



*Università degli Studi di Padova*

# **Attività e professionalità nel settore veneto dei Servizi Socio-assistenziali**

**Osservatorio  
sul Mercato Locale del Lavoro  
dell'Università degli Studi di Padova**

**Progetto PHAROS**

*(Pursuing Home-market Accessibility and Raise of Occupational Standing)*

**Quaderno PHAROS n. 17/2010**

Prima edizione: febbraio 2010

© Copyright 2006 by CLEUP sc

“Coop. Libreria Editrice Università di Padova”

Via G. Belzoni 118/3– Padova (Tel. 049/650261)

Tutti i diritti di traduzione, riproduzione e adattamento  
totale e parziale, con qualsiasi mezzo (comprese le copie fotostatiche e i microfilm)  
sono riservati.

# INDICE

<b>1. Caratteristiche e bisogni della popolazione italiana</b>	<b>7</b>
1.1 La popolazione italiana: caratteristiche e composizione attuale	7
1.2 La transizione demografica: l'Italia nello scenario Europeo	12
<b>2. La riforma del settore Socio-assistenziale nel <i>welfare</i> italiano</b>	<b>17</b>
2.1 I confini del settore sociale: legge quadro di riordino (L.328/2000)	17
2.2 Lo scenario di applicazione della Riforma 328/2000: il welfare nazionale e veneto	18
<b>3. Il contributo economico nazionale e veneto per l'assicurazione socio-assistenziale</b>	<b>23</b>
<b>4. L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia e nel Veneto</b>	<b>33</b>
4.1 L'assistenza ai minori: disagi e strutture nel territorio nazionale e veneto	35
4.1.1 L'assistenza ai minori: chi se ne occupa?	38
4.2 L'assistenza agli adulti: disagi e strutture nel territorio nazionale e veneto	40
4.3 L'assistenza agli anziani disagi e strutture nel territorio nazionale e veneto	42
<b>5. La prima rilevazione censuaria delle istituzioni non profit in Italia: ISTAT 2001</b>	<b>45</b>
5.1 Le organizzazioni non profit: diffusione territoriale, attività e forma giuridica	47
5.2 Le risorse umane nelle organizzazioni non profit in Italia e Veneto	49
<b>6. L'indagine svolta dall'Osservatorio sul Mercato sul Mercato Locale del Lavoro</b>	<b>53</b>
6.1 Metodologia e tecniche di indagine	53
6.1.1 Enti e organizzazioni coinvolti nell'indagine	53
6.1.2 Strumenti di rilevazione utilizzati	60
6.2 Il comparto veneto dei Servizi Socio-assistenziali: principali risultati	62
6.3 Motivazioni e difficoltà del lavoro sociale: il parere degli intervistati	69
<b>7. Le professioni del settore dei servizi Socio-assistenziali: riferimenti normativi e profili</b>	<b>73</b>
7.1 La "professione sociale" (Decreto L. 112/98)	73
7.2 Le professioni sociali nello scenario nazionale	76
7.3 Il modello veneto	77
7.4 Le professioni sociali rilevate	79
7.4.1 Accompagnatore sociale dell'abitare	84
7.4.2 Animatore sociale	84
7.4.3 Insegnante della scuola d'infanzia	86
7.4.4 Assistente sociale	86

7.4.5	Educatore professionale	88
7.4.6	Esperto in gestione delle risorse umane	91
7.4.7	Formatore	91
7.4.8	Fund raising	92
7.4.9	Arte terapeuta	93
7.4.10	Il manager delle ONP	94
7.4.11	Mediatore familiare	95
7.4.12	Mediatore culturale o interculturale	96
7.4.13	Mediatore (esperto) per l'inserimento lavorativo	97
7.4.14	Operatore di strada	98
7.4.15	Operatore Socio Sanitario (OSS)	99
7.4.16	Responsabile della progettazione (di coordinazione e sviluppo)	101
7.4.17	Tecnico dei servizi sociali	102
7.5	Il volontario	103
<b>8.</b>	<b>Il <i>Counselor</i>: una figura sempre più ricercata</b>	<b>105</b>
<b>9.</b>	<b>Conclusioni</b>	<b>107</b>

## **Introduzione alla ricerca**

*La presente pubblicazione costituisce una tappa di un'attività che il Servizio Stage e Mondo del Lavoro dell'Università di Padova svolge da alcuni anni, con lo scopo di studiare e monitorare gli aspetti economici ed occupazionali di svariati settori lavorativi, in particolare del Nord-Est; questo "osservatorio" presta particolare attenzione ai profili professionali impiegati ed alle esigenze di professionalità manifestate dai responsabili aziendali.*

*Il volume illustra i risultati di un'indagine riferita al comparto dei servizi socio-assistenziali, che vede coinvolti enti ed organizzazioni varie, oltre a singoli cittadini che si prestano come volontari. Si tratta di un settore emergente e in continua trasformazione, perché le esigenze cambiano rapidamente in funzione dei mutamenti che intervengono nella società: invecchiamento della popolazione, crescente presenza di immigrati, impegni lavorativi di entrambi i genitori, che richiedono supporti crescenti per l'assistenza ai figli.*

*Quest'ultimo aspetto modifica profondamente anche i rapporti all'interno delle famiglie, nelle quali non è più dominante la figura paterna, ma vige sempre più la parità dei ruoli tra i genitori. La società, in definitiva, sta diventando sempre più complessa, e ciò produce nuove esigenze nel settore dei servizi dedicati al settore socio-assistenziale, richiedendo professionalità delle quali precedentemente non si avvertiva la necessità.*

*L'indagine è stata sviluppata con i metodi già utilizzati in altri casi: interviste a dirigenti ed operatori del settore per delineare i fabbisogni di professionalità in questo campo. Anche l'università è chiamata a fare la sua parte in questo contesto: l'offerta formativa di alcune facoltà universitarie tratta infatti argomenti collegati con questo settore lavorativo; si tratta, in particolare, delle Facoltà di Psicologia, Scienze della Formazione e Scienze Politiche.*

*Con la presente ricerca si confida di aver dato un contributo alla conoscenza di questo settore tipicamente non-profit e delle esigenze che ne derivano.*

**Alberto Mirandola**

Delega alle attività di stage, tirocinio ed alle politiche di raccordo con il mondo del lavoro



# **Attività e professionalità nel settore veneto dei Servizi Socio – assistenziali**

*Roberta Rosa, Gilda Rota<sup>1</sup>*

## **1. Caratteristiche e bisogni della popolazione italiana**

Il comparto dei Servizi Socio-assistenziali è composto da enti e organizzazioni che hanno lo scopo di garantire servizi che rispondono a dei bisogni espressi dalla popolazione. Sulla base di questa premessa, questa pubblicazione inizia con la descrizione delle particolarità che caratterizzano la popolazione italiana, quindi veneta, al fine di comprenderne l'origine dei suoi bisogni.

### **1.1 La popolazione italiana: caratteristiche e composizione attuale<sup>2</sup>**

Dai dati pubblicati dall'ISTAT nell'ultimo rapporto relativo alla popolazione italiana emergono delle informazioni importanti ai fini dell'analisi del settore dei servizi Socio-assistenziali in particolare, scatta una fotografia sulle caratteristiche sociali della popolazione residente, evidenziando i cambiamenti nel modello di famiglia da dove provengono i bisogni primari.

Riassumendo in pochi punti i dati pubblicati si può affermare che:

- l'Italia attualmente è il secondo paese “più anziano”, l'invecchiamento è un fenomeno in crescita (squilibrio generazionale);
- la quota di persone “anziane” assorbono oltre la metà della spesa totale;

---

<sup>1</sup> La ricerca è stata impostata e realizzata congiuntamente dalle autrici. Le interviste agli imprenditori del settore sono state condotte da Roberta Rosa. La nota è stata redatta per i Capitoli da 1 a 8 da Roberta Rosa e da Gilda Rota per il Capitolo 9.

<sup>2</sup> Fonte: <http://noi-italia.istat.it>.

- dal mercato del lavoro escono molte più persone di quante ne entrano;
- la presenza di stranieri nel nostro paese è in continua crescita;
- l'indice di fecondità in crescita ma ancora inferiore a quella di molti paesi europei;
- natalità e popolazione in aumento grazie agli stranieri;
- si riducono i matrimoni ma crescono quelli con rito civile;
- si divorzia di meno che nel resto d' Europa ma il fenomeno è in crescita;
- più di una famiglia su dieci è povera;
- il fenomeno della violenza e dei maltrattamenti contro le donne ha nel nostro Paese grande rilevanza numerica;

**L'Italia attualmente è il secondo paese “più anziano” d'Europa**, La regione dove complessivamente risulta maggiore l'incidenza delle persone anziane è la Liguria. La Campania è l'unica regione per la quale l'indice di vecchiaia<sup>3</sup> è inferiore a 100, mentre le province che si collocano al di sotto della media italiana sono 40 su 107. In termini più generali, permangono rilevanti differenze tra il Centro-Nord e il Mezzogiorno dove si rileva una minore incidenza delle età anziane (indice di vecchiaia pari, rispettivamente, a 158,4 e 118,3).

**L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno in crescita.** Gli incrementi maggiori si registrano nelle regioni del Mezzogiorno, che si stanno rapidamente allineando con il resto del Paese, anche per effetto delle dinamiche migratorie. L'incremento della popolazione anziana fa sì che si crei un problema di **sbilanciamento generazionale**, la popolazione attiva deve comunque farsi carico di una quota importante di popolazione inattiva.

Secondo i dati ISTAT **escono dal mercato del lavoro molte più persone di quante ne entrano** e questo numericamente rappresentato dall'indice di ricambio<sup>4</sup>. Tale rapporto (che viene generalmente moltiplicato per cento) è spesso utilizzato anche per misurare le opportunità occupazionali per i giovani, derivanti dai posti di lavoro lasciati disponibili da coloro che si accingono a lasciare l'attività lavorativa per limiti di età. Valori distanti dalla condizione di parità indicano in ogni caso una situazione di sbilanciamento: indici molto al di sotto di 100 possono indicare minori opportunità per i giovani che si affacciano al mercato del lavoro, mentre valori molto

---

<sup>3</sup> Rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione fino a 14 anni di età, moltiplicato per 100. E' l'indicatore maggiormente utilizzato per misurare il grado di invecchiamento della popolazione residente in un paese o in una regione (fonte: [www.istat.it](http://www.istat.it)).

<sup>4</sup> Indice demografico che rapporta la popolazione residente in età 15-19 anni alla popolazione in età 60-64 anni (fonte: [www.istat.it](http://www.istat.it)).



superiori a 100 implicano anche una difficoltà a mantenere costante la capacità lavorativa di un paese.

**La presenza di stranieri in Italia ha permesso invece di registrare valori positivi nelle nascite.** La crescita della natalità è da mettere in relazione alla maggior presenza straniera regolare, visto il forte incremento dell'incidenza delle nascite di bambini stranieri sul totale dei nati. Esistono delle differenze tra Centro-Nord e Mezzogiorno (secondo i dati del 2008) è infatti di segno positivo il tasso di crescita naturale<sup>5</sup> registrato al Sud e negativo quello del Centro-Nord.

Nonostante ci si trovi di fronte ad una **crescita del tasso di fecondità<sup>6</sup> tale dato risulta essere ancora inferiore a quello di molti paesi europei.** La fecondità delle donne italiane (con 1,41 figli ciascuna, dati al 2008) colloca il nostro Paese al ventesimo posto della graduatoria europea. I valori del tasso di fecondità, che negli anni Ottanta, distingueva le regioni del Mezzogiorno, con valori superiori alla media nazionale, si sono ormai invertiti. Il Mezzogiorno, secondo le stime del 2008 (1,36 figli per donna), si attesta leggermente al di sotto della media nazionale, a fronte del Nord che la supera (1,45). Sul fronte opposto valori bassi caratterizzano l'Abruzzo (1,29), la Basilicata (1,21), il Molise (1,17) e soprattutto la Sardegna (1,10), che si colloca all'ultimo posto tra le regioni italiane.

**La presenza straniera in Italia è in crescita.** L'incremento complessivo della popolazione residente italiana tra il 2001 e il 2008 (pari al 5,4 % in più) va attribuito principalmente al contributo dato dalla crescita della popolazione straniera.

La popolazione straniera si concentra nelle regioni del Centro-Nord (87,2 % del totale presente) in quanto esistono in questo territorio maggiori opportunità di lavoro, mentre nel Mezzogiorno risiede appena il 12,8% del totale. La regione con la maggiore concentrazione è la Lombardia (più di un quarto del totale degli stranieri residenti in Italia), seguita da Veneto, Lazio ed Emilia-Romagna, tutte con quote intorno al 12%.

---

<sup>5</sup> Il tasso di crescita naturale è dato dalla differenza tra il tasso di natalità ed il tasso di mortalità (fonte: [www.istat.it](http://www.istat.it)).

<sup>6</sup> Il tasso di fecondità totale, detto anche numero medio di figli per donna in età feconda (15-49 anni), è dato dalla somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda, il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile (fonte:[www.istat.it](http://www.istat.it)).

**Il panorama dell'immigrazione in Italia è radicalmente mutato dagli inizi degli anni Novanta.** Tra i primi venti paesi di immigrazione sono scomparsi i paesi europei “storici” e l'incremento degli stranieri in Italia si può ricondurre in larga parte alla comunità rumena. Gli albanesi, i cinesi e gli ucraini hanno in parte sostituito le comunità d'immigrazione consolidata provenienti dal Marocco, Tunisia e Filippine. Gli stranieri provenienti da paesi europei raggiungono il 53,6 per cento, le cittadinanze prevalenti sono la rumena (20,5 per cento), l'albanese (11,3) e l'ucraina (4,0), che da sole coprono oltre il 33% della popolazione straniera residente. Dall'Africa proviene circa il 25% mentre fra gli asiatici la cinese (4,4 per cento), la filippina (2,9 per cento) e l'indiana (2,4 per cento) sono le cittadinanze maggiormente presenti. Oltre la metà degli stranieri risiede al Nord (62,1%) e nel Centro (27,1%). **Gli stranieri residenti in Italia presentano livelli alti di istruzione**, simili a quelli della popolazione nazionale. Più della metà degli stranieri è in possesso al più della licenza media (51,1%). Possiede una laurea poco più di uno straniero su 10. Gli stranieri adulti hanno livelli di istruzione uguali o superiori a quelli degli italiani, confermando che i trasferimenti dai paesi di origine riguardano le fasce di popolazione maggiormente istruite.

**La quota di persone “anziane” assorbono oltre la metà della spesa.** La spesa per la protezione sociale, articolata nelle tre aree di intervento (previdenza, sanità e assistenza) rappresenta una parte importante del sistema di *welfare* al fine di garantire servizi e diritti considerati essenziali. Nel 2008 in Italia la spesa per la protezione sociale assorbe il 27% del Pil e il suo ammontare per abitante è pari a poco più di 7.000 euro all'anno.

Prendendo in esame esclusivamente la spesa per prestazioni di protezione sociale per i diversi bisogni (circa il 98% del totale della protezione sociale), nel 2008, la funzione “vecchiaia” ne assorbe oltre il 50%.

**Più di una famiglia su dieci è povera** (il 66,7% di queste vivono al Sud). L'incidenza delle persone che vivono in famiglie povere rappresenta un indicatore significativo per la valutazione dell'esclusione sociale.

In generale la povertà è un parametro correlato alla struttura familiare, con riferimento sia alla sua dimensione sia alla sua composizione, a bassi livelli di istruzione, a lavori scarsamente qualificati e alla disoccupazione.

Nel 2008, in Italia gli individui poveri sono poco più di 8 milioni e corrispondono al 13,6% del complesso della popolazione. Si tratta di 2 milioni 737 mila famiglie (l'11,3 % del totale) con

una spesa per consumi inferiore alla cosiddetta soglia di povertà<sup>7</sup> (999,67 euro). Attraverso l'Indagine sui consumi delle famiglie viene calcolata la soglia o linea di povertà relativa, che individua in modo convenzionale il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi. Considerando una famiglia di due componenti, nel 2008 questa spesa media mensile è risultata pari a 999,67 euro.

Il fenomeno **della violenza e dei maltrattamenti contro le donne ha nel nostro Paese grande rilevanza**: sono stimate in quasi 7 milioni le donne italiane tra i 16 e i 70 anni che hanno subito nel corso della vita, dentro o fuori della famiglia, una forma di violenza, fisica o sessuale; 1 milione 400 mila donne hanno subito forme di violenza sessuale prima dei 16 anni; oltre 7 milioni di donne hanno subito o subiscono violenza psicologica.

**La legge 241/2006 di concessione d'indulto ha determinato una riduzione di oltre 20 mila detenuti.** Fra il 2005 e 2006 il numero di detenuti (ogni 10.000 abitanti) ha registrato un calo passando da 10,2 a 6,6 mentre nel 2007 e 2008 tale valore ha subito un incremento passando da 8,2 a 9,7 (detenuti ogni 10.000 abitanti).

Nel 2008, per la prima volta dopo oltre un decennio, **in Italia la disoccupazione è tornata ad aumentare**, il tasso di disoccupazione<sup>8</sup> è cresciuto dal 6,1 per cento del 2007 al 6,7 del 2008. **Gli effetti della crisi economica sulla disoccupazione si sono fatti sentire soprattutto sulla componente femminile**, accentuando le già sensibili differenze di genere: nel 2008 le donne disoccupate sono l'8,5 per cento a fronte del 5,5 per cento degli uomini. Il tasso di disoccupazione italiano va letto unitamente agli altri indicatori del mercato del lavoro, e in particolare al tasso di occupazione e al tasso di attività (partecipazione alle forze lavoro), entrambi molto bassi.

Nel Nord-est il tasso di disoccupazione è nel 2008 pari al 3,4, mentre nel Mezzogiorno è pari al 12%.

---

<sup>7</sup> Attraverso l'Indagine sui consumi delle famiglie viene calcolata la soglia o linea di povertà relativa, che individua in modo convenzionale il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi. Considerando una famiglia di due componenti, nel 2008 questa spesa media mensile è risultata pari a 999,67 euro. L'indicatore di riferimento, definito anche incidenza di povertà relativa e calcolato sia per gli individui sia per le famiglie, è espresso attraverso il peso percentuale, sul totale della popolazione o delle famiglie residenti, del numero di individui o di famiglie con una spesa media mensile per consumi pari o al di sotto della soglia di povertà (fonte: [www.ital.it](http://www.ital.it)).

<sup>8</sup> Il tasso di disoccupazione è un indicatore fondamentale per la misurazione della dinamicità del mercato del lavoro, ma è anche utile per valutare l'efficienza del sistema Paese e come misura indiretta delle distribuzioni dei redditi (fonte: [www.istat.it](http://www.istat.it)).

## 1.2 La transizione demografica: l'Italia nello scenario Europeo<sup>9</sup>

L'Italia è al secondo posto nella classifica internazionale dei paesi che risultano esposti all'invecchiamento. Il motivo di questo risultato è sia l'allungamento della vita degli individui ma soprattutto il crollo del tasso di fecondità<sup>10</sup>. Il fenomeno risulta preoccupante se si pensa che il fatto di procreare è solitamente una scelta strettamente correlata alla percezione del benessere e del sostegno su cui la famiglia può contare. Di seguito si riportano i dati aggiornati pubblicati dall'ISTAT<sup>11</sup> nel 2009 e riferiti a valori rilevati nel 2007, relativi ai tassi di natalità e mortalità e di crescita naturale (Tab.1).

**Tabella 1:** Tassi di natalità, mortalità e di crescita naturale (per 1000 abitanti, valori percentuali) nei paesi dell'Unione Europea (ISTAT 2007)

Paese	Tasso di natalità <sup>12</sup>	Tasso di mortalità	Tasso di crescita naturale <sup>13</sup>
Austria	9,2	9,0	0,2
Belgio	11,4	9,5	1,9
Bulgaria	9,8	14,8	-5
Cipro	10,9	6,9	4
Danimarca	11,7	10,2	1,5
Estonia	11,8	13	-1,2
Finlandia	11,1	9,3	1,8
Francia	12,9	8,4	4,5
Germania	8,3	10,1	-1,8
Grecia	10	9,8	0,2
Irlanda	16,2	6,4	9,8
<b>Italia</b>	<b>9,5</b>	<b>9,7</b>	<b>-0,2</b>
Lettonia	10,2	14,5	-4,3
Lituania	9,6	13,5	-3,9
Lussemburgo	11,4	8,1	3,3
<i>continua</i>			

<sup>9</sup> Fonte: <http://noi-italia.istat.it>.

<sup>10</sup> Il tasso di fecondità è la somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (15-49 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile. Esprime in un dato anno di calendario il numero medio di figli per donna (fonte: [www.ista.it](http://www.ista.it)).

<sup>11</sup> ISTAT - Istituto nazionale di statistica, Roma. "Noi Italia, 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo" (edizione 2010).

<sup>12</sup> Numero dei nati vivi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente

<sup>13</sup> Il tasso di crescita naturale è dato dalla differenza tra il tasso di natalità e mortalità.

Malta	9,5	7,6	1,9
Paesi Bassi	11,1	8,1	3
Polonia	10,2	9,9	0,3
Portogallo	9,7	9,8	-0,1
Regno Unito	12,7	9,4	3,3
Repubblica Ceca	11,1	10,1	1
Romania	10	11,7	-1,7
Slovacchia	10,1	10,0	0,1
Slovenia	9,8	9,2	0,6
Spagna	11	8,6	2,4
Svezia	11,7	10	1,7
Ungheria	9,7	13,2	-3,5
<b>Media europea</b>	<b>10,6</b>	<b>9,7</b>	<b>0,9</b>

L'Italia si pone al ventiquattresimo posto per tasso di natalità con un valore sensibilmente al di sotto della media europea (10,6 nati ogni mille abitanti). L'Irlanda, Francia e Regno Unito occupano i primi tre posti rispettivamente 16,2, 12,9 e 12,7 nati ogni mille abitanti).

Il tasso di mortalità (9,7 morti ogni mille abitanti) italiano risulta invece allineato a quello medio europeo. I primi posti della graduatoria del tasso di mortalità sono invece occupati da paesi di nuova adesione, al settimo posto, con il più elevato tasso di mortalità tra i paesi dell'Unione Europea, si colloca la Danimarca con 10,2 morti ogni mille abitanti (Tab.1).

La differenza tra i tassi di natalità e di mortalità fornisce il tasso di crescita naturale che risulterà positivo se le nascite superano le morti, negativo nel caso opposto.

L'Italia è il secondo paese più "vecchio" d'Europa dopo la Germania anche se la distanza che li separa è minima (146,4 contro 142,8) (Tab.1). Si nota che sono complessivamente dieci i paesi che presentano un indice di vecchiaia superiore alla media europea, oltre alla Germania e Italia si trovano Grecia, Bulgaria, Lettonia, Slovenia, Estonia, Spagna, Portogallo e Austria. All'altro estremo della graduatoria, vi sono paesi come l'Irlanda dove la proporzione tra giovani e anziani è sostanzialmente di due a uno.

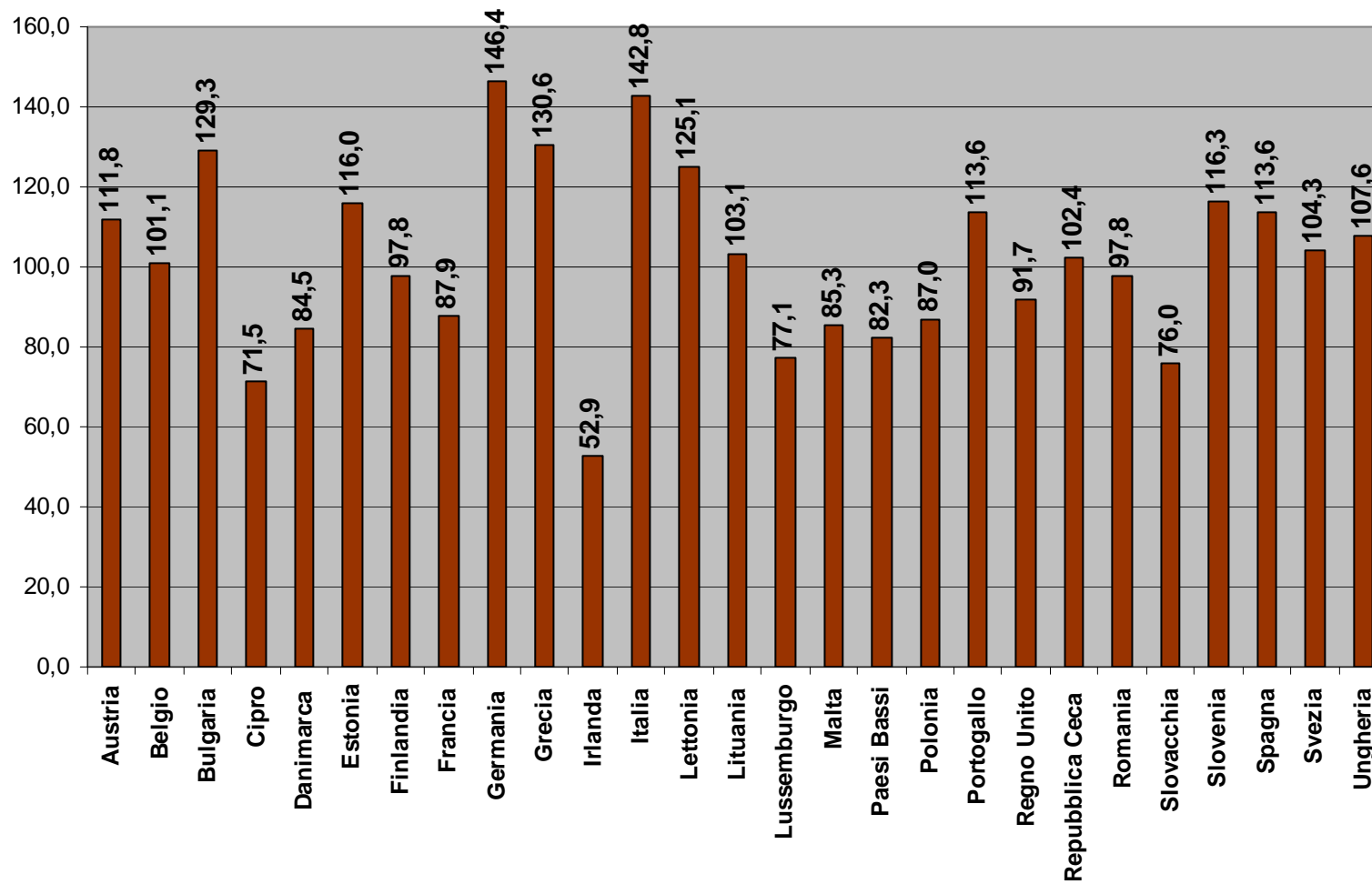
Tra i paesi di rilevante dimensione demografica che presentano un bilancio positivo a favore dei giovani sono anche la Polonia (87,0), la Francia (87,9) e il Regno Unito (91,7) (Tab.2).

**Tabella 2.** *Indice di vecchiaia (valori percentuali) nei paesi dell'Unione Europea (ISTAT 2007)*

<b>Paese</b>	<b>Indice di vecchiaia<sup>14</sup></b>
Austria	111,8
Belgio	101,1
Bulgaria	129,3
Cipro	71,5
Danimarca	84,5
Estonia	116
Finlandia	97,8
Francia	87,9
Germania	146,4
Grecia	130,6
Irlanda	52,9
<b>Italia</b>	<b>142,8</b>
Lettonia	125,1
Lituania	103,1
Lussemburgo	77,1
Malta	85,3
Paesi Bassi	82,3
Polonia	87,0
Portogallo	113,6
Regno Unito	91,7
Repubblica Ceca	102,4
Romania	97,8
Slovacchia	76,0
Slovenia	116,3
Spagna	113,6
Svezia	104,3
Ungheria	107,6
<b>Media europea</b>	<b>108,6</b>

<sup>14</sup> Per indice di vecchiaia si intende il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione fino a 14 anni di età, per 100. Indicatore maggiormente utilizzato per misurare il grado di invecchiamento della popolazione residente in un paese o in una regione (fonte:www.istat.it).

**Figura1.** *Indice di vecchiaia (valori percentuali) nei paesi dell'Unione Europea (ISTAT 2007).*







## 2. **La riforma del settore Socio-assistenziale nel *welfare* italiano**

### 2.1 **I confini del settore sociale: legge quadro di riordino (L. 328/2000)**

Prima della riforma nazionale (L. 328/2000) non era ben definito quali attività potevano rientrare nel comparto sociale e di conseguenza le regioni e le autonomie locali interpretavano a modo loro quali attività includere e quali escludere dal comparto. Questa libera interpretazione delle cose ha portato in molte regioni a includere gran parte delle attività sociali nel comparto sanitario inserendo nel comparto sociale solo quelle attività o funzioni assistenziali dedicate a soggetti deboli quali: poveri, minori con disagi, detenuti ed ex detenuti, persone senza casa, ecc.

Con la riforma nazionale i confini del sociale vengono definiti in ugual modo per tutte le regioni. La Legge 328/2000 richiama all'art. 1 il decreto legislativo del 31 marzo 1998 n. 112 definendo per “**servizi sociali**” tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia<sup>15</sup>.

**I destinatari dei servizi** sono soggetti in stato di necessità psichica e/o fisica compresi in una delle seguenti categorie: anziani, bambini, adolescenti, minori, adulti, portatori di handicap fisici, psichici, pazienti psichiatrici, soggetti con problemi di tossicodipendenza, stranieri o cittadini italiani momentaneamente sprovvisti dei mezzi di sussistenza e in situazioni contingenti di difficoltà, disagio o abbandono. Il tipo di servizio erogato varia in base alla necessità della persona assistita: vitto, alloggio, assistenza sanitaria, servizi riabilitativi ed educativi, istruzione e formazione, attività sociale e ricreativa.

**Alla gestione e all'offerta dei servizi** provvedono i soggetti pubblici nonché, in qualità dei soggetti attivi nella gestione e nella realizzazione degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati.

Un ruolo di fondamentale importanza hanno in questo sistema i comuni i quali devono

---

<sup>15</sup> Decreto Legislativo 31 marzo 1998 n. 112.

attuare piani a livello comunale e intercomunale che rispondano ai bisogni del territorio.

Con la legge n. 328 del 2000 viene definito un nuovo modello di *welfare* che passa da un *welfare state* a un *welfare locale*. Alle regioni viene dato un importante livello di autonomia nella definizione delle politiche sociali in termini di: regolazione, pianificazione, finanziamento e controllo di gestione.

Ai comuni viene affidato un ruolo operativo di fondamentale importanza: attuare piani a livello comunale e intercomunale che rispondano ai bisogni del territorio.

Con questa redistribuzione delle responsabilità si è cercato di migliorare la qualità dei servizi erogati rispondendo ai bisogni che emergono nel territorio. Indispensabile per poter perseguire tale obiettivo è la necessità di fare sistema sviluppando tanto con operatori pubblici che privati un modello di integrazione tra modelli territoriali che offrono servizi diversi.

## **2.2 Lo scenario di applicazione della Riforma 328/2000: il *welfare* nazionale e veneto**

A distanza di alcuni anni dall'entrata in vigore della riforma sul sistema socio-assistenziale si è cercato di capire quanto fosse applicabile ed efficace tale riforma in un paese come il nostro caratterizzato da un sistema socio assistenziale fragile.

Secondo il sociologo danese Gøsta Esping-Andersen<sup>16</sup> il sistema di *welfare state* è classificabile in uno dei tre modelli:

- **Liberale**
- **Socialdemocratico**
- **Conservatore**

Questa tripartizione è fondata sulle differenti origini dei diritti sociali che ogni Stato concede ai propri cittadini.

Il modello **Liberale** è detto anche di *welfare* "residuale". I diritti sociali derivano dalla dimostrazione dello stato di bisogno. Il sistema è fondato sulla precedenza ai poveri meritevoli e sulla logica del "cavarsela da soli". Pertanto i servizi pubblici non vengono forniti indistintamente a tutti, ma solamente a chi è povero di risorse per questo è definito residuale, in quanto concernente

---

<sup>16</sup> Il sociologo danese Gøsta Esping-Andersen, in *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, ha introdotto una classificazione dei diversi sistemi di welfare state strutturata in tre tipologie riconoscibili in base alle loro diverse caratteristiche (fonte: [http://it.wikipedia.org/wiki/Stato\\_sociale](http://it.wikipedia.org/wiki/Stato_sociale)).

una fascia di destinatari molto ristretta. Per gli altri individui, che costituiscono la maggior parte della società, tali servizi sono acquistabili sul mercato privato dei servizi. Quando l'incontro tra domanda e offerta non ha luogo, per l'eccessivo costo dei servizi e/o per l'insufficienza del reddito, si assiste al fallimento del mercato, cui pongono rimedio programmi destinati alle fasce di maggior rischio. Tale regime riflette una teoria politica secondo cui è utile ridurre al minimo l'impegno dello Stato, individualizzando i rischi sociali.

Il modello **socialdemocratico** o detto anche "universalistico" i servizi che vengono offerti sono rivolti a tutti i cittadini senza nessuna differenza. Tale modello promuove l'uguaglianza di *status* passando così dal concetto di assicurazione sociale a quello di sicurezza sociale, fornendo un *welfare* che si propone di garantire a tutta la popolazione degli standard di vita qualitativamente più elevati.

Il modello **conservatore** chiamato anche "particolaristico" le prestazioni del *welfare* sono legate al possesso di determinati requisiti, in primo luogo l'esercitare un lavoro. In base al lavoro svolto si stipulano delle assicurazioni sociali obbligatorie che sono all'origine della copertura per i cittadini. I diritti sociali sono quindi collegati alla condizione del lavoratore.

Di seguito si riporta una tabella di sintesi dei tre modelli di welfare<sup>17</sup>.(Tab.3)

**Tabella 3.** Sintesi dei tre modelli di welfare per ruolo di famiglia, mercato e stato.

<i>welfare</i>	<b>Famiglia</b>	<b>Mercato</b>	<b>Stato</b>
<b>Liberale</b>	marginale	centrale	marginale
<b>Socialdemocratico</b>	marginale	marginale	centrale
<b>Conservatore</b>	centrale	marginale	sussidiario

Il modello italiano è sempre stato orientato verso un modello tendenzialmente di tipo **conservatore** ossia un *welfare state* di carattere "familista"<sup>18</sup> in quanto fondato sulla protezione sociale data dal maschio come principale percettore di reddito, e attribuisce alla famiglia la responsabilità ultima del benessere dei suoi componenti<sup>19</sup>. Tale modello si scontra con le trasformazioni sociali avvenute in questi anni e che hanno portato a non avere più una così netta separazione tra il ruolo del marito e della moglie o se vogliamo dire dell'uomo e della donna

<sup>17</sup> La famiglia in Italia e problematiche europee, Prof. Alisa Del Re (Università degli Studi di Padova).

<sup>18</sup> Con il termine "familismo" si intende che il nucleo familiare risulta responsabile in prima persona del benessere dei suoi membri, i giovani ricevono aiuto e sostegno dai più anziani e ai vecchi saranno assicurate le cure necessarie in caso di bisogno. L'intervento pubblico è limitato ai soli casi in cui le reti parentali non riescano a garantire il sostegno degli individui.

<sup>19</sup> "Il prisma del welfare: analisi dei regimi socio-assistenziali nelle regioni italiane" Cristiano Caltabiano Roma 2004.

all'interno del nucleo familiare. Le donne sono sempre di più parte attiva nel bilancio familiare in quanto lavorano e percepiscono un reddito. L'impegno di entrambi i coniugi portano alla riduzione del tempo dedicato alla famiglia e a un carico di tensioni diverse che mirano alla stabilità familiare.

In questo scenario nuovo le categorie deboli come bambini e anziani spesso esprimono dei bisogni inevasi. Attraverso il "Libro Bianco sul Welfare"<sup>20</sup> pubblicato nel 2003 si sottolinea l'importanza delle misure di sostegno alle famiglie attraverso sgravi fiscali di varia natura e prende vita in un contesto sociale particolare dove esiste l'esigenza di fronteggiare non solo la povertà tradizionale (intesa come mancanza di reddito) ma nuove forme di discriminazione ed esclusione sociale. In questo documento ufficiale pubblicato tre anni dopo la Riforma sui servizi socio-assistenziali il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali focalizza l'attenzione su due temi importanti: la transizione demografica e il ruolo della famiglia nel welfare.

Da uno studio condotto dall'IREF<sup>21</sup> nel gennaio 2004, emerge che il sistema di *welfare* italiano può essere suddiviso in quattro tipologie: munifico, efficiente, sotto pressione, fragile-familista. La ricerca parte dal considerare due temi quali l'invecchiamento della popolazione e i cambiamenti della famiglia come fattori che incidono notevolmente sulla domanda di bisogni di anziani e bambini.

Tale ricerca ha poi considerato 15 indicatori sociali ricavati da dati del biennio 2000/2001 provenienti da fonti diverse (Ministero dell'Interno, ISTAT, Osservatorio finanziario regionale). Questi 15 indicatori hanno permesso di esaminare: la spesa nel settore sociale delle Regioni e dei Comuni, l'offerta nel comparto dei servizi rivolti agli anziani e bambini, la domanda di servizi.

Secondo tale ricerca i dati ottenuti hanno fatto emergere che in Italia, nei primi anni di applicazione della Riforma sui servizi socio-assistenziali, esistevano quattro tipi di welfare:

- **Munifico** (Valle d' Aosta e Trentino);
- **Efficiente** (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli V. Giulia, Emilia Romagna);
- **Sotto pressione** (Liguria, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Sardegna);
- **Fragile familista** (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia);

Le regioni come la Valle d'Aosta e il Trentino hanno un *welfare di tipo "munifico"* grazie alla dimensione territoriale limitata, al numero di abitanti e all'autonomia di cui godono che permette di gestire molte risorse da destinare alla soddisfazione dei bisogni della popolazione (454 euro di spesa sociale pro-capite contro i 78 euro medi nazionali, Tab.4). La capienza degli asili

---

<sup>20</sup> Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Roma 2003.

<sup>21</sup> Istituto di Ricerche Educative e Formative.

nido, i posti letto nelle strutture residenziali per anziani, che risultano essere quasi il doppio rispetto alla media italiana e concludendo il numero dei servizi socio-assistenziali (7,8 enti per 10.000 abitanti contro i 3,8, media nazionale) denotano una realtà con un'offerta di servizi cospicua e solida. In queste regioni nonostante le famiglie abbiano una capacità di spesa buona (82.328 euro mensili secondo i dati del 2000) e un tasso di occupazione femminile alto non c'è la propensione a ricorrere a servizi socio-assistenziali non pubblici in quanto ci si trova davanti a un *welfare* "funzionante".

Il Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia - Giulia ed Emilia Romagna, secondo lo studio svolto, hanno un tipo di *welfare* "efficiente" in quanto hanno un'efficace allocazione pur non arrivando a vantare un tipo di modello munifico per diversi motivi, tra cui la numerosità e l'eterogeneità della popolazione. Queste regioni garantiscono alla popolazione un livello di prestazioni assistenziali molto simili a quelle del primo gruppo e questo si nota in particolar modo da due indicatori: incidenza percentuale del numero dei posti letto nelle strutture residenziali per anziani (4,9% contro i 5,9%) e la ricettività degli asili nido (10,7% a confronto del 9,9%). La famiglia in questo sistema ha delle caratteristiche simili a quelle del welfare munifico, un alto tenore di vita (2.421 euro di spesa mensile), più alto della media nazionale (2.113 euro) e una percentuale alta di donne nel mercato del lavoro (Tab.4).

Nel terzo gruppo *welfare* "sotto pressione" si collocano le regioni: Liguria, Toscana, Umbria, Marche, Lazio e Sardegna. Queste regioni sono caratterizzate da un problema di invecchiamento della popolazione (14,8%), ci si trova di fronte a una carenza di strutture per anziani. In definitiva questo tipo di welfare ha un problema a gestire i bisogni dei cittadini in età avanzata e le famiglie che non hanno molta disponibilità economica devono cercare di soddisfare queste necessità cercando servizi alternativi a quelli pubblici.

Il resto delle regioni Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia, si trovano dentro un modello di *welfare* "fragile-familista". Queste regioni si trovano a fronteggiare una domanda di servizi per anziani e bambini che non riescono a colmare. La spesa sociale pro-capite dei comuni è di 51 euro contro gli 82 euro nazionali mentre la spesa pro-capite regionale destinata all'assistenza sociale è di 27 euro circa (78 euro la nazionale). Si somma poi la carenza di posti negli asili (3,3% contro il 7,8% nazionale) e nelle strutture residenziali e non per anziani (4,5 centri contro i 5,5 nazionali), infine il numero medio di istituzioni no profit ogni 10.000 abitanti è di 2,6 contro le 3,8 nazionali. Questi indicatori denotano un tipo di welfare molto fragile che tende al familismo, basta vedere che il tasso di occupazione femminile è del 30,9%, basso se confrontato con quello nazionale (36,4%).

Concludendo il quadro che si delineava nei primi anni di applicazione della riforma era

quello di un territorio caratterizzato da un sistema di *welfare* con regimi socio-assistenziali molto diversi. Si sottolineava un divario tra le regioni meridionali.

Di seguito si riportano alcuni valori degli indicatori ottenuti e analizzati per definire i vari sistemi di welfare nazionali estrapolando quelli relativi alla regione Veneto e quelli Nazionali in modo da poter delineare la situazione veneta nel momento dell'applicazione della riforma che ha segnato dei cambiamenti importanti nel settore dei servizi socio-assistenziali<sup>22</sup>(Tab.4).

**Tabella 4.** *Alcuni indicatori analizzati e relativi al Veneto e Italia.*

<b>Indicatori sociali</b>	<b>Veneto</b>	<b>Italia</b>	<b>Saldo<sup>23</sup></b>
Spesa sociale pro-capite dei comuni (valori in euro). Ministero dell'Interno -2000	101,6	88,2	13,4
Incidenza Percentuale della spesa sociale sul totale delle spese. Ministero dell'Interno -2000	7,7	6,2	1,5
Spesa pro-capite regionale per assistenza sociale (valori in euro). Osservatorio finanziario regionale - 2000	64,9	79,1	-14,2
Incidenza della spesa sociale regionale sul totale delle spese della regione. Osservatorio finanziario regionale-2000	3,2	2,0	1,2
Incidenza percentuale posti nido disponibili sulla popolazione 0-2 anni. Istituto degli innocenti -2000.	7,2	7,8	-0,6
Numero di posti letto (pubblici e privati) nelle strutture residenziali per anziani ogni 100 ultra70enni. Ministero dell'Interno 2000.	5,1	2,9	2,2
Strutture non residenziali per anziani ogni 10000 ultrasessantacinquenni. Ministero dell'Interno - 2000	4,3	5,6	-1,3
Numero di istituzioni no-profit operanti nel settore dell'assistenza sociale ogni 10.000 abitanti. ISTAT dicembre 1999	3,6	3,8	-0,2
Tasso di occupazione femminile. ISTAT 2000.	38,9	36,4	2,5

<sup>22</sup> Fonte: IREF su dati del Ministero del Lavoro, ISTAT e Osservatorio finanziario regionale.

<sup>23</sup> Il saldo è stato ottenuto dalla differenza tra il valore degli indicatori in veneto e quelli nazionali. Tale valore è un indice di confronto della situazione veneta rispetto alla media nazionale.

### **3. Il contributo economico nazionale e veneto per l'assistenza socio-assistenziale<sup>24</sup>**

Nel 2009 l'ISTAT ha pubblicato i dati relativi alla spesa sostenuta dai comuni italiani per interventi e servizi di tipo sociale. I dati riferiti al 2006 censiscono tutte le spese sostenute differenziandole per tipologia di utenza e entità di spesa. Le aree di rilevazione sono state le seguenti: Famiglia e minori, Disabili, Dipendenze, Anziani, Immigrati e nomadi, Povertà disagio adulti e senza fissa dimora, Multiutenza<sup>25</sup>.

Nell' **Area Famiglia e minori** rientrano gli interventi e i servizi di supporto alla crescita dei figli e alla tutela dei minori. I destinatari di tali interventi sono donne sole con figli, gestanti, giovani coppie, famiglie con figli e famiglie monoparentali.

Nell' **Area disabili** rientrano gli interventi e i servizi a cui possono accedere utenti con problemi di disabilità fisica, psichica o sensoriale. Le persone anziane non autosufficienti che necessitano di prestazioni rivolte non rientrano in questa categoria ma nell'area anziani.

L' **Area dipendenze** comprende tutti quegli interventi rivolti a persone con problemi di dipendenza da alcool e droghe.

Tutte quelle attività che hanno per obiettivo il miglioramento della qualità della vita delle persone anziane (compresa l'integrazione sociale) rientrano nell' **Area anziani**.

Tutti i servizi rivolti agli stranieri immigrati in Italia, senza cittadinanza italiana in situazioni di particolare disagio rientrano nell' **Area immigrati e nomadi**.

Nell' **Area povertà, disagio adulti e senza fissa dimora** sono comprese le attività di assistenza a ex detenuti, donne che subiscono maltrattamenti, persone senza fissa dimora, indigenti, persone con problemi di tipo mentale e altri disagi.

Nell'ultima area rientrano i servizi sociali in generale rivolti dal Comune a tipologie di utenti

---

<sup>24</sup> Le informazioni raccolte riguardano l'offerta socio-assistenziale realizzata a livello locale dai Comuni e dalle varie forme associative che contribuiscono alla gestione dei servizi: consorzi, comprensori, unioni di comuni, comunità montane, ambiti e distretti socio-sanitari/ASL. ISTAT 2009.

<sup>25</sup> Fonte: [www.istat.it](http://www.istat.it)

appartenenti ad aree diverse (**multiutenza**).

Dai dati ottenuti dall'indagine si coglie che la spesa nazionale per interventi e servizi sociali è pari a 5.954.085.998 euro ripartita nei vari comuni.

Il 17,6%, valore più elevato, della spesa totale è investita per coprire interventi nel territorio lombardo seguono Emilia Romagna (10,7% della spesa nazionale), Lazio (10,6%), Piemonte (9,4%) e Veneto (8,7%). La spesa pro-capite registra il valore massimo in Valle d'Aosta (359,5 euro) mentre in Calabria si registra il valore minimo (25 euro). Nel territorio veneto la spesa pro-capite è di 109 euro, valore superiore alla media nazionale (101 euro) (Tab.5).

**Tabella 5.** Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per regione nel 2006 (valori assoluti, percentuali e spesa pro-capite), ISTAT 2009.

Regione	Spesa <sup>26</sup>		Spesa pro-capite <sup>27</sup>
	Valori assoluti	Valori percentuali	
Piemonte	557.474.529	9,4	128,2
Valle d'Aosta <sup>28</sup>	44.716.821	0,8	359,5
Lombardia	1.049.777.651	17,6	110,4
Trentino - Alto Adige	232.216.825	3,9	234,6
Bolzano <sup>29</sup>	104.380.313	1,8	215,1
Trento <sup>30</sup>	127.836.512	2,1	253,3
<b>Veneto</b>	<b>518.622.460</b>	<b>8,7</b>	<b>109,0</b>
Friuli - Venezia Giulia	238.837.725	4,0	197,3
Liguria	180.311.559	3,0	112,1
Emilia - Romagna	635.147.234	10,7	151,0
Toscana	442.422.877	7,4	121,9
Umbria	73.901.501	1,2	84,9
Marche	150.485.360	2,5	98,2
Lazio	633.964.187	10,6	117,4
<i>continua</i>			

<sup>26</sup> 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.

<sup>27</sup> Rapporto tra spesa e popolazione residente.

<sup>28</sup> La Regione Valle d'Aosta, oltre ad avere il ruolo di programmazione delle politiche sociali, contribuisce con la gestione di alcuni interventi ad ampliare l'offerta assistenziale dei comuni e delle comunità montane.

<sup>29</sup> Nell'indagine la Provincia di Bolzano è stata considerata come una associazione di comuni.

<sup>30</sup> Nella Provincia di Trento la rilevazione ha interessato i comuni e gli enti gestori delle funzioni delegate dalla Provincia autonoma ai comuni stessi (11 comprensori e i Comuni di Trento e Rovereto). Tali funzioni sono finanziate dalla Provincia con apposito Fondo socio-assistenziale.



Abruzzo	77.806.301	1,3	59,5
Molise	13.228.573	0,2	41,3
Campania	257.401.447	4,3	44,5
Puglia	191.907.784	3,2	47,1
Basilicata	29.214.744	0,5	49,3
Calabria	50.041.323	0,8	25,0
Sicilia	377.663.986	6,3	75,3
Sardegna	198.943.111	3,3	120,0
<b>Italia</b>	<b>5.954.085.998</b>	<b>100,0</b>	<b>101,0</b>

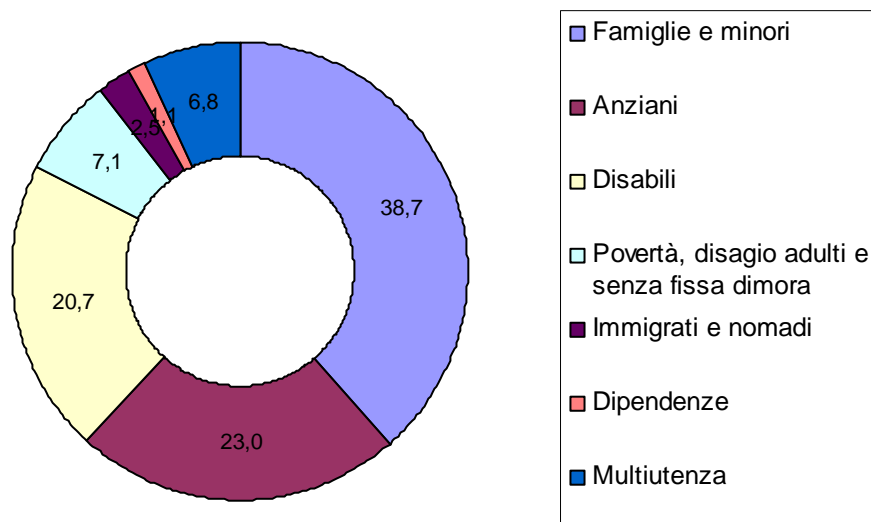
Analizzando le spese per aree è possibile notare come l'Area famiglia e minori assorba la fetta maggiore di risorse economiche a livello nazionale (39% del totale nazionale). Le spese sostenute per interventi alla popolazione anziana rappresentano il 23% del totale, l' Area disabili assorbe il 21% del totale. Le altre aree hanno un peso decisamente inferiore rispetto a questi tre settori di intervento. Nel Veneto la situazione non cambia, le tre aree dove si investe di più sono le stesse, famiglia e minori (27%), disabili (28%), anziani (25%).

Possiamo così affermare che gran parte della spesa dei comuni italiani per i servizi sociali confluisce in tre aree principali che sono quelle precedentemente citate.

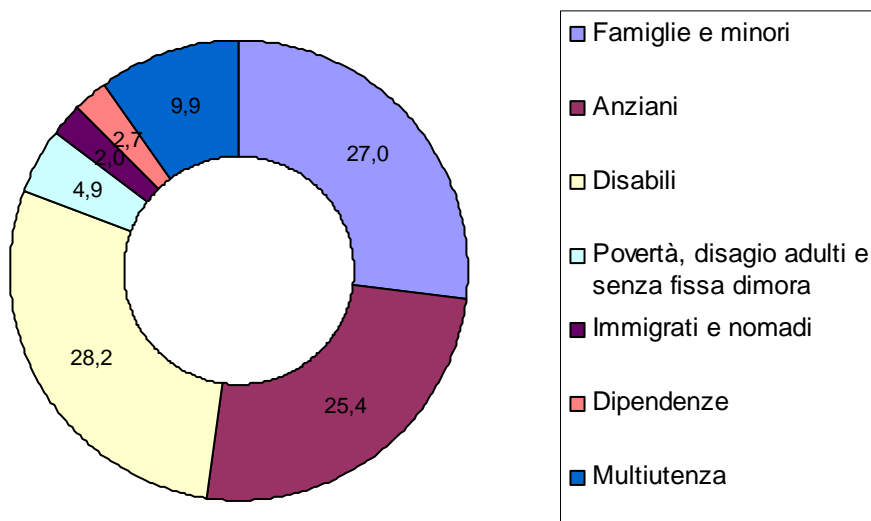
**Tabella 6.** Spesa per interventi e servizi sociali in Italia e Veneto per area di utenza nel 2006 (valori assoluti), ISTAT 2009.

Aree	Spesa Veneto	Spesa Italia
Famiglie e minori	139.954.659	2.305.922.048
Anziani	131.573.726	1.367.694.844
Disabili	146.270.374	1.231.716.291
Povert�, disagio adulti e senza fissa dimora	25.158.486	424.963.171
Immigrati e nomadi	10.393.453	150.084.902
Dipendenze	13.806.582	66.016.506
Multiutenza	51.465.180	407.688.236
<b>Totale</b>	<b>518.622.460</b>	<b>5.954.085.998</b>

**Figura 2.** Percentuale di spesa per interventi e servizi sociali in Italia per area di utenza - Anno 2006 (ISTAT 2009).



**Figura 3.** Percentuale di spesa per interventi e servizi sociali in Veneto per area di utenza – Anno 2006 (valori assoluti) ISTAT 2009.



Le caratteristiche dell'utente e i suoi bisogni identificano il gruppo di appartenenza. Ad ogni area corrispondono degli interventi utili a soddisfare i bisogni degli utenti stessi. Se consideriamo per esempio l'**Area famiglia e minori**, principale destinataria dei contributi sociali, si definiscono le seguenti voci di intervento:

- attività di servizio sociale professionale;
- interventi di integrazione sociale;
- interventi e servizi educativo - assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei minori;
- assistenza domiciliare a famiglie con minori;
- servizi di supporto;
- trasferimenti di denaro;
- strutture a ciclo diurno o semiresidenziale;
- strutture comunitarie e residenziali;

Per "**Attività di servizio sociale professionale**" si intendono gli interventi di servizio sociale professionale, riconducibili alle attività svolte dalla figura professionale dell'assistente sociale per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio. Sono compresi gli interventi di:

- servizio sociale professionale (interventi di consulenza e di informazione sui servizi e sugli interventi sociali, nonché attività di supporto alle persone in difficoltà nell'individuazione e attivazione di possibili soluzioni ai loro problemi, compresa la mediazione familiare);
- intermediazione abitativa (servizi finalizzati a garantire a persone singole o a nuclei familiari in stato di bisogno l'accesso ad una abitazione a tariffe agevolate). In questa categoria rientrano l'assegnazione di case di edilizia residenziale pubblica e i servizi di intermediazione per il reperimento alloggi;
- servizio per l'affido di minori (attività di intermediazione e supporto per favorire l'accoglienza temporanea di un minore in un nucleo familiare qualora la famiglia di origine sia momentaneamente impossibilitata a provvedervi in modo adeguato);
- servizio per l'adozione di minori (interventi volti a proteggere e tutelare la crescita del minore in stato di abbandono attraverso l'accoglienza definitiva in un nucleo familiare).

Per "**Integrazione sociale**" si intendono gli interventi finalizzati alla piena integrazione sociale delle persone considerate deboli o a rischio di emarginazione e comprendono:

- le attività ricreative, sociali e culturali (iniziative rivolte a promuovere la socializzazione e la comunicazione);
- i servizi di mediazione culturale (necessari a garantire l'accesso paritario delle persone straniere in ambito scolastico, sociale e lavorativo);
- gli interventi di sostegno per soggetti con problemi di disabilità e di tossicodipendenza, erogati nelle scuole e nelle strutture, le attività di sostegno per persone senza fissa dimora o che devono trovarsi un lavoro.

Fanno parte inoltre dell'integrazione sociale anche gli interventi per attribuire un indirizzo anagrafico necessario per vantare alcuni diritti.

**L'Assistenza domiciliare** è rivolta a persone non autosufficienti che necessitano di cure per l'igiene personale, per la gestione del luogo in cui vivono oltre che bisogno di sostegno psicologico, di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie erogate a domicilio.

Tra i servizi di **“supporto”** si trovano il servizio mensa o trasporto mentre nella categoria **“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 in strutture di cui il comune non sia titolare.

Infine nel gruppo **“Strutture”** rientrano tutti i costi sostenuti per le strutture residenziali o semiresidenziali gestite direttamente dal comune o da enti esterni. Sono considerate strutture residenziali e semiresidenziali:

- **Asili Nido**
- **Centri diurni** (centri sociali dove si svolgono attività di sostegno, socializzazione e recupero);
- **Centri diurni estivi** (centri per attività ricreative, sportive, educative);
- **Ludoteche / laboratori ;**
- **Centri di aggregazione/sociali** (per giovani e anziani);
- **Centri diurni per persone con disagio mentale;**
- **Centri diurni per persone senza fissa dimora** (centri di accoglienza che offrono servizi quali: mensa, distribuzione abiti e medicinali, igiene personale, centro di

ascolto, punto di ritrovo);

- **Centri diurni per le altre categorie del disagio adulti** (centri di accoglienza che possono offrire servizi quali: mensa, distribuzione abiti e medicinali, igiene personale, centro di ascolto, punto di ritrovo);

Per strutture comunitarie e residenziali si intendono compresi:

- **Strutture residenziali: strutture di accoglienza e pronta accoglienza** atte a fornire servizi di carattere assistenziale, prestazioni di tipo culturale e ricreativo, prestazioni sanitario-riabilitative.

I destinatari sono tutti i soggetti in condizioni di disagio (le case di riposo per anziani, le case famiglia (minori, anziani, disabili), i centri di accoglienza per immigrati e adulti in difficoltà, i centri di sollievo per famiglie, le comunità alloggio (anziani, disabili, adulti in difficoltà), le comunità di tipo familiare (minori, disabili), le comunità educative per minori, gli istituti educativo - assistenziali per minori, residenze/alloggi protetti (anziani, disabili), le residenze sanitarie assistenziali per anziani e disabili, le strutture polivalenti, le comunità e le strutture residenziali, le residenze sanitarie - riabilitative per disabili, le residenze per il reinserimento sociale dei tossicodipendenti, le comunità e i centri di riabilitazione, i servizi e le prestazioni residenziali (disabili, minori, tossicodipendenti, immigrati), le comunità e i centri di pronta accoglienza (minori, adulti in difficoltà), le case di accoglienza per donne, anche con figli minori, vittime di violenza o vittime della tratta a fine di sfruttamento sessuale, i centri di accoglienza notturna;

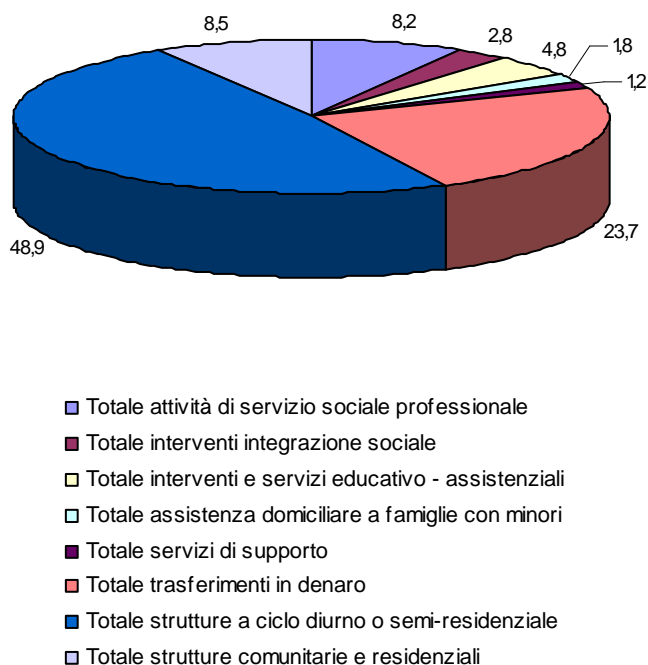
- **Centri estivi o invernali ;**
- **Area attrezzata per nomadi;**
- **Dormitori per persone senza fissa dimora;**
- **Strutture di accoglienza per persone senza fissa dimora.**

Il 48,9% della spesa destinata a quest'area di intervento ricade nelle attività del gruppo “strutture a ciclo diurno o semiresidenziale” che insieme alle attività di trasferimento di denaro assorbono quasi tutta la spesa destinata a famiglie e minori. E' interessante notare come la spesa destinata all'assistenza domiciliare a famiglie con minori sia solo l'1,8% del totale finanziato per l'area mentre a livello nazionale costituisca lo 0,7% della spesa totale destinata agli interventi sociali (Tab.7).

**Tabella 7.** Area famiglia e minori: spesa dei comuni per singoli interventi e servizi sociali in Italia nel 2006 (valori assoluti e percentuali), ISTAT.

Voci di spesa	Spesa	Percentuale di spesa su totale area	Percentuale di spesa su totale Italia
Totale attività di servizio sociale professionale	188.154.782	8,2	3,2
Totale interventi integrazione sociale	65.186.677	2,8	1,1
Totale interventi e servizi educativo - assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei minori	111.412.346	4,8	1,9
Totale assistenza domiciliare a famiglie con minori	42.053.247	1,8	0,7
Totale servizi di supporto	28.044.393	1,2	0,5
Totale trasferimenti in denaro	547.475.938	23,7	9,2
Totale strutture a ciclo diurno o semi-residenziale	1.126.818.829	48,9	18,9
Totale strutture comunitarie e residenziali	196.775.836	8,5	3,3
<b>Totale famiglia e minori</b>	<b>2.305.922.048</b>	<b>100,0</b>	<b>38,7</b>

**Figura 4.** Area famiglia e minori: percentuale di spesa dei comuni italiani nell'area per singoli interventi e servizi .

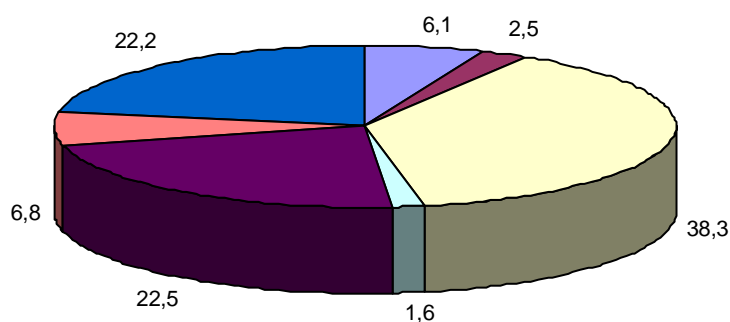


Di seguito si riporta la distribuzione della spesa relativa all'area Anziani, che insieme all'Area famiglia assorbono l'81% circa della spesa per interventi sociali del paese.

**Tabella 8.** Area anziani: spesa dei comuni per singoli interventi e servizi sociali in Italia nel 2006 (valori assoluti e percentuali), ISTAT.

Voci di spesa	Spesa	Percentuale di spesa su totale area	Percentuale di spesa su totale Italia
Totale attività di servizio sociale professionale	83.632.730	6,1	1,4
Totale integrazione sociale	33.514.654	2,5	0,6
Totale assistenza domiciliare	524.267.452	38,3	8,8
Totale servizi di supporto	21.664.666	1,6	0,4
Totale trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi	307.089.670	22,5	5,2
Totale strutture a ciclo diurno o semi-residenziale	93.251.442	6,8	1,6
Totale strutture comunitarie e residenziali	304.274.230	22,2	5,1
<b>Totale anziani</b>	<b>1.367.694.844</b>	<b>100,0</b>	<b>23,0</b>

**Figura 5.** Area Anziani: percentuale di spesa dei comuni italiani nell'area per singoli interventi e servizi.



- Totale attività di servizio sociale professionale
- Totale integrazione sociale
- Totale assistenza domiciliare
- Totale servizi di supporto
- Totale trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi
- Totale strutture a ciclo diurno o semi-residenziale
- Totale strutture comunitarie e residenziali





#### **4. L'assistenza residenziale e Socio-assistenziale in Italia e nel Veneto**

La domanda di assistenza residenziale e socio-assistenziale riguarda persone che avvertono uno stato di bisogno per motivi diversi. L'utenza varia da anziani soli o con problemi di salute, persone con disabilità, minori senza tutela, donne in difficoltà, stranieri con problemi economici o di disagio sociale. I servizi offerti a questa tipologia di utenza che avverte bisogni molto eterogenei varia da servizi residenziali, intesi come pubblici e privati provenienti da enti no profit e con scopo di lucro.

Attraverso i dati ISTAT<sup>31</sup> è possibile tracciare una panoramica della domanda di assistenza differenziandola da tre tipologie di utenza<sup>32</sup>: Minori, Adulti, Anziani.

Per ogni utenza è possibile identificare la domanda per tipologia generica di disagio. I dati rilevati provengono da un monitoraggio degli individui che si rivolgono a strutture quali: centro di pronta accoglienza o di accoglienza notturna, comunità familiare, socio-educativa per minori, socio riabilitativa, alloggio, istituto per minori, residenza assistenziale per anziani autosufficienti, residenza socio-sanitaria per anziani, residenza sanitarie assistenziali, centro di accoglienza per immigrati.

In Italia, secondo l'ultima rilevazione effettuata i servizi assistenziali sono in totale 8.871 (con un numero di utenti pari a 298.251) le residenze per anziani autosufficienti costituiscono il 20% del totale e sommate alle residenze socio-sanitarie e di tipo sanitario assistenziale costituiscono più del 50% dei presidi residenziali e socio assistenziali nazionali (Tab.9).

Nel Veneto l'indagine ne ha rilevati 669 che rispondono ai bisogno di 34.861 individui, 83,8% sono persone anziane e solo il 13,1% sono adulti il restante, percentuale molto bassa, sono minori. L'andamento veneto segue quello nazionale dove il 77 % degli utenti sono anziani (Tab.10).

---

<sup>31</sup> L'assistenza residenziale e socio-assistenziale: anno 2005 (ISTAT 2009)

<sup>32</sup> La suddivisione è stata ottenuta in base all'età dell'individuo. Minore da 0 a 17 anni, adulto da 18 a 64, anziano da 65 anni compresi in poi.

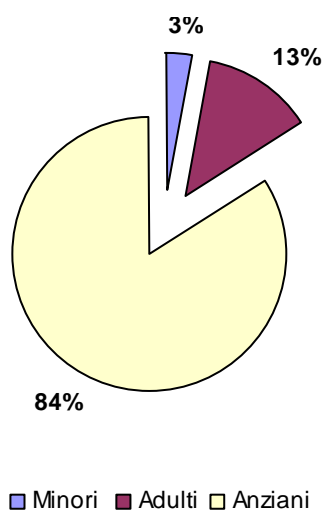
**Tabella 9.** Presidi residenziali socio-assistenziali per tipologia di presidio in Italia al 31 dicembre 2005, ISTAT.

Tipologia di struttura	Totale strutture
Centro di pronta accoglienza	158
Centro di accoglienza notturna	93
Comunità familiare	658
Comunità socio-educativa per minori	755
Comunità socio-riabilitativa	722
Comunità alloggio	1.150
Istituto per minori	120
Residenza assistenziale per anziani autosufficienti	1.789
Residenza socio-sanitaria per anziani	1.531
Residenza sanitaria assistenziale (Rsa)	1.412
Centro di accoglienza immigrati	302
Altro	181
<b>Totale</b>	<b>8.871</b>

**Tabella 10.** Tipologia di utenti nei presidi residenziali e socio-assistenziali in Italia e Veneto al 31 dicembre 2005, ISTAT.

	Tipologia di utenti			
	Minori	Adulti	Anziani	Totale
Veneto	1.083	4.558	29.221	<b>34.861</b>
Italia	17.799	50.824	229.628	<b>298.251</b>

**Figura 6.** Tipologia di utenti nei presidi residenziali e socio-assistenziali nel Veneto al 31 dicembre 2005, ISTAT.



#### 4.1 L'assistenza ai minori: disagi e strutture nel territorio nazionale e veneto.

Il totale dei minori che utilizzano le strutture di assistenza nazionali si rivolgono, per i 38% dei casi a una comunità educativa ossia una struttura rivolta prevalentemente ad adolescenti e preadolescenti che sentono la mancanza di figure di riferimento che sappiano seguirli nel processo di crescita e formazione personale.

In queste strutture gli utenti trovano del personale qualificato, come educatori professionali, che organizzano attività di tipo educativo, ricreativo e di assistenza tutelare. Il 16,9% è ospitato in comunità alloggio mentre il 16,8% in una comunità familiare, strutture che accolgono soggetti che hanno difficoltà a badare a se stessi e necessitano di esperienze di vita comunitaria (Tab.11). La particolarità di questi centri è data dall'organizzazione interna che è strutturata sul modello familiare. operatori e ospiti convivono nella stessa struttura (sono un esempio le case famiglia) e gli adulti assumono funzioni genitoriali.

**Tabella 11.** *Minori ospiti nei presidi residenziali e socio-assistenziali per tipologia di presidio, in Italia e Veneto al 31 dicembre 2005 , (ISTAT).*

	<b>Veneto</b>	<b>Italia</b>	<b>Presidi Veneto %</b>	<b>Presidi Italia %</b>
Centro di pronta accoglienza	103	907	9,5	5,0
Comunità familiare	324	2.994	29,9	16,8
Comunità educativa per minori	345	6.762	31,9	38,0
Comunità socio-riabilitativa	48	813	4,4	4,6
Comunità alloggio	181	3.011	16,7	16,9
Istituto per minori	25	2.027	2,3	11,4
Residenza sanitaria assistenziale	6	86	0,6	0,5
Centro di accoglienza immigrati	0	865	0,0	4,9
Altro	52	334	4,8	1,9
<b>Totale</b>	<b>1.083</b>	<b>17.799</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Analizzando i dati relativi al territorio Veneto si nota che l'andamento segue all'incirca

quello nazionale, la percentuale più alta di utenti (31,9%) è ospitata in comunità educative per minori, segue poi la comunità familiare (29,9) e quella d'alloggio (31,9) (Tab.11).

I minori che usufruiscono dell'assistenza hanno principalmente dei bisogni legati a disagi come handicap fisico, psichico, sensoriale, plurimo, problemi di tipo relazionale all'interno del nucleo familiare, problemi economici, abitativi, dipendenze da sostanze come alcol e droghe oppure coinvolti in procedure penali o questioni di custodia alternativa.

Nel 77,6% dei casi il minore chiede o viene accompagnato "all'aiuto" per motivi legati a difficoltà familiari e relazionali, economica o abitativa. Il restante si distribuisce con percentuali molti inferiori nelle altre aree di disagio (Tab.12).

Non esistono differenze importanti tra i due sessi, la percentuale dei minori maschi con disagi è del 53,3% quindi possiamo dire che la popolazione divisa quasi equamente a metà (Tab.12).

E' interessante notare che su 17.999 utenti 5.061 sono stranieri (28,4%) e anche in questo caso i disagi provenienti da difficoltà relazionali, familiari, economici e abitativi sono la causa principale della richiesta di assistenza (78,6% dei casi). In Veneto la percentuale dei minori stranieri è del 6,1% (308 su 1,083) mentre la distribuzione per sessi non risulta neanche in questo caso significativa (55,3% sono maschi) (Tab.12).

**Tavola 12.** *Minori ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali in Italia per genere e tipo di disagio al 31 dicembre 2005 (ISTAT).*

	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	<b>Di cui stranieri</b>
<b>VALORI ASSOLUTI</b>				
Con handicap fisico	111	91	202	61
Con handicap psichico	336	190	526	51
Con handicap sensoriale	183	121	304	16
Con handicap plurimo	252	167	418	56
Coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa	253	110	364	112
Tossicodipendenti e alcolisti	19	8	27	9
Gestanti e madri con bambini a carico	-	352	352	97
Con problemi familiari e relazionali, economici, abitativi	7.299	6.515	13.814	3.977
Altro	1.030	761	1.791	682
<b>Totale</b>	<b>9.483</b>	<b>8.316</b>	<b>17.799</b>	<b>5.061</b>
<i>continua</i>				

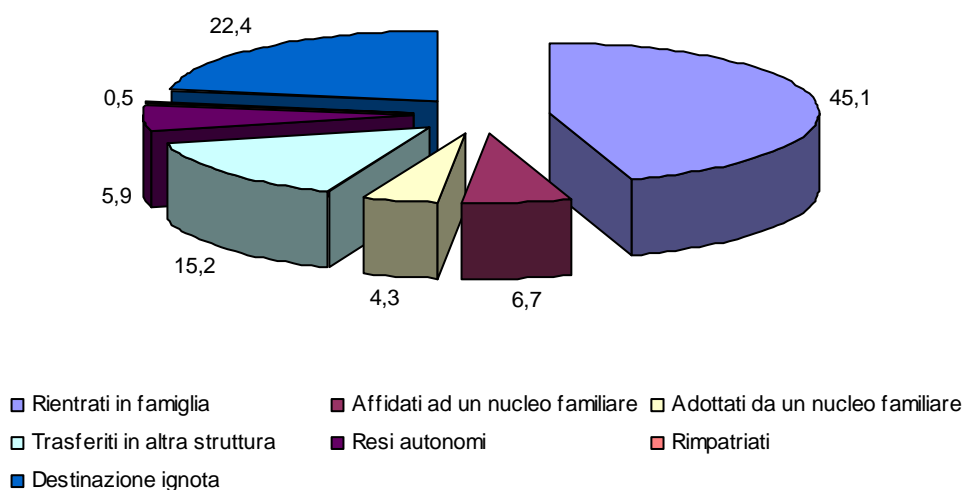
<b>VALORI PERCENTUALI</b>				
Con handicap fisico	1,17	1,09	1,13	1,21
Con handicap psichico	3,54	2,28	2,96	1,01
Con handicap sensoriale	1,93	1,46	1,71	0,32
Con handicap plurimo	2,66	2,01	2,35	1,11
Coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa	2,67	1,32	2,05	2,21
Tossicodipendenti e alcolisti	0,20	0,10	0,15	0,18
Gestanti e madri con bambini a carico	-	4,23	1,98	1,92
Con problemi familiari e relazionali, economici, abitativi	76,97	78,34	77,61	78,58
Altro	10,86	9,15	10,06	13,48
<b>Totale</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Dopo il periodo di assistenza il minore solitamente rientra in famiglia (44,9% dei casi nel territorio veneto, 32,1% dei casi nazionali), oppure trasferito in un'altra struttura (nel 16,2% dei casi nazionali nel caso veneto vengono affidati in percentuali minori ad un nucleo familiare nuovo in affido oppure adottati, resi autonomi o se stranieri rimpatriati) (Tab.13).

**Tabella 13.** *Minori dimessi dai presidi residenziali socio-assistenziali, per tipo di destinazione in Italia e Veneto ( ISTAT).*

	<b>Veneto</b>	<b>Italia</b>	<b>Veneto</b>	<b>Italia</b>
			<b>%</b>	<b>%</b>
Rientrati in famiglia	296	3.811	45,1	32,1
Affidati ad un nucleo familiare	44	632	6,7	5,3
Adottati da un nucleo familiare	28	389	4,3	3,3
Trasferiti in altra struttura	100	1.922	15,2	16,2
Resi autonomi	39	1.018	5,9	8,6
Rimpatriati	3	109	0,5	0,9
Destinazione ignota	147	4.008	22,4	33,7
<b>Totale minori usciti</b>	<b>657</b>	<b>11.889</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Figura 7.** Percentuale di minori dimessi dai presidi residenziali socio-assistenziali, per tipo di destinazione in Veneto, ISTAT.



#### 4.1.1 L'assistenza ai minori: chi se ne occupa?

Quali sono le figure che aiutano i minori quando arrivano nelle strutture? Chi li accompagna nel percorso di recupero?

Nelle strutture nazionali considerate lavorano circa 23.323 risorse e sono figure professionali come:

- direttore di struttura;
- impiegato;
- medico;
- psicologo;
- sociologo;
- assistente sociale;
- insegnanti e altri addetti alla formazione;
- educatore;
- pedagogista;
- animatore;
- infermiere;
- fisioterapista;
- logopedista;

- addetti ai servizi di assistenza;
- addetti ai servizi generali.

Esistono poi gli obiettori e i volontari che scelgono di dedicare il loro tempo libero per svolgere attività all'interno di queste strutture mettendo a disposizione le loro competenze.

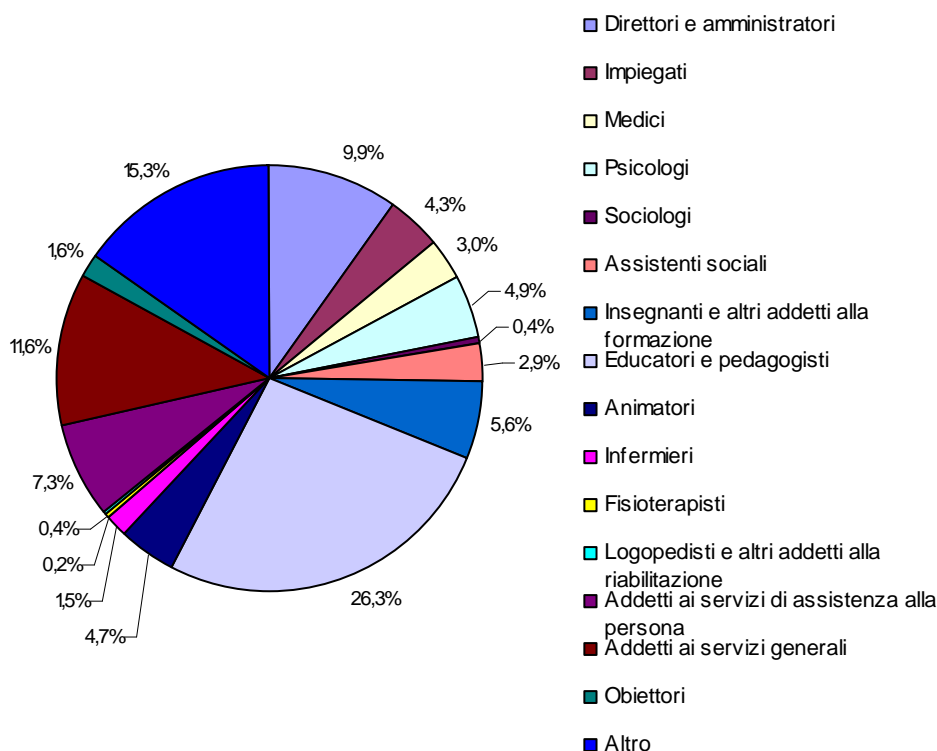
Da un'analisi è interessante notare che il 72% del personale che opera sono donne, questo probabilmente per la tipologia di ambiente di lavoro che richiede una particolare predisposizione e sensibilità per cogliere i bisogni dei giovani pazienti, caratteristiche e doti forse più appartenenti ad una donna grazie ad una sorta di istinto materno.

Le figura più presente è quella dell'educatore e pedagogista (il 23,6% del totale delle risorse appartengono a questa figura), seguono poi gli addetti ai servizi generali (11,6% delle risorse). I volontari costituiscono il 24,2% della forza lavoro (il 12,3% dei casi impegnati in attività di animazione) e sono nella maggior parte dei casi (33,2%) figure non appartenenti alla lista indicata sopra quindi catalogate come "altro" , (Tab.14).

**Tabella 14.** *Personale operante nei presidi residenziali per minori in Italia per genere e professione esercitata al 31 dicembre 2005 (ISTAT).*

<b>Professione</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	<b>Di cui Volontari</b>
Direttori e amministratori	971	1.334	2.305	503
Impiegati	323	670	993	166
Medici	430	280	710	182
Psicologi	310	831	1.141	111
Sociologi	19	71	90	20
Assistenti sociali	60	628	688	117
Insegnanti e altri addetti alla formazione	231	1.086	1.317	504
Educatori e pedagogisti	1.699	4.444	6.143	479
Animatori	361	731	1.092	696
Infermieri	73	269	342	130
Fisioterapisti	30	23	53	4
Logopedisti e addetti alla riabilitazione	14	74	88	3
Addetti ai servizi di assistenza alla persona	249	1.462	1.711	419
Addetti ai servizi generali	356	2.339	2.695	443
Obiettori	287	91	378	
Altro	1.130	2.447	3.577	1.878
<b>Totale personale</b>	<b>6.543</b>	<b>16.780</b>	<b>23.323</b>	<b>5.655</b>

**Figura 8.** Percentuale di personale operante nei presidi residenziali per minori in Italia per professione esercitata al 31 dicembre 2005, ISTAT.



#### 4.2 L'assistenza agli adulti : disagi e strutture nel territorio nazionale e veneto.

L'area "Adulti" comprende tutta la popolazione in stato di bisogno che si trova nella fascia d'età tra i 18 e 64 anni. Suddividendo tale popolazione in tre fasce d'età: 18-24, 25-64; 45-64, si nota che il 50% della popolazione adulta, che è ospitata nei presidi ha un'età compresa tra i 45 e 64 anni e trova ospitalità nel 51,6% dei casi o in una residenza sanitaria assistenziale o in una comunità socio-riabilitativa, strutture che accolgono individui con problemi di autosufficienza, handicap fisici e/o psichici, tossicodipendenti, alcolisti e difficoltà di altra natura (Tab.15).

Le comunità socio-riabilitative in particolare promuovono e sviluppano progetti per la riabilitazione e il recupero delle capacità personali utili al reinserimento del soggetto nella società.

In questo tipo di struttura si trova anche la percentuale maggiore di individui (circa il 19%) appartenenti alla fascia d'età tra 18 e 24 anni e il 22% circa degli utenti tra i 45 e 64 anni (Tab.16).



**Tabella 15.** *Adulti ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali in Italia per classe d'età e tipologia di presidio (31 dicembre 2005).*

	Classe d'età			
	18-24 anni	25-44 anni	45-64 anni	Totale
<b>VALORI ASSOLUTI</b>				
Centro di pronta accoglienza	278	1.335	672	2.285
Centro di accoglienza notturna	288	1.007	893	2.188
Comunità familiare	463	898	350	1.711
Comunità educativa per minori	434	160	32	626
Comunità socio-riabilitativa	897	6.419	5.575	12.891
Comunità alloggio	814	2.775	2.017	5.606
Istituto per minori	36	38	4	78
Residenza assistenziale per anziani	33	382	3.141	3.556
Residenza socio-sanitaria per anziani	61	832	4.201	5.094
Residenza sanitaria assistenziale (Rsa)	195	2.822	7.761	10.778
Centro di accoglienza immigrati	730	2.571	628	3.929
Altro	541	983	555	2.079
<b>Totale</b>	<b>4.772</b>	<b>20.222</b>	<b>25.830</b>	<b>50.824</b>
<b>VALORI PERCENTUALI</b>				
Centro di pronta accoglienza	5,83	6,60	2,60	4,50
Centro di accoglienza notturna	6,04	4,98	3,46	4,31
Comunità familiare	9,70	4,44	1,36	3,37
Comunità educativa per minori	9,09	0,79	0,12	1,23
Comunità socio-riabilitativa	18,80	31,74	21,58	25,36
Comunità alloggio	17,06	13,72	7,81	11,03
Istituto per minori	0,75	0,19	0,02	0,15
Residenza assistenziale per anziani autosufficienti	0,69	1,89	12,16	7,00
Residenza socio-sanitaria per anziani	1,28	4,11	16,26	10,02
Residenza sanitaria assistenziale (Rsa)	4,09	13,96	30,05	21,21
Centro di accoglienza immigrati	15,30	12,71	2,43	7,73
Altro	11,34	4,86	2,15	4,09
<b>Totale</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Nel Veneto il numero degli ospiti adulti è di 4.558, il 9% del totale nazionale e il 5% di questi (219 sono stranieri).

Dei 4.558 individui che ricevono assistenza nel territorio veneto l'85% circa sono disabili

(ospiti di età tra i 18 e i 64 anni con handicap fisico o psichico o sensoriale o plurimo e gli ospiti con problemi psichiatrici attestati) mentre la percentuale nazionale è del 66%. Quasi la metà delle persone con disabilità (48,1%) trova assistenza in un una residenza sanitaria assistenziale, il 19% circa in una residenza socio sanitaria per anziani, struttura destinata prevalentemente ad anziani non autosufficienti, dove è possibile trovare personale medico e infermieristico che opera per il recupero delle capacità psico-motorie del paziente.

**Tabella 16.** *Disabili adulti ospiti nei presidi residenziali per tipologia di presidio nel Veneto al 31 dicembre 2005 (ISTAT).*

<b>Strutture</b>	<b>Veneto</b>	<b>Italia</b>	<b>Veneto %</b>	<b>Italia %</b>
Centro di pronta accoglienza	79	257	2,0	0,8
Comunità familiare	122	666	3,2	2,0
Comunità socio-riabilitativa	182	11.223	4,7	33,6
Comunità alloggio	526	3.319	13,6	9,9
Residenza assistenziale per anziani	273	2.532	7,1	7,6
Residenza socio-sanitaria per anziani	726	4.408	18,8	13,2
Residenza sanitaria assistenziale	1.861	10.105	48,1	30,2
Altro	97	929	2,5	2,8
<b>Totale</b>	<b>3.866</b>	<b>33.439</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Oltre ai bisogni collegati ad una forma di disabilità emergono anche per questa categoria altre tipologie di disagi come: problemi familiari e relazionali, economici, abitativi, di dipendenza da sostanze.

### **4.3 L'assistenza agli anziani: disagi e strutture nel territorio nazionale e veneto.**

La popolazione anziana che utilizza le strutture residenziali e socio-assistenziali è il 77% degli utenti a livello nazionale e ben l'83% a livello regionale, il 79% (22.947) sono donne. Il Veneto è la terza regione per numero di ospiti anziani nei presidi residenziali (circa il 13% del totale nazionale), la superano la Lombardia (21%) e il Piemonte (16%)(Tab.17).

**Tabella 17.** Anziani ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali per genere e classe d'età al 31 dicembre 2005(ISTAT).

Classi d'età	maschi	femmine	Anziani in Italia (valori assoluti)	Anziani in Italia (valori percentuali)
65-74	13.391	18.013	31.404	13,7
75-79	12.540	27.629	40.170	17,5
80 e oltre	28.348	129.707	158.054	68,8
<b>Totale</b>	<b>54.279</b>	<b>175.349</b>	<b>229.628</b>	<b>100,0</b>

Il 69% circa degli utenti anziani nazionali ha più di 80 anni e il 70% (161.328) ha un problema di non autosufficienza. Le strutture in Italia che danno assistenza agli anziani sono principalmente le residenze socio-sanitarie per anziani (35,4%), le residenze sanitarie assistenziali (34,5%) e le residenze assistenziali per anziani (25,5%), strutture dedicate ad anziani autosufficienti, dove gli individui oltre all'assistenza fisica vengono coinvolti in attività ricreative e culturali.

**Tabella 18.** Anziani ospiti nei presidi residenziali per tipologia di presidio in Italia e Veneto al 31 dicembre 2005(ISTAT).

Strutture	Veneto	Italia	Veneto %	Italia %
Centro di pronta accoglienza	0	212	0,0	0,1
Centro di accoglienza notturna	0	110	0,0	0,0
Comunità familiare	64	469	0,2	0,2
Comunità socio-riabilitativa	12	3.333	0,0	1,5
Comunità alloggio	101	4.569	0,3	2,0
Residenza assistenziale per anziani	5.640	58.506	19,3	25,5
Residenza socio-sanitaria per anziani	20.772	81.230	71,0	35,4
Residenza sanitaria assistenziale	2.619	79.204	9,0	34,5
Centro di accoglienza immigrati	0	55	0,0	0,0
Altro	64	1.941	0,2	0,8
<b>Totale</b>	<b>29.221</b>	<b>229.628</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

In Veneto il 71% degli anziani è ospitato in residenze socio-sanitarie per anziani e il 19% circa in residenze assistenziali.

Il 65% degli anziani ospiti nelle residenze socio-sanitarie sono in strutture pubbliche e il 29%

in strutture non profit<sup>33</sup> (Tab.19).

**Tavola 19.** *Anziani ospiti nei presidi residenziali per tipologia di presidio nel Veneto al 31 dicembre 2005 (valori percentuali), ISTAT.*

<b>Struttura</b>	<b>Pubblico</b>	<b>Nonprofit</b>	<b>Profit</b>	<b>Totale</b>
Residenza assistenziale per anziani autosufficienti	48,4	43,5	8,1	<b>100,0</b>
Residenza socio-sanitaria per anziani	65,5	29,1	5,34	<b>100,0</b>
Residenza sanitaria assistenziale	65,5	30,8	3,7	<b>100,0</b>
<b>Totale presidi residenziali</b>	<b>61,9</b>	<b>32,4</b>	<b>5,7</b>	<b>100,00</b>

---

<sup>33</sup> “Enti giuridici o sociali creati allo scopo di produrre beni o servizi, il cui status non permette loro di essere fonte di reddito, profitto o altro guadagno di tipo finanziario per chi o coloro che le costituiscono, controllano o finanziano” System of National Accounts, Carta degli Statistici Internazionali, Organizzazioni No Profit (ONP).

## 5. La prima rilevazione censuaria delle istituzioni non profit<sup>34</sup> in Italia<sup>35</sup>: ISTAT 2001

La maggior parte delle organizzazioni che operano nel settore dei servizi socio-assistenziali sono organizzazioni di tipo non profit (ONP). Per anni questo settore è stato considerato marginale, non si conoscevano bene i confini e in numeri delle istituzioni e organizzazioni che vi operano.

La prima rilevazione censuaria svolta dall' ISTAT nel 2001 è stata realizzata con lo scopo di far emergere le dimensioni del settore e delinearne le principali caratteristiche, in modo da rispondere ad uno stimolo derivante da una crescente domanda di informazioni riguardanti questo settore.

La popolazione oggetto di rilevazione sono tutte le unità istituzionali appartenenti al settore non profit secondo i criteri dettati dal System of National Accounts<sup>36</sup> le istituzioni non profit “*sono enti giuridici o sociali creati allo scopo di produrre beni e servizi, il cui status non permette loro di essere fonte di reddito, profitto o altro guadagno per le unità che le costituiscono, controllano o finanziano*”. Secondo questa definizione sono considerati enti non profit gli enti giuridici o sociali, questo significa che non tutte le organizzazioni debbano essere legalmente riconosciute attraverso uno status giuridico ma possono anche avere un riconoscimento solo sociale. Nella rilevazione in questione si sono considerate solo quelle che hanno assunto almeno la forma giuridica di “associazione non riconosciuta” e sono state escluse le altre forme di aggregazione sociale non formalizzata.

La rilevazione censuaria applica la classificazione ICNPO<sup>37</sup> (International Classification of No Profit Organization) che considera 12 settori di attività economica . L'ISTAT ha integrato la classificazione ICNPO con il nuovo settore "Altre attività" che comprende attività produttive di tipo imprenditoriale (agricoltura, attività manifatturiere, commercio, alberghi e ristoranti, trasporti,

---

<sup>34</sup>In inglese è relazionata a *profit* in uso dal 1315, che è l'adattamento del francese antico *profit*, in uso dal 1140 a sua volta dal verbo latino *proficere*. L'italiano degli ultimi tempi usa molto l'espressione mutuata dell'inglese (barbarismo) organizzazione non-profit, ed ultimamente ha adottato i termini brevi *no-profit* e *non profit* che sottintendono il termine *organizzazione*. A differenza dell'inglese, del francese e dello spagnolo, la lingua italiana non ha elaborato un acronimo. Fonte: [http://it.wikipedia.org/wiki/Organizzazione\\_non\\_a\\_scopo\\_di\\_lucro#Terminologia](http://it.wikipedia.org/wiki/Organizzazione_non_a_scopo_di_lucro#Terminologia).

<sup>35</sup> Istituzioni non profit in Italia (Sanità previdenza-Pubblica amministrazione), ISTAT 2001.

<sup>36</sup> Commission of the European Communities, International Monetary Fund, Organisation for Economic Co-operation and Development, United Nations, World Bank, *System of National Accounts 1993*, Brussels/Luxembourg, New York, Paris, Washington, DC, 1993.(Fonte: ISTAT)

<sup>37</sup> *International Classification of Nonprofit Organizations (ICNPO)*, predisposta dalla Johns Hopkins University di Baltimora (USA), nell'ambito di un progetto di ricerca internazionale sulle istituzioni *non profit*, avviato all'inizio degli anni '90. La classificazione comprende 26 classi raggruppate in 12 settori. La classificazione ICPNO è pubblicata in: Salamon, Lester M. e Helmut K.Anheier, In Search of Nonprofit Sector II: The problem of Classification, *Voluntas*, 3, 1992.

servizi alle imprese, ecc.). Tale integrazione è stata realizzata al fine di verificare la presenza in Italia di istituzioni che si dedicano in via prevalente ad altre attività non comprese tra quelle specificate nella classificazione ICNPO<sup>38</sup>.

**Tabella 20.** *Gruppi e attività previste dalla classificazione ICPNO (International Classification of No Profit Organization).*

<b>Cultura, sport e ricreazione</b>
1 - Attività culturali e artistiche
2 - Attività sportive
3 - Attività ricreative e di socializzazione
<b>Istruzione e ricerca</b>
4 - Istruzione primaria e secondaria
5 - Istruzione universitaria
6 - Istruzione professionale e degli adulti
7 - Ricerca
<b>Sanità</b>
8 - Servizi ospedalieri generali e riabilitativi
9 - Servizi per lungodegenti
10 - Servizi psichiatrici ospedalieri e non ospedalieri
11 - Altri servizi sanitari
<b>Assistenza sociale</b>
12 - Servizi di assistenza sociale (offerta di servizi reali alla collettività o a categorie di persone)
13 - Servizi di assistenza nelle emergenze (protezione civile e assistenza a profughi e rifugiati)
14 - Erogazione di contributi monetari e/o in natura (servizi di sostegno ai redditi e alle condizioni di vita individuale e servizi di beneficenza)
<b>Ambiente</b>
15 - Protezione dell'ambiente
16 - Protezione degli animali
<b>Sviluppo economico e coesione sociale</b>
17 - Promozione dello sviluppo economico e coesione sociale della collettività
18 - Tutela e sviluppo del patrimonio abitativo
19 - Addestramento, avviamento professionale e inserimento lavorativo
<b>Tutela dei diritti e attività politica</b>
20 - Servizi di tutela e protezione dei diritti

<sup>38</sup> Fonte: [www.istat.it](http://www.istat.it), note sulla rilevazione (censimento delle istituzioni nonprofit, 2001)

21 - Servizi legali
22 - Servizi di organizzazione dell'attività di partiti politici
<b>Filantropia e promozione del volontariato</b>
23 - Erogazione di contributi filantropici, promozione del volontariato e attività di raccolta fondi
<b>Cooperazione e solidarietà internazionale</b>
24 - Attività per il sostegno economico e umanitario all'estero
<b>Religione</b>
25 - Attività di promozione e formazione religiosa
<b>Relazioni sindacali e rappresentanza di interessi</b>

Ogni gruppo di attività economica include delle voci di attività. In particolare l'Assistenza sociale comprende:

- Servizi di assistenza sociale
- Servizi di assistenza nelle emergenze
- Erogazioni di contributi monetari e/o in natura

Nei paragrafi che seguono si riportano alcuni risultati della rilevazione che permettono di descrivere la situazione nazionale e veneta dei servizi sociali nell'anno della prima rilevazione censuaria è di attuazione della riforma dei servizi socio-assistenziali (328/2000).

## **5.1 Le organizzazioni non profit: diffusione territoriale, attività e forma giuridica.**

Al momento della rilevazione nel territorio nazionale erano presenti 221.421 organizzazioni tra associazioni riconosciute, non riconosciute, fondazioni, comitati, cooperative sociali e altre forme di organizzazioni no profit attive, nei 12 settori di attività economica definiti.

La loro distribuzione territoriale risultava abbastanza disomogenea. Il 51,1% delle istituzioni (pari a 113.173 unità) era presente nell'Italia settentrionale, il 21,2% (pari a 46.966 unità) nel Centro e il 27,7% (pari a 61.273 unità) era localizzato nel mezzogiorno.

La Lombardia vantava la presenza più consistente di unità istituzionali (31.120, pari al 14,1% del totale), seguita dal Veneto (21.092, pari al 9,5%), dall'Emilia-Romagna (19.160, pari all'8,7%), dal Piemonte (18.700, pari all'8,4%) e dalla Toscana (18.021, pari all'8,1%). Le regioni con una minore presenza di istituzioni non profit erano la Valle d'Aosta, il Molise, la Basilicata, l'Umbria e la Calabria, che nel loro complesso ospitavano poco meno del 6,0% delle unità

istituzionali attive in Italia.

Dalla rilevazione è risultato un quadro dal quale appare chiara la predominanza delle associazioni, siano esse non riconosciute (140.746, pari al 63,6%) o riconosciute (61.313, pari al 27,7%). Numericamente meno consistenti sono le altre forme giuridiche considerate. Le cooperative sociali attive sono 4.651, pari al 2,1% delle istituzioni nonprofit; le fondazioni sono 3.008, pari all'1,4% del totale; i comitati rilevati sono stati 3.833, pari all'1,7% delle unità istituzionali censite.

A queste istituzioni se ne aggiungono poi altre che hanno dichiarato l'adozione di forme giuridiche diverse (principalmente enti ecclesiastici civilmente riconosciuti, università, istituti scolastici ed ospedalieri, società di mutuo soccorso). Nel complesso esse ammontano a 7.861 e costituiscono il 3,6% dell'universo considerato (Tab.21,22).

**Tabella 21** *Istituzioni per forma giuridica in Italia e veneto, (ISTAT, 2001).*

<b>Istituzione</b>	<b>Veneto</b>	<b>Italia</b>
Associazione riconosciuta	4.964	61.309
Fondazione	254	3.008
Associazione non riconosciuta	14.429	140.752
Comitato	436	3.832
Cooperativa sociale	353	4.651
Altra forma	657	7.861
<b>Totale</b>	<b>21.092</b>	<b>221.412</b>

**Tabella 22** *Istituzioni per forma giuridica nell'assistenza sociale in Italia, (ISTAT, 2001).*

	Servizi di assistenza sociale	Servizi di assistenza nelle emergenze	Erogazione di contributi monetari e/o in natura	<b>Assistenza sociale Italia</b>
Associazione riconosciuta	4.915	1.163	497	<b>6.575</b>
Fondazione	502	6	265	<b>773</b>
Associazione non riconosciuta	5.722	1.164	1.187	<b>8.073</b>
Comitato	213	12	98	<b>322</b>
Cooperativa sociale	2.397	–	–	<b>2.397</b>
Altra forma	873	22	309	<b>1.204</b>
<b>Totale</b>	<b>14.621</b>	<b>2.367</b>	<b>2.356</b>	<b>19.344</b>



Nel Veneto le organizzazioni che operavano nell'ambito dell'assistenza sociale erano 1.605 il 74,1% di queste operavano nei servizi di assistenza sociale.

**Tabella 23.** *Istituzioni del settore assistenza sociale per classe di attività prevalente, in Veneto (ISTAT, 2001).*

	<b>Veneto</b>
Servizi di assistenza sociale	1.190
Servizi di assistenza nelle emergenze	205
Erogazione di contributi monetari e/o in natura	210
<b>Totale assistenza sociale</b>	<b>1.605</b>

## 5.2 Le risorse umane nelle organizzazioni non profit in Italia e Veneto

Nelle organizzazioni rilevate erano impiegate 4 milioni di persone, la maggior parte di queste erano non retribuite, figure come volontari (3 milioni), religiosi (100.000) e obiettori di coscienza (30.000). Tra il personale retribuito si trovavano 532.000 dipendenti, 80.000 lavoratori con contratto di collaborazione coordinata e continuativa e circa 18.000 lavoratori distaccati da altri enti. Nel settore dell'assistenza erano impiegati 696.821 addetti il 51% circa erano donne. I volontari costituivano il 70,7% del totale delle risorse impiegate mentre il 21,7% erano dipendenti (Tab.24).

Per "dipendente" si intende una persona legata con un contratto di lavoro all'impresa e che percepisce una retribuzione. Sono considerati dipendenti anche coloro che hanno un contratto di formazione e lavoro, i soci e i religiosi iscritti nei libri paga. Non sono considerati dipendenti i soci che pur lavorando nell'ente non percepiscono una retribuzione contrattuale. Sono lavoratori con contratto di collaborazione coordinata e continuativa le persone che hanno un contratto di collaborazione. Fanno parte delle figure non retribuite, gli obiettori, persone che prestano servizio civile<sup>39</sup> svolgendo attività all'interno dell'organizzazione, i religiosi che appartengono al clero, ad un ordine o ad una comunità religiosa. Infine, i volontari che costituiscono un presenza importante tra il personale che opera nel settore delle istituzioni nonprofit. La figura del "volontario" svolge delle attività saltuariamente senza alcun corrispettivo.

Di seguito si riportano le risorse impiegate per tipologia di rapporto con l'organizzazione, in Italia nel settore dell'assistenza sociale.

<sup>39</sup> Legge 772/72 e del DPR 1139/77.

**Tabella 24.** *Persone impiegate al 31 dicembre 1999 in Italia nel settore assistenza sociale per tipologia di rapporto e genere (ISTAT,2001).*

<b>Tipologia di rapporto</b>	<b>Persone impiegate (valori assoluti )</b>	<b>Di cui donne</b>	<b>Persone impiegate %</b>
Dipendenti	151.547	101.357	21,7
Lavoratori distaccati o comandati da imprese e/o istituzioni	2.972	18.155	0,4
Lavoratori con contratto di collaborazione coordinata e continuativa	15.844	1.814	2,3
Volontari	492.875	9.010	70,7
Religiosi	22.569	219.736	3,2
Obiettori	11.014	6.728	1,6
<b>Totale</b>	<b>696.821</b>	<b>356.800</b>	<b>100,0</b>

L' 81% delle risorse impiegate nelle attività sociali operavano nei servizi di assistenza sociale il 14% nei servizi di emergenza il restante nelle organizzazioni che si occupavano di erogazione di contributi monetari. All'interno delle organizzazioni che si occupano di assistenza sociale erano attivi 370.369 volontari e 145.261 dipendenti (tab.25).

**Tavola 25.** *Persone impiegate al 31 dicembre 1999 in Italia nel settore assistenza sociale per tipologia di rapporto e attività (ISTAT, 2001).*

	<b>Servizi di assistenza sociale</b>	<b>Servizi di assistenza nelle emergenze</b>	<b>Erogazione di contributi monetari e/o in natura</b>	<b>Totale</b>
Dipendenti	145.261	3.199	3.087	151.547
Lavoratori distaccati	2.626	109	237	2.972
Contratto di collaborazione	15.481	99	264	15.844
Volontari	370.369	95.446	27.060	492.875
Religiosi	21.444	530	595	22.569
Obiettori	10.499	311	204	11.014
<b>Totale</b>	<b>565.680</b>	<b>99.694</b>	<b>31.447</b>	<b>696.821</b>

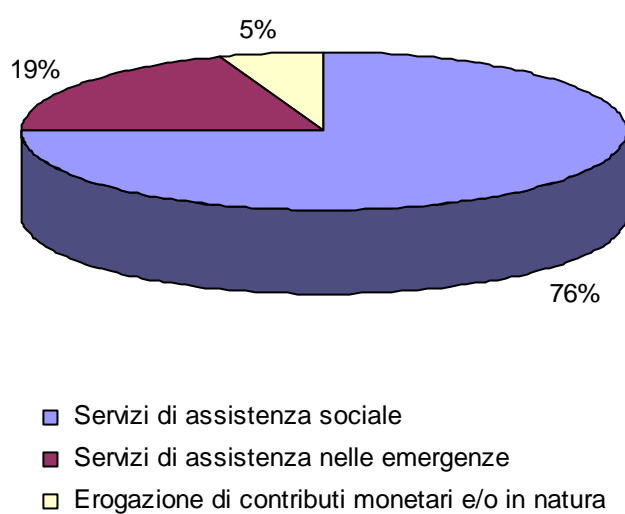
In Veneto i volontari che operavano nel settore dell' assistenza sociale erano 37.608, il 7,6% del totale nazionale impiegati per il 65,4% nei servizi di assistenza sociale e per 23,3% nei

servizi di assistenza nelle emergenze (Tab.26).

**Tabella 26.** *Volontari al 31 dicembre 1999 in Veneto nel settore servizi sociali (ISTAT, 2001).*

	<b>Italia</b>	<b>Veneto</b>
Servizi di assistenza sociale	370.369	24.649
Servizi di assistenza nelle emergenze	95.446	8.752
Erogazione di contributi monetari e/o in natura	27.060	4.207
<b>Totale</b>	<b>492.875</b>	<b>37.608</b>

**Figura 9.** *Volontari al 31 dicembre 1999 in Veneto nel settore servizi sociali (ISTAT, 2001).*





## **6. L'indagine svolta dall' Osservatorio sul Mercato Locale del Lavoro**

Il settore dei servizi Socio-assistenziali è un settore complesso costituito da enti e organizzazioni a volte difficilmente raggiungibili e qualora si riuscisse a farlo, non agilmente classificabili entro modelli standard di organizzazioni. Inoltre, risulta difficile mappare i servizi offerti a causa del continuo mutamento dei bisogni della popolazione.

Le figure che vi operano spesso non hanno riconoscimento normativo e svolgono attività simili ad altre denominate con terminologia e percorsi formativi differenti. In questo scenario di “confusione” nasce la necessità di svolgere questa indagine che inizialmente aveva come scopo, come nelle ricerche precedenti, di fare una “fotografia” più attendibile possibile del settore in termini di occupazione e professionalità. Preso atto delle numerose difficoltà riscontrate si è cercato quindi di produrre uno strumento utile a fornire informazioni generali a studenti e laureati che vogliono affrontare, in termini lavorativi, questo settore in particolare: capire le dinamiche generali del settore, conoscere i riferimenti normativi e le fonti da cui trarre continue informazioni aggiornate su un settore in continua evoluzione, comprendere le difficoltà del lavoro sociale e le sue potenzialità, i percorsi formativi richiesti per le figure riconosciute e le competenze associate alle figure non riconosciute, avere un'idea delle prospettive occupazionali future.

### **6.1 Metodologia e tecniche di indagine**

Di seguito si riportano alcune indicazioni della metodologia utilizzata in fase di svolgimento dell'indagine, in particolare le caratteristiche della popolazione (composizione e origine delle liste) e gli strumenti di rilevazione utilizzati.

#### **6.1.1 Enti e organizzazioni coinvolti nell'indagine**

Come già anticipato nei paragrafi precedenti non è facile riuscire a definire il confine dei servizi socio-assistenziali o per meglio dire riuscire a individuare tutti gli enti e le organizzazioni che rientrano in questo particolare settore di attività.

La Regione Veneto ha attivato il portale<sup>40</sup> regionale delle Politiche Sociali una fonte esaustiva e aggiornata su tutto ciò che riguarda il comparto sociale nel Veneto. La consultazione

---

<sup>40</sup> [www.venetosociale.it](http://www.venetosociale.it)

della banca dati può avvenire o attraverso una ricerca per tipologia di utente (minori, giovani, anziani) oppure attraverso una ricerca per tipologia di disagio (disabilità, tossicodipendenza, ecc.). Attraverso la consultazione del portale è possibile avere i riferimenti normativi riguardanti il settore (che regolano enti, attività e professioni) ma soprattutto l'elenco delle strutture che operano nel territorio.

La popolazione oggetto di rilevazione in questa indagine è stata costruita attraverso le liste provenienti dalla banca dati della Regione Veneto integrata da nominativi provenienti da altri fonti per quelle categorie come le Fondazioni e le varie unità FISM (Federazione Italiana Scuole Materne). Dalla banca dati della Regione Veneto si sono recuperate le liste di:

- Cooperative sociali;
- Comunità (per minori, tossicodipendenti, ecc.);
- Associazioni;
- Consultori familiari (pubblici e privati);
- Case di riposo;

Secondo l'albo delle cooperative della Regione, attualmente sono presenti 674 cooperative in Veneto (397 di tipo A, 231 di tipo B e 16 di tipo A/B), 816 associazioni che possono essere distinte per tipologia di disagio o per fascia d'età dell'utenza (minori, giovani, adulti, collettività ed età mista). Il totale delle comunità iscritte alle liste regionali è pari a 204 che possono essere suddivise per comunità per minori, educativa mamma-bambino, educativa riabilitativa e familiare. Nel territorio si contano infine, 27 consultori privati e 125 pubblici e 262 case di riposo.

Prima di procedere alla descrizione dell'indagine vera e propria si riportano alcune informazioni sugli enti oggetto di rilevazione.

#### ▪ **La cooperative sociali**

Le cooperative sociali sono strutture aventi come scopo quello di perseguire l'interesse generale della comunità, la promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi o attraverso lo svolgimento di attività diverse (agricole, industriali, commerciali o di servizi) finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate (Legge 8 novembre 1991, n.381). Le attività svolte dalla cooperativa definiscono l'appartenenza a una delle seguenti forme d'impresa:

- Cooperativa di tipo A;
- Cooperativa di tipo B;
- Cooperativa ad oggetto misto;
- Consorzi sociali;

**Le cooperative di tipo A** rispondono ai bisogni di utenti in situazioni di disagio offrendo servizi socio-sanitari ed educativi, attraverso la gestione di residenze protette, asili nido, centri diurni, comunità, presidi sanitari o prestando assistenza domiciliare<sup>41</sup>.

**Le cooperative di tipo B** sono forme d'impresa che hanno come obiettivo l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate promuovendo opportunità occupazionali e favorendo in tal modo l'integrazione sociale di soggetti che altrimenti rimarrebbero esclusi dal mercato del lavoro. La finalità di queste forme d'impresa è quella principalmente di aiutare le persone svantaggiate ad accedere al mercato del lavoro. Per raggiungere questo obiettivo le cooperative di tipo B possono svolgere qualsiasi attività d'impresa in campo agricolo, industriale, artigianale, commerciale e di servizi. Parte dei posti sono destinati a persone svantaggiate come alcolisti, detenuti ed ex detenuti, disagi fisici, psichici e sensoriali, tossicodipendenti, e altre persone che, per povertà o per la perdita di una precedente occupazione si trovano escluse dal mercato del lavoro<sup>42</sup>.

**Le cooperative ad oggetto misto**, possono svolgere sia attività di servizio alla persona (tipiche delle cooperative di tipo A) sia in quelle di inserimento lavorativo (cooperative di tipo B) a condizione che “le tipologie di svantaggio e/o le aree di intervento esplicitamente indicate nell'oggetto sociale siano tali da postulare attività coordinate per l'efficace raggiungimento delle finalità attribuite alle cooperative sociali” (circolare del Ministero del lavoro 153/96)<sup>43</sup>.

**I consorzi sociali** rappresentano una delle forme più importanti di integrazione tra cooperative sociali. La loro funzione principale è quella di offrire servizi finalizzati a sostenere le capacità e le attività di gestione delle cooperative aderenti, sia rispetto a funzioni interne (gestione delle risorse umane, assistenza contabile e consulenza fiscale, svolgimento pratiche amministrative, formazione, informazione), sia riguardo ai rapporti con l'esterno (elaborazione di progetti, assistenza nella partecipazione a gare pubbliche, supporto nell'elaborazione di strategie politiche, partecipazione a gare pubbliche per conto delle cooperative aderenti)<sup>44</sup>.

La cooperativa è l'unica forma societaria dove ogni socio partecipa nella veste di

---

<sup>41</sup> L' ISTAT nella rilevazione “Cooperative sociali in Italia” (anno 2005), rileva le cooperative di tipo A nelle quattro classi dell'*International classification of nonprofit organizations* (Icnpo): Cultura, sport e ricreazione, Istruzione e ricerca, Sanità e Assistenza sociale.

<sup>42</sup> L' ISTAT nella rilevazione “Cooperative sociali in Italia” (anno 2005), rileva le cooperative di tipo B, proprio per la funzione di inserimento lavorativo nel settore Sviluppo economico e coesione sociale della classificazione ICNPO (*International classification of nonprofit organizations*). In questo settore, infatti, sono raggruppate le istituzioni non profit che svolgono l'attività di addestramento, avviamento professionale e inserimento lavorativo.

<sup>43</sup> Fonte: [www.istat.it](http://www.istat.it)

<sup>44</sup> Fonte: [www.istat.it](http://www.istat.it)

imprenditore alla gestione della cooperativa<sup>45</sup>.

All'interno delle cooperative sociali possono svolgere la loro attività i soci volontari<sup>46</sup> che prestano la loro attività gratuitamente. Il numero dei soci volontari non può superare la metà del numero complessivo dei soci della cooperativa inoltre l'attività svolta dal socio volontario non deve essere sostitutiva all'attività del personale professionalmente qualificato ma deve essere complementare.

- **Comunità terapeutiche**

La Comunità terapeutica per la riabilitazione e il reinserimento sociale di tossicodipendenti è una struttura residenziale e/o semiresidenziale con compiti terapeutico riabilitativi finalizzati al reinserimento dell'ospite nella società.

Attualmente l'Albo regionale delle comunità terapeutiche (D.G.R. 246/97) prevede tre categorie:

**Comunità di accoglienza**

strutture residenziali o semiresidenziali le quali per il raggiungimento delle finalità di recupero adottano metodologie di tipo educativo assegnando un ruolo preminente alla condivisione della vita comunitaria e dell'attività lavorativa.

**Comunità terapeutiche**

strutture residenziali o semiresidenziali in cui l'intervento è personalizzato e articolato in una serie di proposte terapeutiche e riabilitative (psicoterapeutiche, educative, formative e culturali) anche a favore del nucleo familiare dell'utente.

**Comunità terapeutiche specialistiche**

strutture terapeutiche specialistiche residenziali o semiresidenziali, operanti in ambito pubblico o privato, che si dimostrano in grado di assicurare un livello di intervento altamente qualificato e professionale.

---

<sup>45</sup> "Come aprire una cooperativa", Camera di Commercio Padova (22 febbraio 2007).

<sup>46</sup> Articolo 2, Legge 381/91.



▪ **Le Associazioni di promozione sociale**<sup>47</sup>

Vengono considerate A.P.S (Associazioni di Promozione Sociale) le federazioni o i gruppi che svolgono attività e socialmente utili a favore di associati o di terzi, senza finalità di lucro e nel pieno rispetto della libertà dei soci.

Le A.P.S. non si avvalgono solo di volontari che prestano attività non remunerate, ma assumono anche lavoratori dipendenti, oppure ricorrono alle collaborazioni o alle prestazioni d'opera, anche affidandole agli stessi associati. Le A.P.S. si finanziano attraverso risorse provenienti da quote degli associati (donazioni, eredità, contributi statali e degli enti locali, fondi provenienti dall'Unione Europea). Il Parlamento ha approvato nel 2000 la terza legge Quadro sull'associazionismo che ha istituito il Registro nazionale delle Associazioni di Promozione Sociale tenuto presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Vi si possono iscrivere le AP.S. costituite ed operanti da più di un anno previa verifica di altre caratteristiche stabilite dalla legge Quadro. Con la stessa legge è stato istituito, presso il Consiglio dei Ministri, l'Osservatorio Nazionale per l'Associazionismo preposto alla promozione di studi e ricerche di settore, al sostegno di iniziative per la formazione e alla diffusione di informazioni per l'associazionismo.

▪ **Le Associazioni di volontariato**<sup>48</sup>

Si considera associazione di volontariato qualsiasi organizzazione composta unicamente da soci che operano per fini di solidarietà sociale prestando il proprio apporto in modo assolutamente personale, spontaneo e gratuito senza percepire alcun tipo di retribuzione nemmeno per via indiretta. Con la legge 266 del 1991 tutti i gruppi, club, comitati di questo tipo si sono dovuti iscrivere al registro delle Organizzazioni di Volontariato. La registrazione dà diritto a molte all'accesso ai fondi che le varie Amministrazioni destinano alle Organizzazioni di volontariato.

Di norma vengono riconosciute come attività di solidarietà sociale quelle che operano per la tutela della salute, per l'eliminazione delle sofferenze fisiche e psicologiche, della solitudine, dell'emarginazione, dell'abbandono, per l'intervento in situazioni di svantaggio sociale e culturale, per l'attestazione di dignità e diritti dell'uomo, per la tutela e valorizzazione dell'ambiente e dei beni culturali.

---

<sup>47</sup> Fonte: [www.venetosociale.it](http://www.venetosociale.it)

<sup>48</sup> Fonte: [www.venetosociale.it](http://www.venetosociale.it)

### ▪ **Le Case di riposo**

Sono strutture residenziali a carattere assistenziale destinate prevalentemente agli anziani in condizioni di autosufficienza o parziale autosufficienza. Le case di riposo hanno compiti ben definiti: forniscono ospitalità a tempo indeterminato, offrendo in tal modo importanti occasioni di vita comunitaria e disponibilità di servizi generali per l'aiuto nelle attività quotidiane. Grazie alla loro organizzazione ed ai professionisti che vi lavorano, offrono anche stimoli e possibilità di vita ricreativa che riescono a valorizzare le abilità di cui gli anziani sono dotati ma di cui, purtroppo spesso, la trascuratezza rende poco sfruttate fino alla regressione delle stesse.

### ▪ **Consultori Familiari**<sup>49</sup>

Sono delle strutture socio – sanitarie, pubbliche o private convenzionate dell'Azienda Sanitaria Locale, nate per rispondere ai vari bisogni della famiglia, della donna, della coppia, dell'infanzia e dell'adolescenza . Un gruppo di professionisti specializzati in vari settori collaborano al fine di aiutare tutti i cittadini a far fronte ai loro bisogni ed a garantire la tutela della salute.

il Consultorio familiare si occupa di:

- informazioni e consulenze per la procreazione responsabile;
- prescrizione contraccettivi orali e applicazione contraccettivi meccanici;
- consulenza psico-sessuale;
- Informazione per la prevenzione dei rischi genetici e per il controllo della gravidanza a rischio;
- informazioni sulla sterilità della coppia;
- procedure per l'interruzione volontaria di gravidanza (I.V.G.), supporto medico e psico-sociale (anche per i minorenni);
- prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile;
- monitoraggio della gravidanza e corsi di preparazione alla nascita;
- consulenza psicologica con sostegno psico-terapeutico;
- psico-diagnostica per l'età evolutiva;
- consulenze sociali;
- procedure per l'espletamento delle pratiche di adozione (nazionali e internazionali);
- affidamento familiare dei minori;
- interventi sociali sul territorio per la prevenzione del disagio giovanile, della coppia e della famiglia;

---

<sup>49</sup> Fonte:[http://www.paginesanitarie.com/il\\_consultorio\\_familiare.htm](http://www.paginesanitarie.com/il_consultorio_familiare.htm)

- sostegno alla genitorialità;
- mediazione Familiare;
- prevenzione dei fenomeni di maltrattamento e abuso sessuale a danno dei minori;
- richiesta dei test HIV secondo le procedure dettate dalle vigenti normative in materia.

La Legge Nazionale N. 405 del 29 Luglio 1975 istituisce i Consultori Familiari e, all'art. 1, ne individua gli scopi così come di seguito riportato:

Gli scopi del servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità:

- l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile;
- la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti;
- la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;
- la divulgazione di informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso.

Le recenti Leggi (tra cui in particolare la L. 10 del 31/07/2003), direttive e circolari assegnano ai Consultori Familiari compiti sempre più incisivi in materia di prevenzione primaria e secondaria. In particolar modo viene dato grande rilievo ai compiti dei Consultori Familiari in materia di sostegno alla genitorialità, mediazione familiare, affidamento familiare ed adozioni.

▪ **FISM (Federazione Italiana Scuole Materne)**<sup>50</sup>

La F.I.S.M. è Associazione di categoria di importanza nazionale, riconosciuta dall'Agenzia delle Entrate il 17 luglio 2004. La sua azione è riconducibile ai seguenti ambiti:

**Prospettive legislative e rapporti politici, rapporti con Enti e Associazioni** (attuazione della legislazione regionale sia in materia di diritto allo studio, sia per la definizione di leggi regionali di finanziamento alle scuole dell'infanzia non statali, paritarie che sono già vigenti in: Trentino, Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia Sardegna, Molise, Puglia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Toscana, Emilia Romagna);

**Problematiche gestionali** (contratto nazionale di lavoro, questioni previdenziali e fiscali);

---

<sup>50</sup> <http://www.fism.net/attivita/>

**Coordinamento attività per la qualificazione professionale e culturale** (ha un proprio servizio di coordinamento pedagogico nazionale che promuove corsi e convegni di aggiornamento. Molte F.I.S.M. provinciali hanno costituito propri centri permanenti di qualificazione professionale; pressoché organizzano annualmente corsi di qualificazione ed aggiornamento).

▪ **Fondazioni**<sup>51</sup>

Una fondazione è *un ente privato senza finalità di lucro* con una propria sorgente di reddito che deriva normalmente da un Patrimonio. Le fondazioni utilizzano le risorse finanziarie per scopi educativi, culturali, religiosi, sociali o altri scopi di pubblica utilità, sia sostenendo persone ed enti (fondazione di erogazione), sia organizzando e gestendo direttamente i suoi programmi (fondazione operativa).

Nelle fondazioni di erogazione l'organizzazione è molto ridotta (ad esempio un'unica segretaria oppure soltanto un professionista esterno), mentre nelle fondazioni operative può essere così estesa da includere migliaia di persone suddivise in più livelli gerarchici.

Il fondatore deve poi decidere se la fondazione si avvarrà in prevalenza di volontari (potendosi iscrivere nell'apposito Registro del volontariato), se accoglierà obiettori di coscienza (occorre un'apposita autorizzazione) o se si avvarrà di personale dipendente.

### **6.1.2 Strumenti di rilevazione utilizzati**

La fase di rilevazione dei dati è stata complessa e a volte problematica. Le difficoltà si sono evidenziate sin dalla fase di pianificazione dell'indagine come detto nel precedente paragrafo ci si è posti immediatamente il problema di definire quali enti considerare nel comparto e successivamente dove trovare delle liste attendibili ed esaustive. La Regione ha permesso di avere delle liste abbastanza attendibili ma spesso queste liste mancavano di indirizzi mail o i recapiti telefonici, che risultavano inesistenti inoltre, molte organizzazioni non sono presenti con un proprio sito Internet in rete. Questi fattori hanno creato delle difficoltà di contatto. Premesso questo, per cercare di ottenere informazioni significative di sono utilizzati due strumenti di rilevazioni diversi:

- questionario faccia a faccia (*de visu*);
- questionario on line.

Il questionario faccia a faccia è stato creato con l'intento di effettuare delle interviste in

---

<sup>51</sup> <http://www.fondazioni.it/>

profondità con responsabili di enti e associazioni al fine di rilevare dati di tipo qualitativo. Attraverso questo strumento si è cercato di ottenere informazioni generali relative alle dinamiche del settore, all'organizzazione di enti e organizzazioni che vi operano, ma soprattutto si è cercato di avere una panoramica delle figure professionali impiegate al fine di rilevare le attività svolte, la formazione e le relative competenze. Le interviste in profondità, della durata di circa due ore hanno coinvolto 14 rappresentanti di enti e associazioni. Il questionario somministrato è stato articolato in più sezioni allo scopo di rilevare informazioni principalmente su:

- personale presente (descrizione delle figure professionali in termini di formazione, attività, competenze e rapporto con l'ente);
- variazione di personale nell'ultimo anno (movimenti d'organi e relative figure coinvolte);
- previsione (figure previste, competenze ricercate);
- difficoltà del lavoro sociale.

Il questionario on line, inviato a un campione di 450 enti e organizzazioni, di cui si disponeva di un contatto mail, ha permesso di raccogliere dati di tipo quantitativo. La tecnica di rilevazione, denominata CAWI (*Computer Aided Web Interviewing*), consiste nella rilevazione attraverso la compilazione di un questionario a cui l'utente può avere accesso da postazione remota attraverso un *link*. I dati memorizzati su un *server* vengono successivamente scaricati nel formato scelto e importati attraverso SW statistico ed elaborati. Questa rilevazione ha permesso di ottenere informazioni su 60 enti, informazioni relative a:

- Tipologia di utenza che utilizza i servizi (fascia d'età, nazionalità, tipologia di disagio, servizi richiesti);
- Situazione rispetto la crisi (se hanno risentito o meno e in che termini);
- Personale presente (persone impiegate per tipologia di rapporto);
- Volontari (presenza di volontari, caratteristiche e motivazioni)
- Variazioni di personale nell'ultimo anno (assunzioni, diminuzioni, *turnover* e figura coinvolte);
- Previsione di assunzioni per i prossimi due anni;
- Reclutamento (canali utilizzati, difficoltà, caratteristiche di base che deve possedere un candidato);

## 6.2 Il comparto veneto dei servizi Socio-assistenziali: principali risultati

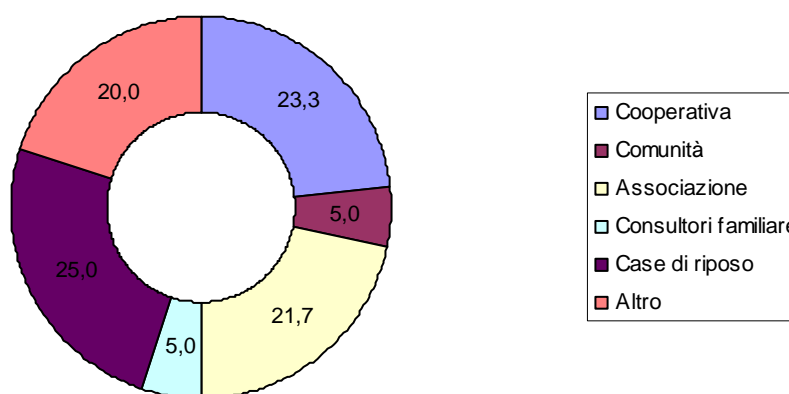
### ➤ Informazioni generali

Il campione intervistato è composto per il 25% da case di riposo, il 23,3% da cooperativa, il 21,7% da associazioni, il restante si divide tra consultori familiari (5%), comunità (5%), “Altro” include fondazioni, enti religiosi, FISM ecc. (Tab.27).

**Tabella 27.** *Distribuzione percentuale degli enti e organizzazioni intervistati per tipologia.*

Struttura	%
Cooperativa	23,3
Comunità	5,0
Associazione	21,7
Consultori familiare	5,0
Case di riposo	25,0
Altro (Fondazioni, enti religiosi, FISM, ecc..)	20,0
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

**Figura 10.** *Distribuzione percentuale degli enti e organizzazioni intervistati, per tipologia.*



Le attività svolte dalle varie strutture sono quelle definite nei paragrafi precedenti, attività di assistenza di vario genere rivolte a minori, adulti e anziani. Durante lo svolgimento di queste attività il 98,3% collabora con altri enti e strutture.

Il personale che opera all'interno delle case di riposo ha frequenti contatti con le U.L.S.S. locali e il Comune per l'assistenza medica degli ospiti della struttura (medico, fisioterapista, logopedista), per la fornitura dei medicinali, per un aiuto nella fase di inserimento degli ospiti (psicologa).

Le associazioni collaborano con U.L.S.S, scuole di promozione per la tutela minori,

Regione, Provincia, Comuni per confronti con altre associazioni che operano nel territorio, altre associazioni che appartengono a reti con lo scopo di condividere informazioni e collaborare per alcune attività, infine alcune associazioni collaborano con i vari centri educativi presenti nel territorio.

Le cooperative hanno una rete di contatti molto vasta che include oltre al Comune, Regione, U.L.S.S, varie tipologie di enti presenti nel territorio che variano a seconda dei servizi erogati dalla cooperativa.

Il 69% delle strutture intervistate, oltre alla presenza nei registri regionali, sono iscritte ad associazioni di categoria.

### ➤ Utenti

Premesso che ogni struttura offre servizi diversi mirati a fasce d'età diverse, si è cercato sulla base delle risposte date di costituire dei gruppi di "utenza".

Agli intervistati si è chiesto di indicare a chi sono principalmente rivolti i loro servizi, le opzioni possibili potevano essere: bambini, adolescenti, pre-adolescenti, giovani, adulti e anziani.

L'intervistato aveva la possibilità di scegliere più opzioni. Il 33,3% delle strutture intervistate offrono servizi destinati ad adulti e anziani, il 26,4% a bambini, adolescenti, pre-adolescenti il 25,2% degli enti offre servizi a tutte le tipologie d'utenza (Tab.28).

**Tabella 28.** *Distribuzione percentuale degli enti e associazioni intervistati per tipologia di utenza*

	%
Bambini, pre-adolescenti, adolescenti	26,4
Adolescenti, giovani e adulti	8,4
Adulti, anziani	33,3
Giovani e adulti	6,7
Tutte le tipologie d'utenza	25,2
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

La maggior parte degli individui che necessitano di assistenza sono di nazionalità italiana (96,4%) il restante proviene principalmente dal Marocco, Romania, Moldavia, Nigeria, Africa, Paesi dell'Est.

Le motivazioni principali che portano l'utente a chiedere assistenza o a finire segnalato alle strutture di servizi è comunque sempre la presenza di un disagio che nel caso dei minori può essere la presenza di un disagio familiare (abusi o maltrattamenti dei minori, abbandono, dipendenze o malattie psichiatriche dei genitori, inadeguatezza del contesto educativo e povertà del nucleo familiare di origine). In questi casi possono essere segnalati dal Tribunale, dai servizi sociali del comune o dalle U.L.S.S. In queste strutture i minori trovano un ambiente protetto ed iniziano un percorso di assistenza sulla base di un progetto mirato ad affrontare superare la sua tipologia di

disagio. A volte i minori arrivano all'utilizzo dei servizi socio-assistenziali perché hanno difficoltà ad integrarsi dal punto di vista sociale (soprattutto se stranieri), vengono quindi segnalati da centri e istituti educativi.

Nel caso di adulti, i bisogni più frequenti rilevati vanno dal problema dell'integrazione sociale, esigenza di servizi di prima necessità (soprattutto per stranieri), disagi psichici, problemi di tossicodipendenza o con la giustizia (ex detenuti).

Gli anziani, categoria più bisognosa di assistenza, si rivolge alle strutture principalmente per problemi di non autosufficienza fisica, problemi di disabilità, disagi di tipo psicologico. L'assistenza delle strutture permette sia di aiutare il paziente ma anche di sostenere le famiglie in situazioni difficili da gestire.

Agli intervistati è stato chiesto quali sono le difficoltà che incontrano durante lo svolgimento delle loro normali attività. Tra le difficoltà rilevate ci sono:

- non riuscire a rispondere a tutte le richieste di assistenza a causa di limitate risorse economiche, strutturali (posti limitati) e carenza di personale soprattutto nei servizi per gli anziani;
- problemi di tipo burocratico, soprattutto per le procedure relative ai minori (ritardi nei permessi di soggiorno per minori stranieri, tempi lunghi del Tribunale per definire situazioni giuridiche);
- difficoltà di dialogo con gli enti pubblici del territorio, soprattutto Comuni;
- poche risorse economiche disponibili, difficoltà a garantire assistenza;
- strumenti legislativi non adeguati;
- necessità a volte di far rete per offrire servizi combinati, difficoltà di risorse economiche per poterlo fare.

Esistono poi due problematiche messe in evidenza più delle altre e sono:

- la difficoltà a relazionarsi con la famiglia dell'utente, spesso hanno difficoltà ad accettare l'idea che un loro familiare abbia un disagio, non collaborano con il personale della struttura, nel caso di utenti stranieri questo proviene da una cultura diversa.
- Il problema dei minori, dopo i 18 anni escono dai centri per minori e non sono più seguiti, non hanno più progettualità, sono abbandonati a se stessi.

Molti enti intervistati sono certificati quindi svolgono dei sondaggi per rilevare la qualità dei servizi offerti, lo strumento utilizzato più frequentemente è un questionario per la rilevazione della soddisfazione dei servizi erogati. Alcune strutture svolgono delle interviste "faccia a faccia" con gli



utenti.

➤ **Crisi**

In questa indagine si è cercato anche di rilevare la posizione del settore rispetto alla crisi economica che ha colpito il nostro paese. La maggior parte delle strutture intervistate ha avvertito gli effetti della crisi (83,4%) che si sono tradotte in:

- impossibilità di sviluppare nuove attività;
- aumento della richiesta di servizi dovute all'impoverimento delle famiglie che genera nuovi bisogni;
- tendenza a rimpatriare stranieri (soprattutto minori) per carenza di fondi;
- tagli nei servizi destinati alla prevenzione;
- riduzione delle attività esistenti;

**Tabella 29.** *Distribuzione percentuale degli enti e associazioni intervistati per posizione rispetto alla crisi.*

<b>La struttura ha risentito della crisi?</b>	<b>%</b>
Si, molto	24,1
Si, in parte	59,3
No, per niente	16,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Per il 54,6% la crisi ha comportato variazione nell'organico, in particolare per il 18,2% ha comportato dei licenziamenti e nel 36,4% il blocco delle assunzioni (Tab.30).

**Tabella 30.** *Distribuzione percentuale degli enti e associazioni intervistati per variazione del personale come conseguenza della crisi.*

<b>Che conseguenze ha avuto per il personale?</b>	<b>%</b>
Si, licenziamenti	18,2
Blocco delle assunzioni	36,4
No, nessuna conseguenza	45,4
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

➤ **Personale presente**

Le strutture rilevate hanno un numero medio di addetti pari a 42 circa (considerando i dipendenti, i soci, escludendo i collaboratori con partita IVA e volontari). In particolare le cooperative hanno mediamente 43 persone impiegate, le comunità 31circa, le case di riposo 27, le associazioni circa 7 e i consultori 4 (Tab.31). Di seguito si riporta il numero medio di addetti per tipologia di ente

**Tabella 31.** *Numero medio di addetti per tipologia di ente.*

<b>Struttura</b>	<b>Numero medio di addetti</b>
Cooperativa	43,1
Comunità	30,7
Associazione	7,4
Consultori familiare	4,0
Case di riposo	27,0
Altro(Fondazioni, enti religiosi, FISM, ecc..)	95,7
<b>Totale enti</b>	<b>41,8</b>

Il numero medio di donne presenti nelle strutture è 32,3. Di seguito si riporta il numero medio di dipendenti donne per tipologia di ente (Tab.32).

**Tabella 32.** *Numero medio di donne per tipologia di ente.*

<b>Struttura</b>	<b>Numero medio di donne</b>
Cooperativa	32,1
Comunità	27,0
Associazione	6,7
Consultori familiare	3,7
Case di riposo	24,0
Altro(Fondazioni, enti religiosi, FISM, ecc..)	67,4
<b>Totale enti</b>	<b>32,3</b>

Alle persone intervistate è stato chiesto di suddividere il totale del personale impiegato per tipologia di rapporto con l'ente, in particolare:

- A. Contratto a tempo indeterminato (compresi soci e part-time);
- B. Contratto a tempo determinato;
- C. Contratto di lavoro interinale;
- D. Contratto di apprendista formazione lavoro;
- E. Contratti atipici (a prestazione occasionale o progetto);
- F. Altre forme non definite precedentemente;

Dai dati ottenuti si percepisce che la forma più usata di rapporto è il contratto a tempo indeterminato (84,8%), seguono i contratti a tempo determinato. Di seguito si riporta la distribuzione delle forme contrattuali per tipologia di ente (Tab.33 ).

**Tabella 33.** Percentuale di addetti impiegati per tipologia di ente e rapporto.

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<i>Totale</i>
Cooperativa	70,3	21,6	0,0	0,0	1,2	0,7	100,0
Comunità	14,1	8,7	1,1	0,0	1,1	75,0	100,0
Associazione	86,6	6,4	2,3	0,0	4,7	0,0	100,0
Consultori familiare	75,0	16,7	0,0	0,0	0,0	8,3	100,0
Case di riposo	84,0	8,3	0,0	0,0	0,3	7,4	100,0
Altro	89,9	4,1	0,0	0,0	2,5	3,5	100,0
<b>Totale enti</b>	<b>84,8</b>	<b>9,0</b>	<b>0,2</b>	<b>0,0</b>	<b>2,1</b>	<b>3,9</b>	<b>100,0</b>

La maggior parte delle strutture (80,8%) si avvale di liberi professionisti per svolgere delle attività, e nel 57,1 % dei casi ha dichiarato che alcuni liberi professionisti lavorano esclusivamente per la struttura (intendendo per rapporto esclusivo un libero professionista integrato nell'organico e presente almeno 3 volte a settimana) sono figure come lo psicologo, il fisioterapista, infermiere, psicoterapeuta.

Il numero medio di consulenti a rapporto esclusivo per struttura è pari a 2,8. Tra i liberi professionisti con rapporto non esclusivo troviamo il commercialista, il logopedista, il consulente del lavoro, docenti per corsi di formazione, medici, responsabile per la sicurezza. Il numero medio dei consulenti a rapporto non esclusivo pari a 2,5.

➤ **Variazioni nell'ultimo anno**

Nel corso del 2009 il 46,9% delle strutture ha assunto personale, la media delle assunzioni per

struttura è di 8,7 unità. Le nuove assunzioni riguardano: operatori socio-assistenziali, impiegati amministrativi, infermieri, educatori, OSS, psicologi.

**Tabella 34.** *Distribuzione percentuale degli enti e associazioni intervistati per movimenti d'organico avvenuti nel 2009.*

	%
Assunzioni	46,9
Diminuzione	18,4
Nessuna variazione	34,7
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Nel 18,4% dei casi c'è stata una diminuzione del personale, Il numero medio di uscite per struttura è stato di 2,8 unità (Tab.34).

#### ➤ **Previsioni future**

Le previsioni di assunzioni per i prossimi due anni mostrano un clima di incertezza, solo il 20,4% degli enti intervistati prevede un incremento dell'organico, il 32,7% non sa fare una previsione, 28,6% sostituirà solamente con assunzioni unità in uscita e il 4,1% addirittura diminuirà.

**Tabella 35.** *Distribuzione percentuale degli enti e associazioni intervistati per movimento d'organico previsto per i prossimi due anni.*

	%
Assunzioni	20,4
Solo turnover	28,6
Riduzioni di personale	4,1
No, non prevedo nessuna assunzione	14,3
Dipende	32,7
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Per i casi di assunzioni previste, non è possibile quantificare il numero medio di assunzioni in quanto gli intervistati nella maggior parte dei casi non sanno quantificare il numero di ingressi previsto, hanno però identificato le figure possibili che sono:

- OSS (Operatori Socio Sanitari);
- Educatori, Infermieri;
- Assistenti Sociali;
- Addetti nell'area amministrativa.

## ➤ **Reclutamento**

Nel fase di reclutamento del personale i canali più utilizzati sono:

- Inserzioni su giornali;
- Passaparola;
- Concorsi dove previsto;
- Candidature spontanee attraverso l'invio di cv;
- Conoscenza attraverso stage;
- Conoscenza attraverso periodi di volontariato;
- Collegamento con istituti di formazione;

Nella fase di selezione del personale il 29,8% trova difficoltà per:

- Poca disponibilità da parte dei candidati ad accettare orari pesanti;
- Caratteristiche individuali mancanti;
- Percorsi formativi non corrispondenti alle posizioni ricercate;

Lavorare nel sociale significa possedere delle caratteristiche individuali di base quali: capacità relazionali, pazienza, cortesia, comprensione, capacità di mediazione, capacità di adattamento, equilibrio, flessibilità, capacità di lavorare in gruppo, capacità di ascolto. Doti necessarie per potersi prendere cura degli altri. Per quanto riguarda le competenze tecniche, variano in base al profilo, restano ferme la capacità di organizzare il proprio lavoro e di lavorare su progetti.

### **6.3 Motivazioni e difficoltà del lavoro sociale: il parere degli intervistati**

Partendo dalla concetto di “aiuto” si possono definire due tipologie di approcci: l'approccio sanitario e quello sociale inteso come prendersi cura della persona. L'approccio sanitario prevede la localizzazione del male, le sua origine e le cure mediche da compiere per la corretta guarigione. L'approccio “sociale” cerca di fare un' analisi del problema partendo da come una persona è inserite nel contesto sociale a cui appartiene e agendo con una logica di tipo relazionale. A volte i due approcci si fondono agendo su un territorio dove il “curare clinico” e il “prendersi cura sociale” coesistono.

Mentre per le professioni sanitarie il quadro normativo è ben definito dal Servizio Sanitario Nazionale, per le professioni sociali esiste un reale problema di riconoscimento e regolamentazione.

L'opinione pubblica ha solo di recente preso coscienza che esiste un "mestiere sociale". Per anni il settore è stato oscurato da un alone di marginalità imprenditoriale ed economica che non ha permesso il riconoscimento del giusto valore delle sue attività e di conseguenza delle professionalità che vi operano.

Chi decide di lavorare nel sociale lo fa solitamente perché più di qualsiasi altra persona lo ha scelto, accettando la fatica spesso fisica e mentale che questo lavoro comporta. Chi opera in questo settore spesso decide di trovare delle gratificazioni umane e professionali che vanno oltre la gratificazione economica.

La combinazione tra professionalità e motivazione danno alle professioni sociali la particolarità che le distingue da molte altre.

Nonostante i passi avanti fatti a livello di riconoscimento delle attività e professionalità appartenenti al settore socio-assistenziali esistono ancora delle questioni da definire. Riassumendo i punti di criticità rilevati in questa indagine si può dire che esiste una reale esigenza per le professioni sociali di:

- Colmare i "vuoti normativi", per alcune figure professionali non ancora riconosciute;
- Definire standard minimi di competenze e uniformare i percorsi formativi esistenti;
- Corsi di aggiornamento (formazione in itinere);
- Maggior chiarezza sui contratti;
- Riconoscimento dei vecchi titoli e della professionalità acquisita su campo;
- Assistenza agli operatori;

Secondo gli intervistati, le figure che operano nei servizi socio-assistenziali vengono individuate e mappate a livello nazionale, in modi diversi (fatta eccezione per alcune figure con l'Operatore Socio Sanitario). Questo è il risultato delle politiche di decentramento e trasferimento alle regioni delle competenze relative alla formazione delle figure professionali<sup>52</sup>. Molto spesso infatti i titoli conseguiti in una regione non trovano riconoscimento in altre regioni.

Esistono poi i casi in cui le figure non sono proprio riconosciute a livello normativo, figure nuove come l'Arte-Terapista o il Musicista-Terapista che sono sempre più presenti nei percorsi riabilitativi in situazioni di disagi particolari.

A livello regionale e sub-regionale le cose cambiano in continuazione e tra gli attori del sistema formativo hanno un ruolo importante i centri e servizi per l'impiego, i consorzi territoriali misti in cui entrano università, scuole, aziende, soggetti pubblici e privati che organizzano e gestiscono corsi FSE ed infine le università che godono di autonomia propria nel pianificare corsi di laurea, master e corsi di specializzazione.

---

<sup>52</sup> ISFOL, "Servizi alla persona" a cura di Giovanna Di Castro e Francesco Maliardi.

Il risultato di tutto questo è il proliferare di nuovi profili professionali con varie denominazioni e titoli a volte non spendibili nel mercato del lavoro nazionale che creano la necessità di “riconoscimento” e “riordino” delle professioni sociali.

Secondo gli operatori del settore uniformare e definire i percorsi formativi a livello nazionale permetterebbe anche di entrare in una fase successiva di definizione delle regole di conversione dei vecchi titoli acquisiti nonché delle competenze alle persone che già operano da anni e che hanno acquisito “su campo” molte competenze che andrebbero in qualche modo riconosciute.

Infine, non meno importante è l’esigenza di un supporto per gli operatori del settore che svolgono attività a volte impegnative dal punto di vista psicologico dovendosi confrontare e relazionare con pazienti e famigliari.

Questo settore necessita di un continuo monitoraggio della domanda di servizi proveniente dagli utenti che deve andare pari passo con l’offerta formativa. Tale rapporto deve avvenire attraverso un dialogo continuo tra organizzazioni e agenzie formative legate al settore. In generale anche i centri di formazione professionale devono saper cogliere le informazioni che arrivano dalle imprese sociali e dagli enti pubblici per poter individuare i campi d’ intervento scoperti e sulla base di queste informazioni definire un insieme di competenze utili a “comporre” un profilo nuovo.

A questo punto il nuovo profilo deve essere riconosciuto nel sistema formativo globale in modo da trovare la sua giusta collocazione nel mercato del lavoro ed eventualmente continuare il suo percorso formativo capitalizzando il pregresso.

Concludendo, secondo gli intervistati in uno scenario popolato da molti attori istituzionali dotati di autonomia, la Regione si presenta come soggetto istituzionale che è in posizione di vantaggio per<sup>53</sup>:

- *prevedere la domanda di figure professionali*
- *coordinare l’offerta di formazione rivolta ai futuri professionisti del sociale*
- *portare a riconoscimento le competenze certificate degli attuali professionisti*

---

<sup>53</sup>“*Figure professionali per il sociale*” Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (ISFOL), marzo 2004.





## **7. Le professioni del settore dei Servizi Socio-assistenziali**

### **7.1 La “professione sociale” (Decreto L.112/98)**

Attraverso il Decreto L.112/1998 vengono definiti delle regole importanti in materia di figure professionali e formazione. Secondo tale decreto (art.129) si stabilisce che allo Stato compete la funzione di fissare i requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sociali nonché le disposizioni generali concernenti i requisiti per l’accesso e la durata dei corsi di formazione professionale<sup>54</sup>. Oltre a questo, in base all’articolo 142, lo Stato deve:

- definire i requisiti per l’accreditamento delle strutture che intendono occuparsi di formazione;
- individuare degli standard delle qualifiche professionali
- definire dei criteri per il riconoscimento del credito formativo riconoscendo le attività ritenute idonee al riconoscimento per il conseguimento di titoli di istruzione superiore o universitaria.

Alle Regioni invece competono tutti i compiti di tipo amministrativo nella materia della formazione professionale salvo quelli di competenza dello Stato e riportati all’articolo 142 del decreto. Ad ogni Regione poi viene data ampia autonomia nel rapporto con le province in merito a questo argomento.

Attraverso la legge 328/2000 si mette in evidenza la necessità di fare “rete” o meglio “sistema” tra attori diversi del territorio. Chi si occupa di servizi sociali deve appartenere ad un sistema composto non solo da enti che si occupano di servizi sanitari ma anche da enti che si occupano di formazione per bambini, giovani e adulti, orientamento, politiche del lavoro.

I Comuni inoltre hanno un ruolo importante nel definire, come previsto dalla legge Quadro nazionale, quali servizi sviluppare nel proprio territorio. Questo nuovo scenario caratterizzato da settori d’intervento più vasti e con attori di diversa natura ridefinisce le competenze associate alle figure che operano nel settore stesso creando l’esigenza anche di un continuo aggiornamento. Tale riforma non arriva però a definire i profili delle figure professionali ma attraverso l’articolo 12 rinvia ad un successivo decreto il compito di definire le figure professionali da formare attraverso

---

<sup>54</sup>“*Figure professionali per il sociale*” Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (ISFOL), marzo 2004.

corsi di laurea<sup>55</sup>, corsi di formazione organizzati dalle regioni (requisiti per l'accesso, la durata e l'ordinamento didattico) ed infine i criteri per il riconoscimento e la equiparazione dei profili professionali esistenti.

Di seguito si riportano i risultati ottenuti da un'indagine svolta nel 2004 (dopo riforma 328/200) dove si sono individuate le principali leggi del settore con le figure professionali previste da ogni atto normativo evidenziato<sup>56</sup>.

---

<sup>55</sup> Art. 6 del regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, adottato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, 3 novembre 1999 n.509.

<sup>56</sup> Fonte: Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, ISFOL "Figure professionali per il sociale:quadro di riferimento nazionale" Marzo 2004.

**Tabella 36.** *Elenco delle principali leggi per struttura e figure individuate*

Area di intervento	Fonte legislativa	Figure professionali
<b>Consultorio</b>	<b>Legge 405/1975</b> “Istituzione di consultori familiari”.	Titoli in una delle seguenti discipline: medicina, psicologia, pedagogia, assistenza sociale”
<b>Infanzia e adolescenza</b>	<b>Legge 285/1997</b> “Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l’infanzia e l’adolescenza.	Operatori educativi
<b>Tossicodipendenze</b>	<b>DPR 309/1990</b> “Testo unico in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanza psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”. <b>Legge 45/1999</b> “Disposizioni per il fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze”.	Psicologo, Assistente sociale, Educatori professionali e di comunità.
<b>Immigrati</b>	<b>Legge 40/1998</b> “Disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”. <b>Decreto Lgs 286/1998</b> “Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”. <b>Legge 189/02</b> “Modifica alla normativa in materia di immigrazione ed asilo”.	Mediatori interculturali.
<b>Disabili</b>	<b>Legge 104/1992</b> “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”. <b>Legge 162/1998</b> “Modifiche alla legge 5 febbraio 1992 n.104 concernenti misure di sostegno in favore di persone handicappate gravi”. <b>Legge 68/1999</b> “Norme per il diritto del lavoro dei disabili”.	Personale in possesso di specifica formazione psico-pedagogica.
<b>Centri per la giustizia minorile</b>	<b>Decreto Lgs 272/1989</b> “Norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del <b>DPR 448/1988</b> recante disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni”.	Personale di servizio sociale e area pedagogica, Esperti in pedagogia, psicologia, sociologia e criminologia.
<b>Centri di Servizio Sociale per adulti</b>	<b>Legge 354/1975</b> “Norme sull’ordinamento penitenziario e sull’esecuzione delle misure privative e limitative della libertà”.	Educatori per adulti, Assistenti sociali.

## 7.2 Le professioni sociali nello scenario nazionale

Prima di parlare di professioni credo sia utile descrivere la situazione nazionale in cui è inserito il modello veneto per poter comprendere meglio le dinamiche locali. Attualmente non esiste una regolamentazione a livello nazionale delle professioni sociali, i vari sistemi di *welfare* regionali hanno risposto all'esigenza di erogare servizi ed interventi sociali cercando di assicurare standard operativi, funzionali e professionali uniformi. In questo scenario molte regioni tra cui Campania, Marche, Umbria e Puglia hanno attivato procedure per il riordino delle professioni sociali cercando anche di prendere atto di nuove qualifiche formate negli ultimi decenni.

La Campania ha approvato il nuovo quadro regionale<sup>57</sup> che identifica 11 figure professionali: Assistente Familiare, OSA e OSS, Tecnico dell'Accoglienza Sociale, Mediatore Culturale, Operatore d'infanzia, Animatore Sociale e Tecnico dell'inserimento lavorativo, Assistente Sociale, Educatore Professionale e Mediatore culturale.

In Umbria è stata istituita una commissione<sup>58</sup> per individuare una "lista minima" di profili sociali tra cui l'Operatore Socio-Sanitario, Animatore/Educatore, Operatore dell'Accoglienza Sociale, Mediatore Sociale, Educatore Professionale e Assistente Sociale.

Nella Regione Marche è stata fatta una proposta di repertorio regionale delle professioni sociali che prevede l'individuazione di 5 figure cardine (Operatore all'infanzia, Animatore Sociale, Tecnico dell'inserimento lavorativo, Mediatore culturale, Operatore culturale per il comparto sanitario, sociale, penitenziario e di comunità educativa/terapeutica). Oltre a questi 5 profili ne sono stati inseriti due, Tecnico dell'Organizzazione e gestione dell'impresa sociale e Tecnico di rete territoriale dei servizi e dei profili specializzati in aree differenti di intervento sociale. Nel Piano 2008-2010 questa regione si è proposta di continuare questo percorso con l'obiettivo di produrre un atto deliberativo di riordino dei profili sociali.

Emilia Romagna, Lazio, Toscana e Piemonte in un progetto di definizione di un sistema di certificazione delle competenze professionali in linea con l'Unione Europea, hanno definito un sistema regionale delle qualifiche. Altre regioni hanno regolamentato figure singole<sup>59</sup> come: mediatore culturale, Assistente familiare Ausiliario Socio-Assistenziale.

Il problema del riconoscimento delle professioni sociali si rileva ovviamente anche nella

---

<sup>57</sup> DGR 2843/2003

<sup>58</sup> Piano Sociale Umbria 2000-2002

<sup>59</sup> Fonte: "Il lavoro nel settore dei servizi sociali e le professioni sociali", Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, Rapporto a cura di Formez (febbraio 2009).

contrattazione collettiva. Secondo una ricerca<sup>60</sup> effettuata analizzando 14 contratti collettivi riferiti al settore dei servizi socio-assistenziali e a settori dove comunque possono essere impegnati dei profili sociali. Dei 14 contratti presi in considerazione 10 disciplinavano il rapporto di lavoro da dipendente in strutture che erogavano servizi di tipo sociale, sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale, socio-educativo infine uno per ciascuno dei seguenti ambiti di attività: servizi educativi e di assistenza e beneficenza dipendenti dall'autorità ecclesiastica; servizi socio-assistenziali e culturali, sport, turismo e tempo libero; servizi di assistenza domiciliare.

Dall'analisi dei contratti emerge che in molti casi le figure professionali sono denominate in modo diverso ma in realtà l'attività lavorativa è la stessa. Dall'analisi dei contratti emergono ben 84 figure professionali, di cui 55 citate una volta, 15 figure citate due volte e 14 più di due volte. Attraverso un tentativo di aggregazione basato sull'analisi delle attività e sui termini utilizzati le figure si riducono da 84 a 40, ma non si esclude che con degli ulteriori parametri di aggregazione le figure si possano ridurre ancora.

### **7.3 Il modello veneto**

La Regione Veneto ha negli anni realizzato un tipo di impostazione e organizzazione dei servizi che è poi divenuta un modello (il modello Veneto) valorizzato e apprezzato a livello nazionale. In questo modello, ha avuto un'importanza fondamentale il Regolamento regionale del 17 dicembre n.8/84, ancora vigente e che prevede la definizione dei servizi e del personale relativo al comparto sociale. Tale regolamento prevede la suddivisione della popolazione in due categorie in base all'età (evolutiva e adulta). Per ogni categoria vengono definite le strutture di assistenza previste e le caratteristiche del personale che vi possono prendere impiego.

Le due aree individuate da tale regolamento sono:

- Area età evolutiva (0-18 anni)
- Area età adulta e anziana (da 19 anni in poi)

Per gli utenti dell'area "età evolutiva" sono previste le seguenti strutture: centro di pronta accoglienza, gruppo famiglia, comunità alloggio, comunità terapeutica, centro educativo occupazionale diurno, centro sociale giovanile, istituto educativo assistenziale, centro soggiorno vacanza. Il personale previsto per tali strutture si divide in due categorie: personale addetto alla

---

<sup>60</sup> Le professioni sociali nella contrattazione collettiva, Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche (Rapporto Formez, 2009).

funzione educativa e personale addetto ai servizi, amministrativi e ausiliari.

Il personale addetto alla funzione educativa deve essere in possesso di diploma di scuola media superiore o di qualifica professionale conseguita con appositi corsi riconosciuti dalla Stato o dalla Regione o attraverso la partecipazione a corsi di formazione o di aggiornamento per educatori, animatori, terapisti ed altra qualifica, realizzati preferibilmente da un ente pubblico. Al personale già in servizio e privo dei titoli suddetti dovrà richiedersi il possesso di un curriculum professionale tale, da garantire il raggiungimento delle finalità del servizio.

Al personale addetto alla funzione educativa saranno garantiti momenti di formazione, aggiornamento generale e specifico nelle sedi di lavoro ed esterne. E' assicurato l'apporto di psicologi, psico-pedagogisti e altri tecnici esterni oltre ad una èquipe del distretto e specialistiche per la predisposizione e gestione del progetto educativo. La stabilità di rapporto con il gruppo di minori e le loro famiglie, in coerenza con le finalità del progetto educativo individualizzato. L'attività del personale, per quale non operino norme contrattuali collettive del lavoro, deve essere regolata giornalmente con orari di lavoro e turni di riposo. E' auspicabile l'impiego del volontariato in tutte le strutture educative - assistenziali purché sia garantita la corretta motivazione, la preparazione professionale, la continuità dell'impiego. Per l'attività di animazione può essere utilizzato, oltre al volontariato il tirocinio professionale.

Con questa norma e con le leggi riportate sotto si evidenzia la volontà da parte della regione di dar vita a percorsi di formativi regionali per qualificare e definire i profili sociali. Di seguito si riportano alcuni dei principali passaggi legislativi<sup>61</sup>.

- L.R. n.66 del 2.12.1977 “Norme per la formazione professionale e l'aggiornamento del personale di assistenza sanitaria-tecnica e riabilitativa”;
- L.R. n.59 dl 13.09.1978 “Ordinamento della formazione professionale” (aggiornata con L.R. n.10 del 30.01.1990);
- L.R. n.52 del 20.08.1981 riqualificazione dell' infermiere generico;
- Regolamento regionale n.2 del 27.11.1981 per la disciplina dei corsi di formazione e di aggiornamento obbligatorio per consulenti familiari ed operatori consultoriali”;
- L.R. n.8 dell' 11.03.1986 si istituisce la pianta organica del personale dell' area sociale;
- LR. 22/1989 (Piano sociale triennale) e la D.G.R. n.7682 del 22 dicembre 1989 (progetto obiettivo regionale “Formazione, aggiornamento e riqualificazione degli operatori sociali” ) decollano pe qualche anno i corsi triennali per Educatore Professionale Animatore;

---

<sup>61</sup> Fonte: Le comunità professionali del sociale, Isfol – Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2006).

- L.R. n.32 del 23.04.1990 disciplinano gli “interventi regionali per i servizi educativi alla prima infanzia: asili nido e servizi innovativi” ne disciplinano profili professionali e aggiornamenti;
- DPR 309 del 09.10.1990 per operatori di comunità terapeutica (corsi biennali di formazione per operatori attivi da almeno due anni nelle strutture di recupero);
- L.R. n.56 del 14.09.1994 (successiva modifica con D.Lgs 502/92 art.16) si parla della figura del Direttore dei Servizi sociali (laureato con specifica esperienza direzione in strutture socio-sanitarie).
- L.R. n.20 del 16.08.2001 si varava la normativa su “La figura professionale dell’Operatore Socio-Sanitario” e successivo D.G.R. n.3911/2001 che dava avvio ai corsi di formazione per l’anno 2001-2002.

Attraverso il “Piano per i servizi alla persona ed alla comunità della Regione Veneto 2003-2005” vengono introdotti importanti nozioni sui livelli essenziali di assistenza (LEA) sottolineando la forte integrazione dell’ambito sociale con quello sanitario.

Concludendo, Il Ministero della Solidarietà Sociale e la Regione del Veneto, in qualità di coordinatore della Commissione Politiche Sociali nell’ambito della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, hanno stipulato, in data 28 dicembre 2007, un "Protocollo d’Intesa per la realizzazione di una indagine su “Occupazione e professioni nel settore sociale", recepito con DGR n. 121 del 22 gennaio 2008. Attraverso questo protocollo si dà avvio ad un progetto di ricerca che ha lo scopo di delineare nell’ambito dei servizi sociali le dimensioni e l’occupazione del settore, le tipologie contrattuali di lavoro impiegate e le professionalità coinvolte contribuendo ad un riordino delle professioni sociali previsto dall’ art.12 della legge 328/2000. Questo protocollo d’intesa della durata di 12 mesi si colloca all’interno di un progetto di riordino delle professioni promosso dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali in accordo con le Regioni e Istituti di ricerca presenti nel territorio nazionale. La regione Veneto fa da capofila dell’indagine coordinando e coinvolgendo anche alcune Università venete<sup>62</sup>.

## **7.4 Le professioni sociali rilevate**

In una realtà in cui l’identità di molte figure professionali che operano nel sociale hanno subito e stanno subendo dei mutamenti nei ruoli, nei percorsi formativi e nelle competenze e si trovano a volte senza un giusto riconoscimento a livello normativo, in questa situazione di confusione terminologica è difficile riuscire a mappare tutte le figura professionali presenti nel settore. Quello

---

<sup>62</sup> [www.regioneveneto.it](http://www.regioneveneto.it) (Bur n. 2 del 06/01/2009)

che si è cercato di fare in questo particolare contesto è stato quello individuare un elenco di possibili profili utilizzando informazioni e dati provenienti da:

Interviste in profondità con responsabili di organizzazioni ed enti, esperti del settore;

Intervista via web ad un campione di unità;

Ricerca bibliografica di volumi esistenti;

Fonti ufficiali (ISTAT, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali):

Materiale in rete (siti internet);

Le informazioni ottenute sono state analizzate e aggregate al fine di ottenere un elenco il più possibile esaustivo delle professioni sociali che operano nel settore dei servizi Socio-Assistenziali.

Ovviamente, non tutte le professioni individuate hanno un tipo di formazione universitaria è utile però specificare il cambiamento della popolazione in termini di dinamiche sociali crea l'esigenza di rispondere a bisogni emergenti più complessi attraverso l'aggiornamento formativo delle figure professionali esistenti oppure attraverso la definizione vera e propria di nuovi profili specializzati in particolari attività.

Di seguito si riportano le figure rilevate e successivamente si descriveranno i profili di quelle per cui è richiesta, o sarebbe preferibile, un tipo di formazione universitaria o comunque una qualifica professionale regionale con percorsi formativi che potrebbero dare spunto nel futuro alla pianificazione di nuovi corsi di laurea. I profili individuati, attraverso l'analisi delle informazioni disponibili, sono:

- Accompagnatore sociale all'abitare;
- Animatore sociale o di comunità;
- Assistente alla primissima infanzia;
- Assistente amministrativo;
- Assistente domiciliare o familiare o dei servizi tutelari;
- Coordinatore attività ricreative;
- Coordinatore centri per l'infanzia;
- Educatore professionale;
- Esperto in ausili tecnologico per la comunicazione;
- Esperto in gestione delle risorse umane;
- Esperto in gestione di programmi e progetti;
- Fisioterapista;
- Formatore;



- Fund raiser;
- Infermiere professionale;
- L'Arteterapista;
- Logopedista;
- Manager dei servizi residenziali;
- Manager dell'ONP;
- Mediatore familiare;
- Mediatore culturale e interculturale;
- Mediatore per l'inserimento lavorativo / integratore al lavoro;
- Mediatore sociale;
- Operatore dei servizi per l'infanzia
- Operatore alle cure domiciliari ODC;
- Operatore di comunità;
- Operatore di rete;
- Operatore di strada;
- Operatore geriatrico;
- Operatore per l'informazione nei servizi sociali;
- Operatore per l'integrazione dei disabili;
- Operatore per l'infanzia;
- Operatore sociale;
- Operatore sociale di strada;
- Operatore socio sanitario (OSS);
- Ordinatore di nucleo operativo;
- Orientatore;
- Pedagogista;
- Psicologo;
- Responsabile comunità terapeutica per tossicodipendenti;
- Responsabile della progettazione;
- Responsabile di reparto;
- Sociologo;
- Tecnico dell'accoglienza sociale;
- Mediatore culturale
- Operatore del consultorio
- Tecnico dei Servizi Sociali;

Il totale dei profili individuati con denominazione diversa sono ben 47, la presenza di tutte queste figura dipende da due fattori:

- il personale che opera nel settore da tempo ha frequentato corsi di formazione (regionali e non) che hanno permesso il conseguimento di qualifiche oggi ritenute obsolete. Esiste quindi un problema di riconoscimento dei vecchi titoli (oltre che delle competenze acquisite su campo);
- le figure (riconosciute e non a livello normativo) provenienti da percorsi formativi attualmente attivi vengono assunte con denominazioni “attualmente riconosciute”.

Queste due situazioni creano una sorta di confusione terminologica (figure professionali che svolgono le stesse attività sono chiamate con nomi diversi).

Quello che si è cercato di fare in questa indagine è stato quello di prendere atto delle figure presenti nel settore e cercare, attraverso un’analisi delle attività e competenze (acquisite su campo e attraverso il percorso formativo) di ridurre l’elenco dei profili aggregando figure che sono simili per attività e ruoli.

L’elenco ottenuto da questo procedimento ha permesso di passare da 48 profili a 27. Non si esclude la possibilità ridurlo ancora attraverso un’analisi più dettagliata. Di seguito si riporta l’elenco dei 27 profili presi in considerazione.

- Accompagnatore sociale all’abitare;
- Animatore sociale o di comunità;
- Assistente (Educatore) alla primissima infanzia;
- Assistente domiciliare o familiare o dei servizi tutelari;
- Assistente sociale;
- Coordinatore centri per l’infanzia;
- Educatore professionale;
- Esperto in gestione delle risorse umane;
- Fisioterapista;
- Formatore;
- *Fund raiser*;
- Infermiere professionale;
- L’Arteterapista;
- Logopedista;
- Manager dell’ONP;
- Mediatore familiare;
- Mediatore culturale e interculturale;
- Mediatore per l’inserimento lavorativo / integratore al lavoro;

- Operatore (prevenzione e disagi all'interno di strutture<sup>63</sup>);
- Operatore sociale di strada;
- Operatore socio sanitario (OSS);
- Orientatore;
- Pedagogista;
- Psicologo;
- Responsabile della progettazione;
- Sociologo;
- Tecnico dei Servizi Sociali

Alcune figure emerse hanno un percorso formativo e un profilo ben definito quindi non si ritiene utile descriverle, è il caso delle figure come: Psicologo, Sociologo, Pedagogista, Fisioterapista e dell'Infermiere professionale. Inoltre, come si può notare molte figure sono prettamente di tipo sanitario, ma come già precedentemente sottolineato i confini dei servizi di tipo sanitario e assistenziale non sempre sono ben definiti.

Un ruolo importante nel settore dei Servizi Socio- Assistenziali lo svolge la figura del volontario. Il volontariato è un'attività libera e gratuita svolta per ragioni personali, che possono essere di solidarietà, di giustizia sociale, di altruismo o di qualsiasi altra natura<sup>64</sup>. Di seguito si descrivono le figure individuate.

---

<sup>64</sup> Fonte: <http://it.wikipedia.org/wiki/Volontariato>

#### **7.4.1 Accompagnatore sociale dell'abitare**

L'accompagnatore sociale dell'abitare è una figura che aiutare una persona in difficoltà ad acquisire gli strumenti necessari per accedere e gestire un' abitazione idonea alla sua situazione personale ed economica. Inoltre, aiuta la persona nella fase di integrazione sociale nel territorio dove andrà ad abitare.

Questa figura si occupa di:

- instaurare rapporti con agenzie immobiliari private e enti locali (Comuni per alloggi);
- mediare nel rapporto inquilini e proprietari (privati e pubblici);
- mediare nei rapporti di convivenza tra persone di diversa cultura;

L'accompagnatore sociale dell'abitare per svolgere la sua attività di mediazione deve conoscere usi e tradizioni di culture diverse, deve saper trattare con persone "svantaggiate" attraverso una modalità di approccio di tipo psicologico. Questa figura deve conoscere molto bene gli enti e le organizzazioni che operano nel territorio al fine di individuare eventuali soluzioni alle persone che si rivolgono a lui. Considerando che a volte l'utente può essere una persona di nazionalità straniera è importante la conoscenza di almeno una lingua.

#### **7.4.2 Animatore sociale (o di comunità)**

La figura dell'animatore sociale (o socioculturale) opera nel settore della sanità e dell'assistenza sociale può lavorare con bambini, adolescenti e anziani allo scopo di offrire a queste persone momenti di socializzazione e integrazione con gli altri, attraverso attività di carattere educativo, culturale e di intrattenimento.

L'animatore sociale è in grado di saper individuare, progettare e organizzare le attività in base alla tipologia di utente destinatario a volte coinvolgendo anche altre figure che lavorano presso le strutture. Gli ambiti principali di intervento sono:

- Area socio-culturale (attività e progetti di tipo culturale o comunicativo come mostre, convegni, spettacoli);
- Area socio-educativa (progetti di carattere educativo o ludico);
- Area assistenziale e sanitaria (progetti di prevenzione, cura, riabilitazione ed assistenza);

Questa figura trova occupazione nell'ambito di strutture pubbliche e private in cui si svolgono attività finalizzate all'integrazione e partecipazione sociale, alla prevenzione delle marginalità e del disagio sociale. Si può trovare la figura dell'Animatore Sociale all'interno dei seguenti servizi:

- residenziali per anziani (case di riposo, centri diurni);
- per l'infanzia e l'adolescenza (centri ricreativi, centri di aggregazione giovanile, comunità per minori e ludoteche);
- per soggetti con disabilità psichiatriche;
- di prevenzione primaria nell'ambito della tossicodipendenza;
- indirizzati ad utenza adulta con disabilità psico-fisica;

Per chi vuole svolgere questa professione è preferibile una laurea di indirizzo sociale ed educativo (Scienze dell'educazione e della formazione con indirizzo educazione sociale e animazione culturale). La Regione inoltre organizza dei corsi di formazione per diventare Animatori Sociali e Socio-culturali. I percorsi formativi finanziati dalla Regione consentono di acquisire le conoscenze di base indispensabili per svolgere questa professione che sono nozioni di:

- legislazione sociale;
- psicologia;
- pedagogia;
- sociologia dei gruppi;
- metodologia delle scienze sociali;
- pianificazione e Programmazione;
- elementi di igiene, prevenzione e pronto soccorso;

Oltre alle competenze acquisibili l'Animatore deve possedere delle doti caratteriali come: la pazienza, la disponibilità, capacità relazionali e di comunicazione per poter catturare l'attenzione suscitando interesse, saper motivare le persone a partecipare alle attività che svolge. Indispensabile è la capacità di ascolto e di comprensione per analizzare e identificare i bisogni e i disagi degli individui con cui deve lavorare.

### **7.4.3 Insegnante della scuola di infanzia**

Questa figura lavora nelle scuole d'infanzia coinvolgendoli in attività di tipo educativo e didattico. Conosce le varie fasi di apprendimento collegate alle fasi di crescita e attraverso il gioco coinvolge il bambino nelle varie attività. Tutte le competenze necessarie per svolgere queste attività sono acquisibili da un percorso formativo ben definito che dà diritto all'abilitazione all'insegnamento (laurea in Scienze della formazione primaria ad indirizzo scuola dell'infanzia). Durante questo percorso formativo tra le varie materie previste troviamo<sup>65</sup>:

- diritto di famiglia;
- igiene ed educazione sanitaria;
- metodologia del gioco e dell'animazione;
- neuropsichiatria infantile;
- pedagogia della famiglia;
- teoria e pratica dell'educazione motoria, musicale, di scienze della terra e dell'educazione ambientale e di scienze della vita;

La figura dell'insegnante della scuola di infanzia, dopo aver frequentato corsi appropriati, può anche operare con bambini disabili come insegnante di sostegno.

### **7.4.4 Assistente sociale**

L'assistente sociale attraverso le sue attività valorizza l'autonomia e l'integrazione sociale di particolari categorie di utenti come ad esempio minori, anziani, tossicodipendenti, handicappati, immigrati che avvertono situazioni di disagio e di emarginazione. Questa figura sviluppa, segue e coordina progetti specifici pensati per il tipo di disagio da colmare. La legislazione prevede la figura dell'assistente sociale nelle seguenti aree di intervento<sup>66</sup>:

- famiglia ;
- Indigenza;
- Handicap;

---

<sup>65</sup> Fonte: Scienze della Formazione 2009/2010 (Università degli Studi di Padova).

<sup>66</sup> Fonte: Figure professionali per il sociale: quadro di riferimento nazionale, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (marzo 2004)

- Devianza;
- Immigrazione;
- disagio mentale.

Le aree di intervento dove questa figura può operare si possono trovare all'interno di strutture pubbliche o private. I settori di occupazione possono essere per esempio Comuni e Aziende Sanitarie Locali. Ogni Regione infatti promuove interventi sul territorio di tipo sociale rivolti alla popolazione con lo scopo di fornire consulenza al singolo e a nuclei familiari, servizi di intervento sociale per situazioni di emergenza personali e famigliari, assistenza domiciliare, disponibilità di strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con disagi sociali, disponibilità di centri di accoglienza residenziali o diurni carattere comunitario.

Ogni comune ha una propria organizzazione di questi servizi in base alle risorse economiche e ad altri fattori di carattere politico. Le ASL (Aziende Sanitarie Locali) si occupano di garantire attraverso i vari distretti i servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze, attività per la salute dei minori, delle donne e della famiglia in generale, servizi di assistenza domiciliare integrata, servizi per patologie in fase terminale. All'interno del Distretto si trovano inoltre i servizi di Salute Mentale e Prevenzione.

La figura dell'assistente sociale può inoltre trovare occupazione in strutture come cooperative sociali, comunità di accoglienza per minori, tossicodipendenti, lavoratori immigrati, centri di formazione, centri privati di servizi (per esempio case di cura e centri polifunzionali). Un altro settore di impiego è il Ministero di Giustizia all'interno del quale sono previsti dei servizi per minori e per adulti. Dei minori sottoposti a procedimenti penali si occupano i Centri per la Giustizia Minorile (rapporto minori – Giustizia) che coordinano gli uffici di Servizio Sociale per minorenni, Centri di Prima Accoglienza, Istituti Penali per Minorenni, Comunità e Istituti di Semilibertà. Per quanto riguarda i servizi per adulti sono previsti i Centri di Servizio Sociale per adulti<sup>67</sup> (CSSA) che hanno lo scopo di rieducare i soggetti adulti che hanno problemi con la giustizia, all'interno di questi centri (58 circa in Italia) si può trovare sia la figura del “direttore di servizio sociale” (una figura con la qualifica di assistente sociale che dirige la struttura) che operatori con un profilo da assistente sociale. Infine, tra gli ambiti di occupazione di questa figura si citano le prefetture perché il “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”<sup>68</sup> prevede che nel caso di segnalazione da parte delle forze dell'ordine di individui in possesso di sostanze stupefacenti, questi debbano sostenere un colloquio con l'Assistente sociale.

La figura dell'assistente sociale deve avere un'adeguata conoscenza delle discipline di base,

---

<sup>67</sup> Legge di riforma dell'ordinamento penitenziario 354/75.

<sup>68</sup> DPR 309/90.

degli strumenti e delle tecniche del servizio sociale oltre che possedere le competenze tecniche necessarie a rilevare e successivamente trattare situazioni di disagio sociale.

Importante per svolgere questa professione è la capacità di saper comprendere culture diverse e sapersi relazionare con gli individui che appartengono a queste. E' molto consigliata, soprattutto se questa figura svolge attività a contatto con immigrati, la conoscenza almeno di una seconda lingua. Indispensabili sono inoltre le conoscenze nell'ambito della psicologia, sociologia, del diritto, dell'economia. Gran parte delle competenze tecniche citate sono acquisite da questa figura attraverso un percorso formativo ben definito e le restanti attraverso un' "esperienza su campo" prevista nel percorso formativo.

La professione dell'assistente sociale ha avuto un riconoscimento ufficiale attraverso la legge del 23 marzo 1993 n. 84 la quale ha anche istituito l'Albo professionale a cui accedere dopo il superamento dell'Esame di Stato. Il decreto ministeriale 30 marzo 1998, n. 155 ha sancito il regolamento per l'Esame di Stato per l'abilitazione alla professione di assistente sociale, dopo la riforma universitaria è stato necessario recare delle modifiche al suddetto decreto, Il D.P.R. 5 giugno 2001, n. 328 disciplina sui nuovi requisiti per l'ammissione all'Esame di Stato e delle relative prove<sup>69</sup>. L'Albo professionale è costituito la due sezioni a seconda del titolo posseduto<sup>70</sup>. Possono iscriversi all'Albo professionale i laureati in Scienze del Servizio Sociale. L'Esame di Stato prevede oltre, la verifica delle competenze tecniche attraverso prova scritta e orale, una prova pratica in cui è previsto un' analisi di un caso pratico.

Secondo i dati dell' Ordine Nazionale degli Assistenti Sociali attualmente le iscrizioni all'Albo in Italia sono 35.754 di cui 2.269 nel territorio veneto (6,35% del totale nazionale) posizionandosi al sesto posto per numero di iscrizioni dopo Sicilia (5.176), Lombardia (4.353), Campania (3.663), Puglia (2.878), Lazio (2.783).

Infine a settembre 2009 è stato approvato dal Consiglio Nazionale dell' Ordine degli Assistenti Sociali il nuovo codice deontologico della professione dove sono specificate le regole di comportamento che chi svolge questa professione deve rispettare.

#### **7.4.5 Educatore professionale**

La figura dell'educatore professionale si occupa di prevenzione e recupero sociale di soggetti con disagi presso comunità alloggi, centri diurni per minori, lavorando a stretto contatto con l'utente condividendo con lui la quotidianità in modo da poter osservare i suoi comportamenti, le sue difficoltà e formulare degli interventi mirati.

---

<sup>69</sup> Fonte: [www.assistentsociali.org](http://www.assistentsociali.org)

<sup>70</sup> Art. 23 del DPR 05/06/2001 n.328.



Altre attività svolte dall' educatore possono essere interventi di animazione giovanile, culturale e ricreativa, attività con pazienti portatori di handicap psico-fisico, attività con pazienti psichiatrici. Oltre alle strutture già elencate svolge la sua attività all'interno di strutture che erogano servizi: alla famiglia ed ai minori (tra cui centri per la famiglia, consultori, servizi per la prima infanzia); rivolti a persone disabili (centri diurni, case famiglia, ecc.), di prevenzione e riabilitazione delle tossicodipendenze (comunità terapeutiche, SERT, ecc. ); per l'integrazione degli immigrati; verso adulti e anziani (in questo caso si occupa di orientamento, accompagnamento a servizi specialistici, animazione e sostegno per affrontare situazioni difficili).

Svolge infine attività all'interno di strutture che si occupano di tutelare madri in difficoltà, donne vittime di violenze. In alcuni casi questa figura si occupa della formazione e aggiornamento del personale.

Risulta difficile definire le competenze in quanto le attività che può svolgere nelle varie strutture sono molte, risulta però possibile definire tre aree di occupazione: Sanitaria, Sociale, Penitenziaria (all'interno di istituti penitenziari)

La figura dell'Educatore professionale è considerata insieme a quella dell' assistente sociale una delle figure più "anziane" in quanto presente da più di '50 anni nel settore dei servizi alla persona e alla comunità. Il percorso di riconoscimento per questa figura è stato lungo e caratterizzato da alcune tappe significative.

Negli anni 50 del secolo scorso la figura dell'educatore non era riconosciuta esisteva una figura che operava spesso all'interno di organizzazioni religiose in quanto lo Stato non era ancora così attivo nel settore. Dagli anni '50 agli anni '70 questa figura era solitamente un diplomato o uno studente universitario che svolgeva attività principalmente di animazione all'interno di associazioni giovanili di carattere religioso, il contributo economico destinato per questo lavoro era modesto e la frequenza di svolgimento di queste attività era saltuario.

Negli anni '70 nascono le prime scuole di formazione che preparano la figura dell'educatore professionale. Questi corsi della durata di tre anni riconosciuti dalla regione permettevano di acquisire le competenze tecniche per lo svolgimento della professione. La Regione Veneto con L.R. n.8, marzo 1986 (modifica della L.R. n. 55/82) riconosce la figura dell'educatore professionale (animatore) e ne definisce il profilo nei dettagli successivamente attraverso il D.G.R. n.7682 del 22.12.1989.

Negli anni che seguirono, a causa dei cambiamenti che hanno coinvolto le Regioni, gli enti locali e il Servizio Sanitario Nazionale rispetto al loro ruolo nel sistema di *welfare*, ha permesso a questa figura di avere nuove prospettive occupazionali in ambiti come: servizi per minori e giovani, attività rivolte agli anziani, animazione nei centri diurni, residenziali, e comunità terapeutiche.

Negli anni '90, in seguito ad alcuni cambiamenti inizia a sentirsi un clima di insofferenza. Tutte le Regioni (tranne il Piemonte e la Lombardia) chiudono le scuole regionali di formazione in

attesa che vengano definiti dei corsi universitari. La Facoltà di Magistero converte il corso di Pedagogia in Scienze dell'educazione e della formazione che permette di acquisire un titolo non spendibile in quanto non esiste a livello contrattuale. Sono invece riconosciuti gli educatori professionali socio-sanitari (D.M. n.520, 8.10.1998) che trovano collocazione nell'area della riabilitazione e che hanno una formazione che proviene dalla Facoltà di Medicina. La successiva riforma universitaria introduce le lauree di primo livello per i corsi in scienze dell'educazione e della formazione, ma i profili formati da questi percorsi formativi non hanno un riconoscimento giuridico in quanto mancano provvedimenti attuativi dell'art.12 della L. 328/2000<sup>71</sup>.

Per questa figura che trova occupazione sia nel settore sanità che sociale esistono oggi due percorsi formativi, quello sanitario e quello appartenente al corso di laurea in scienze dell'educazione. Restano ancora da definire i criteri di riconoscimento dei titoli acquisiti da coloro che hanno frequentato i corsi regionali. Abilita alla professione sanitaria di educatore professionale la laurea in Educatore professionale interfacoltà tra: Medicina e Chirurgia, Psicologia, Scienze della Formazione.

L'intera materia relativa alle professioni educative nel comparto sociale e sanitario è attualmente oggetto di revisione legislativa. I decreti citati stabiliscono che la laurea in educatore professionale abilita alla professione solo nell'ambito sanitario. Per quanto riguarda il settore dei servizi sociali, invece, è necessario verificare le normative regionali, che fissano i requisiti per l'accesso alla professione. E' possibile reperire maggiori informazioni rivolgendosi all'associazione di categoria ANEP (Associazione Nazionale Educatori Professionali) che ha, tra i suoi principali scopi, quello di organizzare lo sviluppo e la tutela della figura di Educatore professionale<sup>72</sup>.

Concludendo, da una ricerca effettuata dal Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali<sup>73</sup> che ha analizzato parte della normativa contrattuale nazionale presente ha identificato 19 diverse denominazioni riconducibili a questo profilo: (educatore per portatori di handicap, educatore professionale animatore, educatore specializzato, educatore animatore, figura educativa, operatore pedagogico, operatore di strada, operatore Educativo, operatore tecnico dell'educazione, ecc.).

---

<sup>71</sup> Fonte: "Le professioni sociali nella legislazione socio-sanitaria: evoluzione storica e linee di tendenza. Il caso Veneto" (Donne nel Sociale), Sergio Dugone (2004).

<sup>72</sup> Fonte: Schede orientative "L'educatore Professionale", Informagiovani - Città di Torino.

<sup>73</sup> "Il Lavoro nel settore dei servizi sociali e le professioni sociali" Rapporto a cura del Fornez (febbraio 2009).

#### **7.4.6 Esperto in gestione delle risorse umane**

L'Esperto in gestione delle risorse umane ha il compito di rilevare i "bisogni" di personale all'interno della struttura, definire il profilo delle persone di cui ha bisogno l'ente o l'organizzazione. Oltre a questo si occupa della gestione del personale presente (gestione turni, ferie, permessi, attività).

Nel settore dei servizi Socio-assistenziali l'Esperto in gestione delle risorse umane ha un compito molto delicato in quanto deve conoscere i servizi offerti dalla struttura di appartenenza e i "bisogni" degli utenti che si rivolgono alla struttura

Per svolgere questa professione è preferibile una laurea in psicologia, in ambito economico o giuridico, con una o più specializzazioni nel campo delle risorse umane. E' preferibile una buona conoscenza della lingua inglese sia scritta che parlata ed un'ottima conoscenza dei principali programmi informatici.

Come caratteristiche individuali è necessario possedere un'ottima dialettica ed elevate doti di comunicazione e predisposizione al contatto con i clienti. Bisogna possedere serietà e professionalità ed ottime capacità di analisi psico-attitudinali delle persone, spirito di iniziativa, capacità decisionali e propensione a svolgere il proprio lavoro secondo il raggiungimento di obiettivi prefissati. Doti di affidabilità, serietà e *problem solving*.

#### **7.4.7 Formatore**

La figura del formatore opera all'interno degli enti o organizzazioni occupandosi della progettazione e della formazione delle risorse. La formazione in un settore come questo è particolarmente importante al fine di rispondere a continui bisogni emergenti.

A questa figura, nonostante non si escludono altri titoli, corrisponde un percorso formativo ben preciso (Scienze dell'educazione e della formazione ad indirizzo formazione e sviluppo delle risorse umane) attraverso il quale si acquisiscono le competenze in materia di:

- analisi dei bisogni formativi nei contesti lavorativi e organizzativi;
- progettazione, valutazione e gestione i processi formativi;
- utilizzo di sistemi per la formazione a distanza;

Fondamentale per questa figura è la capacità di motivare gli allievi e di trasmettere le conoscenze. Egli deve inoltre conoscere i sistemi organizzativi aziendali, i processi produttivi e le tendenze del mercato del lavoro, tenendosi costantemente aggiornato. Saper utilizzare gli strumenti multimediali, avere dimestichezza con le risorse del web e conoscere bene l'inglese sono altri requisiti fondamentali per un buon formatore<sup>74</sup>.

#### **7.4.8 Fund raising**

La forza economica di un'azienda sta negli investimenti dei soci e nelle entrate derivanti dal commercio dei prodotti (materiali o servizi) e in alcuni casi da finanziamenti ottenuti attraverso le banche.

Nel caso delle organizzazioni ONP il capitale deriva dalla raccolta di fondi (spesso donazioni) ottenuti senza dare in cambio qualcosa ma solamente perché il donatore crede in una giusta causa.

Se si considera inoltre la crisi della finanza pubblica la capacità di saper trovare risorse economiche diventa indispensabile. All'interno delle organizzazioni chi si occupa di svolgere queste attività è la figura del fund raising. Questa figura conosce le varie forme di finanziamento e i canali per ottenerli promuovendo dei progetti da finanziare attraverso la stesura del "documento di buona causa" da sottoporre ai potenziali finanziatori che possono essere persone fisiche, enti pubblici nazionali e esteri, imprese o fondazioni bancarie. La bravura del fund raising è quella di individuare il potenziale finanziatore in base al progetto da realizzare e saper descrivere in maniera dettagliata le attività da finanziare, gli obiettivi e le modalità per raggiungerli. A questa figura compete anche la fase di gestione economica del finanziamento durante la fase di realizzazione del progetto.

Il fund raising può essere una figura interna (a volte coincide con il manager delle ONP) oppure un consulente esterno, laureato in economia. Negli ultimi anni si stanno diffondendo percorsi formativi come master, corsi di perfezionamento o corsi privati in "fund raiser". Esiste attualmente una associazione a livello nazionale che rappresenta la categoria e denominata ASSIF, ma ha ancora poco riscontro rispetto alla diffusione della professione. E' inutile dire che sono indispensabili per questa figura buone capacità relazionali e doti di mediazione.

---

<sup>74</sup> <http://orientaonline.isfol.it>

#### 7.4.9 Arte terapeuta

Lo psicologo L.Vygotski afferma che la creatività è un momento integrante, assolutamente indispensabile del pensiero realistico, giacché la corretta conoscenza della realtà non è possibile senza un certo elemento d'immaginazione. L'attività creativa stimola, con l'immaginazione, la possibilità di nuove soluzioni di cambiamento. Ciò che conta per le arti terapie è aiutare a sviluppare delle capacità creative per migliorare l'immagine di sé e di conseguenza della propria qualità di vita<sup>75</sup>.

L'arteterapia è un insieme di metodiche inquadrabili in diverse aree concettuali (psicoanalitica, cognitivista, relazionale ecc.) finalizzate alla promozione umana con scopi riabilitativi, psicopedagogici, psicoterapeutici e preventivi di qualunque forma di disagio psicosociale, che prevedano l'uso sistematico di pratiche artistiche grafico, plastico, pittoriche. I pazienti inseriti in un gruppo affrontano una serie di problematiche personali attraverso le relazioni di gruppo e la realizzazione artistica. Attraverso l'attività artistica rielaborano le loro paure, esperienze e disagi.

L'arte terapeuta svolge la sua attività in ambito sanitario e socio-educativo e possiede i seguenti requisiti<sup>76</sup>:

- conoscenza dei fondamenti teorici e pratica costante con metodologie arte terapeutiche;
- conoscenza e pratica costante con diverse tecniche artistiche (disegno, pittura, collage, scultura, mosaico etc.);
- conoscenza delle principali implicazioni psicologiche (affettivo - cognitive) riguardo la dimensione creativa e l'uso delle diverse modalità;
- conoscenza delle principali teorie dello sviluppo dell'individuo con particolare riferimento all'evolversi della capacità creativa e dell'espressione grafica e motoria del soggetto;
- conoscenza dei fondamenti della psicopatologia con particolare riferimento alla sua espressione in ambito grafico, pittorico e plastico;
- avere una formazione in grado di permettergli di individuare tra i suoi utenti, anche in caso di utenza non esplicitamente patologica, i soggetti a rischio psicopatologico;
- avere un'adeguata formazione psicologica che lo renda capace di sostenere una relazione con un utente disagiato;

---

<sup>75</sup> <http://www.arteterapia.it>

<sup>76</sup> <http://www.apiart.it/>

- conoscenza di un adeguato insieme di metodiche arte terapeutiche che gli consenta di elaborare progetti operativi in relazione al tipo d'utenza, allo spazio operativo in cui opera, o nell'ambito di progetti integrati d'intervento che prevedano anche il contributo d'altre figure professionali quali insegnanti, psicoterapeuti, psicologi, psichiatri, neurologi, tecnici della riabilitazione, infermieri professionali, psicopedagogisti o in base a specifico invio..

Gli interventi possono avere come scopo le attività preventive, riabilitative e terapeutiche o psicoterapeutiche. I destinatari possono essere minori, anziani, disabili.

#### **7.4.10 Manager delle organizzazioni ONP**

Le organizzazioni che operano nel sociale hanno un tipo di organizzazione sempre più complessa. La varietà dei servizi erogati in risposta ai bisogni della popolazione ha creato l'esigenza di una figura con competenze di tipo manageriale in grado di:

- organizzare e coordinare le attività della struttura;
- coordinare e gestire le risorse impiegate (saper valutare le competenze del personale per una migliore allocazione delle risorse e conoscere bene le attività svolte all'interno della struttura);
- selezionare personale interno e consulenti esterni a cui affidare le varie attività;
- saper cogliere quali servizi dare all'utente, inserendone di nuovi in base ai bisogni espressi (potenziamento servizi);
- gestire dal punto di vista amministrativo-economico la parte finanziaria;
- saper monitorare la qualità dei servizi offerti all'utente;
- relazionarsi con altri responsabili di altre strutture per offrire servizi integrati;

Questa figura ha una visione completa della struttura di cui è il responsabile ne conosce le attività, i servizi, la tipologia di utenti in termini di bisogni, le risorse umane che operano. Ha competenze in materie economiche (analisi del bilancio sociale), giuridiche, amministrative e fiscali. Conosce i bisogni sociali legati al territorio, indispensabile per programmare servizi adeguati e mirati alle esigenze degli utenti.

Solitamente è un laureato in economia ma a volte ha un tipo di laurea umanistica con dei corsi di formazione o master in *management* nell'ambito del sociale.

Le strutture dove trova occupazione può essere di tipo o pubblico: strutture di residenziali per

anziani, comunità per tossicodipendenti, comunità per persone con handicap.

#### **7.4.11 Mediatore familiare**

Per mediazione familiare si intende il procedimento mirato alla gestione e risoluzione dei conflitti che si possono sviluppare nell'ambito coniugale in particolare nella fase di separazione e di divorzio. La mediazione familiare negli ultimi anni è richiesta anche per affrontare situazioni di conflitto che non necessariamente si sviluppano in questi contesti e che riguardano aspetti generici di vita familiare. La mediazione familiare ha cominciato a diffondersi negli anni Ottanta in Europa, nel 1998 il consiglio dei Ministri ha invitato gli Stati membri dell'Unione Europea a riconoscere e incentivare la mediazione familiare. In Italia sono stati presentati diversi disegni di legge al fine di riconoscere e regolarizzare la mediazione familiare. Nonostante questo non esiste ancora una normativa a livello nazionale che regola questa attività.

In particolare, il mediatore familiare è una figura si occupa di:

- affrontare le difficoltà legate alla mancanza di comunicazione tra le persone;
- creare momenti di incontro finalizzati al dialogo tra le persone;
- presentare le possibili soluzioni d'incontro alle diverse parti al fine di trovare un punto d'incontro;

Il mediatore trova impiego all'interno di enti pubblici, privati appartenente al settore sociale oppure può esercitare la libera professione e fornire consulenza su richiesta. Per svolgere questa attività sono indispensabili conoscenze in ambito di:

- famiglia, divorzio e separazione personale dei coniugi;
- problematiche legate alla coppia;
- mediazione familiare.

Tra le competenze trasversali associate a questa figura ci sono: la capacità di ascolto, di comunicazione e di tessere relazioni con altre persone.

Solitamente un mediatore è una figura laureata in Scienze psicologiche della personalità e delle relazioni interpersonali o in Scienze del servizio sociale o comunque percorsi simili . Esistono

dei corsi di formazione dopo specifici in mediazione familiare.

#### **7.4.12 Mediatore culturale o interculturale**

La presenza di stranieri nel territorio fa sì che la società in cui viviamo sia sempre più multietnica e multiculturale. Ogni cultura porta le proprie tradizioni (valori, abitudini, ecc.), che vanno rispettate e salvaguardate soprattutto in situazioni di bisogno e disagio sociale. La figura del mediatore culturale nasce in questo contesto per soddisfare l'esigenza di salvaguardare valori che possono essere di tipo culturale, religioso, evitando la discriminazione nel rispetto dei diritti umani delle persone straniere che giungono nel nostro territorio. Il mediatore è una figura "ponte" tra culture differenti che non si limita a svolgere attività di traduzione ma anche di orientamento per persone straniere in difficoltà. A volte questa figura è un immigrato o comunque una persona che durante la sua vita ha avuto spesso contatti con culture diverse. Competono a questo profilo le attività di:

- consulenza a singoli utenti, famiglie e associazioni di immigrati per problematiche relative alla vita quotidiana e lavoro (descrizione dei servizi a cui hanno diritto, traduzione di documenti, affiancamento per problematiche generiche relative a questioni quotidiane);
- interpretazione di bisogni e intermediazione per l'utilizzare di servizi sociali e sanitari.
- (in alcuni casi) la formazione del personale italiano in servizio che interagisce con gli stranieri;

Indispensabile per questa figura è la conoscenza della cultura dei paesi stranieri, un'ottima conoscenza della lingua italiana e di almeno due lingue straniere maggiormente utilizzate, conoscenze di tipo sociologico, storico e normativo (legislazione italiana in materia di immigrazione). Fondamentale è la buona predisposizione alle relazioni umane, la capacità di comunicazione e mediazione.

La figura del mediatore trova impiego in strutture sia pubbliche che del settore non profit che offrono servizi per immigrati, servizi pubblici generali, uffici stranieri delle città, scuole per favorire l'integrazione di bambini immigrati, servizi sanitari, nei commissariati di polizia, uffici pubblici e associazioni di categoria. La figura del Mediatore interculturale è una figura in continua evoluzione con prospettive occupazionali buone.

Dal punto di vista formativo non esiste un unico percorso, alcuni hanno seguito dei corsi



regionali, che rilasciano una qualifica. Per una preparazione più specifica è più indicata la laurea:

- triennale in Comunicazione Interculturale e multimediale (triennale);
- triennale in Scienze e Tecniche dell'Interculturalità (triennale);
- triennale in Mediazione Linguistica e Culturale dell'università (triennale);
- in Comunicazione e mediazione interlinguistica (triennale);
- in Mediazione culturale- Lingue dell'Europa centrale e orientale (triennale);
- Plurilinguismo e multiculturalità e in Storia di interculturalità in aree mediterranee ed islamiche e dei Paesi Islamici;

Esiste poi la possibilità di specializzarsi ulteriormente attraverso dei corsi post laurea, attualmente tra l'offerta formativa dei vari atenei italiani ci sono master in: Politiche dell'incontro e mediazione culturale; Pratiche dei saperi e dei diritti per una nuova cittadinanza in contesto migratorio; Educazione interculturale; Mediazione culturale; Immigrati e rifugiati; Formazione, comunicazione e integrazione sociale.

#### **7.4.13 Mediatore (esperto) per l'inserimento lavorativo**

La figura del mediatore o esperto per l'inserimento lavorativo aiuta persone "svantaggiate" ad inserirsi nel mercato del lavoro. In particolare cerca di comprendere le possibili competenze possedute dall'individuo, cerca di sviluppare nuove competenze e "accompagna" il lavoratore nella fase di inserimento lavorativo. Solitamente questa figura trova collocazione all'interno delle cooperative sociali. Compete a questa figura:

- la gestione dei rapporti con altri enti, soprattutto con i servizi sociali, al fine di individuare le risorse da collocare;
- la stesura di progetti di inserimento lavorativo (fasi e obiettivi);
- l'individuazione delle competenze possedute e eventualmente quelle acquisibili;
- Il supporto dell'individuo nella fase di inserimento e anche nelle successive;

Proprio per la tipologia delle attività svolte, questa figura possiede un mix di competenze in materia di:

- psicologia e pedagogia (in particolare su argomenti quali marginalità e devianza);
- capacità di valutazione e gestione delle risorse umane (conoscenza delle metodologie di valutazione delle competenze e capacità, tecniche di gestione delle risorse umane in

termini di distribuzione dei carichi di lavoro);

- conoscenze in materia di diritto del lavoro (per categorie svantaggiate).

Chi ricopre questo ruolo deve essere una persona con buone capacità relazionali e di mediazione ma soprattutto capace di ascoltare e comprendere le difficoltà provenienti da situazioni di disagio che gli si presentano. Il mediatore per l'inserimento lavorativo può infatti trovarsi a dover lavorare con persone tossicodipendenti, invalidi, detenuti, alcolisti da inserire nel mercato del lavoro.

Risulta difficile definire un percorso formativo unico per questa figura, solitamente è uno psicologo che ha attraverso corsi specifici (regionali e no) conseguito altre competenze in materia di tecniche di gestione delle risorse umane per categorie svantaggiate. Nel caso di utenza straniera può essere indispensabile la conoscenza di almeno una lingua straniera.

#### **7.4.14 Operatore di strada**

L'operatore di strada è una professione che si svolge fuori da ogni contesto lavorativo strutturato, perché viene vissuta nei luoghi dove il disagio dell'utente è collocato, spesso appunto la strada. In questi luoghi si occupa di assistenza e recupero sociale di persone che vivono in situazioni di degrado ed emarginazione al fine di individuare il disagio e dirottare queste persone in strutture dove possano essere aiutate. I destinatari degli interventi sono:

- persone senza fissa dimora;
- tossicodipendenti, sieropositivi emarginati;
- ragazze costrette alla prostituzione;
- giovani nomadi e bambini mendicanti;
- minori coinvolti inattività criminali;

Una volta individuato l'utente e il suo disagio l'operatore instaura un rapporto che implica il fatto di seguirlo nei suoi percorsi di inserimento (se è un minore prende contatti con la scuola e i centri per minori) diventa una sorta di "guida" per l'inserimento sociale dell'individuo.

Indispensabili per questa figura sono le conoscenze di base in: psicologia, sociologia e medicina, legislazione socio-sanitaria. Importante è la capacità di ascolto e comprensione per relazionarsi con l'utente e la capacità di lavorare in gruppo per la fase di inserimento in strutture della persona svantaggiata.

Il percorso formativo per l'operatore di strada non è ben definito, può avere una laurea triennale in educatore o in psicologia, associata comunque a una buona esperienza su campo che per questa figura è importantissima. Molti iniziano come volontari e poi scelgono di svolgere queste attività come lavoro.

L'Operatore di strada può operare per associazioni di volontariato, cooperative, strutture pubbliche.

#### **7.4.15 Operatore Socio Sanitario (OSS)**

Questa figura è nata da precise esigenze del settore dei servizi alla persona. Il percorso che ha portato al riconoscimento dell'esigenza di questa figura è stato sostanzialmente segnato da alcune tappe come: il riconoscimento che il Servizio Sanitario Nazionale (D.Lgs. n. 229/199) doveva soddisfare nuovi bisogni della popolazione; la Riforma 328/2000 che promuoveva un sistema integrato di servizi, nuove leggi riguardanti l'area disabilità, il problema dell'invecchiamento della popolazione.

Il 22.02.2001 la Conferenza Stato-Regioni provvede all'individuazione della figura professionale dell'operatore socio-sanitario e ne definisce l'ordinamento didattico dei corsi di formazione. Attraverso questo passaggio importante si cercò di valorizzare la professionalità di alcune figure professionali (infermieri, tecnici sanitari) che ormai da alcuni anni svolgevano mansioni improprie e allo stesso tempo di rispondere alle nuove forme di bisogno emerse negli ultimi anni.

Esisteva dunque la necessità di una figura che operasse sia in ambito dei servizi sanitari ma anche sociali. La Regione Veneto attraverso un accordo con le organizzazioni sindacali Cgil-Cisl ed Uil si impegna a avviare percorsi formativi adatti a formare questo profilo. Il 16.08.2001 con L.R. n.20 il Veneto emanava la normativa per la figura dell'Operatore Socio Sanitario e attraverso il provvedimento della Giunta Regionale (D.G.R. n. 3576/2001 e n. 1178/2002) faceva partire i corsi di formazione. Negli anni successivi la Regione si impegna attraverso vari decreti a riconoscere eventuali casi di equipollenza di titoli pregressi (D.G.R. n.2003/2002), a definire i requisiti necessari per accedere al percorso formativo per Operatore Socio Sanitario (D.G.R. n.3973/2002), organizzare corsi mirati alla riqualificazione (D.G.R. n.470/2003) del personale in servizio come: operatori addetti all'assistenza, operatori tecnici, tecnico regionale dei servizi sociali, addetto alla cura degli anziani, assistenti di comunità infantili.

Questa figura, riconosciuta a livello nazionale, opera come supporto agli altri profili coinvolti nei servizi di assistenza alla persona. In particolare si occupa di:

- assistenza diretta ed aiuto domestico
- intervento igienico sanitario e di carattere sociale

- supporto gestionale, organizzativo e formativo

Per assistenza diretta ed aiuto domestico si intendono quelle attività rivolte principalmente a persone non autosufficienti che necessitano di supporto per la cura dell'igiene personale e dell'ambiente in cui vivono. L'operatore socio sanitario in questi casi si occupa anche di sostenere l'individuo in attività mirate alla mantenimento delle capacità psico-fisiche, alla rieducazione, al recupero funzionale. Nei casi di malati terminali lo assiste lavorando a stretto contatto con il personale sanitario e sociale. Oltre a queste mansioni partecipa alla rilevazione dei bisogni dell'utente collaborando a pianificare gli interventi assistenziali appropriati seguendo nel percorso di recupero anche della sua identità personale. Nello svolgimento di queste attività utilizza strumenti per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio verificandone anche la qualità. In sostituzione e appoggio dei familiari è in grado di: aiutare per la corretta assunzione dei farmaci e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso; aiutare nella preparazione alle prestazioni sanitarie; attuare interventi di primo soccorso; effettuare piccole medicazioni; controllare e assistere la somministrazione delle diete; aiutare nelle attività di animazione e che favoriscono la socializzazione, il recupero e il mantenimento di capacità cognitive e manuali; collaborare ad educare al movimento; provvedere al trasporto di utenti, anche allettati, in barella carrozzella; collaborare alla composizione della salma e provvedere al suo trasferimento; svolgere attività di informazione sui servizi del territorio e curare il disbrigo di pratiche burocratiche; accompagnare l'utente per l'accesso ai servizi.

L'Operatore Socio Sanitario conosce: le principali tipologie di utenti e le problematiche connesse; le diverse fasi di elaborazione dei progetti di intervento personalizzati; le situazioni ambientali e le condizioni dell'utente; le modalità di rilevazione e comunicazione dei problemi relativi all'utente; le condizioni di rischio e le più comuni sindromi da prolungato allettamento; i principali interventi semplici di educazione alla salute; l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari e quella delle reti informali.

Fondamentali sono inoltre le competenze relazionali come: saper lavorare in gruppo; comunicare in modo partecipativo con l'utente e con la famiglia; saper coinvolgendo e stimolando al dialogo; essere in grado di interagire con il malato morente; saper rapportarsi con le strutture sociali, ricreative e culturali del territorio; saper sollecitare ed organizzare momenti di socializzazione; essere in grado di gestire la propria attività con la dovuta riservatezza.

Il 16.01.2003, attraverso un accordo Stato-Regioni, viene riconosciuta la figura dell'Operatore Socio Sanitario Specializzato in ambito sanitario, con competenze più vicine a quelle dell'infermiere (diagnostiche, terapeutiche e di assistenza).

#### **7.4.16 Responsabile della progettazione (di cooperazione e sviluppo)<sup>77</sup>**

Il responsabile della progettazione è una figura che si occupa, nell'ambito della cooperazione internazionale all'interno delle organizzazioni, di realizzare progetti di cooperazione rivolti a paesi del Terzo Mondo. I progetti sono mirati a sviluppare attività nell'ambito del settore sanità, agricoltura, zootecnia e altri settori produttivi.

In particolare si occupa di:

- ideare il progetto;
- presentare il progetto ai finanziatori per ottenere risorse economiche;
- realizzazione del progetto;
- monitoraggio in fase di esecuzione e in fase finale;

Questa figura solitamente opera all'interno di un gruppo di lavoro e collabora con enti e persone che si trovano nel luogo di attuazione del progetto. Le competenze necessarie per svolgere queste attività sono:

- conoscenze in materia di cooperazione
- legislazione italiana ed europea;
- conoscenza dei criteri di finanziamento adottati dalla Commissione Europea e dal Ministero degli affari esteri;
- conoscenza in materia di bilanci, controllo dei costi, ecc..
- linguistiche (minimo una lingua parlata e scritta);
- pianificazione e controllo di un progetto;
- competenze specifiche del settore di riferimento del progetto;

Questa figura può essere un laureato in materie economiche, umanistiche, giuridiche che dopo la laurea ha conseguito o un master o ha frequentato dei corsi attinenti alla cooperazione. Esistono dei percorsi di laurea creati negli ultimi anni che preparano questa figura.

---

<sup>77</sup> Fonte: [www.isfol.it](http://www.isfol.it) (Orienta Online)

#### **7.4.17      Tecnico dei Servizi sociali**

La figura del Tecnico dei Servizi Sociali nasce dall'esigenza di un profilo in grado di programmare un intervento e successivamente gestire la parte relazionale (informativa) sia con gli utenti che con gli operatori.

Questa figura può lavorare con bambini, anziani, portatori di handicap come supporto informativo nello sviluppo delle loro potenzialità e nell'integrazione sociale. Svolge inizialmente un'analisi della situazione (problema), individua le figure professionali da coinvolgere e collabora con loro per l'individuazione di interventi (programmazione), collabora con le strutture idonee a risolvere il caso. Per poter programmare un intervento deve saper definire gli obiettivi (osservando, esplorando, individuando le esigenze), saper individuare le risorse presenti nel territorio, saper verificare e valutare dal punto di vista giuridico, psicologico, amministrativo e medico-sanitario la soluzione proposta.

Il tecnico dei servizi sociali è una figura individuata attraverso il Decreto Ministeriale della Pubblica Istruzione del 15/04/1994 "Programmi ed orari di insegnamento per i corsi post-qualifica degli istituti professionali di Stato". Appartengono a questa figura la conoscenza delle teorie e tecniche del colloquio indispensabili per relazionarsi con utenti e operatori, della gestione delle risorse umane, degli strumenti e metodologie di valutazione di un intervento.

## 7.5 Il volontario

La figura del volontario è una presenza importante, aiuta il personale strutturato nelle attività quotidiane. La presenza di questa figura è stata rilevata nel 91,8% delle strutture. Il 75,6% dei volontari sono adulti e il 15,6% anziani. Il restante dei volontari sono adolescenti (2,2%) e giovani (6,6%) (Tab.37). I volontari impiegati svolgono le attività a stretto contatto con il personale della struttura e si occupano di:

- attività di animazione;
- assistenza alle persone disabili;
- supporto alle attività educative con minori;
- attività ricreative con anziani;
- attività di vigilanza;
- attività di promozione e informazione dei servizi offerti dalla struttura;
- raccolti fondi per beneficenza;
- presenza a fiere del settore
- servizio di trasporto degli ospiti.

Tra le motivazioni che spingono una persona a dedicare il proprio tempo libero per svolgere attività di volontariato ci sono:

- sentirsi utile alla società aiutando le persone più deboli;
- motivazioni di carattere religioso;
- senso di giustizia;
- motivazioni personali derivanti da esperienze di vita vissute in prima persona;
- per se stessi, per la propria crescita personale.

Oltre ai volontari nel 60% delle strutture al momento della rilevazione erano presenti *stagiaire* provenienti da facoltà come Scienze dell'Educazione e Scienze Infermieristiche e da istituti professionali. Il numero medio di persone in stage per struttura è pari a 2,8.

**Tabella 37.** Percentuale di volontari impiegate nelle strutture per fascia d'età.

	%
Adolescenti	2,2
Giovani	6,6
Adulti	75,6
Anziani	15,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>





## 8. Il *Counselor*: una figura sempre più ricercata

La parola “*counseling*” viene spesso tradotta erroneamente in “consulenza”, in realtà questo termine ha un significato che si pone tra due concetti diversi: consulenza e relazione d’aiuto.

Secondo la definizione ufficiale data dalla Società Italiana di Counseling (S.I.Co.) “l’intervento di *counseling* può essere definito come la possibilità di offrire un orientamento o un sostegno a singoli individui o a gruppi, favorendo lo sviluppo e l’utilizzazione delle potenzialità del cliente. All’interno delle comunità, quali ospedali, scuole, università, aziende, comunità religiose, l’intervento di *counseling* è mirato da un lato a risolvere nel singolo individuo un conflitto esistenziale o il disagio emotivo che ne compromettono un’espressione piena e creativa, dall’altro può inserirsi come elemento la comunicazione tra una struttura e un dipendente”. L’utente destinatario può essere per esempio il singolo individuo, una coppia, una famiglia a cui viene dato un tipo di aiuto non terapeutico limitato nel tempo.

In Italia un esempio di applicazione è stato in occasione delle politiche sociali e sanitarie adottate per fronteggiare il diffondersi dell’epidemia HIV/AIDS in occasione della Legge n. 135/90 che ha stabilito che il test diagnostico doveva essere preceduto da colloqui di counseling.

Nel settore dei servizi socio assistenziali il *counseling*<sup>78</sup> trova applicazione nell’ambito prevenzione e sostegno. Nell’ambito della prevenzione questa tecnica viene utilizzata per affrontare un disagio con l’obiettivo di evitare che questo possa aggravarsi. L’individuo viene aiutato nel processo di miglioramento delle relazioni personali, familiari, di coppia. Nell’ambito del sostegno viene svolto un l’intervento di aiuto alla persona malata, morente, disabile, carcerata. E’ un intervento circoscritto non finalizzato a risolvere il problema che in questi casi è irrisolvibile, ma che può aiutare la persona a vivere al meglio possibile con quel problema.

La figura professionale che svolge interventi di *counseling* è denominata *Conselor*. Questa figura possiede sia competenze specifiche in un particolare settore, in questo caso sociale, medico, sanitario e delle competenze di base che sono quelle che gli permettono relazionarsi con persone con dei disagi e aiutarle. L’eventuale capacità di svolgere interventi di *counseling* può potenziare la

---

professionalità di molte figure che lavorano nel sociale<sup>79</sup>.

Attualmente esistono dei percorsi formativi destinati a: assistenti sociali, educatori, insegnanti, psicopedagogisti, formatori, consulenti, infermieri, sacerdoti, animatori, leaders, managers, selezionatori e formatori del personale, direttori e assistenti di comunità infantili, fisioterapisti, volontari, laureandi in scienze umanistiche.

Il *Counselor* non può guarire un malato terminale, può accompagnarlo per aiutarlo a vivere nonostante quella situazione drammatica. Il *counseling* non è psicologia e non è psicoterapia, come psicologia e psicoterapia non sono *counseling*. Si tratta di discipline diverse con ambiti di competenza diversi. E' importante che esista un confine che indichi chi è il *Counselor*, chi è lo psicologo, chi è lo psicoterapeuta.

La Professione di *Counselor* ha ottenuto il riconoscimento ufficiale da parte del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro. Ad oggi il *Counseling* in Italia è una professione riconosciuta, ma non regolamentata<sup>80</sup>.

---

<sup>79</sup> Fonte: Introduzione ai Servizi Sociali- Manuale per Operatori Sociosanitari (OSS) , Paolo Pajer, (Franco Angeli (2005).

<sup>80</sup> Fonte: <http://www.aspicvenezia.org>

## 9. Conclusioni

Il comparto dei Servizi Socio-assistenziali è composto da enti ed organizzazioni (soprattutto *non profit*) che hanno lo scopo di garantire servizi con l'obiettivo di rispondere a bisogni di vario genere, espressi dalla popolazione. Questo comparto è stato per anni considerato marginale rispetto ad altri settori e non era ben chiaro quali attività fossero comprese.

La riforma 328/2000 ha segnato una tappa importante in quanto vengono definite le attività che rientrano nel comparto, i soggetti che possono partecipare all'offerta di servizi e le categorie di utenti destinatari.

La L.328/2000 definisce "servizi sociali" tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.

I destinatari dei servizi erogati possono essere anziani, bambini, adolescenti, minori, adulti, portatori di handicap fisici, psichici, pazienti psichiatrici, soggetti con problemi di tossicodipendenza, stranieri o cittadini italiani momentaneamente sprovvisti dei mezzi di sussistenza e in situazioni contingenti di difficoltà, disagio o abbandono.

I soggetti che possono partecipare all'offerta sono soggetti pubblici nonché, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati.

Nel 2001 l'ISTAT ha effettuato la prima rilevazione censuaria delle istituzioni *non profit* pubblicando i numeri di un settore non ancora censito. In particolare attraverso la prima rilevazione emergono dati importanti come il numero di organizzazioni appartenenti al comparto del *non profit* suddivise per tipologia di organizzazione, le risorse impiegate per tipologia di rapporto. l'ISTAT attualmente effettua delle rilevazioni periodiche suddivise per particolari categorie.

Attualmente il settore dei Servizi Socio-assistenziali è costituito da enti e organizzazioni a volte difficilmente raggiungibili e non agevolmente classificabili entro modelli standard di organizzazioni. Inoltre, esiste una reale difficoltà a mappare i servizi offerti a causa del continuo

mutamento dei bisogni della popolazione che vede gli operatori del settore continuamente impegnati nella soddisfazione di bisogni emergenti. Le figure che vi operano, spesso, non hanno riconoscimento normativo e svolgono attività simili ad altre, denominate con terminologia diversa e percorsi formativi differenti.

In questo scenario di “confusione” l’indagine svolta ha cercato di produrre uno strumento utile, a studenti e laureati che vogliono inserirsi in questo contesto lavorativo, al fine di comprendere le dinamiche generali del settore, conoscere i riferimenti normativi e le fonti da cui trarre continue informazioni aggiornate, comprendere le difficoltà del lavoro sociale e le sue potenzialità, i percorsi formativi richiesti per le figure riconosciute e le competenze associate alle figure non riconosciute, avere un’idea delle prospettive occupazionali future.

Attraverso due modalità di rilevazione diverse (questionario faccia a faccia e web) si sono rilevati i dati di un campione di unità composto da: cooperative, comunità, associazioni, consultori familiari, case di riposo, fondazioni. I dati rilevati uniti a quelli pubblicati da fonti ufficiali hanno permesso di ottenere informazioni di tipo quantitativo (relativi alla composizione in termini numerici del personale, degli utenti, ecc.) e di tipo qualitativo (problematiche riscontrate nello svolgimento delle attività quotidiane e legate al riconoscimento delle professioni).

L’indagine ha permesso di delineare 18 profili professionali attraverso l’analisi di dati provenienti da:

- Interviste in profondità con responsabili di organizzazioni ed enti, esperti del settore;
- Intervista via web ad un campione di unità;
- Ricerca bibliografica di volumi esistenti;
- Fonti ufficiali (ISTAT, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali);
- Materiale in rete (siti internet);

I profili individuati sono:

- Accompagnatore sociale dell’abitare;
- Animatore Sociale;
- Assistente sociale;
- Insegnante della scuola di infanzia;
- Educatore professionale;
- Esperto in gestione delle risorse umane;
- Formatore;
- *Fund raising*;

- Manager delle organizzazioni ONP;
- Mediatore familiare;
- Mediatore culturale o interculturale;
- Mediatore per l'inserimento lavorativo;
- Operatore di strada;
- Operatore Socio Sanitario;
- Responsabile della progettazione;
- Tecnico dei servizi sociali;
- *Counselor*;

Per ogni figura individuata sono state descritte le attività svolte, i contesti lavorativi, le competenze e gli eventuali percorsi formativi necessari. Inizialmente i profili individuati erano ben 47, una numerosità così alta dipende principalmente da due fattori:

- Il personale che opera nel settore da tempo ha frequentato corsi di formazione (regionali e non) che hanno permesso il conseguimento di qualifiche oggi ritenute obsolete;
- Le figure (riconosciute e non a livello normativo) provenienti da percorsi formativi attualmente attivi vengono assunte con denominazioni attualmente riconosciute.

Queste due situazioni hanno creato una sorta di confusione terminologica, (figure professionali che svolgono le stesse attività sono chiamate con nomi diversi). Attraverso un'analisi per attività e ruoli si è arrivati a definirne 18. Infine, particolare attenzione si è data alla figura del *Counselor* che negli ultimi anni è sempre più presente nel settore dei Servizi Socio-assistenziali.



## Riferimenti bibliografici

- FABBRIS L. (1989) *L'indagine campionaria. Metodi, disegni e tecniche di campionamento*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- FABBRIS L., DEL FAVERO M. (2002) *Rappresentazione dei mercati locali del lavoro: il sistema di indicatori DOMUS*, Quaderno PHAROS n. 1/2002, Osservatorio sul mercato locale del lavoro, Università degli Studi di Padova, CLEUP, Padova.
- ISFOL, UNIONE EUROPEA – FSE, MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI (2003) *Isfol Orienta: Manuale per gli operatori*, FrancoAngeli, Milano.
- [www.istat.it](http://www.istat.it) (Istituto nazionale di statistica).
- <http://noi-italia.istat.it>.
- ISTAT (Istituto nazionale di statistica ), “Noi Italia, 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo” (edizione 2010).
- Decreto Legislativo 31 marzo 1998 n. 112.
- [http://it.wikipedia.org/wiki/Stato\\_sociale](http://it.wikipedia.org/wiki/Stato_sociale) (Wikipedia, l'Enciclopedia Libera).
- Università degli Studi di Padova- La famiglia in Italia e problematiche europee, Prof. Alisa Del Re.
- “Il prisma del welfare: analisi dei regimi socio-assistenziali nelle regioni italiane” Cristiano Caltabiano, Roma 2004.
- ISTAT 2009- L'assistenza residenziale e socio-assistenziale: anno 2005.
- ISTAT - “Cooperative sociali in Italia” (anno 2005).
- Camera di Commercio Padova “Come aprire una cooperativa” (22 febbraio 2007).
- [http://www.paginesanitarie.com/il\\_consultorio\\_familiare.htm](http://www.paginesanitarie.com/il_consultorio_familiare.htm).
- <http://www.fism.net/attivita>.
- <http://www.fondazioni.it>.
- Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, ISFOL “Figure professionali per il sociale:quadro di riferimento nazionale” Marzo2004.
- Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali,” Il lavoro nel settore dei servizi sociali e le professioni sociali”, Rapporto a cura di Formez (febbraio 2009).
- [www.regioneveneto.it](http://www.regioneveneto.it) (Burn. 2 del 06/01/2009).
- <http://it.wikipedia.org/wiki/Volontariato>.
- Legge di riforma dell'ordinamento penitenziario 354/75.

- [www.assistentsociali.org](http://www.assistentsociali.org).
- Art. 23 del DPR 05/06/2001 n.328.
- <http://orientaonline.isfol.it>.
- <http://www.arteterapia.it>.
- Introduzione ai Servizi Sociali- Manuale per Operatori Sociosanitari (OSS) , Paolo Pajer, (Franco Angeli (2005).
- <http://www.aspicvenezia.org>