano tre aspetti peculiari del processo di professionalizzazione dell'assistente sociale.

Il primo è inerente alla formazione e pone i seguenti interrogativi: le università riusciranno a garantire una formazione specifica? Quali 'strategie' si possono mettere in atto invece di subire i tagli imposti dalla riforma? E' possibile un raccordo tra le università e una concentrazione dei corsi a livello regionale per un'offerta formativa più qualificata?

Il secondo aspetto è relativo al mercato del lavoro, le questioni riguardano: come le istituzioni e il mercato reagiranno a tale cambiamento? Assumeranno personale a costi maggiori?

Il terzo aspetto, infine, riguarda la continuità formativa dell'assistente sociale: come saranno individuate le modalità di passaggio ai nuovi percorsi formativi per consentire il riconoscimento dei diversi titoli conseguiti nel passato?

Gli assistenti sociali, nel tempo, hanno visto modificare più volte il loro percorso formativo, questo aspetto non sempre è stato un'opportunità per i professionisti, a volte ha costituito, invece, un 'vincolo' per coloro ai quali non è stato riconosciuto il proprio titolo; inoltre tale situazione ha creato delle 'fratture' all'interno della comunità professionale, che hanno influito sul processo di professionalizzazione.

La sfida che ora si pone alla professione è quella di affrontare tali questioni in modo nuovo, con la consapevolezza che un esito positivo non può che essere il frutto di azioni condivise tra i diversi protagonisti; a tal fine la proposta emersa in questa ricerca è quanto mai attuale e urgente: avviare, a livello regionale, una programmazione congiunta dell'offerta formativa, che coinvolga, oltre alle università, la regione, il mercato del lavoro e l'ordine professionale.

8.6.2 L'educatore: una professione in cerca di ricomposizione¹⁵²

La questione saliente

Nel procedere ad un tentativo di sintesi degli elementi che questo percorso di ricerca ha consentito di mettere in luce relativamente al profilo dell'educatore, s'impone l'esigenza di partire dallo snodo critico, dal punto saliente, dal dato trasversale che in maniera più perentoria sembra aver contribuito ad orientare l'articolarsi del dibattito alimentato dalle voci dei protagonisti che vi hanno preso parte. Anche alla luce della collocazione di questo profilo nella cornice nazionale, rivisitata in comparazione con quella di altri paesi europei, la traduzione di questa indicazione metodologica non ha presentato aspetti di particolare complessità, essendosi rilevato come il contenuto ed il tono dei contributi di cui si è giovata la ricerca abbia reiteratamente insistito sulla divaricazione tra sociale e sanitario che allo stato attuale caratterizza lo sfondo ove la traiettoria formativa e professionale di questa figura conosce il suo sviluppo. Sembra quindi quello che porta ad intravedere un *dualismo orizzontale* di fondo l'approccio di studio più indicato per "tirare le somme" dei risultati sortiti dal presente lavoro di approfondimento della figura dell'educatore; un dualismo che, come già detto in precedenza, tiene sospeso l'assetto operativo di questo profilo tra due ambiti nient'affatto equi per ciò che concerne l'inquadramento ed il riconoscimento giuridico, generando perplessità negli addetti,

¹⁵² Questo paragrafo è stato scritto da Ugo Ciaschini.

specie in quelli penalizzati da un titolo accademico che non ha ancora trovato riscontro normativo.

Questa professione sembra quindi presentarsi con un duplice volto, formalmente diverso a seconda del settore, sociale e sanitario, in cui si dipana la sua esperienza, con ricadute che, sul piano prettamente tecnico, sembrano chiamare in causa il diverso livello d'intensità della componente medica che permea le modalità operative. Pare inevitabile che determinati contesti di lavoro, quali quelli dell'area della **salute mentale** e delle **dipendenze patologiche**, vedano la dimensione sanitaria prevalere nella determinazione dell'impronta su cui si definisce il percorso di aiuto, conferendo di conseguenza all'intervento dei professionisti, quali, gli educatori, un taglio che risente della complessiva configurazione organizzativa di cui questi sono partecipi. Diversamente, spazi dal più marcato accento relazionale ed aggregativo, come quelli in cui si approntano interventi in favore di **minori**, sembrano porre maggior enfasi all'offerta di esperienze più spiccatamente improntate sul versante promozionale, in quanto propulsive di potenzialità e risorse espressive e creative, dal cui emergere lo snodarsi del percorso maturativo di questi soggetti può trarre un prezioso nutrimento. Ma come questa apparente settorialità si allinea con i tratti che sostanziano la *mission* della professione educativa e con gli obiettivi verso cui dovrebbe essere orientato il suo dispiegarsi? È possibile partire da questo terreno per tentare di recuperare una dimensione maggiormente unitaria ed integrata della professione? Attorno a queste domande prendono corpo alcune riflessioni che, anche ripercorrendo le fasi con cui la ricerca si è sviluppata, possono proporsi di verificare quanto la riscontrata dicotomia si attagli all'*humus* in cui la costruzione di questo profilo trova le sua fondamenta.

L'anima della professione educativa

Innanzitutto sembra utile evidenziare come il campo immediato dell'intervento educativo non prescindano da una forte valenza relazionale, che si radica nelle differenti tipologie di *setting* in cui questo può venirsi a realizzare (dal domicilio dell'utente alla comunità educativa per minori, dall'ambito scolastico alle realtà aggregative) e si diffonde in un sistema più esteso, costituito da diversi nodi, coerentemente alla prospettiva di rete. L'azione è sostenuta da un intento "sollecitativo", orientato a stimolare la personalità della persona cui si rivolge, a dilatarne il campo esperienziale e la prospettiva di osservazione dei fenomeni, così da accrescerne le capacità di leggere criticamente gli eventi di cui si compone la trama del suo quotidiano. Al contempo prefigurare condizioni che consentano agli individui di esprimere abilità e di essere attivamente partecipi di un ambiente protetto sembra costituire un ulteriore rilievo operativo. È questo infatti il frangente nel quale l'educatore può agire negli spazi di possibile frattura fra persona e contesto, con l'obiettivo di cogliere le dinamiche prodotte da quest'interazione ed avvalersene per conferirle un nuovo assetto e prevenire la caduta della persona stessa in condizioni di estraneità ed isolamento.

Le competenze dell'educatore, così come concettualizzate in relazione alle specifiche aree d'intervento che sono state oggetto di discussione nei diversi ambiti territoriali coinvolti nella ricerca, sembrano quindi insistere sull'attenta interpretazione dei bisogni e delle dinamiche personali e situazionali che li sostengono, sull'apertura di spazi di riflessione che aiutino il soggetto ad assumere un atteggiamento maggiormente propositivo di fronte agli eventi, sulla promozione dell'esperienza partecipativa a vari livelli sociali (dalla struttura residenziale al territorio, inteso come comunità di persone), sul supporto in direzione del potenziamento, del recupero e dello sviluppo di autonomie e competenze pratiche. Il filo che le tiene legate e le tocca trasversalmente è dato dal forte accento posto sulla dimensione della relazionalità, cui si uniscono la capacità di elaborare piani individualizzati, che tengano conto dei bisogni, delle aspettative,

delle difficoltà e delle risorse degli utenti, e quella di saper lavorare in gruppo e di muoversi, guidati da un'adeguata azione di coordinamento, in un'ottica di progettualità omogenea. Queste considerazioni portano a non ritenere possibile la riconduzione del campo e dell'influenza dell'azione dell'educatore ad una specifica area e dimensione, contribuendo a conferire a questa figura caratteri che la rendono *poliedrica* o *polifunzionale*, ma disponibile ad assumere connotazioni più precise e circoscritte a seconda delle definizioni che il **contesto organizzativo d'appartenenza** opera sulle funzioni attribuitegli e sugli obiettivi che ne accompagnano il dispiegarsi. Anche secondo il responsabile della formazione di una cooperativa di Ancona, non si può parlare di una distinzione fra l'educatore formato dalla facoltà di medicina e quello in possesso di un titolo diverso in quanto sarebbe la struttura in cui si è collocati a dettare le funzioni da espletare: "... *cosa fa l'educatore del servizio dipende dal servizio in cui va a finire e un laureato in psicologia, in sociologia, un educatore professionale alla fine vanno a fare le stesse cose.*"

Una lettura interpretativa del dualismo

Se è nelle pieghe insite all'intervenuta dicotomia tra sociale e sanitario che prendono corpo le vicende formative e operative conosciute dall'educatore, occorre procedere ad un tentativo di individuazione dei possibili presupposti in cui si appuntano le forze dalle quali tale dicotomia trae il suo nutrimento. Possiamo inoltre chiederci se essa vada considerata una tipicità tutta italiana oppure se vi siano elementi per scorgerne segmenti di affinità con quanto altri paesi hanno disciplinato. Per affrontare tali questioni può essere utile soffermare lo sguardo sulle vicende che hanno scandito la storia dell'integrazione socio-sanitaria del nostro paese, il cui momento saliente è segnato dalla legge di riforma sanitaria 833/78; sono le disposizioni da essa dettate ad aver posto gli aspetti di principio e le basi normative affinché si procedesse, nell'ambito regionale, all'avvio di una gestione unificata dei servizi sociali e sanitari attraverso le Unità Sanitarie Locali. L'addentrarsi in questa storia consente di cogliere quanto la traduzione di questo principio abbia risentito della condizione di vulnerabilità sofferta dal sistema dei servizi sociali, radicata nel divario per lungo tempo presente tra una cultura "sanitaria" storicamente consolidata, ed una cultura "sociale" che ha invece stentato ad affermarsi (Cerminara, 1984)¹⁵³. Il diverso riconoscimento culturale assegnato ai due settori ha avuto pesanti ripercussioni sugli operatori sociali e sanitari, le cui differenziazioni, sia sul piano del rapporto di lavoro che della identità professionale, oltre ad aver rappresentato un forte ostacolo al tentativo di visione unitaria e organica dell'intervento, hanno contribuito al permanere della separatezza tra i due canali formativi.

L'esperienza avrebbe quindi visto il prevalere all'interno delle USL di un'ottica prettamente sanitaria (David, 1997)¹⁵⁴, sancendo la subalternità dell'intervento sociale alla "cultura medica". È alla luce dello scenario entro cui ha preso forma la storia dell'integrazione socio-sanitaria nel nostro paese, che possiamo abbozzare una delle ipotesi interpretative del differente stato di avanzamento, sul piano del riconoscimento giuridico, delle due dimensioni che al momento sostanziano il profilo dell'educatore. Più precisamente si profila la possibilità di chiamare in causa l'esistenza di differenze di status tra le professioni sociali e sanitarie e, quindi, il diverso peso dei due gruppi professionali. Tali dimensioni possono a loro volta essere considerate come esito di un retaggio storico che, sulla spinta del "processo di medicalizzazione"¹⁵⁵, ha sortito l'effetto di

¹⁵³ Cerminara, S. (1984), Unità sanitaria ed ente locale: aree gestionali, in *Sicurezza Sociale*, n. 5, pp. 487-499.

¹⁵⁴ David, P. (1997), La politica di assistenza tra riformismo e tradizione, in P. DAVID (a cura di), *La politica socio-assistenziale in Italia*, Dispensa del Corso di Organizzazione del servizio sociale, anno accademico 1997-1998.

¹⁵⁵ Con tale termine si fa riferimento alla tendenza a ricondurre la maggior parte delle situazioni di disagio a spiegazioni di tipo meramente biologico e a intervenire, quindi, secondo metodologie e all'interno di strutture sanitarie (David, 1997).

dare sempre maggiore preminenza alla sfera sanitaria dell'assistenza, favorendo una continua crescita del settore, sia in termini strutturali che di peso politico e culturale. Sembra questo il terreno in cui la forza della Facoltà di medicina (e dei profili da essa formati) affonda le proprie radici, a fronte di un settore sociale frenato nel suo sviluppo dal carattere "residuale" in cui il suo ruolo è rimasto per lungo tempo confinato a causa del basso livello di specializzazione e della tipologia di domanda di cui si faceva carico, proveniente dagli strati più marginali della popolazione.

Se assumiamo che sia questo il quadro che fa da sfondo allo sviluppo del profilo dell'educatore in Italia, possiamo ora brevemente considerare la realtà riscontrata negli altri stati in cui questo profilo è stato oggetto di analisi. Il dato che si coglie trasversalmente sembra essere la marcata vocazione promozionale, cioè orientata all'individuazione e mobilitazione delle potenzialità di persone e gruppi, che plasma il ruolo dell'educatore. Tale tensione si declina con modalità che nel caso inglese enfatizzano il ruolo propositivo cui i giovani dovrebbero pervenire nel contesto comunitario d'appartenenza, in quello francese puntano al ripristino e allo sviluppo di condizioni di autonomia funzionali ad un positivo snodarsi del processo d'integrazione e in quello spagnolo mettono in rilievo il superamento di problemi di disadattamento sociale, anche sulla scorta di un percorso formativo che dà ampio spazio a discipline antropologiche e relative a programmi di facilitazione socioculturale.

Alla luce di quanto complessivamente emerso dallo studio del profilo di educatore, il contributo specifico che questi apporta sembra convergere sull'attivazione di processi di crescita, apprendimento e reinserimento sociale, con un marcato rilievo alle dimensioni dell'ascolto, della ri-significazione dell'esperienza e della mediazione con la realtà sociale di riferimento. L'eccessiva individualizzazione dei ruoli che contraddistinguerebbe la figura nella situazione italiana, probabile risvolto della settorialità alla base degli attuali percorsi formativi e del loro ancoraggio ad uno specifico ambito conoscitivo, sollecita misure orientate ad una revisione dell'impianto normativo che modella la strutturazione dei corsi di laurea. Ciò al fine di formare un operatore con un più ampio spettro di potenzialità e competenze, che possa proporsi incisivamente nei momenti d'interazione con altri profili di diversa professionalità. Se tali momenti, per potersi produttivamente sviluppare, implicano il riconoscimento reciproco delle diversità e delle identità che vanno a definire ognuno dei profili coinvolti, si può comprendere il peso che vengono ad assumere la chiarezza delle funzioni e la solidità delle fondamenta su cui una professione può poggiare.

L'esplicarsi della relazione di aiuto

Guardando alle ricadute che l'attuale disciplina del profilo sortisce sul piano della relazione d'aiuto costruita con l'utente, il rilievo su cui imbastire la riflessione muove dall'assunto di tenere insieme due dimensioni. Da una parte va considerato il carattere globale del bisogno della persona, che non rende possibile una rigida definizione del settore preposto a dare ad esso una risposta, ma esige un'opera di ricomposizione attenta a cogliere le diverse sfere in cui ricadono gli effetti del suo manifestarsi e gli eventuali ulteriori bisogni che ne derivano. Dall'altra occorre porre attenzione alla completezza e all'integrità da conferire all'intervento, sfuggendo a quelle logiche di parzialità e frammentarietà che non consentono di guardare alla situazione della persona nel suo complesso, specie per ciò che concerne l'articolazione del suo sistema relazionale. Considerata la stretta interrelazione di queste due componenti, l'analisi del materiale empirico della ricerca ha fatto ricorso ad uno strumento metodologico che ha indotto a focalizzare il flusso di relazioni originate dall'incontro di due soggetti reali, l'operatore e l'utente, che portano con sé, dentro una cornice storico-sociale precisa, tutte le reti che intessono le dimensioni significative in

cui si costruisce la loro esperienza. E se lo sviluppo dell'azione di aiuto risente della configurazione delle relazioni di cui ciascun soggetto è partecipe in un dato momento e scenario storico, il contatto che avviene fra l'educatore, la cui posizione assume una conformazione specifica in relazione al settore, al servizio e all'organizzazione di appartenenza, e l'utente, a sua volta partecipe di specifiche costellazioni relazionali, sortisce trasformazioni e nuovi ordini di realtà che vanno visti come qualcosa di più della semplice sommatoria degli apporti di questi due soggetti.

I contributi provenienti dai partecipanti alla fase empirica del percorso, con riferimento alle aree d'intervento sviscerate presso ciascuno degli ambiti territoriali coinvolti, hanno consentito di mettere a fuoco l'esplicitarsi della relazione d'aiuto e di prefigurare il presumibile peso che lungo la sua traiettoria viene ad esercitare quello che all'inizio di questo paragrafo abbiamo considerato lo snodo cruciale dell'assetto formativo e professionale dell'educatore, cioè il doppio binario, sociale e sanitario, in cui si innestano le relative vicende.

Nello specifico, con riguardo al settore **anziani**, ad interventi volti ad un rafforzamento delle abilità presenti nella persona e, quindi, con un forte rilievo al superamento di una condizione di limitata autosufficienza, si accompagna la predisposizione di iniziative (attività laboratoriali, momenti di incontro e conoscenza reciproca con gli altri ospiti) che ne facilitino l'integrazione nel nuovo contesto e la aiutino a vivere tale collocazione come esperienza in cui può essere valorizzato il suo patrimonio di idee, valori e conoscenze. L'azione educativa include peraltro un'attenzione alla possibile incidenza che la povertà della rete di supporto familiare (dato che compare nel caso da cui si è sviluppata la discussione) esercita sulla condizione dell'anziano, alimentandone lo stato di vulnerabilità. Sul piano istituzionale, l'educatore occupa una posizione nella quale, grazie all'attività di ascolto e osservazione della persona, può favorire la circolazione nei momenti di équipe di informazioni relative all'evolversi della situazione della stessa, su cui far leva per un'eventuale rimodulazione degli obiettivi inizialmente previsti nel programma assistenziale. Nell'ambito delle **dipendenze patologiche**, gli interventi degli operatori che hanno partecipato al focus group hanno reso possibile scorporare in tre fasi lo snodarsi della relazione educativa, in ognuna delle quali la struttura delle reti dei soggetti che contribuiscono a produrla assume un particolare disegno. La prima di queste fasi vede l'operatore e l'utente (quest'ultimo non ancora massicciamente coinvolto nel problema di dipendenza) entrare in contatto all'interno di luoghi di ascolto meno connotati in termini istituzionali e più improntati alla libertà e alla spontaneità dell'adesione. La relazione che si viene a costruire rende possibile la rilevazione di indicatori di rischio e situazioni di disagio ancora "agli esordi" che possono essere portati dall'educatore all'attenzione di un servizio istituzionalmente preposto ad affrontarle. Un secondo momento, sganciato da quello appena delineato, è quello che caratterizza lo sviluppo del percorso terapeutico che il giovane può aver intrapreso per affrancarsi dall'uso di sostanze: in tale frangente l'educatore concorre a formare il complessivo sistema d'aiuto (la cui fisionomia risentirà del contesto, ambulatoriale o domiciliare, in cui il percorso viene realizzato) impegnato a favorire, attraverso il ripristino di un accettabile stato di benessere psico-fisico, un positivo reinserimento del giovane nel tessuto comunitario. La terza fase della relazione, necessariamente originata dal buon esito della precedente, convoglia attorno al ragazzo possibili opportunità (quali il rientro nella dimensione scolastica) che possano configurarsi come elementi fondativi del processo di cambiamento. L'educatore può lavorare, prima, per favorire l'emergere dei progetti che il giovane aspira a realizzare, e, successivamente, per accompagnarlo nei passi da muovere ai fini della costruzione di basi più solide con cui perseguirli. Questa sequenza è sembrata utile ai fini esplicativi anche perché, nel mostrare lo stretto intreccio tra interventi a valenza sanitaria (volti a far ritrovare al giovane un adeguato equilibrio psicofisico) e quelli a valenza sociale (facilitanti il reinserimento in contesti utili dal punto di vista autorealizzativo), profila l'esigenza

di una figura preparata a seguirne l'articolarsi nel loro complesso e, quindi, dotata di un ventaglio di competenze sufficientemente ampio da abbracciare i due ambiti.

Relativamente al settore dell'**emarginazione**, si è potuta mettere in evidenza la necessità di un lavoro di analisi dei bisogni e di decodifica delle reti familiari e amicali dell'utente; tale lavoro, oltre a consentire di elaborare una progettualità sufficientemente rispettosa del contesto in cui si snoda il quotidiano dell'utente medesimo, si propone di recuperare le circostanze e gli eventi sfavorevoli che possono averne costellato il passato, contribuendo a collocarlo in uno scenario segnato da marginalità e vulnerabilità sociale. I diversi livelli di disagio (sul piano abitativo, lavorativo, dei documenti di soggiorno) che aggrediscono la situazione di una persona proveniente dalla strada richiedono lo sviluppo di un lavoro d'equipe che si avvalga di apporti disciplinari plurimi, fra cui assume rilievo quello proveniente dall'educatore; questi è infatti chiamato a sostenere la persona stessa nella ricerca, individuazione e fruizione delle risorse utili al suo recupero sociale ed occupazionale.

L'analisi dell'area dei **minori** ha consentito di riconoscere nel ruolo e nel tipo d'intervento posto in essere dall'educatore nei confronti degli adolescenti a rischio di devianza una duplice impronta. La prima è volta ad esplorare il retroterra valoriale in cui possono radicarsi i loro comportamenti trasgressivi, riservando, al contempo, una specifica attenzione alle dinamiche che agiscono in due versanti cruciali: quello del contesto familiare di ciascuno dei ragazzi (spesso povero di riferimenti adulti in grado di proporre esperienze relazionali significative) e quello del gruppo amicale (ai cui parametri e codici comportamentali "vigenti" si finisce con l'aderire proprio per saturare quei bisogni di appartenenza e visibilità che in famiglia più difficilmente verrebbero soddisfatti). La seconda impronta alla base dell'azione educativa si propone di avvicinare i ragazzi ad ambienti ed esperienze che consentano loro di assumere ruoli alternativi rispetto a quelli in precedenza giocati, in quanto costruiti su una sana, costruttiva e socialmente condivisibile modalità di autoaffermazione. Nel caso da cui ha preso le mosse la discussione del focus group, la configurazione del sistema relazionale degli attori (ragazzi, servizi) che si struttura con l'avvio della relazione d'aiuto viene plasmata dall'impulso innescato dall'autorità giudiziaria; questa, con le sue disposizioni, orienta l'azione del sistema su un versante già ben tracciato, incardinato su un lavoro mirato a prospettare cambiamenti nell'orizzonte valoriale ed esperienziale dei ragazzi. L'educatore è in questo quadro l'attore che, affiancandosi ai ragazzi e prefigurando nuovi scenari lungo il loro cammino evolutivo, ne sostiene più da vicino lo snodarsi del processo di cambiamento e ne può, quindi, rilevare tempestivamente i segnali evolutivi e quelli di stasi. Dall'elaborazione di valutazioni su quanto osservato, da condividere con gli altri soggetti del sistema d'aiuto, e dalla ridefinizione dei contenuti che danno forma alla struttura del percorso s'innestano traiettorie che possono ridisegnare la costellazione delle relazioni che abbraccia tanto la posizione dell'educatore, quanto quella del minore, nell'intento di renderla più adeguata alla dinamicità e variabilità emotiva che connota la condizione adolescenziale.

Con riferimento all'area della **salute mentale**, il contenuto facilitante delle attività svolte dall'educatore in un contesto residenziale (accoglienza, informazione, sostegno, mediazione) gli conferisce una funzione di filtro che, oltre a favorire un maggior flusso comunicativo fra la persona e gli altri soggetti con cui questa viene a contatto (operatori esterni che propongono attività specifiche, come quelle artistiche e musicali), può accrescere il senso e la possibilità di una incisiva ricaduta delle iniziative poste in essere. Spostando la propria azione sul versante territoriale, l'educatore ripropone questa funzione mediativa quando si muove per favorire il positivo evolversi di esperienze, quale quella lavorativa, dall'elevato contenuto terapeutico per l'utente che può affacciarvisi. Il fatto che il suo orizzonte osservativo, lungi dall'esaurirsi al singolo utente, comprenda anche le persone presenti nella sfera familiare del medesimo, prefigura le condizioni che gli permettono di cogliere eventuali aspetti di criticità riferiti a tale sfera, e

farsene portavoce nei momenti d'èquipe. Da questi passi traggono impulso movimenti che possono imprimere un diverso assetto al sistema relazionale in cui l'utente è inserito e a quello dei servizi preposti all'aiuto. Nel complesso è stato possibile mettere in evidenza come l'azione dell'educatore venga a situarsi in uno spazio intermedio, ove questi, a partire da presupposti di tipo sanitario legati alla patologia di cui il paziente soffre, contribuisce alla realizzazione di progetti individualizzati, lavorando in vista di quegli obiettivi, la riabilitazione e la risocializzazione del soggetto, per il cui raggiungimento gli interventi farmacologici e quelli psicoterapici, da soli, possono non rivelarsi sufficienti.

Il settore della **disabilità** ha configurato un terreno di discussione in cui registrare la forte incidenza che sullo sviluppo della relazione di aiuto viene ad esercitare l'elevato grado di strutturazione che l'Ambito Territoriale Sociale in cui ha avuto luogo il focus group è riuscito ad imprimere all'organizzazione dei servizi per la disabilità. Tale aspetto ha reso possibile il conferimento di un forte rilievo alle dimensioni dell'integrazione sociosanitaria e del lavoro di rete. L'educatore situa quindi il proprio intervento in un'ottica progettuale di ampio respiro, che si diffonde nei diversi soggetti presenti nel più vasto versante organizzativo e territoriale, il cui punto cardine è costituito dall'Unità Valutativa d'Ambito. In questo scenario egli concorre alla definizione del quadro valutativo del soggetto disabile, precisandone le competenze ed autonomie residue, recuperando informazioni relative ad interventi pregressi attivati in suo favore e tenendo conto del funzionamento del suo sistema familiare. Il lavoro conoscitivo imbastito consente di disporre di una base informativa con cui definire gli obiettivi riabilitativi e gli strumenti idonei al loro raggiungimento, creando le premesse per la realizzazione di interventi che possono preludere ad una diversa conformazione delle relazioni che si instaurano tra l'utente e le figure di sostegno partecipi del processo d'aiuto (familiari compresi).

Complessivamente, in tutte queste aree è possibile cogliere, seppur in misura e con modalità diverse, la forte connotazione sociale e comunitaria che assume l'intervento educativo, sempre più orientato a favorire il recupero di una cittadinanza da esprimere attivamente nella realtà territoriale d'appartenenza e nelle dimensioni in cui si dipana la quotidianità.

L'educatore nel nuovo orizzonte delle politiche sociali

Il panorama che va delineandosi nei servizi alla persona sembra insistere su un'ottica di sistema in cui le dimensioni cruciali sono incarnate dalla promozione comunitaria, dalla diffusione di una cultura di protezione dei minori, dalla prevenzione ed intercettazione precoce del disagio. Come sottolinea il Coordinatore d'Ambito di Ascoli Piceno, in un quadro sempre più segnato da processi disgregativi, indebolimento della famiglia e ristrettezze finanziarie, occorre superare una logica assistenziale che si limita a "rincorrere" la domanda e: *"sviluppare delle capacità che diano modo di incidere sulla domanda stessa"*. Sarebbe sul terreno spianato da questo passaggio che una figura come quella dell'educatore può evolvere in senso strategico ed interpretare il ruolo di agente comunità, chiamato a costruire le sue risposte facendo leva in primo luogo sull'*empowerment* del soggetto, oltre che sulla scoperta, attivazione e aggregazione delle risorse che afferiscono alla realtà dell'associazionismo e dei gruppi informali. Anche ambiti d'intervento, come quello della salute mentale, in cui la componente sanitaria assume marcata consistenza, sembrano interessati da traiettorie trasformative (rivelate dall'importanza attribuita al lavoro di comunità, ai servizi di sollievo, a prassi che favoriscano lo sviluppo di esperienze lavorative e di tirocinio per soggetti svantaggiati) che allargano il focus dell'azione educativa. Questa non sembra poter più essere confinata nella sola dimensione del contenimento, della residenzialità e dell'istituzionalizzazione, ma va estendendosi a quei contesti relazionali in cui le biografie individuali possono essere riscritte passando per esperienze che riscoprono e valorizzano

le potenzialità positive dei soggetti che ne sono protagonisti. È lungo questi sentieri che possono cogliersi le spinte al superamento delle logiche settoriali e degli steccati che definiscono i contorni delle due facce che assume il profilo di educatore e che poco si attagliano agli approcci verso cui le politiche sociali sembrano orientate, improntati sul lavoro con le risorse del territorio e sulla promozione e rafforzamento delle capacità individuali e delle reti sociali. Da quanto espresso da una figura direttiva del Dipartimento di Salute Mentale di Porto Sant'Elpidio, nel nuovo orizzonte che va disegnandosi il lavoro con cui si misurano le professioni sociali non sembra tuttavia ancora riuscire a scongiurare il verificarsi di situazioni che vedono un soggetto dimesso da una struttura residenziale a completamento dell'iter riabilitativo dovervi far rientro a causa delle insufficienti risorse di cui il territorio in cui questi è stato "buttato" dispone per "riassorbirlo" al suo interno. È in questo frangente che si manifesta lo scollamento fra le concezioni che le disposizioni normative e le politiche sociali hanno elaborato rispetto ai diritti da assicurare ai soggetti in stato di bisogno e la capacità della struttura sociale di recepirle e tradurle fattivamente. Seguendo il filo di questo pensiero, la carente disponibilità di strumenti che favoriscano il reinserimento lavorativo di soggetti con problematiche psichiatriche può considerarsi radicata nello stigma che continua ad alimentare tale condizione nella percezione della collettività; come sostiene la stessa figura direttiva, il fatto che sia carente la "formazione dei cittadini" espone il "bravo professionista sfornato dall'università" ad imbattersi in associazioni commerciali, industriali o artigianali tutt'altro che inclini ad intavolare un piano di discussione rispetto a possibili iniziative di collaborazione da avviare. Per l'educatore, figura spesso all'affannosa ricerca di appigli in grado di attutire la complessità insita ai processi di reinserimento sociale affrontati dalle persone che aiuta, gli effetti di queste rigidità strutturali vedono amplificata la loro consistenza (con il rischio di tradursi in sindromi di burn-out) poiché si dispiegano su una piattaforma professionale ancora in movimento, alla ricerca di un solido ancoraggio e di una ricomposizione dei diversi volti che al momento ne contrassegnano l'espressione. L'opera a cui l'educatore è chiamato quando deve allestire scenari relazionali in cui la persona possa integrare quegli aspetti di frammentarietà che faticosamente vive internamente sembra allora ricalcare quell'aggiustamento cui è necessario procedere a livello normativo per porre sullo stesso piano e, quindi, armonizzare i due ambiti in cui s'incuneano e si dibattono le vicende al momento conosciute da questo profilo.

8.6.3 L'operatore socio sanitario: un profilo in divenire¹⁵⁶

A quasi 10 anni dall'istituzione del profilo dell'operatore socio sanitario avvenuta ad opera della Conferenza Stato Regioni del 2001, permangono tuttora dubbi ed incertezze rispetto ad una pluralità di aspetti che vanno dall'ambiguità dei percorsi formativi alla indeterminatezza degli ambiti giurisdizionali che definiscono le competenze di tale profilo.

La trama a maglie larghe che ha caratterizzato la normativa nazionale, funzionale a conferire ampi margini di discrezionalità agli enti regionali affinché potessero rispondere nel modo migliore alle esigenze espresse dai rispettivi territori, ha contribuito a rendere ancora più nebulosa una situazione già di per sé non chiaramente definita.

Pur nel rispetto delle disposizioni contenute nella normativa nazionale, ciascuna Regione ha provveduto a regolamentare il settore delegando, nella maggior parte dei casi, alle Amministrazioni provinciali la gestione delle attività formative, compresa la valutazione dell'effettivo fabbisogno di personale. Se da un lato, quindi, l'istituzione del profilo professionale era derivata da esigenze di riordino del settore delle professioni sociali, funzionale a rendere

¹⁵⁶ Questo paragrafo è stato scritto da Elena Spina.

omogeneo il quadro delle qualifiche, dall'altro la discrezionalità concessa alle autonomie locali ai fini della concreta organizzazione della formazione degli operatori, ha finito per mantenere elevato il grado di frammentazione territoriale creando nuove criticità.

Restando comunque saldo il quadro normativo delineato a livello nazionale e tornando a valutare le caratteristiche che connotano la figura dell'operatore socio sanitario, l'analisi empirica, condotta ricorrendo all'utilizzo del modello elisiano delle professioni, ha fatto emergere alcune considerazioni di rilievo. Il primo aspetto da evidenziare riguarda la discrasia che emerge rispetto alla possibilità di riconoscere l'operatore socio sanitario come una professione vera e propria a seconda che si utilizzi l'approccio tradizionale allo studio delle realtà professionali o che si ricorra, invece, al modello analitico proposto nel presente lavoro. Sulla base delle diverse scuole di pensiero che compongono la sociologia delle professioni non sarebbe probabilmente accettata l'inclusione del profilo occupazionale in oggetto nel novero delle professioni propriamente intese, considerando come determinati requisiti che caratterizzano tipicamente i gruppi professionali risultino assenti o comunque trascurabili nel caso degli operatori socio sanitari. Se, tuttavia, si abbandona lo schema concettuale tradizionale e si assume una prospettiva di analisi che valuta la professione sulla base della funzione sociale che la stessa svolge e sulla sua capacità di rispondere ai bisogni manifestati dalla collettività, lo scenario cambia completamente. Se, in altre parole, si ricerca l'esistenza di un carattere professionale osservando il network relazionale che il gruppo occupazionale intesse nel mettere in atto la propria mission, allora si modificano radicalmente le conclusioni cui l'analisi conduce.

Nel caso dell'operatore socio sanitario la mission è rappresentata dalla relazione d'aiuto che, al tempo stesso, costituisce il luogo privilegiato in cui si sostanzia e viene messa in gioco la professionalità. Il reticolo relazionale che si diparte dalla relazione d'aiuto, ma che contemporaneamente crea le condizioni affinché questa venga messa in atto, diviene uno dei parametri di valutazione che consente di definire il profilo occupazionale in oggetto una professione. Tale network, infatti, consta e dipende da relazioni pregresse, relazioni, cioè, che l'operatore ha attivato nel corso della propria esistenza nelle diverse sfere che la compongono (personale, istituzionale, professionale) e che sono state funzionali alla edificazione della propria identità professionale nonché alla costruzione di nuovi reticoli relazionali.

Com'è ampiamente emerso dall'indagine empirica, la relazione d'aiuto assume connotati differenti a seconda del tipo di utente che interagisce con l'operatore, ovvero a seconda del settore dell'assistenza (sociale o sanitario) in cui quest'ultimo opera. A tale riguardo l'analisi sembra confermare l'idea, radicata benché non formalizzata a livello di ipotesi, in base alla quale quello dell'operatore socio sanitario sia un profilo occupazionale caratterizzato da un forte dualismo, dualismo che viene determinandosi già nella fase di formazione degli operatori, laddove emergono squilibri tra la componente sanitaria e quella sociale dei contenuti dei moduli didattici. In effetti gli operatori socio sanitari che esercitano l'attività professionale in ambito sanitario risentono molto di più dell'influenza esercitata dal contesto, nel senso che intessono relazioni più solide e strutturate con l'ambiente di riferimento, composto tanto da elementi che ricadono nella "dimensione professionale" quanto da elementi che definiscono la "dimensione istituzionale e di mercato" e che insieme contribuiscono ad arricchire il capitale sociale dell'individuo. L'operatore socio sanitario occupato in ambito sociale sembra essere, per contro, meno coinvolto nelle dinamiche che interessano il contesto lavorativo entro cui è inserito e tale limite va ad aggiungersi ad una lacuna che si manifesta già a livello di percorso formativo. Tale minor coinvolgimento nel tessuto relazionale espresso dal contesto di riferimento sembra derivare dalla maggior distanza tra ruoli diversi (quello dell'educatore e dell'assistente sociale in particolare) rispetto a quanto non avvenga negli ambienti sanitari dove l'attività dell'operatore

sembra configurarsi come un normale prolungamento e un completamento dall'attività svolta da altre figure professionali (tipicamente l'infermiere).

Da un'altra prospettiva di osservazione il dualismo che caratterizza l'operatore socio sanitario sembra dissolversi fino ad assumere una configurazione polimorfa. Guardando infatti ai diversi ambiti che compongono il settore dell'assistenza genericamente intesa, emerge tutta l'ambiguità di un profilo occupazionale pensato per intervenire in un ampio spettro di situazioni. Se da un lato il carattere ibrido volutamente attribuito a tale profilo professionale doveva essere funzionale a conferirgli flessibilità e capacità di adattamento, dall'altro sembra porre esattamente il problema contrario poiché, la scarsa attenzione riservata agli aspetti organizzativi e alla specificità dei diversi contesti e ambiti professionali, rischiano di generare professionalità incapaci di rispondere agli stimoli offerti dall'ambiente lavorativo e quindi alle sollecitazioni provenienti dall'utenza con cui si entra in relazione. Del resto la difficoltà di orientarsi all'interno di settori specifici dell'assistenza e di interagire con problematiche peculiari ha rappresentato una delle principali criticità emerse nell'ambito della fase empirica della ricerca.

Tale aspetto riapre la questione già discussa in precedenza e relativa alla scelta, operata dal legislatore nel 2003, di creare un operatore con formazione complementare piuttosto che puntare sull'istituzione di percorsi di specializzazione alternativi da proporre a seguito della formazione di base al fine di offrire agli operatori approfondimenti relativi a settori specifici dell'assistenza. La via italiana appare in ciò più simile a quella francese che non prevede percorsi didattici successivi, ma si differenzia da questa dal momento che in Italia non è contemplata alcuna progressione verticale di carriera da perseguire attraverso l'accesso alla formazione di grado superiore resa possibile grazie al riconoscimento di crediti formativi. Per contro, il sistema spagnolo sembra aver superato le criticità legate al percorso formativo reso più flessibile mediante la previsione di traiettorie di studio (circa venti diverse specializzazioni) da intraprendere a seguito del percorso di base negli specifici settori di attività in cui si articola l'assistenza. Completamente differente appare, invece, l'esperienza britannica poiché, non ponendo vincoli formativi per l'accesso alla professione (nel senso che non è richiesto alcun titolo specifico né alcuna formazione professionale), non si trova ad affrontare il problema dell'eccessiva genericità dei percorsi didattici. Nonostante ciò, tuttavia, anche in Inghilterra l'esperienza sul campo, che può aprire la strada all'accesso ad altre professioni e alla progressione verticale di carriera, ha portato alla specializzazione funzionale di tale figura, ovvero all'attribuzione di denominazioni diverse a seconda del setting in cui viene esercitata l'attività e, quindi, agli specifici compiti che vengono svolti.

Alla luce di tali considerazioni e tornando al caso italiano, l'indagine sembra portare alla luce un problema di fondo che affonda le radici già nell'atto istitutivo di tale figura professionale. Nella denominazione attribuita al profilo vengono affiancate, in una logica di integrazione, due qualificazioni (socio-sanitario) dell'operatore che corrispondono a due universi forse non così integrati quanto si auspicherebbe. Resta da capire se l'istituzione di tale figura sia avvenuta proprio per facilitare il processo di integrazione tra le due realtà e rappresenti quindi un anello di congiunzione tra le stesse, oppure se l'operatore socio sanitario sia stato pensato per operare in un contesto integrato che tuttavia del tutto integrato non è.

In definitiva, quindi, il quadro che ne deriva è piuttosto ambiguo poiché restituisce l'immagine di una professione tutt'altro che unitaria, sebbene composta da soggetti coesi che manifestano un senso di comune appartenenza. Ad unire i membri del gruppo occupazionale è, tuttavia, quella che si potrebbe definire una "consapevolezza in negativo": gli operatori hanno infatti coscienza rispetto a ciò che non sono e a quali competenze non hanno e conoscono le figure professionali ad essi prossime; non percepiscono però con precisione i confini che separano i rispettivi ambiti di competenze. Di qui l'importanza del concetto di *professione a banda larga*

intesa come insieme di attività, valori, principi e relazioni che ricadono contemporaneamente entro i confini giurisdizionali di più figure occupazionali, facilitando così il riconoscimento di un'identità professionale più ampia, delimitata dai bisogni assistenziali manifestati dall'utenza.

Se da un lato tale concetto pone problemi in termini di responsabilità individuali e categoriali, poiché, rendendo più fluidi i confini delle competenze, riduce la possibilità di porre in essere azioni sanzionatorie nei confronti di specifiche professionalità, dall'altro rappresenta il modo più efficace di porre l'utente, e l'insieme delle esigenze che questo manifesta, al centro della relazione d'aiuto. Tale modalità romperebbe infatti con la concezione anacronistica dell'assistenza che ha da sempre anteposto le esigenze organizzative e professionali a quelle dell'individuo in stato di bisogno, proponendo una nuova prospettiva assistenziale basata primariamente sulle relazioni intessute proprio a partire dalle esigenze dell'utenza.

Tale approccio, oltre a consentire un innalzamento qualitativo del livello di assistenza e a garantire un impiego più efficiente del personale ad essa deputato, potrebbe rappresentare una valida opportunità per la ricomposizione di quel dualismo/polimorfismo che sembra caratterizzare il profilo dell'operatore socio sanitario. Soltanto uscendo dalle logiche autoreferenziali su cui per anni la sociologia delle professioni ha ragionato nel tentativo di individuare uno spartiacque tra le professioni e le non professioni, considerando quindi la professione non come uno status elitario bensì come una modalità relazionale funzionale al superamento di problemi concreti, appare possibile immaginare un ruolo più competente e responsabile per gli operatori e una modalità più efficiente di proporre risposte assistenziali adeguate.

9 La professionalizzazione fra prassi contrattuali e ambiente istituzionale

9.1 Le trasformazioni del sistema dei servizi sociali: ridefinizione del ruolo professionale.

Circa un decennio dopo l'entrata in vigore della legge di riforma del sistema dei servizi sociali, la n. 328 del 2000, e la riforma dell'articolo 117 della Costituzione introdotta dalla legge costituzionale n. 3 del 2001, che ha istituzionalizzato un processo di devolution avente ad oggetto, tra gli altri, questa tipologia di servizi, con la messa in discussione della garanzia relativa alla fornitura di servizi essenziali secondo gli standards fissati dal legislatore su tutto il territorio nazionale¹⁵⁷, appare opportuno indagare la "nuova" collocazione delle professioni sociali e le conseguenti modalità di erogazione dei servizi in un poliedrico contesto istituzionale ed organizzativo il cui mutamento, che in gran parte interseca quello del modello decisionale partecipativo¹⁵⁸, va per la maggior parte attribuito all'azione di soggetti pubblici e privati.

I servizi sociali sono da qualche tempo oggetto di una nuova aspettativa da parte di categorie di cittadini i cui problemi richiedono risposte immediate ed interventi efficaci¹⁵⁹. A queste nuove istanze si accompagna l'esigenza di una nuova progettazione delle organizzazioni che erogano tali servizi e della individuazione di figure professionali qualificate e motivate in grado di lavorare non più in un'ottica di *routine*, ma di *processo* e di polifunzionalità¹⁶⁰: "le professioni sociali possono dare, attraverso i loro peculiari contenuti teorici e metodologici, un contributo decisivo alla comprensione ed alla spiegazione dei fenomeni e dei problemi, alla progettazione di interventi efficaci, allo sviluppo organizzativo e delle risorse umane, all'attivazione di reti sociali e transazionali, alla mediazione culturale, alla creazione delle condizioni per processi decisionali inclusivi, all'accrescimento della capacità di interazione e di cooperazione nei gruppi di lavoro e negli organismi collegiali"¹⁶¹.

In una pronuncia del 1996 del *National Labor Relation Board* si legge che il *professional worker* svolge una attività lavorativa non routinaria e intellettuale, con potere discrezionale, risultati non

¹⁵⁷ Gambino, S., *Stato, diritti sociali e devolution: verso un nuovo modello di welfare*, in <http://www.associazionedeicostituzionalisti.it/dibattiti/revisione/gambino20060202.html>. Per quanto riguarda il contenuto materiale dei diritti civili e sociali garantiti dalla Costituzione italiana, esso si concretizza nella definizione dei «livelli essenziali delle prestazioni» (d'ora in poi LEP): "La gravità del bisogno del paziente con riferimento alle situazioni garantite dai LEP fonda una pretesa giuridica perfetta capace di portare alla censura di illegittimità del comportamento omissivo e (...) la stessa tutela del diritto mediante l'azione risarcitoria e inibitoria come si prevede per ogni altro diritto soggettivo perfetto" (Gambino, op. cit., 16). Sulla questione della giustiziabilità scrive, inoltre, Monica Raiteri: "Oggi è comunemente accettata l'idea che funzione assistenziale e politiche sociali rappresentino un compito essenziale dello Stato e delle sue articolazioni territoriali, ossia una *obbligazione giuridica*, come tale dotata di garanzie in caso di inadempimento" (Raiteri, M., *Comunità locali, servizi sociali e diritti: una prospettiva teorica*, in Marra R., a cura di, *politiche sociali per la nuova città europea*, Torino, Giappichelli, 2010, pp. 25-57, 40).

¹⁵⁸ Il fenomeno della istituzionalizzazione e della diffusione dei modelli di *governance* è adeguatamente approfondito nella prima e seconda parte di questa ricerca. Si vuole solo sottolineare, in questa sede, che questo processo implica l'adozione di "un modello di "accreditamento" fondato sulla centralità del sistema pubblico, che valorizzi la ricca esperienza solidale del privato sociale, con un ruolo integrativo e non concorrenziale del privato" (Cecconi S., "Cinque priorità per il *welfare*", in *VenetoLavoro*, giovedì 16 giugno 2005, p. 5).

¹⁵⁹ Atti del Convegno Nazionale dell'Associazione Italiana di Sociologia Professionale, "Le professioni sociali al servizio della *Governance*", che si è tenuto a Roma l'1 dicembre 2006.

¹⁶⁰ "Rifacendosi alle note definizioni di Mintzberg, se i modelli tradizionali di *government* potevano fare affidamento sulle "burocrazie meccaniche", destinate a svolgere nel tempo compiti ripetitivi e soggetti a poche variazioni, la *governance* per poter funzionare ha sempre più bisogno di "burocrazie professionali" [1985], costituite in misura crescente da *knowledge workers* [Drucker, 1999], vale a dire da *professionals*, lavoratori della conoscenza, o anche, come definiti da Luca Iandoli, "lavoratori simbolici" [2006]" (Scarcella Prandstraller S., *Interventi introduttivi*, Atti del Convegno nazionale dell'Associazione Italiana di Sociologia Professionale, cit., p. 3). Per approfondimenti bibliografici, Mintzberg H., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, trad. it., Bologna, Il Mulino, 1985; Drucker P. F., *Le sfide di management del XXI secolo*, trad. it., Milano, Franco Angeli, 1999; Iandoli L., *Processi, competenze, innovazioni: le chiavi per il miglioramento continuo nelle organizzazioni*, materiali didattici della Facoltà di Ingegneria dell'Università "Federico II", Napoli, 2006.

¹⁶¹ Scarcella Prandstraller S., op. cit., p. 3.

standardizzati e conoscenze specialistiche acquisite attraverso elevati livelli di istruzione universitaria e formazione sul campo¹⁶². La definizione del ruolo degli operatori sociali è oggetto di costanti sollecitazioni che le istituzioni europee indirizzano soprattutto nei confronti di quei paesi membri il cui impianto legislativo in tema di politiche della formazione in ambito sociale e del lavoro è contrassegnato dal decentramento istituzionale.

Con l'emanazione della Agenda Sociale – un programma di politiche sociali dell'Unione europea valido dal 2006 al 2010 – la Commissione europea ha avviato un vasto processo diretto a salvaguardare e modernizzare il modello sociale europeo nella prospettiva del rilancio della Strategia di Lisbona¹⁶³: “La politica sociale e per l'occupazione dell'Unione europea mira a promuovere l'occupazione, il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, una protezione sociale adeguata, il dialogo con le parti sociali, lo sviluppo delle risorse umane per garantire un livello di occupazione elevato e duraturo, nonché la lotta contro l'emarginazione. La nuova agenda sociale per il periodo 2006-2010 si colloca nel contesto della riaffermazione della strategia di Lisbona per la crescita e l'occupazione. Tale agenda risponde agli obiettivi europei di solidarietà e di prosperità attraverso due priorità fondamentali: da un lato, l'occupazione e, dall'altro, la lotta contro la povertà e la promozione delle pari opportunità”¹⁶⁴.

La Commissione identifica quattro obiettivi principali: l'integrazione positiva tra politiche economiche, sociali e dell'occupazione; la promozione della qualità dell'occupazione, della politica sociale, delle relazioni sindacali, intesi come fattori che favoriscono il miglioramento del capitale umano e sociale; la modernizzazione dei sistemi di protezione sociale rispetto alle nuove esigenze della società, sulla base della solidarietà e del rafforzamento del ruolo di fattore produttivo che essi assumono; l'acquisizione della consapevolezza del “costo dell'assenza di politiche sociali” nel processo di *policy making*¹⁶⁵. Naturalmente la realizzazione di tali obiettivi richiede il coordinamento tra i diversi piani coinvolti - locale, nazionale ed europeo – al fine di costruire un sistema condiviso di sicurezza sociale inteso come condizione necessaria per il mantenimento dell'ordine sociale¹⁶⁶. Di recente, Walter Lorenz, indagando in una prospettiva storica il mutamento delle strategie politiche di coordinamento tra la dimensione locale e la dimensione nazionale sotto il profilo della territorializzazione dei bisogni sociali ha sottolineato che “(...) L'Europa si è saggiamente astenuta da indirizzi risolutamente dirigistici mirando, in base al principio di sussidiarietà, ad una distribuzione tra funzioni centrali in materia di politica sociale e sovranità locale sulle questioni normative”¹⁶⁷.

¹⁶² Cir. 7th, 1996, NLRB. Per approfondimenti, <http://www.nlrb.gov>.

¹⁶³ “Riuniti nel marzo del 2000 a Lisbona, i capi di stato e di governo dell'Unione europea avevano lanciato l'obiettivo di fare dell'Europa “l'economia basata sulla conoscenza più competitiva e dinamica del mondo” entro il 2010. Da allora, le diverse misure da mettere in atto per raggiungere questo obiettivo hanno preso il nome di “strategia di Lisbona”. Nel 2005, a metà del percorso, si è dovuto prendere atto che l'economia europea invece di guadagnare posizioni, le ha perse. Le difficoltà – di crescita, di occupazione, di innovazione – sono ormai palesi, in particolare nelle tre più grandi economie della zona euro: Francia, Germania, Italia” (Casadei S., *Governance e lavoro: le professioni sociali nei sistemi di welfare*, in Atti del Convegno nazionale dell'Associazione Italiana di Sociologia Professionale, Roma 1 dicembre 2006, p. 13).

Con la Comunicazione della commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni del 2 luglio, intitolata *Agenda sociale rinnovata: Opportunità, accesso e solidarietà nell'Europa del XXI secolo* [COM (2008) 412 def.], si intende completare la Strategia di Lisbona per il periodo 2008-2010 proponendo un approccio integrato in grado di fornire delle risposte alle trasformazioni del mercato del lavoro e della società europea.

Cfr. http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_agenda/em0010_it.htm.

¹⁶⁴¹⁶⁴ Cfr. http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_agenda/index_it.htm.

¹⁶⁵ Comunicazione della Commissione sull'Agenda Sociale, COM (2005) 33 def., Bruxelles, 9.2.2005.

¹⁶⁶ A questo proposito, si rinvia a Casadei S., op. cit.

¹⁶⁷ Lorenz W., *La politica locale e la “nuova” Europa. Prospettive di integrazione*, in Marra R., *Politiche sociali*, op. cit., pp. 9-23, p. 10.

Tuttavia, l'autore ricorda che rispetto ai processi di unificazione: “l'elemento locale ha svolto di sovente un ruolo scorretto di contrapposizione e di compensazione” (op. cit., p. 22). A questo proposito rinvia a Homfeld H. G., Schöer W., Schewpe C., “Transnationalisierung sozialer Arbeit. Transmigration, soziale Unterstützung und Agency”, in *Neue Praxis*, 2007, vol. XXXVII-3, pp. 239-249.

9.2 Il dibattito teorico

Il sistema italiano di protezione sociale, caratterizzato dall'assenza di un controllo giurisdizionale sugli interventi degli operatori e da un modello decisionale in cui la procedimentalizzazione consente di esercitare un soddisfacente controllo sull'azione amministrativa, è stato oggetto di una considerevole trasformazione organizzativa che ha riguardato anche le professioni sociali, e il processo di istituzionalizzazione che le ha coinvolte: "Se è vero che l'organizzazione (come forma particolare di azione collettiva) si basa sui processi di differenziazione e integrazione¹⁶⁸, e quindi su di un sistema di ruoli che specifica chi fa cosa, allora è chiaro che le possibilità di esplicitare tutte le potenzialità dell'organizzazione risiedono nel fatto che ciascun individuo all'interno dell'organizzazione modifichi il proprio comportamento "naturale" sulla base dei dettami del ruolo"¹⁶⁹. La perdita di ogni riferimento alla "personalità" del professionista all'interno del proprio ambito lavorativo risulta una prospettiva analitica tesa ad oggettivare l'indagine sulla prestazione del servizio anche in termini di quantità di prestazioni erogate nell'ambito di ciascun ambiente o contesto organizzativo, inteso come un sistema strutturato di azioni culturalmente orientate¹⁷⁰ entro cui si collocano i processi di professionalizzazione. Già nel 1968 Richard Hall osservava che la professionalizzazione rappresenta "un movimento di corrispondenza" ad un modello professionale¹⁷¹ i cui attributi consistono nella "configurazione occupazionale" (formazione e possesso di requisiti) e nel "modo di pensare" la professione, assumendo come punti di riferimento i superiori¹⁷², benché – occorre notare – tale rilievo fosse fortemente influenzato dall'ampia diffusione di strutture organizzative nel settore industriale¹⁷³ in cui alcuni gruppi emergenti tendevano ad ottenere il riconoscimento istituzionale e giuridico del proprio ruolo.

Ai fini della nostra indagine assume particolare rilevanza la connessione tra *attitudinal aspect* e processo di socializzazione ai valori dell'ambiente professionale che si riflette sulla cosiddetta "costruzione sociale" delle prassi che caratterizzano il lavoro degli operatori. In questa prospettiva la professionalizzazione si fonda sulla interazione di "due progetti: l'uno di definizione e controllo di un mercato protetto di servizi professionali; (...) l'altro di combinazione dello *status* sociale e di concreti privilegi socio-economici con la appartenenza ad

¹⁶⁸ "La differenziazione (...) può essere intesa come una sorta di divisione di compiti che vengono attribuiti di volta in volta a singoli individui. (...) Per ottenere risultati non basta dividere i compiti tra più individui, occorre anche riportare ad unità ciò che si è diviso. Ed è appunto attraverso il processo di integrazione che si riportano ad unità di intenti gli sforzi prodotti dai singoli ruoli" (Ferrante M. e Zan S., *Il fenomeno organizzativo*, 1997³, NIS, Roma, pp. 33 e 35).

¹⁶⁹ Ferrante M. e Zan S., op. cit., 41.

¹⁷⁰ Se è vero che le organizzazioni si configurano come reticoli che orientano le azioni individuali le cui norme procedurali sono tese a ridurre la complessità e l'incoerenza, va sottolineato che l'azione collettiva può produrre comunque esiti perversi e inattesi. Le dinamiche relazionali che si sviluppano all'interno dell'organizzazione, sebbene orientate in un'ottica strategica, possono dar luogo ad assetti non intenzionali in congiunzione con l'azione strategica altrui. Questa situazione paradossale, perché caratterizzata da un aumento di incertezza istituzionale, viene spesso spiegata ricorrendo ad un problema molto famoso della teoria dei giochi, "il dilemma del prigioniero" che racconta di due prigionieri messi nella condizione di non poter comunicare tra loro e le cui decisioni individuali – sebbene le migliori possibili in termini assoluti – producono il peggiore effetto collettivo che avrebbe potuto essere, ossia una decisione con effetti peggiori per entrambi. Questa è la forma che potremmo chiamare "base" con cui è noto il Dilemma del prigioniero, studiato da Merrill Flood e Melvin Dresher al [RAND](http://www.rand.org) – centro di ricerca fondato nel 1948 a Santa Monica (<http://www.rand.org>) – nel 1950 e successivamente formalizzato da [Albert W. Tucker](#), a cui dobbiamo anche il nome del dilemma, tramite la matrice dei payoff. Per approfondimenti, si veda Poundstone W., *Prisoner's dilemma: John von Neumann, game theory and the puzzle of the bomb*, Anchor Books, 1993.

¹⁷¹ Hall R. H., "Professionalization and Bureocratization", in *American Sociological Review*, 1968, vol. 33, no. 1, pp. 92-104, p. 92, traduzione mia.

¹⁷² Hall, op. cit., p. 92, traduzione mia.

¹⁷³ Oggetto dell'indagine dello studioso è l'analisi del processo di professionalizzazione della seconda metà del XX secolo che ha interessato le figure professionali emergenti e quelle già consolidate sulla base di due aspetti, quello materiale e quello attitudinale, su cui, secondo Hall, si struttura il ruolo professionale. Lo studioso osserva il loro grado di variazione rispetto alle varie professioni in un contesto organizzativo sempre più strutturato.

una categoria professionale corporativa¹⁷⁴ e mette in risalto la capacità di valutazione e discernimento di cui il professionista deve essere dotato. David Brain sostiene, invece, che “Ciò che conferisce professionalità ad una attività non è il possesso individuale di conoscenza e autorevolezza professionali, quanto la costruzione collettiva di un terreno su cui i professionisti possano esercitare un dato potere decisionale e puntualizzarlo. (...) Ciò costituisce la capacità di individuare il tipo di intervento necessario, oltre che quando e come realizzarlo”¹⁷⁵. In sintesi, mediante la descrizione di questo *mode of judgment*, viene sottolineata la dimensione fortemente collettiva della costruzione sociale che si snoda attraverso dinamiche relazionali tra diverse figure professionali che si inseriscono in un costruttivo “clima organizzativo”: un “clima” che – nonostante le contrastanti posizioni teoriche affermatesi negli anni ’80 – deve essere tenuto concettualmente distinto dalla “cultura organizzativa”¹⁷⁶, intesa come “un sistema di norme e valori condivisi che forniscono ai membri il significato di una organizzazione e li orientano nelle scelte di azione”, secondo la nota definizione di Deshpande e Webster¹⁷⁷. Tale distinzione non si giustifica solo per il fatto che il clima assume un carattere meno “durevole” della cultura, che invece deriva da un processo incrementale e si radica nel contesto sociale di riferimento, benché entrambi siano evidentemente caratterizzati da una intersezione delle componenti espressive, comunicative e relazionali delle organizzazioni, ma soprattutto per la relazione causale che è possibile ipotizzare tra i valori e i significati incorporati nella “cultura” e gli atteggiamenti e le pratiche professionali¹⁷⁸ che costituiscono il “clima” organizzativo¹⁷⁹.

Infatti, se la dimensione culturale si caratterizza per una costruzione collettiva di intese, norme e valori, il clima organizzativo riguarda la dimensione individuale, ossia la percezione dell’organizzazione in cui è inserito il professionista alla luce di dimensioni come l’autonomia, la fiducia, la coesione, il sostegno, l’innovazione e l’equità.

Intorno al concetto di clima organizzativo si è sviluppato un ampio dibattito¹⁸⁰, a partire dal saggio di Lewin in cui il ruolo del *leader* assume una importanza centrale nella costruzione del clima¹⁸¹. Le teorizzazioni successive definiscono l’*organizational climate* come l’insieme di

¹⁷⁴ Larson M. S., *Emblem and Exception: The Historical Definition of Architect’s Professional Role*, in Blau J. R., La Gory M. E. and Pipkin J. S., eds, *Professionals and Urban Form*, 1983, SUNY Press, Albany, pp. 49-86, p. 60-61, traduzione mia.

¹⁷⁵ Brain D., “Practical Knowledge and Occupational Control: The Professionalization of Architecture in the United States”, in *Sociological Forum*, 1991, vol. 6, no. 2, pp. 239-268, p. 260, traduzione mia.

¹⁷⁶ “L’importanza della unità di ricerca sulla cultura e sul clima deriva dalla consapevolezza che questi sono forse i due più validi e potenti costrutti che i ricercatori hanno a disposizione per comprendere sia le dimensioni espressive, comunicative e umane delle organizzazioni, che l’importanza da essi assunta nella strutturazione della vita organizzativa” (Biancalani F., *Cultura organizzativa e clima*, trad. it. di Thomas Moran E., Fredericks Volkwein J., “The cultural approach in the formation of organizational climate”, in *Human Relations*, 1992, vol. 45(1), pp. 19-47, disponibile alla pagina <http://www.psyjob.it/cultura%20organizzativa%20e%20clima.htm>, 4.

¹⁷⁷ Deshpande R. & Webster F. E., “Organizational Culture and Marketing: Defining the Research Agenda” in *Journal of Marketing*, 1989, vol. 53, pp. 2-15, p. 2, traduzione mia.

¹⁷⁸ “La cultura è la fonte di continuità e di azione in cui vengono esibiti quei comportamenti adattivi nel clima organizzativo da cui traggono forza” (Biancalani, op. cit., p. 20).

¹⁷⁹ Questa dimensione decisionale che si manifesta attraverso l’esercizio di un potere discrezionale rappresenta una variabile costante delle analisi sul ruolo delle figure professionali nell’ambiente organizzativo. Eucleata da Brain nel 1991, essa viene ripresa come caratteristica fondante dell’azione del *professional worker* dal *National Labor Relation Board* nel 1996. Vedi sopra.

¹⁸⁰ Biancalani passa in rassegna le teorizzazioni che hanno indagato il costrutto in esame e ne propone una classificazione con quattro filoni principali: 1) l’approccio strutturale per il quale il clima è una caratteristica o un attributo appartenente all’organizzazione; 2) l’approccio percettivo che pone l’origine del clima nell’individuo che reagisce e interpreta le variabili situazionali attraverso una definizione di clima in termini di elaborazione psicologica; 3) l’approccio interattivo in base al quale la fonte del clima organizzativo risiede nelle interazioni tra gli individui che esprimono consenso rispetto ad un dato ambiente organizzativo; 4) l’approccio culturale che lo definisce come sistema ideazionale che si fonda su significati rappresentati da valori, norme, conoscenze formali, credenze e forme espressive. Per approfondimenti, Biancalani, op. cit.

¹⁸¹ Lewin K., Lippitt R. & White R. K., “Patterns of Aggressive Behavior in Experimentally Created Social Climates”, *Journal of Social Psychology*, 1939, 10, pp. 271-301.

percezioni dell'ambiente lavorativo da parte di coloro che vi svolgono la propria prestazione¹⁸² e come strumento interpretativo del modo in cui l'individuo "agisce" il proprio ruolo¹⁸³, via via approfondendo l'interesse per le caratteristiche strutturali ed organizzative¹⁸⁴ e sottolineando – come nel *Competing Values Model* elaborato da Quinn¹⁸⁵ - l'esigenza di un equilibrio tra due fattori: "le dimensioni fondamentale dell'orientamento interno contro quello esterno e della flessibilità contro le istanze di controllo"¹⁸⁶.

9.3 Il disegno della ricerca.

Le teorizzazioni relative alla professionalizzazione, al clima organizzativo e alla cultura si connettono inevitabilmente alla riflessione intorno al ruolo delle professioni sociali. L'obiettivo di questa sezione della ricerca è indagare l'eterogeneità del processo di professionalizzazione alla luce di una pretesa connessione tra le politiche di riordino delle professioni sociali e le modalità di regolazione delle attività professionali in base all'ipotesi secondo cui il contesto lavorativo – le cui dinamiche relazionali si sviluppano secondo le nuove logiche della competitività e dell'acquisizione di nuove competenze progettuali e relazionali – determina la percezione del ruolo da parte degli operatori sociali. Tuttavia le variabili "ambientali" appaiono ancora insufficienti a rappresentare la complessità della questione. Occorre pertanto includere l'analisi dello strumento contrattuale che disciplina il rapporto di lavoro tra l'operatore e l'organizzazione di appartenenza. A tale proposito assumono particolare rilievo lo studio dei diversi modelli organizzativi proposti dalle agenzie, pubbliche e private, che erogano servizi alla persona e la multiforme dimensione contrattuale (pubblica, del privato *non profit* e *for profit*) che ne deriva, oltre all'analisi delle modalità di *contracting out* che regolano i rapporti tra pubblico e privato¹⁸⁷: "Di anno in anno il vocabolario della strumentazione contrattuale si arricchisce di qualche nuova voce (...). La novità di questi anni è che la forma del contratto viene sempre più spesso usata per regolare questioni tipicamente pubbliche (...). I contratti così conclusi non

¹⁸² Rousseau D. M., *The Construction of Climate in Organizational Research*, in Cooper C. L. & Robertson I. T., eds, *International Review of Industrial Psychology*, New York, John Wiley, 1988, vol. 3, pp. 139-158.

¹⁸³ Cooil B., Aksoy L., Keiningham T. L., Maryott K. M., "The Relationship of Employee Perceptions of Organizational Climate to Business-Unit Outcomes", in *Journal of Service Research*, 2009, vol. 11, no. 3, pp. 277-294.

In questo lavoro gli autori hanno ipotizzato l'esistenza di un rapporto tra clima organizzativo e risultati valutabili in termini economico-finanziari ricorrendo al modello del *Service Profit Chain* (SPC), meccanismo virtuoso per il quale si analizzano gli effetti di certe strategie di gestione di ampio raggio, partendo dalla qualità interna del servizio (caratteristiche dell'ambiente di lavoro; procedure di selezione e formazione del personale; *benefits* e indennità per i dipendenti) che migliora il grado di soddisfazione dell'utente, la fiducia e la redditività ed evidenziando l'esistenza di una relazione positiva tra l'ambiente lavorativo, la soddisfazione dell'utente e la *performance* finanziaria.

¹⁸⁴ Probabilmente la più popolare è quella di *service climate* formulata da Schneider: essa rappresenta "un insieme di prassi e procedure che esistono all'interno di una organizzazione tese al raggiungimento di un dato obiettivo. In questo modo il *service climate* si riferisce a quelle prassi e quelle procedure tipiche di una organizzazione che promuovono l'offerta di un servizio di eccellenza" (Schneider B., "HRM – A Service Perspective: Towards a Customer-Focused HRM", in *International Journal of Service Industry Management*, 1994, vol. 5, no. 1, pp. 64-76, p. 74, traduzione mia).

¹⁸⁵ Quinn R. E. & McGrath M. R., *The Transformation of Organizational Culture: A Competing Values Perspective*, in Prost P. J., Moore L. F., Lundberg C. C. & Martin J., eds, *Organizational Culture*, Beverly Hills, Sage, 1985, pp. 315-344; Quinn R. E. & Rohrbaugh J., "A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Toward a Competing Values Approach to Organizational Analysis", in *Management Science*, 1983, no. 29, pp. 363-377; Idem, "A Competing Values Approach to Organizational Effectiveness", in *Public Productivity Review*, 1981, no. 5, pp. 122-140.

¹⁸⁶ Aksoy L., Keiningham T. L., Maryott K. M., op. cit. 279, traduzione mia.

¹⁸⁷ Cfr. Protocollo d'intesa tra la regione Marche e il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali per la realizzazione di un progetto di analisi della struttura e dell'occupazione del settore dei servizi sociali nella Regione Marche, articolo 2 comma 2, il quale recita: "l'indagine dovrà definire i fabbisogni informativi necessari alla costruzione del sistema informativo di cui sopra, anche riguardo alla valutazione della diffusione relativa delle diverse tipologie contrattuali di lavoro impiegate e alle professionalità coinvolte, sia in ambito pubblico che privato. A tale ultimo riguardo l'indagine dovrà consentire l'analisi delle modalità di *contracting out* che regolano i rapporti tra pubblico e privato per l'erogazione dei servizi alla persona e alle famiglie".

assomigliano ai normali contratti di diritto privato; gli obblighi che ne discendono sono atipici; la loro natura giuridica è spesso incerta”¹⁸⁸

Una riflessione sui diversi modelli contrattuali e, parallelamente, sui paradigmi organizzativi agevola l’indagine sui modi in cui l’ambiente professionale influenza l’azione dell’operatore sociale, con particolare riguardo alla spiegazione delle peculiarità che caratterizzano le modalità di erogazione e di allocazione delle risorse nel settore dei servizi alla persona.

Nel panorama internazionale numerose indagini ipotizzano l’esistenza di una relazione tra il trattamento contrattuale ed il contesto organizzativo ricomprendendo le dinamiche relazionali che si sviluppano nell’ambito dell’organizzazione e la percezione del ruolo da parte degli operatori sociali¹⁸⁹. A tali considerazioni si affianca una serie di riflessioni relativa agli effetti della percezione di ruolo sulla qualità del servizio erogato. In questo senso, lo studio della dimensione relazionale procede di pari passo con l’esame della posizione contrattuale del professionista, secondo una tipologia che comprende contratti a tempo determinato, indeterminato, a tempo pieno e parziale.

L’analisi qualitativa, i cui risultati sono sintetizzati in questo lavoro, ha riguardato in particolare tre profili professionali che operano in otto Ambiti Territoriali Sociali: l’educatore professionale, l’assistente sociale e l’operatore socio-sanitario, con l’individuazione di uno specifico settore di intervento per sei degli otto ambiti esaminati (“minori” per Ascoli Piceno; “emarginazione” per Ancona; “anziani” per Camerino; “disabilità” per Pesaro; “dipendenze patologiche” per Jesi e “salute mentale” per Porto Sant’Elpidio). Negli Ambiti di Macerata e di Urbino, si è preferito indagare il tema della progettazione e della programmazione dei percorsi formativi, cogliendo l’occasione dell’implementazione dei corsi di laurea in Servizio sociale nelle rispettive sedi universitarie.

L’indagine si è articolata in due fasi:

1. l’analisi documentale dei contratti, che ha avuto ad oggetto il contratto collettivo nazionale per il comparto delle regioni e delle autonomie locali e quello per le cooperative sociali, integrati da specifici regolamenti contrattuali indicati dai soggetti intervistati;
2. la somministrazione di un questionario semistrutturato¹⁹⁰ agli operatori che hanno partecipato ai *Focus Groups* al fine di indagare la percezione del proprio ruolo svolto nel contesto lavorativo di riferimento. Parallelamente, sul tema della selezione e della posizione contrattuale dei tre profili professionali oggetto dell’indagine sono stati intervistati i coordinatori degli otto Ambiti Territoriali Sociali e i responsabili delle cooperative che erogano i servizi nel settore di intervento prescelto¹⁹¹. In occasione dell’intervista ai coordinatori e ai responsabili delle cooperative è stata chiesto loro di mostrarci il testo dei contratti al fine di procedere alla loro analisi documentale.

¹⁸⁸ Bobbio L., “Produzione di politiche a mezzo di contratti nella pubblica amministrazione italiana”, in *Stato e mercato*, 2000, n. 58, pp. 111-141, pp. 111, 114-115.

¹⁸⁹ Si vedano Yeh Y.-J. Y., Ko J.-J. R., Chang Y.-S. and Chen C.-H. V., “Job Stress and Work Attitudes Between temporary and Permanently Employed Nurses”, in *Stress and Health*, 2007, no. 23, pp. 111-120; Tschirhart M. and Wise L. R., “U. S. Nonprofit Organizations’ Demand for Temporary Foreign Professionals”, in *Nonprofit Management & Leadership*, 2007, vol. 18, no. 2, pp. 121-140.

¹⁹⁰ Per il testo del questionario, vedi Allegato 1.

¹⁹¹ Per il testo dell’intervista, vedi Allegato 2.

9.4 La valutazione critica dei risultati

Dal punto di vista organizzativo il sistema dei servizi alla persona ha subito profonde trasformazioni nel territorio marchigiano: l'adozione di metodi di programmazione e di modelli decisionali integrati e multi-professionali ha condotto alla elaborazione di prassi contrattuali che riflettono le esigenze degli attori pubblici di rispondere alle istanze della collettività e di fornire soluzioni efficaci, soprattutto mediante lo strumento della "esternalizzazione" della offerta dei servizi che ha implicato la ridefinizione del ruolo degli attori della cooperazione sociale.

Nell'ambito della ricerca questo aspetto è stato indagato ponendone in rilievo la dimensione contrattuale e il contesto organizzativo.

Dimensione contrattuale

L'analisi della condizione lavorativa dell'assistente sociale, dell'educatore professionale e dell'operatore socio-sanitario nel territorio marchigiano ha confermato la trasformazione del sistema dei servizi sociali indotta mediante una significativa integrazione tra sfera pubblica e sfera privata, che ha comportato l'accentuazione del ruolo assegnato alle cooperative sociali (come è emerso in particolare nell'ambito dell'analisi condotta dall'Unità di Urbino).

Sia nel settore pubblico che nel settore privato il rapporto di lavoro è disciplinato da un contratto collettivo nazionale che attende di essere rinnovato nella parte finanziaria¹⁹². Per quanto riguarda il comparto delle regioni e delle autonomie locali è in vigore quella che si suole chiamare una "ipotesi di contratto collettivo nazionale", rinnovata per il biennio 2008-2009¹⁹³.

Nel settore privato vige un contratto collettivo nazionale sottoscritto in data 26 maggio 2004 e che si applica a tutti i lavoratori e le lavoratrici delle cooperative del settore socio-sanitario, assistenziale-educativo e di inserimento lavorativo. Il 30 luglio 2008 è stato firmato il rinnovo del contratto nazionale, che introduce però alcuni elementi nuovi: l'aumento del salario e la modifica dei criteri di classificazione del personale, che passano dai sei livelli preesistenti ad un ordinamento da A ad F, analogo a quello adottato per gli altri contratti del settore¹⁹⁴.

¹⁹² C'era stato un precedente rinnovo per il biennio economico 2006-2007. A questo proposito, si legge nella premessa della relazione illustrativa del rinnovo per il biennio economico 2008-2009 che "in considerazione della natura puramente biennale del rinnovo e tenuto conto del significativo ritardo con cui sono state avviate le trattative (...), per consentire una sollecita definizione della vertenza relativa al Comparto delle Regioni e delle Autonomie Locali, le parti negoziali hanno optato per un contratto "leggero", avente cioè ad oggetto esclusivamente la ridefinizione del trattamento economico del personale, sia principale che accessorio, con particolare riferimento alla eventuale implementazione delle risorse fresche da destinare a quest'ultimo" (Agenzia per la Rappresentanza Negoziale nelle pubbliche amministrazioni - ARAN, *Relazione illustrativa dell'ipotesi di contratto collettivo nazionale di lavoro per il personale per il comparto delle Regioni e delle Autonomie Locali*, p. 2 disponibile alla pagina <http://www.aranagenzia.it/homearan.nsf/6d10bb5e7a44787fc1256c050032ee27/b515444ab6dec340c1257428004606a3?OpenDocument>).

¹⁹³ Nel dettaglio, durante l'incontro organizzato presso l'ATS di Ancona ci è stata data copia del contratto collettivo integrativo aziendale che riprende le disposizioni contemplate da quello nazionale. Proprio dalla lettura del testo sono venute a conoscenza del fatto che si tratta di una "ipotesi di contratto" che, sebbene il nome prelude ad una provvisorietà di tale regolazione contrattuale, comunque ha efficacia tra le parti. Cfr. *supra* nota n. 36.

¹⁹⁴ Confermando la formazione di un profilo specifico della cooperazione sociale come attore del *welfare* nazionale, "I dati parlano di 7700 cooperative sociali presenti sul territorio nazionale delle quali circa il 60% di tipo A, servizi socio sanitari assistenziali ed educativi mentre per il rimanente 40% sono di tipo B di inserimento lavorativo di persone svantaggiate (fonte Ministero Attività Produttive al 31.12.2001); gli addetti (soci lavoratori e dipendenti) sono oltre 150.000, di cui 23.000 persone svantaggiate. Questi dati rispecchiano la coerenza con il ruolo assegnato dalla legge 381; la cooperazione sociale (...) si caratterizza per la sua natura ed operatività di soggetto privato che si misura con il mercato, perseguendo però finalità di interesse generale, di integrazione di fasce deboli e di promozione sociale" (CCNL Cooperative sociali, p. 4). Per consultare il testo integrale del contratto, cfr. <http://www.dirittoeconulenza.it/lavoro/contratti-collettivi-di-lavoro/ccnl-cooperative-sociali/>.

Accanto alla contrattazione nazionale si colloca un secondo livello contrattuale che vede coinvolti la Regione Marche, gli enti locali, le rappresentanze delle cooperative e dei loro consorzi. Essa rappresenta uno snodo critico per la costruzione delle strategie di implementazione delle politiche sociali. La discussione si concentra, in modo particolare, sul tariffario regionale e sugli emolumenti che gli enti locali devono garantire per l'affidamento dei servizi e che devono essere obbligatoriamente indicati come base d'asta nelle gare d'appalto¹⁹⁵.

In questo scenario caratterizzato dalla marcata esternalizzazione dei servizi si sono diffuse nuove prassi contrattuali contrassegnate dal ruolo predominante della cooperazione sociale: mediante gli strumenti della convenzione e del contratto di appalto l'ente locale demanda ad un attore privato l'erogazione dei servizi alla persona, ossia "acquista" i servizi; questa tendenza, comune a tutti gli ambiti in cui è stata condotta la ricerca, offre una interpretazione peculiare dello strumento contrattuale. Tale strumento garantisce flessibilità ed efficacia nella implementazione delle politiche (confermando, in questo modo, le considerazioni che stanno animando in questi anni il dibattito sul mutamento dei meccanismi di produzione delle politiche pubbliche¹⁹⁶): come ha osservato il coordinatore dell'Ambito di Porto Sant'Elpidio l'esternalizzazione consente di fronteggiare il blocco degli organici determinato dalla mancanza di risorse, benché costituisca una opzione certamente secondaria dal punto di vista della professionalità, della competenza e della formazione degli operatori sociali, requisiti a cui "l'ente non intende rinunciare".

Ciò nonostante si tratta di un processo che consente di "individuare con precisione il profilo dell'operatore sociale cercando di creare uno spazio per dare valore aggiunto alla cooperazione in termini di relazione ed organizzazione tra le figure". Per "valore aggiunto" si intende l'offerta di un servizio che si realizza in "un apporto organizzativo, di valutazione, di monitoraggio, anche di selezione" che appare particolarmente complesso dal punto di vista delle dinamiche relazionali in conseguenza dell'apporto di attori che non appartengono alle organizzazioni pubbliche. Il coordinatore di Porto Sant'Elpidio non manca di riproporre il tema della flessibilità la cui rilevanza riguarda il ruolo svolto, più che gli strumenti giuridici, e che nella prospettiva degli operatori sociali – evidentemente poco consapevoli del ruolo ad essi assegnato nel processo di implementazione delle politiche – continuano ad essere rappresentati come una "promessa mancata della 328" ad un decennio dalla sua approvazione.

Sempre il Coordinatore dell'Ambito territoriale 20 riconosce che a livello regionale ha preso avvio un dibattito relativo all'opportunità di istituire agenzie per la pianificazione e la gestione il cui intervento dovrebbe riguardare già la prima fase della contrattazione tra regione e cooperative, benché il risultato non sia stato all'altezza delle aspettative: "un contratto regionale¹⁹⁷, che va ben oltre le disponibilità di spesa dell'Ambito, per cui, noi, che comunque rappresentiamo un contesto virtuoso, applichiamo il contratto nazionale con l'aggiunta di una percentuale pari al 5% per le spese di gestione della cooperativa. In altre situazioni, di maggiore difficoltà economica, si va al massimo ribasso".

L'opportunità di applicare schemi contrattuali flessibili è il *leit motiv* dei colloqui svolti durante l'indagine. Il coordinatore dell'Ambito di Camerino ha evidenziato l'opportunità di

¹⁹⁵ Il riferimento normativo è alla D.G.R. n. 1133 del 5 agosto 2003 concernente l'approvazione del tariffario regionale e dei criteri per l'affidamento dei servizi alle cooperative da parte delle amministrazioni pubbliche e degli organismi pubblici nonché gli schemi di convenzione tipo con la previsione di un adeguamento annuale agli indici ISTAT relativamente al costo orario del personale. Il tariffario viene aggiornato annualmente con delibera della giunta regionale. L'ultimo aggiornamento è del 7 dicembre 2009, delibera n. 2064. La decisione in esame e l'atto istruttorio sono disponibili alla pagina http://www.norme.marche.it/Delibera/2009/DGR2064_09.pdf.

¹⁹⁶ Cfr. *infra* p. 14 e seguenti.

¹⁹⁷ Cfr. *supra*, nota 39.

utilizzare questo schema contrattuale soprattutto nei riguardi del profilo professionale dell'assistente sociale, evidenziandone in modo pragmatico gli aspetti positivi: "Lo strumento della cooperativa ha consentito di dare continuità e nello stesso tempo flessibilità al rapporto di lavoro, che non significa precarizzazione. D'altronde, bandire un concorso ad occhi chiusi potrebbe significare assumere una persona che poi risulta inadeguata a quella mansione. La collaborazione con la cooperativa, in un'ottica di *staff*, ci consente – soprattutto per l'assunzione di un assistente sociale, figura cardine del servizio, per la quale si realizza un rapporto stretto tra coordinatore e cooperativa al momento della selezione – di saggiare professionalità, competenza e motivazione attraverso un periodo di prova, molto spesso svolto anche con un incarico diverso da quello con cui poi si viene assunti".

Una realtà parzialmente diversa è quella emersa dalle descrizioni che riguardano l'ATS di Ascoli Piceno. Qui, infatti, i servizi offerti dagli educatori sono assegnati alla cooperativa e quindi esternalizzati, mentre gli assistenti sociali "sono liberi professionisti con contratto di prestazione di lavoro autonomo elaborato dal comune capofila. Non essendo in pianta organica, possono essere collaboratori o professionisti. Dopo i tagli imposti dal comune alle collaborazioni, si è dovuto optare per una sorta di consulenza di liberi professionisti". Gli assistenti sociali dell'ATS di Ascoli Piceno hanno la partita I.V.A. e per ogni presa in carico devono stipulare un contratto predisposto dal comune capofila in cui sono indicate le prestazioni da svolgere. La selezione del professionista a cui affidare l'incarico avviene sulla base di un elenco in cui gli operatori sociali si registrano indicando titoli, formazione, esperienze maturate e settori di intervento: "Da questo macro elenco, selezioniamo le persone che hanno consistente esperienza in quel determinato settore che ci serve, e, secondo le regole comparative, ne invitiamo tre al colloquio". L'interessante "modello" ascolano risulta tuttavia caratterizzato da un elevato *turnover* che impedisce il consolidamento delle esperienze e della rete di servizi offerta sul territorio; il coordinatore d'Ambito, infatti, fa notare che: "Purtroppo, capita spesso di dovere selezionare altro personale perché l'operatore, dopo che ha lavorato da noi ed essersi formato, recede dal contratto di prestazione di lavoro autonomo se trova una occupazione migliore soprattutto in termini di stabilità lavorativa".

In termini più generali la propensione alla esternalizzazione dei servizi inevitabilmente si proietta sulle tecniche di selezione del personale, che prescindono completamente dai meccanismi concorsuali della selezione pubblica. Infatti, tutte le cooperative convenzionate con gli enti locali e coinvolte nella indagine selezionano gli operatori sulla base della valutazione dei titoli e di un colloquio in cui si esaminano motivazione e capacità di responsabilità, esperienza maturata sul territorio, continuità del servizio¹⁹⁸ e formazione permanente¹⁹⁹: non si tratta di un "modello" istituzionalizzato, ma certamente la riproduzione dello schema consente di individuare una "procedura" ormai condivisa: alla selezione per titoli e colloquio segue un periodo di prova con assunzione a tempo determinato o a progetto (non è esclusa la possibilità, come ha evidenziato il coordinatore dell'ATS di Camerino, che l'operatore si "faccia conoscere" durante lo svolgimento del servizio civile)²⁰⁰; infine, l'assunzione con un contratto a tempo indeterminato, a volte *part-*

¹⁹⁸ "Nella maggior parte dei casi non capita di fare servizi massivi, il mercato è abbastanza saturo. Si tratta soprattutto di persone che operano già nel territorio a cui ci avviciniamo nel tempo; è un percorso fatto di sostituzioni e di piccoli incarichi: tempo per conoscere" (Responsabile, Cooperativa *Agenzia Nova Res* di Magliano di Tenna).

¹⁹⁹ Ad esempio, durante l'incontro che si è tenuto a Camerino la responsabile della Coo.SS.Marche che si occupa del servizio agli anziani ha ammesso di aver incontrato difficoltà nella riqualificazione degli OSS rispetto a questo settore di intervento perché erano richiesti "requisiti molto alti: 9 anni di esperienza, oppure corso ADEST più 5 anni".

²⁰⁰ Alcune cooperative hanno tuttavia attuato procedure selettive più articolate. È il caso della cooperativa *Agenzia Nova Res* di Magliano di Tenna che opera nell'ATS di Porto Sant'Elpidio: "In caso di apertura di un nuovo servizio rendiamo pubblica la ricerca di figure professionali; acquisiamo i *curricula*; facciamo un colloquio strutturato su una giornata intera con una parte di lavoro di gruppo, un'altra con un colloquio individuale con *équipe* di quattro persone". La scelta di adottare un modello selettivo

time. A questo proposito va segnalato che nelle risposte al questionario solo 11 operatori su 85 hanno specificato che il loro contratto corrisponde alla tipologia del contratto a tempo parziale indeterminato.

Nel dettaglio, le risposte alla domanda riguardante il tipo di contratto di cui l'operatore è titolare sono riportate nella tabella seguente:

Tabella 9.1 - La tipologia contrattuale dei soggetti intervistati

TIPO DI CONTRATTO	VALORE ASSOLUTO	VALORE PERCENTUALE
INDETERMINATO (senza precisare se <i>part-time</i> o <i>full-time</i>)	43	51%
INDETERMINATO <i>PART-TIME</i>	11	13%
INDETERMINATO <i>FULL-TIME</i>	15	18%
DETERMINATO <i>PART-TIME</i>	7	8%
DETERMINATO <i>FULL-TIME</i>	3	3.5%
LIBERO PROFESSIONISTA	3	3.5%
Co. Co. Pro.	2	2%
Co. Co. Co.	1	1%
TOTALE	85	100%

Se il numero di ore lavorative eccede la previsione del contratto *part-time* si cerca di recuperare oppure viene retribuito con una tariffa oraria incrementata del 27% rispetto alla tariffa-base. Non sono autorizzati gli straordinari per il tempo pieno, se non in casi eccezionali concordati con la parte sindacale.

Alcune cooperative hanno tuttavia attuato procedure selettive più articolate. È il caso della cooperativa *Agenzia Nova Res* di Magliano di Tenna che opera nell'ATS di Porto Sant'Elpidio: "In caso di apertura di un nuovo servizio rendiamo pubblica la ricerca di figure professionali; acquisiamo i *curricula*; facciamo un colloquio strutturato su una giornata intera con una parte di lavoro di gruppo, un'altra con un colloquio individuale con *équipe* di quattro persone". La scelta di adottare un modello selettivo così articolato risponde alla esigenza di evitare errori che potrebbero avere ripercussioni sullo stesso servizio che si va ad aprire: "L'eventuale sbaglio sarebbe più grave perché si ripercuoterebbe su tutta la struttura organizzativa complessa. Non c'è un ufficio di selezione; però utilizziamo chi coordinerà il servizio in modo che possa scegliere i suoi collaboratori; la persona che in genere seleziona il personale e la psicologa".

Il contesto organizzativo

Tenuto conto del dibattito scientifico che si è sviluppato intorno a questo problematico aspetto dello sviluppo delle politiche pubbliche, il contesto organizzativo assume rilevanza nella misura in cui determina quegli orientamenti culturali dominanti che definiscono le scelte d'azione. Tale approccio analitico consente di delineare il ruolo svolto e di ricostruirne la percezione elaborata da ciascun operatore all'interno dell'organizzazione.

In primo luogo è stata indagata l'effettiva corrispondenza tra il ruolo definito nel contratto e il ruolo svolto: il 47% degli intervistati ha confermato tale corrispondenza, mentre una percentuale significativa (20%) ha risposto negativamente indicando le ragioni nella sovrapposizione di funzioni riconducibile alle carenze di organico (cfr. Tabella 9.2).

così articolato risponde alla esigenza di evitare errori che potrebbero avere ripercussioni sullo stesso servizio che si va ad aprire: "L'eventuale sbaglio sarebbe più grave perché si ripercuoterebbe su tutta la struttura organizzativa complessa. Non c'è un ufficio di selezione; però utilizziamo chi coordinerà il servizio in modo che possa scegliere i suoi collaboratori; la persona che in genere seleziona il personale e la psicologa".

Tabella 9.2 - Corrispondenza tra ruolo contrattuale e ruolo agito

RISPOSTE	VALORE ASSOLUTO	VALORE PERCENTUALE
SI	40	47%
NO	17	20%
ABBASTANZA	15	18%
NON RISPONDE	13	15%
TOTALE	85	100%

Inoltre è stato indagato il grado di soddisfazione professionale rispetto al contesto organizzativo, valutato positivamente nella maggior parte delle risposte: complessivamente l'84% degli intervistati (cfr. tabella 9.3).

Tabella 9.3 - Grado di soddisfazione professionale

RISPOSTE	VALORE ASSOLUTO	VALORE PERCENTUALE
OTTIMO	23	27%
BUONO	48	57%
SUFFICIENTE	12	14%
SCARSO	1	1%
INSUFFICIENTE	1	1%
TOTALE	85	100%

Nel momento in cui si chiede se il contesto influenza la prestazione, la maggioranza risponde affermativamente (cfr. tabella 9.4).

Tabella 9.4 - Influenza dell'ambiente lavorativo sulla prestazione

RISPOSTE	VALORE ASSOLUTO	VALORE PERCENTUALE
SI	53	62%
NO	17	20%
NON RISPONDE	15	18%
TOTALE	85	100%

Al di là dell'aspetto quantitativo, il dato, più interessante riguarda le opinioni degli operatori sociali relativamente alla ipotesi di un nesso causale tra clima organizzativo ed attività svolta con una particolare attenzione verso la concettualizzazione polisemica della flessibilità.

Come abbiamo osservato l'esternalizzazione dei servizi agli attori della cooperazione rappresenta uno strumento funzionale al miglioramento del servizio, in termini organizzativi e di programmazione, e alla ottimizzazione delle risorse umane. Tuttavia, si tratta di una condizione percepita come fonte di grande incertezza da parte degli operatori dipendenti delle cooperative: "Essendo dipendente di una cooperativa, si percepisce un senso di precarietà e insicurezza della propria libertà di espressione" (ATS Camerino); "sì, il contesto influenza il mio lavoro a causa della scarsità di mezzi e risorse e data la particolare tipologia contrattuale che non garantiscono una continuità e una sicurezza nello svolgimento di un lavoro delicato, quale il sociale" (ATS Ascoli Piceno)²⁰¹.

Un ulteriore aspetto che merita di essere evidenziato riguarda le questioni connesse alla dimensione relazionale, che vede coinvolte figure professionali diverse per formazione o per

²⁰¹ Assistente sociale con un contratto di libera professione.

posizione contrattuale: “Non c’è un definito “riconoscimento” dei ruoli e delle funzioni, soprattutto la mia²⁰². Infatti, le difficoltà maggiori per me riguardano il confronto con altre figure professionali che non riconoscono la mia funzione e, quindi, scavalcano o si sentono scavalcate da me. Mediare questo è molto difficile” (ATS Pesaro). Tali preoccupazioni alludono alla centralità del cosiddetto “clima organizzativo”: “è importante il contesto lavorativo perché se non c’è stima, collaborazione e rispetto non è possibile operare tutti nella stessa direzione” (ATS Ascoli Piceno)²⁰³ Inoltre: “A volte vengono attribuite troppe funzioni, troppa casistica da seguire (...). Questa situazione determina frustrazione e insoddisfazione. Inoltre, manca la supervisione e di conseguenza mi ritrovo ad affrontare in maniera autonoma situazioni molto complesse che avrebbero bisogno di essere affrontate con l’apporto professionale di più figure e con il sostegno esterno” (ATS Pesaro)²⁰⁴.

La complessità dei bisogni degli utenti – tra cui condizioni economiche svantaggiate, situazioni gravi di salute, contesti con alto tasso di immigrazione – accompagnata da un elevato *turnover* dei professionisti del sociale aumenta la percezione di inadeguatezza da parte degli operatori.

In tale scenario si collocano anche operatori che attribuiscono una significativa importanza alla trasformazione organizzativa del sistema dei servizi sociali riconoscendo alla elaborazione di un modello *partecipativo* un importante contributo all’erogazione dei servizi alla collettività: “Sono chiare le richieste, la “missione” del servizio. Viene elaborata una progettazione e su questo si sviluppano le funzioni relative al mio ruolo lavorativo. Il lavoro di *équipe* permette di progettare, rimodulare, osservare e verificare il lavoro svolto” (ATS Pesaro)²⁰⁵. Il contesto “mi ha permesso di sperimentare diverse attività e di sviluppare capacità di flessibilità” (ATS Jesi)²⁰⁶.

Un ulteriore elemento problematico emerso dall’analisi delle risposte riguarda il rapporto con le istituzioni politiche e l’influenza che queste ultime possono determinare sia da un punto quantitativo che qualitativo sulla prestazione erogata: “A volte dipende dalla missione dell’amministrazione comunale” (ATS Camerino). Inoltre: “Le risorse dell’istituzione influenzano anche le mie decisioni professionali” (ATS Urbino).²⁰⁷

9.5 Considerazioni conclusive

È evidente come la percezione del proprio ruolo da parte dell’operatore risulti influenzata dal contesto entro cui si colloca la sua azione, in alcuni casi incidendo anche sulla contraddittorietà di alcune risposte. Al centro di tale elaborazione si collocano indubbiamente le dinamiche relazionali ed è in effetti su queste ultime che è possibile realizzare interventi diretti a migliorare il “clima organizzativo” e, di conseguenza, perfezionare, sia pure indirettamente, il servizio erogato.

²⁰² Nel caso si tratta di una coordinatrice E1 con un contratto a tempo indeterminato *part-time*: “Data la peculiarità del lavoro svolto credo dovermi essere riconosciuta la categoria relativa al coordinatore di servizi complessi. Purtroppo, però, la figura di coordinamento di servizio è riconosciuta dalla cooperativa ma non dall’ente titolare del servizio”.

²⁰³ Educatore professionale con contratto a tempo indeterminato *full-time*.

²⁰⁴ Assistente sociale con un contratto a tempo indeterminato *full-time*, livello D1.

²⁰⁵ Educatore professionale con contratto a tempo indeterminato *part-time*.

²⁰⁶ Impiegato con contratto a tempo indeterminato *part-time*.

²⁰⁷ Assistente sociale con contratto a tempo determinato *part-time*.

Benché non tutti i servizi abbiano implementato una rete organizzativa, tale modello appare molto diffuso e tale da orientare, di fatto, le scelte comportamentali e decisionali degli operatori, che in tal modo si caratterizzano per il coinvolgimento e l'integrazione di diverse professionalità.

L'intersezione delle due dimensioni, contrattuale e relativa al contesto, consente di delineare alcuni elementi di riflessione che qui vengono esposti in modo schematico:

- la necessità di riprogettare le relazioni tra la Regione, gli enti locali e le cooperative per realizzare uno schema contrattuale adeguato ad istanze istituzionali eterogenee e commisurato alle necessità economiche delle parti coinvolte, senza dimenticare le condizioni di precariato in cui versano gli operatori sociali.
- L'opportunità di rielaborare i criteri di selezione tendendo ad uniformare le procedure adottate dalle diverse organizzazioni, pubbliche e private, e riallineare le posizioni degli operatori che, pur dipendendo da enti diversi, svolgono funzioni analoghe: "Nella selezione occorrerebbe un colloquio approfondito sulla capacità empatica, sulla motivazione e sulla creatività, sulla buona coscienza di sé e sulla consapevolezza del proprio ruolo, caratteristiche di personalità" (Dirigente di servizio, ATS Porto Sant'Elpidio).
- Il bisogno emergente di rispondere ad una incontrollata ed ambigua concettualizzazione della "flessibilità", che talvolta viene intesa in termini costruttivi di potenziamento del servizio, nella misura in cui favorisce la progettazione e la scelta di strategie di implementazione condivise; talaltra come sinonimo di frustrazione professionale e di precarietà. Su questo aspetto occorre intervenire attraverso l'istituzione di un sistema di garanzie per i professionisti del sociale e di controlli per le cooperative che impiegano queste figure professionali²⁰⁸. L'esternalizzazione deve promuovere la formazione di nuove professionalità e, al contempo, eliminare le forme di precarizzazione della condizione lavorativa, che in questo settore presenta un rischio molto elevato, non solo a causa della dinamicità del mercato del lavoro che negli ultimi anni si è caratterizzato per la moltiplicazione e la specializzazione dell'offerta da parte del mondo della cooperazione sociale, ma soprattutto perché include la fattispecie del contratto a tempo indeterminato vincolato alla durata della convenzione (che si trasforma così in contratto a tempo determinato). Si tratta di una trasformazione che è valutata positivamente dagli Ambiti perché garantisce uno strumento adattabile al servizio sia in termini di prestazione che di risparmio di risorse.
- L'esigenza di avviare percorsi di formazione che siano al contempo rivolti ad una integrazione tra le diverse figure professionali ma anche ad una precisa individuazione e definizione dei compiti riconducibili a ciascun ruolo professionale, delle conoscenze e delle capacità relazionali necessarie per costruire le rispettive sfere di azione in modo cooperativo e non conflittuale.

La tendenza verso la «contrattualizzazione» delle politiche pubbliche fa da sfondo a quanto osservato: essa rappresenta lo scenario in cui si costruiscono nuove prassi contrattuali tese a raggiungere un obiettivo comune in una nuova ed agile prospettiva di cooperazione tra le parti. Varie sono le ragioni che giustificano la diffusione della strumentazione contrattuale²⁰⁹, tra le

²⁰⁸ A questo proposito si veda, Boland – Prom K. W., "Results from a National Study of Social Workers Sanctioned by State Licensing Boards", in *Social Work*, 2009, vol. 54, no. 4, pp. 351-360.

²⁰⁹ La «contrattualizzazione» trova le sue radici storiche oltre i confini nazionali; più precisamente, nell'esperienza inglese della *culture of contract* ed in quella francese della *décentralisation*. Essa ha mostrato da subito una forte capacità di adattamento al mutamento che ha interessato la struttura amministrativa italiana negli ultimi trenta anni. Questo complesso rapporto è acutamente affrontato da Luigi Bobbio, il quale osserva la diffusione della strumentazione contrattuale nella gestione di interessi pubblici e ne evidenzia alcuni aspetti caratterizzanti, tra cui la costruzione di un dialogo tra pari, in sostituzione di una struttura

altre la constatazione della naturale necessità di elaborare un nuovo mezzo a disposizione di quello stato centrale di cui Sabino Cassese non esita a denunciarne la introvabilità²¹⁰, e, quindi, la incapacità di elaborare risposte adeguate alla multiforme domanda sociale. Questo fenomeno – peraltro già previsto da Michel Foucault²¹¹ – si inserisce in un quadro di cambiamento radicale della struttura organizzativa pubblica, la cui rigida gerarchia è stata ben presto sostituita da nuove modalità contrattuali spinte dalla diffusione di quel modello di *governance* – argomento principe delle analisi delle politiche pubbliche – che, pur convivendo con i principi fondativi dei moderni ordinamenti democratici, “allestisce vari laboratori decisionali per formulare specifiche risposte a specifici problemi, avvalendosi di percorsi procedurali, che possono essere organizzati *ad hoc* e innovati di continuo, giocando su diversi registri sociali e territoriali”²¹².

Aspetto interessante del fenomeno riguarda, oltre alle indubbie capacità degli schemi contrattuali di funzionare come unità di misura variabili e conformabili alle mutevoli istanze sociali²¹³, la introduzione nella intelaiatura pubblica di modalità decisionali strategiche. Infatti, nel momento in cui si importa il linguaggio degli interessi²¹⁴, si immettono forme di agire che vedono gli attori muoversi in condizioni di dipendenza tra loro, ciascuno provando a prevenire le mosse dell’altro in reazione alle proprie: “I soggetti non sono rivolti all’obbedienza ad un «comando»; piuttosto essi sono orientati a produrre esiti giuridici che rispondano al loro progetto di massimizzazione delle utilità e di affermazione dei propri interessi, in competizione con altri soggetti. Com’è noto, questi «giochi», o partite competitive, contemplano anche la possibilità del ricorso a «minacce» e false rappresentazioni da parte dei soggetti, al fine di porre in difficoltà la controparte e di vincere la partita”²¹⁵.

Questo sviluppo rivoluzionario della grammatica giuridica produce effetti rilevanti sui processi di elaborazione delle politiche pubbliche determinandone gli esiti. Sebbene esso rappresenti una risposta alla diffusa esigenza costituzionalistica di tutela del binomio «diritti – interessi», su cui si fondano le moderne organizzazioni politiche e istituzionali, non mancano i richiami ad una maggiore attenzione verso forme spinte di flessibilizzazione del mercato del lavoro. Una recente ricerca sulle prassi contrattuali dominanti nel terzo settore *non profit* sottolinea la particolare spinta motivazionale che muove il singolo ad impegnarsi nel raggiungimento dell’obiettivo organizzativo in un contesto di condivisione di valori di giustizia sociale: “Tale diversità (...) ha bisogno di essere codificata, tradotta in modelli trasferibili e

gerarchica che opera secondo il principio principale/agente, e la ridefinizione del bene pubblico, non più inserito nell’impianto amministrativo ma esterno ad esso e con questo in costante dialogo. L’analisi dello studioso non manca di sottolineare la presenza di un carattere ambivalente del fenomeno: “Può avere l’effetto (desiderato) di mettere le unità dissenzienti con le spalle al muro, soprattutto quando esistono scadenze improrogabili (...). Ma può anche avere l’effetto opposto (non propriamente desiderato) di accrescere il potere negoziale di tutte le unità coinvolte e di favorire processi negoziali di tipo integrativo. Molto dipende dai processi di apprendimento delle unità amministrative coinvolte. Man mano che il gioco si ripete, è probabile che gli attori imparino come fronteggiare gli appelli ricattatori all’interesse generale e come sviluppare strategie negoziare per difendere meglio i propri interessi”. Per approfondimenti, cfr. Bobbio L., op. cit., p. 133.

²¹⁰ Cassese S., *Lo stato introvabile. Modernità e arretratezza delle istituzioni italiane*, 1998, Donzelli, Roma.

²¹¹ “Non si tratta di imporre una legge agli uomini, bensì di disporre delle cose, ricorrendo perciò più a tattiche che a leggi, impiegando tutt’al più le leggi come tattiche. Si tratta allora di fare in modo che, mediante alcuni mezzi, questo o quel fine possa essere realizzato” (Foucault M., *Sicurezza, territorio, popolazione. Corso al College de France, 1977-1978*, 2005, Feltrinelli, Milano, p. 80).

²¹² Ferrarese M. R., *La governance tra politica e diritto*, 2010, Il Mulino, Bologna, p. 114.

²¹³ “Le modalità contrattuali possono staccarsi dalla misura unica dello stato e funzionare come unità di misura diverse e variabili. Guardate da questa prospettiva, (...) sono chiamate a rimediare alla crescente incapacità del legislativo di dare risposte più articolate alla complessa rete di bisogni degli individui, della società, di piccoli gruppi e di minoranze di vario tipo, piuttosto che di maggioranze o collettività coese e gruppi omogenei ed estesi di soggetti. Inoltre, (...) queste modalità si sono imposte anche per la loro capacità di assecondare la crescente propensione della cultura globale verso al privatizzazione. (...) Si tratta del fatto che (...) prendono in carico la gestione diretta degli interessi” (Ferrarese M. R., op. cit., p. 114).

²¹⁴ Elster J., *Argomentare e negoziare*, 2005, Bruno Mondadori, Milano.

²¹⁵ Ferrarese M. R., op. cit., p. 115.

riconosciuti, anche attraverso innovazioni coerenti della legislazione sul lavoro e delle pratiche contrattuali”²¹⁶.

Al di là della capacità di apprendimento delle nuove prassi da parte dell’attore pubblico, che potrebbe favorirne un miglioramento²¹⁷, è evidente la definizione di un bisogno sociale di modellare nuove forme di tutela rivolte ai professionisti del sociale²¹⁸. Il riferimento alle considerazioni svolte da Richard Sennett²¹⁹ sulle preoccupanti ripercussioni della flessibilizzazione²²⁰ della regolazione contrattuale sulla sfera personale dei lavoratori contemporanei è immediato. L’autore sostiene che l’attenzione alla flessibilità sta cambiando il significato stesso del lavoro. Questo sviluppo del capitalismo moderno ha ridotto la sicurezza e la stabilità degli individui, oltre che la possibilità di programmare la propria vita al di là del contratto di lavoro: “Con la flessibilità vengono meno i legami forti, sostituiti da legami più fluidi; vi possono essere, come si è visto nel caso del terzo settore, un incremento delle abilità, di capitale umano, di saperi professionali ma questa maggiore capacità e autonomia intervengono in un contesto di instabilità lavorativa e biografica”. La preoccupazione per il rischio di uno scardinamento della coesione sociale deve spingere ad una riformulazione delle pratiche contrattuali secondo quei principi formalizzati nella nostra carta costituzionale, senza dimenticare le inevitabili ripercussioni positive che una maggiore tutela giuridica del professionista produrrebbe sul livello qualitativo della prestazione offerta.

²¹⁶ Corbisiero F., “Welfare solidale e lavoro flessibile: il ruolo del Terzo settore”, in *Working Papers Nuovi lavori*, rivista quadrimestrale telematica dell’Associazione Nuovi Lavori, 2010, n. 3, pp. 1-51, p. 46.

²¹⁷ “Molto dipende dai processi di apprendimento delle unità amministrative coinvolte. Man mano che il gioco si ripete, è probabile che gli attori imparino come fronteggiare gli appelli ricattatori all’interesse generale e come sviluppare strategie negoziali per difendere meglio i propri interessi” (Bobbio L., op. cit., p. 133).

²¹⁸ “Il miglioramento qualitativo del rapporto di lavoro deve avvenire mediante un uso corretto del contratto di lavoro a tempo indeterminato, evitando che si diffondano flessibilità in entrata per aggirare i vincoli o le tutele predisposte per la flessibilità in uscita (...). D’altro lato, occorre prevedere nuove tipologie contrattuali che abbiano la funzione di “ripulire” il mercato del lavoro dall’improprio utilizzo di alcuni strumenti oggi esistenti, in funzione elusiva o frodatrice della legislazione posta a tutela del lavoro subordinato, e che, nel contempo, tengano conto delle mutate esigenze produttive ed organizzative” (Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Presentazione*, in *Libro bianco sul mercato del lavoro in Italia – Proposte per una società attiva e per un lavoro di qualità*, Roma, 2001).

²¹⁹ Sennett R., *L’uomo flessibile le conseguenze del nuovo capitalismo sulla vita personale*, 1999, Feltrinelli, Milano.

²²⁰ Corbisiero F., op. cit., p. 48.

ALLEGATI

ALLEGATO N. 1: Traccia questionario *Focus group*.

Quale tipo di contratto regola il suo rapporto di lavoro (indeterminato/determinato; full-time/part-time, ecc.)?

Qual è la mansione professionale delineata dal suo contratto? Secondo lei, c'è corrispondenza tra il ruolo contrattuale e le funzioni effettivamente svolte?

Qual è il suo grado di soddisfazione professionale rispetto al suo contesto lavorativo?

- Ottimo
- Buono
- Sufficiente
- Scarso
- Insufficiente

Pensa che il suo contesto di lavoro abbia una qualche influenza sullo svolgimento delle sue funzioni? Se sì, quale e perché?

ALLEGATO N. 2: Traccia intervista.

INTERVISTA SU *DIMENSIONE CONTRATTUALE*

Quali le tecniche di identificazione e/o certificazione applicate per la selezione e/o la progressiva formazione degli assistenti sociali, degli educatori e degli OSS (certificazioni; *masters*; corsi di perfezionamento; ecc.)?

Quale tipo di contratto regola il rapporto di lavoro tra l'ente e l'assistente sociale, l'educatore e l'OSS?

P.S: Si chiede cortesemente di ricevere copia del contratto di lavoro di cui si parla nell'intervista o via mail o su cartaceo anche in occasione dell'incontro.

10 Conclusioni

Questa ricerca ha analizzato la struttura dell'occupazione nei servizi sociali nella Regione Marche, considerando il sistema regionale dei servizi, gli aspetti quantitativi e qualitativi dell'occupazione, i problemi dei flussi informativi sul tema, le caratteristiche professionali e contrattuali dei lavoratori del settore.

Le metodologie utilizzate sono state diverse e complementari, con l'esame degli assetti istituzionali, delle procedure in corso e delle politiche realizzate, analisi quantitative aggregate, indagini sul campo – con interviste, questionari e focus group in otto ambiti territoriali dei servizi (ATS) – relative ai sistemi locali dei servizi, alla qualità dell'occupazione, ai profili professionali, alle forme contrattuali presenti. Dal punto di vista disciplinare, la ricerca ha unito analisi istituzionali e delle politiche sociali con approcci economici, sociologici, organizzativi e giuridici capaci di mettere in luce le molte facce del lavoro nei servizi sociali.

Le indagini sul campo, su ambiti rappresentativi della varietà di situazioni economiche, territoriali e sociali della regione, hanno registrato una notevole disponibilità di politici, amministratori locali, responsabili dei servizi e operatori di cooperative sociali, permettendo di raccogliere una vasta mole di informazioni.

In queste conclusioni vengono sintetizzati i risultati principali ottenuti sui diversi fronti dell'analisi, collegando le evidenze raccolte.

Un quadro d'insieme

Una serie di aspetti chiave e nodi critici delineano il quadro d'insieme che emerge dalla ricerca.

Il primo risultato della ricerca è la sostanziale “rappresentatività”, in termini aggregati, della realtà marchigiana rispetto a quella nazionale. In termini di offerta, spesa e occupazione - in rapporto ai bisogni, all'utenza e alla popolazione - la regione Marche non si discosta in modo significativo dai valori medi nazionali. Tuttavia, all'interno della regione esistono forti eterogeneità nei livelli di servizi prestati e delle condizioni di disagio sociale da affrontare.

Il secondo tema riguarda l'assetto istituzionale e la “divisione del lavoro” tra pubblico e privato. In sintesi, la regione Marche appare caratterizzata da un ruolo significativo delle autorità pubbliche, regionali e locali, nella programmazione dei servizi, nell'integrazione del sistema e da un loro ruolo limitato invece per quanto riguarda l'erogazione dei servizi (circa un terzo delle attività e degli occupati fa parte del settore pubblico, in enti locali, ASUR, e altri enti pubblici). Un ruolo chiave è svolto dal terzo settore, in prevalenza con cooperative sociali, ma con una presenza significativa anche di associazioni, Ipab (negli ATS del sud della regione in particolare) e altre forme organizzative; due terzi dell'occupazione complessiva rientra in organizzazioni di terzo settore. Sulla base del lavoro sul campo svolto, appare una notevole diversità di modelli di interazione tra pubblico e privato, ma con una generale capacità di integrazione in grado di combinare esiti relativamente efficaci nella fornitura dei servizi e i risparmi di spesa e i miglioramenti di efficienza offerti dal ricorso al terzo settore.

Il terzo problema riguarda il ruolo specifico che gli ATS hanno assunto nel sistema dei servizi sociali della Regione Marche; la mancanza di personalità giuridica e di capacità di spesa degli ATS rappresentano limiti seri alle potenzialità di integrazione dei servizi sociali, che restano ancora legati alle attuali competenze dei comuni. Inoltre, le forme di organizzazione dei servizi nei singoli ATS presentano una elevata eterogeneità e fragilità, specie in un quadro di politiche ancora incomplete e di contenimento delle risorse disponibili. Se l'assetto attuale ha permesso una crescita importante del sistema di welfare nelle Marche, la fragilità istituzionale e

l'eterogeneità degli assetti rappresentano problemi preoccupanti che, in un contesto di riduzione ulteriore delle risorse destinate al sociale, potrebbero indebolire gravemente il sistema dei servizi sociali.

Il quarto problema riguarda i rischi di un'eterogeneità eccessiva nelle situazioni di offerta e domanda dei servizi nei diversi Ambiti, negli assetti istituzionali tra pubblico e privato esistenti e nei livelli di attività nelle diverse aree di intervento previste per i servizi sociali. Esistono punte di eccellenza in alcune attività e aree di scarsa presenza in altre, con il rischio di una frammentazione degli interventi e di perdita di coerenza delle politiche. La "tenuta" del sistema nell'affrontare la domanda sociale può essere indebolita da un affidamento eccessivo a risorse, capacità organizzative e disponibilità "locali" con un debole quadro di coordinamento, finanziamento e strutturazione a livello regionale.

Il quinto nodo riguarda l'evoluzione del ruolo del terzo settore nel sistema dei servizi della regione e nelle capacità di offrire occupazione stabile e di qualità. La crescita rapida delle cooperative sociali in particolare è avvenuta sull'onda di una forte capacità progettuale e partecipativa, di importanti vantaggi di costo rispetto alla fornitura pubblica dei servizi e di una relazione costruttiva con le autorità politiche regionali e locali. Ora che il terzo settore si è consolidato come il pilastro principale dei servizi sociali regionali, deve affrontare sfide di natura nuova, legate alle capacità interne di organizzazione e gestione efficiente di attività e personale di grandi dimensioni; alle opportunità di formazione e crescita professionale degli addetti; all'accesso a risorse finanziarie crescenti per mantenere e sviluppare le attività in corso; alla strutturazione di rapporti sostenibili con le pubbliche amministrazioni; all'evoluzione del ruolo "politico" e di advocacy che aveva svolto in passato e che dev'essere ridefinito in un contesto di istituzionalizzazione consolidata.

Il sesto problema è che il lavoro - la risorsa chiave nei servizi sociali - appare sottoposto a pressioni particolarmente gravi. Pesa innanzi tutto l'assenza di un sistema informativo capace di documentare con precisione quantità e qualità del lavoro nel sociale a livello regionale e nazionale. Nelle Marche, come nell'insieme del paese, in termini quantitativi l'occupazione nei servizi appare sottodimensionata. I contratti a tempo determinato non sono molto diffusi, ma c'è un vasto ricorso al part-time che aumenta la flessibilità dell'offerta ma anche i problemi di reddito e di professionalità degli occupati. Nel settore pubblico l'esiguità del numero di addetti, il mancato turn over e la progressiva perdita di occupazione hanno limitato le possibilità di mantenere all'interno del settore pubblico competenze essenziali. L'eccessiva precarietà del lavoro, le retribuzioni modeste e le scarse possibilità di carriera pesano sugli addetti alle cooperative sociali e alimentano un'elevata mobilità in uscita del personale soprattutto tra chi ha un titolo di studio medio-alto. Manca una coerenza tra percorsi di formazione iniziale e inserimento lavorativo, e le occasioni di formazione continua non sono generalizzate. La forte carica di motivazione che resta presente in molti casi rischia di esaurirsi di fronte a persistenti problemi nella gestione delle persone. Le limitate risorse disponibili, in via di ulteriore riduzione, sono alla radice di questi problemi, che hanno effetti preoccupanti sulla stabilità della configurazione dei servizi, sulle possibilità di formazione del personale, sulla qualità e quantità dei servizi erogati.

Il settimo tema riguarda la natura e il contenuto delle professioni sociali. Accanto al ruolo, la professione e la persona, un ruolo chiave è svolto dalle relazioni concrete che ciascuna figura professionale stabilisce da un lato con gli utenti e il loro contesto familiare e sociale, e dall'altro con le altre professioni e con il contesto istituzionale dei servizi. Per educatori, assistenti sociali, operatori socio-sanitari, oltre alle competenze specifiche di ciascuna occupazione, che rispondono a bisogni specifici degli utenti, è emersa l'importanza delle competenze di confine con altre figure

professionali, l'esigenza di flessibilità e di capacità relazionali e comunicative, i problemi di assicurare il coordinamento degli interventi sociali, sanitari e di reinserimento. Sulla via della ridefinizione dei profili professionali nel sociale, si registrano spinte alla professionalizzazione, le esigenze di integrazione delle attività e i vincoli posti da risorse limitate e dall'assetto istituzionale dei servizi sociali.

L'ottavo aspetto emerso dalla ricerca riguarda i rapporti tra ambiente organizzativo, contratti di lavoro e professioni sociali. Il lavoro nel sociale è svolto in contesti organizzativi molto differenziati – settore pubblico, cooperative sociali, altre organizzazioni – e con contratti di lavoro diversi – pubblici, privati, a tempo indeterminato, determinato, parziale, etc. - spesso anche per prestazioni lavorative simili. L'indagine sul campo ha mostrato che l'ambiente organizzativo influenza la prestazione di lavoro con effetti negativi della diffusa percezione di precarietà e di limitazione allo sviluppo delle proprie capacità professionali che caratterizza gli operatori dei servizi sociali.

Questo quadro articolato e approfondito del sistema dei servizi e del lavoro nel sociale nelle Marche consente di individuare punti di forza e debolezza e offre una base informativa significativa per la definizione delle politiche sociali a livello regionale e locale.

Il sistema regionale dei servizi sociali

I punti di forza

Il sistema regionale dei servizi sociali nelle Marche presenta una serie di punti di forza confermati dalle diverse analisi effettuate.

Dal punto di vista istituzionale, la definizione condivisa degli Ambiti territoriali ha permesso la costruzione di aree territoriali capaci di promuovere il superamento della logica campanilistica municipale a favore di un sistema integrato fra diversi attori e ha permesso l'avvio di progettualità innovative. A livello di ambito territoriale è stata raggiunta l'uniformità dei regolamenti per l'accesso ai servizi. La costruzione condivisa di regolamenti di ambito relativi ai principali servizi rappresenta un risultato molto apprezzabile.

Dal punto di vista del sistema di governance, il modello emerso nel campo delle politiche e dei servizi sociali si contraddistingue per una elevata partecipazione dei diversi attori del territorio. Il loro coinvolgimento ha interessato sia il livello di programmazione regionale per la stesura dei Piani Sociali che il livello territoriale degli Ambiti. Il percorso di partecipazione e coinvolgimento ha interessato molti attori del terzo settore e ha permesso, in particolare nei primi anni di avvio del sistema, un effettivo loro coinvolgimento nelle fasi di concertazione e co-progettazione.

La ricerca ha rilevato un particolare apprezzamento da parte degli attori sociali dei territori per le modalità di lavoro che caratterizzano l'ambito. L'attivazione di tavoli tematici di concertazione e progettazione rappresenta una preziosa opportunità per la costruzione e il consolidamento delle relazioni fra i protagonisti e responsabili dei servizi del territorio. Questo modo di lavorare ha rappresentato anche un'occasione preziosa di formazione continua nello scambio delle esperienze che ha portato a una crescita della consapevolezza del ruolo dei diversi attori nella rete dei servizi. Il merito nell'applicazione di questo metodo di lavoro va attribuito ai coordinatori di Ambito che hanno risposto in maniera adeguata alle aspettative definite a livello regionale. I coordinatori degli ambiti territoriali hanno svolto un efficace lavoro di facilitatori nella costruzione della rete dei servizi del territorio. Si è rilevato che la collaborazione fra coordinatori degli ambiti e i direttori dei distretti sta portando risultati apprezzabili, nel rispetto

delle differenze di competenze e nell'interesse comune a trovare soluzioni integrate per i bisogni dei cittadini.

Gli Ambiti rappresentano un'esperienza giudicata positivamente da tutti gli attori per la capacità di potenziare i servizi sociali dei territori, permettendo un'offerta di servizi che a livello di comune non sarebbe stato possibile offrire. L'esempio più significativo è rappresentato dall'estensione dell'offerta del servizio di Ufficio di Promozione Sociale e la relativa estensione nella copertura del servizio di Segretariato Sociale e di Presa in carico da parte degli assistenti sociali del territorio.

I punti di debolezza

La mancanza di un quadro normativo maturo di riferimento che possa garantire la solidità amministrativa e istituzionale degli Ambiti Territoriali rappresenta la principale debolezza del sistema.

Esiste inoltre un'elevata eterogeneità territoriale nell'offerta dei servizi sociali. Pesa qui l'assenza di standard espliciti di servizi sociali che definiscano l'offerta minima che dev'essere garantita su tutto il territorio regionale in modo omogeneo.

Le indagini sul campo condotte nella ricerca hanno mostrato che il percorso di costruzione della rete dei servizi è stato caratterizzato dalla valorizzazione dei contributi apportati dai diversi attori. Controverso e, per alcuni aspetti, ancora da appianare è il rapporto con le cooperative sociali che, se da una parte partecipano alla rete con un bagaglio ricco di una conoscenza capillare del territorio e di professionalità indispensabili, dall'altra sono dal punto di vista formale amministrativo le fornitrici dei servizi. Viene apprezzato il loro contributo nella fase di analisi dei bisogni e di progettazione delle risposte, ma vengono formalmente relegate a partecipare come soggetti esterni nei bandi di assegnazione dei servizi.

Le cooperative lamentano, inoltre, una scarsa valorizzazione da parte del pubblico delle loro capacità progettuali e nella fase di pianificazione dei servizi, competenze che, pur risultando spesso essenziali, non trovano riconoscimento pieno né, tanto meno, un riconoscimento economico.

Un limite specifico del sistema è rappresentato dal rapporto poco chiaro con le provincie e con la scuola in termini di competenze e di attività collaterali al sistema dei servizi sociali.

La sovrapposizione fra il ruolo di coordinatore di ambito e di responsabile dei servizi sembra avere limitato le potenzialità innovative che caratterizzano la figura del coordinatore. Negli ambiti in cui la figura del coordinatore coincide con quella del responsabile dei servizi si riscontra una maggiore difficoltà nell'attivazione di modalità lavorative partecipative che contraddistinguono le esperienze degli ambiti. Le associazioni di volontariato e le cooperative sociali denunciano una valorizzazione molto limitata del loro contributo alla costruzione della risposta ai bisogni del territorio e la frammentazione della progettualità.

Luci e ombre nelle indagini sul campo

I responsabili dell'attività degli ATS sono i Comitati dei Sindaci e i coordinatori come espressione tecnico operativa delle decisioni prese dai primi. La valutazione dei punti di forza e di debolezza delle esperienze dei territori analizzati passa quindi dall'analisi dei limiti e delle potenzialità riscontrati nelle azioni di questi soggetti. In particolare, un limite evidente rispetto alle potenzialità partecipative degli ATS si è rilevato nei casi in cui i coordinatori si identificavano con i dirigenti dei servizi. Questa scelta limita e vanifica le potenzialità degli ATS. Al contrario, la scelta di coordinatori di ambito provenienti dal mondo del terzo settore ha

permesso agli ambiti di sviluppare al massimo le potenzialità nella promozione e costruzione della rete dei servizi del territorio.

Le scelte politiche di rafforzare una struttura fragile come quella dell'ambito tramite strumenti istituzionali più definiti come l'unione dei comuni hanno permesso all'ambito di conquistare una maggiore visibilità istituzionale, indispensabile per la realizzazione di progetti maturi e innovativi e la gestione dei servizi. Al contrario la scelta di non realizzare una strutturazione giuridico - istituzionale ha limitato le potenzialità dell'ambito.

In tutti territori domina una presenza molto attiva della cooperazione sociale e del volontariato che nelle Marche, grazie a un quadro normativo maturo, ha raggiunto livelli di organizzazione e di rappresentanza particolarmente meritevoli di riconoscimento nel panorama nazionale. Le cooperative sociali giocano un ruolo dominante negli ATS della provincia di Pesaro e di Ascoli Piceno, mentre le associazioni sono le protagoniste del terzo settore del maceratese.

La composizione territoriale degli ambiti presenta delle marcate differenze che rispecchiano, però, le scelte concertate fatte in fase iniziale e che risponde, quindi, alle esigenze dei territori. Tuttavia la scelta di identificare in maniera completa l'ambito con un comune sembra essere una posizione discutibile e per la sovrapposizione dei ruoli e delle competenze limita il significato stesso dell'ambito.

Gli ATS emergono come i protagonisti del sistema di welfare delle Marche. Hanno permesso l'attivazione e la messa in rete dei diversi attori chiamati a partecipare alla risposta ai bisogni sociali. Le dimensioni degli ATS, che sono state il frutto di un processo concertato capillare in ogni territorio, hanno permesso ai singoli comuni di valicare i confini municipali per la costruzione di una rete dei servizi sociali avanzata, con una riduzione complessiva degli oneri organizzativi e, in parte, gestionali.

Dopo dieci anni dall'identificazione degli ATS e di un'intensa attività di concertazione, pianificazione, co-progettazione e in parte anche gestione associata, i tempi possono essere maturi per una loro rivisitazione negli aspetti relativi alle dimensioni e all'organizzazione. Questo aggiornamento, però, non può prescindere dal percorso fino a questo momento svolto e dai risultati ottenuti.

Le esperienze di governance partecipativa hanno permesso di raggiungere dei risultati molto apprezzabili, che hanno richiesto i necessari tempi di ascolto e di condivisione. Questi risultati non si sarebbe potuto raggiungere con altre modalità. Il sistema di welfare marchigiano, grazie a queste esperienze di governance partecipativa, ha raggiunto una consapevolezza e maturità nel ricerca soluzioni efficaci ed efficienti che di gran lunga superano la fragilità normativa istituzionale che li circonda. In una situazione di marcata riduzione delle risorse, questo risultato rappresenta una risorsa preziosa per i territori. La valorizzazione del percorso fatto fino a questo punto rappresenta il migliore investimento nel processo di aggiornamento del sistema dei servizi sociali delle Marche.

L'occupazione nei servizi sociali nelle Marche

La stima dell'occupazione nei servizi sociali nelle Marche è stata al centro di un'indagine originale, che ha utilizzato le diverse fonti statistiche ufficiali disponibili, tra cui diverse indagini Istat, della Ragioneria Generale dello Stato e i dati prodotti dalla Regione Marche. Le dimensioni complessive dell'occupazione sono intorno alle 13 mila unità, per due terzi donne. Due terzi degli occupati lavorano in organizzazioni di terzo settore (6200 nelle sole cooperative sociali), mentre i dipendenti pubblici hanno un peso limitato, con 3500 addetti; le imprese private mantengono un ruolo marginale (circa 900 addetti). Entrambe queste caratteristiche sono

coerenti con il quadro quantitativo emerso dagli studi sull'occupazione nei servizi sociali a scala nazionale (Lunaria, 2009).

Nella Regione Marche i 13 mila occupati rilevati rappresentano un valore di 0,9 addetti ai servizi sociali ogni cento abitanti della Regione, un dato in linea – appena lievemente inferiore – a quello nazionale, rilevato con la stessa metodologia da una precedente indagine (Lunaria, 2009). L'allineamento delle Marche alla media nazionale in termini di occupazione si affianca ai dati simili rilevati per la spesa e per l'offerta di servizi.

Sulla qualità dell'occupazione nei servizi sociali non sono disponibili informazioni sistematiche. Le figure professionali più frequenti sono gli educatori (oltre 3000), gli addetti all'assistenza alla persona (2400), gli operatori socio-sanitari (1300) concentrati questi ultimi nelle strutture gestite dall'ASUR. Gli assistenti sociali (460) sono presenti soprattutto nell'impiego pubblico e, insieme ad alcune altre professioni (ad esempio gli psicologi), rappresentano le figure con maggiore qualificazione.

L'area di intervento prevalente in cui sono impegnati gli addetti al settore è quella dell'assistenza sociale non residenziale (due terzi degli addetti complessivi). In termini di contratti di lavoro, un elemento positivo che emerge da questa indagine è che, all'interno delle cooperative sociali, la quota di personale con contratti di collaborazione o interinali è relativamente bassa (meno del 10% del totale), anche se compensata da un vasto ricorso al lavoro part-time.

Proprio la mancanza di dati ufficiali sistematici sull'occupazione nei servizi sociali ha sollecitato un approfondimento sui fabbisogni informativi relativi a queste attività.

I fabbisogni informativi per le professioni sociali

Le attuali rilevazioni statistiche – a livello nazionale e regionale – non consentono di documentare la quantità e qualità del lavoro nel sociale. Vengono effettuate diverse rilevazioni che vanno a censire in modo puntuale l'offerta di servizi ma che risultano carenti sul fronte dei dati relativi all'occupazione e ai profili professionali impiegati. I problemi di rilevazione appaiono complessi sotto diversi aspetti.

In primo luogo, i servizi sociali non sono individuati in modo unitario dalle classificazioni statistiche ufficiali dei settori di attività economica, né dalle altre rilevazioni disponibili.

In secondo luogo, l'assenza di una definizione comune - a livello nazionale e regionale - delle professioni sociali esistenti rende particolarmente complessa la costruzione di flussi informativi adeguati a documentare l'occupazione nei servizi sociali; la presenza di un mercato del lavoro estremamente frammentato, con una pluralità di figure professionali in rapida evoluzione, di percorsi formativi e normative ha complicato ulteriormente questo problema.

In terzo luogo, il passaggio della responsabilità sui servizi sociali alle regioni ha portato ad accentuare le differenze tra i sistemi di welfare regionali, con un'assenza di coordinamento da parte del livello centrale in materia di professioni sociali.

In quarto luogo, esistono problemi specifici legati alla natura dei servizi sociali che complicano questo sforzo; tra questi, i confini tra i servizi sociali e socio-sanitari, che sono diversi da Regione a Regione; la definizione dell'unità di rilevazione (ente o servizio?); il computo degli operatori che operano in più aree di intervento, etc.

In questa ricerca sono state esaminate le rilevazioni statistiche ufficiali sulle attività legate ai servizi sociali, individuando le lacune in termini di informazione sull'occupazione e le professioni sociali. Accanto a quelle nazionali, sono stati esaminati i sistemi informativi sui servizi sociali di tre regioni – Emilia Romagna, Piemonte e Marche – che presentano esperienze di rilievo e le attività realizzate in questo campo dagli organismi di coordinamento tra le regioni.

Sono state infine considerati i risultati delle indagini promosse negli ultimi anni dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali.

Il lavoro svolto ha offerto una mappa delle rilevazioni principali, con relative definizioni, metodologie e risultati, in modo da creare le condizioni per affrontare le attuali lacune. La strada da percorrere passa necessariamente per un accordo tra le realtà nazionali e regionali per quanto riguarda definizioni, nomenclatura delle occupazioni, variabili d'interesse. C'è l'opportunità di integrare le rilevazioni già effettuate con le necessarie informazioni sull'occupazione. La Regione Marche ad esempio integra la scheda della rilevazione sugli interventi e servizi sociali dei comuni con un modulo ad hoc che rileva i profili professionali. L'Emilia Romagna integra e arricchisce le informazioni presenti nella rilevazione delle cooperative sociali. Questo processo di valorizzazione e razionalizzazione dei flussi informativi disponibili rappresenta un punto a favore di regioni che da diversi anni si sono dotate di sistemi informativi per il monitoraggio delle professioni sociali e di alcune caratteristiche dell'occupazione cercando di coniugare il bisogno informativo con l'efficienza. Purtroppo ciò è avvenuto in modo non integrato e dunque i flussi regionali non possono essere sfruttati appieno per effettuare confronti. Tuttavia queste esperienze rappresentano un punto di riferimento per quelle regioni che si stanno attivando in merito.

Un elemento critico nell'ottica dello sfruttamento dei flussi esistenti a livello ufficiale deriva dalla sospensione di due rilevazioni fondamentali per pervenire a un quadro globale del sistema: la rilevazione sulle cooperative sociali e quella sulle organizzazioni di volontariato. In particolare le cooperative sociali impiegano una fetta molto importante dell'occupazione totale, come confermano i dati sull'occupazione nei servizi sociali nelle Marche (si veda il capitolo 3) e lo studio condotto a livello nazionale (Lunaria 2009). Secondo tali dati, oltre i due terzi degli occupati nei servizi sociali operano nelle cooperative; inoltre il contesto cooperativo è quello cui sono legate alcune delle criticità dei percorsi lavorativi riscontrate nel corso dell'analisi.

L'analisi dei fabbisogni informativi sulle professioni sociali e degli studi e delle proposte già realizzate ha condotto a considerare le possibilità di individuare un insieme minimo di indicatori per documentare l'occupazione nei servizi sociali e predisporre un sistema informativo capace di far confluire in unico flusso informativo nazionale la molteplicità delle informazioni relative ai diversi contesti regionali. Tali possibilità si fondano su uno sforzo di integrazione, condivisione e coordinamento tra le regioni e tra queste e le istituzioni nazionali, sul modello del processo per la realizzazione del Nomenclatore Interregionale degli Interventi e dei Servizi Sociali.

Sarebbe così auspicabile che a livello operativo venisse avviato un lavoro simile a quello svolto dal Cisis per l'elaborazione del nomenclatore dei servizi sociali. L'adozione di un nomenclatore nazionale delle professioni sociali elaborato con una metodologia *bottom-up* consentirebbe di utilizzare classificazioni molto dettagliate a livello territoriale e più aggregate a livello nazionale, raccordate tra loro. Inoltre, per evitare duplicazioni di rilevazioni, potrebbe essere elaborata una scheda integrativa per le principali rilevazioni ufficiali in corso (servizi e interventi sociali dei Comuni; presidi socio-assistenziali, cooperative, associazioni di volontariato, ecc.) per rilevare informazioni sul personale che opera in ambito sociale.

Le indagini sul campo sull'occupazione nei servizi sociali

I problemi relativi ai sistemi locali dei servizi sociali e all'occupazione, con riferimento alla tipologia dei servizi, ai modelli organizzativi e decisionali, alla quantità e qualità del lavoro impiegato, alle competenze e alle professionalità esistenti sono stati esaminati con un'indagine sul campo su otto Ambiti Territoriali Sociali (ATS) della regione Marche - Pesaro, Urbino, Ancona,

Jesi, Macerata, Camerino, Porto S.Elpidio, Ascoli Piceno. La definizione degli otto ATS - stabilita di comune accordo con la Regione Marche - è stata effettuata per rappresentare le diversità del contesto regionale in termini territoriali, economici, demografici e sociali, considerando la diversità delle strutture familiari e dei fattori di rischio sociale, le differenze istituzionali e nel tipo di politiche sociali realizzate.

Gli aspetti istituzionali e relativi al sistema locale dei servizi sociali sono stati affrontati con una serie di interviste agli attori principali. In modo propedeutico allo svolgimento delle interviste sono state organizzate riunioni con gli attori locali che partecipano al processo di governance delle politiche sociali, sia per coinvolgerli nella ricerca che per far emergere un primo quadro generale del funzionamento della rete degli interventi. La sintesi dei risultati ottenuti è stata riportata nel paragrafo precedente sul sistema locale dei servizi sociali.

Quantità e qualità dell'occupazione

Un approfondimento di analisi sulla quantità e qualità dell'occupazione e sulle criticità del sistema è stato realizzato attraverso un questionario che è stato somministrato a 21 comuni, 4 IPAB e 22 cooperative sociali, distribuite negli 8 ATS scelti per indagare il territorio regionale, coprendo organizzazioni che impiegano un numero vicino ai 3000 occupati nel settore dei servizi sociali, equivalente a un quarto dell'occupazione totale nella regione Marche, per una spesa complessiva di oltre 90 milioni di euro annui.

Dall'analisi dei questionari emerge un quadro dei servizi sociali sempre più affidato alla gestione esternalizzata dai comuni alle cooperative sociali, che presentano l'80% degli occupati presenti nelle organizzazioni che hanno risposto ai questionari.

Le cooperative sociali gestiscono in modo preponderante i due settori "cardine" di Anziani e Disabili, mentre un equilibrio maggiore tra comuni e cooperative viene realizzato nel settore Famiglia e minori.

A fronte di una generale tendenza all'esternalizzazione dei servizi, diversi comuni cercano di mantenere la gestione diretta delle strutture di accoglienza rivolte all'infanzia e alla senilità (asili nido, scuole d'infanzia, residenze protette per anziani), tuttavia l'andamento dell'ultimo decennio vede una relativa stabilità del numero totale degli occupati che si accompagna ad un travaso dell'occupazione dal pubblico al privato.

Allo stesso tempo i comuni cercano di mantenere il ruolo di pianificazione, indirizzo e coordinamento dei diversi servizi, proprie della "cabina di regia", sebbene il rischio sia di esternalizzare, insieme alla gestione dei servizi, anche le conoscenze e la capacità di programmazione. A causa dello scarso turn over, tra i dipendenti pubblici si registra un ridimensionamento delle capacità progettuali e nei tavoli di coordinamento è diventata fondamentale la presenza delle cooperative sociali, portatrici di competenze crescenti.

Rispetto al **profilo degli occupati**, il sociale è un settore ad ampia vocazione di genere -sono donne l'85% del totale rilevato attraverso i questionari, con scarsa differenza tra pubblico e privato- e con tassi di istruzione decisamente elevati, visto che quasi i tre quarti dei lavoratori posseggono un diploma di istituto superiore o una laurea. Per contro, spesso, i titoli di studio non sono coerenti con le funzioni svolte, visto che circa l'85% dei lavoratori analizzati è impegnato nell'erogazione diretta di servizi, e il restante 15% diviso tra le funzioni di management, coordinamento e amministrazione. Tra le cooperative troviamo il numero maggiore di bassi livelli di istruzione, prevalentemente femminili, a dimostrazione di come queste istituzioni si occupino dei servizi di base, spesso ospitando figure dalla scarsa occupabilità (donne, poco istruite e non più giovani).

Il **profilo professionale** dei lavoratori appartenenti alle organizzazioni intervistate ci mostra come la categoria più numerosa sia quella degli Educatori (36% del totale), seguiti a distanza dagli addetti all'Assistenza alla persona (22%), dagli Operatori per l'infanzia (16%), e dagli Animatori socio-culturali (11,5%). Arriva al 5% del totale la somma di Sociologi, Psicologi e Pedagogisti, così come la categoria degli Assistenti sociali: quest'ultima trova collocazione quasi esclusiva nei comuni, al cui interno costituisce il 20% degli occupati nel sociale.

La **tipologia contrattuale** applicata nella stragrande maggioranza dei casi (95% tra pubblico e privato) è il contratto collettivo nazionale di lavoro dipendente, rispettivamente per le autonomie locali (85% degli occupati) e per la cooperazione sociale (97% degli occupati), che però si accompagna ad un grande ricorso al part time. Il lavoro part time, infatti, caratterizza oltre il 60% del totale degli occupati, arrivando fino al 70% nelle cooperative. In particolare colpisce il dato riguardante l'occupazione femminile, che nei comuni è impiegata part time al 33%, contro il 68% delle cooperative sociali.

Un confronto tra gli Ambiti territoriali sociali

Tra gli otto ATS analizzati dalla ricerca, la quota del totale dei lavoratori coperta dalle risposte al questionario varia dalla metà degli addetti sia del pubblico che del privato ad Ancona e Pesaro-Urbino a quote più modeste in altri ATS. Pesaro e Urbino, seguiti da Macerata e Jesi, hanno quote elevate – rispetto al totale regionale - di occupati nel servizio pubblico, mentre Ancona, seguita da Camerino, registra valori elevati di lavoratori impiegati nelle cooperative. Va ricordato che Ancona e Pesaro - le due principali città marchigiane – ospitano sia le sedi delle maggiori istituzioni pubbliche attive nel sociale, che le sedi amministrative delle maggiori cooperative sociali.

Rispetto alle forme contrattuali di lavoro, il territorio di Ascoli è quello con il maggior impiego di lavoro atipico (nelle cooperative), seguito da Macerata e Camerino (nei servizi pubblici). Ad Ancona e Pesaro-Urbino i contratti atipici sono scarsi nelle cooperative e maggiori nei comuni, che invece risulta decisamente elevata proprio nei comuni del territorio di Pesaro e Urbino.

Rispetto ai tempi di lavoro, i territori dove è maggiormente utilizzata la modalità di impiego full time sono quelli di Ascoli, Jesi e Ancona, ma con valori decisamente differenti tra pubblico e privato: se ad Ancona i lavoratori del pubblico sono impiegati prevalentemente full time (l'80% contro una media del 60%), ad Ascoli troviamo valori elevati (superiori al 70%) di impiego full time sia nel pubblico che nel privato; l'ATS di Camerino è quello che presenta la percentuale maggiore di lavoro a tempo pieno nel pubblico (85%). Sempre Jesi e Ascoli presentano il lavoro a tempo pieno come modalità prevalente nelle cooperative sociali, superiore al 70% per entrambe, contro una media del 30%, mentre il 13% di Macerata e il 23% di Porto S. Elpidio caratterizzano questi territori come quelli con il più largo utilizzo di part time tra i lavoratori delle cooperative.

Nel complesso emerge quindi una elevata eterogeneità nelle caratteristiche dell'occupazione negli otto ATS analizzati, che riflette in parte le caratteristiche del sistema locale dei servizi e della "divisione del lavoro" esistente tra settore pubblico e terzo settore.

Le criticità dell'occupazione e del sistema dei servizi sociali

L'analisi delle **criticità** emerse dai questionari mostra la fotografia di un sistema che, pur partendo da un buon livello e da una sostanziale tenuta del welfare, comincia ad accusare la cronica **carenza di risorse**. Tale problematica porta con sé ripercussioni negative sul numero, sulla stabilità e sulle possibilità di formazione del personale, e dunque sulla qualità e quantità dei

servizi erogati. Le diverse difficoltà riguardanti la tenuta complessiva del sistema dei servizi sociali si vanno a scaricare soprattutto sul livello comunale, costretto a fronteggiarle in uno stato di carenza cronica di operatori. La carenza di risorse si riflette poi sulle cooperative sociali, imponendo budget sempre più contenuti per servizi sempre più articolati. Lo stesso **sistema degli appalti** spesso prevede bandi al massimo ribasso, che tentano di mantenere i servizi cercando di contenerne i costi, ma che sulle cooperative hanno un effetto impoverente e di instabilità organizzativa. La durata limitata degli appalti, l'incertezza dei tempi di pagamento e le difficoltà legate ad ogni rinnovo contrattuale stanno mettendo in seria difficoltà il sistema cooperativo marchigiano, ormai fondamentale per la tenuta del welfare regionale, favorendo processi di agglomerazione tra le cooperative della regione.

Queste dinamiche si ripercuotono anche sul mondo del lavoro, favorendo un marcato ricorso all'occupazione a regime temporale ridotto, vera forma di precarietà dell'occupazione sociale marchigiana. Non è infatti un caso che, tra i diversi aspetti critici, quello legato all'**eccessiva precarietà del lavoro** sia il più sentito dai operatori sociali. In una accezione più ampia, la precarietà riguarda, per le cooperative sociali, le possibilità di mantenere i contratti di servizio esistenti, e dunque, in casi frequenti, l'esistenza stessa di queste organizzazioni.

Un altro nodo critico legato alle caratteristiche del lavoro è quello dell'**eccessiva mobilità in uscita del personale** che, accoppiandosi alle **scarse possibilità di carriera**, colpisce soprattutto le organizzazioni nonprofit. Le cause sono molteplici - scarsi livelli di remunerazione, di stabilità e di mobilità verticale si accompagnano all'alto *burn out* - e fanno sì che dalle cooperative sociali l'emorragia di lavoratori sia notevole, soprattutto tra coloro che sono dotati di un titolo di studio medio-alto. Il principale problema posto dal turn over alle organizzazioni erogatrici di servizi è la ridotta continuità formativa e la difficoltà ad accumulare conoscenze, poiché il cambio continuo di personale vanifica gli investimenti fatti dalla cooperativa sulle risorse umane. Un alto turn over degli operatori sociali, inoltre, riduce la qualità e l'efficacia del servizio.

Il modesto **livello medio delle retribuzioni** è un altro dato che emerge sia nel pubblico sia nel privato, a cui si affianca un'ampia differenza retributiva fra i soggetti che occupano posizioni dirigenziali e coloro che sono impegnati nelle mansioni di erogazione dei servizi, differenza più marcata nel settore pubblico rispetto alle cooperative, dove gli stipendi risultano livellati verso il basso.

Sono, inoltre, diverse le voci che lamentano un **ingessamento burocratico** delle amministrazioni, la cui struttura è inadeguata perché troppo lenta e macchinosa per dare risposte, poiché l'efficacia dipende spesso dall'immediatezza e dalla capacità di contestualizzazione/personalizzazione del servizio offerto. Rispetto a tali carenze di flessibilità nei servizi, nei Comuni (così come nelle cooperative), si riesce a supplire almeno in parte grazie soprattutto grazie alla disponibilità degli operatori.

Le occupazioni nel sociale: competenze e formazione in otto ambiti territoriali sociali²²¹

Per tre profili occupazionali - l'educatore professionale, l'assistente sociale e l'operatore socio-sanitario - è stata realizzata un'analisi dettagliata su due livelli. In primo luogo, è stato presentato un quadro del percorso normativo e istituzionale delle tre occupazioni in Italia e in alcuni grandi paesi europei (Spagna, Francia, Gran Bretagna, Svezia). In secondo luogo, un'indagine sul campo sugli otto ambiti territoriali oggetto della ricerca ha esplorato le modalità di lavoro effettivo delle tre figure.

²²¹ Questo paragrafo è stato scritto rispettivamente per ciascuna area di competenza da Carla Moretti (assistente sociale), Ugo Ciaschini (educatore) e Elena Spina (operatore socio sanitario).

La metodologia utilizzata è stata quella dei *focus group*, costruiti in modo da descrivere le *prassi reali* sui percorsi di presa in carico nelle aree anziani, dipendenze, marginalità, minori, malattie mentali, disabilità. Le attività e il ruolo di educatori, assistenti sociali, operatori socio sanitari sono state analizzate in ciascuno dei casi esaminati, in modo da far emergere le competenze di base e di confine che ciascun profilo dimostra *di fatto*, oltre alle possibilità di integrazione tra occupazioni diverse che sono necessarie nell'*effettivo* lavoro di cura.

L'approccio analitico adottato, di tipo storico-relazionale, rappresenta una novità rispetto alla letteratura sociologica classica, considerando le professioni come il derivato di processi relazionali e delle "interdipendenze che si realizzano, in concreto, nelle relazioni tra individui mutualmente coinvolti" (Vicarelli 2010, p.8)²²². L'approccio ha messo al centro dell'attenzione il rapporto operatore-utente con l'analisi dell'azione reciproca di individui reali – a partire da casi concreti - che cercano, incontrandosi, di trovare una risposta praticabile ai bisogni dell'uno con le conoscenze esperte dell'altro. Sono state individuate le interdipendenze tra bisogni specifici e competenze specializzate, e i processi attraverso i quali vengono a consolidarsi pratiche professionali condivise che definiscono e riproducono il gruppo professionale. Per ciascun contesto situazionale di relazioni di aiuto - anziani, dipendenze, marginalità, minori, malattie mentali, disabilità – sono state esaminate le configurazioni che si creano tanto verso e con gli utenti, quanto verso e con gli altri operatori, mettendo in luce le mappe di relazioni attraverso le quali sono emerse sia le competenze specifiche che di confine delle diverse figure professionali. La specificità di ciascuna area ha evidenziato la varietà di attività svolte in concreto da educatori, assistenti sociali, operatori socio-sanitari, la forte esigenza di flessibilità e di capacità relazionali e comunicative che si aggiungono alle competenze specifiche. In un contesto istituzionale in genere caratterizzato da strutture diversificate, gli operatori si trovano inoltre ad assicurare il coordinamento degli interventi relativi alla dimensione sociale, sanitaria e di reinserimento, e ad affrontare i legami con il contesto familiare e sociale degli utenti.

La concretezza delle analisi svolte consente di superare rappresentazioni astratte e generali dei profili professionali nel sociale e consente di proporre suggerimenti di intervento normativo sia sul piano della formazione, sia su quello della configurazione occupazionale dei tre profili.

Il quadro emerso per i tre profili professionali, infine, viene collocato nello scenario più ampio dell'evoluzione dei servizi sociali in Italia, considerando la successione di riforme e cambiamenti normativi, i legami tra formazione, competenze e occupazioni, e la limitazione delle risorse disponibili. E' in questo contesto di rapida trasformazione dei servizi alla persona che vanno interpretati i problemi di ridefinizione dei profili professionali nel sociale, considerando da un lato le spinte alla professionalizzazione/istituzionalizzazione e, dall'altro lato, i vincoli posti da risorse limitate e dall'assetto istituzionale dei servizi sociali.

L'**assistente sociale** ha raggiunto, nel tempo, uno proprio status professionale. La definizione di specifiche conoscenze teoriche e pratiche, la legittimazione istituzionale, l'istituzione di un ordine professionale, oltre ad una formazione universitaria, sono gli elementi che caratterizzano il suo percorso di riconoscimento.

La professione di assistente sociale si configura come una professione dinamica, dai tratti peculiari, in quanto il suo sviluppo è strettamente connesso all'evolversi delle politiche sociali; quindi anche i saperi teorici e applicati degli assistenti sociali hanno carattere processuale, le conoscenze sono mirate all'integrazione di diverse aree del sapere, in relazione alla complessità delle situazioni di aiuto e dei contesti sociali.

Se da un lato questi elementi determinano la specificità della professione, dall'altro caratterizzano la sua 'fragilità'. In tal senso l'approccio storico-relazionale, utilizzato in questa ricerca come modello di lettura dei processi di professionalizzazione, ha consentito di leggere le

²²² Vicarelli G., Per un'analisi storico comparata della professione medica in Stato e Mercato, n.90, 2010, pp. 395-424

peculiarità della professione come effetto delle interazioni tra l'emergere di nuovi bisogni e lo sviluppo di nuove modalità d'intervento, in contesti in cui l'operatività dell'assistente sociale è espressione di interconnessioni che si realizzano a più livelli: individuale, sociale e istituzionale.

Le criticità maggiormente evidenziate nella ricerca riguardano le condizioni di lavoro degli assistenti sociali e gli aspetti relativi alla formazione. In merito al primo punto, si rileva un aumento della precarietà lavorativa nell'ambito del settore pubblico: è in crescita, infatti, il numero degli assistenti sociali che hanno un contratto a tempo determinato o part time, sia con le stesse organizzazioni del pubblico, sia con le cooperative sociali. Inoltre è una figura professionale poco presente nel settore non profit, in quanto solo alcune cooperative prevedono, al loro interno, tale profilo. Nelle cooperative sociali la situazione che si verifica più frequentemente, invece, è l'assunzione di educatori con la formazione di assistenti sociali; il percorso che si può intravedere per affrontare tale criticità è quello di una normativa regionale che definisca in modo chiaro i profili professionali del sociale nel terzo settore.

Un altro elemento, relativo ai contesti lavorativi, su cui è importante porre attenzione, riguarda la possibilità di esercitare la professione nelle modalità previste dai due livelli formativi universitari. In tal senso i partecipanti alla ricerca sottolineano che, negli enti e nelle diverse organizzazioni del territorio, il ruolo di assistente sociale specialista non è previsto, gli assistenti sociali assunti con la formazione triennale svolgono tutte le competenze della professione. Inoltre, le funzioni di coordinamento, che sono attribuite ad un numero esiguo di assistenti sociali e si caratterizzano in base al tipo di organizzazione e di servizio, possono essere conferite senza una formazione specifica, ma a seguito di una consolidata esperienza professionale. Tutto ciò, pertanto, rende difficile una separazione del percorso formativo in due fasi: la laurea triennale per l'esercizio della professione di assistente sociale e la laurea magistrale per il coordinamento e la gestione dei servizi sociali; gli assistenti sociali evidenziano, quindi, la necessità di un percorso formativo che abbia carattere di continuità, in cui tutte le aree di competenza dell'assistente sociale siano presenti, con un livello di approfondimento diverso, sia nella triennale che nella magistrale. Inoltre, per rispondere alla maggiore complessità del sociale, la formazione per l'esercizio della professione di assistente sociale dovrebbe prevedere un percorso di cinque anni, senza una distinzione tra assistente sociale e assistente sociale specialista.

Rispetto alla formazione, molto rilievo viene dato alla mancanza di specificità formativa dei corsi di laurea in servizio sociale. È diffusa l'opinione che la professione, a seguito della riforma universitaria, stia perdendo la sua peculiarità formativa, soprattutto in relazione alla laurea magistrale, che non viene considerata congrua agli obiettivi formativi indicati nel Decreto.

La preoccupazione che emerge, a più livelli, è quella che si verifichi un arresto dello sviluppo della professione. È auspicabile, quindi, l'apertura di un dibattito che, a partire dalle criticità evidenziate, possa dare un contributo significativo al superamento delle stesse. In tal senso si può accogliere la proposta di modifica dell'Ordine Nazionale degli Assistenti Sociali del DPR 328/2001, che istituisce le sezioni A e B dell'Albo; tale proposta, oltre a unificare i due livelli e prevedere che l'esercizio della professione di assistente sociale sia possibile solo con il titolo quinquennale, definisce i requisiti che i corsi di laurea devono garantire per assicurare la specificità formativa.

Come si è evidenziato nella ricerca questa proposta pone diverse questioni, che coinvolgono sia i contesti formativi, sia le istituzioni e il mercato del lavoro. Questioni che appaiono molto complesse, ma che possono costituire la base per una programmazione e costruzione di risposte qualificate alle domande emergenti del sociale.

Le riflessioni finali suggerite dall'esperito percorso di ricerca relativamente alla figura dell'**educatore** inducono a soffermarsi sulla divaricazione fra sociale e sanitario che allo stato attuale caratterizza lo sfondo ove la traiettoria formativa e professionale di questa figura viene a

svilupparsi. La questione cruciale su cui hanno particolarmente insistito gli interventi dei partecipanti attiene a quel dualismo di fondo che tiene sospeso l'assetto operativo del profilo tra un ambito sanitario, sostenuto da una regolamentazione di riferimento, ed un ambito sociale che ne risulta ancora privo. Ulteriore rilievo impostosi all'attenzione è quello che attiene alla confusività generata dalla situazione dei diversi operatori che, pur non in possesso di titoli di studi specifici, vengono ad essere inquadrati come educatori in forza del riconoscimento dell'esperienza professionale. Da tali aspetti sembrano cogliersi ricadute che rendono ancora fragile il nucleo identitario che sostanzia il profilo, rischiando di situare la figura che lo incarna in una posizione di debolezza negli spazi che la vedono interagire con altre professionalità. E se il positivo esplicarsi di tali momenti implica il reciproco riconoscimento delle diversità e delle identità che vanno a definire ognuno dei profili coinvolti, si può intuire il rilievo determinante assunto dalla compattezza e, quindi, da un'equilibrata opera di ricomposizione delle peculiarità che contrassegnano l'espressione di una professione, così da conferirgli maggior globalità e versatilità. Il punto nevralgico su cui incardinare possibili percorsi trasformativi sembra quindi abbracciare la necessità di andare oltre il rilevato dualismo per recuperare una dimensione maggiormente unitaria ed integrata della professione. Non sembra, infatti, possibile la riconduzione del campo e dell'influenza dell'azione dell'educatore ad una specifica area o ad un delimitato ambito, incarnando questa figura caratteri che la rendono poliedrica o polifunzionale, ma anche disponibile ad assumere connotazioni più precise e circoscritte a seconda delle definizioni che il contesto organizzativo d'appartenenza opera sulle funzioni attribuitegli e sugli obiettivi che ne ispirano l'operatività. Alla luce di quanto complessivamente emerso dallo studio del profilo, con particolare riguardo alla fase empirica del percorso, sembra possibile riconoscere il contributo specifico apportato dall'educatore nei frangenti mirati all'attivazione ed accompagnamento di processi di crescita, al reinserimento e allo sviluppo di nuove consapevolezze e competenze, con un marcato rilievo alle dimensioni dell'ascolto, della risignificazione dell'esperienza e della mediazione con la realtà sociale di riferimento. L'eccessiva specificazione dei ruoli che contraddistinguerebbe la disciplina del profilo in Italia sollecita misure orientate ad una revisione dell'impianto normativo che modella la strutturazione dei corsi di laurea, così da superare la settorialità che al momento li connota e formare un operatore con un più ampio spettro di potenzialità e competenze, che possa incisivamente proporsi nelle differenti tipologie di setting in cui l'intervento educativo può venirsi a realizzare. Un intervento di cui non va dimenticata la forte valenza relazionale che lo permea e che si diffonde in un sistema più esteso, costituito da diversi nodi, situati nei complessi reticoli sociali di cui sono partecipi tanto l'educatore quanto l'utente.

In tutte le aree operative analizzate presso ciascuno degli ambiti territoriali coinvolti è stato inoltre possibile cogliere, seppur in misura e con modalità diverse, la forte connotazione sociale e comunitaria che assume l'intervento educativo, sempre più orientato a proporre esperienze spiccatamente improntate sul versante promozionale, della prevenzione ed intercettazione precoce del disagio. In un quadro segnato da processi disgregativi, fragilizzazione della famiglia e stringenti vincoli di bilancio, non sembra più sufficiente predisporre risposte di natura riparativa, originate dall'emergenza e mirate ad un suo contenimento; vanno approntate strategie che, anziché "rincorrere" la domanda, sappiano incidere su di essa ed anticiparla. È sul terreno spianato da questo passaggio che una figura come quella dell'educatore può evolvere ed interpretare il ruolo di agente di comunità, chiamato a costruire le sue risposte facendo leva in primo luogo sull'empowerment del soggetto, oltre che sull'attivazione ed aggregazione delle risorse che afferiscono alla realtà dell'associazionismo e dei gruppi informali. D'altronde le traiettorie trasformative che interessano i diversi ambiti d'intervento, rivelate dall'importanza attribuita al lavoro di comunità e ad iniziative finalizzate a favorire il recupero di una

cittadinanza da esprimere attivamente nella realtà territoriale d'appartenenza, sembrano allargare il focus dell'azione educativa, estendendola a contesti relazionali propulsivi di potenzialità e risorse, dal cui emergere le biografie individuali possono trarre linfa per un nuovo sviluppo. In queste considerazioni sembrano, quindi, intravedersi le spinte al superamento delle logiche settoriali e degli steccati che definiscono i contorni delle due facce che assume il profilo dell'educatore e che poco si attagliano agli approcci verso cui sono orientate le politiche sociali, imperniati sulla promozione e sul rafforzamento delle capacità individuali e delle reti sociali.

Guardando all'**operatore socio sanitario** e alle criticità emerse dall'analisi del profilo sembrano delinearci due percorsi congiunti di parziale revisione di tale figura professionale che, come tali, dovrebbero muoversi entro una logica parallela e affine in quanto strettamente connessi:

- il primo riguarda l'iter formativo funzionale all'acquisizione della qualifica;
- il secondo attiene all'insieme delle abilità e delle competenze che definiscono la banda larga.

Guardando al primo aspetto, la ricerca ha evidenziato come, a fronte di un percorso formativo risultato nel complesso adeguato dal punto di vista del livello di approfondimento necessario a garantire l'espletamento delle funzioni attribuite dalla normativa a tale figura professionale, sia emerso uno squilibrio tra la componente sociale e quella sanitaria, risultata predominante, dei contenuti didattici. Tale sbilanciamento, legato in parte all'autoreferenzialità degli enti deputati alla formazione, spesso coincidenti con le strutture erogatrici di assistenza sanitaria, e in parte alla necessità di ricorrere alla figura dell'operatore socio sanitario in parziale sostituzione del personale infermieristico, ha portato a sottostimare l'importanza della dimensione relazionale che pure appare fondamentale nell'attivazione del processo d'aiuto. L'esigenza legata all'acquisizione di capacità e competenze relazionali, considerate requisiti e attribuzioni che compongono l'essenza di tale figura occupazionale poiché funzionali ad una corretta interazione con l'utenza e allo sviluppo di dinamiche interprofessionali collaborative, è sembrata dunque secondaria rispetto alla necessità di acquisire quelle abilità più prettamente operative che compongono l'ambito giurisdizionale dell'operatore socio sanitario.

Altra criticità che l'analisi ha fatto emergere riguarda la mancata previsione di percorsi formativi da intraprendere una volta acquisito il titolo professionale e volti, più che a implementare l'ambito delle competenze, a rendere l'operatore socio sanitario maggiormente preparato rispetto a specifici settori dell'assistenza. Se, infatti, la genericità della base cognitiva che compone il percorso formativo si è rivelata utile e sufficiente per creare un operatore quanto più flessibile rispetto alle necessità manifestate dalla domanda assistenziale, essa sembra rappresentare un limite nel momento in cui la professionalità deve essere giocata in un settore specifico dell'assistenza.

Tali criticità fanno ritenere utile una revisione dei percorsi formativi che, da un lato, tenga conto dell'importanza rivestita dalla componente sociale dell'assistenza e, dall'altro, preveda l'implementazione di traiettorie di studio successive a quelle di base volte ad indirizzare l'acquisizione delle conoscenze verso ambiti più specifici. Le proposte di cambiamento relative all'ambito formativo sollecitate dall'indagine sembrano coerenti con la ricerca di una nuova e più definita configurazione del profilo professionale in questione. Mentre, infatti, sembra emergere l'esigenza di avere a disposizione operatori flessibili, che siano in grado di far fronte alle necessità variamente manifestate dal settore dell'assistenza sociale e sanitaria, è pur vero che appare opportuno individuare le competenze riconducibili alla figura dell'operatore socio sanitario affinché possano essere altrettanto chiaramente identificate le sue responsabilità in vari contesti operativi.

In definitiva, alla luce delle sollecitazioni suscitate dal modello elisiano delle realtà professionali proposto ed utilizzato nel presente lavoro, la definizione delle competenze dovrebbe tenere conto tanto delle esigenze di integrazione che emergono a livello di operatività (integrazione socio-sanitaria) e a livello di modalità relazionali rispetto alle altre professionalità che intervengono nel processo di aiuto, quanto delle esigenze di specificità provenienti da una categoria occupazionale di recente costituzione in cerca di una propria identità.

La lezione di Elias

Nel 2004, Michel Chauvière nel pubblicare il volume *“Le travail social dans l’action publique. Sociologie d’une qualification controversée”*²²³ scrive che il lavoro nel sociale reclama degli approcci che rivelino le dinamiche proprie del settore in tutta la loro effettività e storicità. Ciò significa, in primo luogo, definire il sociale come l’insieme degli interventi che si rendono necessari in risposta a situazioni della popolazione riconosciute come difficili o dolorose: aiuto, soccorso, sostegno, accoglienza, accompagnamento sono i termini che cercano di qualificare questo tipo di atti che, necessariamente, implicano l’interazione tra due soggetti dei quali l’uno esprime un bisogno specializzato e l’altro una risposta possibilmente efficace. In tal senso, alla pari di Elias, l’autore sostiene che l’area del sociale altro non è che l’insieme delle relazioni messe in essere e istituzionalizzate nel tempo.

Ne consegue che l’ascesa di una nuova occupazione non è dovuta semplicemente all’emergere di nuovi bisogni o di nuove tecniche, considerati separatamente, bensì essa è legata alla loro interazione. Si tratta, in sostanza, di un processo, per tentativi e fallimenti, in cui “le persone cercano di far corrispondere tecniche o istituzioni occupazionali a bisogni umani” (Elias 2010, 38)²²⁴. Tuttavia, come scrive Elias, seppure ogni passo in questa direzione è compiuto da individui, il processo come tale, cioè la genesi e lo sviluppo di una professione o di una qualunque altra occupazione, è qualcosa di più della somma delle azioni individuali. Esso ha una struttura propria (Elias 2010,38). Sono, dunque, le strutture che nascono sulla base delle configurazioni relazionali e che si cristallizzano nel tempo, la leva principale di sviluppo di una professione. Si tratta, ovviamente, di una strutturazione che attinge dall’operato dei singoli soggetti, ogni individuo, infatti, si trova di fronte a problemi che assumono connotazioni derivanti dalla rete di funzioni sociali nella quale è entrato, con la diversità tra mezzi e fini che ha ereditato: “Obbligato da queste, egli porta avanti, insieme al suo disegno di breve periodo, ciò che non ha iniziato, contribuendo così allo sviluppo di lungo periodo della sua professione” (Elias 2010, 39).

In definitiva, è solo visualizzando le istituzioni del sociale come parte di una più vasta rete di relazioni umane, riportando, cioè, alla luce le ricorrenti difficoltà e conflitti con cui si misurano le persone che si trovano nell’orbita di queste situazioni e che combattono all’interno di questa rete, che appare possibile “comprendere come e perché la stessa cornice istituzionale sia destinata a cambiare nel tempo. In altri termini, i problemi irrisolti, posti all’attenzione dei contemporanei dai difetti delle loro istituzioni professionali, sono parte essenziale della storia di queste istituzioni e della stessa soluzione. Retrospectivamente, la soluzione emerge solo quando è vista insieme ai problemi precedentemente insoluti” (Elias 2010, 39). Dunque, interessano i conflitti e le forme di cooperazione, le dissonanze e le assonanze, i campi di attività condivisi e quelli separati, i dubbi circa il ruolo della qualificazione o della competenza appresa sul campo, le diverse opinioni sul monopolio della formazione e l’apertura al mercato, le differenti idee sull’ingegneria sociale e gli approcci clinici.

²²³ Chauvière M, *Le travail social dans l’action publique. Sociologie d’une qualification controversée*, Dunod, Paris 2004.

²²⁴ Cr. Elias N., *Marinaio e gentiluomo. La genesi della professione navale*, Bologna, Il Mulino.

Con questa modalità di lettura, a carattere evidentemente **storico-relazionale**, uno degli obbiettivi della ricerca che viene qui presentata è stato quello di ricostruire il **livello di istituzionalizzazione e professionalizzazione attualmente raggiunto da ciascuno dei tre profili scelti**, con l'intento di produrre alcune riflessioni in merito ai possibili **percorsi futuri** in una fase estremamente difficile sia dei sistemi di welfare europei, sia dello specifico modello italiano di benessere sociale.

Un'ottica di lungo periodo

Se si guarda al modello di stato sociale italiano con un'ottica di lungo periodo non si può non sottolineare come esso abbia assunto fin dall'inizio (e mantenuto nel tempo) un carattere residuale o integrativo rispetto alle tutele espresse dai circuiti solidaristici della chiesa, dell'impresa e del lavoro, nonché della stessa famiglia intesa nelle sue allocuzioni più ampie di sistema coniugale, parentale o simbolico²²⁵. Anche quando, negli anni Settanta le politiche sociali sono divenute più universalistiche, trascinate in larga misura dal processo di riforma sanitaria che ha portato alla costituzione del Servizio sanitario nazionale, esse sono restate ambigue e sottoposte a continue pressioni di carattere corporativo e clientelare. Da qui il modellarsi di uno stato sociale frammentato, scoordinato, con livelli di intervento differenziati (statali, regionali, comunali), poco laicizzato e poco professionalizzato (con l'eccezione della sanità). Un sistema di tutele, quindi, che ha continuato a connotarsi come sussidiario soprattutto nell'ambito dei servizi alla persona: con una scuola dell'obbligo a tempo parziale, scarsa diffusione degli asili nido, sostanziale assenza di politiche nazionali per i giovani, limitati interventi regolativi a favore degli anziani e dei soggetti deboli, senza programmi di intervento a favore del lavoro femminile. Lo stesso Servizio sanitario nazionale ha teso, con il tempo, a separare le competenze più strettamente sanitarie da quelle sociali, secondo un processo di specializzazione funzionale tutto basato sulla centralità dell'ospedale e degli interventi di cura straordinari. Non a caso nel 1998 il 64% della spesa sociale italiana era ancora destinato alla protezione della vecchiaia (di matrice largamente previdenziale o assicurativa) contro una media europea del 45,7%.

Sotto questa luce gli interventi di politica sociale dei tre governi di centro-sinistra che si sono succeduti negli anni Novanta, pure nelle loro difformità interne, hanno proposto una azione coordinata e integrata tra i diversi settori del welfare che dimostrava la volontà di dare allo stato sociale una organicità mai raggiunta in precedenza e ai cittadini una più ampia inclusione entro le tutele e le provvidenze pubbliche. Vanno lette in questa direzione le riforme pressoché contemporanee della sanità (riforma ter del 1999) e del sistema dei servizi sociali (la legge 328 del 2000), i progetti (non varati) di riforma della scuola, la stessa costituzione di un unico Ministero del welfare comprendente la sanità, i servizi sociale e il lavoro.

All'organicità del progetto doveva corrispondere la forte professionalizzazione del settore con l'intento di dare ai livelli operativi intermedi e tecnici un profilo giuridico e una stabilità dell'occupazione conformi ad un processo di democratizzazione pluralista di settori occupazionali spesso occulti e marginali. Al pari tempo gli operatori pubblici venivano vincolati non solo a diritti ma anche a doveri, così da assicurare allo Stato sociale la loro moralità e l'esclusività del loro lavoro (spesso manchevoli nel passato), sui quali far crescere un patto di stabilità e di sviluppo del comparto, oltre al miglioramento delle prestazioni offerte. In questa ottica diventavano coerenti anche i progetti relativi alle nuove opportunità per le famiglie e le politiche di conciliazione del lavoro delle donne, volte entrambe a sostenere una occupazione femminile in crescita, ma in difficoltà di fronte alla crisi della famiglia tradizionale allargata e alle

²²⁵ Cfr. Vicarelli G. *Il malessere del welfare*, Napoli, Liguori 2005.

prese con la problematicità dei nuclei a tre generazioni, in cui i giovani tardano a sposarsi e gli anziani raggiungono una longevità contrassegnata dalla cronicità e non autosufficienza..

Una delle conseguenze più interessanti di questo quadro del welfare era che esso affidava al livello territoriale comunale il compito di trovare risposte eque ed efficienti, sulla base delle diverse risorse professionali disponibili, dei vari stili di adattamento e di innovazione istituzionale, della mobilitazione e del coinvolgimento degli attori locali. Un obiettivo che doveva coniugarsi con la garanzia di assicurare a tutti i cittadini italiani un livello essenziale di servizi riconosciuti, così da mantenere inalterata l'impronta locale e nazionale del sistema (vanno in questa direzione, ad esempio, la progettazione dei Lea cioè dei livelli essenziali di assistenza in campo sanitario e la sperimentazione del Reddito Minimo di inserimento).

Sul piano metodologico, infine, i governi di centro sinistra hanno instaurato delle prassi concertative e uno scambio politico con i sindacati attraverso i quali i primi hanno accettato di non modificare alcune garanzie di fondo del sistema di welfare italiano (in termini previdenziali soprattutto) e i secondi di riformare il sistema pensionistico e di attenersi ad una politica dei redditi volta a contenere i costi della dinamica contrattuale entro i confini invalicabili del tasso di inflazione programmato.

I governi di centro-destra, dal canto loro, hanno ritenuto di dover cambiare rotta proprio a partire dalle prassi di concertazione alle quali è stato opposto "il dialogo sociale", inteso come il riconoscimento alle parti sociali di "un ruolo assai impegnativo che comporta responsabilità quasi legislative" senza che ciò provochi confusione di ruoli e unanimismi che "potrebbero compromettere la rapidità del procedimento decisionale"²²⁶. Di fatto i governi Berlusconi hanno proceduto più volte con decisioni legislative di sola maggioranza e ricorrendo in sede parlamentare al voto di fiducia, dimostrando un metodo di governo più incentrato sul decisionismo che sul dialogo sociale. In termini sostanziali, la pluralità degli interventi programmati ha assunto un carattere non radicale (tranne forse che nel caso della scuola) e apparentemente sordinato che ha messo in evidenza un approccio a prima vista privo di una coerenza interna. L'antinomia più evidente è stata la mancata esplicitazione (se non ideologica) degli obiettivi da raggiungere, la non individuazione delle fonti di spesa e di finanziamento, la non valutazione degli effetti economici e sociali attesi. Tale strategia risultava correlata, tuttavia, al progetto di alleggerire gli impegni pubblici in tema di sanità, istruzione e servizi alle persone rendendone sempre più partecipi i soggetti privati (aziende, fondazioni, associazioni di volontariato) a partire dalla famiglia²²⁷. La famiglia – si legge nel Libro bianco sul welfare – non è solo una somma di individui ma anche e soprattutto un luogo un cui la rete relazionale è base per la gestione comune delle risorse. Va dunque riconosciuto il suo ruolo di soggetto protagonista del welfare²²⁸ al quale offrire aiuti, ma anche forme di libertà nelle tutele che intende raggiungere o essa stessa garantire. In questi termini non si tratterebbe di una vera reticenza da parte del governo nel definire i tratti del nuovo modello di welfare quanto di decostruirlo lentamente lasciando ad esso ciò che rimane.

Infine, anche nei riguardi della delocalizzazione del sistema di welfare, l'enfasi posta sul federalismo e la devoluzione si è correlata con la libertà riconosciuta agli enti locali (in primo luogo alle regioni) di decidere le forme e gli strumenti attraverso i quali garantire alcune tutele pubbliche, mantenendo al governo centrale una semplice funzione di coordinamento e guida.

Si tratta, in ambedue i casi, di processi non lineari che presentano forti contraddizioni interne e effetti inattesi, con pacchetti di politiche non necessariamente coerenti tra loro, ma aderenti alle

²²⁶ Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali 2001. *Libro bianco sul mercato del lavoro in Italia*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, pp.32-33.

²²⁷ Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali 2003. *Il libro bianco sul welfare*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, p. 15. www.welfare.gov.it

²²⁸ Ibid.

priorità che volta a volta ogni governo ha individuato e scelto sulla base della propria conoscenza dei problemi o della propria selezione opportunistica. Sembra, dunque, più corretto parlare di mix di politiche restrittive, espansive o di ricerca di consenso che tendono ora verso un versante ora verso l'altro.

In un'ottica di medio e lungo periodo, tuttavia, le diverse configurazioni di welfare che emergono dai cambiamenti istituzionali e di policies avviati nel decennio 1994-2004 possono essere interpretati in termini di continuità o discontinuità con il passato o meglio di grado di innovazione rispetto al tradizionale modello di *welfare capitalism* italiano. In tal senso sembrerebbero assai più innovative le forme di welfare integrato, territoriale, professionalizzato e concertato introdotte (almeno parzialmente) dai governi di centro-sinistra, piuttosto che le forme di welfare segmentato, localistico, corporativo, non concertato volute dai governi di centro-destra, poiché quest'ultime risultano più simili ai tratti consueti delle politiche sociali italiane quasi a conferma di dinamiche di lungo periodo in grado di resistere al trascorrere del tempo.

Ciò significa che anche in Italia, come nella maggior parte dei paesi europei, si registrerebbe nella seconda metà degli anni novanta un "rinnovamento limitato" della politica sociale ma anche un suo "radicamento" conseguente all'operato dei governi di centro-sinistra, mentre l'oscillazione dal centro-sinistra alla destra populista avrebbe provocato, alla fine del decennio, un contraccolpo capace di portare all'indietro il pendolo del welfare verso modelli già sperimentati di protezione selettiva o riduttiva.

Lo scenario attuale

E' nel quadro sopra delineato che occorre leggere la grande crisi economica che investe i paesi occidentali a partire dal 2008 e che in Italia porta ad un radicale ridimensionamento della spesa sociale che va ad operare su un tessuto già logorato dalle scelte normative precedenti, soprattutto nell'ambito universitario e dei servizi alla persona.

Il settore degli studi superiori risulta, alla fine del primo decennio del duemila, oberato dalle reiterate riforme avviate dai governi che si sono succeduti in questo periodo, la cui mancata regolazione ha permesso scelte non sempre oculate da parte delle singole sedi universitarie, sia in termini di offerta formativa, sia di costi economici per sostenerla. Nello specifico, proprio la mancata riorganizzazione delle occupazioni del sociale, assieme alla regolazione del solo settore delle professioni sanitarie, ha creato un evidente dislivello tra le due aree, lasciando inalterate ed anzi peggiorando le modalità di formazione delle occupazioni che si muovono nell'ambito dei servizi alla persona. La formazione universitaria del profilo dell'assistente sociale, ad esempio, ha risentito sia delle ripetute modifiche della normativa universitaria, sia degli interessi, non ben indirizzati, delle università pubbliche interessate ad espandere la propria offerta formativa in un settore che si riteneva in espansione. Da questo punto di vista, la dilatazione del numero dei corsi di laurea e l'incremento del numero degli assistenti sociali laureati nel decennio (peraltro con evidenti differenze territoriali) non hanno contribuito a modellare in termini effettivamente innovativi una professione sociale che, nata all'inizio del secolo, ha trovato un vero riconoscimento istituzionale solo a partire dagli anni ottanta del Novecento. Allo stesso modo, il profilo dell'educatore professionale, codificato a livello universitario solo per l'area sanitaria e quindi di competenza delle facoltà di medicina, ha lasciato aperto il tema della sua armonizzazione con la figura più pedagogica dell'educatore formata all'interno delle facoltà umanistiche.

Per quanto attiene il settore dei servizi sociali, alla domanda quali miglioramenti si siano realizzati grazie all'introduzione della Legge 328/2000, intesa come la prima vera riforma statale realizzata in Italia dopo la Legge Crispi del 1890, la risposta appare unanimamente negativa. "La

legge – ha scritto di recente Gori – non ha raggiunto il suo obiettivo dichiarato di cambiamento strutturale (...). Non ha prodotto una crescita sostanziale nell’offerta dei servizi alla persona, non ha assicurato la presenza di una base minima di interventi comune a tutti i cittadini e non ha attivato alcuna delle necessarie azioni di ridisegno del sistema (la riforma delle prestazioni monetarie d’invalidità, l’introduzione del reddito minimo ecc.)”²²⁹. Poca importa, ai nostri fini, che ciò sia dovuto alla mancata volontà di applicazione da parte dei governi che si sono succeduti nel decennio, alle difficoltà insite nel federalismo avviato con la Riforma del Titolo V della Costituzione o alla debolezza della stessa norma che si presenta come una legge quadro priva della necessaria chiarezza o incisività sul piano dei finanziamenti, su quello degli obiettivi concreti da raggiungere e della delle condizioni necessarie per il loro buon esito. Ciò che rileva è che il progetto di professionalizzazione insito nella Legge 328 è rimasto del tutto disatteso e che anzi, con la maggiore flessibilità introdotta nel mercato del lavoro italiano mediante le norme varate in tal senso, le caratteristiche occupazionali del settore sono peggiorate con una perdita dei posti di lavoro garantiti a favore di aree crescenti di occupazione marginale. Né molto è cambiato in termini di maggiore presenza di uomini in un settore che appare prevalentemente femminile, né di maggiore utilizzo di tecnologie nei servizi alla persona, mentre la presenza di forza lavoro immigrata risulta indubbiamente in crescita sia nelle dimensioni più informali del lavoro (le badanti), sia in quelle considerate di minor valore.

L’insieme di questi andamenti, che si discostano notevolmente da quanto prospettato a livello europeo, soprattutto se letti nell’ottica del contenimento del debito pubblico reso necessario dalla crisi internazionale degli ultimissimi anni, rende la situazione italiana estremamente difficile e soprattutto ancorata ad un modello residuale o al massimo meritocratico dello stato sociale. Né consola il fatto che in alcune regioni italiane, soprattutto, del centro-nord, lo sforzo di attuazione della legge 328 abbia avviato un cambiamento positivo con l’introduzione dei Piani di Zona, la realizzazione della riforma annosa delle Ipab e le norme sui requisiti minimi strutturali ed organizzativi per l’autorizzazione delle strutture residenziali e semi-residenziali. Il rischio, infatti, è che, in mancanza di una normativa nazionale sui livelli minimi di assistenza, che tarda a venire, e in una logica di federalismo sempre più avanzato, i vincoli di bilancio introdotti dalla crisi internazionale servano di fatto a diminuire e forse a demolire anche l’impatto culturale che la Legge 328 ha comunque avuto sul paese.

Stante questo quadro, la discussione sulla ridefinizione dei profili occupazionali dell’assistente sociale, dell’educatore e dell’operatore soci sanitario non può non tenere conto dei cambiamenti strutturali e culturali che si sono determinati nell’ultimo decennio, così come le proposte di maggiore professionalizzazione ed eventuale istituzionalizzazione di ciascuno di essi non possono andare oltre i limiti posti dalle compatibilità economiche del settore.

Nell’ottica di Elias, proprio grazie alla situazione di grande trasformazione che il settore dei servizi alla persona sta vivendo e grazie all’analisi dei problemi che risultano ancora irrisolti, si può cogliere sia il precedente iter di debole o mancata professionalizzazione delle occupazioni del sociale, sia le possibilità future di cambiamento.

La professionalizzazione fra prassi contrattuali e ambiente istituzionale

Questa parte dell’indagine ha esaminato la relazione tra condizione lavorativa ed ambiente istituzionale nell’ottica della professionalizzazione che ha interessato le tre figure professionali prese in esame, l’educatore professionale, l’assistente sociale e l’operatore socio-sanitario. Il percorso della ricerca si è snodato in tre direzioni:

²²⁹ Cfr. Gori C., A dieci anni dall’approvazione della l.328, in *Prospettive sociali e sanitarie*, n.1, pp.2-9.

- 1) La ricostruzione dello stato del dibattito. Le teorie sociologiche neo-istituzionaliste sostengono che il clima organizzativo può avere un'influenza sullo svolgimento della prestazione lavorativa.
- 2) L'analisi documentale dei contratti che regolamentano i rapporti di lavoro tra le tre figure professionali e il datore di lavoro. L'indagine ha riguardato il contratto collettivo nazionale per il comparto delle regioni e delle autonomie locali e quello per le cooperative sociali, integrati da regolamenti contrattuali specifici mostrati di volta in volta dalle parti coinvolte nell'indagine.
- 3) La somministrazione di un questionario semistrutturato agli operatori che hanno partecipato ai focus groups al fine di indagare la loro percezione del ruolo agito. Parallelamente sono stati intervistati i coordinatori degli otto Ambiti territoriali coinvolti nella ricerca sempre sulla dimensione contrattuale della condizione lavorativa.

I risultati relativi alla dimensione contrattuale hanno mostrato che negli ultimi anni si sono diffuse nuove prassi organizzative e contrattuali caratterizzate dalla compresenza di attori pubblici e del privato sociale. Pertanto, accanto alla condizione di operatori sociali legati all'Ambito da un contratto collettivo nazionale – benché scaduto dal 31.12.2005 – si affianca la posizione di altri operatori dipendenti di importanti cooperative marchigiane il cui rapporto di lavoro è disciplinato sempre dalla contrattazione collettiva nazionale riguardante la cooperazione sociale. In questo quadro si sono delineate prassi contrattuali insolite: in due Ambiti territoriali su otto anche il rapporto di lavoro degli operatori dell'ente pubblico è regolamentato non dal contratto collettivo nazionale del comparto delle regioni e delle autonomie locali, bensì da contratti atipici. In un primo caso, le tre figure in esame sono legate da un contratto di collaborazione esterna (pertanto, gli operatori sono dei veri e propri liberi professionisti titolari di partita Iva); nella seconda ipotesi, la prestazione lavorativa è oggetto di un contratto di appalto tra la cooperativa e l'Ambito, per cui il prestatore è dipendente della cooperativa e non dell'ente territoriale. È stato già evidenziato nella prima parte della ricerca come sia molto diffuso il ricorso al contratto a tempo indeterminato ma parziale, il cosiddetto part-time, che consente ai datori di lavoro un considerevole risparmio economico.

Inoltre, va sottolineato che la differenziazione delle prassi contrattuali incide sulle procedure di selezione. Infatti, se è vero che formalmente vengono richiesti analoghi requisiti professionali – nel rispetto di quei criteri di selezione maggiormente diffusi rispetto a queste tre figure professionali – è anche vero che la suddetta differenziazione si proietta sulla dimensione procedurale: infatti, nei contesti in cui l'operatore sociale è chiamato a svolgere la propria prestazione alle «dipendenze» dell'Ambito egli sarà selezionato mediante una procedura concorsuale pubblica (quindi secondo le norme di diritto pubblico); di contro, laddove l'assistente sociale, oppure l'educatore professionale o l'operatore socio-sanitario è chiamato a svolgere la propria prestazione per l'Ambito ma sulla base di un contratto di lavoro di collaborazione esterna oppure di un contratto con la cooperativa che gestisce il servizio, la procedura selettiva non sarà di diritto pubblico, bensì di diritto privato, quindi i prestatori non saranno selezionati tramite concorso pubblico, ma tramite colloquio e valutazione dei titoli e delle competenze da parte dei responsabili della cooperativa.

I risultati relativi alla dimensione ambientale hanno mostrato che sono diffusi modelli organizzativi e decisionali nuovi con una chiara impronta multidisciplinare ed integrata che stimola il coinvolgimento degli operatori nella fase della costruzione strategica degli interventi, ma soprattutto della implementazione delle politiche.

Nel momento in cui intrecciamo queste due dimensioni e analizziamo le risposte fornite dagli operatori emergono con maggior chiarezza gli snodi problematici della condizione lavorativa di assistenti sociali, educatori professionali ed operatori socio sanitari.

Su un campione di 84 partecipanti agli 8 focus groups il 51,2% risponde che esiste corrispondenza tra il ruolo agito e quello definito contrattualmente; mentre il 31% risponde negativamente e l'8,3% non risponde. Resta un 9,5% che fornisce una risposta dal contenuto semantico vago: "abbastanza".

Emerge una duplicità semantica del concetto di «tempo indeterminato». Se è vero che su un campione di 84 partecipanti solo 11 sono legati al datore di lavoro da un contratto a tempo determinato, è altrettanto vero che la percezione della propria posizione contrattuale all'interno della dimensione organizzativa varia a seconda che si tratti di un ente pubblico o privato: anche quegli operatori che svolgono la prestazione lavorativa sulla base di un contratto a tempo indeterminato con una cooperativa avvertono la precarietà della loro posizione condizionata dalla vigenza della convenzione tra l'Ambito e il loro datore di lavoro e dal suo rinnovo negli anni. Il timore è legato anche alla consapevolezza della flessibilità e della dinamicità del mercato del lavoro che in questi anni ha conosciuto il moltiplicarsi e la specializzazione dell'offerta da parte del mondo della cooperazione sociale. Specularmente, questo mutamento è visto positivamente dagli Ambiti perché fornisce loro strumenti di adattamento del servizio alle loro esigenze in termini di prestazione e di risparmio economico.

La percezione del ruolo agito da parte dei dipendenti delle cooperative è sofferto laddove questi sono chiamati ad interagire con gli operatori dell'Ambito di cui avvertono una posizione contrattuale e ambientale più stabile e, pertanto, caratterizzata dalla possibilità di sviluppi professionali più soddisfacenti.

Rispetto all'ambiente organizzativo, anche qui la condizione lavorativa si proietta sulla percezione del contesto in cui l'operatore svolge servizio. Alla domanda se l'ambiente influenza la prestazione di lavoro la maggioranza del campione, il 64% risponde affermativamente e solo il 19% risponde negativamente, mentre il 17% non risponde alla domanda. Ciò che appare più interessante è la diversa portata che viene attribuito al fattore ambientale, diversificazione connessa, ancora una volta, alla dimensione contrattuale. Se, infatti, per i dipendenti dell'Ambito la diffusione di nuovi modelli decisionali ed organizzativi sono maggiormente stimolanti nell'ottica di una partecipazione attiva ai processi di elaborazione delle strategie di intervento secondo una logica integrata e multidisciplinare, gli operatori dipendenti delle cooperative vivono l'influenza dell'ambiente non come un'opportunità, ma come una restrizione della propria sfera professionale e come un ostacolo al raggiungimento di un più alto grado di soddisfazione lavorativa.

Le prospettive del lavoro nel sociale

La complessità dei problemi messi in luce da questa ricerca rimanda a quattro dinamiche principali che definiscono le prospettive del lavoro nel sociale.

La prima è l'evoluzione del quadro istituzionale – nazionale, regionale e locale - e delle politiche realizzate. Sono queste scelte che portano a definire i contesti organizzativi in cui si forniscono i servizi sociali, con un'influenza immediata sul lavoro degli operatori e sulla capacità di soddisfare i bisogni sociali.

La seconda dinamica riguarda le risorse disponibili per i servizi sociali, che sono sempre state limitate – specie se confrontate ad altri paesi europei – e che ora registrano una riduzione significativa. Questo restringe lo spazio per cambiamenti negli assetti istituzionali e nelle politiche e aggrava la pressione sulla riduzione dei costi e dei servizi, che si ripercuote sulle organizzazioni impegnate nel sociale e sul lavoro svolto.

La terza dinamica riguarda le organizzazioni – sia pubbliche che di terzo settore – attive nei servizi sociali. Essa viene influenzata dagli assetti istituzionali e normativi definiti dalle politiche

e dalle dimensioni delle risorse disponibili, ma riflette anche le capacità di progettazione delle attività sociali, di integrazione delle reti dei servizi, di valorizzazione delle risorse sociali presenti nelle comunità, di impiego del lavoro in modo da favorire la crescita delle competenze e la qualità dei servizi, di corretta gestione del personale, di amministrazione efficiente ed efficace delle attività sociali.

La quarta dinamica riguarda gli operatori dei servizi sociali – sia nel pubblico che nel terzo settore – il cui lavoro è condizionato direttamente dalle dinamiche precedenti, in termini normativi, contrattuali, salariali, per le competenze, i percorsi formativi e i profili professionali esistenti, e nelle forme di organizzazione e realizzazione delle attività. In più, gli operatori si trovano in prima linea di fronte ai bisogni dei territori e ad una domanda sociale in rapida evoluzione.

Le prospettive del lavoro nel sociale sono il risultato di questo complesso intreccio di dinamiche a più livelli. Se sul lavoro – sulla sua quantità e qualità – si scaricano le pressioni e i vincoli che vengono dalle politiche e dalle risorse disponibili, dagli assetti organizzativi del pubblico e del terzo settore, proprio l'attività degli operatori resta il cuore della prestazione dei servizi sociali. Le capacità, competenze e motivazioni degli operatori possono influenzare positivamente – e l'hanno già fatto in passato – l'evoluzione dei servizi, delle organizzazioni e delle politiche, con l'obiettivo di dare risposte migliori ai bisogni e ai disagi espressi dalla società.

Bibliografia

- Ascoli U., Ranci C. (2003) (a cura di), *Il Welfare mix in Europa*, Carocci Editore, 2003
- Bauman Z. (2008) *La solitudine del cittadino globale*, Feltrinelli, 2008
- Bauman Z. (2007) *Lavoro, consumismo e nuove povertà*, Città Aperta Edizioni, 2007
- Belligoni M., Ricci S. (2010)(a cura di) *Attività, esiti e prospettive dei lavori della Cabina di Regia regionale per l'integrazione socio – sanitaria*. Agenzia Regionale Sanitaria. Regione Marche
- Bifulco L., Cementeri L. (2007), *La partecipazione nei Piani sociali di zona: geometrie variabili di governance locale*”, *Stato e Mercato* n.80, agosto 2007
- Bissolo G., Fazzi L. (2007), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria*, Carocci, 2007
- Bonoli G (2007) *Time matters. Postindustrialization, New Social Risks, and Welfare State Adaptation in Advanced Industrial Democracies*. *Comparative Political Studies* 40 (5): 495-520
- Campanini A. (a cura di), 2009, *Scenari di welfare e formazione al servizio sociale in un'Europa che cambia*, Unicopli, Milano
- Casadei S., 2006, *Governance e lavoro: le professioni sociali nei sistemi di welfare*, Relazione presentata al Convegno Nazionale dell'Associazione Italiana di Sociologia Professionale, Roma, 1 dicembre 2006.
- Castegnaro C., (a cura di), *I sistemi informativi per il sociale*, *I quid* N. 8, *Prospettive sociali e sanitarie* 2010
- Cesari M. (2005) *I servizi sociali. Il nuovo ruolo dei Comuni nella organizzazione e gestione del sistema integrato di welfare*, Maggioli 2005
- Christensen T., Fimreite A.L, Læg Reid P. (2007) *Reform of the employment and welfare administrations – the challenges of co-coordinating diverse public organizations*, *International Review of Administrative Sciences*, vol. 73 no. 3 389-408
- Coordinamento Tecnico Interregionale per le Politiche Sociali, *Occupazione e professioni nel settore dei servizi sociali. Indagine sulle regioni italiane*, Progetto finanziato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Responsabile: Regione Veneto, Novembre 2010
- Donolo C. (2006) (a cura di), *Il futuro delle politiche pubbliche*, Bruno Mondadori, 2006
- Facchini C., (a cura di), 2010, *Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetti del welfare*, il Mulino, Bologna.
- Federici A., Lussu A., Tortorelli M. (2006) *La relazione e l'operatore socio-sanitario*, Carocci, 2006

Fondazione IRISO, Analisi multidimensionale dei profili professionali e predisposizione di una proposta progettuale di riordino, Report d'indagine finale, 18 dicembre 2009

Formez (a cura di), *Il lavoro nel settore dei servizi sociali e nelle professioni sociali*, Ministero della Solidarietà sociale, Roma, Febbraio 2009

Genova, A. (2008) Integrated services in activation policies in Finland and in Italy: a critical appraisal. In "Social Policy and Society" 7, 3, pp. 379-92.

Genova A., Palazzo F. (2008) (a cura di) *Il Welfare nelle Marche. Attori, strumenti, politiche*, Carocci, 2008

Istat (2009) *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati - Anno 2006*
http://www.istat.it/dati/dataset/20090817_00/ (maggio 2010)

Kazepov Y., Carbone D. (2007) *Che cos'è il welfare state*. Carocci, 2007

Lødemel I, Trickey H (eds) (2000) *An offer you can't refuse*. Policy Press, Bristol

Lunaria (2009), *Il lavoro nel settore dei servizi sociali e le professioni sociali*, Rapporto CNR-IRPPS. Ministero della Solidarietà sociale, Roma, Febbraio 2009

On-line: <http://www.lavoro.gov.it/NR/ronlyres/DC23026E-0408-4121-A994-B6B2CC6B6270/0/CNRRapportoProfessioniSocialiFinale.pdf>

Marano A., "Lavoro e professioni sociali. Un esempio di coordinamento aperto da parte dell'autorità centrale in un contesto federalista", in "Aretè", n. 3/2009, pp. 53-64, Editore: Agenzia per le Onlus / Maggioli.

Marano A., La costruzione del sistema informativo sociale, in Castegnaro C., (a cura di), *I sistemi informativi per il sociale*, I quid N. 8, Prospettive sociali e sanitarie 2010, pp. 17-28

Mauri L. (2007), *Il sistema informativo sociale. Una risorsa per le politiche pubbliche di welfare*, Carocci, 2007

Paci M. (2008) (a cura di) *Welfare locale e democrazia partecipativa*, il Mulino, 2008

Regione Marche - P.F. Sistema Informativo Statistico (2006) Report-Marche - *La riforma dei servizi sociali nelle Marche – situazione e prospettive. Il finanziamento e la spesa*

On-line:

http://www.sistar.marche.it/html/statistiche/Pubblicazioni/Reports/report_index.htm (Maggio 2010)

Regione Marche (2008) *Sistema Informativo Sociale Regionale. Linee Guida per l'implementazione dei Sistemi Informativi Gestionali di ATS e per lo sviluppo del Sistema Informativo Sociale Regionale. Allegato 2 Nomenclatore regionale dei servizi sociali: interventi, strutture e trasferimenti in denaro.*

Saraceno C, (2005) *I livelli essenziali di assistenza nell'assetto federale italiano*, Reforme Associazione

On-line: [www.reforme.it/federalismo/contributo Chiara Saraceno.pdf](http://www.reforme.it/federalismo/contributo_Chiera_Saraceno.pdf) (Giugno 2008)

Tartari M.E., Il Nomenclatore Interregionale dei Servizi e degli interventi sociali, in *Servizi Sociali Oggi* – febbraio 2010

Todd D., *Social networking mapping*, in W.R. Curtis, *The future use of social networks in mental health*, Boston, Social Matrix Inc., 1979

Van Berkel R, Hornemann Moller I (2002) *Active social policies in the EU. Inclusion through participation?* Bristol, Policy Press

Vicarelli G. (2005) (a cura di), *Il malessere del welfare*, Liguori, 2005

Vicarelli G. (2007) (a cura di), *Donne e professioni nell'Italia del Novecento*, Il Mulino, 2007

Vicarelli G., Per una analisi storico-comparata della professione medica, di prossima pubblicazione in *Stato e Mercato* 2010

Appendice

Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali

Direzione Generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e monitoraggio della spesa sociale

PROGETTO DI RICERCA SUL SISTEMA LOCALE DEI SERVIZI SOCIALI **“Il lavoro nel settore dei servizi sociali e le professioni sociali”**

QUESTIONARIO RELATIVO A ORGANIZZAZIONI PUBBLICHE O PRIVATE (PROFIT O NON PROFIT) OPERATIVE NELL'EROGAZIONE DI SERVIZI

ATS (Ambito Territoriale Sociale) di riferimento

Organizzazione di appartenenza (Indicare lo status giuridico. Es: Comune, Consorzio, Cooperativa sociale, istituzione privata, società etc...)

Titolare dell'intervista: Nome e Cognome

Ruolo:

Funzione svolta (Es. Direzionale, Amministrativo, Coordinamento, Erogazione servizi ecc.)

Indirizzo:

Telefono e fax:

E-Mail:

Nel seguente questionario con la dicitura “servizi sociali” si intendono tutti i servizi di tipo socio-assistenziale, socio-educativo e socio-sanitario

A IL LAVORO NELLA SUA ORGANIZZAZIONE

A1. INDICHI QUANTO **PERSONALE**, QUANTI **STAGISTI E VOLONTARI**, RISULTANO **IN SERVIZIO** NELLA SUA ORGANIZZAZIONE PER IL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI NELL'ATS CONSIDERATO

NOTA PER LA COMPILAZIONE: Indichi il valore assoluto
Indichi i dati al 31.12. 2008

	FULL TIME		PART TIME		TOTALE	
	M	F	M	F	M	F
PERSONALE DIPENDENTE						
PERSONALE CON CONTRATTI ATIPICI (co.co.pro. , interinali ecc)						
VOLONTARI E STAGISTI						
ALTRO (specificare)						
TOTALE						

A2. INDICHI, PER OGNI **AREA DI INTERVENTO**, QUANTO **PERSONALE** RISULTA EFFETTIVAMENTE **IN SERVIZIO** NELLA SUA ORGANIZZAZIONE PER IL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI NELL'ATS CONSIDERATO

NOTA DI COMPILAZIONE: Indichi il valore in equivalente tempo pieno (1=full time, 0,5 =part time)
Indichi i dati al 31.12. 2008

		Funzioni di direzione o amministrative	Famiglia e Minori	Anziani	Disabili	Altro				TOTALE
						Dipendenze	Immigrati e nomadi	Povertà - disagio adulti e senza fissa dimora	Altre tipologie di utenza specificare	
PERSONALE DIPENDENTE	M									
	F									
PERSONALE CON CONTRATTI ATIPICI (co.co.pro. , interinali ecc)	M									
	F									
VOLONTARI E STAGISTI	M									
	F									
ALTRO (specificare)	M									
	F									

A3. INDICHI IL **TITOLO DI STUDIO** DEL PERSONALE CHE RISULTA IN SERVIZIO NELLA SUA ORGANIZZAZIONE PER IL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI NELL'ATS CONSIDERATO

NOTA DI COMPILAZIONE: Indichi il valore assoluto in equivalente tempo pieno (1=full time, 0,5 =part time)
Indichi i dati al 31.12. 2008

	LAUREA O TITOLO SUPERIORE		DIPLOMA		FORMAZIONE PROFESSIONALE		SCUOLA DELL'OBBLIGO		ALTRO (SPECIFICARE)		TOTALE	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
PERSONALE DIPENDENTE												
PERSONALE CON CONTRATTI ATIPICI (co.co.pro. , interinali ecc)												
VOLONTARI E STAGISTI												
ALTRO (specificare)												
TOTALE												

A4. INDICHI IL NUMERO DI PERSONE IN SERVIZIO PER IL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI NELLA SUA ORGANIZZAZIONE CHE SVOLGONO ALMENO UNA DELLE FUNZIONI IN ELENCO NELL'ATS CONSIDERATO

NOTA PER LA COMPILAZIONE: Indichi il valore assoluto in equivalente tempo pieno (1=full time, 0,5 =part time)
Indichi i dati al 31.12. 2008

Es. 1 uomo part time con funzione di amministrazione, 1 donna a full time che si occupa di progettazione, 1 uomo a full time e 1 donna a part time che si occupano dell'erogazione dei servizi

	TOTALE	
	M	F
MANAGERIALE DIRIGENZIALE, PROGRAMMAZIONE, PROGETTAZIONE, VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI		1
AMMINISTRAZIONE	0,5	
EROGAZIONE DI SERVIZI	1	0,5

FUNZIONI	TOTALE	
	M	F
MANAGERIALE DIRIGENZIALE, PROGRAMMAZIONE, PROGETTAZIONE, VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI		
AMMINISTRAZIONE		
COORDINAMENTO (AREE DI INTERVENTO, ORGANIZZATIVO INTERNO, DI ALTRE ORGANIZZAZIONI EROGATRICI DI SERVIZI SOCIALI)		
EROGAZIONE DI SERVIZI		
ALTRO (ES. INIZIATIVE PER LA COMUNICAZIONE ESTERNA, CONVEGNI, PUBBLICAZIONI, PORTALE, SISTEMA INFORMATIVO, ECC.)		
TOTALE		

A5. INDICHI IL **TOTALE DELLA SPESA PER LA RETRIBUZIONE DEL PERSONALE** CHE RISULTA IN SERVIZIO NELLA SUA ORGANIZZAZIONE PER IL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI NELL'ATS CONSIDERATO

NOTA DI COMPILAZIONE: Indicare il valore lordo per il totale della spesa per il personale
Per favore indichi i dati al 31.12. 2008

SPESA IN EURO PER LA RETRIBUZIONE DEL PERSONALE IN SERVIZIO PER SERVIZI SOCIALI	Euro
---	------

A6. INDICHI IL VALORE DELLA RETRIBUZIONE PIU' ALTA E DI QUELLA PIU' BASSA (mensile full time) PER IL PERSONALE DIPENDENTE O CON CONTRATTI ATIPICI (co.co.pro., interinali, etc...) CHE RISULTA IN SERVIZIO NELLA SUA ORGANIZZAZIONE PER IL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI NELL'ATS CONSIDERATO

NOTA PER LA COMPILAZIONE: Indicare il valore lordo
Per favore indichi i dati al 31.12. 2008

VALORE DELLA RETRIBUZIONE PIU' ALTA (mensile - equivalente tempo pieno)	Euro
--	------

VALORE DELLA RETRIBUZIONE PIU' BASSA (mensile - equivalente tempo pieno)	Euro
---	------

B PROFILI PROFESSIONALI

B1. CON RIFERIMENTO ALLE ATTIVITA' PREVALENTEMENTE SVOLTE, INDICHI LA PRESENZA DI PROFILI PROFESSIONALI IN ELENCO TRA IL PERSONALE DIPENDENTE O CON CONTRATTI ATIPICI IN SERVIZIO* PRESSO LA SUA ORGANIZZAZIONE PER QUANTO RIGUARDA I SERVIZI SOCIALI NELL'ATS CONSIDERATO

*NB: si riferisce solo al personale con rapporto contrattuale diretto con la vostra organizzazione

NOTA DI COMPILAZIONE: Indichi il valore assoluto in equivalente tempo pieno (1 per il full time, 0,5 per il part time)
Indichi i dati al 31.12. 2008

		TOTALE	
		M	F
1	Sociologi		
2	Psicologi		
3	Pedagogisti		
4	Assistenti sociali di cui:		
4,1	Assistenti sociali con laurea specialistica		
	di cui con funzione di coordinamento		
4,2	Assistenti sociali con laurea triennale		
	di cui con funzione di coordinamento		
5	Educatori di cui:		
5,1	Educatori professionali sanitari (operatori della riabilitazione etc.)		
5,2	Educatori in ambito sociale (educatori di comunità, educatori di asili nido e centri per l'infanzia, etc.)		
6	Operatori per l'infanzia e l'handicap (assistenti all'infanzia, assistenti scolastici per l'handicap, non in possesso di specifico titolo di studio)		
7	Animatori socio-culturali		
8	Operatori della mediazione culturale (e operatori dei centri di accoglienza		
9	Addetti ai servizi di assistenza alla persona di cui:		
9,1	Operatori socio-santari (OSS)		
9,2	Addetti all'assistenza alla persona in servizi e strutture (ADEST, OSA, OTA, ASA, ASS, AdB,...)		
9,3	Assistenti familiari (assistenti geriatriche, badanti, addetti all'assistenza a domicilio)		
10	Altri operatori, specificare (operatori di strada, mediatori familiari, etc.)		

B2. INDICHI QUALI DEI SEGUENTI **CONTRATTI NAZIONALI** SI APPLICANO NELLA SUA ORGANIZZAZIONE E IL NUMERO DI PERSONE CORRISPONDENTI

CONTRATTI	NUMERO DI PERSONE
CCNL ANASTE <i>CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO PER IL PERSONALE DIPENDENTE DALLE REALTA' DEL SETTORE SOCIO-SANITARIO-ASSISTENZIALE-EDUCATIVO</i>	
CCNL Dip. Aziende Servizi pubblici - Cultura – Turismo - Sport - Tempo Libero	
CCNL Lavoro domestico	
CCNL Anpass <i>ASSOCIAZIONE NAZIONALE PUBBLICHE ASSISTENZE</i>	
CCNL UNEBA <i>UNIONE NAZ. ISTITUZIONI ED INIZIATIVE DI ASSISTENZA SOCIALE</i>	
CCNL AIAS <i>ASSOCIAZIONE ITALIANA ASSISTENZA SPASTICI</i>	
CCNL ANFFAS <i>ASSOCIAZIONE NAZIONALE FAMIGLIE DI FANCIULLI E ADULTI SUBNORMALI</i>	
CCNL Coop. Servizi Socio-Sanitari e Educativi <i>COOP - COOPERATIVE SOCIALI CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO PER LE LAVORATRICI E I LAVORATORI DELLE COOPERATIVE DEL SETTORE SOCIO-SANITARIO ASSISTENZIALEEDUCATIVO E DI INSERIMENTO LAVORATIVO</i>	
CCNL Dip. Misericordie <i>MISERICORDIE - CONFEDERAZIONE NAZIONALE MISERICORDIE D'ITALIA</i>	
CCNL Personale SSN <i>CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO DEL COMPARTO DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PARTE NORMATIVA</i>	
C.C.N.L. Commercio e Terziario	
ALTRO (SPECIFICARE)	

C ANALISI E VALUTAZIONE RISPETTO AL FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI

PER CIASCUN ASPETTO DI SEGUITO RIPORTATO INDICHI IL **LIVELLO DI CRITICITÀ** DA LEI RICONTRATO ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA IN CUI LEI OPERA

NOTA PER LA COMPILAZIONE: inserisca una sola **X** nella casella opportuna per ogni voce

Il personale

a Scarso livello di formazione del personale in entrata

1	2	3	4
Minima/nulla criticità	Bassa criticità	Alta criticità	Massima criticità

b Mancanza di formazione continua del personale

1	2	3	4
Minima/nulla criticità	Bassa criticità	Alta criticità	Massima criticità

c Inadeguatezza della competenza del personale

1	2	3	4
Minima/nulla criticità	Bassa criticità	Alta criticità	Massima criticità

d Scarsa flessibilità del personale

1	2	3	4
Minima/nulla criticità	Bassa criticità	Alta criticità	Massima criticità

e Scarsità del personale a disposizione

1	2	3	4
Minima/nulla criticità	Bassa criticità	Alta criticità	Massima criticità

f Scarsa motivazione del personale

1	2	3	4
Minima/nulla criticità	Bassa criticità	Alta criticità	Massima criticità

g Eccessiva mobilità in uscita del personale

1	2	3	4
Minima/nulla criticità	Bassa criticità	Alta criticità	Massima criticità

h Inadeguatezza delle prospettive di carriera

1	2	3	4
Minima/nulla criticità	Bassa criticità	Alta criticità	Massima criticità

Gli utenti

i Utenza in continuo aumento

1	2	3	4
Minima/nulla criticità	Bassa criticità	Alta criticità	Massima criticità

l Nuove tipologie di utenza

1	2	3	4
Minima/nulla criticità	Bassa criticità	Alta criticità	Massima criticità

m Difficoltà a raggiungere utenza potenziale

1	2	3	4
Minima/nulla criticità	Bassa criticità	Alta criticità	Massima criticità

n Difficoltà a strutturare relazioni durature con gli utenti del servizio

1	2	3	4
Minima/nulla criticità	Bassa criticità	Alta criticità	Massima criticità

L'organizzazione

o Alto livello di Burocrazia

1	2	3	4
Minima/nulla criticità	Bassa criticità	Alta criticità	Massima criticità

p Inadeguata consultazione dei diversi soggetti
interessati

1	2	3	4
Minima/nulla criticità	Bassa criticità	Alta criticità	Massima criticità

q Eccessivo accentramento dei poteri di decisione

1	2	3	4
Minima/nulla criticità	Bassa criticità	Alta criticità	Massima criticità

Il lavoro

r Eccessiva precarietà del lavoro

1	2	3	4
Minima/nulla criticità	Bassa criticità	Alta criticità	Massima criticità

s Elevata conflittualità sindacale

1	2	3	4
Minima/nulla criticità	Bassa criticità	Alta criticità	Massima criticità

t Elevata conflittualità interpersonale

1	2	3	4
Minima/nulla criticità	Bassa criticità	Alta criticità	Massima criticità