

Il ruolo dell'Assistente Sociale nei Consultori Familiari siciliani: funzioni del servizio sociale e mandato istituzionale del POMI¹

Giada Cascino

Università degli Studi di Enna "Kore"

Marika Geraci

Assistente sociale

Maria Luisa Anzaldi

ASP Enna 4

Fabio Aiello

Università degli Studi di Enna "Kore"

Paolo Di Venti

ASP Enna 4

Loredana Disimone

ASP Enna 4

Sergio Severino

Università degli Studi di Enna "Kore"

Riassunto

Il contributo pone l'attenzione sul ruolo dell'Assistente Sociale (AS) nei Consultori Familiari (CF) italiani afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (legge 405/1975). Il *POMI-Progetto Obiettivo Materno-Infantile* (D.M. 24 aprile 2000) delinea l'ambito di competenza dei CF, definendone *obiettivi* prioritari in termini di salute e *azioni* (strategie operative) da perseguire e svolgere attraverso il lavoro di équipe, raccordando azioni e interventi di figure professionali a competenza sanitaria, psico-sociale e socio-assistenziale. Al fine di descrivere l'operatività dell'AS nei CF lo studio ha perseguito un duplice obiettivo: analizzare se il ruolo dell'AS coniuga le funzioni del servizio sociale (*mandato professionale*) e il *mandato istituzionale* del POMI; rilevare se nella percezione dell'AS il proprio ruolo è valorizzato in seno all'équipe in termini di *partecipazione attiva e simmetrica*. La *web survey* condotta ha coinvolto AS dei CF pubblici della Regione Sicilia. Il questionario utilizzato ha indagato la loro operatività rispetto a cinque dimensioni: *sé professionale reale e ideale, valorizzazione (percepita, agita e ricevuta) del ruolo dell'AS, funzioni del servizio sociale, metodologia di lavoro*.

Parole chiave: assistente sociale, consultorio familiare, lavoro di équipe, identità professionale, welfare

Abstract. *The Role of the Social Worker in Sicilian Family Counselling Centres: Social Work Functions and Institutional Mandate of the POMI*

This paper focuses on the role of social workers (SWs) in Italian Family Counselling centres (FCs) within the National Health Service (Law 405/1975). The *POMI-Maternal and Child Health Project* (Ministerial Decree of 24 April 2000) outlines the scope of competence of FCs, defining their priority *objectives* in terms of health and *actions* (operational strategies) to be pursued and carried out through teamwork, coordinating the actions and interventions of professionals with expertise in health, psychosocial and social welfare. In order to describe the operation of SWs in FCs, the study pursued a twofold objective: to analyse whether the role of SWs combines the functions of social work (*professional mandate*) and the *institutional mandate* of the POMI; to investigate whether SWs perceive their role to be valued within the team in terms of *active and symmetrical participation*. The *web survey* involved SWs from public FCs in the Region of Sicily. The questionnaire examined their operational activities across five dimensions: *real and ideal professional self, perceived, enacted and received valorisation of the SW role, social work functions, and working methodology*.

Keywords: social worker, family counselling centre, teamwork, professional identity, welfare

DOI: 10.32049/RTSA.2025.3.02

¹ Sebbene l'articolo sia frutto di una riflessione congiunta, il paragrafo 1 è da attribuire a Cascino, Anzaldi, Di Venti, Disimone e Severino; i paragrafi 2.1 e 2.2 a Cascino, Severino, Anzaldi; i paragrafi 2.3, 2.4.1, 2.4.2 e 2.4.3 a Aiello, Geraci, Cascino e Severino; i paragrafi 3 e 4 a Cascino e Severino.

1. Introduzione

Il POMI-Progetto Obiettivo Materno-Infantile (Decreto Ministeriale 24 aprile 2000, *Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al “Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000”*) delinea l’ambito di competenza dei Consultori Familiari (CF) in termini di *obiettivi* di salute e *azioni* (strategie operative) da perseguire e svolgere attraverso il lavoro di équipe, che assume un ruolo «fondamentale per garantire globalità e unitarietà dell’approccio preventivo» (p. 37), basandosi sul raccordo tra figure a competenza prevalentemente sanitaria e figure a competenza psico-sociale e socio-assistenziale, al fine di realizzare la tanto auspicata integrazione socio-sanitaria, posta a fondamento dei CF.

Tuttavia, come afferma Grandolfo, i CF sin dalla loro istituzione «hanno avuto una vita difficile», perché il loro modello, basato su un approccio sociale, orizzontale e attento alle differenze di genere, si scontrava con la logica biomedica e gerarchica dei servizi tradizionali, delegittimandoli e ostacolando sia sul piano strutturale – negando l’integrazione funzionale – sia su quello delle risorse disponibili (2002, p.1).

Nella stessa direzione, il recente documento *I consultori familiari in Italia* (CGIL, 2024), definendoli in termini di «primi veri servizi sociosanitari di prossimità», ne evidenzia la condizione di estrema criticità in cui essi versano, ponendo come azione indispensabile il loro rafforzamento. Come lo stesso documento riepiloga, l’ultima Relazione al Parlamento sull’attuazione della legge 22 maggio 1978, n. 194 (*Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*) (Ministero della Salute, 2021) e il Rapporto ISTISAN (Lauria *et al.*, 2022a) muovono rilievi negativi che concernono:

- l’esiguità numerica dei CF sul territorio, l’insufficienza delle risorse economiche ad essi destinate, l’elevata eterogeneità delle prestazioni offerte sul territorio;
- la composizione delle équipe consultoriali, in termini di professionalità e numero, segnalando la presenza di una équipe completa soltanto in un CF su due e il massiccio impiego di un’unica équipe o singoli professionisti su più sedi.

Il POMI, tra le figure professionali previste nella composizione delle équipe consultoriali,

annovera quella dell'AS, figura che svolge funzioni di servizio sociale professionale «in gran parte finalizzate all'erogazione di prestazioni entro il sistema di welfare» e che, attraverso la sua collocazione in un Servizio pubblico – quale ad esempio il CF – contribuisce a dare forma al sistema che rappresenta (Folgheraiter, 2019, p. 188).

Nella operatività quotidiana, l'affermazione dei valori fondativi il corpo disciplinare da cui trae spunto la professione dell'AS, dei principi fondativi i codici etici e deontologici nazionali e internazionali della professione è ostacolata o complicata (Folgheraiter, 2019; Ziliani e Rovai, 2023) da fattori riconducibili ad aspetti organizzativi e manageriali (Folgheraiter, 2019). Altre criticità dell'operatività quotidiana dell'AS sono insite nelle «sfide della collaborazione inter-professionale e in particolare quella socio-sanitaria» (p. 189). Inoltre, l'esigenza di rinnovarsi continuamente, sia per rispondere ai cambiamenti e alle trasformazioni sociali, sia per rispondere in modo non routinario e burocratizzato a una domanda di aiuto sempre più complessa, ha originato difficoltà nel trovare una giusta dimensione che, a sua volta, ha generato «interpretazioni del ruolo improntato sul “fare” quotidiano, seppur creativo» (Ziliani e Rovai, 2023).

Questo contributo – 50 anni dopo l'istituzione dei CF con la legge 29 luglio 1975, n. 405, *Istituzione dei consultori familiari* e 25 anni dopo l'emanazione del POMI – pone l'attenzione sul ruolo dell'AS nei CF, interrogandosi sulla specificità della sua operatività declinata sia riguardo alle funzioni del servizio sociale (mandato professionale), sia riguardo al mandato istituzionale del POMI per i CF. È nostra convinzione che accanto a riflessioni su specifici ambiti in cui l'AS opera² e a studi che ne indagano l'opinione circa la sfera professionale³, anche una riflessione sulla rappresentazione del sé professionale fornisca un punto di osservazione privilegiato su fattori che contribuiscono a dare forma a un sistema di welfare. Del resto, l'AS – quale braccio operativo di un ente – svolge azioni che «si differenziano a seconda dell'organizzazione, del tipo di problematiche da affrontare, della collocazione gerarchica dell'assistente sociale in questione» (Raineri e Corradini, 2022, p. 12) pur nella

² Si vedano ad esempio Vener e Porta (2020) e Gallina (2020) in merito all'intervento dell'AS nell'ambito della crisi di coppia e delle difficoltà genitoriali, nonché delle separazioni difficili.

³ Si veda ad esempio Guidi *et al.* (2020) in merito alle opinioni degli assistenti sociali sui temi delle condizioni di lavoro, del lavoro sociale quotidiano, della povertà e del welfare con le sue risorse.

cornice delle norme di legge e dei regolamenti dell'ente che stabiliscono prestazioni disponibili e criteri di massima per erogarle (*ibidem*).

Rispetto al tema appena delineato, alcuni studi sono centrati sulla descrizione delle attività svolte dai CF sul territorio nazionale, nell'ambito dei quali spazio è dedicato anche al ruolo dell'AS in questa tipologia di servizio, che in alcuni casi è focus esclusivo di studi che guardano al livello regionale.

Tra i primi, collochiamo il rapporto *Organizzazione e Attività dei Consulenti Familiari pubblici in Italia - Anno 2008* (Ministero della Salute, 2010) e il Rapporto ISTISAN relativo all'*Indagine nazionale 2018-19 sui Consulenti familiari* (Lauria *et al.*, 2022a; 2022b).

Il rapporto del Ministero della Salute, oltre a fornire informazioni sulla presenza dell'AS nei CF, evidenzia il suo grado di coinvolgimento nelle prestazioni sanitarie e nelle prestazioni psico-sociali: a proposito osserva che l'AS per quell'anno è quasi per nulla coinvolto nelle prestazioni a carattere sanitario; al contrario, il coinvolgimento è preponderante nelle prestazioni psico-sociali, seppur in misura maggiore nelle prestazioni a mandato istituzionale, quali *Problematiche minorili, Minori stranieri non accompagnati, Adozione e affidi preadottivi, Disponibilità all'affido e affidi eterofamiliari, Problemi di affidamento dei figli in separazione/divorzio, Mediazione familiare*, comprese le relazioni alle autorità giudiziarie (2010, p. 125).

L'*Indagine nazionale 2018-19* – tra i tre livelli di indagine perseguiti – fornisce informazioni sugli «aspetti strutturali, organizzativi e delle attività dei consulenti», comprese le attività svolte nell'ambito dei programmi strategici previsti dal POMI (Lauria *et al.*, 2022a). L'*Indagine* per quell'anno evidenzia che l'AS, insieme con le figure del ginecologo, dell'ostetrica e dello psicologo, rappresenta una delle figure di base dell'équipe consultoriale, sebbene le ore di lavoro settimanale siano in media sottodimensionate di 25 ore, rispetto all'ammontare complessivo del mandato istituzionale, pari a 36 ore. In merito alle aree e agli ambiti di attività dei CF, a livello nazionale – «alla luce dei diversi modelli operativi socioassistenziali adottati dalle Regioni» (p. 46) – emerge un investimento preponderante verso l'ambito della salute della donna, vedendo meno investiti, invece, gli interventi in favore di adolescenti/giovani e ancor meno in favore di coppia/famiglia.

Guardando al dettaglio regionale del Rapporto ISTISAN per la Sicilia – regione di interesse di questo contributo – «la disponibilità dell'assistente sociale (14 ore) è superiore alla media nazionale, seppure molto al di sotto dello standard previsto di 36 ore» (Lauria *et al.*, 2022b, p. 176). Inoltre, rispetto alla metodologia di lavoro dei CF e, in particolare, all'utilizzo dell'approccio multidisciplinare, il Rapporto ISTISAN evidenzia che l'80,5% dei CF siciliani effettua regolarmente riunioni organizzative con tutte le figure professionali, superando la media nazionale, e il 66,4% di essi la discussione dei casi clinici in équipe, in linea con la media nazionale (p. 177). Infine, in relazione ai programmi strategici indicati dal POMI, la Sicilia supera la media nazionale sia in tema di percorso nascita, sia in tema di screening del tumore della cervice uterina; mentre appare pressappoco allineata alla media nazionale per i corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) e per gli spazi dedicati ai giovani o gli interventi nelle scuole (pp. 178-179).

Tra gli studi che investono l'interesse verso la specificità dell'operatività dell'AS nei CF a livello regionale, annoveriamo uno studio condotto dall'Ordine Assistenti Sociali Regione Lombardia (2009) e un contributo curato dall'ASP di Ragusa, una provincia siciliana (Lantieri e Drogo, 2022).

Significativa è parsa la riflessione dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Lombardia che, in occasione della polemica sorta nel 2005 sull'efficacia dell'attività dei consultori per la prevenzione dell'IVG⁴, ha avviato un gruppo di lavoro composto da circa una decina di AS, appartenenti a diverse realtà territoriali, che dal maggio 2006 ha iniziato un'indagine conoscitiva volta a rispondere ad alcuni interrogativi: «Cosa sono oggi i consultori familiari? Quali interventi professionali sono attivati dagli assistenti sociali che lavorano nelle équipe consultoriali per attuare il mandato istituzionale del servizio?» (2009, p. 2). L'indagine – condotta attraverso focus group – ha cercato di coinvolgere circa 250 AS che lavorano nei CF lombardi con l'obiettivo di approfondire la conoscenza sull'agire professionale nei diversi contesti operativi e di formulare un pensiero e una proposta operativa sul lavoro professionale nei CF, da condividere con tutta la comunità professionale.

⁴ In tale occasione anche il Consiglio Nazionale dell'ordine professionale è stato ufficialmente sentito con un'audizione avvenuta il giorno 21/12/05 presso la XII commissione parlamentare Affari Sociali.

Una considerazione di questa indagine che abbiamo fatto nostra riguarda il nesso tra ruolo professionale e relativi obiettivi, nella misura in cui una scarsa definizione dell'obiettivo professionale incide sulla debolezza e sulla scarsa definizione del ruolo professionale.

Come evidenziano Pieroni e Dal Pra Ponticelli (2005), gli obiettivi indicano gli scopi e i fini della professione e da questi derivano le funzioni, intese come attività concretamente svolte per il raggiungimento degli obiettivi. Pur nella consapevolezza che le funzioni dell'assistente sociale non possano essere astrattamente descritte, le autrici annoverano quali funzioni dell'AS la *funzione di rapporto diretto con l'utenza per consulenza, sostegno e individuazione di progetti personalizzati, funzione di programmazione, progettazione, organizzazione, gestione dei servizi, funzione di attivazione e di gestione del sistema informativo, funzione di promozione della partecipazione, funzione di studio, ricerca, didattica e supervisione* (tirocinio e professione), *funzione di gestione delle risorse umane*.

L'ASP di Ragusa, invece, nell'ambito di una rimodulazione dell'assetto organizzativo dei CF, presenta un "manuale d'uso" di questo servizio. Nella sua premessa rintracciamo il monito di connotare le azioni di questo servizio con una particolare attenzione alla presa in carico interdisciplinare, monito che trova fondamento in una delle motivazioni addotte dal documento in merito alla necessaria rimodulazione di questo servizio: il CF, perdendo la sua natura originaria, è diventato nel tempo «sempre più sede di interventi di specialistica ambulatoriale di natura ginecologica (visite, controlli) e di natura psicologica (psicoterapie, osservazioni psicodiagnostiche), mantenendo un'ottica "medicocentrica" quanto non "ospedalocentrica"», tradendo ruoli e funzioni del CF, invece orientati a «minori e famiglie anche in un'ottica di tutela e protezione preventiva, nel migliorare la qualità della vita e nel contribuire ad affrontare in maniera adeguata le difficoltà che riguardano la quotidianità, soprattutto in situazione sociali odierne così cariche di incertezze, attraverso l'attenzione alla vulnerabilità sociale, all'educazione, al disagio adolescenziale, al disagio di genere»; inoltre, la sua attività prima «basata su un modello di funzionamento interdisciplinare, nel tempo è di fatto scivolata dall'iniziale lavoro di équipe, compito proattivo, a mera attività ambulatoriale» (Lantieri e Drogo, 2022, p. 8). Il documento, inoltre, descrive ruoli e compiti nell'ambito del CF: pur richiamando la specificità professionale di ogni operatore, evidenzia la necessità che

«L'assistente sociale, l'ostetrica, il medico, il pediatra e lo psicologo [concorrono] insieme, attraverso attività di consulting, counseling e cura, all'approntamento di adeguati stili sociosanitari, all'educazione affettiva e sessuale, alla prevenzione della violenza di genere, alla prevenzione dell'aborto, a fondamento del benessere della comunità, con maggiore attenzione per la popolazione a rischio, vulnerabile e fragile», elementi che nelle prassi operative richiedono una «équipe interconnessa e capace di risposte univoche alle diversificate richieste» secondo un'ottica dialogica e per obiettivi comuni (p. 19). La figura dell'AS è descritta come impegnata prioritariamente nelle aree accoglienza e coordinamento territoriale con Enti, comunità associazioni e reti del terzo settore, nonché prevalentemente nelle aree consulenza, spazio giovani, sostegno genitorialità, violenza e questione genere, tutela all'infanzia e adolescenza.

Accostandoci a questo ambito di studi con lo scopo di contribuire alla descrizione della figura professionale dell'AS e – considerata la sua collocazione operativa all'interno dei CF – alla ricostruzione del modo in cui contribuisce a dare forma al sistema di welfare che rappresenta, questo contributo presenta alcuni risultati di uno studio promosso dall'ASP 4 di Enna-Dipartimento Materno-Infantile – nell'ambito di una ipotesi di riorganizzazione dei Consultori Familiari della stessa ASP e con la finalità di pervenire alla predisposizione di Linee Guida territoriali sulla base delle nuove Linee di Indirizzo emanate dalla Regione Siciliana con D.A. 1186/2014 (Riordino dei Servizi Materno-Infantili Territoriali Consultori Familiari Pubblici) – e realizzato in collaborazione con un gruppo di ricerca dell'Università degli Studi di Enna “Kore” - Dipartimento di Scienze dell'Uomo e della Società, coinvolgendo l'intero territorio regionale siciliano.

Lo studio ha perseguito gli obiettivi di a) analizzare se il ruolo dell'AS coniuga le funzioni proprie del servizio sociale (mandato professionale) e gli obiettivi e le azioni del mandato istituzionale del POMI per i CF; b) rilevare – considerata la rilevanza del lavoro in équipe nei CF – se sia l'AS, sia gli altri professionisti dell'équipe consultoriale (EC) valorizzano – secondo la percezione del professionista – il suo ruolo in termini di *partecipazione attiva e simmetrica* nell'operatività quotidiana dei CF.

In questa direzione conoscitiva, lo studio si è posto le seguenti domande di ricerca:

- quali e quante *azioni del POMI* (mandato istituzionale per i no io CF) l'AS svolge?
- qual è la percezione dell'AS sulle attese di ruolo della sua figura professionale nell'ambito dei CF?
- qual è la percezione dell'AS sulla *valorizzazione percepita, agita e ricevuta del proprio ruolo* in EC?
- quali *funzioni del servizio sociale* l'AS svolge nell'ambito dei CF?
- quale *metodologia di lavoro* l'AS adotta nell'ambito dei CF?

2. Metodologia

2.1 Lo strumento

La raccolta delle informazioni è avvenuta tramite la somministrazione di un questionario, costruito facendo riferimento alla definizione nominale del ruolo dell'AS, calibrata sul mandato professionale del Servizio sociale e sul mandato istituzionale del POMI (tab. 1). Il questionario è stato costruito in modalità informatizzata, attraverso piattaforma Google Forms, e la somministrazione è avvenuta in forma di *web survey*.

Il questionario si compone di due sezioni:

1. la prima rileva alcune informazioni sociografiche dell'AS;
2. la seconda indaga il ruolo dell'AS nei CF, declinandone l'operatività in termini di:
 - a) *sé professionale reale e ideale*,
 - b) *valorizzazione (percepita, agita e ricevuta) del ruolo dell'AS*,
 - c) *funzioni del servizio sociale*,
 - d) *metodologia di lavoro*.

La prima sezione si compone di 8 domande, distinte tra chiuse e aperte. La seconda sezione è composta complessivamente da 89 item, alcuni nominali altri ordinali.

La fase di somministrazione è stata preceduta da un pre-test, che ha coinvolto gli AS di

un'unica provincia siciliana ai quali è stato chiesto di compilare il questionario e segnalare eventuali criticità relativamente al lessico, alla formulazione degli item o altre osservazioni ritenute utili.

Domanda di ricerca	Dimensioni del ruolo dell'AS	Scala di misura
Quali <i>azioni del POMI</i> (mandato istituzionale per i CF) l'AS svolge?	Sé professionale reale (azioni di cui si occupa nel CF).	Nominale
Qual è la <i>percezione</i> dell'AS sulle <i>attese di ruolo</i> della sua figura nell'ambito dei CF?	Sé professionale ideale (azioni di cui (non) dovrebbe occuparsi nel CF).	Nominale
	Motivazioni (percezione sugli ostacoli alla realizzazione del sé ideale).	Ordinale
Qual è la percezione degli AS sulla <i>valorizzazione del proprio ruolo</i> in EC nell'ambito dei CF?	Valorizzazione percepita (percezione sulla valorizzazione del ruolo dell'AS da parte dell'EC).	Ordinale
	Valorizzazione agita (modalità attraverso cui un AS valorizza il proprio ruolo).	Ordinale
	Valorizzazione ricevuta (modalità attraverso cui un'EC valorizza nella percezione dell'AS il suo ruolo).	Ordinale
Quali <i>funzioni del servizio sociale</i> l'AS svolge nell'ambito dei CF?	Attività professionali che nell'operatività concreta l'AS svolge nel sistema di servizi alla persona (cosa fa, cosa tenderebbe a fare, cosa gli è richiesto di fare dalle prescrizioni normative).	Nominale
Quale <i>metodologia di lavoro</i> l'AS adotta nell'ambito dei CF?	Strumenti e tecniche.	Nominale

Tabella 1 - Ruolo dell'AS nei CF: dalla definizione nominale alla definizione operativa.

2.2 La rilevazione

Data la natura descrittiva delle domande di ricerca, lo studio ha adottato un paradigma di ricerca quantitativo. La somministrazione del questionario era originariamente pensata come un'*indagine censuaria*, nel tentativo di coprire tutti i 178 CF (di cui 9 Consultori Familiari privati convenzionati della Regione Siciliana) e coinvolgere tutti i 148 AS della Sicilia.

La rilevazione tramite somministrazione del questionario è avvenuta tra il 22 novembre e il 19 dicembre 2023. Agli AS è stata inviata una e-mail con l'invito a collegarsi a un link Google Forms per accedere al questionario e compilarlo on-line in forma anonima. Questa fase è stata supervisionata da un team di ricerca, che ha visto coinvolti anche gli Assistenti Sociali

dell'ASP 4 di Enna, appositamente formati: in questa fase è stata di fondamentale supporto la collaborazione con i Direttori di Dipartimento e delle U.O.C. Consultori Familiari, nonché l'individuazione di un referente per effettuare una mappatura del numero di CF attivi e degli AS in servizio, nonché ottenere informazioni utili allo svolgimento della ricerca.

Sono emersi in questa fase sia punti di debolezza, sia punti di forza dell'indagine. Tra i primi annoveriamo: la scarsa veicolazione delle informazioni inerenti allo svolgimento della ricerca, che ha costretto a intensificare l'investimento su altri canali comunicativi; la scarsa autonomia professionale di alcuni AS, che hanno partecipato alla ricerca soltanto dopo essere stati autorizzati dal loro Dirigente di riferimento; la scarsa motivazione legata al breve tempo di servizio nei CF; l'impossibilità a partecipare per carico di lavoro eccessivo nel CF. I punti di forza, invece, sono legati all'entusiasmo di partecipare a una ricerca e allo stupore per il focus sul lavoro di un AS.

Le informazioni raccolte sono state analizzate singolarmente, per descrivere il gruppo di AS rispetto alle loro caratteristiche sociografiche e per descrivere quanto emerso dalle singole risposte fornite dagli AS sui singoli aspetti indagati delle diverse dimensioni. Si è fatto ricorso ai consueti strumenti e metodi dell'analisi statistica univariata.

2.3 Dati

In questa sezione descriviamo brevemente il gruppo di AS intervistati rispetto ad alcune caratteristiche sociografiche rilevate dal questionario e ritenute più informative, in relazione all'oggetto e agli obiettivi dell'indagine.

Nonostante l'intenzione di procedere con una indagine censuaria, in nessuna provincia è stata registrata la piena partecipazione degli AS osservando diversi gradi di copertura per provincia, che vanno dal 47% della provincia di Catania al 80% di Enna (fig. 1).

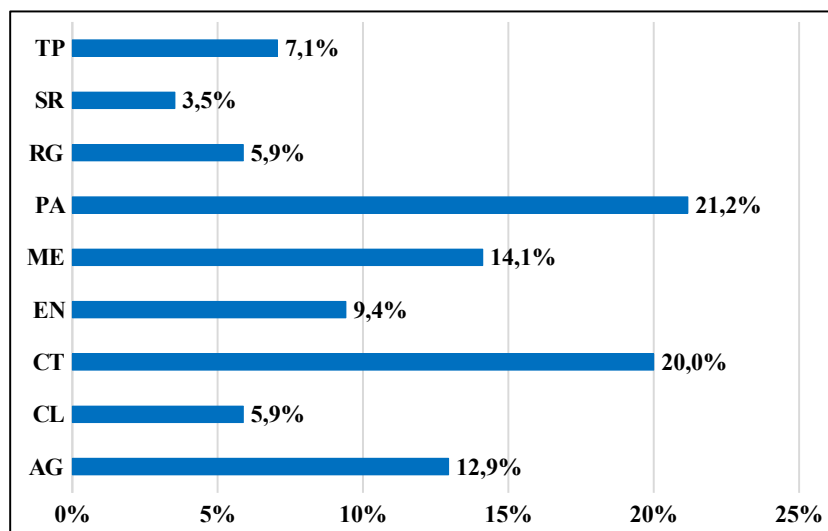


Figura 1. AS partecipanti rispetto agli attesi (%) per provincia del CF.

Nel complesso, l'indagine ha raggiunto 99 CF e 85 AS, che rappresentano il 55,6% e il 57,4%, rispettivamente, delle popolazioni di riferimento. La figura 2 mostra la distribuzione percentuale degli AS partecipanti per sede provinciale del proprio CF.



Figura 2. Distribuzione percentuale degli AS partecipanti per provincia del CF

Gli AS intervistati sono diversamente impegnati nei CF di riferimento, infatti, l'85% circa opera esclusivamente in un solo CF, il 14% circa in due CF e soltanto l'1% è impegnato in tre CF. Il numero di EC in cui operano gli AS partecipanti nei CF intercettati è pari a 95, ovvero

una o più EC erogano i servizi per più di un CF. Infatti, l'88,2% degli AS opera in una sola EC, il 9,4% lavora contemporaneamente in due EC e, infine, il 2,4% in tre.

Con riferimento all'età, l'85,9% degli AS è in età compresa tra i 40 e gli oltre 60 anni, mentre, circa il 14% ha un'età inferiore ai 40 anni. L'anzianità di servizio media è pari a 17,7 anni (sd = 13,8 anni), con una distribuzione degli AS (fig. 3) che suggerisce l'esistenza di due distinti gruppi di anzianità, rispetto ad un valore soglia pari ai dieci anni di servizio.

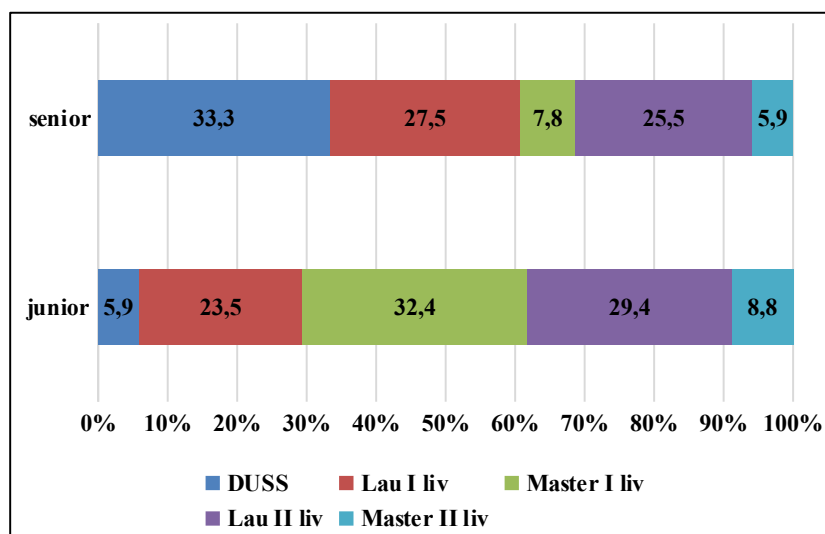


Figura 3. Distribuzione AS secondo l'anzianità di servizio.

Gli AS sono stati classificati in due gruppi:

- *junior*, composto dal 38,8% degli AS, che ha dichiarato un'anzianità di servizio non superiore a 10 anni, il 70% dei quali è in possesso di un livello di istruzione più elevato, ovvero una laurea di II livello o un Master di I o II livello;
- *senior*, composto dal 61,2% degli AS, che ha dichiarato un'anzianità di servizio superiore a 10 anni, il 61% dei quali è in possesso "di base" (DUSS, Laurea triennale) (fig. 4).

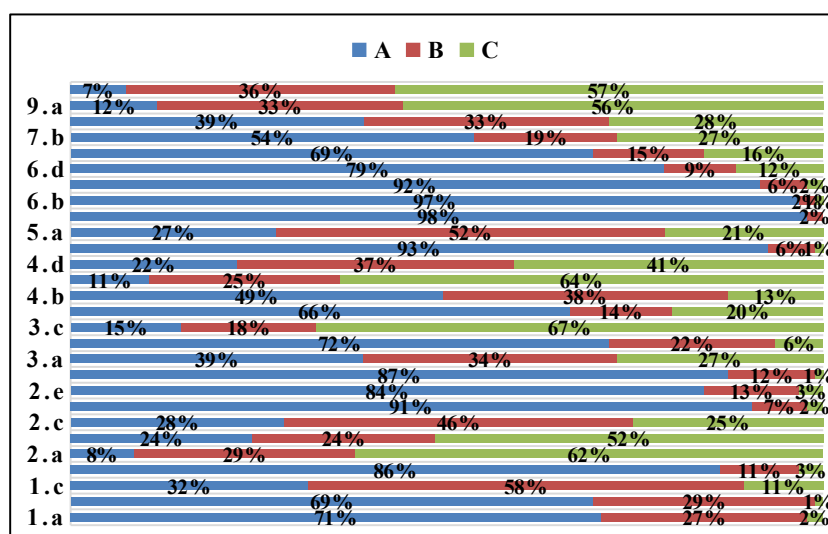


Figura 4. Distribuzione degli AS per livello di istruzione, secondo l'anzianità di servizio.

2.4 Risultati

2.4.1 Il ruolo dell'AS nell'ambito dei CF: tra sé professionale reale e ideale

Qui di seguito presentiamo i risultati delle analisi relative alla dimensione del *sé professionale reale e ideale*, rispetto alle azioni del POMI, rappresentate da 28 item. Agli AS è stato chiesto, per ogni azione, di dichiarare la propria percezione circa il *sé reale*, ovvero se si occupano della data azione (*A*), e il *sé ideale*, ovvero se non se ne occupano, pur ritenendola di propria competenza (*B*) o perché non la ritengono di loro competenza (*C*).

La figura 5 mostra la distribuzione delle dimensioni del *sé professionale reale* (*A*) e *ideale* (*B* e *C*), per ogni azione del POMI.

Rispetto alla dimensione del *sé professionale reale*, osserviamo che quasi tutti gli AS si occupano di azioni tese alla gestione e all'interruzione volontaria della gravidanza (IVG): il 93% è impegnato nell'offrire sostegno sanitario, psicologico e sociale delle minorenni che affrontano la maternità, senza reti familiari/parentali di appoggio, o che intendono affrontare l'IVG, predisponendo la relazione per il giudice tutelare (4.E); il 98% contribuisce a prevenire il ricorso all'IVG offrendo il primo colloquio (6.A); il 97% contribuisce a prevenire il ricorso

all'IVG garantendo supporto psicologico e sociale (6.B); il 92% contribuisce a prevenire il ricorso all'IVG assumendo la presa in carico della donna che richiede l'IVG (6.C); il 79% circa dichiara di offrire interventi finalizzati alla consulenza per la procreazione consapevole post IVG e alla prevenzione del ripetuto ricorso ad essa (6.D).

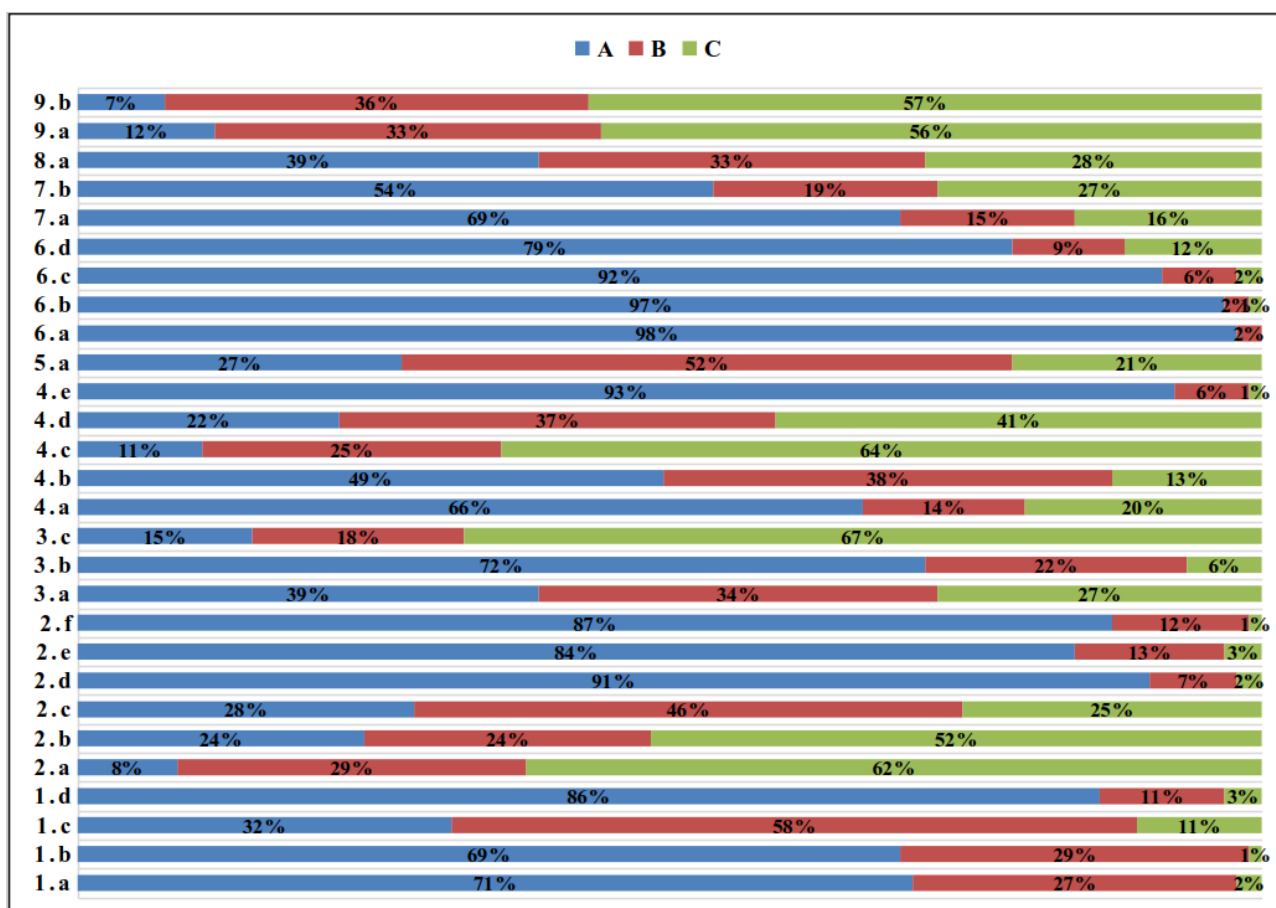


Figura 5. Dimensioni del sé professionale reale (A) e ideale (B e C), secondo le azioni POMI.

Inoltre, il 91% dichiara di offrire supporto al singolo e alla famiglia per superare le difficoltà relazionali (2.D). Altre azioni comunemente svolte da almeno l'80% degli AS intervistati sono la presa in carico dei casi di disagio adolescenziale segnalati (1.D) e la presa in carico delle segnalazioni dell'autorità giudiziaria competente (2.F), garantire i collegamenti con l'autorità giudiziaria per le situazioni più a rischio (2.E). Accanto a queste attività maggiormente consolidate, vi sono altre azioni che, pur riguardando una percentuale significativa di AS, risultano meno diffuse, quali quelle rivolte principalmente all'educazione

alla salute nelle scuole, al supporto agli adolescenti e alle coppie, e alla consulenza per la prevenzione e gli screening sanitari (1.A, 1.B, 3.B; 4.A, 7.A e, infine, 7.B).

Le azioni che la maggior parte degli AS ha dichiarato di non svolgere, pur ritenendole di propria competenza (B), esprimendo la dimensione del *sé ideale*, sono:

- offrire incontri con i genitori per migliorare le competenze degli adolescenti sulle scelte consapevoli (1.C), per il 58% degli AS;
- offrire visite domiciliari, in particolare nei casi di dimissioni precoci o situazioni di rischio sociale (5.A), per il 52% degli AS;
- garantire e fornire informazione e supporto preventivo alle coppie – colloqui prematrimoniali, corsi di preparazione al parto e ruolo genitoriale, sensibilizzare le donne sui comportamenti salutari nella fase post-fertile (3.A, 4.D e 8.A), per il 33-38% circa degli AS.

Invece, le azioni di cui non si occupano perché non le ritengono di propria competenza sono:

- garantire l'offerta attiva a tutte le coppie sull'accertamento di condizioni di rischio per la consulenza genetica e sulla prevenzione immunitaria e non immunitaria (3.C), per il 67% circa degli AS;
- operare in collegamento con i centri di diagnosi prenatale per i casi che lo richiedano (4.C), per il 64% circa degli AS;
- attivare la ricerca e la valutazione dei casi di grave ritardo o evasione vaccinale, anche mediante visite domiciliari (2.A), per il 62% circa degli AS;
- cooperare con i servizi responsabili dei programmi vaccinali per campagne di educazione sanitaria (9.A), per il 56% circa degli AS;
- attivare la ricerca e la valutazione dei casi di grave basso profitto o abbandono scolastico (2.B), per il 52% circa degli AS;
- perseguire e mantenere i contatti permanenti con i reparti ospedalieri in cui le donne andranno a partorire, per favorire l'integrazione tra operatori dei CF e ospedalieri per quanto attiene il percorso nascita (4.D), per il 41% circa degli AS.

Indagando le motivazioni per spiegare il perché gli AS non si occupino di azioni considerate di loro competenza professionale, gli AS intervistati dichiarano di non

occuparsene a causa della errata rappresentazione della professione dell'AS da parte dell'utenza del CF (24%), a causa di una errata percezione della professione da parte dell'EC o alla considerazione del ruolo dell'AS come marginale (20%). Tra gli AS che hanno indicato "altre" motivazioni, la più frequente fa riferimento ad un carico di lavoro eccessivo e sbilanciato.

2.4.2 Valorizzazione del ruolo dell'AS nell'ambito delle EC: partecipazione attiva e simmetrica?

Lo studio ha esplorato come gli AS percepiscono la valorizzazione del proprio ruolo all'interno dell'EC, in termini di partecipazione attiva e simmetrica nell'operatività quotidiana dei CF. L'analisi ha considerato tre dimensioni: la *valorizzazione percepita* (intesa come la percezione sulla valorizzazione del proprio ruolo da parte dell'EC), la *valorizzazione agita* (intesa come la modalità attraverso cui l'AS valorizza il proprio ruolo) e, infine, la *valorizzazione ricevuta* (intesa come la modalità attraverso cui un'EC valorizza il ruolo dell'AS nella sua percezione).

Per brevità, qui di seguito presentiamo soltanto i risultati relativi agli ambiti e alle azioni delle dimensioni indagate, per le quali almeno il 15% degli AS intervistati ha segnalato una percezione di valorizzazione assolutamente o parzialmente insufficiente.

Relativamente alla dimensione *valorizzazione percepita*, circa il 21% degli AS intervistati non si sente parte attiva nella *gestione dei casi clinici*, mentre il 15% non si sente coinvolto nelle *discussioni sui casi clinici*, né considerato alla pari rispetto alle altre figure professionali presenti all'interno dell'EC. In merito alla *valorizzazione agita* il 19% dichiara di *non* esprimere il proprio disappunto o rifiuto qualora gli vengano affidati incarichi non consoni al proprio ruolo, mentre circa il 23% *non* si dichiara disponibile a partecipare come relatore ad eventi divulgativi o formativi nell'ambito delle attività promosse dal CF.

Maggiori criticità emergono in relazione alla *valorizzazione ricevuta* dall'EC: almeno il 20% degli AS segnala che l'EC non considera gli obiettivi e le funzioni che essi possono

svolgere nei casi discussi, né li coinvolge in qualità di relatore negli eventi divulgativi o formativi promossi dal CF; circa il 22% riferisce che funzioni specifiche della professione di AS vengono affidate ad altre figure; infine, il 25% segnala di non ricevere alcuna funzione o incarico di responsabilità.

2.4.3 Funzioni del Servizio Sociale e metodologia di lavoro nell'ambito dei CF

Al fine di rispondere ad uno degli obiettivi posti in questo studio è stato indagato quali *funzioni* del mandato del servizio sociale sono svolte dall'AS nell'ambito della sua attività nei CF.

La quasi totalità degli AS (con percentuali oltre il 90%) dichiara di svolgere funzioni di:

- *front office* del servizio, avvio della presa in carico, *case management* e guida relazionale (inteso come il coordinamento del “set di aiuto” attivato attorno alla situazione problematica);
- informazione ai singoli e alle comunità sui loro diritti e sui servizi offerti dal CF, nonché sulle modalità di funzionamento ed accesso a questi;
- stesura e raccolta di documentazione (*cartella sociale*) delle problematiche degli utenti;
- fornire supporto e tutela (*advocacy*) agli utenti, assicurando i loro diritti e il loro ruolo sociale.

Altre funzioni frequentemente svolte, anche se in misura minore, sono:

- raccolta dati sulle problematiche e sulle esigenze dei cittadini, sui casi trattati e gli interventi effettuati, nonché sulla tipologia e adeguatezza delle risorse del servizio;
- interventi specialistici in situazioni di particolare complessità (ad es. con famiglie multiproblematiche o abusanti);
- mediazione nelle situazioni di conflittualità interpersonale.

Soltanto poco più del 50% degli AS dichiara di occuparsi di funzioni quali: la programmazione zonale per contribuire alla creazione di un sistema integrato di servizi e

interventi e il coinvolgimento della comunità nella realizzazione di programmi di sensibilizzazione e informazione.

Alcune funzioni appaiono, infine, residuali, coinvolgendo una percentuale molto bassa di AS, (compresa tra il 23% ed il 33%). Si tratta principalmente di attività di carattere formativo e di ricerca, tra cui: la supervisione didattica dei tirocini professionali; la collaborazione con osservatori provinciali per la promozione di studi e ricerche sui fenomeni sociali e l'avvio di analisi sulla qualità percepita degli interventi e dei servizi.

Infine, lo studio ha approfondito la *metodologia di lavoro* adottata dagli AS nei CF, con particolare attenzione alle *tecniche* che possono utilizzare più frequentemente. Almeno il 90% circa degli AS ha dichiarato di potere ricorrere a tecniche quali: l'accoglienza e il primo colloquio; la consulenza sociale al singolo e alla coppia; l'indagine psico-sociale e il lavoro con le reti primarie e secondarie. Il 70% circa ha dichiarato meno praticabili la mediazione e la gestione di gruppi formativi e informativi. Tra questi, il 30% circa dichiara di non poterle utilizzare, perché affidate dall'EC ad altre figure professionali, mentre il 21% dichiara di non sentirsi adeguatamente preparato per poterle utilizzare. Altre motivazioni indicate dagli AS sono l'eccessivo carico di lavoro e la mancanza di spazi adeguati ad attività di gruppo.

3. Discussione

Lo studio ha analizzato l'operatività dell'AS nei CF siciliani, considerando l'investimento di questo servizio pubblico sull'approccio multidisciplinare e sul lavoro di équipe. In questa cornice e in relazione alle domande di ricerca poste in introduzione, riepiloghiamo i risultati ottenuti attraverso due nodi concettuali e operativi: rappresentazione del sé professionale reale e ideale in relazione ai mandati professionale del Servizio sociale e istituzionale dei CF e partecipazione attiva e simmetrica all'interno dell'EC.

In merito alla rappresentazione del sé professionale reale con riferimento al mandato istituzionale dei CF i risultati mostrano che l'operatività degli AS intervistati non rispetta pienamente il mandato. Nella maggior parte dei casi la loro prassi operativa investe le tre aree

di intervento di un CF (tutela della salute della donna globalmente intesa e nell'arco dell'intera vita, tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza, tutela delle relazioni di coppia e familiari), dato che si pone in linea con l'operato dei CF nell'area SUD della penisola (Lauria *et al.*, 2019); tuttavia, osserviamo una centratura maggiore soltanto su alcune azioni del POMI, quali gestione dell'IVG, procreazione consapevole post IVG e per la prevenzione del ripetuto ricorso ad essa, supporto al singolo e alla famiglia per superare le difficoltà relazionali, presa in carico dei casi di disagio adolescenziale segnalati e la presa in carico delle segnalazioni dell'autorità giudiziaria competente. Il sé professionale reale degli AS intervistati appare più orientato ad azioni di prevenzione secondaria, rispondendo al disagio conclamato, e meno orientato ad azioni di tutela e prevenzione primaria, finalizzate a prevenire l'insorgenza del disagio e a promuovere il benessere, come previsto dalla connotazione originaria dei CF (Lantieri e Drogo, 2022).

Il sé professionale ideale restituisce un quadro articolato, le cui criticità sembrano rinviare a un cortocircuito tra mandato sociale e mandato istituzionale: una quota consistente di AS considera di propria competenza azioni che tuttavia non svolge, a causa di criticità legate ad una rappresentazione errata della professione da parte dell'*utenza* del CF, ad una percezione errata da parte dell'EC, che considererebbe il ruolo dell'AS marginale, e ad un carico di lavoro eccessivo e sbilanciato. Questo cortocircuito coinvolge anche il mandato professionale, poiché alcuni AS intervistati dichiarano di non poter utilizzare le tecniche della mediazione e della gestione dei gruppi formativi e informativi, perché dichiarano che sono conferite dall'EC ad altre figure professionali, di non sentirsi adeguatamente preparati al loro impiego, nonché a causa dell'eccessivo carico di lavoro e della mancanza di spazi adeguati ad attività di gruppo. Tali elementi – sebbene in misura non preponderante rispetto alla totalità degli intervistati – sembrano minare quella interazione tra i tre mandati (professionale, istituzionale, sociale) della professione che, invece, Bartolomei e Passera considerano fondamentale per generare circuiti virtuosi verso il cambiamento (2000).

In aggiunta, più della metà degli intervistati non ritiene di propria competenza professionale alcune azioni, quali consulenza genetica, vaccini, collegamenti con reparti ospedalieri. Poiché il POMI non definisce obiettivi e azioni specifiche in relazione alle figure

professionali operanti nei CF, le attese di ruolo espresse dagli AS intervistati – non sempre condivise in modo unanime – sembrano riflettere una diversa interpretazione del proprio mandato istituzionale. A livello regionale, ciò si traduce in una definizione disomogenea dell’obiettivo e del ruolo professionale, che – come segnalato dal documento dell’Ordine degli Assistenti Sociali lombardi (2009) – può esporre i professionisti a una condizione di debolezza. Gli elementi appena evidenziati richiamano, inoltre, quella che Ziliani e Rovai (2023) hanno definito “una interpretazione del ruolo”. Nel contesto regionale siciliano, ciò si traduce in una disomogeneità dell’offerta del servizio sociale professionale nei CF, dinamica che appare in continuità con una criticità già segnalata dal documento CGIL (2024), che ha evidenziato a livello nazionale la presenza di differenze significative nelle prestazioni offerte dai CF.

Lo studio non ha indagato le motivazioni che portano gli AS intervistati a non considerare di propria competenza alcune azioni del POMI e questo suggerisce la necessità di ulteriori indagini in molteplici direzioni conoscitive, ad esempio in merito alla definizione di salute da loro assunta, alla presenza e alla declinazione dei diversi servizi territoriali e del loro livello di raccordo. L’accento sul raccordo tra diversi servizi territoriali si rafforza osservando i risultati sulla rappresentazione del sé professionale reale con riferimento al mandato professionale: sorprende osservare che – a fronte della quasi totalità degli AS intervistati che svolge funzioni di *front office*, avvio della presa in carico, *case management*, informazione sui servizi offerti dai CF nonché sulle loro modalità di accesso, e di *advocacy* agli utenti – soltanto poco più della metà degli AS dichiara di occuparsi di programmazione zonale per contribuire alla creazione di un sistema integrato di servizi e interventi e di coinvolgimento della comunità nella realizzazione di programmi di sensibilizzazione e informazione. Questo dato evidenzia che sembrano permanere criticità in merito alla piena realizzazione dell’integrazione sanitaria e sociale, come già evidenziato nel Rapporto ISTISAN 2018-2019 che individuava la Sicilia come una delle regioni italiane “con livelli di integrazione sanitaria e sociale inferiori alla media” (Lauria *et al.*, 2022a, p. 26); inoltre, sembra porsi in linea con quanto evidenziato dal documento dell’ASP di Ragusa (Lantieri e Drogo, 2022) circa una odierna scorretta connotazione del CF: centro ambulatoriale, anziché servizio di prossimità.

In merito alla valorizzazione del ruolo dell'AS nell'ambito dell'EC i risultati evidenziano, in alcuni casi, una partecipazione non attiva e non simmetrica. Da un lato, gli AS dichiarano di non sentirsi pienamente coinvolti nella *gestione* e nella *discussione dei casi clinici*, né riconosciuti come professionisti alla pari rispetto ad altre figure. Dall'altro, segnalano una limitata considerazione del loro apporto da parte dell'EC, che talvolta assegna funzioni specifiche dell'AS ad altri professionisti. Tale percezione si estende anche al mancato coinvolgimento in attività di comunicazione esterna e all'assenza di incarichi di responsabilità. In alcuni casi, inoltre, sono gli stessi AS che non valorizzano il proprio ruolo, dichiarando di non opporsi se vengono affidati loro incarichi non pertinenti e di non voler partecipare attivamente a eventi di comunicazione verso l'esterno. Questi risultati – sebbene riguardino soltanto una parte degli AS intervistati – indicano l'assenza di una prassi operativa che richiederebbe, come evidenziato dal documento dell'ASP di Ragusa (Lantieri e Drogo, 2022), un lavoro d'équipe realmente interconnesso, fondato su un'ottica dialogica e che lavori per obiettivi comuni. Inoltre, le criticità osservate si allineano a quelle che, come osserva Folgheraiter (2019.), caratterizzano in generale l'attività dell'assistente sociale nel sistema di welfare, soprattutto in riferimento alla collaborazione inter-professionale e, in modo particolare, a quella socio-sanitaria.

Infine, un dato trasversale merita attenzione: uno scarso livello di partecipazione degli AS, pari a poco più della metà rispetto alla percentuale di partecipanti attesa. Questo dato sembra rivelare una scarsa riflessività e autonomia professionale degli AS, espressa in alcuni casi con il voler partecipare alla ricerca soltanto se autorizzati dal Dirigente del servizio, nonostante la garanzia di anonimato della rilevazione. In altre parole, riteniamo che la mancata partecipazione di una parte significativa degli AS impegnati nei CF siciliani esprima una scarsa disponibilità a interrogare le proprie pratiche e la propria visione sul sé professionale. Tale atteggiamento potrebbe essere ricondotto all'assenza di riflessività critica, intesa come «un processo, messo in atto dai professionisti, di comprensione degli assunti che governano le proprie pratiche», di interrogazione della pratica per «riconsiderare visioni e modi di pensare dati per scontati», e di «messa in discussione delle dimensioni di potere» e del loro impatto nei servizi, processo che nell'ottica di Fargion può connotare non la dimensione individuale e

personale di un operatore, ma la comunità professionale di servizio sociale (2013, pp. 36-37).

4. Conclusioni

La riflessione proposta ha avuto l'obiettivo di analizzare come gli AS, attraverso il loro operato nei CF pubblici siciliani, contribuiscono a dare forma al sistema di welfare e organizzativo che rappresentano. Lo studio ha evidenziato una rappresentazione del sé professionale *reale* e *ideale* dell'AS impiegato nei CF che potrebbe essere definita *composita*: in alcuni casi l'operatività non rispetta pienamente né il mandato professionale, né quello istituzionale dei CF, evidenziando una certa "interpretazione" del ruolo. Tale rappresentazione – mostrando come gli AS contribuiscono a dare forma a un sistema di welfare – suggerisce al contempo l'esistenza di un sistema non organico e non funzionalmente unitario.

Il lavoro ha, inoltre, evidenziato le difficoltà nella relazione interprofessionale, sottolineando la necessità di superare la concezione della semplice somma di competenze e di favorire processi dialogici che includano il livello delle reti tra professionisti, e di superare rigidità e dicotomizzazioni (Folgheraiter, p. 195) per favorire l'integrazione socio-sanitaria e la corresponsabilità. Del resto, con Cesareo (2017), i principi che ispirano il lavoro degli assistenti sociali sul campo renderebbero il Servizio sociale coerente con gli elementi cardine del Welfare Responsabile, tra cui ricordiamo l'integrazione condivisa e l'adozione della logica dell'*et-et*, contrapponendola a quella dell'*aut-aut*.

Infine, lo studio solleva ulteriori domande di ricerca che potrebbero integrare la rappresentazione del sé professionale ricostruita, in particolare in merito alle motivazioni che spingono gli AS a non svolgere alcune azioni. Si pone pertanto la necessità di indagare, ad esempio, se gli AS pensano che alcune azioni non siano di loro competenza perché a finalizzazione prettamente sanitaria, se escludono a riguardo anche una funzione di orientamento a servizi dedicati, una presa in carico congiunta del disagio da parte di diversi servizi territoriali e, ancora, azioni congiunte da parte di diversi servizi territoriali nell'ottica della prevenzione primaria del disagio.

Auspichiamo che questo lavoro possa contribuire alla riflessione sul futuro dei consultori familiari a livello nazionale e su come rendere attuale ed efficace questo servizio pubblico, spesso riformato negli anni senza una logica programmatoria e in direzione peggiorativa (Lodi Rizzini, 2024; Pileri, 2024). In particolare, pensiamo che il nostro contributo possa suggerire di aggiornare uno dei «7 punti di Roma» – documento alla base del Primo rapporto sull'organizzazione e le attività dei consultori familiari pubblici in Italia (Ministero della Salute, 2008; Orlandella, 2010) – ovvero realizzare una «Verifica rigorosa dello stato di applicazione del P.O.M.I.». Tale verifica, secondo la nostra visione e in linea con il monito dell'ASP di Ragusa (Lantieri e Drogo, 2022), dovrebbe porre particolare attenzione all'approccio multidisciplinare e al lavoro d'équipe, concepiti in un'ottica dialogica e orientata a obiettivi comuni (vs prestazionale), in grado di rispondere a bisogni complessi di tutela della salute, intesa come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità» (WHO, 1948, trad. nostra). Infine, auspichiamo che quanto emerso possa contribuire allo sviluppo continuo della comunità professionale di servizio sociale, promuovendo un agire professionale riflessivo. Come sottolinea Fargion (2013), «l'assistente sociale non può “chiamarsi fuori” da qualsiasi scenario egli costruisca, nella consapevolezza che nel momento in cui produce un'interpretazione della realtà già agisce su di essa» (p. 31), e questo costituisce «la base per una capacità di dialogo della professione con altri soggetti sociali» (p. 37).

Bibliografia

- Bartolomei A., Passera A.L. (2000). *L'assistente sociale: manuale di servizio sociale professionale*. Verona: CieRre.
- Cesareo V. (2017). Per un welfare responsabile. In Cesareo V., a cura di, *Welfare responsabile*. Milano: Vita e Pensiero.
- CGIL – Area Stato Sociale e Diritti (2024). *I consultori familiari in Italia*. Roma: CGIL. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://files.cgil.it/version/c:ZDBkN2ZjMDEtOGM3My00:>

ZWVKNTRjMGEtMzhMy00/Consultori%20Familiari%20in%20Italia%20-%20ottobre%202024.pdf (15/9/2025).

- Fargion S. (2013). *Il metodo del servizio sociale. Riflessioni, casi e ricerche*. Roma: Carocci Faber.
- Folgheraiter F. (2019). Il welfare responsabile per la promozione del benessere delle persone e delle comunità. In Cesareo V., Pavesi N., a cura di, *Il welfare responsabile alla prova. Una proposta per la società italiana*. Milano: Vita e Pensiero.
- Gallina M. (2020). L'assistente sociale e le separazioni difficili. In Mollica L., a cura di, *Un figlio è per sempre. Riflessioni sulla tutela della continuità degli affetti*. Milano-Roma: FrancoAngeli.
- Grandolfo M. (2002). *I consultori familiari tra innovazione e tradizione. Vecchi e nuovi compiti istituzionali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.epicentro.iss.it/consultori/pdf/consultori.pdf> (19/9/2025).
- Guidi P., Kroll C., Mordegia S., Scaramuzzino R. (2020). *Gli assistenti sociali in Italia: uno sguardo sulla professione che cambia. Report della ricerca sulle opinioni degli assistenti sociali italiani*. Lund: Lund University. Testo disponibile all'indirizzo web: https://portal.research.lu.se/files/79477015/REPORT_Guidi_etal_2020.pdf (29/9/2025).
- Lantieri R., Drogo L. (2022). *L'assetto organizzativo dei consultori familiari dell'ASP di Ragusa. Manuale d'uso*. Ragusa: ASP7. Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.asp.rg.it/images/PDF/consultorio_familiare/I_consultori_familiari_compress ed.pdf (18/9/2025).
- Lauria L., Lega I., Pizzi E., Bortolus R., Battilomo S., Donati S. (2019). *I consultori familiari a 40 anni dalla loro nascita, tra passato, presente e futuro. Sintesi dei risultati*. Roma: CCM – ISS – Ministero della Salute. Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.epicentro.iss.it/consultori/pdf/sintesi-risultati-12_12_19.pdf (19/9/2025).
- Lauria L., Lega I., Pizzi E., Bortolus R., Battilomo S., Tamburini C., Donati S. (2022a). *Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Risultati generali*. Rapporti ISTISAN 22/16, Pt. 1. Roma: Istituto Superiore di Sanità. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.iss.it/documents/20126/6682486/22-16+pt+1+web.pdf/649d7a13-4202->

8500-fe0f-4ac181f823c8 (11/9/2025).

- Lauria L., Lega I., Pizzi E., Bortolus R., Battilomo S., Tamburini C., Donati S. (2022b). *Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Approfondimenti a livello regionale*. Rapporti ISTISAN 22/16, Pt. 2. Roma: Istituto Superiore di Sanità. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.iss.it/documents/20126/6682486/22-16+pt+2+web.pdf/701dc441-0749-679d-3261-537c06e25bac> (11/9/2025).
- Lodi Rizzini C. (2024). Quale futuro per i consultori familiari? In *Percorsi di secondo welfare*, 6 maggio. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/sanita/quale-futuro-per-i-consultori-familiari> (12/9/2025).
- Ministero della Salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione-Direzione generale della prevenzione della prevenzione sanitaria Ufficio X (2010). *Organizzazione e Attività dei Consultori Familiari pubblici in Italia - Anno 2008*. Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_publicazioni_1406_allegato.pdf (21/09/2025).
- Ordine Assistenti Sociali Regione Lombardia (2009). *L'assistente sociale nel consultorio familiare. Uno sguardo sulla Lombardia*. Milano: Ordine Assistenti Sociali Regione Lombardia. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://ordineaslombardia.it/wp-content/uploads/2024/03/Lassistente-sociale-nel-consultorio-familiare.pdf> (21/9/2025).
- Orlandella M. (2010). Un database indispensabile per un confronto tra le diverse realtà regionali. *Gyneco AOGOI*, 10: 26. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.aogoi.it/media/3030/p26.pdf> (21/9/2025).
- Pieroni S., Dal Pra Ponticelli M. (2005). *Introduzione al servizio sociale. Storia, principi e deontologia*. Roma: Carocci.
- Pileri P. (2024). Verso un nuovo modello di cura: il posto dei consultori familiari. *RETE ZERO-SEI*, Save the Children. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://retezerosei.savethechildren.it/approfondimenti/diritto-salute/verso-un-nuovo-modello-di-cura-il-posto-dei-consultori-familiari> (15/9/2025).
- Raineri M.L., Corradini F. (2022). *Linee guida e procedure di servizio sociale. Manuale ragionato per lo studio e la consultazione*. Trento-Roma: Erickson.

- Vener C., Porta L. (2020). Lasciarsi in pace. In Cavina C., Fumasoni E., Porta L., a cura di, *Il consultorio familiare c'è. Esperienze, strumenti concettuali e operatività*. Milano-Roma: FrancoAngeli.
- WHO - World Health Organization (1948). *Constitution*. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.who.int/about/governance/constitution> (20/09/2025).
- Zilianti A., Rovai B. (2023). *Assistenti sociali professionisti. Metodi, tecniche e strumenti*. Roma: Carocci.