

# *proposta*



3 - MI CHIAMO MARCO E CERCO IL SOLE  
 .....  
 5 - INFANZIA E SALUTE MENTALE  
 .....  
 7 - PSICHIATRIA: LA LEGGE BASAGLIA E' ATTUATA?  
 .....  
 8 - TI REGALERO' UNA ROSA  
 .....  
 9 - L'EVOLUZIONE DEL CONTESTO  
 MANICOMIALE VOLTERRANO DEGLI ANNI '70  
 .....  
 12 - AGAPE PER LA SALUTE MENTALE  
 .....  
 14 - MINORI, FAMIGLIA E SERVIZI  
 .....  
 15 - PELLEGRINO NELLA CITTÀ CHE VIVE  
 .....  
 16 - I CERCATORI DI ARCOBALENO  
 .....  
 17 - NEL CONTRATTO A TERMINE  
 PER SOSTITUZIONE E' NECESSARIA  
 L'INDICAZIONE DEL SOSTITUITO  
 .....  
 - L'ULTIMA DELLA CASSAZIONE SUI CONTRATTI  
 A TERMINE  
 .....  
 18 - VOUCHER LAVORO  
 .....  
 19 - NORME GIURIDICHE - GIURISPRUDENZA -  
 CONSULENZA  
 .....  
 24 - COLPO D'ALA: DODICI REGOLE.  
 .....

Foto di copertina di Jannette Libera: disegni realizzati dagli alunni dell'Istituto "A. M. Gianelli" di Roma



nuova  
**proposta**

## QUOTE ISCRIZIONE UNEBA 2010

Le quote di iscrizione nazionali sono rimaste invariate rispetto al 2009.

### QUOTE NAZIONALI

Valide per Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna

• Scuole materne,	euro 50
• Istituti fino a 50 assistiti,	euro 120
• Istituti da 50 a 100 assistiti,	euro 150
• Istituti da 100 a 200 assistiti,	euro 250
• Istituti con oltre 200 assistiti,	euro 300
• Sostenitori,	euro 600

Le quote possono essere versate con una di queste modalità:

- sul conto corrente postale 18680009 intestato a Uneba - Via Mirandola 15- 00182 Roma, utilizzando bollettini postali
- sul conto corrente postale: codice Iban: IT 45 Z 07601 03200 000018680009
- sul conto corrente bancario 90490/97 presso Banca Intesa Sanpaolo, ag.113 di Roma, intestato a Uneba. Codice Iban: IT 68 R 03069 05041 000009049097

Si raccomanda, al momento del pagamento di specificare città e provincia in cui ha sede il vostro ente che rinnova la quota, per evitare disguidi dovuti a casi di omonimia.

# MI CHIAMO MARCO E CERCO IL SOLE

*Echi dalla città del disagio mentale*

di Antonella Patete

**D**ove un tempo c'erano orfani e ragazzi poveri, oggi ci sono minori con problemi di sofferenza psichica. Negli ultimi venti anni è cambiato il volto delle comunità familiari di Roma e del Lazio: attualmente la maggior parte degli ospiti è costituita dai cosiddetti "ragazzi difficili", quelli che la letteratura scientifica definisce "al limite" oppure "border line". Giovani che il più delle volte arrivano in comunità senza una diagnosi e che, con il loro comportamento fuori dagli schemi, mettono a dura prova operatori e volontari. Ma se è difficile dare un nome al loro malessere, è però certo che presentano sintomi da "curare"

nelle cause piuttosto che da "rieducare" negli effetti. "Il nostro lavoro in questi anni è stato quello di uscire dall'approccio esclusivamente educativo e rieducativo per ragionare sulle caratteristiche proprie dei minori che arrivano in comunità", spiega Gianni Fulvi, presidente dell'Unione delle comunità di tipo familiare di Roma e del Lazio, che nel mese di febbraio si sono riunite a convegno nella

Capitale. Obiettivo dell'incontro quello di fare il punto sulle nuove sfide che il cambiamento sociale impone: concentrarsi meno sugli aspetti assistenziali e più su quelli della sofferenza psichica e della relazione. "Oggi nelle nostre comunità", prosegue Fulvi, "ci sono meno ragazzi che hanno perso i genitori o provenienti da situazioni di indigenza e più minori con forti deprivazioni affettive". Un aspetto, quest'ultimo, che ha costretto le comunità a ripensarsi. "Nel corso degli anni abbiamo assistito a comportamenti sempre più complessi che presentano sintomi di forte aggressività o di rifiuto", racconta il presidente, ricordando come la prima reazione da parte delle comunità sia stata quella di realizzare strutture sempre più piccole, che ricreassero un ambiente più familiare e somigliassero sempre meno agli istituti. "Però è stata necessaria anche una crescita formativa da parte della comunità e

un collegamento con il cosiddetto mondo *psi*: psicologia, psichiatria e psicoanalisi".

## SOFFERENTI PSICHICI SEMPRE PIÙ GIOVANI.

Ma chi sono oggi i nuovi ospiti? "Circa il 25% dei minori accolti è composto da adolescenti e pre-adolescenti provenienti da affidi e adozioni nazionali e internazionali", risponde Fulvi. "C'è un errore a monte: il non aver valutato bene il grado di sofferenza di questi minori e l'aver pensato che, una volta inseriti in un contesto familiare, potessero magicamente guarire". Nel corso degli anni, inoltre, l'età media delle prime manifestazioni di scompensi psicologici si è notevolmente abbassata. A metterlo in rilievo è il neuropsichiatria infantile, Rocco Farruggia, intervenuto anche lui al convegno delle comunità familiari. "Negli ultimi dieci anni l'età media è scesa tra i 12 e i 13 anni" spiega Farruggia. "Le conoscenze attuali ci spingono ad avere come obiettivo preventivo un intervento sulla fascia di età 6-12 anni". Quanto alle comunità, sembra ormai acclarata la necessità di un intervento a sostegno della sofferenza psichica. "Le comunità devono affrontare sempre più problemi di sofferenza psicopatologica, che non richiedono solo un intervento di tipo educativo", spiega il neuropsichiatra infantile, che è anche responsabile del Centro diurno terapeutico per adolescenti della Asl Rm A. "I ragazzi a volte hanno crisi acute", conclude Farruggia, "che richiedono ricoveri o percorsi di cura in strutture psichiatriche diurne, dove il programma educativo si integra con gli interventi terapeutici".

## L'INSIDIA DELLE CARENZE AFFETTIVE.

Che ci sia un aumento della sofferenza psichica da parte dei ragazzi, e dei minori in particolare, è poi confermato anche da alcuni studi recenti. Alla fine di gennaio il "Rapporto Italia 2010" dell'Eurispes ha messo in luce come sia cresciuto l'uso di psicofarmaci da parte dei teenager italiani. Secondo l'istituto di ricerca,



nuova  
**proposta**

infatti, è aumentato il consumo di sedativi e tranquillanti da parte degli studenti italiani che hanno tra i 15 e i 16 anni di età. In particolare, l'uso di farmaci psicoattivi tra i giovanissimi del nostro Paese è significativamente più alto che nel resto d'Europa: 6% contro il nostro 10%, che nel caso delle ragazze arriva addirittura al 13%. Dati altrettanto sconsolanti arrivano dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), che delinea uno scenario allarmante: secondo l'Oms la disabilità psichica nei giovani è destinata ad aumentare e nel 2020 un ragazzo su cinque soffrirà di disturbi mentali. Sempre secondo l'Organizzazione mondiale della sanità il suicidio rappresenterebbe la terza causa di morte in età adolescenziale e tra le prime trenta cause di mortalità prematura rientrerebbero ben cinque patologie psichiatriche.

Una ricerca condotta su 9mila ex minori accolti nelle case famiglia nell'arco degli ultimi trenta anni, pubblicata sulla rivista *Adolescenza e psicoanalisi* nel 2007, ha indagato sui profili dei ragazzi che hanno vissuto fuori dalla famiglia e su cosa è avvenuto a distanza di anni. Ebbene, la ricerca mette in luce come l'88% degli ospiti presentasse un'organizzazione della personalità *borderline*. Ma soltanto nel 22% dei casi la diagnosi di organizzazione borderline emergeva nel momento della richiesta di inserimento in comunità. Nel restante 78% dei casi, infatti, questa richiesta si connetteva a sintomi o difficoltà di altro tipo, tra cui disturbo di apprendimento, condotta antisociale e aggressività. Inoltre, più dell'85% dei minori non aveva bisogno di essere seguito a causa di deficit educativi o comportamentali o di patologie neurologiche o psicomotorie, ma presentava una sofferenza mentale derivante da carenze affettive.

### PROVARE E PROVARE ANCORA.

La seconda parte della ricerca si concentra, invece, sulla possibilità di costruirsi una vita serena da parte dei cosiddetti minori "al limite" ospitati nelle case famiglia. Secondo i dati raccolti nel corso della rilevazione, dunque, il 68% dei minori accolti ha effettivamente raggiunto dei miglioramenti degni di nota, anche se nel 76% dei casi la famiglia adottiva, affidataria o di origine non è stata in grado di supportare il minore e nel 92% il risultato scolastico non è risultato adeguato. Infine, dove i ragazzi sono stati accolti in età precoce o tenuti oltre l'avvento della maggiore età, il rendimento del lavoro ha registrato un incremento di circa il 78%.

Insomma, i dati, gli esperti e l'esperienza degli operatori concordano sul fatto che se crescere fuori dalla famiglia non è di per sé facile, diventa ancora più complicato quando i ragazzi presentano problemi di sofferenza psichica. E questo, purtroppo, è piuttosto frequente. Da questo punto di vista la storia di Marco, presentata nel corso dell'incontro dell'Unione delle comunità familiari di Roma e del Lazio, è esemplare. Il ragazzo, che arriva in comunità all'età di dodici anni, presenta una serie di difficoltà di tipo sia neurologico che familiare e sociale. Ha problemi di apprendimento caratterizzati da disturbo dell'attenzione, difficoltà di organizzazione spaziotemporale, dislessia e discalculia. Inoltre non sa scendere le scale da solo, non sa leggere l'orologio, spesso non riesce a raggiungere il bagno in tempo ed è convinto che gli restano appena quattro anni di vita. Anche il rapporto con la famiglia e con la madre in particolare è tutt'altro che semplice. Quest'ultima risulta, infatti, affetta da sindrome di Monkhausen su procura: è cioè convinta che suo figlio abbia malattie incurabili e lo fa ricoverare in continuazione con ogni possibile scusa.

Col passare del tempo, e grazie anche all'impegno degli operatori che lo seguono, Marco riesce a conquistare un difficile equilibrio: smette di prendere i farmaci antiepilettici, frequenta l'Istituto alberghiero e porta a termine con successo gli stage formativi proposti dalla scuola. Tuttavia, al compimento del diciottesimo anno di età, contro il parere degli operatori, Marco risponde al "legame del sangue" e torna a vivere con la madre. Per un pezzo gli operatori hanno sue notizie soltanto tramite i volontari che continuano a sentirlo. Poi, a un certo punto, il ragazzo riprende a frequentare la comunità dove si reca a cena ogni lunedì sera. Ma la sua situazione psicologica è cambiata e i progressi così faticosamente raggiunti quasi completamente annullati: Marco non ha preso il diploma perché gli risulta impossibile raggiungere la scuola in tempo, non riesce a tenere un lavoro più a lungo del periodo di prova perché le sue difficoltà psicologiche si sono riacutizzate e ha ricominciato a prendere farmaci antiepilettici. Morale della favola: con un ragazzo al limite anche il lavoro delle comunità si muove su un crinale scivoloso in cui successo e insuccesso appaiono non solo vicini, ma addirittura contigui. Come dire: maggiore è la sofferenza, maggiori sono le difficoltà di aiutare un ragazzo a ritrovare un equilibrio. Gli operatori lo sanno, ma sanno anche che il loro dovere è continuare a provare. E cercare sempre nuovi modi per disegnare un futuro se non proprio roseo, il più possibile accettabile e sereno.



nuova  
**proposta**

# INFANZIA E SALUTE MENTALE

di Maria Cristina Mambelli \*

I periodi di crisi e sofferenza di una società intera, come questo che stiamo vivendo da alcuni anni e non solo in Italia, hanno portato spesso con sé attenzioni e riflessioni particolari sulla salute mentale della popolazione, secondo un duplice e antitetico punto di vista: da un lato l'osservazione del crescere della sofferenza psichica delle persone, non di rado caratterizzata da comportamenti esasperati, che impone protezione, cura, attivazione di un'ampia rete di servizi competenti e di una comunità in senso solidale e supportivo; dall'altro il bisogno difensivo dalla sofferenza psichica, di cui viene percepito maggiormente l'aspetto della diversità, dell'incontrollabilità, finanche della pericolosità, in cui è la comunità intera a sentirsi minacciata, con la necessità di contenere, relegare, nascondere. Il dibattito nazionale e regionale sulla salute mentale da anni, con alterne vicende, cerca di costruire un sistema coerente e organizzato che integri le due necessità, la cura, la garanzia e la protezione del malato psichico, ma anche il sostegno della sua famiglia e del suo ambiente di vita più ampio, proprio a tutela del suo percorso di cura e della globalità e della salute della sua persona intera.

La salute mentale dei bambini e dei ragazzi ha visto e vede percorsi più tortuosi e altalenanti, assimilata e giustapposta alla salute mentale degli adulti, con tutta la pericolosità di diagnosi che etichettano e imprigionano senza prospettive, o dimenticata e negata, anche nei finanziamenti, relegata a mera conseguenza di sofferenze e disagi d'altri, famiglia o ambiente, privata allora di quella specificità e particolarità che, sola, può garantire cure e servizi appropriati.

E' importante non assimilare in modo equivalente la salute mentale all'assenza di patologia psichica: la prima pertiene ad un concetto ampio, che fa riferimento al concetto di salute già delineato dall'Organizzazione

Mondiale della Sanità, non più come assenza di malattia, ma come condizione globale di benessere dell'individuo intero, che riguarda tutti gli ambiti della sua vita; la seconda, nello specifico, si riferisce alla presenza o al rischio di psico-patologie, anche gravi.

Nell'un caso e nell'altro, nello specifico dell'infanzia, è imprescindibile un'attenzione ed un lavoro che muovano su tutti gli ambiti di crescita del bambino e dell'adolescente, la sua famiglia e il suo ambiente allargato, così come sull'insieme dei diversi ambiti dello sviluppo e sulle loro interrelazioni.

Non è possibile quindi distinguere e disgiungere le azioni e gli interventi a tutela della salute mentale dell'infanzia, se non ricollocandoli e rileggendoli continuamente in relazione alle opportunità evolutive e di sviluppo del bambino, che vanno individuate, valorizzate e supportate costantemente, pena il fallimento di ogni intervento di cura anche di per sé appropriato.

Così pure non si può far riferimento alla salute mentale dell'infanzia, senza conoscere, valutare e sostenere la salute mentale, ampiamente intesa, dei suoi genitori e della comunità in cui tutti vivono.

**Ecco che allora parlare di salute mentale non significa soltanto pensare, predisporre, dotare congruentemente, in modo omogeneo, i servizi che di questo specificamente si occupano, ma significa definire politiche ampie ed integrate di intervento che operino per sostenere la vita e le relazioni del sistema familiare e comunitario di cui è parte anche il bambino.**

Ciò significa perseguire costantemente, consapevolmente, programmaticamente nel tempo tutto un insieme di azioni, investimenti, opportunità che muovano coerentemente verso la strutturazione di personalità equilibrate, flessibili, aperte, in cui sostene-



nuova  
proposta

re il benessere e la felicità della persona singola equivale a costruire società più accoglienti, più affettive, più creative, più solidali.

Secondo questa prospettiva, che non perde mai di vista l'essere umano inteso nella sua interezza e il dialogo costante tra le sue molteplici e specifiche parti, dovrebbe esistere, ai diversi livelli e responsabilità politiche e sociali, una consapevolezza ed un rispetto protettivo verso l'infanzia, con un'attenzione mirata alla crescita delle singole individualità, intese come possibilità di sviluppare le doti individuali, le capacità, i progetti.

Eppure l'individualità costituisce uno dei singoli fattori maggiormente negati dello sviluppo infantile, e il diritto dei bambini di "essere e di diventare" è ancora in via di elaborazione.

L'individuo, la famiglia, il contesto ambientale e culturale sono in interdipendenza continua: l'interazione fra un bambino e la sua famiglia può influenzare il modo in cui in seguito quel bambino incontrerà l'ambiente sociale, il sistema educativo con cui interagirà lo porterà a percepire come vorrebbe fosse la vita quando sarà più grande, membro attivo della società.

**Un bambino rispettato, fin dalle sue prime fasi di vita, da tutti, non solo dai suoi genitori, saprà essere comunque un bambino con maggiori possibilità e più equilibrato, sensibile ai diritti delle altre persone; ma, nonostante i proclami, esiste ancora pochissimo spazio per l'infanzia nelle mente delle figure di accudimento, degli educatori, della società.**

Non solo, ma come possiamo pensare che una società, un gruppo culturale, un'istituzione si dimostri rispettosa nei confronti dell'infanzia se non sa esserlo nei confronti delle donne, ma anche di una minoranza etnica o culturale o, più in generale, nei confronti di chiunque si trovi in una posizione di svantaggio e di dipendenza?

**In questo senso, la salute mentale dell'infanzia non è e non deve essere un problema ed una responsabilità del solo mondo dei servizi e di quelli sanitari in particolare; chiama in causa invece, in modo forte e imprescindibile, i genitori e la comunità intera, nelle sue responsabilità politiche ma anche nella sua attitudine solidale, in un confronto e in una dialettica continua che deve innanzitutto saper porre il mondo dell'infanzia al centro delle proprie responsabilità, delle proprie scelte e priorità.**

L'isolamento, il ritiro personalistico e autoreferenziale, deluso e frustrato, degli adulti

variamente aggregati (la scuola, le istituzioni, le famiglie) si delineano come misure difensive alla crisi ma sono nel contempo disperatamente distruttive per lo spazio infantile.

Vediamo in questi anni una crescita allarmante e allarmata di disagi e patologie nei bambini e nei ragazzi, in modo sempre più precoce ed esasperato: le letture e le risposte che vengono prevalentemente date sono molto parcellari, superficiali, a tratti arroganti e deneganti il ruolo degli adulti, il più delle volte tendenti a definire percorsi paralleli disgiunti, non dialoganti, autoreferenziali e pertanto inefficaci e inefficienti.

Per poter affrontare in modo congruo questi problemi, ritengo sia fondamentale riconoscere lo specifico della salute mentale dell'infanzia, come approccio e come strategia di cura, insieme al riconoscimento di una sofferenza mentale propria del bambino e dell'adolescente anche nelle sue forme patologiche, investendo nella conoscenza, nella ricerca, nella formazione.

Così pure, la strutturazione di servizi che operino nell'ambito della salute mentale dell'infanzia deve avvenire con specifica pertinenza, omogeneità, eticità, nel rispetto dei diritti dei bambini.

Anche il **privato-sociale**, come espressione della capacità di una comunità di muoversi in senso solidale e sussidiario, può e deve avere un compito ben preciso, sia come attivazione responsabile dell'ambiente ampio di vita dei bambini e dei ragazzi, ma anche come osservatore attento dei bisogni e delle criticità e come motore di confronto, dialettica e come voce di richiamo presso il mondo politico; deve qualificarsi però di più e costantemente nelle competenze e conoscenze, per non rischiare una connotazione volontaristica indifferenziata e poco utile, lontana da una reale integrazione con il mondo delle istituzioni e dei servizi.

Per finire, credo che il livello di civiltà del nostro Paese, nei prossimi anni, potrà misurarsi proprio dalla capacità di costruire una genitorialità "sufficientemente buona" per i propri figli, soprattutto i più piccoli, di cui uno specifico progetto obiettivo per la salute mentale dell'infanzia, ampiamente intesa, potrebbe essere l'espressione e l'impegno.

\* *Neuropsichiatra infantile - direttore Unità Organizzativa Materno-Infantile, Età Evolutiva e Famiglia AULSS 15 Alta Padovana. Segretario triveneto SINPIA*



# PSICHIATRIA: LA LEGGE BASAGLIA È ATTUATA?

di Giovanni Santone

C'era una volta la città dei matti, questo il titolo di un film in due puntate trasmesso da Rai 1 il 7 e l'8 febbraio scorso. Un film sulla vita di Franco Basaglia, ispiratore della legge 180 del 1978, con la quale si afferma in estrema sintesi il principio che i disturbi mentali, come peraltro sperimentato da questo psichiatra controcorrente, vanno affrontati, se possibile, nella comunità, riservando il ricovero in ospedale (e in reparti normali) ai casi acuti.

Nel dibattito sull'argomento c'è da citare l'interessante pagina, sotto il titolo *Focus- Sanità e strutture* del Corriere della Sera del 13 febbraio. L'analisi che il giornale fa prende spunto dal Congresso internazionale di Trieste del 10 febbraio (città simbolo dell'attività di Basaglia), cui hanno partecipato oltre 1000 esperti provenienti da 40 Paesi, per mettere in guardia sul pericolo che si va profilando per un ritorno al manicomio.

Quanti italiani soffrono di malattie mentali? Ecco i numeri forniti nel congresso citato: gli italiani che soffrono di gravi patologie, come la schizofrenia e altri seri disturbi, sono circa 1.000.000,

mentre gli italiani con disturbi mentali lievi (per esempio: abuso alcolici, ansia, stress...) sarebbero circa 1 su 4 della popolazione.

Come tutte le riforme - e soprattutto questa - l'attuazione si realizza se vi è una **nuova cultura** che consideri tale malattia come curabile, contro quella teoria che a proposito della schizofrenia sosteneva (e c'è chi lo sostiene ancora oggi) che la causa di tale grave disturbo è dovuto ai genitori, perché incapaci di comunicare con il figlio disturbato. A ciò si aggiunge la necessità che tale riforma non può prescindere dalla presenza di **operatori** (nel congresso citato si denuncia che in Italia ne mancano circa il 30/%) **professionalmente preparati**, oltre a **strutture** e a **servizi adeguati**.

Ma la riforma è stata attuata? Circa 10 anni fa il Ministero della salute affermava che l'obiettivo della legge 180 era stato raggiunto, in quanto si erano svuotati i manicomi. Bastava questo? Non mi pare, soprattutto se ascoltiamo la **voce delle associazioni dei familiari dei malati mentali**. Spesso hanno denunciato la drammatica situazione della carenza di servizi a sostegno delle famiglie che si devono far carico dei malati affetti da gravi disturbi. Peraltro quello che abbiamo visto nel film, come l'abbattimento delle barriere del manicomio, che separavano i matti dal contesto cittadino,

non sempre è stato realizzato. E non è scontato che il ricovero avvenga sempre nei reparti per normali, in quanto si constata che ci sono ancora reparti, anche se ubicati nel complesso ospedaliero, molto simili, se non eguali, a quelli del vecchio manicomio.

Un'ulteriore possibile frenata alla vera e completa attuazione della riforma viene dalle numerose proposte di modifica della legge Basaglia, per la maggior parte provenienti dagli attuali partiti di maggioranza, il che significa che ci sono i numeri per l'approvazione. Su tali proposte le Associazioni dei familiari dei malati sono molto critiche, in quanto vedono in esse il pericolo della reintroduzione del concetto superato della *incurabilità della malattia mentale*.

A proposito della riforma e su attese, equivoci e delusioni penso che possa essere utile descrivere il percorso di un malato mentale, ricoverato nel periodo 1960 -1998.

Come è noto il ricovero in manicomio comportava come normale conseguenza l'*interdizione* da parte del giudice tutelare, che voleva dire che la persona era dichiarata *incapace di intendere e di volere*. Tale istituto giuridico è stato modificato solo di recente (legge 6 del 2004).

Nelle mie funzioni di assessore alle politiche sociali del comune di Padova fui incaricato dal giudice tutelare, in assenza di parenti e perché si trattava di un caso complesso, di svolgere le funzioni di tutore di un malato mentale della mia città, che chiamerò Antonio.

Come tutore volli conoscere la sua storia.

Era stato ricoverato all'età di circa 10 anni in un istituto con la denominazione *medico-psico-pedagogico*. A questa tipologia di struttura erano destinati minori con qualche ritardo nell'apprendimento o un po' vivaci. Antonio aveva avuto un comportamento definito violento nei confronti di un compagno di scuola e della maestra. Dalla cartella scoprii la struttura ospitante, che per la mia precedente attività avevo conosciuto con i connotati di un piccolo manicomio, tant'è che le autorità sanitarie competenti, per autorizzarne l'apertura, avevano preteso che ci fosse - come abbiamo visto nel film "la città dei matti" - il *letto di contenzione*. All'età adulta Antonio era stato trasferito in un manicomio vero e proprio.

Non ricordo la data precisa, ma eravamo nell'estate del 1998, quando fui convocato dal primario dell'ospedale psichiatrico di..., dove era ricoverato Antonio.



nuova  
proposta

Nel breve colloquio il medico mi informava in sostanza che Antonio era guarito, anche in riferimento alla legge 180. Occorreva trovare una soluzione alternativa, in assenza o per il rifiuto dei parenti disponibili ad accoglierlo.

Il commento che allora come oggi mi viene da fare:

Antonio era proprio un malato mentale, o piuttosto quand'era bambino andava compreso, aiutato e lasciato crescere nel suo ambiente, con un po' più di comprensione della scuola, ma anche della comunità in cui viveva?

La guarigione era per effetto di una legge? E senza parenti quale soluzione? Con grande difficoltà venne accolto presso una comunità terapeutica convenzionata.

A conclusione di queste note faccio mia la constatazione sull'attuale situazione, come la descrive un allievo di Basaglia, Giuseppe Dell'Acqua, in una delle occasioni che in questo periodo hanno ricordato la svolta della psichiatria del 1978.

Da quanto leggo mi prende un sentimento di delusione sull'attuazione di questa coraggiosa riforma, che mette al centro la persona e non considera il malato mentale come soggetto da segregare per motivi di sicurezza e di ordine pubblico.

Dell'Acqua lancia l'allarme sulla disomogenea distribuzione dei *Servizi psichiatrici di diagnosi e cura* (Spdc) e sui *Trattamenti sanitari obbligatori* (Tso), questi ultimi attivati per casi gravi di pazienti che non accettano un ricovero volontariamente. Eguale disomogeneità nelle varie regioni esiste a proposito dei *Centri di salute mentale* (Csm). Ma ciò che preoccupa di più sono i dati dell'Istituto superiore di sanità. Esso rileva che l'80% dei Servizi di diagnosi e cura (Spdc) ha le porte d'ingresso chiuse a chiave e che in 3 su 10 reparti visitati c'era almeno una persona legata e fino a 4 contemporaneamente. In tutto questo evidentemente riemerge la logica del manicomio. E a proposito dei reparti di neuropsichiatria infantile, sempre Dell'Acqua denuncia che "minori tra i 9 e i 14 anni vengono legati al letto e trattati con super dosi di psicofarmaci". Egli afferma che potrebbe essere utile nelle strutture per minori la presenza di educatori, ma non è facile, sia per il prevalere ancora della logica sanitaria, quando non ci si appella alla mancanza di risorse.

In conclusione mi auguro che queste brevi note siano servite a far conoscere come una buona riforma, se mancano operatori dell'area sociale ed educativa, può naufragare e ricondurre a strutture segreganti, com'erano i manicomi.

Un'ultima annotazione relativa al ruolo di noi cittadini e di quanti operano in strutture, come le comunità terapeutiche private: non lasciare soli i familiari di tali malati. Anche il vicinato e il volontariato, senza pregiudizi, possono essere di sollievo a quanti hanno in carico persone affette da malattia psichiatrica.

## TI REGALERO' UNA ROSA

Simone Cristicchi

- Ti regalerò una rosa
- Una rosa rossa per dipingere ogni cosa
- Una rosa per ogni tua lacrima da consolare
- E una rosa per poterti amare
- Ti regalerò una rosa
- Una rosa bianca come fossi la mia sposa
- Una rosa bianca che ti serva per dimenticare
- Ogni piccolo dolore
- Mi chiamo Antonio e sono matto
- Sono nato nel '54 e vivo qui da quando ero bambino
- Credevo di parlare col demonio
- Così mi hanno chiuso quarant'anni dentro a un manicomio
- Ti scrivo questa lettera perché non so parlare
- Perdona la calligrafia da prima elementare
- E mi stupisco se provo ancora un'emozione
- Ma la colpa è della mano che non smette di tremare
- Io sono come un pianoforte con un tasto rotto
- L'accordo dissonante di un'orchestra di ubriachi
- E giorno e notte si assomigliano
- Nella poca luce che trafigge i vetri opachi
- Me la faccio ancora sotto perché ho paura
- Per la società dei sani siamo sempre stati spazzatura
- Puzza di piscio e segatura
- Questa è malattia mentale e non esiste cura
- ...
- I matti sono punti di domanda senza frase
- Migliaia di astronavi che non tornano alla base
- Sono dei pupazzi stesi ad asciugare al sole
- I matti sono apostoli di un Dio che non li vuole
- Mi fabbrico la neve col polistirolo
- La mia patologia è che son rimasto solo
- Ora prendete un telescopio... misurate le distanze
- E guardate tra me e voi... chi è più pericoloso?
- Dentro ai padiglioni ci amavamo di nascosto
- Ritagliando un angolo che fosse solo il nostro
- Ricordo i pochi istanti in cui ci sentivamo vivi
- Non come le cartelle cliniche stipate negli archivi
- Dei miei ricordi sarai l'ultimo a sfumare
- Eri come un angelo legato ad un termosifone
- Nonostante tutto io ti aspetto ancora
- E se chiudo gli occhi sento la tua mano che mi sfiora
- ...
- Mi chiamo Antonio e sto sul tetto
- Cara Margherita son vent'anni che ti aspetto
- I matti siamo noi quando nessuno ci capisce
- Quando pure il tuo migliore amico ti tradisce
- Ti lascio questa lettera, adesso devo andare
- Perdona la calligrafia da prima elementare
- E ti stupisci che io provi ancora un'emozione?
- Sorprenditi di nuovo perché Antonio sa volare



nuova  
**proposta**



# L'EVOLUZIONE DEL CONTESTO MANICOMIALE VOLTERRANO NEGLI ANNI '70

di Angelo Lippi \*

... Correva l'anno 1888 e 4 *mentecat-ti tranquilli* arrivavano, trasferiti dal più vecchio ospedale psichiatrico di Siena, al convento di S. Girolamo. E' un antico convento-parrocchia finito poi nel bel centro dell'ospedale psichiatrico e rimasto anche successivamente punto di animazione e di sostegno. Dopo 2 anni i "pazienti" diventano 37 e nel 1900 erano arrivati a 282. Il direttore di allora, Luigi Scabia fin dal suo ingresso evidenziò un orientamento ed una forte capacità manageriale: colse in anticipo il significato dei tempi correnti, che la legge sui manicomi e sugli alienati (nuova del 1904) esprimeva e che in qualche modo sensibilizzava alla costruzione di nuovi posti di accoglienza. Scabia cominciò a lavorare e costruire per uno sviluppo dell'assistenza tutelare psichiatrica, supportata dalla presenza di una IPAB (Frenocomio di S. Girolamo), molto combattiva nei confronti della provincia per far scegliere Volterra come luogo deputato alla custodia e cura dei malati mentali. L'idea dell'epoca puntava sull'autarchia del manicomio/villaggio ed il contesto locale facilitava la costruzione ed il mantenimento degli ambienti e delle persone: molta esperienza nel campo dell'agricoltura, delle costruzioni, del lavoro manuale in genere. Il manicomio, tendenzialmente autosufficiente ebbe nel tempo, un *frantoio, un mulino, un panificio, una fornace, un'azienda agraria e propri falegnami, fabbri, idraulici, meccanici, muratori, lavandai, coltivatori ed ergoterapisti per accompagnare i ricoverati nelle varie attività (fra queste spicca anche lo sca-vo del Teatro Romano).*

Ma il manicomio/villaggio, divenne quasi un manicomio/città (o forse una città/manicomio che ospitò fino a 4547 ricoverati) ed ebbe anche una propria moneta per uso interno e parzialmente anche esterno, un proprio cimitero, laboratorio di analisi e di radiologia ed un reparto di medicina in cui, alla metà degli anni '70, si ricoveravano con diagnosi di "stato depressivo ansioso" anche molti volterrani, che si sottoponevano a cure per le comuni malattie da reparto di medi-

cina generale, quando ne divenne primario il prof. Paolo Saba (eminente e compianto clinico pisano).

Insomma il manicomio crebbe e sviluppò proprie caratteristiche, cercando (non sempre con successo) di mantenere la tradizione del no restraint, dell'ergoterapia e della vita all'aria aperta difese da Scabia, ma sviluppando anche alcune deformazioni tipiche dell'istituzione totale (così ben descritta da Erving Goffman nel 1970), anche a motivo della assenza di supporti psicofarmacologici. Ovviamente qui come in altri ospedali, si praticarono le terapie (e le contenzioni) possibili ed in uso, anche se abbastanza forti (ad es. la malarioterapia). La legge 36 del 1904 dava fortissimi poteri al direttore, in quanto l'Ospedale Psichiatrico (OP) doveva esprimere una prevalente componente di controllo sociale. (All'art. 1 si legge: "*Devono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi*"). E' chiaro che l'interpretazione di pericolosità divenne "larga" e portò a ricoverare anche persone per "miseria" e bambini. L'applicazione di questa disposizione facilitò l'evoluzione degli OO.PP come una struttura poi sviluppata a cavallo fra la pratica di controllo "giudiziario" e quella di funzione parapoliziesca.

Questa legge (regolamentata nel 1909) aveva anche spazi positivi, basta leggere bene la citazione precedente, spazi poco frequentati, mai occupati sistematicamente, ma presenti in certi periodi ed in certi OP (ricovero "volontario", dimissioni a custodia, liberalizzazioni interne ed organizzative, IESA... Padova che rinuncia (con il suo statuto del 1905) alla contenzione sostituita con la relazione di aiuto, ecc.). Ogni OP ricorda oggi le proprie forme di umanizzazione, di certo più formali e auto giudicate a posteriori che sostanziali. Di certo il peso istituzionale anche



nuova  
proposta

in un OP umanizzato non era facile da tollerare. Ma un passaggio, a mio parere essenziale e mai sufficientemente sottolineato nei nostri dibattiti, è dato dalla legge 431 del 1968: i movimenti anti istituzionali e partecipativi di quel periodo portarono questa legge/stralcio rivoluzionaria che ebbe una influenza di inestimabile spinta nel movimento di de-istituzionalizzazione....

...La legge 431 introduceva infatti figure e parametri nuovi per ogni OP, come 1 psicologo, 1 Assistente sociale o sanitario ogni 100 posti letto, e nuovi rapporti, come 1 infermiere ogni tre pazienti, un massimo di 5 divisioni ospedaliere ciascuna delle quali con un primario, un aiuto ed almeno un assistente medico.

*Festa di carnevale  
in un Istituto  
Uneba.*



Sul territorio si prevedeva un centro di igiene mentale provinciale con propri decentramenti, con figure professionali mirate, e si prevedeva anche una certa copertura finanziaria per avviare e far andare a regime i servizi. Ma la grande innovazione della legge era nella possibilità di ricoverarsi volontariamente in manicomio (senza pagare il pegno della perdita dei diritti civili e della segnalazione sulla fedina penale), o di poter avere trasformata la propria posizione di ricovero da coatto a volontario. Questo apriva una ulteriore voragine nei conti di Volterra: già le provincie, nate con la responsabilità di coprire i costi dei ricoveri manicomiali, non onoravano le rette, ma nemmeno gli enti mutualistici si volevano far carico dei nuovi ricoveri volontari sostanzialmente equiparati a quelli attivati nei reparti ospedalieri normali, ma a favore di persone prive della "mutua". E quindi si viveva un periodo di massima difficoltà economica che condizionava l'intero equilibrio della città. Inoltre Volterra, nel tempo, si era attrezzata con diverse strutture per accogliere molte forme di marginalità ed aveva, oltre all'OP, una sezione maschile di OPG, un orfanotrofio, un Istituto

Medico Psico Pedagogico, un Conservatorio femminile, due grandi istituti per corrigendi, un carcere importante tuttora presente. Era ed è, una città distante, poco raggiungibile da qualunque capoluogo o paese, è storicamente nata per autodifendersi dall'esterno ed era, da generazioni, attrezzata per svolgere funzioni di assistenza/controllo sulla devianza e marginalità. Il malato era considerato la seconda pietra locale, insieme all'alabastro. Le provenienze dei ricoverati nel 1970 erano da 18 province e zone italiane (ed anche dall'estero), gli enti invianti, debitori di rette, erano 71. Inevitabilmente l'immagine di Volterra, non ancora cancellata del tutto oggi, era di un luogo da cui non si ritorna. La cartellonistica del Touring club indicava la direzione per il manicomio, una guida tedesca descriveva la città come importante per il suo famoso ospedale psichiatrico, in barba ai valori archeologici e storici della zona! Quindi la 431 porta grandi cambiamenti nella condizione e volontà politica e nell'assetto organizzativo, economico e sociale del posto...

...L'azione di promozione del superamento dell'ospedale psichiatrico a Volterra ha in sé una dose di coraggio politico molto forte ed una capacità di partecipazione e condivisione assai rimarchevole.

Nel 1970 l'ospedale aveva una conduzione tradizionale, aveva serie difficoltà economiche per il ritardato/mancato pagamento delle rette, parametri assistenziali assai bassi, come abbiamo visto. Francamente entrare nei reparti fu un'esperienza desolante: pervadeva un senso di impotenza, la sensazione di entrare in un altro mondo, nel quale tutti i sensi (la vista, l'udito e l'olfatto soprattutto) venivano a confrontarsi con stimoli del tutto inconsueti e fuori dall'esperienza del "normale" quotidiano. Per me la difficoltà maggiore era individuare nella massa indistinta che popolava i luoghi di soggiorno, la persona, le persone l'una diversa dalle altre. Difficile capire come entrare in un rapporto diretto e come poter fare qualcosa di utile, di finalizzato all'obiettivo "star bene" e "dimissione", obiettivo quest'ultimo ormai perso nel linguaggio dell'istituzione in cui la persona, per ordinanza del tribunale godeva della "definitiva ammissione al manicomio". Ma nel 1971 si aprì un primo piccolo spiraglio: un nuovo direttore portò l'innovazione del lavoro di équipe (un anno prima totalmente inaccettato) e impose per ogni ricoverato un approccio interdisciplinare con pro-



nuova  
**proposta**

poste di rientro nel minor tempo possibile nella propria zona di origine, anche attraverso l'uso importante di psicofarmaci. Ma non era sufficiente: occorreva pensare ad una radicale umanizzazione interna e ad un lavoro di costruzione di risposte anche preventive e riabilitative all'esterno. Un paio di anni di esperienza e poi subentrarono in maniera prorompente le idee di psichiatria democratica, di umanizzazione, di superamento dei danni prodotti dalla istituzionalizzazione, di diritti, di lavoro con il territorio e sul territorio, nella logica della zonizzazione esportata in molte parti di Italia dall'esperienza parigina. Fu opera del terzo direttore degli anni '70, Carmelo Pellicanò, che fino dal suo ingresso, ancora prima di diventare direttore, fece passare le sue idee di politica psichiatrica e di organizzazione democratica a partecipata nella rigida e gerarchica, quasi "monarchica" struttura manicomiale. Si ebbe con lui il periodo di protagonismo diffuso (ci si sentiva bravi colonizzatori...) e di impegno tecnico politico anche sul territorio. In pochi anni il numero dei ricoverati fu dimezzato per il rientro dei più lontani nelle strutture delle rispettive province, e ci fu addirittura un esubero di personale. I consorzi socio sanitari di Cecina, Rosignano, Pontedera, Calci, Pisa, San Giuliano, videro le nostre équipes quotidianamente impegnate a predicare la de-istituzionalizzazione ed a costruirne le condizioni, non solo specifiche per i dimittendi, ma anche generali sulla implementazione dei servizi sociali e sanitari già prefigurati dalla regione Toscana nei consorzi. Quindi diciamo che dalla metà degli anni '70, all'80 il nostro impegno nell'interno ed all'esterno, strettamente interconnessi, aiutarono a preparare i pazienti ad un possibile rientro (non facile, né veloce) ed i servizi del territorio a creare alle famiglie un sostegno adeguato, o a realizzare piccole strutture di accoglienza per le persone ancora portatrici di bisogni psichiatrici. Due principi trainanti erano in atto:

- la gestione interna, democratizzata con assemblee e comitati di gestione partecipati, vedeva l'impegno civile di associazioni locali, forze culturali, artistiche, politiche, tutte chiamate a dare il loro apporto;
- la dimissione dei pazienti avveniva solo



Tavolo di lavoro in un Istituto Uneba.

se si riusciva a trovare una condizione esterna soddisfacente e a dare al paziente gli strumenti di vita necessari e sufficienti ad affrontare il mondo inconsueto della normalità. Rifiuto delle dimissioni selvagge.

In questo contesto si ha una forte produzione di cultura sociosanitaria, nascono convegni storici come quello su "Lo psicologo e le istituzioni psichiatriche in Italia", mostre di grande rilievo come "Volterra '80" e libri di grande successo, come *La Corrispondenza Negata* di cui si parla stasera e il rilancio della rivista *Neopsichiatria*. *Corrispondenza Negata* è un libro di originale documentazione istituzionale che riconsegna la corrispondenza negata ieri e ripropone i sentimenti espressi con la scrittura e di cui parlerà soprattutto l'amico Raimondi con l'intervento successivo. Un libro di grande spessore culturale, etico e sociale che ha offerto anche l'occasione per rifare gruppo ai noi *vecchi manicomialisti*, qui presenti stasera, ultimo residuo psichiatrico "istituzionalizzato". La forza della istituzione manicomiale con le sue regole separate e che con il suo controllo viene a prevalere anche sulla norma costituzionale che all'art. 15 recita: "La libertà e la segretezza della posta e di ogni altra forma di comunicazione sono inviolabili. La loro limitazione può avvenire soltanto per atto motivato dell'autorità giudiziaria con le garanzie stabilite dalla legge". La censura fu tolta in virtù di una proposta maturata nel servizio sociale...

\* *Stralci dell'intervento per la presentazione di "Corrispondenza negata" - WISS S. Anna - Pisa 28/03/09.*



# AGAPE PER LA SALUTE MENTALE

di **Roberto Ceppatelli**  
e **Caterina Tsioufis \***

La Cooperativa Agape nasce come cooperativa sociale di tipo A nel 1994. Con i suoi quasi 550 fra soci e dipendenti, Agape è oggi una delle maggiori cooperative sociali della Regione Toscana. Riassume due dimensioni: quella imprenditoriale e quella sociale.

Dalla implicazione sinergica di queste due dimensioni, la Cooperativa contribuisce al miglioramento della coesione sociale e al rafforzamento dei processi di inclusione. I servizi erogati hanno come denominatore comune i valori e i principi a cui Agape si ispira: la mutualità, la centralità del cittadino-utente, il prendere parte ai bisogni della comunità, la solidarietà, l'incentivazione alla cittadinanza attiva.

Per questo Agape, nella propria operatività, promuove i diritti degli utenti: l'uguaglianza e pari opportunità, la prevenzione del disagio, la personalizzazione degli interventi, la valorizzazione delle famiglie, l'umanizzazione, l'informazione e la partecipazione. Nel realizzare e gestire servizi rivolti alle problematiche inerenti alla Salute Mentale la Cooperativa, oltre che a mettere in atto tutti questi valori e principi, intende anche dare un contributo concreto al programma di superamento definitivo dell'Ospedale Psichiatrico ed una risposta all'emergere della "nuova cronicità".

L'intenzione è quella di offrire significative esperienze di riabilitazione per evitare il permanere di situazioni di ricovero improprio e ricondurre nel territorio situazioni di sradicamento.

## UN VENTAGLIO DI SERVIZI.

I servizi rivolti alle problematiche di salute mentale offerti da Agape si suddividono in servizi residenziali, servizi semiresidenziali e servizi territoriali.

I servizi residenziali sono la Residenza T/R "Martina Bandecchi" di Terricciola (PI), a gestione privata, il Centro "F. Basaglia" di Pisa (suddiviso in tre unità distinte per intensità di intervento, una comunità terapeutica, una residenza psichiatrica T/R e una

casa famiglia), l'unità abitativa "Ulisse" di Camaiore (LU), le Case Famiglia di Certaldo (FI) e Castelfranco di Sotto (PI) ed i gruppi appartamento di Empoli (FI).

La Residenza "M. Bandecchi" ed il Centro "F. Basaglia" si propongono come risposta a situazioni psichiatriche di una certa consistenza che necessitano di un intervento terapeutico-riabilitativo da effettuarsi in un ambiente "protetto" e al di fuori dell'ambiente familiare, a situazioni di pazienti psichiatrici con possibile comorbilità per uso di sostanze e di alcol ed a eventuali situazioni di misura di sicurezza alternativa al carcere o all'OPG.

Nella gestione delle strutture sono impegnati educatori professionali, operatori socio assistenziali, infermieri professionali, oltre al personale delle Aziende Sanitarie competenti territorialmente, che vi accede in proiezione.

Il programma riabilitativo tende a proporre attività che abbiano un valore progettuale per la vita dell'individuo. A questo fine è posta una notevole attenzione all'attivazione degli ospiti nello svolgimento delle attività quotidiane che, realmente, possano essere riabilitative verso un'autonomia spendibile nella gestione della quotidianità, quali la cura del proprio corpo, le pulizie della struttura, la preparazione dei pasti, la lavanderia, la manutenzione degli spazi esterni alle Residenze e la spesa.

Allo scopo di evitare che le strutture diventino un contenitore di attività fine a se stesse e per favorire la maggiore integrazione possibile in contesti non assistenziali, viene privilegiata l'utilizzazione delle strutture esistenti sul territorio per attività sportive, di svago o culturali (corsi di formazione).

## LA RISORSA "TERRITORI".

Uno degli obiettivi primari delle strutture è quello di favorire il reinserimento lavorativo degli ospiti, sia in contesti lavorativi assistiti che in situazioni lavorative vere e proprie. Per questo scopo gli operatori delle strutture si sono fatti promotori di contatti con le



nuova  
**proposta**

*Momento di preghiera nel bosco di un gruppo di un istituto Uneba.*



realtà produttive dei territori di riferimento, sia pubbliche che private. Negli anni è stato raggiunto l'obiettivo di mettere in rete i servizi con gli enti accettanti gli inserimenti lavorativi, per i quali il gruppo riabilitativo della struttura si è fatto garante delle fasi di progettazione, tutoraggio e verifica a sostegno dell'attività.

L'unità abitativa Ulisse, la Casa Famiglia di Certaldo e Castelfranco di Sotto ed i gruppi appartamento di Empoli hanno come oggetto la gestione del servizio di assistenza di base, con differenti intensità assistenziali, all'interno di un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato.

Queste strutture accolgono persone con problematiche psichiatriche, con un discreto livello di autosufficienza ed autonomia, per le quali si prevede il recupero e lo sviluppo di quelle abilità ed autonomie di base necessarie per la corretta gestione del quotidiano, in modo da rendere possibile un percorso di inserimento in alloggio autonomo o il reinserimento in famiglia e nel contesto sociale. Il progetto si fonda sul principio secondo il quale, per promuovere i diritti di cittadinanza delle persone più fragili ed a rischio di emarginazione, come i pazienti psichiatrici, è necessario garantire loro non solo una adeguata assistenza, ma anche una serie di diritti tra cui il diritto ad abitare, opportunamente supportati, in contesti non segnati dalla specificità sanitaria.

I servizi semiresidenziali vedono coinvolta Agape nella gestione dei Centri Diurni di Pisa e di S. Frediano a Settimo (PI) della ASL 5 di Pisa ed il Centro Diurno "L'Ancora" di Venturina (LI) della ASL 6 di Livorno Zona Valdicornia.

#### **PROGETTO TERAPEUTICO GLOBALE.**

L'obiettivo degli operatori impegnati in questi servizi (educatori professionali, animatori, operatori socio-assistenziali, oltre

al personale ASL in proiezione, tranne il C.D. "L'Ancora" dove la Cooperativa ha solo personale OSS) è quello di intraprendere una serie di interventi e svolgere delle attività, che fanno parte di un progetto terapeutico più globale, finalizzate alla riabilitazione e risocializzazione di pazienti psicotici parzialmente non autosufficienti che, per la gravità delle condizioni psicopatologiche e per la carenza di adeguate stimolazioni da parte dell'ambiente familiare e sociale, conducono da tempo un'esistenza povera di contatti sociali e rapporti umani e per i quali non è possibile o opportuno effettuare interventi a livello familiare o in altre strutture. I progetti individualizzati elaborati dagli operatori comprendono interventi individuali e di gruppo; utilizzano attività strutturate e non e attività con tecniche specifiche, tecniche che comunque vengono adeguate ai soggetti rispetto alle loro capacità emotive e cognitive; prevedono attività espressive, manuali, occupazionali, di partecipazione ad iniziative culturali, sportive, di tempo libero, tutte effettuate privilegiando il collegamento con l'ambiente esterno.

I servizi territoriali gestiti da Agape si sostanziano nella gestione dell'Assistenza Domiciliare a soggetti psichiatrici della ASL 11 di Empoli (FI) Zona Valdarno Inferiore e nella Assistenza Domiciliare rivolta a utenti della Salute Mentale Adulti della ASL 12 di Viareggio (LU).

Sono servizi integrati territoriali, erogati presso il domicilio dei soggetti in temporaneo o permanente stato di parziale o mancata autosufficienza o emarginazione, per i quali è necessario un supporto alla gestione della vita quotidiana.

Gli interventi vengono diversificati dagli operatori a seconda delle finalità che si intendono perseguire nei progetti assistenziali individualizzati e possono essere effettuati oltre che al domicilio dell'utente anche in altri contesti (RA, strutture). Le finalità del servizio sono l'aiuto alla persona, affinché possa vivere nel suo ambiente familiare il più a lungo possibile, attraverso anche il mantenimento e il recupero delle capacità residue; il supporto e sostegno ai familiari; la valorizzazione delle risorse della rete parentale; sostegno all'autonomia; miglioramento della qualità della vita.

*\* Coordinatori cooperativa sociale Agape.*



*nuova proposta*

# MINORI, FAMIGLIA E SERVIZI

di Giovanni Santone

**H**o condiviso la **presa di posizione di organismi del Veneto che si spendono in prima linea sui servizi per i minori in difficoltà**. Don Beppe Gobbo del C.N.C.A (coordinamento nazionale comunità di accoglienza), Paolo Berti del C.N.C.M. (Coordinamento nazionale comunità per minori), Alessandro Padovani dell'Istituto don Calabria e Roberto Vittori del coordinamento delle case famiglia dell'Ass. Papa Giovanni XXIII denunciano con una lettera del 15 dicembre 2009 la **progressiva riduzione negli ultimi anni degli impegni finanziari** per i bambini e i ragazzi in condizioni di precarietà e di disagio e per famiglie in difficoltà (Info: Comitato "Un welfare regionale debole con i più deboli"). Meno risorse anche da parte degli enti locali. Ci si chiede se è questa la conclamata politica prioritaria a favore della famiglia o nelle alternative, come l'affidamento o l'accoglienza nelle comunità di tipo familiare.

Sarebbe interessante verificare se questo succede anche altrove.

Se fosse così, **i soci dell'UNEBA delle altre regioni potrebbero attivare quella protesta civile, ma ferma, a favore dei più deboli, che le organizzazioni del Veneto sopra menzionate hanno avviato con la lettera citata.**

Peraltro l'azione nel Veneto ha sortito qualche risultato: un maggiore stanziamento per il 2010, anche se non quello sperato.

E proseguendo ci si chiede se viene rispettato il principio, più volte ricordato in occasione dei 20 anni della convenzione ONU sui diritti del fanciullo del 1989, che afferma: **Il minore, senza alcuna distinzione di sesso, razza, etnia, lingua, religione e nel rispetto dell'identità culturale, ha diritto di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia (legge 149/2001, art. 1, commi 1 e 5).**

Chi non potrebbe essere d'accordo? E' proprio il **Parlamento**, nonostante il conclamato diritto del bambino alla famiglia, che **smentisce se stesso e la convenzione ONU sui diritti dell'infanzia del 1989 (resa vincolante con la propria ratifica)**. Lo fa con la **legge sulla sicurezza n. 94/09**. Un esempio: il figlio

di immigrato non regolare (es. il papà ha perso il posto di lavoro) non ha diritto a una famiglia con il papà, che deve tornarsene al paese di origine. Né scalfisce tale conseguenza aberrante della legge 94, la recente Ordinanza della Cassazione 823 del 19-01-10, che consente ad un immigrato nella situazione sopra descritta, con figli piccoli e madre italiana, di poter rimanere in Italia con la famiglia, ma solo per un tempo determinato.

Altra osservazione riguarda in generale le concrete azioni da parte di istituzioni pubbliche e private chiamate a dare attuazione al principio che il *minore ha diritto ad avere una famiglia*. Dal punto di vista generale il **percorso indicato dalla legge appare lineare**.

Innanzitutto, se la famiglia è temporaneamente impedita o inadeguata, il minore dovrebbe essere affidato, per il tempo necessario, a una famiglia o a una persona idonea a farne le veci. In caso di abbandono definitivo e dichiarato dal tribunale per i minorenni, il minore ha diritto a una famiglia sostitutiva, mediante l'adozione, che in tal modo dà al bambino una nuova famiglia, valutata dai servizi sociali come idonea.

**Come necessario corollario questa legge richiede che Stato, Regioni e Comuni aiutino le famiglie in difficoltà, ma c'è una precisazione: secondo le proprie competenze e nei limiti del bilancio. E a questo punto il discorso non mi pare coerente con il conclamato diritto del minore ad avere una famiglia.**

Infatti questo è uno strano modo di declinare il termine *diritto*. In altre parole: le istituzioni possono fare quello che vogliono e ridurre a piacimento le risorse, in barba al dovere di aiutare i minori a rimanere nella propria famiglia.

Sempre la stessa legge, proprio in base al *principio che il minore ha diritto a una famiglia*, prevedeva la **chiusura degli istituti-orfanotrofi entro il 31 dicembre 2006** e l'attivazione, in caso di assenza della famiglia, delle alternative: affidamento e adozione e anche comunità di tipo familiare. Dati recenti ci dicono



nuova  
**proposta**

# PELLEGRINO NELLA CITTA' CHE VIVE

*Dieci anni fa moriva Luciano Tavazza*

di G. Paolo Manganuzzi

Quando penso a **Luciano Tavazza** (e accade spesso) prevalgono due immagini: quella del pellegrino determinato nel perseguire le tappe del proprio itinerario (tappe segnate dalla vita delle persone piuttosto che da deserti e solitudini) e quella del capo-carovana che la sera pianta la tenda non per sé solo, o soltanto per qualcuno, ma per tutti. Luciano Tavazza era infatti con-

vinto di dover contribuire, come persona e come cristiano, a raccogliere e mettere insieme i mattoni della città: la città che scopre il suo significato più vero nel comporsi come comunità dove si realizza la condivisione della sorte degli uomini.

Molti di noi abbiamo conosciuto direttamente Luciano Tavazza per averne supportato il lavoro o per averne incrociato i percorsi in ogni angolo d'Italia (... di nuovo la figura del pellegrino), altri lo hanno avvicinato attraverso i tantissimi scritti; a tutti è giunto il suo messaggio centrale, ripetuto con voce insistente fino al giorno in cui gli ha attribuito il valore di testamento:

- perseguire un rinnovamento etico in tutti gli aspetti della vita personali e sociali, nella politica, nell'amministrazione pubblica, nell'economia, nella famiglia;
- stimolare la libera e responsabile partecipazione dei cittadini alla realizzazione del bene comune;
- promuovere la cultura del volontariato;
- impegnarsi in una formazione mirata ad accogliere una persona nella sua unicità e unitarietà, ad educare ai diritti inderogabili di giustizia e di cittadinanza per tutti, ai doveri di solidarietà, all'espressione del "dono" in ogni attività;
- contribuire al ruolo della Chiesa nel mondo come costruttrice di giustizia, di pace, di accoglienza, di profezia, di denuncia; formatrice di persone libere, adulte, corresponsabili, con una fede che sappia incarnarsi nella storia.

Si è trattato della sintesi ultima di un pensiero elaborato nel tempo e tradotto da Luciano in decisioni e comportamenti nel corso dei suoi numerosi impegni, sempre caratterizzati da re-



## LA NOSTRA CITTA'

**"... Operiamo con giustizia  
nella città attuale  
costruendo la città futura  
con tutto l'amore, la poesia, la bellezza  
e la qualità della vita  
di cui lo Spirito ci rende capaci..."**

*Luciano Tavazza*



nuova  
**proposta**

sponsabilità di leader: l'attività nell'Azione Cattolica in epoca di scosse storiche; l'amministrazione delle Acli; la presidenza dell'Ente nazionale per l'assistenza agli orfani dei lavoratori italiani (ENAOI) negli anni in cui si trattò di dare concretezza all'idea del superamento degli enti nazionali attraverso il decentramento amministrativo



sul territorio, là dove i bisogni si manifestano in maniera differenziata; la direzione del Centro di produzione RAI per la radio; il disegno nell'elaborare la propria intuizione originale della "gratuità doverosa", perseguito soprattutto attraverso due creazioni: il Movimento di volontariato italiano (Mo.V.I.) lungamente condotto per mano e la Fivol- Fondazione italiana per il vo-

lontariato (promossa dalla Cassa di Risparmio di Roma sotto la presidenza del prof. Capaldo), antesignana di ogni altra iniziativa nazionale diretta a fornire supporti di ricerca-documentazione-formazione-consulenza agli organismi del volontariato, senza opzioni di estrazione, collocazione geografica, indirizzo ideale e operativo.

E c'è ancora un angolo della vita di Luciano Tavazza che va estratto dall'ombra e accolto dalla memoria: l'adesione al clima di rinnovamento del laicato cattolico italiano indotto dal Concilio Vaticano II e che ebbe un'espressione appassionata e severa nella partecipazione protagonista di Luciano al Convegno sui mali di Roma e poi al Convegno Ecclesiale su "Evangelizzazione e promozione umana", in occasione dei quali a molti apparvero evidenti il coraggio della sua denuncia e la sua capacità di tracciare – insieme al prof. De Rita e a don Luigi Di Liegro - un percorso arduo per chi partendo dalla carità vuole giungere all'etica della gratuità e "all'appello della responsabilità sociale di fronte all'emarginazione e all'esclusione dei poveri".



nuova  
**proposta**

16

## I CERCATORI DI ARCOBALENO

Luciano Tavazza è stato un "costruttore di ponti".

Una testimonianza significativa in questo senso fu scritta, nel 2000 da **Giuseppe Cotturri**, docente di "Sociologia della politica" presso l'Università di Bari, già dirigente del PDS, da sempre impegnato nelle iniziative di "cittadinanza attiva".

Dalla testimonianza del prof. Cotturri stralciamo una piccola parte:

*"L'etica del volontariato ha costruito dunque soggettività di una "nuova costituzione" e perciò è avvertita delle responsabilità "costituenti" che incombono: su questa rivista si aprì un dibattito già nel '92; nel '97 il Movi e altri organismi del Terzo settore cercarono l'interlocuzione con il Parlamento, con la Commissione bicamerale per le riforme della seconda parte della Costituzione; Luciano Tavazza stesso ha poi offerto alla riflessione delle forze sociali del volontariato, un rilevante saggio sulla "transizione" (supplemento della Rivista del volontariato – ottobre 1997).*

*Il filo di tante iniziative e ricerche io credo sia stato, per Luciano, quello teso a legare ispirazioni religiose a motivazioni civili, per radicare in una cultura laica della cittadinanza cattolicesimo democratico e umanesimo socialista. Identità e autonomia andavano promosse insieme, senza cercare separazioni e contrapposizioni, ma piuttosto favorendo la partecipazione e l'incontro, lo scambio tra culture e storie ideali diverse, ciascuna aiutata dall'altra a superarsi. Per suo impulso, ad esempio – e si tratta solo dell'ultima impresa, ancora in corso – presso la Fivol un gruppo di lavoro ha approfondito i legami fondativi tra identità plurali e comune impegno di costruzione della cittadinanza: proprio sotto quel titolo, "l'etica del volontariato", ognuno di noi sta provando a tradurre i suoi propri principi in proposizioni confrontabili con quelle dell'altro.*

*Insomma, non è piccolo il patrimonio, su cui ora poggiamo ogni ulteriore sforzo. Venti anni dunque di cui essere grati: ai cercatori di arcobaleno".*



## NEL CONTRATTO A TERMINE PER SOSTITUZIONE E' NECESSARIA L'INDICAZIONE DEL SOSTITUITO.

di Luciano Conforti

Con ordinanza n.325 del 30 novembre 2009, la Corte Costituzionale ha stabilito che, nel caso di assunzione a termine per sostituzione, essendo necessario che le esigenze sostitutive siano specificate in forma scritta, deve essere indicato il nome del lavoratore assente.

Secondo la Consulta, l'indicazione del nome del sostituito risponderebbe ad esigenze di trasparenza e veridicità dell'apposizione del termine e dell'immodificabilità dello stesso nello svolgimento del rapporto di lavoro.

La stessa decisione era stata oggetto della sentenza n.214/09 sempre della stessa Corte Costituzionale.

La decisione pone ai nostri Enti una serie di problemi.

In primo luogo, talvolta la sostituzione di un dipendente assente si realizza mediante una serie di trasferimenti interni, e solo l'ultimo di essi viene sostituito con ricorso al mercato del lavoro esterno. Quale nominativo bisognerà indicare in questo caso? Infatti: se venisse indicato il nominativo dell'assente effettivo, l'indicazione sarebbe mendace poiché, in effetti, l'assente è stato sostituito da altro dipendente mediante trasferimento interno. Al contrario, se venisse indicato il nominativo dell'ultimo sostituito, la dichiarazione sarebbe altrettanto mendace poiché il dipendente sostituito, in realtà, non è affatto assente.

In secondo luogo, con uno stesso contratto a termine si possono sostituire anche più dipendenti, coinvolti in ferie "plurime e sequenziali" (art. 17 comma 3 CCNL). Bisognerà quindi, nella lettera di assunzione, citare una lista di nominativi? Sappiamo tuttavia, grazie al principio di "immodificabilità" sancito dalla Corte, che non sarà più possibile, a partire da questo momento, operare alcun cambiamento di programma, sostituzione di assenti, ecc. Insomma, l'organizzazione del lavoro e le soluzioni di emergenza saranno paralizzate dal rispetto di un mero adempimento formale.

Premessa l'amara constatazione di come, ancora una volta, il mondo del lavoro risulti solo sommariamente noto sia al legislatore che all'interprete, al momento riteniamo di dare agli Associati i seguenti suggerimenti operativi:

- a) Nell'ipotesi delle sostituzioni interne, indicare nella lettera di assunzione il nominativo del dipendente "effettivamente sostituito" cioè l'ultimo della serie a prescindere dal fatto che questi sia in servizio in mansione diversa.
- b) Nel caso di ferie plurime e sequenziali, indicare i nominativi di tutti i dipendenti compresi nel programma ferie, aggiungendo l'indicazione che "le sostituzioni avverranno secondo la sequenza-ferie programmata o sue integrazioni e modificazioni". Teniamo in ogni caso presente che l'eventuale successiva integrazione del piano ferie con un dipendente il cui nominativo non sia compreso nella lettera di assunzione

ne non sarà possibile, o meglio rischierebbe un ricorso in sede di magistratura del lavoro e la trasformazione del contratto da tempo determinato a tempo indeterminato. Che, in definitiva, costituisce l'obiettivo di fondo di tutta la manfrina<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Dal dizionario Sabatini-Colletti: - Manfrina = la solita storia noiosa e inutile. Lagna, tiritera. Sceneggiata per ottenere uno scopo.

## L'ULTIMA DELLA CASSAZIONE SUI CONTRATTI A TERMINE.

*Nella lettera di assunzione bisogna rendere conto del rispetto di una clausola collettiva.*

di Luciano Conforti

Con sentenza del 18 gennaio 2010 n.839 la Corte di Cassazione ha stabilito che, in caso di apposizione del termine in un contratto lavorativo, il datore di lavoro deve dimostrare il rispetto delle *c.d. clausole di contingamento* previste dalla contrattazione collettiva, con le quali si fissa il numero massimo percentuale dei lavoratori assumibili con tale contratto, mediante *l'indicazione nel contratto di lavoro sia del numero massimo di contratti a termine, sia del numero dei lavoratori assunti a tempo indeterminato*, e tutto ciò al fine di consentire al lavoratore la verifica del rispetto dei limiti percentuali.

Qual è la stravaganza? Che al di là delle rappresentanze sindacali aziendali, dei Consigli di fabbrica, dei delegati sindacali, dei sindacati di categoria, delle organizzazioni sindacali firmatarie, delle camere del lavoro, degli organi di vigilanza, delle Direzioni provinciali del lavoro, dei Nas, delle Asl, di Cittadinanza attiva, di Amnesty International, e chi più ne ha più ne metta, il datore di lavoro deve andare a render conto del rispetto di una clausola collettiva nientedimeno che ad una singola persona, peraltro tuttora estranea, peraltro ancora nemmeno entrata a far parte dell'organico aziendale.

Si aprono, in teoria, diversi problemi. Che cosa farà l'assumendo qualora constataste che i limiti di "*contingamento*" siano già stati superati (e, quindi, che il contratto che gli viene proposto sia illegittimo in partenza)? Risposta: rifiuterà l'assunzione (anche per evitare l'ipotesi di una propria correttezza).

Sbagliato.

E' più probabile che l'assumendo trascurerà - sul momento - di esercitare il suo diritto di controllo. In questa fase le esigenze di trasparenza e legittimità restano confinate all'immaginario della Cassazione. Il candidato accetterà invece, acriticamente, l'assunzione illegittima, senza preoccuparsi troppo della sua illegittimità. Come condannare un inconsapevole disoccupato il cui unico desiderio è quello di lavorare?

In seguito tuttavia, all'approssimarsi della scadenza del contratto, ovvero anche dopo la sua cessazione, egli probabilmente riconsidererà retroattivamente la situazione, e finalmente, dati "storici" alla mano, l'apposizione del termine verrà impugnata con richiesta di trasformazione del rap-



nuova  
proposta

porto a tempo indeterminato. E tutto ciò potrà avvenire in qualsiasi momento anche **molto dopo la scadenza del contratto a termine** (nel caso originario della citata sentenza della Cassazione, la lavoratrice aveva fatto passare sette anni dalla scadenza per opporre ricorso!).

Ci chiediamo anche cosa accadrebbe se l'organico complessivo cambiasse durante il contratto a termine rispetto ai dati dichiarati all'assunzione. Il contratto, in questo caso, da legittimo che era all'inizio potrebbe venire a diventare, strada facendo, illegittimo. Quali conseguenze si andrebbero imprevedibilmente a riflettere sui contratti a termine in corso?

Non abbiamo risposta a questi interrogativi.

Non neghiamo, da un lato, che esistono casi di abuso del contratto a termine, rispetto ai quali l'ordinamento deve allentare delle precauzioni. Il problema ha a malapena sfiorato il ns. settore, che per il 99% dei casi ricorre al contratto a termine solo per sostituzione di assenti.

Tuttavia, diversa è la criminalizzazione del contratto a termine, quale è quella a cui stiamo assistendo, non già ad opera del legislatore (che anzi denota propensione all'emersione dal sommerso di forme atipiche del rapporto lavorativo comunque esistenti), quanto piuttosto della giurisprudenza in fase di interpretazione "creativa" (vedasi al riguardo il ns. precedente commento alla pronuncia della Corte costituzionale sulla obbligatoria indicazione nominativa del dipendente sostituito da un contratto a termine). Si ha l'impressione infatti che i giudici non sappiano più a cosa appigliarsi pur di ottenere una artificiosa trasformazione dei contratti a termine in rapporti a tempo indeterminato, tendenzialmente creando in tal modo, del tutto artificialmente, una imprecisata quantità di occupazione sì stabile, ma assistita ed improduttiva.

Del resto, questa è una vecchia storia: che iniziò all'epoca, ormai remota, in cui un giudice rese stabili i posti di lavoro stagionali che venivano utilizzati per la fabbricazione di panettoni e colombe pasquali. Qualcuno ricorderà il caso: in effetti, nulla si poteva ipotizzare di più stagionale che non il panettone o la colomba. La conseguenza di quelle sentenze fu il fallimento delle aziende produttrici che – per il principio della "salvaguardia dei livelli occupazionali" – vennero assorbite dalle partecipazioni statali: insomma, vennero nazionalizzati i panettoni. Si compì quindi un molteplice miracolo: non solo i precari divennero stabili, ma addirittura dipendenti statali. E da quel momento, ovviamente, sul mercato i panettoni cominciarono ad essere stantii.

Ma queste sono vecchie storie: tornando ad oggi, ricordiamo agli Associati che, nel nostro caso, le c.d. "**clausole di contingentamento**" sono contenute all'art. 22 del CCNL Uneba intitolato "Percentuali di ammissibilità". Tale norma fissa al 30% la percentuale massima di lavoro temporaneo rispetto a quello stabile (8% nel caso di lavoro somministrato da agenzie di lavoro interinale).

Pertanto gli Associati dovranno, in calce alla lettera di assunzione a termine, indicare che

"... ai sensi dell'art. 22 del Contratto collettivo nazionale di lavoro in vigore, si dichiara che l'organico dell'Ente è composto da n. X unità ed il numero massimo dei contratti temporanei è pari ad Y unità".

Ricordiamo tuttavia anche che il citato art. 22 non pone alcun limite di "contingentamento" nel caso di **sostituzione di personale assente con diritto alla conservazione del posto (malattie, maternità, ferie, aspettative con o senza retribuzione)**. Di conseguenza, in tali casi, la lettera di assunzione indicherà: "...ai sensi dell'art.22 del Contratto collettivo nazionale di lavoro in vigore, trattandosi di assunzione per sostituzione **non sussiste alcun limite numerico all' utilizzo dei contratti a termine**".

### VOUCHER LAVORO:

**la finanziaria 2010 amplia l'ambito di applicazione delle prestazioni di tipo accessorio ed occasionale.**

La legge finanziaria 2010 (L. 23 dicembre 2009 n.191) ha introdotto sostanziali ampliamenti alla normativa sul lavoro occasionale ed accessorio, già contenuta nel D.Lgs. 10 settembre 2003 n.276.

La possibilità di acquisire, mediante il "voucher"- lavoro, prestazioni occasionali ed accessorie viene estesa a tutti i settori produttivi (compresi gli enti locali), mentre in precedenza era limitata ai settori commercio, turismo e servizi.

L'utilizzo di giovani studenti al di sotto dei 25 anni di età ed iscritti a un ciclo di studi presso un istituto scolastico di qualsiasi ordine e grado è consentito solo durante i periodi di vacanza scolastica, che l'INPS individua nei seguenti:

- vacanze natalizie: dal 1° dicembre al 10 gennaio;
- vacanze pasquali: dalla Domenica delle Palme al martedì successivo al lunedì dell'Angelo;
- vacanze estive: dal 1° giugno al 30 settembre.

Nessuna limitazione temporale è prevista per gli studenti universitari.

Del tutto libero resta anche l'utilizzo di pensionati.

La finanziaria introduce anche, in via sperimentale per il 2010, la possibilità di fornire prestazioni occasionali ed accessorie da parte dei lavoratori part-time, purché non a favore dello stesso datore di lavoro con il quale sia in atto il contratto part-time, allo scopo di evitare l'aggiramento della normativa relativa alle clausole elastiche e flessibili.

Per un completo esame della materia ed un quadro di riferimento aggiornato alle attuali novità normative rinviamo gli Associati alla lettura della Circolare INPS n. 17 del 3.02.2010.

Ci limitiamo qui a ricordare che le prestazioni occasionali ed accessorie sono quelle che garantiscono al prestatore compensi entro il limite massimo di euro 5000 netti nel corso di un anno solare e con riferimento ad ogni singolo committente (euro 6.660 lordi). Per i cassintegrati o comunque percettori di redditi di sostegno il limite è di euro 3000 netti annui (euro 4000 lordi). Le imprese familiari possono utilizzare lavoro accessorio fino ad un massimo di euro 10.000 netti (euro 13.333 lordi).



nuova  
**proposta**

# Norme giuridiche - Giurisprudenza - Consulenza

a cura dell'avv. Giacomo Mari

n.132

## **REGIONE CALABRIA - PROGETTI DI SERVIZIO CIVILE NAZIONALE PER L'ANNO 2010: APPROVAZIONE CRITERI LIMITAZIONE ASSEGNAZIONE VOLONTARI AGLI ENTI E CRITERI PUNTEGGI AGGIUNTIVI.**

*(Deliberazione Giunta Regionale del 14 dicembre 2009)*

Con la deliberazione in oggetto la Giunta regionale della Calabria, dopo avere preso atto che attualmente nell'Albo della Regione risultano iscritti 354 enti ripartiti nelle varie classi e che sono in corso le procedure di valutazione dell'accreditamento per circa altri 30 enti; che per i progetti per il contingente volontari 2009 sono stati assegnati alla Regione Calabria 471 volontari, mentre per i progetti per l'anno 2008 i volontari assegnati erano stati 692, riduzione destinata a ripetersi anche per il contingente per l'anno 2010; che tale situazione potrà determinare la concentrazione dei volontari nei progetti di pochi enti, limitando la partecipazione dei giovani alle aree territoriali dove insistono gli stessi enti con pregiudizio rispetto alla diffusione del servizio civile in tutto il territorio regionale, ha ritenuto opportuno fissare dei tetti massimi al numero di giovani da avviare nei progetti di uno stesso Ente secondo il seguente criterio: I° classe massimo 157 volontari; II° classe massimo 78 volontari; III° classe massimo 22 volontari; IV° classe massimo 6 volontari; Contestualmente la Giunta regionale, dopo avere stabilito che non saranno ammessi a valutazione i progetti che, singolarmente, superano il tetto massimo di volontari assegnato ad ogni classe, ha sottolineato la necessità di realizzare una maggiore partecipazione ed una più capillare presenza del servizio civile nell'intero territorio regionale, stabilendo limitazioni al numero di giovani da avviare nei progetti di uno stesso Ente e criteri per l'assegnazione dei punteggi aggiuntivi ai progetti di competenza regionale.

## **REGIONE EMILIA-ROMAGNA - NORME PER LA PROMOZIONE E LA VALORIZZAZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO, ISTITUTO PREVISTO DALLA LEGGE 9 GENNAIO 2004, N. 6.**

*(Legge regionale 24 luglio 2009, n. 11 - Pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 129 del 24 luglio 2009)*

La legge regionale n. 11/2009 detta norme dirette alla promozione ed alla valorizzazione dell'amministrazione di sostegno, al fine di garantirne un'efficace attuazione sul territorio regionale, nonché di promuovere il ricorso a tale stru-

mento di tutela da parte dei soggetti legittimati.

Per il raggiungimento delle finalità indicate dalla legge la Regione, in raccordo con altri enti o autorità, nonché con i soggetti del privato sociale interessati alla protezione delle persone prive in tutto o in parte di autonomia, promuove e sostiene la conoscenza e la divulgazione dell'amministrazione di sostegno, nonché la formazione, l'aggiornamento ed il supporto tecnico-informativo degli amministratori di sostegno.

L'attuazione di tali obiettivi avviene mediante l'individuazione di adeguati servizi ed iniziative a supporto dell'amministrazione di sostegno nell'ambito della programmazione regionale del sistema integrato degli interventi socio-sanitari, in un quadro di azioni omogenee sul territorio regionale; tra i servizi e le iniziative di cui sopra è ricompresa anche l'istituzione a livello provinciale di elenchi dei soggetti disponibili ad assumere l'incarico di amministratore di sostegno e la creazione di strutture di consulenza in materia legale, economica, sociale e sanitaria, alle quali gli amministratori di sostegno possono rivolgersi per le esigenze legate al loro operato.

In relazione agli elenchi in parola, al fine di precisare il profilo del potenziale amministratore di sostegno, avuto riguardo alle sue attitudini, competenze e precise disponibilità, la Giunta regionale può emanare specifiche indicazioni previo parere della commissione assembleare competente.

La Regione promuove inoltre il coordinamento tra i diversi livelli istituzionali ed il privato sociale per l'attuazione delle disposizioni della presente legge ed effettua il monitoraggio degli interventi posti in essere a livello regionale e locale; entro diciotto mesi dall'entrata in vigore della legge la Giunta regionale presenta alla commissione assembleare competente una relazione contenente lo stato di attuazione degli interventi previsti ricostruendo, in collaborazione con altri enti ed autorità, gli elementi informativi generali, con particolare riguardo: alla tipologia ed alle caratteristiche dei beneficiari e degli amministratori; a come l'utilizzo degli strumenti previsti abbia inciso sull'andamento delle richieste di nomina e sulle modalità di scelta degli amministratori.

## **REGIONE LAZIO - NORME PER IL SOSTEGNO DI AZIONI DI PREVENZIONE E CONTRASTO ALLA VIOLENZA ALLE DONNE.**

*(Legge regionale 14 maggio 2009, n. 16 - Pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione Lazio n.19 del 21 maggio 2009)*

Con la legge regionale n. 16/2009 la Regione Lazio riconosce che la violenza contro le donne costituisce violazione dei

diritti umani fondamentali, dell'integrità fisica e psicologica, della sicurezza, della libertà e della dignità.

A tal fine la Regione Lazio, nel rispetto dei principi costituzionali ed in conformità di quanto previsto dall'art. 6 dello Statuto, al fine di salvaguardare la libertà, dignità ed integrità di ogni individuo, finanzia interventi volti a prevenire e contrastare ogni forma e grado di violenza morale, fisica e psichica di natura sessuale nei confronti delle donne.

Sono ammessi ai finanziamenti di cui all'art. 1 i progetti concernenti i seguenti interventi: attività dirette al potenziamento della sicurezza diurna e notturna di parchi, giardini e luoghi a rischio di violenza sessuale, mediante sistemi di video sorveglianza, telesoccorso, illuminazione e, in generale, attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie volte ad esercitare efficaci forme di controllo del territorio a rischio di violenza sessuale; attività di carattere educativo-sociale, svolte mediante programmi divulgativi, volte alla sensibilizzazione e denuncia del fenomeno della violenza sessuale nei confronti delle donne; attività formative di educazione al rispetto dell'altro, rivolte anche a docenti e genitori, finalizzate alla prevenzione di ogni forma di violenza ed al superamento degli stereotipi di genere, nonché all'acquisizione di capacità relazionali dirette al miglioramento dell'autostima, e di apprendimento di tecniche di autodifesa per prevenire e contrastare ogni forma e grado di violenza nei confronti delle donne; attività di sostegno alle strutture ed alle aziende sanitarie per la creazione e l'implementazione di centri di aiuto alle donne.

Possono beneficiare dei finanziamenti i progetti presentati: dai comuni, singoli o associati, nonché dai municipi del Comune di Roma, riconoscendo priorità ai progetti relativi ad aree di particolare degrado sociale, in cui il rischio di reati di natura sessuale risulti particolarmente elevato; dalle organizzazioni di volontariato iscritte nel registro regionale di cui alla legge regionale 28 giugno 1993, n. 29 (*"Disciplina dell'attività di volontariato nella Regione Lazio"*) e successive modifiche, dalle cooperative sociali iscritte nell'albo regionale di cui alla legge regionale 27 giugno 1996, n. 24 (*"Disciplina delle cooperative sociali"*) e successive modifiche, limitatamente agli interventi indicati alla lettera b) dell'art. 2, dalla Consulta femminile regionale per le pari opportunità, dalle associazioni iscritte al registro di cui alla legge regionale 1 settembre 1999, n. 22 (*"Promozione e sviluppo dell'associazionismo nella Regione Lazio"*) e successive modifiche, limitatamente agli interventi indicati alla lettera b) dell'art. 2; dalle istituzioni scolastiche a partire dalle scuole di ogni ordine e grado, limitatamente agli interventi indicati alle lettere b) e c) dell'art. 2, anche mediante convenzioni ed accordi con il servizio sanitario regionale e con le associazioni sportive.

Ai fini della concessione dei finanziamenti la Giunta regionale, con apposita deliberazione da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, sentita la competente commissione consiliare permanente, determina i criteri e le modalità relativi alla redazione dei progetti concernenti gli interventi di cui all'art. 2, da parte dei soggetti beneficiari; alla presentazione delle domande per l'ammissione ai finanziamenti; all'erogazione dei finanziamenti; alla rendicontazione ed al controllo delle spese sostenute.

## **REGIONE LAZIO – ATTIVITA' RIABILITATIVE EROGATE IN MODALITA' DI MANTENIMENTO - REGIME RESIDENZIALE E SCADENZIATE. COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA (D.P.C.M. 29 NOVEMBRE 2001).**

***(Decreto del Commissario ad acta n. 95 del 29 dicembre 2009)***

Il decreto n. 95 del 29 dicembre 2009 prevede che a far data dall'1 aprile 2010, e contrariamente a quanto avvenuto fino ad oggi, quando l'intera spesa era a carico della Regione Lazio, gli utenti di enti che erogano attività di riabilitazione in modalità di mantenimento, nella forma della residenzialità o della semiresidenzialità, saranno chiamati a partecipare alle spese relative al servizio ricevuto in misura pari al 30% della tariffa giornaliera totale spettante agli enti di assistenza; nel caso di pazienti il cui reddito non sia sufficiente, la quota del 30% sarà a carico del Comune di residenza.

Per effetto di quanto previsto dal decreto la tariffa spettante agli enti che erogano attività di assistenza verrà ripartita tra la Regione, nella misura del 70%, ed il paziente, ovvero il Comune di residenza dello stesso, per il restante 30%; tuttavia tale sistema si applica unicamente agli utenti adulti, mentre l'attività di mantenimento di soggetti minori di età resta interamente a carico della Regione.

In conseguenza della nuova disciplina introdotta, dal mese di aprile 2010 le tariffe di pertinenza degli enti saranno suddivise con le seguenti modalità.

Nel caso di strutture residenziali e di attività riabilitativa di mantenimento il contributo sarà di Euro 83,15 a carico della Regione e di Euro 35,64 a carico del paziente, per i casi che comportano un impegno riabilitativo assistenziale elevato; sarà di Euro 68,69 a carico della Regione e di Euro 29,44 a carico del paziente, per i casi che comportano un impegno riabilitativo assistenziale medio.

Per le strutture semiresidenziali e l'attività riabilitativa di mantenimento il contributo sarà di Euro 43,69 a carico della Regione e di Euro 18,73 a carico del paziente, per i casi che comportano un impegno riabilitativo assistenziale elevato; sarà di Euro 34,96 a carico della Regione e di Euro 14,98 a carico del paziente, per i casi che comportano un impegno riabilitativo assistenziale medio; sarà di Euro 30,58 a carico della Regione e di Euro 13,11 a carico del paziente per i casi di impegno riabilitativo assistenziale lieve.

Al fine di garantire la piena attuazione del nuovo sistema il decreto prevede la costituzione di un gruppo tecnico che dovrà, entro il 28 febbraio 2010, ridefinire il fabbisogno assistenziale per le attività riabilitative erogabili in modalità estensiva e per quelle in modalità di mantenimento; entro il 31 marzo 2010 consultare gli organismi di categoria che rappresentano gli enti; entro il 30 giugno 2010 procedere alla eventuale integrazione dei requisiti autorizzativi delle strutture di riabilitazione estensiva e di mantenimento, nonché definire ulteriori criteri clinici di accesso/dimissione alla/dalla assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento; entro il 30 settembre 2010 ridefinire il sistema di remunerazione dell'attività riabilitativa estensiva e di mantenimento, rimodulare le tariffe tenuto conto delle diverse tipologie di disabilità, nonché fornire indicazioni per il controllo clinico dei progetti riabilitativi erogati presso i centri di riabilitazione.

Si sottolinea che alla data in cui il presente numero è mandato in stampa è in corso una richiesta da parte del Governo volta a modificare la disciplina inizialmente prevista dal decreto in oggetto, con l'estensione delle prestazioni a pagamento anche all'attività di riabilitazione resa nei confronti dei minori d'età.

### **REGIONE SARDEGNA – NORME IN MATERIA DI VALORIZZAZIONE E RICONOSCIMENTO DELLA FUNZIONE SOCIALE ED EDUCATIVA DEGLI ORATORI E DELLE ATTIVITÀ SIMILARI.**

**(Legge regionale 8 febbraio 2010, n. 4 – Pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione Sardegna n.6 dell'8 febbraio 2010)**

Con la legge in parola la Regione Sardegna si propone di sostenere gli interventi finalizzati a favorire il recupero, l'integrazione e la prevenzione del disagio minorile, nonché a coinvolgere le nuove generazioni in azioni di miglioramento del quadro sociale di riferimento, affinché possano acquisire consapevolezza, dinamismo e iniziativa rispetto ai processi di sviluppo.

A tal fine la Regione riconosce e valorizza la funzione sociale, aggregativa, educativa e formativa svolta dalle parrocchie e dagli enti della Chiesa cattolica e delle altre confessioni religiose con le quali lo Stato abbia stipulato un'intesa ai sensi dell'art. 8, 3° comma della Costituzione, mediante attività di oratorio o attività similari, in conformità ai principi e per gli scopi di cui alla legge 1° agosto 2003, n. 206 (*"Disposizioni per il riconoscimento della funzione sociale svolta dagli oratori e dagli enti che svolgono attività similari e per la valorizzazione del loro ruolo"*).

Per il raggiungimento degli obiettivi indicati all'art. 1 la Regione sottoscrive appositi protocolli d'intesa con la Conferenza episcopale sarda, con la Conferenza italiana superiori maggiori della Sardegna, con l'Unione superiore maggiori d'Italia della Sardegna e con le organizzazioni che rappresentano nella Regione le confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato un'intesa.

I protocolli d'intesa definiscono gli indirizzi e le azioni finalizzate alla valorizzazione ed alla promozione della funzione educativa, formativa, aggregativa e sociale svolta dagli oratori o attività similari di altre confessioni religiose; individuano le forme di collaborazione tra la Regione ed i soggetti indicati all'art. 1, 2° comma; stabiliscono i casi e le modalità con cui i soggetti di cui all'art. 1, 2° comma partecipano agli organismi regionali che si occupano delle materie d'intervento legate ai minori, agli adolescenti ed ai giovani; elencano le materie, i modi e i casi in cui i soggetti sopra menzionati presentano proposte e programmi ed esprimono un parere consultivo in sede di elaborazione delle linee di programmazione della politica regionale.

La Regione sostiene le attività socio-educative individuate nei protocolli d'intesa e svolte dagli oratori, o da attività similari di altre confessioni religiose, attraverso finanziamenti volti a perseguire i seguenti obiettivi: sostegno alla qualificazione degli operatori che agiscono nell'ambito degli oratori o attività similari di altre confessioni religiose; realizzazione di percorsi di recupero a favore di soggetti a rischio di emarginazione sociale e di devianza in ambito minorile e di disabilità; realizzazione di percorsi di formazione di cittadinanza

attiva; riadattamento e riqualificazione delle strutture esistenti ed acquisto di arredamenti, attrezzature e strumenti didattici.

Ai fini dell'erogazione del finanziamento la Regione, con deliberazione della Giunta regionale, adottata su proposta dell'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, stabilisce annualmente le priorità tra gli obiettivi indicati dall'art. 3, il termine per la presentazione dei progetti e la ripartizione, anche parziale, del finanziamento, tenuto conto della priorità tra gli obiettivi e di una adeguata e proporzionale distribuzione in tutto il territorio regionale.

Il piano degli interventi e dei progetti è esaminato ed approvato dalla Giunta regionale su proposta dell'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, sentito il parere della Commissione consiliare competente in materia di sanità da esprimersi entro trenta giorni.

I beneficiari dei finanziamenti devono presentare annualmente all'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale il rendiconto dell'utilizzo delle risorse percepite nell'anno precedente, accompagnato da una relazione sugli obiettivi raggiunti; la rendicontazione costituisce condizione imprescindibile per la concessione di ulteriori finanziamenti.

Con la legge in oggetto la Regione riconosce e valorizza altresì l'attività di altri soggetti che svolgono azioni di rilevanza sociale ed educativa in relazione al mondo giovanile e adolescenziale.

### **REGIONE TOSCANA - INTERVENTI PER COMBATTERE LA POVERTÀ ED IL DISAGIO SOCIALE ATTRAVERSO LA REDISTRIBUZIONE DELLE ECCELENZE ALIMENTARI.**

**(Legge regionale 25 giugno 2009, n. 32 - Pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione Toscana n. 23 del 1° luglio 2009)**

Nell'ambito delle politiche di solidarietà sociale la Regione Toscana riconosce, valorizza e promuove l'attività svolta per il recupero delle eccellenze alimentari e per la loro redistribuzione in favore di coloro che assistono persone in stato di grave disagio sociale e di indigenza.

Per il raggiungimento delle finalità previste dalla legge la Regione si avvale dei soggetti del terzo settore, di cui alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (*"Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti e di cittadinanza sociale"*), che esercitano in modo prevalente l'attività di cui all'art. 1.

Tali soggetti devono rispondere ai seguenti requisiti: operare in Toscana; documentare l'attività, esercitata da almeno cinque anni in modo continuativo; operare in almeno cinque province del territorio regionale; operare con una progettualità di rete a livello territoriale.

Per l'attuazione delle finalità previste dalla legge la Regione individua gli obiettivi e le modalità di intervento e di sostegno operativo e finanziario, mediante la predisposizione di un programma di interventi a valenza triennale, approvato dalla giunta regionale.

Il programma di interventi persegue i seguenti obiettivi: l'attenuazione delle condizioni di disagio delle persone e delle famiglie, attraverso la raccolta e la distribuzione di generi ali-

mentari ai soggetti che operano nel settore assistenziale; la promozione ed il sostegno di specifici progetti formativi inerenti la diffusione di una corretta cultura della nutrizione da attuarsi anche mediante apposite azioni di informazione rivolte verso la collettività; la costituzione di modelli di partnership consistenti nella definizione di accordi di collaborazione tra le aziende del settore alimentare, della grande distribuzione alimentare e della ristorazione collettiva, con i soggetti di cui all'art. 2, favorendo la cessione di beni non commerciabili ma ancora commestibili; la predisposizione di progetti di informatizzazione e di formazione professionale a sostegno delle attività di recupero e di redistribuzione delle eccedenze alimentari.

I rapporti tra la Regione ed i soggetti individuati dal programma sono regolati da un'apposita convenzione approvata dalla giunta regionale; la convenzione prevede le modalità ed i tempi di realizzazione degli interventi e dei servizi prestati, nonché le modalità per la verifica dello svolgimento degli stessi e per l'erogazione di risorse economiche da parte della Regione.

### **REGIONE UMBRIA - DISCIPLINA DI ATTUAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE 4 GIUGNO 2008, N. 9 (ISTITUZIONE DEL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI).**

***(Regolamento regionale 20 maggio 2009, n. 4 – Pubblicato nel Bollettino ufficiale della Regione Umbria n. 24 del 27 maggio 2009)***

Il regolamento regionale n. 4 del 20 maggio 2009 disciplina, in attuazione di quanto previsto dalla legge regionale 4 giugno 2008, n. 9 (*"Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni"*): i criteri e le modalità per l'accesso alle prestazioni; i criteri di compartecipazione al costo delle prestazioni; i criteri per garantire la gradualità nell'erogazione delle prestazioni per la fase di progressivo raggiungimento dei livelli essenziali.

Le prestazioni finanziate con il Fondo regionale per la non autosufficienza sono rivolte a persone non autosufficienti aventi diritto all'assistenza sanitaria.

Le risorse del Fondo sono destinate all'erogazione delle prestazioni previste dal Piano di assistenza personalizzato nell'ambito delle seguenti tipologie: a) interventi a carattere domiciliare; b) interventi a carattere semiresidenziale; c) interventi a carattere residenziale;

d) interventi volti a facilitare la vita indipendente del soggetto non autosufficiente, tramite dotazione di ausili, attrezzature e presidi non finanziati da altre leggi nazionali o regionali; e) interventi volti a facilitare l'accesso e la frequenza alle attività scolastiche e formative dei disabili in età evolutiva.

L'universalità dell'accesso alle prestazioni è garantita dalla rete dei servizi territoriali sociali e sanitari, uffici della cittadinanza e centri di salute che assicurano l'immediata presa in carico della persona non autosufficiente e, dopo una prima lettura del bisogno, l'avvio delle procedure valutative che devono concludersi con la elaborazione, entro e non oltre sessanta giorni dalla presa in carico della persona, del progetto individuale di cui all'art. 5 della legge regionale n. 9/2008 e la sottoscrizione del Patto per la cura

e il benessere di cui all'art. 8 della stessa legge.

L'accertamento della condizione di non autosufficienza e del relativo livello di gravità è effettuato dalle unità multidisciplinari di valutazione previste dall'art. 6 della legge regionale n. 9/2008; per i disabili adulti e minori le unità multidisciplinari di valutazione tengono conto dello stato di salute organico-funzionale, delle condizioni cognitivo-comportamentali e della situazione socio-ambientale e familiare, secondo gli strumenti di valutazione multidisciplinare e le scale di valutazione definiti con atto della Giunta regionale, ai sensi dell'art. 6 della legge regionale n. 9/2008.

L'erogazione delle prestazioni al soggetto interessato è effettuato sulla base dei seguenti criteri: la gravità clinica; la bassa redditualità dell'assistito; l'alta fragilità sociale.

Il Regolamento prevede che la compartecipazione alla copertura del costo degli interventi sociali da parte del soggetto destinatario delle prestazioni è determinata avuto riguardo all'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE).

Le modalità di calcolo dell'ISEE per la compartecipazione alla copertura del costo della prestazione avviene tenendo conto: della situazione economica del destinatario della prestazione, nonché della situazione patrimoniale del destinatario della prestazione.

La compartecipazione da parte del soggetto non autosufficiente al costo delle prestazioni è riferita alla condizione economica del solo richiedente, valutando, per la quota di reddito calcolata nell'ISEE, il reddito disponibile.

Ai fini della determinazione della compartecipazione il Regolamento prevede tre livelli: l'esenzione totale; l'esenzione parziale; la non esenzione.

L'esenzione totale è riconosciuta ai soggetti non autosufficienti il cui ISEE è inferiore o pari alla soglia nazionale di povertà relativa rilevata l'anno antecedente a cui la prestazione si riferisce; l'esenzione parziale è riconosciuta ai soggetti non autosufficienti il cui ISEE è superiore alla soglia nazionale di povertà relativa, rilevata l'anno antecedente a cui la prestazione si riferisce, ed inferiore o pari al trattamento minimo annuo della pensione I.N.P.S. moltiplicato per quattro; la non esenzione è prevista per i soggetti non autosufficienti il cui ISEE è superiore al trattamento minimo annuo della pensione I.N.P.S. moltiplicato per quattro; in quest'ultimo caso tuttavia la Giunta regionale può stabilire un tetto massimo del costo delle prestazioni a carico del soggetto non esente.

Per il soggetto parzialmente esente il livello di compartecipazione al costo delle prestazioni è stabilito nella seguente misura: il trenta per cento della quota sociale del costo dell'intervento a carattere domiciliare rivolta a soggetti non autosufficienti; il quarantacinque per cento della quota sociale della tariffa per l'assistenza in strutture semiresidenziali per soggetti non autosufficienti; il cinquanta per cento della quota sociale della tariffa per l'assistenza all'interno di strutture residenziali rivolta a soggetti non autosufficienti.

Al fine di monitorare le prestazioni erogate il direttore di distretto ed il promotore sociale competente per territorio elaborano, entro il 31 ottobre di ogni anno, una relazione annuale che prevede: il numero delle persone non autosufficienti prese in carico; il numero dei patti per la cura ed il benessere predisposti e sottoscritti ai sensi dell'art. 8 della legge regionale n. 9/2008; i tempi medi di attesa tra la presa in carico e la sottoscrizione del Patto per la cura ed il benessere.

(segue da pag. 14)

## MINORI, FAMIGLIA E SERVIZI

che il percorso non si è ancora concluso, quando addirittura, con una dose di furbizia, si è proceduto alla trasformazione solo apparente di istituti tradizionali nelle auspiccate comunità di tipo familiare.

Infatti dati recenti raccolti dall' Istituto degli Innocenti di Firenze indicano che vi sono ancora orfanotrofi aperti, soprattutto al sud, quando non capita di vedere **istituti assistenziali camuffati in case-famiglia** con divisori posticci, ma senza alcuna trasformazione sostanziale, oltre che nella struttura, soprattutto nel rinnovamento dei metodi educativi e sociali, che possono essere assicurati da personale preparato e adeguato ai nuovi bisogni. Peraltro sono significative le recenti uscite, riprese anche dalla stampa, di rappresentanti, sia dello Stato che della Chiesa, che rimpiangono le strutture chiuse, quali erano gli istituti assistenziali e gli orfanotrofi, che nel passato hanno svolto una loro funzione, assicurando servizi essenziali, ivi compresi quello dell'istruzione di base e dell'avviamento al lavoro, con una finalità, neanche sottaciuta, di ordine pubblico (non diversamente da quanto prevede oggi la legge sulla sicurezza n.94/2009, in base alla quale cambiano i "disturbatori": oggi gli immigrati e le loro famiglie non in regola, ieri i poveri, ma anche i minori in difficoltà per il loro "status", ad esempio di orfano o di "illegittimo", brutto termine quest'ultimo per indicare in passato i bambini nati da genitori non regolarmente sposati).

**Ho vissuto nella mia esperienza le due fasi:** quella dei tempi degli orfanotrofi e degli istituti per illegittimi e anche per minori in difficoltà di comportamento o di apprendimento e quella dell'avvio dei servizi alternativi, come adozione, affidamento familiare e avvio di case famiglia.

Tanto per sintetizzare: la struttura tradizionale era di grandi camerate con il box dell'istituto inserito in un angolo strategico per la vigilanza; gli orari erano rigidi; spesso era d'obbligo la divisa, con poche uscite all'esterno in file ordinate; i pasti erano consumati spesso in silenzio.

Un ambiente freddo, che serviva a mantenere l'ordine e la disciplina, più che far crescere in modo naturale la personalità del minore.

Il passaggio a una risposta più personalizzata è iniziato ai primi Anni ottanta del secolo trascorso con la legge 184/1983 su *affidamento e adozioni*. Diversamente per quanto riguarda la

*tipologia comunità di tipo familiare*, che si presta tuttora a qualche equivoco, a volte dovuto a ritardi e omissioni degli enti pubblici (Regioni e Comuni), che non sempre hanno definito in modo corretto gli standard di una casa famiglia, ma anche alla mentalità di operatori (si spera una minoranza), restii al cambiamento.

**La struttura di una casa famiglia o comunità di tipo familiare, i cui ospiti non possono superare quello di un nucleo familiare normale, deve essere ispirata a criteri che riproducano l'ambiente familiare.** Non ci si nasconde che far convivere bambini e adolescenti di diversa provenienza e con differenti problemi non è facile. Ciò vuol dire che ci devono essere delle regole, che vanno rispettate. Meglio se queste regole sono costruite con gli stessi ragazzi.

La struttura deve essere inserita in un contesto urbano normale, che consenta di raggiungere facilmente le scuole e accedere ai servizi del quartiere. Mi ha colpito in senso negativo una casa famiglia che si preoccupa di essere identificata come tale e che elenca con una targa all'ingresso i benefattori. Vecchio stile assistenziale non rispettoso della dignità della persona accolta.

Gli ambienti siano strutturati in modo accessibile con luce e colori vivaci. Case famiglia contigue spesso sono frutto di ristrutturazioni di istituti e nella sostanza ripetono il vecchio schema dell'anonimato degli ospiti.

Dare indicazioni non è facile. Comunque il perno di una accoglienza di bambini e adolescenti, che si configuri il più possibile come ambiente di tipo familiare, è nella **presenza di personale preparato, ma anche motivato** per assolvere ad un lavoro delicato, com'è quello di far crescere in senso pieno persone, spesso con qualche piccolo o grande trauma subito, derivante dall'assenza o dalla inadeguatezza della famiglia naturale.

Infine è opportuno tener presente che la definizione di *standard* rigidi di un servizio di tipo familiare da parte di regioni e comuni può creare strutture che non sempre rispondono ai bisogni di una specifica realtà. Sarebbe bene insistere con le istituzioni pubbliche responsabili sulla necessità di costruire insieme il modello, rivendicando così la funzione di partecipazione, formalmente riconosciuta ma spesso negata, nella co-progettazione dei servizi.

Tornando al punto di partenza di queste note, è sempre valido il detto che *le nozze non si fanno con i fichi secchi*, che vuol dire: senza risorse disponibili non si può pensare a una politica di servizi adeguati alla situazione dei bisogni attuali dei minori.



nuova  
**proposta**

Questa pagina vuole essere un "colpo d'ala", cioè una proposta per un momento di riflessione.

## DODICI REGOLE

- *il rispetto dell'altro, prima dell'aiuto e della solidarietà;*
- *l'impegno per la giustizia, prima della carità;*
- *il coraggio della verità, prima della riconciliazione;*
- *il più esigente e rigoroso sacrificio, prima dei riconoscimenti e delle gratifiche;*
- *la richiesta di competenza, prima della responsabilità e degli incarichi;*
- *la riflessione e la preghiera, prima dell'azione;*
- *la conquista e l'esigenza della fiducia, prima degli accordi o delle collaborazioni;*
- *i servizi della comunità civile, prima della sua ricchezza e degli agi;*
- *la cittadinanza attiva e responsabile, prima delle virtù intime;*
- *l'impegno del dono, prima della propria salute;*
- *ogni familiare, prima della "famiglia";*
- *"gli ultimi", prima dei primi.*

Luciano Tavazza

*nuova*  
**proposta**

Bollettino ufficiale dell'UNEBA - Unione Nazionale Istituzioni e Iniziative di Assistenza Sociale

**Direttore Responsabile: MAURIZIO GIORDANO**

**Redazione ed Amministrazione:** 00182 Roma - Via Mirandola, 15 - Tel. 065943091 - Fax 0659602303

e - mail: [info@uneba.it](mailto:info@uneba.it) - sito internet: [www.uneba.org](http://www.uneba.org)

Autorizzazione del Tribunale di Roma N. 88 del 21/2/1991

Progetto, realizzazione grafica e stampa:

Consorzio AGE s.r.l. - Via Giustiniani 15/A - Roma - Tel. 069111307