

Maria Luisa Raineri e Francesca Corradini

LINEE GUIDA E PROCEDURE DI SERVIZIO SOCIALE

Manuale ragionato per lo studio e la consultazione

TERZA EDIZIONE
AGGIORNATA



Erickson

Questo libro raccoglie in maniera sistematizzata le linee guida e le procedure di servizio sociale professionale, vale a dire le indicazioni operative che gli assistenti sociali, impegnati nel lavoro sul campo a diretto contatto con l'utenza, seguono in ottemperanza alle leggi di settore, agli orientamenti dell'ente per cui lavorano, ai regolamenti di servizio. Le linee guida e le procedure indicano come la metodologia del servizio sociale può trovare applicazione concreta — nei suoi elementi base — quando si lavora con un determinato tipo di utenza e di problemi, e in un dato contesto normativo, politico, organizzativo.

I contenuti sono organizzati attorno ai diversi tipi di utenza di cui si occupa il servizio sociale professionale: persone con difficoltà di reddito e di alloggio, anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone con difficoltà legate ai rapporti di coppia, famiglie in cui vi sono difficoltà genitoriali, minorenni interessati da provvedimenti di tutela, minorenni sottoposti a procedimento penale, persone con problemi di dipendenza, persone con problemi di salute mentale, persone sottoposte a misure penitenziarie.

Ciascun capitolo riporta, per ogni area di utenza:

- alcune più specifiche informazioni di contesto (gli enti pubblici titolari delle competenze socio-assistenziali rispetto all'ambito di intervento in questione e gli elementi fondamentali delle norme di legge nazionali in materia);
- le fasi essenziali del processo di aiuto, declinate in rapporto al tipo di problematica;
- la descrizione delle varie prestazioni legate a quel tipo di problema, con l'indicazione del procedimento che segue l'assistente sociale per attivarle, monitorarne la realizzazione e verificarne gli esiti.

Il libro è rivolto principalmente agli studenti delle Lauree triennali in Servizio sociale, ma può risultare una comoda base di consultazione anche per gli assistenti sociali già sul campo che vogliono, ad esempio, farsi un'idea del lavoro relativo ad aree di utenza diverse da quelle con cui operano abitualmente. Il volume può servire anche agli operatori che si trovano a collaborare con gli assistenti sociali e necessitano quindi di conoscerne le funzioni nei vari ambiti di intervento: ad esempio gli educatori professionali, gli psicologi, gli avvocati, i magistrati, il personale sanitario.

ISBN 978-88-590-1865-0



€ 35,00

Indice

- 7 Nota introduttiva alla terza edizione (*M.L. Raineri e F. Corradini*)
- 9 Prefazione alla prima edizione (*F. Folgheraiter*)
- 13 Introduzione

PRIMA PARTE Contesto istituzionale

- 21 CAP. 1 La gestione dei servizi socio-assistenziali negli enti pubblici: nozioni di base
- 53 CAP. 2 Gli enti di Terzo settore: nozioni di base

SECONDA PARTE Interventi per bisogni di base

- 79 CAP. 3 Interventi rivolti a persone con difficoltà di reddito e di alloggio

TERZA PARTE Interventi rivolti a persone non autosufficienti o con disabilità

- 109 CAP. 4 Interventi per persone non autosufficienti o con disabilità (1): il percorso di aiuto
- 139 CAP. 5 Interventi per persone non autosufficienti o con disabilità (2): protezione legale
- 161 CAP. 6 Interventi per persone non autosufficienti o con disabilità (3): assistenza a domicilio e in struttura
- 197 CAP. 7 Interventi per persone non autosufficienti o con disabilità (4): accertamenti, indennità economiche e agevolazioni

QUARTA PARTE Interventi rivolti a famiglie e minori in difficoltà

- 211 CAP. 8 Interventi per difficoltà legate a rapporti di coppia, gravidanza, nascita

- 241** CAP. 9 Obbligo di istruzione, integrazione scolastica e integrazione lavorativa
- 265** CAP. 10 Tutela dei minori (1): il percorso di aiuto
- 291** CAP. 11 Tutela dei minori (2): rapporti con l'autorità giudiziaria
- 319** CAP. 12 Tutela dei minori (3): interventi domiciliari, semiresidenziali e residenziali
- 343** CAP. 13 Tutela dei minori (4): affidamento familiare
- 367** CAP. 14 Tutela dei minori (5): adozione
- 395** CAP. 15 Interventi per minori sottoposti a procedimento penale

QUINTA PARTE Interventi rivolti ad altre specifiche aree di utenza

- 417** CAP. 16 Interventi per problemi di dipendenza
- 457** CAP. 17 Interventi in ambito penale e penitenziario
- 487** CAP. 18 Interventi nell'ambito della salute mentale
- 515** CAP. 19 Interventi per persone immigrate

- 551** Significato delle abbreviazioni
- 557** Bibliografia
- 567** Indice completo

Nota introduttiva alla terza edizione

L'apprezzamento incontrato dalla precedente edizione di questo volume ha sollecitato a predisporre una terza edizione, ampiamente rivista nei contenuti. Aggiornare periodicamente un testo su temi tanto vari è un compito impegnativo, che diventa più gestibile se si può contare sulla collaborazione di un valido co-autore. Il libro esce quindi, questa volta, a doppia firma. Francesca Corradini, che già aveva contribuito molto alla seconda edizione, ha svolto un ampio lavoro su tutto il testo, che è ora da attribuire anche a lei.

Gli oltre quattro anni trascorsi dall'edizione precedente hanno visto parecchie modifiche in vari settori del welfare e del diritto civile, penale e penitenziario. Queste modifiche hanno inciso ovviamente anche sull'attività professionale degli assistenti sociali, con il conseguente adeguamento delle prassi precedenti, o l'avvio di prassi nuove, ancora in fase di sviluppo.

Per il capitolo riguardo alle persone immigrate e per la sezione sul reddito di cittadinanza ciò ha portato a una criticità ben difficile da risolvere: sono intervenuti cambiamenti assai rilevanti proprio durante i mesi di lavorazione del testo, tanto che non ci è sembrato fattibile, ad oggi, rintracciare delle prassi consolidate abbastanza da poter essere definite delle «procedure». Nonostante ciò, in accordo con l'editore, non abbiamo voluto rinviare ulteriormente la stampa. Il libro esce quindi con solo un sintetico accenno al reddito di cittadinanza, e con l'ultimo capitolo che si limita a documentare la situazione antecedente al novembre 2014. Le autrici e l'editore si impegnano a mettere a disposizione dei lettori un aggiornamento online non appena sarà possibile.

Il volume è stato realizzato con il supporto di un gruppo di colleghi assistenti sociali coinvolti nelle attività formative e di ricerca dell'Università Cattolica, benché la responsabilità del contenuto sia da attribuire a noi autrici.

La prima ricognizione delle procedure da prendere in considerazione è stata effettuata con l'aiuto dei docenti di Metodologia del servizio sociale e dei tutor incaricati di guidare la formazione sul campo. Il materiale su cui si basa la stesura iniziale del volume era costituito dalle dispense elaborate per uso interno da Marina Fasciolo, Francesca Megni, Alessandra Govi e Loris Benedetti. Al loro contributo si è aggiunto, nella seconda edizione, quello di Anna Abburrà.

Questa terza edizione è stata rivista per le prime tre parti da Francesca Megni e Stefania Galatro; da Francesca Maci e Claudia Tagliabue per la quarta parte e da Caterina Manelli per la quinta. Inoltre, hanno letto le bozze e ci hanno dato preziosi suggerimenti anche Marco Noli (cap. 1 e 2), Giulia Avancini (cap. 3), Ivana Ferrazzoli (cap. 5, 6, 7 e 18), Marina Mammi (cap. 9), Camilla Landi (cap. 12 e 13), Laura Pinto (cap. 15) e Milena Cassano (cap. 17).

Nel ringraziare tutti loro ci auguriamo che, una volta ancora, questa collaborazione con chi esercita direttamente la professione abbia portato a un testo effettivamente vicino al livello operativo di campo, e che vada incontro alle necessità dei futuri assistenti sociali.

Maria Luisa Raineri e Francesca Corradini

Milano, marzo 2019

Prefazione alla prima edizione

Con grande soddisfazione accolgo l'uscita di questo volume così importante, sotto molti punti di vista, per il servizio sociale italiano. Non solo perché documenta in maniera completa e sistematica, per la prima volta, la totalità degli interventi socio-assistenziali che sono tradizionalmente messi in capo agli assistenti sociali nelle diverse aree d'intervento. Il pregio maggiore a me pare quello di saperci offrire la tessitura di un rigoroso ragionamento d'insieme. Il filo rosso di una logica insieme semplice e poderosa percorre tutta l'opera rendendola didatticamente e professionalmente unica. Non meno importante tuttavia mi appare una funzione che si potrebbe definire di testimonianza.

Ora soprattutto che l'impianto del welfare state convenzionale viene messo ingenerosamente in discussione, e che addirittura per riduzione di fondi corre il rischio di essere smantellato facendo di tutta un'erba un fascio, sia delle misure che funzionano sia di quelle che obiettivamente mostrano da tempo evidenti limiti, in questo frangente così rischioso ci pare un'opportunità notevole quella di poter visualizzare in una grande fotografia d'insieme quelle nobili conquiste di «umanità istituzionale» che hanno reso fin qui civile la nostra nazione, pur in mezzo a tutte le sue disfunzioni e i suoi noti guai.

L'autrice è conosciuta come esperta di metodologia del servizio sociale. Per anni abbiamo lavorato assieme nella nostra équipe di ricerca su progetti in apparenza molto distanti se non antitetici rispetto a quello che, dopo un certosino e lungo lavoro, ci ha dato come esito il presente libro. Il maggiore interesse accademico di Maria Luisa Raineri è sempre stato quello non già di documentare l'esistente, bensì di individuare possibilità d'innovazione, sia sul piano teorico del lavoro sociale, per rinnovarne l'armamentario concettuale se non proprio il paradigma sottostante, sia sul piano pratico quotidiano, quello delle molteplici e spesso faticose prassi agite sui territori e negli enti preposti da migliaia e migliaia di assistenti sociali. Ha scritto libri e saggi importanti per rinnovare le coordinate su cui potessero germogliare nuove e persino divergenti opportunità di riflessività professionale. Anche la sua lunga esperienza di docente è andata in questa direzione, senz'altro dotata ai suoi occhi, così come a quelli di tanti di noi, di maggior fascino sul piano intellettuale.

Questo che il lettore tiene tra le mani è però un libro di tutt'altro genere. Non è un libro metodologico e tanto meno epistemologico. Non ha a che vedere con il «dover essere» professionale. Non mira a fissare i lineamenti di un sofisticato cambiamento culturale necessario a rendere gli stili di lavoro sempre più adeguati ai tempi e auspicabilmente più efficaci. In termini più specifici: non ha a che fare, se non indirettamente, con il ragionamento discrezionale dei singoli operatori sul campo.

Come il titolo rende immediatamente evidente, il libro documenta l'impersonale «ragionamento» istituzionale che si è stratificato nel tempo e sedimentato negli atti pubblici e nelle norme di legge. È un'opera che mira a cogliere l'oggettività del sapere professionale. Vuole fissare le basi portanti o — per dirla in un altro modo — i binari astrattamente (formalmente) costituiti entro i quali l'agire libero degli assistenti sociali — vale a dire il loro apporto più tipicamente professionale — si può esplicitare e ricordare collettivamente. L'autrice è riuscita ad andare — per così dire — al fondo del barile e raschiare il sapere consolidato e stratificato «del sistema». Aiutata da valenti colleghi, ha rovistato con metodo e con tanta pazienza analitica, sfruttando internet come è giusto che sia nei nostri tempi, nel magmatico «barile» socio-assistenziale italiano, dove tante belle cose e persino delle perle sono state via via accatastate senza metodo apparente, per non dire quasi alla rinfusa. Con la sua ricerca dentro le pieghe di quella sorta di grande caos organizzato che ci appare essere oggi il nostro welfare, Maria Luisa Raineri è riuscita a restituire miracolosamente a tutti noi, profani ed esperti, un quadro d'insieme chiaro, e persino coerente.

Ripeto: può sembrare paradossale, e forse davvero lo è, che solo oggi giunga a nostra disposizione una summa esauriente dei provvedimenti e delle logiche istituzionali di protezione sociale, proprio oggi appunto nel momento in cui tutto il sistema rischia di non potersi più reggere. Questo testo tuttavia ci mostra un dato lampante: ciò che si è sedimentato nel welfare nostrano è per gran parte irrinunciabile, per non dire sacrosanto. La gran parte delle responsabilità istituzionali che competono in via esclusiva (il che vuol dire: tutelate da un Albo) agli assistenti sociali nella loro qualità di funzionari pubblici, qui ben descritte e motivate, ci appaiono tutte quali doverose misure minime di civiltà. Tecnicamente diciamo che esse potrebbero identificarsi nei famosi standard minimi socio-assistenziali, vale a dire quelle provvidenze istituzionali che si qualificano come diritti esigibili, interventi quindi che non potrebbero essere smantellati o de-finanziati per nessuna ragione. Persino i liberisti, che pure non sono teneri con i sistemi pubblici di welfare, riconoscono che sotto determinati livelli di redistribuzione — appunto al di sotto di standard minimi di pubblica solidarietà — non si può scendere, per non mettere a repentaglio la coesione sociale (e in realtà forse per pure ragioni morali, affinché le nostre società opulente non debbano vergognarsi di se stesse).

Il manuale servirà agli studenti di servizio sociale, agli assistenti sociali sul campo e ai dirigenti dei servizi socio-sanitari per comprendere con maggiore dettaglio e chiarezza le logiche istituzionali e le procedure operative condivise. Siamo sicuri che tutto questo si tradurrà in un deciso rafforzamento della professionalità di base, una maggiore sicurezza negli automatismi decisionali e nelle routines di lavoro. Ma qui vorrei di nuovo enfatizzare l'unitarietà e l'integrità dell'azione professionale. La possibilità di affidarsi con più scioltezza alla sapienza codificata nelle micro-decisioni ripetitive porta a questo ulteriore vantaggio: consente ai professionisti di concentrare le loro migliori energie sulla specificità di ogni singola situazione. Togliendo preoccupazione rispetto alle possibili omissioni o ai possibili errori procedurali, una migliore padronanza della

tecnicità di base può consentire agli assistenti sociali di proiettarsi al meglio nella parte più alta e stimolante del loro mestiere, che è la relazione con il «sociale». La «soluzione» o l'alleviamento dei problemi esistenziali richiede all'assistente sociale di individuare ogni volta «percorsi» nuovi e quindi di mobilitare competenze umane creative (intelligenza e motivazione a far bene in primis) ovunque esse si trovino. Le humanities cui tende l'assistente sociale sono il cuore pulsante di ogni sistema di welfare che sappia trascendere la sua originaria ossatura burocratica. Per definizione, queste qualità risiedono al di fuori delle procedure, anche se queste possono e debbono sorreggerle e indirizzarle.

Fabio Folgheraiter

Coordinatore del corso di Laurea magistrale in
«Politiche sociali e servizi per i minori, le famiglie e le comunità»,
Università Cattolica di Milano

Introduzione

Questo volume raccoglie e sistematizza il complesso corpo delle svariate linee guida e procedure di servizio sociale professionale, vale a dire le indicazioni operative che gli assistenti sociali, impegnati nel lavoro sul campo a diretto contatto con l'utenza, seguono in ottemperanza alle leggi di settore, agli orientamenti dell'ente per cui lavorano, ai regolamenti di servizio.

I due termini, linee guida e procedure, si riferiscono a sequenze ordinate di azioni, indicate in maniera concreta ed esplicitamente correlate agli orientamenti di senso sottostanti, che per l'appunto ci si attende vengano svolte dall'assistente sociale per realizzare gli interventi di aiuto di cui è incaricato dall'ente per cui opera. La differenza tra le due espressioni è che le linee guida consistono in indicazioni un po' più ampie e meno strettamente vincolanti rispetto alle procedure. Le linee guida lasciano all'operatore maggiore discrezionalità e, quindi, sono in genere completate da un corpo più consistente di informazioni e riflessioni analitiche, finalizzate a facilitare la presa di decisione caso per caso.

Un elemento costitutivo delle linee guida e delle procedure, per come vengono intese qui, è che siano sufficientemente formalizzate, cioè che siano definite in documenti istituzionali o che comunque si possano ritenere condivise dalla comunità professionale. Il taglio di questo libro, quindi, è di natura documentaria e oggettiva: non viene riportato cosa sarebbe opportuno fare secondo chi scrive, ma quali indicazioni vengono *generalmente* ritenute valide, stando a ciò che possiamo leggere — appunto — nelle linee guida ufficiali, nelle carte dei servizi, nei protocolli di intesa, nei documenti programmatici, ecc., ove attengono alle funzioni del servizio sociale professionale.

Guardando alla tradizione formativa e disciplinare del servizio sociale, non credo che il contenuto di questo libro trovi corrispondenza in una specifica materia di insegnamento: sta, in effetti, nell'intersezione tra la «metodologia del servizio sociale» (con i suoi riferimenti esterni alla sociologia e alla psicologia) e altre specifiche discipline legate al welfare: il diritto (soprattutto il diritto assistenziale, il diritto minorile e di famiglia, il diritto penitenziario), la politica sociale (soprattutto le politiche socio-assistenziali delineate dalle leggi regionali di settore), l'organizzazione dei servizi sociali.

In altri termini, le linee guida e le procedure indicano come la metodologia del servizio sociale può trovare applicazione concreta — nei suoi elementi base — quando si lavora con un determinato tipo di utenza e di problemi, e in un dato contesto normativo, politico, organizzativo. Dato il taglio del volume, vale forse la pena di spendere qualche parola in più per meglio inquadrarne il contenuto.

L'intervento professionale dell'assistente sociale si svolge, salvo sporadiche eccezioni, per conto di un ente, pubblico o di Terzo settore. Ciò che fa l'assistente sociale può essere considerato, dunque, come la concretizzazione dell'azione d'aiuto di una organizzazione nei confronti di tutti i cittadini, o di alcune particolari categorie, a seconda delle finalità che l'ente si pone. Detto in altre parole, l'assistente sociale costituisce un «braccio operativo» di un ente. L'ente — come dice il nome — è un'entità astratta, e quindi può agire solo tramite i propri operatori: l'assistente sociale è uno di essi.

Che azioni vengono svolte dagli assistenti sociali, per conto degli enti per cui lavorano? Esse si differenziano a seconda dell'organizzazione, del tipo di problematiche da affrontare, della collocazione gerarchica dell'assistente sociale in questione.

Pur in questa grande variabilità, possiamo individuare due grandi categorie di azioni:

- le azioni finalizzate all'erogazione personalizzata di prestazioni;
- le azioni di aiuto «aperto», cioè finalizzate ad accompagnare le persone a ri-orientare o riorganizzare la propria vita, per affrontare una difficoltà (Folgheraiter, 2007).

Erogazione personalizzata di prestazioni

Erogazione di prestazioni negli enti pubblici

In questa categoria rientrano, anzitutto, tutte quelle azioni degli assistenti sociali che servono a «far arrivare» a chi ne ha bisogno, in maniera intelligente, personalizzata e, dunque, parzialmente discrezionale, i vari tipi di intervento (prestazioni) messi a disposizione dal sistema pubblico di welfare. Per spiegarci utilizzando una metafora, possiamo immaginare che l'ente metta a disposizione delle persone in difficoltà una serie di «prodotti», corrispondenti alle diverse forme di aiuto, individuate dalle politiche sociali.

Questi «prodotti» si chiamano, ad esempio, indennità di accompagnamento, pensione di invalidità civile, assistenza domiciliare, oppure residenza sanitaria assistenziale, o assegno di cura, o inserimento lavorativo protetto, o comunità terapeutica, o affido familiare e via dicendo.

Alcuni «prodotti», come l'indennità di accompagnamento o la pensione di invalidità (vedi al cap. 7), possono venire distribuiti in maniera impersonale: si tratta, in genere, di aiuti di tipo esclusivamente economico, che vengono distribuiti a chi presenta determinati requisiti accertabili in maniera oggettiva.

Altri «prodotti», invece, corrispondono a prestazioni più complesse che non sarebbe opportuno distribuire in maniera «automatica»: c'è bisogno di valutare situazione per situazione, sia per scegliere il tipo di prestazione più opportuno, sia per adattarlo alle caratteristiche uniche, e sempre diverse, delle persone coinvolte nel caso specifico, sia perché talvolta un solo prodotto non è sufficiente, e bisogna allora costruire un «pacchetto» composto da diverse prestazioni, che siano possibilmente ben coordinate tra loro.

In Italia, il servizio sociale professionale ha presidiato tradizionalmente questa funzione e vi ha trovato una propria collocazione tendenzialmente *esclusiva*. Ciò significa che gli enti pubblici per lo più utilizzano solo assistenti sociali iscritti all'Ordine professionale per:

- valutare quale tipo di prestazioni socio-assistenziali erogare a una determinata persona o famiglia bisognosa di aiuto;
- organizzare concretamente l'erogazione delle prestazioni (individuare chi le realizzerà, quando, dare corso al procedimento necessario per coprire i costi, ecc.);
- adattare le prestazioni alla situazione specifica e coordinarle le une con le altre, ove necessario.

Nello svolgere questi compiti, gli assistenti sociali devono ovviamente tenere conto delle *norme di legge* e dei *regolamenti* dell'ente per cui operano, in quanto le leggi e i regolamenti stabiliscono quali sono le prestazioni disponibili e secondo quali criteri di massima debbano essere erogate. Dato che le norme non possono prefigurare in astratto tutte le possibili situazioni di vita a cui può essere necessario adattare le prestazioni, allora è indispensabile l'azione *discrezionale* di un professionista che, in base alla conoscenza delle norme, ma anche in base alla metodologia del lavoro sociale e ai dati oggettivi disponibili, adatti la prestazione e/o costruisca, volta per volta, il pacchetto di prestazioni adeguato al singolo caso: questo professionista è, appunto, l'assistente sociale (Gui, 2008).

Nel presente volume, è questa funzione del servizio sociale professionale a venire illustrata nel dettaglio, in rapporto ai vari tipi di utenza attualmente contemplati dalle politiche sociali e dalle relative norme di legge. Si tratta di una funzione abbastanza formalizzata, nelle sue molte articolazioni: pur con le differenze legate ai diversi contesti regionali, è possibile individuare una certa omogeneità nelle indicazioni fondamentali che vengono di solito prese a riferimento, per ciascuno dei molti ambiti di utenza.

Erogazione di prestazioni negli enti di Terzo settore

Anche nel Terzo settore l'assistente sociale può essere incaricato di compiti che ricadono da vicino la funzione «esclusiva» svolta dal servizio sociale negli enti pubblici, cioè quella del far arrivare le prestazioni a chi ne ha bisogno, in maniera personalizzata. Questo avviene in tre principali fattispecie.

- La prima fattispecie corrisponde alla situazione in cui un ente di Terzo settore impiega l'assistente sociale per organizzare l'erogazione di prestazioni finanziate e/o realizzate dall'ente di Terzo settore stesso. Ad esempio, in alcune diocesi la Caritas mette a disposizione delle persone in difficoltà contributi economici, pacchi alimentari, vestiario, accoglienza temporanea in appartamento. Per organizzare tutto ciò e affiancare i volontari nel gestire l'erogazione di queste prestazioni, viene assunto un assistente sociale.
- Abbiamo una seconda fattispecie nel caso in cui un ente di Terzo settore si avvalga di un «proprio» assistente sociale che, in collaborazione con il collega assistente sociale dell'ente pubblico, organizza l'erogazione delle prestazioni realizzate dall'ente di Terzo settore stesso e finanziate dalla pubblica amministrazione. Ad esempio, pensiamo a una cooperativa che vince un appalto per erogare il servizio di assistenza domiciliare, i cui costi ovviamente verranno pagati dall'ente locale che ha indetto la gara. Questa cooperativa assume un assistente sociale con il compito di definire i progetti di intervento per i singoli utenti e di coordinare l'azione degli operatori assistenziali, mentre il collega assistente sociale del comune ha il compito di segnalare i casi da prendere in carico.
- In una terza fattispecie, l'ente di Terzo settore impiega l'assistente sociale per gestire — in forma esternalizzata — l'erogazione di prestazioni finanziate dalla pubblica amministrazione stessa. Ad esempio un comune, invece di avvalersi direttamente di un assistente sociale

La gestione dei servizi socio-assistenziali negli enti pubblici: nozioni di base

La professione dell'assistente sociale viene esercitata principalmente nel contesto di enti pubblici oppure enti di Terzo settore, in forma di lavoro dipendente o di collaborazione libero-professionale, mentre è del tutto marginale, in Italia e negli altri Paesi europei, la libera professione svolta direttamente per conto delle persone in difficoltà che chiedono aiuto.

In questo capitolo e in quello seguente vengono descritti gli elementi essenziali riguardo alla natura e al funzionamento istituzionale delle principali organizzazioni in cui è presente il servizio sociale professionale, selezionando le nozioni che, in genere, risultano più utili all'operatore che lavora sul campo a diretto contatto con l'utenza.

Premessa: gli interventi di aiuto come azione della pubblica amministrazione

L'espressione «servizio sociale» ha due diversi significati, che talvolta si sovrappongono creando qualche confusione. Con la dizione servizio sociale, infatti, si indicano:

- l'*attività professionale dell'assistente sociale* (e la disciplina scientifica su cui si basa tale attività);
- un'*articolazione della pubblica amministrazione* (ad esempio, un ufficio o un insieme di uffici di un comune, o di una ASL, o di una associazione di comuni) — oppure talvolta anche un'*articolazione di un ente privato* (ad esempio una cooperativa) — che ha la funzione di occuparsi degli interventi socio-assistenziali.¹ In alcuni enti, invece di «servizio sociale» si usa, appunto, la denominazione «servizio socio-assistenziale», oppure quella di «servizi alla persona».

¹ Riferendosi a questo secondo significato, l'art. 128, comma 2, DLgs 112/98 ha definito i servizi sociali «attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia».

Il servizio sociale (o socio-assistenziale) inteso come articolazione di un ente pubblico si colloca accanto ad altri «servizi»: ad esempio, in un comune, ci sono anche il servizio anagrafe, il servizio ragioneria, il servizio strade, e via dicendo.

Nel servizio socio-assistenziale di un ente di solito non lavorano esclusivamente assistenti sociali, ma anche altri operatori. Alcuni svolgono, come gli assistenti sociali, funzioni di aiuto sociale (possono essere, ad esempio, educatori professionali, oppure operatori socio-sanitari che effettuano interventi di assistenza a domicilio). Altri invece svolgono funzioni complementari a quelle di aiuto e di assistenza: ad esempio, si occupano degli aspetti contabili e di segreteria. Inoltre ci sarà un dirigente e, se il servizio socio-assistenziale è di grandi dimensioni, ci saranno, di solito, anche dei coordinatori delle varie unità operative o delle diverse aree o ambiti territoriali.

L'attività dei vari operatori che lavorano nei servizi socio-assistenziali degli enti pubblici è finalizzata a dare «individualizzazione» e «realizzazione concreta» alle indicazioni di *politica sociale* che vengono decise, attraverso i vari provvedimenti legislativi, dagli organi di governo a livello statale e soprattutto a livello regionale (l'assistenza è una materia di competenza delle regioni e delle province autonome).

Non tutte le misure di politica sociale chiamano in causa i servizi socio-assistenziali (e quindi l'azione degli operatori sociali che vi lavorano): molte delle misure previste dalle politiche sociali, infatti, sono *rivolte alla generalità dei cittadini* (o a categorie di cittadini predefinite) e non richiedono di essere realizzate in maniera individualizzata.

Ad esempio, le misure di politica sociale che riguardano la previdenza (le pensioni di vecchiaia e da lavoro, le indennità per la non autosufficienza, ecc.) coinvolgono i servizi socio-assistenziali solo marginalmente, perché l'erogazione delle varie provvidenze viene stabilita in base a dei criteri generali in base a cui regolare ogni singolo caso concreto. Non è richiesta alcuna discrezionalità nell'assegnare le pensioni, anzi: la discrezionalità sarebbe iniqua.

Ci sono invece orientamenti di politica sociale che, pur riguardando la generalità dei cittadini appartenenti a una certa categoria, per essere messi in atto richiedono discrezionalità e riflessività specifiche. Richiedono la *realizzazione di interventi specifici per ogni singolo caso*, che ogni volta andranno adattati alla situazione di quella persona o di quella famiglia o di quel gruppo in difficoltà e che quindi, pur basandosi su un medesimo orientamento di fondo (quello stabilito, appunto, a livello di politica sociale), saranno di fatto ogni volta diversi.

Ad esempio, le attuali politiche sociali per i minori con genitori in difficoltà sono orientate alla non-istituzionalizzazione e a tutelare il diritto del bambino a una famiglia. Per tradurre nel concreto tale orientamento, è necessario lavorare caso per caso in modo da trovare una famiglia affidataria per questo o per quel minore che è temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo.

Realizzare, in ottemperanza alle politiche sociali, questo tipo di interventi «particolaristici» è compito dei servizi socio-assistenziali, o servizi alla persona.²

² In merito all'ottica «particolaristica» del lavoro sociale e al rapporto tra lavoro sociale e politica sociale, vedi Folgheraiter F. (2012), *The mystery of social work. A critical analysis of the Global Definition and new suggestion according to the Relational theory*, testo con versione italiana a fronte, Trento, Erickson.

I principali enti pubblici chiamati a dare realizzazione alle politiche sociali organizzando dei servizi alla persona sono:

- il *comune*, che è titolare della generalità delle funzioni di assistenza e si deve quindi occupare dell'aiuto rivolto a:
 - le persone adulte, compresi gli immigrati, con problemi di reddito e alloggio
 - le persone non autosufficienti in tutto o in parte (anziani, disabili)
 - i minori e le famiglie in difficoltà.
- Come vedremo più avanti, i comuni gestiscono queste funzioni direttamente, oppure in forma associata, oppure delegandole (di solito solo in parte) a un altro ente (ad esempio all'Azienda locale socio-sanitaria), oppure ancora esternalizzandole (cioè appaltandole a un'organizzazione privata, di solito di Terzo settore).
- l'*Azienda sanitaria locale* (che può assumere denominazioni parzialmente differenti a seconda dei territori),³ le cui competenze principali legate all'ambito assistenziale sono:
 - quelle del consultorio familiare e
 - quelle in materia di dipendenze e
 - quelle in materia di salute mentale.
- il *Ministero della Giustizia*, che attraverso appositi uffici dell'Amministrazione penitenziaria, si occupa:
 - dell'assistenza alle persone sottoposte a una pena o a una misura di sicurezza (detenuti e internati, di cui devono occuparsi gli educatori presenti in carcere; persone sottoposte a misure alternative alla detenzione, di cui devono occuparsi gli Uffici per l'esecuzione esterna della pena — UEPE);
 - dell'assistenza ai minori sottoposti a un processo penale perché imputati di reato, di cui si occupano gli Uffici di servizio sociale minorenni (USSM).

L'organizzazione e le specifiche attività dei singoli servizi socio-assistenziali, dunque, dipendono in parte dalle indicazioni di politica sociale contenute nelle norme di legge, in parte dalle scelte dell'ente locale (comune, ASL) o del dipartimento amministrativo di cui il servizio fa parte, in parte anche dalle scelte dei dirigenti.

Gli orientamenti, i criteri decisionali, il tipo di organizzazione e di attività che vengono adottati a livello di ente locale e di servizio sociale, ovviamente nella cornice delle norme di legge, sono in genere indicati con il termine *politiche dei servizi sociali*.

Ad esempio, ci sono orientamenti diversi nel modo di gestire gli affidi familiari: in alcuni servizi si ritiene più opportuno che tutte le decisioni riguardo all'organizzazione dell'affido (la scelta degli affidatari, le principali attività del bambino, i tempi, le modalità di contatto tra la famiglia di origine e quella affidataria, ecc.) siano sempre prese dall'assistente sociale titolare del caso o dall'équipe. In altri servizi, invece, il progetto di affido viene definito — se appena è possibile — assieme ai genitori «affidanti», cercando di andare incontro alle loro aspettative e alle loro indicazioni (a meno che non risultino del tutto incompatibili con il benessere del minore).

³ Ad esempio: ATS – Agenzie di Tutela della Salute suddivise in ASST – Aziende Socio Sanitarie Territoriali (in Lombardia); ATS – Azienda per la Tutela della Salute suddivisa in ASSL - Aree Socio-Sanitarie Locali (in Sardegna); Aziende ULSS – Unità Locale Socio-Sanitarie (in Veneto); Aziende USL – Unità Sanitaria Locali (in Toscana); ASP – Aziende Sanitarie Provinciali (in Sicilia). Nel seguito del volume, per semplificare verrà usata solo la dizione prevalente, che è quella di ASL.

Interventi rivolti a persone con difficoltà di reddito e di alloggio

Premessa

Gli interventi economici di tipo assistenziale solitamente hanno la caratteristica di venire previsti in misura diversa nelle singole realtà locali (comuni o regioni) e di variare da un anno all'altro, a seconda delle disponibilità di fondi e delle decisioni di spesa del singolo ente erogatore. Vengono spesso erogati attraverso dei «bandi», appunto per dare la possibilità all'ente di impiegare un certo budget definito anno per anno, indipendentemente dal numero di persone che richiedono i contributi.

Questi interventi in genere hanno soprattutto il senso di supportare economicamente un progetto complessivo di aiuto alla persona o alla famiglia in difficoltà: in linea di massima quindi non andrebbero concepiti come interventi «a sé stanti», ed è questo il motivo per cui, pur trattandosi di contributi economici, viene coinvolto direttamente l'assistente sociale.

Dal 2016 sono state sperimentate delle misure nazionali di contrasto alla povertà, composte da un beneficio economico e da progetti individualizzati volti al superamento della condizione di difficoltà economica. L'assistente sociale è chiamato a valutare ogni situazione in ottica multidimensionale, cioè tenendo conto dell'insieme delle difficoltà e risorse del nucleo familiare, e a definire insieme alle persone il progetto individualizzato.

I contributi economici erogati da comuni

L'intervento di assistenza economica è costituito dall'erogazione, da parte del servizio sociale del comune o da parte dell'ente a cui il comune ha affidato la gestione delle funzioni socio-assistenziali, di contributi in denaro, in forma continuativa o straordinaria, finalizzati a fronteggiare e contrastare condizioni di povertà ed esclusione sociale.

La L. 328/2000 (*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*) identifica, tra i livelli essenziali di assistenza, le misure di contrasto alla povertà e di sostegno al reddito. L'assistenza economica è una delle forme di aiuto più

antiche nella storia dell'assistenza e, nel tempo, ha vissuto fasi di contestazione alternate ad altre in cui la si rivalutava. Il dibattito all'interno dei servizi, sia fra gli operatori sia fra i politici, oscilla sostanzialmente fra due opzioni di massima: è meglio investire denaro per offrire più servizi, oppure è preferibile erogare denaro, affinché le persone possano decidere autonomamente come spenderlo per soddisfare i propri bisogni?

Ovviamente, tra questi due poli vi sono molte opzioni intermedie, ma — in ogni caso — il contributo di assistenza economica resta un importante intervento del servizio sociale, che si propone, oltre a favorire migliori condizioni economiche, anche finalità riparative più ampie: l'assistenza economica è l'occasione per:

- «agganciare» la persona in difficoltà e la sua famiglia a un progetto di aiuto che li stimoli ad attivarsi per modificare la situazione;
- integrare l'aiuto economico con informazioni capillari finalizzate all'eventuale ricerca di opportunità lavorative;
- aiutare la persona/la famiglia a definire quali bisogni affrontare prioritariamente con la somma di denaro a disposizione, in modo da gestire meglio le spese.

Possiamo distinguere diverse aree di bisogno rispetto alle quali l'assistente sociale può proporre varie forme di assistenza economica:

- *contributi continuativi di integrazione al «minimo vitale»*: destinatari di questi aiuti sono cittadini che si trovano costantemente in condizioni di difficoltà economica, rispetto alle quali non è ragionevolmente prevedibile un sufficiente miglioramento: sono in genere le persone che ricevono la pensione di invalidità civile (vedi al cap. 4) o l'assegno sociale¹ e hanno un reddito inferiore alla soglia del minimo vitale. In buona parte queste misure sono confluite nel Reddito di Inclusione (vedi infra);
- *contributi a favore di nuclei familiari in condizioni economiche disagiate in cui sono presenti soggetti destinatari in via prioritaria dei programmi di politica sociale*: minori appartenenti a famiglie monogenitoriali, famiglie numerose, famiglie con persone portatrici di gravi disabilità, anziani in condizione di povertà;
- *contributi straordinari* finalizzati ad affrontare un problema circoscritto: si tratta di interventi che fanno parte di un progetto costruito con la persona, in cui l'intervento economico rappresenta un passaggio verso un progressivo sganciarsi dalla dipendenza dei servizi. Ad esempio, il contributo può essere finalizzato a pagare la caparra per l'affitto a una persona che sta uscendo da una comunità di accoglienza per senza dimora e ha appena trovato un lavoro. Oppure, può servire a pagare i mezzi di trasporto per una persona che ha appena avviato un impiego o la frequenza a un'iniziativa di formazione professionale, e deve sostenere una certa spesa per raggiungere il posto di lavoro o la sede del corso.

Il progetto d'aiuto condiviso tra l'assistente sociale e la persona destinataria degli aiuti si esprime in un «patto» in cui vengono sottoscritte le condizioni dell'aiuto stesso. Soprattutto nel caso dei contributi straordinari, l'utente si impegna a verificare con l'assistente sociale come procede la sua situazione e a dimostrare la coerenza della destinazione degli aiuti economici con quanto stabilito nel patto.

¹ *L'assegno sociale* è una prestazione di carattere assistenziale erogata dall'INPS, che spetta ai cittadini dai 65 anni di età in condizioni economiche disagiate, e non dipende dal versamento dei contributi. L'assegno ha un carattere transitorio: viene cioè liquidato solamente finché sussistono i requisiti. Per il 2018 è di 458 euro al mese, per 13 mensilità.

Nel caso dei contributi integrativi del minimo vitale, invece, in genere è l'utente a decidere in autonomia come utilizzare la somma che riceve. Tuttavia, nei casi in cui ci siano delle evidenti difficoltà nella gestione del denaro, l'assistente sociale può stabilire, d'accordo con la persona, che il contributo sia versato — ad esempio — direttamente all'azienda delle case popolari per pagare l'affitto, o che sia utilizzato per il pagamento diretto di altri servizi.

In alcune situazioni, pur risultando l'effettiva necessità del contributo, il destinatario dell'aiuto è un tossicodipendente attivo o un alcolista che potrebbe utilizzarlo per acquistare sostanze stupefacenti o alcol. In questi casi è indispensabile che l'assistente sociale si accordi con l'interessato perché deleghi alla riscossione e gestione del contributo un familiare, un volontario, o talvolta un operatore, in grado di assicurare una gestione corretta del denaro, coerentemente con gli obiettivi stabiliti nel progetto di aiuto complessivo.

Esempio

Giorgio

Giorgio è un uomo di 60 anni, alcolista, ospite di un alloggio messo a disposizione dalla Caritas. Non è titolare di alcun reddito. Con un progetto di aiuto nato all'interno della rete di persone che si interessano a lui, si sono messe assieme diverse risorse: un monolocale della Caritas senza costi, un contributo di assistenza economica del servizio sociale comunale per il pagamento delle utenze domestiche, il rifornimento di generi alimentari da parte del Banco alimentare. Siccome Giorgio appariva in grave difficoltà nel resistere alla tentazione di acquistare alcolici con il denaro che riceveva, l'assistente sociale gli ha proposto di delegare alla riscossione del sussidio un volontario. Si sono così messi d'accordo che il volontario accompagnerà Giorgio in Posta a pagare i bollettini e suddividerà il contributo rimasto consegnandolo a Giorgio in piccole somme settimanali.

Procedimento per l'erogazione

L'erogazione dei contributi economici è disciplinata generalmente da un regolamento, emanato dal comune o dal corrispondente ente gestore, nel quale sono indicate le categorie di beneficiari (ad esempio anziani, minori, disabili, adulti sopra i 50 anni, ecc.) e viene definita una soglia di reddito minima (detta «minimo vitale») per raggiungere la quale viene erogato il contributo. Generalmente tale soglia coincide con l'importo della pensione minima stabilito annualmente dall'INPS: per il 2019 è di 513 euro mensili. Il calcolo del contributo viene effettuato per differenza tra il minimo vitale, il reddito dichiarato dall'utente e le spese sostenute per il pagamento del canone di affitto. Tuttavia, ogni comune (o ente gestore) stabilisce quante risorse impegnare, e quindi la consistenza complessiva dei contributi che verranno erogati.

Le fasi del procedimento finalizzato all'erogazione di contributi sono così sintetizzabili:

- colloquio dell'assistente sociale con la persona che richiede il contributo;
- raccolta delle informazioni necessarie a definire il problema proposto dall'interessato, anche attraverso un'eventuale visita domiciliare;
- raccolta della documentazione riguardante il reddito, indicata dal regolamento dell'ente (modello ObisM INPS² o busta paga, autocertificazione per la dichiarazione di redditi saltuari, modello ISEE se richiesto, ricevute del pagamento dell'affitto);

² È un modulo che riporta tutti i dati relativi alla pensione (o alle pensioni, se sono più di una) percepite dalla persona.

- verifica dei requisiti per l'accesso ai contributi;
- definizione della finalità cui orientare la gestione del contributo;
- definizione del tipo di contributo da erogare (straordinario o continuativo);
- definizione delle tappe di verifica, nell'arco dell'anno, in cui si prenderanno in esame le modifiche della situazione complessiva, sia sul piano strettamente economico che su quello sociale, lavorativo, eventualmente sanitario, ecc.;
- stesura per iscritto da parte dell'assistente sociale della proposta di erogazione del contributo, di solito con l'indicazione dell'ammontare e del tipo (ad esempio: contributo per integrazione al reddito, erogazione pasti, sostegno all'affitto, sostegno per visite e cure mediche, ecc.), che viene inoltrata al dirigente competente, per l'assunzione della determinazione (vedi cap. 1).

Il contributo viene generalmente versato alla persona (o a un suo delegato, o all'ente a lei indicato, nel caso di pagamento dell'affitto) attraverso la tesoreria dell'ente, ovvero la banca che gestisce l'attività finanziaria dell'ente stesso.

Il reddito di inclusione (Rel)

Il reddito di inclusione è una misura nazionale di contrasto alla povertà, introdotta nel 2017 dopo che erano state sperimentate altre misure, sia a livello nazionale che regionale (SIA – Sostegno all'inclusione attiva; ASDI – Assegno sociale di disoccupazione).

La misura prevede l'erogazione di un assegno mensile per la durata massima di 18 mesi, rinnovabili, ma solo dopo che siano trascorsi almeno 6 mesi. L'erogazione avviene attraverso una carta di pagamento elettronica (Carta Rel).

La misura è stata progressivamente estesa a un più ampio numero di destinatari: inizialmente, per ottenerla, erano richiesti anche determinati requisiti del nucleo familiare, mentre dal 1 luglio 2018 sono necessari solo requisiti di natura economica, vale a dire:

- un indicatore ISEE (vedi infra) sotto i 6.000 euro;
- un indicatore ISRE (vedi infra) sotto i 3.000 euro;
- un patrimonio immobiliare, diverso dalla prima casa, di valore inferiore ai 20.000 euro;
- un patrimonio mobiliare (conti correnti, azioni, ecc.) di valore non superiore a 6.000 euro per una persona singola, a 8.000 euro per una coppia, a 10.000 euro per un nucleo familiare superiore alle tre persone;
- non possedere automobili o motociclette immatricolate nei 24 mesi precedenti la presentazione della domanda;
- non possedere imbarcazioni;
- non essere titolari di NASpi (indennità mensile di disoccupazione) o di altri ammortizzatori sociali di sostegno al reddito in caso di disoccupazione involontaria.

Al contributo economico si deve accompagnare un progetto personalizzato, finalizzato all'inclusione sociale e lavorativa della persona titolare della Carta Rel e dei suoi familiari. Il progetto viene coordinato dai servizi sociali dei comuni, in collaborazione con gli altri servizi territoriali.

È possibile individuare due distinti percorsi:

- quando nel nucleo la condizione di povertà è dovuta alla mancanza di un'attività lavorativa, il progetto viene definito dagli operatori dei Centri per l'Impiego;

- quando si ravvisano anche altre problematiche, è il servizio sociale che ha il compito di definire obiettivi, azioni e reciproci impegni insieme all'utente.

L'adesione costante al progetto è una condizione vincolante per ottenere il beneficio economico: la normativa prevede infatti che, qualora la persona non rispetti gli impegni assunti, il beneficio economico decada.

Qualora la situazione dovesse modificarsi, ad esempio perché uno dei membri del nucleo familiare ha iniziato un'attività lavorativa, le persone sono tenute a dichiararlo e il beneficio viene di conseguenza rivalutato.

Le tappe principali per ottenere il Rel sono le seguenti:

- la persona che ritiene di avere diritto al beneficio si rivolge a un CAF³ per ottenere la dichiarazione ISEE e la verifica dei requisiti;
- è possibile presentare domanda per il Rel presso il Punto d'accesso identificato dal Comune o dagli ambiti territoriali;
- una volta presentata la domanda, la persona ottiene un appuntamento presso il servizio sociale per predisporre il progetto personalizzato, che deve essere definito entro 25 giorni dalla presentazione della domanda;
- l'assistente sociale valuta le diverse opzioni:
 - se si ravvisano solo problematiche connesse alla mancanza di lavoro, l'assistente sociale invia la persona al Centro per l'impiego per la sottoscrizione del «Patto di servizio» o del «Programma di ricerca intensiva di occupazione»;
 - se si ravvisano problematiche complesse, il servizio sociale comunale si attiva per predisporre un *progetto personalizzato*, anche tramite un'équipe multidisciplinare che vede il coinvolgimento di altri professionisti dei servizi territoriali (ad esempio medici, psicologi, operatori del centro per l'impiego, ecc.). Il progetto prevede il coinvolgimento attivo dei diretti interessati sia nella predisposizione che nella fase di verifica, al fine di individuare percorsi che tengano conto delle reali possibilità e aspirazioni dei componenti del nucleo familiare;
- il progetto viene sottoscritto da tutti gli interessati e inviato all'INPS entro 20 giorni;
- la persona riceve la risposta in merito all'accettazione o al rifiuto della domanda direttamente a domicilio, con una comunicazione postale;
- se la domanda è accettata, la persona si reca presso un ufficio postale, dove ottiene e abilita la carta Rel.

Il Reddito di Cittadinanza

Nel momento in cui scriviamo, è in fase di implementazione il cosiddetto «Reddito di cittadinanza», che dovrebbe quasi completamente sostituire il Rel come misura universale di contrasto alla povertà. L'avvio di questa misura è ancora nelle sue primissime fasi, le informazioni contenute nel testo derivano dalle prime indicazioni normative.

Il Reddito di cittadinanza è un sostegno economico a integrazione dei redditi familiari introdotto col DL 4/2019 e le prime domande sono ammesse dal 6 marzo 2019.

³ I CAF (Centri di Assistenza Fiscale) sono organizzazioni che supportano i lavoratori dipendenti, i pensionati e i datori di lavoro negli adempimenti fiscali più complessi.

sità sociale di chi non ha una casa stabile mentre, nella maggior parte dei casi, si tratta di individui particolarmente fragili, che avrebbero probabilmente bisogno di tutela, più che di controllo.

Il codice fiscale può essere richiesto, per i cittadini italiani, presso le Agenzie delle Entrate decentrate su tutto il territorio nazionale indipendentemente dal comune di residenza.

Persone senza fissa dimora immigrate

La L. 94/2009 risulta molto penalizzante per i cittadini stranieri senza dimora (ad esempio, una persona immigrata in condizione di povertà estrema e sottoposta a sfratto): possono ottenere la residenza solo se muniti di una dichiarazione di recapito da parte di un ente (servizi sociali, associazione di volontariato) o di un privato cittadino. Inoltre, se sono cittadini di Stati non appartenenti all'Unione Europea, devono esibire il permesso di soggiorno e il passaporto in corso di validità. Se non è possibile individuare un recapito, l'iscrizione avviene in un apposito registro istituito presso il Ministero dell'Interno, come previsto per i cittadini italiani.

Tutti i cittadini stranieri, anche senza residenza, possono però essere iscritti temporaneamente al Servizio sanitario nazionale, e ottenere una tessera STP (stranieri temporaneamente presenti) che permette l'accesso a tutte le prestazioni del Servizio sanitario nazionale. La tessera viene rilasciata dagli sportelli presso le ASL e ha una validità temporanea.

Per i cittadini stranieri il codice fiscale, da richiedere come per gli italiani all'Agenzia delle entrate, è subordinato al possesso del permesso di soggiorno.

Ipotesi operative

Che fare per Massimo?

Massimo è un ragazzo di 25 anni con una lunga storia di interventi assistenziali in quanto ha trascorso tutta l'adolescenza in una comunità per minori a Milano. Il padre è in carcere, la mamma è mancata quando Massimo aveva 13 anni. I suoi fratelli, Gloria maggiore di un anno e Filippo minore di tre, non hanno con lui rapporti significativi. Massimo ritorna a Milano dopo aver trascorso un periodo fuori regione, dove era riuscito, per alcuni anni, a mantenere una casa e un lavoro. Si presenta al servizio sociale a chiedere aiuto: con l'andare del tempo è diventato senza dimora.

La prima verifica da effettuare riguarda la residenza di Massimo: dove ha registrato la sua ultima residenza? Ha una carta d'identità valida? Nel caso in cui Massimo abbia una residenza e un documento valido, è possibile comunque richiedere l'iscrizione temporanea al Servizio sanitario nazionale e ottenere un contributo economico straordinario (è obbligatorio esibire alla tesoreria della banca, al momento della riscossione del contributo, un documento d'identità valido).

Nel caso in cui Massimo abbia una carta d'identità scaduta e sia stato cancellato dall'anagrafe del comune dov'era residente, occorre che si iscriva presso l'anagrafe del comune di Milano: perché lo possa fare, gli sarà necessaria una dichiarazione del servizio sociale da cui risulti la sua presa in carico. L'iscrizione all'anagrafe consentirà a Massimo di ottenere la carta d'identità e l'accesso a tutti i servizi sanitari, nonché la possibilità di partecipare ai bandi di concorso per ottenere una casa popolare o altre risorse (progetti lavorativi, ecc.) vincolate al requisito della residenza.

Accompagnamento degli adulti in difficoltà nell'accesso a servizi specialistici

Una funzione del servizio sociale del comune o dell'ente gestore a favore degli adulti con difficoltà abitative e/o di reddito spesso consiste anche nell'accompagnarli a rivolgersi ad altri servizi specialistici, sociali o socio-sanitari: ad esempio i Servizi di tutela minorile, i Servizi per le dipendenze, i consultori familiari, i Centri di salute mentale, ecc. In varie situazioni, infatti, le problematiche economiche e alloggiative si accompagnano ad altri aspetti di fragilità.

A seconda dell'organizzazione locale, possono esserci delle procedure codificate (protocolli d'intesa) per gli invii e per un'eventuale presa in carico congiunta. In linea generale, comunque, l'accompagnamento all'accesso a servizi specialistici avviene dopo una prima valutazione dei bisogni espressi dalla persona o della famiglia che si è rivolta al servizio sociale comunale.

Se articoliamo in fasi questo percorso, possiamo distinguere:

- una prima tappa che riguarda la definizione condivisa del problema con la persona o le persone che chiedono aiuto;
- dopo di che, l'assistente sociale informa delle funzioni del servizio specialistico e delle possibilità di supporto mirato che può offrire;
- su questa base, la persona può decidere se è d'accordo;
- a questo punto, si procede all'invio vero e proprio.

Esempio

Mario

Mario, un uomo di circa 40 anni, si presenta accompagnato da un familiare al servizio sociale della propria Circoscrizione comunale per chiedere un aiuto economico, in quanto è disoccupato da molto tempo.

L'assistente sociale avvia un colloquio per capire meglio la situazione e, soprattutto, comprendere i motivi del lungo periodo di inattività. Durante il colloquio Mario, sollecitato dal parente, dice di avere problemi con l'alcol.

L'assistente sociale utilizza questa importante informazione per proporre un percorso di aiuto che prevede l'accesso a un servizio specialistico (al SerD o al Servizio di alcologia) e/o a un gruppo di auto/mutuo aiuto (a un gruppo di Alcolisti Anonimi, oppure a un Club alcologico territoriale — vedi cap. 16), e successivamente degli interventi che aggancino Mario a opportunità di tipo lavorativo.

In primo luogo, l'assistente sociale ne parla con Mario e con un suo familiare (un cugino cui Mario è molto legato). Dopo essersi accordata con Mario, l'assistente sociale telefona al SerD per fissare appuntamento per un colloquio congiunto (assistente sociale segnalante, utente, operatore designato del servizio specialistico, eventuale familiare).

Nel colloquio congiunto viene illustrata la situazione e viene fissato assieme un programma con i compiti del servizio sociale di base e quello specialistico, gli impegni che si assume Mario, gli impegni che si assume suo cugino, disponibile ad aiutarlo, i tempi delle verifiche successive.

Accompagnamento al Servizio di salute mentale

Per un servizio sociale territoriale, occuparsi di pazienti psichiatrici comporta il collegamento e una serie di azioni coordinate con il Servizio di salute mentale (indicato in altri

Interventi per persone non autosufficienti o con disabilità (1): il percorso di aiuto

In questo capitolo, nei due seguenti e in parte anche nel cap. 7 vengono prese in esame le forme di supporto previste per le persone che, a causa di una disfunzione fisica e/o psichica legata a minorazioni e a patologie, connesse o meno all'età anziana, non sono completamente autosufficienti, cioè non sono in grado di provvedere a se stesse al livello a cui riescono a farlo, nella media, le altre persone.

Nei ragionamenti di senso comune si tende a dare per scontato il rapporto di causa-effetto tra la menomazione (ad esempio: l'impossibilità di usare gli arti inferiori; oppure il non essere capace di imparare a leggere e scrivere; o ancora la sordità o la cecità) con l'handicap (cioè lo svantaggio) che ne deriva. Tuttavia, lo svantaggio legato a una menomazione non dipende soltanto dalla presenza e dalla gravità della menomazione in se stessa, ma anche — in misura molto consistente — dal contesto di vita della persona. Ad esempio, se non sono in grado di camminare, ma vivo in un ambiente privo di barriere architettoniche e posso disporre di molti ausili (una sedia a rotelle adatta e comoda da gestire, anzitutto, e poi una casa adatta alle mie esigenze, un'automobile che io possa guidare, ecc.), allora lo svantaggio che mi troverò a vivere sarà minore. Viceversa, la medesima minorazione risulterà, per così dire, «amplificata» se abito, ad esempio, in un villaggio di una zona rurale povera in un Paese del terzo mondo. Le barriere che incidono sull'entità degli svantaggi da affrontare non sono solo fisiche, ma anche sociali: i pregiudizi o lo stigma nei confronti di chi è in qualche modo diverso dagli altri, gli atteggiamenti di imbarazzo, o di timore, o di fastidio, ecc.

Il compito di eliminare, se possibile, o comunque ridurre e contenere gli effetti *individuali* della menomazione è prevalentemente in capo alle professioni sanitarie e alla pedagogia speciale.

Invece le professioni sociali di aiuto (come l'assistente sociale) entrano in gioco soprattutto per sostenere le persone disabili nel ridurre lo svantaggio a livello *sociale*. A questa finalità sono variamente orientati anche alcuni interventi previsti dalla normativa di settore, che prenderemo in considerazione nei prossimi capitoli.

La titolarità della «presa in carico»

La responsabilità degli interventi *sociali* di assistenza e di tutela rivolti alle persone non autosufficienti o con disabilità è attribuita al comune di residenza della persona. Il comune, a seconda delle varie normative regionali, può esercitare questa funzione direttamente oppure, in tutto o solo in parte, tramite un altro ente (ad esempio un consorzio di comuni, o un'azienda pubblica, o un'organizzazione di Terzo settore). Le situazioni di disabilità e di non autosufficienza richiedono, per loro natura, anche l'intervento sanitario, spesso molto intenso, e ovviamente le attività di prevenzione, cura, riabilitazione delle persone con problemi fisici, psichici o sensoriali sono a carico delle aziende sanitarie locali. Di conseguenza, per queste aree di utenza i comuni (o gli enti gestori corrispondenti) collaborano con le ASL competenti per il loro territorio e possono avvalersi, per l'erogazione di prestazioni e servizi, di enti appartenenti al Terzo settore.

Le forme di collaborazione sono diverse, a seconda delle singole realtà locali e delle leggi regionali, e vi sono quindi anche diverse soluzioni rispetto alla suddivisione, tra comuni, enti gestori e ASL, delle varie funzioni connesse agli interventi di aiuto: ad esempio, l'accompagnamento al lavoro delle persone con disabilità può essere affidato a un servizio che fa capo all'ASL (ad esempio, il SIL — Servizio di integrazione lavorativa, dell'Azienda ULSS 20 di Verona), oppure al comune (ad esempio, il CELAV — Centro di mediazione al lavoro di Milano), oppure a un consorzio di comuni (ad esempio, il Servizio integrazione lavorativa — SIL, gestito dal Consorzio Desio Brianza), o altro ancora.

Segnalazione

Ci sono vari modi attraverso cui l'assistente sociale può venire a conoscenza di una situazione di difficoltà riguardante una persona con disabilità. Elenchiamo i principali:

- *richiesta del diretto interessato*: la persona si percepisce in difficoltà e si rivolge al servizio sociale per chiedere per se stessa un aiuto economico, o per la gestione della quotidianità, o per la ricerca di un'attività lavorativa, ecc.;
- *segnalazione da parte di familiari* (coniuge, figli, genitore, fratelli conviventi), che possono essere coloro che svolgono la funzione di principali caregiver della persona, oppure da parte di altri parenti: ad esempio, di una/un nipote, che spesso è la principale persona di riferimento di chi è in condizioni di non autosufficienza;
- *segnalazione da parte di servizi sanitari*: ad esempio, il medico di medicina generale (MMG) che ha in cura la persona può, oltre a suggerirle di rivolgersi direttamente all'assistente sociale, far presente la situazione al servizio per facilitare il contatto; più spesso, la segnalazione da parte di un servizio sanitario proviene dall'ospedale (dall'assistente sociale o dal caposala), con la richiesta di predisporre il supporto necessario alla dimissione;
- *segnalazione da parte di conoscenti o vicini di casa*, che, ad esempio, sono preoccupati per una persona sola, che appare non abbastanza in grado di prendersi cura di sé e non ha nessuno che si occupa di lei in maniera continuativa; oppure sono infastiditi dal comportamento bizzarro, disturbante e/o pericoloso (per sé e per gli altri) di una persona che non appare rendersi conto delle proprie difficoltà così da chiedere e accettare aiuto;
- *segnalazione dalle forze dell'ordine*, dal parroco, da volontari, da amministratori locali (ad esempio il vigile, o l'assessore comunale del paese a cui alcuni cittadini hanno fatto presente una situazione di rischio, di degrado, di povertà, ecc.).

Dopo aver ricevuto una segnalazione, è necessario avviare una prima raccolta di informazioni sulla situazione, per esplorare il problema e farsi un'idea delle finalità a cui puntare e delle possibili risorse in gioco.

Ci si muove però in maniera diversa, a seconda che si tratti di una richiesta di aiuto presentata dal diretto interessato, oppure di una segnalazione da parte di terzi, in relazione alla necessità di acquisire il consenso della persona e di avviare con lei, il più possibile, un percorso di collaborazione.

Richiesta del diretto interessato e/o di un familiare di riferimento

L'assistente sociale è chiamato in causa direttamente da chi chiede aiuto. Spesso la persona si rivolge al servizio perché le è stato suggerito da qualcuno: il suo medico o un altro operatore sanitario, un conoscente, un operatore di patronato, un volontario.

Invece del diretto interessato, a rivolgersi al servizio può spesso essere una persona (caregiver) che si prende cura abitualmente di lui/lei, o continuativamente nella vita quotidiana, oppure rispetto ad alcune incombenze «esterne». In questo caso, è preliminare chiedere se la persona per cui viene chiesto l'intervento del servizio sociale è informata o meno e cosa ne pensa. È necessario spiegare perché — salvo casi particolari — è indispensabile coinvolgerla ed eventualmente, se emergono delle perplessità, ragionare con il caregiver su come fare per superarle o attenuarle. Ad esempio, il caregiver potrebbe temere che il coinvolgimento dell'assistente sociale o il doversi presentare a colloquio crei confusione o ansia alla persona, oppure che la persona non capisca, o non voglia chiedere nulla, anche se avrebbe bisogno di assistenza, ecc.

L'attivazione di qualunque prestazione (dal sussidio economico all'assistenza domiciliare, dalla richiesta di casa popolare al tirocinio lavorativo) è opportuno sia preceduta da un'analisi (*assessment*) volta a comprendere la situazione complessiva di chi chiede aiuto.

Segnalazioni da parte di terze persone

L'assistente sociale che riceve una segnalazione da parte di terze persone può concordare diverse modalità per avvicinare il diretto interessato (ed eventualmente la sua famiglia).

Ad esempio, può proporre al segnalante di far presente alla persona che sarebbe opportuno un contatto con l'assistente sociale, in modo che poi l'interessato si rivolga autonomamente al servizio. L'assistente sociale può suggerire al segnalante di facilitare il contatto fornendo recapiti e orari e spiegando per sommi capi all'interessato come il servizio sociale potrebbe essergli d'aiuto.

In alternativa, si può chiedere al segnalante di fare da tramite per fissare un appuntamento con la persona ed eventualmente di accompagnarla dall'assistente sociale, o di essere presente se il primo contatto avviene in visita domiciliare, a casa di chi ha bisogno di aiuto. Oppure, se il segnalante è il medico di medicina generale, ci si può accordare — ad esempio — che, se il paziente è d'accordo, il medico gli presenti l'assistente sociale in occasione di un accesso all'ambulatorio. In tale occasione l'assistente sociale potrà concordare con la persona (ed eventualmente un familiare di riferimento) un successivo colloquio in ufficio e/o una eventuale visita domiciliare.

La segnalazione da parte di conoscenti o di vicini di casa può avvenire attraverso una comunicazione scritta, o più spesso un colloquio, in cui vengono riferiti fatti o preoccupazioni circa la situazione del diretto interessato, e/o disagi causati ai segnalanti dal suo comportamento

(ad esempio, i vicini che si lamentano perché l'abitazione è maleodorante). L'assistente sociale deve offrire a queste persone uno spazio di ascolto, per comprendere — se possibile — sia cosa sta succedendo sia l'atteggiamento di chi segnala. È importante spiegare al segnalante perché la sua collaborazione è praticamente indispensabile per il primo contatto,¹ a meno che non si tratti di una persona o una famiglia già conosciuta dal servizio, o che non vi siano gli estremi per un intervento di autorità (ad esempio un trattamento sanitario obbligatorio: vedi infra), esclusivamente nei casi limite, particolarmente preoccupanti per l'incolumità delle persone.

Valutazione preliminare

Dopo la segnalazione, l'assistente sociale incontra la persona non autosufficiente o con disabilità. Se il diretto interessato è d'accordo, in genere è utile incontrare anche i suoi familiari di riferimento, o comunque chi gli è vicino nella vita quotidiana. A seconda della situazione e di quello che preferiscono le persone, si può optare per un colloquio fatto assieme o separatamente.

Il colloquio può avvenire nella sede del servizio o anche esclusivamente in visita domiciliare (se, ad esempio, la persona è in difficoltà a spostarsi). Una visita domiciliare è comunque prevista praticamente in ogni caso, per conoscere l'ambiente in cui vive la persona (e la sua famiglia, se c'è). Basandosi sulle informazioni raccolte nella segnalazione e su quanto emerge da questi primi contatti, il servizio sociale effettua una valutazione preliminare, che può avere diversi esiti:

- se c'è il consenso del diretto interessato, si avvia l'azione di aiuto eventualmente necessaria, partendo da una più approfondita valutazione della situazione, per la quale l'assistente sociale, il medico di base, uno specialista sanitario oppure, talora, il diretto interessato o i suoi familiari richiedono l'attivazione dell'Unità valutativa (vedi infra);
- se il diretto interessato non ritiene di aver bisogno di aiuto, ma l'assistente sociale ritiene che la situazione sia a rischio di peggiorare in tempi medio-brevi, l'assistente sociale può lasciare i propri recapiti e ogni indicazione utile in caso di urgenza, ed eventualmente proporre una visita o una telefonata «di aggiornamento» più in là nel tempo;
- se il diretto interessato non ritiene di aver bisogno di aiuto, ma l'assistente sociale ritiene che la situazione sia di grave rischio immediato per l'incolumità della persona e/o di altri, è necessario attivare le forze dell'ordine (per un ingresso forzato in casa e/o per un eventuale trattamento sanitario obbligatorio);
- se ci sono punti di vista diversi o conflittuali, rispetto alla necessità di chiedere un aiuto, tra la persona non autosufficiente e il suo caregiver (o i suoi caregiver), si può dare la propria disponibilità per approfondire la questione o con entrambe le parti, o comunque con chi è disponibile, e fissare un incontro successivo;²
- se non ci sono, al momento, bisogni privi di risposta tali da giustificare un intervento, ovviamente non si procede oltre.

¹ Per l'analisi dettagliata di un esempio, vedi Raineri M.L. (2004), *Il caso di Giuseppe: lavoro di rete con un anziano solo*, in M.L. Raineri, *Il metodo di rete in pratica*, Trento, Erickson, pp. 87-126.

² Potrebbe sembrare che, così facendo, l'assistente sociale agisca senza il dovuto consenso dell'utente. Bisogna però tenere presente che le prestazioni assistenziali destinate a una persona non autosufficiente o con disabilità costituiscono un aiuto non solo per lei, ma anche per il caregiver. Quindi, anche se dal punto di vista strettamente amministrativo l'utente intestatario della prestazione è uno solo, in realtà l'assistente sociale lavora per aiutare più persone: in termini professionali, anche il caregiver è un «utente» dell'assistente sociale, nel senso che usufruisce del suo aiuto, e ha titolo a chiederlo.

pazienti anziani. È composto da una lista di dieci domande che indagano alcuni aspetti delle capacità cognitive: sette item sono focalizzati sull'orientamento (spazio-temporale, personale e circostante), due item valutano la memoria a lungo termine (numero di telefono/indirizzo e cognome della madre), un item valuta la capacità di concentrazione (sottrazione seriale).

Esempio

Test per la valutazione del deterioramento mentale

SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire)

La valutazione che si ottiene con questa scala fornisce un'idea del quadro di deterioramento mentale. Ogni risposta esatta corrisponde a 0, ogni risposta sbagliata a 1. Questo semplice test è influenzato dal grado di scolarità e istruzione.

- (1) Qual è la data di oggi? (giorno, mese, anno)
- (2) Che giorno della settimana è oggi?
- (3) In quale luogo ci troviamo?
- (4) Qual è il suo numero di telefono di casa?
- (5) Quanti anni ha?
- (6) Quando è nato? (giorno, mese, anno)
- (7) Come si chiama il Presidente della Repubblica?
- (8) Chi c'era prima di lui?
- (9) Quale era il cognome di sua madre da nubile?
- (10) Sottragga 3 da 20 e continui a sottrarre 3.

Interpretazione

Da 0 a 2 errori: normale

Da 3 a 4 errori: lieve deficit

Da 5 a 7 errori: moderato deficit

Da 8 a 10 errori: grave deficit

Un altro strumento molto usato è la *Geriatric Depression Scale (GDS)* (Yesavage et al., 1983), ideata per valutare la presenza di depressione in pazienti anziani, evitando domande che generalmente in tarda età provocano maggiori meccanismi difensivi (ad esempio sulla vita sessuale, sull'aspettativa di vita, sulla preoccupazione di morte). La scala indaga la soddisfazione per la propria vita; se vi siano modificazioni dell'umore o ansia; il grado di iniziativa e di partecipazione sociale. Il questionario della GDS può essere compilato direttamente dalla persona, oppure somministrato da un medico o un altro operatore dopo minimo addestramento, poiché non è un test che richiede competenza psichiatrica.

Esempio

Test per valutare la presenza di depressione in pazienti anziani

GDS (Geriatric Depression Scale)

(Yesavage et al., 1983, pp. 37-49)

		SÌ	NO
1	È soddisfatto della sua vita?	0	1
2	Ha abbandonato molte delle sue attività e dei suoi interessi?	1	0

Esempio**Anna**

Anna è un'insegnante di scuola materna in pensione, ha 74 anni. Con il pensionamento, a 65 anni, Anna, che è sola e nubile, aveva iniziato a impegnarsi come volontaria presso un'associazione che si occupa di famiglie in situazione di povertà.

Negli ultimi due anni, l'esordio della demenza: inizia a trascurarsi, dimentica le parole che deve pronunciare, lascia gli impegni di volontariato.

Il medico di base, che rileva questa patologia, segnala la situazione a una cugina, residente in Liguria e che ha con Anna contatti saltuari, e al servizio sociale.

La visita domiciliare rileva che:

- Anna vive in un piccolo alloggio del centro della sua città, al piano terreno;
- la cucina non dispone di fornelli a gas poiché la padrona di casa ha richiesto l'interruzione della fornitura;
- la donna dichiara di nutrirsi con prodotti già pronti acquistati in gastronomia;
- esce di casa più volte al giorno e guida l'automobile;
- l'appartamento appare trascurato;
- la donna è vestita con abiti sporchi e logori e troppo leggeri per la stagione invernale.

L'assistente sociale deve inoltre *raccogliere informazioni* in ordine a:

- chi conosce il problema e chi si sta occupando di lei;
- la situazione economica;
- la rete amicale, dei vicini di casa;
- le scelte di Anna; quanto è in grado di scegliere;
- la condizione di salute generale;
- come trascorre la giornata;
- gestione denaro: è in grado di usarlo?
- è disponibile a collaborare con il servizio sociale?

La proposta ad Anna prevede un programma di assistenza domiciliare e di consegna dei pasti. Anna accetta gli aiuti, condizione fondamentale per effettuare un monitoraggio quotidiano delle sue condizioni, per coinvolgerla nella demolizione della vecchia auto e assicurarle condizioni di maggior sicurezza. Il mancato consenso, la diffidenza e il rifiuto ad accettare gli aiuti, pur in presenza di una parziale lucidità, sarebbero invece elementi che porterebbero alla necessità di intervenire con misura maggiormente drastica, ad esempio il suo inserimento in struttura residenziale, attraverso un provvedimento del giudice tutelare (vedi infra).

Le schede per la valutazione multidimensionale

Nelle diverse regioni italiane la legislazione locale ha disposto l'adozione di apposite schede per la valutazione multidimensionale. Accanto all'obiettivo principale di servire da base per l'elaborazione del piano di aiuto alla persona, tali schede vengono utilizzate per altri tre scopi:

- come strumenti per la valutazione di accesso alle prestazioni (soprattutto per le prestazioni di assistenza domiciliare e di inserimento in strutture residenziali: ad esempio, dalla scheda

nell'eventualità di divergenze di opinioni, non ci sarà da tener conto di una complicata rete di persone con punti di vista differenti. Il problema cruciale in presenza di un unico caregiver, però, sta nel fatto che, nel momento in cui non sia più in grado di svolgere i suoi compiti, anche solo temporaneamente, l'utente avrà bisogno di molte prestazioni, spesso con grade urgenza.

Il grado di aiuto offerto ai caregiver principali dagli altri componenti della famiglia varia secondo la natura delle relazioni familiari. Invece, le situazioni in cui non c'è caregiver principale e l'assistenza è condivisa tra i vari componenti della famiglia sono molto meno diffuse. Un esempio potrebbe essere una coppia di anziani genitori che vivono ancora in casa da soli e che ricevono il sostegno da una rete di persone costituita dai figli e i rispettivi coniugi.

Cosa fanno i caregiver

Le mansioni in cui un caregiver può essere impegnato sono estremamente varie. Evidenziamo di seguito le principali.

- *Assistenza fisica alla persona*: aiutare a lavarsi, a fare il bagno, andare alla toilette, lavare i denti o la dentiera, tagliare le unghie, prendersi cura dei capelli e della pelle. Queste mansioni possono essere espletate in misura varia. Ad esempio, una persona disabile può aver bisogno di un aiuto minimo, magari con gli slip quando va alla toilette; un'altra può anche aver bisogno di aiuto nell'asciugarsi; mentre qualcuno con problemi più gravi può aver bisogno di aiuto costante.
- *Assistenza sanitaria*: i parenti forniscono spesso cure mediche sotto la supervisione di un operatore sanitario qualificato. Spesso si occupano della gestione dei farmaci, di cambiare le bende, somministrare le gocce per gli occhi o le orecchie, applicare unguenti e lozioni e un'ampia gamma di altri compiti.
- *Sostegno nella mobilità*: alcune persone hanno difficoltà nella mobilità all'interno della casa che riguardano la stabilità o la necessità di sostegno nello spostarsi da una stanza all'altra, o di aiuto a sedersi o ad alzarsi e a mettersi a letto e ad alzarsi dal letto. Potrebbero anche aver bisogno di aiuto nel cambiare posizione a letto, al fine di evitare le piaghe. È ovvio che tanto più pesante è l'impegno fisico per il caregiver, più aumentano le possibilità che questo vada incontro a un logoramento fisico e ad altri problemi di salute.
- *Mansioni domestiche*: i caregiver possono essere impegnati in tutte le attività domestiche, dal cucinare e pulire fino alle riparazioni e al giardinaggio. Possono anche occuparsi di fare la spesa o di ritirare la pensione. Se la persona di cui si occupano soffre di disturbi mentali, il caregiver potrebbe essere anche l'unico responsabile delle decisioni relative alle questioni finanziarie e ad altre importanti faccende sul futuro della famiglia. Quando il caregiver ha anche altri impegni — il lavoro, i figli o l'assistenza di altri parenti — le relative responsabilità aumentano in maniera rilevante.
- *Monitoraggio/supervisione*: un notevole impegno per alcuni caregiver è rappresentato dalla quantità di tempo che devono trascorrere nel controllare la persona di cui si occupano. Anche in questo caso, l'attività può comportare vari gradi di impegno. Alcune persone devono essere controllate a intervalli per verificare se abbiano bisogno di qualcosa o assicurarsi che non siano cadute. Altre richiedono una supervisione costante — come nel caso delle persone affette da una grave forma di demenza.⁸ In alcuni casi la supervisione deve essere regolare, ma non quotidiana.

⁸ Su questo tema, vedi Mace N.L. e Rabins P.V. (2013), *Una giornata di 36 ore. Prendersi cura delle persone con demenza*, Trento, Erickson.

Interventi per persone non autosufficienti o con disabilità (3): assistenza a domicilio e in struttura

I servizi di community care

Per *community care* si intende l'orientamento delle politiche sociali verso lo sviluppo di servizi socio-assistenziali che favoriscono condizioni di indipendenza all'interno dell'ambiente di vita per le categorie sociali più deboli (anziani non autosufficienti in tutto o in parte, disabili, pazienti psichiatrici). Il valore di fondo che ispira questo orientamento è che per le persone non del tutto autonome sia preferibile ricevere assistenza continuando a condurre la propria vita a casa loro e non in strutture macro-residenziali.¹

L'insieme delle politiche di sostegno della domiciliarità comprende tre principali aree di intervento:

- interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia: assistenza domiciliare sociale, sanitaria (compresa la fornitura di protesi e ausili) e integrata socio-sanitaria (ADI), tele-soccorso e telecontrollo, interventi delle reti solidaristiche della comunità locale;
- interventi di sostegno economico: assegni di cura e contributi economici alle persone e alle famiglie, differenziati a seconda del carico di cura, della tipologia e delle modalità di assistenza fornita, della situazione economica;
- interventi di sollievo alla famiglia (*respite*): centri diurni, ricoveri temporanei, soggiorni climatici, ecc., per persone in situazione di dipendenza assistenziale.

Il servizio sociale del comune (o del corrispondente ente gestore) ha di solito un ruolo significativo nella costruzione e nella realizzazione degli interventi di sostegno alla domiciliarità: in genere è l'assistente sociale a svolgere la funzione di punto di riferimento e di regia per la valutazione della situazione, la consulenza, il raccordo con i vari servizi, anche di volontariato, l'attivazione delle prestazioni organizzate o finanziate direttamente dal proprio ente (assistenza domiciliare, assistenza economica, ecc.), le indicazioni per l'accesso

¹ Folgheraiter F. (2006), *Community care*, in *La cura delle reti*, Trento, Erickson.

ad altre risorse (invalidità civile, riconoscimento di handicap in situazione di gravità, ecc.), il sostegno alle relazioni familiari. Nelle situazioni complesse, la presa in carico da parte del servizio sociale costituisce uno degli elementi portanti del progetto personalizzato definito dall'UVM (Regione Veneto, 2006).

L'assegno di cura

L'assegno di cura è un sussidio economico mensile per l'assistenza e la cura a domicilio di persone che, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, hanno bisogno di un'assistenza continua. L'obiettivo di questa forma di assistenza è quello di promuovere la domiciliarità, riducendo il ricorso ai ricoveri in strutture residenziali e mantenendo le persone inserite nel proprio contesto familiare e sociale.

Si tratta di una misura prevista in buona parte del territorio italiano dalle norme regionali: a seconda della regione, troviamo denominazioni parzialmente diverse (ad esempio, in Veneto assume la denominazione di ICD – Impegnativa di cura domiciliare) e differenze nei criteri e nelle modalità di erogazione. In Lombardia, per esempio, sono previste le cosiddette «misure integrative» che considerano differenti finalità e importi, anche a seconda del livello di non autosufficienza dell'assistito e di altri benefici eventualmente erogati.

In linea generale, i beneficiari del contributo sono disabili (adulti o minori) oppure anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti. In alcune regioni l'intestatario del contributo è la persona disabile o anziana, in altre è il caregiver (identificato come un familiare o una persona legata da un rapporto consolidato e verificabile con l'anziano).

L'erogazione del sussidio e il suo ammontare vengono definiti fondamentalmente in base a tre criteri principali:

- l'assistenza che viene effettivamente prestata a livello familiare/informale (o che potrà venire prestata anche grazie all'assegno);
- il carico assistenziale della persona con disabilità;
- la condizione economica dell'anziano (compresa l'indennità di accompagnamento) e del caregiver.

La domanda per l'assegno va presentata dalla persona non autosufficiente oppure dal caregiver al comune (o al corrispondente ente gestore) oppure all'ASL, utilizzando un apposito modulo.

L'assistente sociale effettua un colloquio, anche a domicilio, finalizzato a una prima valutazione socio-economica. A questa visita segue l'accertamento delle condizioni sanitarie e socio-ambientali da parte dell'UVM (o UVH, a seconda del tipo di beneficiario), che valuta il carico assistenziale con una valutazione multidimensionale (vedi cap. 4).

Le domande ritenute idonee vengono inserite in una apposita graduatoria.

Prima dell'erogazione del contributo, viene solitamente elaborato un piano di assistenza, spesso redatto per iscritto su tracce appositamente predisposte, in cui sono indicati dettagliatamente gli impegni assunti dal familiare e le eventuali altre prestazioni dei servizi sociali e/o sanitari.

Sono inoltre previsti periodici incontri di verifica da parte dell'assistente sociale competente per territorio, per monitorare l'andamento del piano assistenziale.

In genere, l'assegno di cura viene erogato mensilmente, a partire dal mese successivo alla data di sottoscrizione del piano assistenziale.

Dunque, l'assegno di cura non è concepito come una pura erogazione monetaria — a fianco di assegni familiari, indennità di accompagnamento, ecc. —: dovrebbe invece comportare una presa in carico della persona, partendo da una valutazione multidimensionale delle sue condizioni e della sua rete di supporto sociale, procedendo con la stesura del piano assistenziale individualizzato, la definizione degli obiettivi da raggiungere e delle azioni necessarie, nonché il monitoraggio della situazione nel tempo, intervenendo a sostegno di utente e famiglia quando serve. In sostanza, l'assegno non è sostitutivo, ma complementare ad altre prestazioni sociali e/o sanitarie da parte dei servizi.

In alcune regioni, l'assegno di cura risulta, di fatto, una risorsa destinata prevalentemente alla remunerazione delle assistenti familiari private (badanti), soprattutto al fine di favorirne la regolarizzazione della posizione contrattuale (Lamura e Principi, 2009).

In altre regioni, invece, a fianco degli assegni di cura «tradizionali» sono state istituite misure analoghe appositamente destinate a chi ricorre al lavoro privato di cura. Questi «assegni badante» vengono erogati in alcune realtà locali a integrazione dell'assegno di cura, in altre realtà invece in alternativa ad esso.

L'ammontare minimo e massimo del contributo dell'assegno di cura (o misura analoga con altra denominazione) varia a seconda delle regioni: nel 2018, ad esempio, in Veneto vengono erogati contributi di importo indicativo compreso tra i 120 e i 400 euro mensili, nelle Marche è di circa 200 euro mensili, nella Provincia autonoma di Bolzano varia tra i 560 e i 1.800 euro mensili, in Lombardia i buoni sociali per anziani e disabili sono fino a un massimo di 1.000 euro.²

Agevolazioni lavorative per i caregiver

Le norme nazionali che intervengono in materia di rapporti di lavoro prevedono alcune forme di agevolazione per chi è impegnato nell'assistenza a un proprio familiare. Qui di seguito descriviamo in linea di massima le principali misure. Tuttavia, bisogna tenere presente che in alcuni casi possono esserci delle variazioni a seconda del tipo di inquadramento del lavoratore interessato e dell'Istituto previdenziale con cui è assicurato: è quindi opportuno indirizzare la persona a un servizio specializzato (patronato), che l'assisterà anche nella eventuale presentazione della domanda.

Congedi

- *Congedi biennali retribuiti.* Per assistere una persona con disabilità, hanno diritto a due anni di congedo retribuito dal lavoro, per una sola volta nell'arco della vita lavorativa, il coniuge, l'altra parte dell'unione civile, il convivente di fatto, oppure i genitori, oppure i figli, oppure i fratelli/sorelle (in ordine di priorità) (art. 4, DLgs 119/2011). La persona da assistere deve convivere con il lavoratore, deve avere un riconoscimento di handicap grave, non deve essere ricoverato a tempo pieno in una struttura residenziale, salvo che nei casi di ricovero ospedaliero, e non deve svolgere alcuna attività lavorativa. Nei casi in cui la persona con disabilità lavora, il congedo può essere concesso a discrezione del datore di lavoro.

² Va evidenziato che sarebbe improprio operare un confronto diretto tra questi importi: per farlo, bisognerebbe tenere conto di altre variabili, oltre che dell'ammontare del contributo: ad esempio, se chi lo riceve può ottenere anche altre prestazioni di aiuto o meno, se è comprensivo o meno di un eventuale contributo per il pagamento dell'assistenza familiare privata (badante), ecc.

La disabilità è la conseguenza di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e l'ambiente, e quindi è necessario sostenere le facilitazioni ambientali, da contrapporre a ostacoli e barriere fisiche e sociali. L'*assistente personale* è l'ausilio principale di cui le persone con grave disabilità motoria necessitano per consentire di passare dal ruolo di «oggetto di cura» al ruolo di «soggetto attivo».

Per saperne di più

Il Manifesto della Vita Indipendente — ENIL Italia

Vita Indipendente è, fondamentalmente, poter vivere proprio come chiunque altro: avere la possibilità di prendere decisioni riguardanti la propria vita e la capacità di svolgere attività di propria scelta, con le sole limitazioni che hanno le persone senza disabilità.

Vita Indipendente vuol dire affrontare tutte le questioni che riguardano specificamente le persone con disabilità secondo una particolare filosofia che potremmo chiamare della libertà nonostante la disabilità.

Vita Indipendente non dovrebbe essere definita in termini di «vita per conto proprio», magari con un lavoro adatto alle proprie capacità e ai propri interessi, o con una intensa vita sociale. *Vita Indipendente* non coincide neppure con il «fare da sé» le cose, con l'essere autonomi. Questi sono, o meglio possono essere solo alcuni aspetti del vivere in maniera indipendente.

Vita Indipendente ha a che fare con l'autodeterminazione. È il diritto e l'opportunità di perseguire una linea di azione ed è la libertà di sbagliare e di imparare dai propri errori, esattamente come le persone che non hanno disabilità. *Vita Indipendente* riguarda soprattutto le persone con disabilità, tuttavia chi la persegue sa che attorno a ogni persona con disabilità che sia libera si aprono spazi di libertà per madri, padri, fratelli, sorelle, figli, figlie, mogli, mariti, compagne, compagni, amiche, amici con esse in relazione.

Vita Indipendente non è facile, e può essere rischiosa, ma milioni di persone con disabilità considerano questo obiettivo ben più elevato rispetto a una vita di dipendenza, di delega, con limitate possibilità e aspettative mancate.

Il movimento per la Vita Indipendente

Le origini del movimento per la Vita Indipendente risalgono alla prima metà degli anni Sessanta, quando alcuni studenti dell'università di Berkeley, in California, a causa delle loro notevolissime disabilità venivano alloggiati nell'ospedale del campus universitario, seppur in un'ala separata dell'edificio e con notevoli rapporti con l'ambiente studentesco circostante.

Furono proprio i collegamenti con il fervido e poliedrico universo del movimento per i diritti civili legato alle maggiori università statunitensi, verso la fine degli anni Sessanta, a far maturare in quegli studenti la determinazione a non vivere più in ospedale.

Le prime elaborazioni e i primi tentativi di affermazione di queste nuove idee spinsero molte persone con disabilità che vivevano negli Stati Uniti a decidere prima e a tentare poi di prendere parte attiva a livello locale, statale e nazionale alle decisioni su questioni concernenti la loro vita.

Una gran parte delle attività implicava la formazione di gruppi di persone con diversi tipi di disabilità, che operavano insieme per identificare e abbattere barriere e per colmare le lacune nell'organizzazione dei servizi.

Per abbattere queste barriere (non solo fisiche, architettoniche, ma anche di discriminazione) furono messi a punto piani per educare la collettività e per influenzare i responsabili a tutti i livelli, affinché cambiassero i regolamenti e introducessero

Nella definizione, nel monitoraggio e nella verifica del progetto è importante prevedere la più ampia partecipazione della persona con disabilità, tenere conto dei suoi desideri e dei suoi bisogni, e garantirle la più ampia libertà di scelta possibile. Ciò va curato con particolare attenzione nel caso di persone con disabilità intellettiva.

Servizi residenziali per anziani

Diversi tipi di servizi residenziali

La normativa regionale è disomogenea nella definizione delle strutture residenziali per anziani: a livello locale le denominazioni utilizzate possono essere diverse, così come vi sono dettagli diversi che differenziano un tipo di struttura dall'altra. Cerchiamo di seguito di delineare i principali tipi (Eurispes, 1993; Istat, 2004; Pesaresi e Brizioli, 2009).

Residenza assistenziale per anziani autosufficienti o casa di riposo: struttura residenziale destinata ad anziani prevalentemente autosufficienti che per problematiche sociali non possono essere assistiti dalle famiglie e non possono vivere da soli, e necessitano vigilanza infermieristica modesta. Vengono fornite assistenza alberghiera completa e prestazioni di assistenza di base alla persona (aiuto nell'igiene personale, nell'alimentarsi, nel vestirsi), in genere accompagnate da attività di animazione e socializzazione.

Le case di riposo sono dotate generalmente di camere pluriletto, con servizi igienici inclusi. Inoltre, dispongono di ampie aree per la socializzazione e lo svolgimento di attività ricreative e del tempo libero, di ambulatori e aree di servizio: uffici amministrativi, cucina, lavanderia e guardaroba.

Esempio

La scelta della casa di riposo – La testimonianza di Luigia

Luigia ha 84 anni, ha perso entrambi i figli e gli unici parenti di riferimento rimasti sono un nipote e il genero con i quali convive. Genero e nipote sono impegnati in un'attività lavorativa a tempo pieno e sono fuori casa fino a tarda sera. Dice: «Io, da quando ho perso mia figlia mi sento a disagio a vivere con i due uomini e mi rendo conto che non sono più capace di fare tutto quello che facevo prima e ho paura di essere un peso per loro e poi sono sempre sola e inizio ad avere paura di stare in una casa grande senza nessuno. Preferisco andare in una Casa di Riposo dove posso stare in compagnia e dove mi possono curare».

Dopo alcune settimane dall'ingresso nella Casa di riposo, Luigia non ha cambiato idea rispetto alla sua scelta, ma sente anche la fatica della convivenza. Dice: «Mi trovo molto bene, è una casa di riposo piccola, sembra di stare in una famiglia, ci conosciamo. Vado d'accordo con tutti, ma forse era meglio se avevo una camera solo per me. Faccio fatica ad abituarci a un'altra persona: io voglio guardare la TV e lei magari vuole leggere; quando io voglio leggere lei deve dormire e a volte non ci mettiamo d'accordo. Poi ho già cambiato compagna due volte e ogni volta mi devo riabituare e dobbiamo imparare a conoscerci, è difficile riadattarsi ogni volta e superare il dolore per aver perso una persona con la quale cominciavo a essere amica».

Tratto da: Gallina e Perucci (2011-2012)

Interventi per difficoltà legate a rapporti di coppia, gravidanza, nascita

Il consultorio familiare

Il consultorio familiare è stato istituito dalla L. 405/1975, *Istituzione dei consultori familiari*, che lo definisce un servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità, i cui scopi sono elencati nell'art. 1.

L. 405/1975, art. 1

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

Con la L. 40/2004 vengono aggiunte le seguenti funzioni:

- l'informazione e l'assistenza riguardo ai problemi della sterilità e della infertilità umana, nonché alle tecniche di procreazione medicalmente assistita;
- l'informazione sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare.

La titolarità delle funzioni dei consultori è in capo alle ASL. Gli operatori che svolgono le funzioni consultoriali sono medici specialisti in ostetricia e ginecologia, ostetriche, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali e mediatori culturali.

A seconda delle diverse scelte organizzative a livello locale, le funzioni del consultorio familiare possono venire assicurate realizzando un vero e proprio servizio, dotato di una sede apposita e di una specifica équipe di operatori, oppure in maniera «dislocata», nel senso che le varie funzioni sono svolte in parte in un servizio vero e proprio con una sede dedicata, in parte

tramite altri servizi (e in altre sedi) oppure tramite operatori di altri servizi che lavorano in consultorio per una parte del loro orario. Ad esempio, le funzioni del servizio sociale consultoriale possono venire svolte dall'assistente sociale del comune, o presso la sua abituale sede di ufficio, oppure presso la sede del consultorio in cui si reca settimanalmente. Gli ambiti di intervento riguardano:

- attività di promozione della salute;
- prestazioni relative alle aree di ginecologia, pediatria consultoriale, pediatria di comunità, medicina scolastica, psicologia, area educativa e sociale;
- coordinamento con la struttura di neuropsichiatria infantile;
- assistenza alla gravidanza, offrendo consulenza, assistenza sanitaria e psicologica individuale e di coppia nelle gravidanze fisiologiche, problematiche, a rischio e con difficoltà economico-sociale, nel rispetto delle diverse culture;
- sostegno sanitario-educativo-sociale-psicologico-giuridico alle minorenni che intendono affrontare l'interruzione di gravidanza;
- organizzazione di corsi di preparazione al parto, alla nascita, al ruolo genitoriale e all'allattamento al seno;
- assistenza alla puerpera e al neonato;
- programmi di prevenzione dei tumori femminili;
- attività di consulenza alla donna nell'età post fertile;
- interventi socio-sanitari rivolti alla popolazione adolescente nella prevenzione della devianza o del disagio;
- attività di informazione rivolta ai giovani su tematiche relative alla sfera affettiva e sessuale e alla futura maternità consapevole (Spazio Giovani);
- interventi per affrontare problemi complessi legati ai conflitti di coppia e tra generazioni, favorendo la relazione all'interno della famiglia, trattandoli dal punto di vista sanitario, psicologico, sociale;
- servizi di mediazione familiare;
- informazione sull'adozione e l'affidamento familiare;
- attività in raccordo con i servizi socio-assistenziali e con le autorità giudiziarie competenti riguardo a casi di abuso, maltrattamento, affido familiare, adozione, problematiche attinenti la separazione o divorzio, sostegno a gravidanze a rischio sociale (<http://www.salute.gov.it>).

Matrimonio, separazione legale, divorzio

Il matrimonio è un istituto giuridico idoneo a creare un vincolo stabile, certo e duraturo tra due persone di sesso diverso che vogliono condividere un medesimo progetto di vita. Il matrimonio è tutelato indirettamente dalle norme costituzionali ed espressamente dal codice civile (artt. 82 e seguenti).

Con il matrimonio si costituisce la famiglia legittima e si acquista lo status di coniuge.

Sussiste matrimonio solo in presenza di presupposti specifici: diversità di sesso tra le due persone che si sposano, libera e reciproca manifestazione di volontà e scambio dei consensi alla presenza dell'ufficiale di stato civile.

Matrimonio tra minorenni

Di regola il matrimonio si può celebrare solo tra persone che abbiano raggiunto la maggiore età. Tuttavia, c'è la possibilità di celebrare il matrimonio anche quando uno o

entrambi i membri della coppia abbiano compiuto il sedicesimo anno di età, a seguito di un'autorizzazione da parte del Tribunale per i minorenni, rilasciata dopo un'apposita valutazione. Il minore coniugato acquisisce lo status di *minorenne emancipato*.

Il Tribunale per i minorenni può richiedere ai servizi sociali un'*indagine psico-sociale* volta a verificare la fondatezza della motivazione e del progetto di vita che è sotteso all'istanza di matrimonio. Il ricorso al Tribunale per richiedere tale autorizzazione è spesso legato alla volontà di portare a termine una gravidanza e di formalizzare, con il matrimonio, la costituzione di una famiglia. L'indagine del servizio sociale, effettuata attraverso colloqui con i componenti delle famiglie dei giovani oggetto d'indagine e visite domiciliari da compiersi in collaborazione con lo psicologo, dovrà analizzare:

- le condizioni oggettive di vita della coppia e delle famiglie di origine: livello di istruzione, condizioni abitative, economiche;
- gli elementi della storia dei giovani e dei loro familiari (spesso le «storie» di queste famiglie si ripetono e si possono riscontrare gli stessi eventi nel racconto dei genitori, ad esempio anche la madre potrebbe raccontare che la sua prima gravidanza è avvenuta in adolescenza come per la figlia; oppure si potrebbe venire a sapere che la gravidanza avviene dopo la separazione dei genitori, o dopo un lutto familiare grave);
- le relazioni tra i due giovani e le famiglie di appartenenza: condivisione del progetto, consenso dei rispettivi genitori, risorse messe a disposizione di entrambi;
- il livello di maturità dei giovani e le loro potenziali capacità genitoriali e di vivere in autonomia;
- la portata del progetto familiare: su quali risorse si poggia, sia economiche sia umane, nel garantire sostegno sia ai giovani genitori che al nascituro;
- le criticità del progetto: eventuali conflitti non risolti, il mancato consenso di alcuni membri della famiglia, l'impossibilità di creare autentiche condizioni di autonomia, problematiche personologiche dei futuri genitori che possono creare qualche rischio di pregiudizio per l'integrità del nascituro;
- gli eventuali sostegni messi in atto dalla rete dei servizi.

L'indagine può costituire anche uno strumento per aiutare i soggetti coinvolti a riflettere sulle loro scelte e sui processi che le guidano. È importante leggere assieme ai diretti interessati la relazione, prima di inviarla al Tribunale per i minorenni: può costituire uno stimolo alla riflessività in un clima di fiducia e di «doppia trasparenza», sia verso il Tribunale sia verso i minori e le loro famiglie.

Separazione dei coniugi

La separazione dei coniugi è un istituto regolamentato dalle norme del codice civile (artt. 150 e seguenti) e dal codice di procedura civile, che rispetto a questa materia sono stati modificati, nel tempo, da norme specifiche:

- L. 151/1975, *Riforma del diritto di famiglia*;
- L. 74/1987, *Nuove norme sulla disciplina dei casi di scioglimento di matrimonio*;
- L. 54/2006, *Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli*;
- L. 219/2012, *Disposizioni in materia di riconoscimento dei figli naturali* e DLgs 154/2013, *Revisione delle disposizioni vigenti in materia di filiazione*;
- L. 55/2015 *Disposizioni in materia di scioglimento o cessazione degli effetti civili del matrimonio nonché di comunione tra i coniugi*.

La separazione non pone fine al matrimonio, né fa venir meno lo status giuridico di coniuge. Incide solo su alcuni effetti propri del matrimonio: si scioglie la comunione legale dei beni, cessano gli obblighi di fedeltà e di coabitazione. Altri effetti, invece, permangono, ma sono limitati o disciplinati in modo specifico (dovere di contribuire nell'interesse della famiglia, dovere di mantenere il coniuge più debole e dovere di mantenere, educare e istruire la prole).

Diversamente dal passato, oggi la separazione può essere dichiarata per cause oggettive, cioè indipendentemente dalla colpa di uno dei due coniugi. È possibile quindi che i coniugi si separino perché avvenimenti esterni si frappongono alla coppia, perché sopraggiungono circostanze non previste, né prevedibili, al momento della celebrazione del matrimonio, perché ci si rende conto dell'esistenza di un'incompatibilità caratteriale insuperabile e, in generale, per tutti quei fatti che, usando l'espressione del legislatore,

rendono intollerabile la prosecuzione della convivenza o recano grave pregiudizio all'educazione della prole. (art. 151, comma 1, c.c.)

La separazione, a differenza del divorzio, ha carattere transitorio, tanto che è possibile riconciliarsi, senza alcuna formalità, facendo cessare gli effetti prodotti dalla stessa (art. 154 c.c.). Col DL n. 134/2014, convertito in L. 164/2014 sono state introdotte profonde modifiche nelle modalità di separazione e divorzio. In particolare, in caso di separazione congiunta e divorzio congiunto (quando c'è accordo tra gli ex coniugi sulle condizioni di separazione e divorzio) sono state introdotte due nuove modalità per ottenere la separazione e il divorzio: la *dichiarazione avanti all'ufficiale di stato civile e la negoziazione assistita matrimoniale*.

Con la *dichiarazione avanti all'ufficiale di stato civile*, i coniugi possono separarsi mediante un semplice accordo davanti all'Ufficiale dello Stato civile del comune di residenza di uno di loro o del luogo in cui il matrimonio è stato trascritto. Questo accordo non è possibile se sono presenti figli minori, figli maggiorenni portatori di disabilità grave o economicamente non autosufficienti, non è possibile inoltre prendere accordi di natura patrimoniale. Trascorsi trenta giorni dalla prima comparizione, i coniugi vengono invitati a confermare la propria volontà e successivamente l'atto viene trascritto nei registri di Stato Civile. In questo tipo di procedura l'assistenza legale è facoltativa.

La *Convenzione di negoziazione assistita* è un accordo tra i coniugi, che vengono assistiti da almeno un avvocato, con cui vengono definite congiuntamente le condizioni di separazione. L'avvocato, dopo aver esperito un tentativo di conciliazione, trasmette l'accordo alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario, che, in assenza di figli, comunica il nulla osta alla prosecuzione del procedimento. In caso di presenza di figli minori, maggiorenni con disabilità grave o economicamente non autosufficienti, il Procuratore valuta se l'accordo rispetta l'interesse dei figli. Se lo ritiene idoneo, rilascia un'autorizzazione per proseguire il procedimento, in caso contrario viene fissata un'udienza di comparizione dei coniugi davanti al Presidente del Tribunale e la separazione segue poi la procedura tradizionale. L'accordo viene poi trasmesso all'ufficiale di stato civile per la trascrizione nei registri.

Separazione di fatto

Può accadere che i coniugi decidano di interrompere la convivenza senza formalità (senza quindi fare ricorso a un giudice), ponendo in essere la cosiddetta separazione di fatto: marito e moglie vivono insieme o in dimore diverse, ma ognuno si occupa del proprio destino, disinteressandosi dell'altro. La separazione di fatto non produce alcun effetto sul piano giuridico, né è sufficiente a far decorrere il termine per poter chiedere il divorzio.

per il suo monitoraggio sono la condizione ideale per garantire, ove necessario, la continuità della relazione con il servizio sociale e predisporre le azioni successive. Il consultorio, pur non disponendo di risorse finanziarie proprie per avviare interventi di aiuto rivolti alla madre nubile, può fornire informazioni sui diritti e collegamenti con i servizi sociali competenti del territorio.

Tra i diritti della madre nubile vi è l'accesso al contributo economico finalizzato all'assistenza del figlio minore fino all'età di 14 anni. Tale contributo, finanziato da un fondo specifico, è di competenza delle province (in alcune regioni la competenza è stata trasferita agli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali) e viene disposto in presenza di situazioni economiche al di sotto della linea di povertà. Questo contributo, nella maggior parte delle realtà territoriali, viene fatto confluire all'interno dei percorsi complessivi di contrasto alla povertà (vedi capitolo 3).

Contributi assistenziali economici a sostegno della maternità

Assegno di maternità erogato dal comune o dallo Stato

L'assegno di maternità è una forma di assistenza economica destinata alle madri che non lavorano e pertanto non hanno diritto ad altri trattamenti previdenziali, oppure hanno lavorato solo per periodi limitati, e quindi hanno un trattamento previdenziale di importo inferiore all'assegno di maternità. È stato istituito con la Legge finanziaria 488/99, art. 49, comma 8 viene erogato dal comune alle madri disoccupate e dallo Stato alle madri lavoratrici o precarie.

Possono richiedere l'assegno le cittadine italiane, comunitarie o extracomunitarie che hanno partorito, adottato o ricevuto in affidamento preadottivo un bambino. In alcuni casi particolari, l'assegno può essere richiesto anche da persona diversa dalla madre: il padre, se la madre è deceduta, o se ha abbandonato il neonato, oppure se il bambino è stato affidato esclusivamente al padre dall'autorità giudiziaria; il padre adottivo non coniugato, nei casi di adozione in casi particolari (vedi cap. 14); altre persone cui sia stato affidato il neonato non riconosciuto dai genitori richiedenti devono presentare domanda nel comune dove sono residenti al momento della richiesta, entro sei mesi dalla data del parto o dell'ingresso del minore nella famiglia. Il requisito per ottenere l'assegno è un importo ISEE inferiore a euro 17.142 per l'anno 2018 e l'ISEE di riferimento è l'ISEE minorenni (vedi cap. 3). Il comune, dopo avere controllato la sussistenza di tutti i requisiti, concede o nega l'assegno con un proprio provvedimento, e lo comunica a chi ha presentato la richiesta. Se viene concesso l'assegno, il comune comunica i dati necessari all'INPS, che provvede al pagamento.

L'importo dell'assegno dipende dalla situazione economica della richiedente (nel 2018 ammonta a un massimo di circa 338 euro per cinque mensilità).

Assegno di natalità o bonus bebè

L'assegno di natalità (anche detto «bonus bebè») è un assegno mensile destinato alle famiglie per ogni figlio nato, adottato o in affido preadottivo. L'assegno viene corrisposto fino al compimento del primo anno di età o del primo anno di ingresso nel nucleo familiare a seguito di adozione o affidamento preadottivo.

La domanda può essere presentata dai cittadini italiani, comunitari ed extracomunitari con carta di soggiorno permanente, residenti in Italia e conviventi col figlio.

La domanda va presentata entro 90 giorni dalla nascita o dalla data di ingresso del minore adottato nel nucleo familiare. In caso di affido familiare temporaneo, la domanda

può essere presentata dall'affidatario entro 90 giorni dall'emanazione del provvedimento del giudice o del provvedimento dei servizi sociali reso esecutivo dal giudice tutelare.

Il limite di reddito, per poter richiedere l'assegno, è quello di un ISEE minorenni non superiore a 25.000 euro. Anche l'importo dell'assegno dipende dall'ISEE: con ISEE inferiore ai 7.000 euro la misura è di 1.920 euro totali, con ISEE compreso tra 7.000 euro e 25.000 euro annui la misura è di 960 euro. La domanda si presenta online all'INPS nel sito dedicato, volendo con l'assistenza di un patronato. Il pagamento mensile dell'assegno è effettuato dall'INPS direttamente al genitore richiedente.

Bonus mamma domani (o premio alla nascita)

Il premio alla nascita di 800 euro («bonus mamma domani») viene corrisposto dall'INPS a partire dal 1 gennaio 2017 per la nascita o l'adozione di un minore, su domanda della futura madre dall'inizio dell'ottavo mese di gravidanza, o al momento della nascita, adozione o affidamento preadottivo del bambino, o comunque entro un anno. Le gestanti e madri, cittadine italiane, comunitarie o non comunitarie, devono essere regolarmente presenti e residenti in Italia.

La domanda deve essere presentata online sul sito INPS, oppure attraverso un patronato. La domanda può essere presentata anche se la donna, pur avendo maturato i sette mesi di gravidanza, non ha potuto portare a termine la gravidanza.

La domanda può essere presentata dal padre se la mamma muore, o decade dalla responsabilità genitoriale a causa di un provvedimento giudiziario, e il bambino viene affidato in via esclusiva al padre.

Bonus asilo nido

Il bonus asilo nido, introdotto nel 2018, è un assegno erogato con cadenza mensile, per un importo massimo annuale di 1.000 euro. Per il 2019 l'importo è stato aumentato fino a 1.500 euro.

Le famiglie possono accedere al bonus senza vincoli di reddito o di ISEE: le domande vengono accolte dall'INPS in ordine cronologico fino a esaurimento degli stanziamenti. Ad esempio, nel 2018 erano a disposizione 250 milioni di euro e le domande sono state accolte tra il 29 gennaio e il 31 dicembre.

Il bonus è destinato a cittadini italiani, comunitari e non comunitari in possesso di carta di soggiorno di lungo periodo, residenti in Italia.

Per i bambini impossibilitati a frequentare l'asilo nido per gravi motivi di salute, i genitori possono richiedere il bonus per le forme di supporto presso la propria abitazione, presentando un attestato rilasciato dal pediatra di libera scelta che attesti per l'intero anno di riferimento «l'impossibilità del bambino a frequentare gli asili nido in ragione di una grave patologia cronica». In questi casi, l'INPS eroga il bonus di 1.000 euro in un'unica soluzione direttamente al genitore richiedente.

La domanda si presenta online sul sito dell'INPS o attraverso un patronato.

La violenza familiare e gli interventi a protezione delle vittime

Il fenomeno della violenza familiare è complesso: non si può scindere la violenza fisica da quella psicologica, sessuale, culturale o economica, perché tutte le molteplici forme che

può assumere la condotta violenta e prevaricatrice concorrono nel loro insieme a produrre un danno. Il danno è tanto più grave e irreversibile quanto più:

- la violenza si protrae nel tempo;
- esistono consanguineità e/o prossimità relazionale tra aggressore e vittima;
- la vittima è isolata, cioè con una rete di relazioni povera o poco coesa, perché ciò non favorisce la rilevazione della violenza e il conseguente aiuto.

Le vittime della violenza in famiglia sono soprattutto la donna, moglie o convivente, nonché i figli, gli ascendenti in linea retta e occasionalmente altri membri (ad esempio, sorelle o fratelli del coniuge o del convivente). Con la L. 77 del 27 giugno 2013, l'Italia ha ratificato la *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta nei confronti delle donne e la violenza domestica*, fatta a Istanbul l'11 maggio 2011. Secondo la Convenzione, i tipi di violenza familiare (o violenza domestica) si possono distinguere in violenza fisica, psicologica, economica e sessuale. Occorre, inoltre, avere presente la violenza assistita da parte dei bambini sulla madre o su altre figure di riferimento affettive (CISMAI, 2017), che di frequente si accompagna agli altri tipi di maltrattamento.

Violenza fisica

La violenza fisica comprende l'uso di qualsiasi atto volto a far male o a spaventare la vittima. Non riguarda solo l'aggressione fisica grave, che causa ferite per cui sono necessarie cure mediche di emergenza, ma anche ogni contatto fisico finalizzato a spaventare e a rendere la vittima soggetta al controllo dell'aggressore. Alcuni esempi in merito sono: spingere, stratonare, impedire alla persona di muoversi trattenendola, rompere o danneggiare oggetti nella vicinanza della vittima, picchiare. Il maltrattamento fisico può comprendere anche il venire chiusi in una stanza o fuori di casa, l'essere tenuti forzatamente svegli o venire minacciati con un'arma.

È importante ricordare che anche le forme minori di violenza non devono essere sottovalutate: ogni atto di violenza fisica può essere percepito come una minaccia alla vita di chi lo subisce. Nel maltrattamento fisico, la componente psicologica più pesante consiste nella imprevedibilità dell'aggressione, in quanto qualsiasi motivo può essere un pretesto scatenante. Così, la vittima potenziale consuma tutte le sue energie per evitare accuratamente ogni comportamento che potrebbe provocare una reazione aggressiva verbale o fisica del partner (o del genitore, o del familiare).

Dal punto di vista del diritto penale, la violenza fisica può rientrare nei seguenti tipi di reati:

- *violenza privata* (art. 610 c.p.): è commessa da chi, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare o omettere qualche cosa. Si tratta di un reato procedibile d'ufficio;
- *lesioni personali*: sono definite dal codice penale come «danni da cui deriva una malattia nel corpo o nella mente». Il reato di lesione personale è previsto dall'art. 582 del codice penale. Se la malattia ha durata superiore a 20 giorni il reato è perseguibile d'ufficio, altrimenti a querela di parte (cioè a seguito di denuncia sporta dalla vittima). Le lesioni personali gravi e gravissime (art. 583 c.p.) sono reati perseguibili d'ufficio;
- *percosse*: un'azione violenta che produce soltanto sensazioni fisiche di dolore, senza conseguenze morbose — ad esempio, senza provocare ecchimosi — rientra nella categoria delle percosse, che secondo l'art. 581 del codice penale costituiscono reato procedibile a querela di parte;

Tutela dei minori (1): il percorso di aiuto

La titolarità della «presa in carico»

La responsabilità degli interventi sociali di protezione e cura rivolti ai minori è attribuita al comune di residenza del bambino o dell'adolescente (oppure quello di «presenza» nel caso di minori stranieri non accompagnati). Il comune, a seconda delle varie normative regionali, può esercitare questa funzione direttamente o tramite un altro ente (ad esempio l'ASL, o un consorzio di comuni, o una azienda pubblica, o un'organizzazione di Terzo settore). Nelle pagine che seguono — salvo diversa indicazione — ci riferiremo all'assistente sociale che opera nell'ambito dei servizi socio-assistenziali per minori e famiglie di una di tali organizzazioni.

Accesso al servizio e valutazione preliminare

La rilevazione di condizioni di malessere, disagio, fino alle forme più gravi di sofferenza nei bambini non è compito esclusivo dei servizi sociali: le leggi in materia attribuiscono la responsabilità di rilevare e segnalare tali disagi a tutti i cittadini e in particolare a tutti quei professionisti che per il loro ruolo si occupano di infanzia. Il termine segnalazione, seppur utilizzato nel linguaggio corrente, presenta tuttavia ambiguità, in quanto si riferisce anche all'atto dello stesso servizio sociale quando rende nota una situazione di pregiudizio all'autorità giudiziaria. Talvolta quindi è preferibile parlare di «informazione ai servizi». Ci sono varie strade attraverso cui l'assistente sociale può venire a conoscenza di una situazione di difficoltà:

- una *richiesta spontanea*: è la famiglia che si rivolge al servizio sociale per chiedere un aiuto economico, per segnalare una propria difficoltà nella gestione dei figli o altro;
- una segnalazione inviata *dalla scuola* o da un'istituzione educativa come l'asilo nido, o la scuola dell'infanzia;
- una segnalazione da parte di *altri servizi sociali o sanitari*;

- una segnalazione da parte delle *forze dell'ordine o di un'autorità giudiziaria*;
- una *segnalazione da parte di parenti*, o di uno solo dei membri della famiglia (ad esempio uno dei genitori separati);
- una segnalazione da parte di *vicini di casa*: in genere si attivano perché preoccupati di situazioni di malessere a carico di minori.

A seconda del tipo di segnalazione, l'assistente sociale si muoverà in modi parzialmente diversi, ma comunque con un unico fine: verificare le condizioni effettive in cui vive il minore e cogliere quei segnali, talvolta ambivalenti, che conducono a una valutazione circa il fatto che sia necessario aiutare la famiglia, e/o coinvolgere l'autorità giudiziaria minorile per disporre misure di protezione del bambino, eventualmente anche al di fuori della famiglia stessa.

Richiesta spontanea

Il contesto spontaneo è identificabile come la situazione nella quale l'assistente sociale non compie la prima mossa, ma è chiamato in causa direttamente dalla famiglia che chiede aiuto. L'attivazione di qualunque prestazione (dal sussidio economico all'assistenza domiciliare, dalla richiesta di casa popolare al tirocinio lavorativo) è opportuno sia preceduta da un'analisi volta a comprendere la situazione complessiva di chi chiede aiuto. Nell'ambito di questa analisi possono talvolta emergere anche delle difficoltà nel prendersi cura dei minori.

Esempio

La famiglia Verdi

La signora Bianchi si rivolge al servizio sociale per richiedere un aiuto economico. Riferisce di essere coniugata da cinque anni con il signor Verdi e di avere due bambini di 3 e 4 anni. La signora in passato lavorava come addetta alle pulizie con contratti a tempo determinato, ma con l'avvio della prima gravidanza ha interrotto l'attività lavorativa. Racconta che il marito effettua lavori saltuari come muratore e da tempo non ha un reddito fisso, da cinque mesi il nucleo non paga l'affitto ed è in corso una procedura di sfratto, vi sono anche bollette arretrate. Riferisce inoltre che le rispettive famiglie d'origine vivono in un'altra regione e non sono in grado di fornire aiuto economico.

L'assistente sociale fissa alla signora un secondo appuntamento in cui chiede che sia presente anche il signor Verdi. Questi racconta di avere avuto un contratto di lavoro a tempo indeterminato per alcuni anni, il rapporto di lavoro si è interrotto due anni prima, quando è stato licenziato in seguito a un forte diverbio con il datore di lavoro, e da allora non è più riuscito a trovare un'occupazione fissa. La moglie afferma che il signor Verdi è spesso soggetto a scatti d'ira e questa è la ragione per cui, secondo lei, non è più riuscito a trovare un impiego.

Entrambi raccontano che questi episodi avvengono anche a casa, soprattutto la sera, poiché, a causa delle difficili condizioni economiche, «sono più nervosi» e litigano. Riportano che questo talora avviene anche davanti ai bambini, anche se la signora afferma che «nessuno ha mai alzato le mani su di loro».

Segnalazione dalla scuola o da altre organizzazioni educative

La scuola dell'obbligo rappresenta un importante osservatorio delle condizioni di rischio e pregiudizio in quanto, a differenza di altri servizi, nelle scuole transita l'universo intero dei

minori e non solo alcune classi sociali. La scuola dovrebbe essere messa in grado di agire in termini di prevenzione del disagio, di riconoscimento dei segnali di rischio e pregiudizio, dovrebbero essere aperti canali chiari per presentare una richiesta al servizio sociale e per co-costruire, per quanto possibile, un progetto di intervento (Regione Lombardia, 2016).

Alcune ricerche (ad esempio Cabiati e Corradini, 2018) evidenziano la difficoltà nel definire percorsi di collaborazione tra scuola e servizi, principalmente a causa di una scarsa conoscenza da parte degli insegnanti delle funzioni degli operatori sociali e dei percorsi di tutela dei minori. Questo rischia di aumentare il malessere dei minori e delle famiglie che potrebbero accedere precocemente a servizi di supporto e invece arrivano quando il disagio è ormai conclamato. È quindi importante che gli operatori sociali che si occupano di disagio minorile costruiscano canali di collaborazione efficaci con la scuola e aiutino gli insegnanti a imparare a cogliere i segnali di disagio dei bambini.

Vi sono diversi indicatori di trascuratezza, maltrattamento e abuso (vedi *infra*) che si possono rilevare a scuola, come, ad esempio segni di traumi o contusioni, rivelazioni verbali o scritte di episodi di maltrattamento, segnali di grave trascuratezza (De Stefani e Sartori, 2008). Accanto a questi indicatori evidenti, vi possono essere segnali di disagio ambivalenti e talvolta di difficile lettura: non possono essere considerati con certezza indicatori di trascuratezza o maltrattamento, ma costituiscono dei «campanelli d'allarme». Per fare un esempio, i bambini possono presentare segnali di disagio emotivo, come pianto improvviso, ricerca eccessiva di attenzione, chiusura alla relazione con gli altri, oppure igiene e abbigliamento inadeguati, o altro. Sono segnali che possono essere ricondotti a condizioni di vita pregiudizievoli, ma possono anche essere un sintomo transitorio, connesso a un particolare passaggio di vita nella storia personale o familiare. Alcune difficoltà possono essere in qualche modo collegate all'ambiente socio-culturale della famiglia del bambino: per questo è importante cercare un dialogo con gli adulti di riferimento del minore, per approfondire la situazione e comprendere le aspettative reciproche.

L'assistente sociale può fornire una consulenza agli insegnanti per aiutarli a decifrare i segnali di disagio dei bambini e capire quale può essere la modalità di approccio migliore. È importante precisare che una consulenza, in questa prima fase di approfondimento, deve essere richiesta dagli insegnanti o dal dirigente scolastico senza specificare le generalità del bambino e della sua famiglia o altri dati sensibili. In caso contrario, costituirà una vera e propria segnalazione sulla situazione specifica.

Esempio

Federico

Federico frequenta la seconda primaria, vive con la madre e due fratelli più piccoli, i genitori sono separati e il padre vive in un'altra città.

Le insegnanti sono preoccupate perché il bambino ha imparato a leggere e a scrivere con molta fatica e, attualmente, il suo livello di apprendimento è inferiore alla media della classe.

Anche il comportamento di Federico preoccupa, in quanto il bambino è sempre taciturno, non gioca con i compagni e trascorre l'intervallo prevalentemente seduto in classe, non svolge quasi mai i compiti e il materiale scolastico non è adeguato; anche l'abbigliamento è trascurato e non adatto alla stagione.

Le insegnanti hanno notato un peggioramento complessivo rispetto all'anno precedente; hanno provato a parlare con il bambino, ma Federico si è chiuso nel suo mutismo.

Decidono quindi di contattare l'assistente sociale per un confronto.

L'assistente sociale che riceve una segnalazione da parte della scuola può proporre e concordare con gli insegnanti interessati diversi percorsi per avvicinare la famiglia.

Un primo percorso riguarda la possibilità che l'insegnante faccia presente alla famiglia che sarebbe opportuno un contatto con l'assistente sociale, in modo che poi i genitori si rivolgano autonomamente al servizio. L'insegnante può facilitare il contatto fornendo recapiti e orari e spiegando per sommi capi ai genitori come il servizio sociale potrebbe essere loro di aiuto.

In alternativa, se i genitori sono d'accordo, un primo contatto può essere svolto all'interno della scuola e con il coinvolgimento dell'insegnante. In tale occasione l'assistente sociale potrà concordare con i genitori un successivo colloquio in ufficio e un'eventuale visita domiciliare.

In alcuni casi, però, la collaborazione con i genitori non è praticabile:

- per indisponibilità dei familiari; oppure
- per proteggere il minore: quando vi sono *gravi* elementi di pregiudizio (segni fisici o rivelazioni di abuso e maltrattamento di sospetta origine intrafamiliare), è opportuno non informare direttamente la famiglia, non informare la persona indicata dal minore quale presunto autore del maltrattamento o abuso e non chiedere chiarimenti cercando di indagare sulla veridicità dei fatti ponendo domande al minore o alla persona indicata dal minore, né ad altri compagni, poiché ciò compete all'autorità giudiziaria, che intraprenderà un'azione indipendente.

In queste situazioni, la scuola si trova a dover valutare se procedere o meno a una segnalazione scritta ai servizi sociali e/o eventualmente anche alla Procura presso il Tribunale per i minorenni. L'assistente sociale, se interpellato, può aiutare gli insegnanti e il dirigente scolastico a decidere. Anche in questo caso è bene esaminare la situazione senza esplicitare nome e cognome del minore, in modo da rispettare il diritto alla riservatezza.

Ricevuta dalla scuola la segnalazione scritta, il servizio sociale convocherà, anche per iscritto, i genitori (o chi esercita la responsabilità genitoriale). Nel primo incontro, l'assistente sociale spiegherà i contenuti della segnalazione, elencando tutti i tentativi fatti precedentemente per stabilire una comunicazione con loro.

Segnalazione da parte di altri servizi sociali o sanitari

La segnalazione di una situazione di rischio, di possibile disagio o di pregiudizio può venire anche da altri servizi sociali o socio-educativi (ad esempio dal SerT, da un Servizio per l'inserimento lavorativo, da un Centro di aggregazione giovanile) o da un servizio sanitario (ad esempio dall'ospedale, o dal Servizio di salute mentale) o anche dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.

Esempio

Annalisa

Il servizio sociale riceve una segnalazione scritta da parte del locale ospedale in cui si descrive la situazione di Annalisa, di 13 anni: la ragazzina è stata ricoverata per un attacco di panico avvenuto a scuola; dall'anamnesi effettuata si è riscontrato che si è trattato del terzo episodio nell'ultimo anno.

Gli accertamenti effettuati non hanno rilevato nessuna patologia organica e la ragazzina è in procinto di essere dimessa con la prescrizione di una visita neuro-

Interventi per problemi di dipendenza

Servizi per le dipendenze

Dipartimento delle dipendenze

I servizi pubblici che hanno il compito di occuparsi dei problemi di dipendenza da una o più sostanze psicoattive legali e illegali (droga, alcol, tabacco) e di dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo, shopping compulsivo, ecc.) sono articolazioni del Servizio sanitario nazionale.

Il Dipartimento delle dipendenze, istituito a livello di ASL, è costituito da tutte le unità operative pubbliche e private che direttamente o indirettamente si occupano di dipendenze, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità tecnico-funzionale e gestionale (DM 14.06.2002, *Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle ASL*). Il Dipartimento svolge fondamentalmente funzioni di:

- programmazione generale e di coordinamento delle varie unità operative locali;
- registrazione e archiviazione centralizzata dei dati;
- controllo delle attività degli enti accreditati;
- aggiornamento e formazione degli operatori;
- predisposizione di protocolli operativi con le prefetture, gli enti locali, le scuole, ecc., per l'attuazione di progetti specifici.

SerD

Strettamente correlati al Dipartimento sono i servizi operativi a livello locale che, a seconda delle norme regionali, sono articolati in SerT (Servizi per le tossicodipendenze) e NOA (Nuclei operativi alcologia, che in alcuni contesti sono chiamati con denominazioni diverse, ad esempio Unità operative di alcologia), oppure in SerD (Servizi per le dipendenze).

Non c'è sempre una precisa corrispondenza tra la denominazione e le aree problematiche su cui la struttura interviene: ad esempio, in Emilia-Romagna i SerT si occupano anche dei problemi alcolcorrelati. Di seguito, per semplificare, ci riferiremo a *tutti* questi servizi usando soltanto la dizione SerD.

Ogni ASL ha un numero variabile di questi servizi, a seconda delle caratteristiche geografiche e di popolazione del territorio.

Nei SerD operano équipe multidisciplinari, formate da medici (un medico è il responsabile del servizio), psicologi, infermieri, educatori, assistenti sociali.

Il SerD si occupa di impostare strategie multidisciplinari di recupero e assistenza, sia dal punto di vista sanitario, sia da quello educativo, sociale e psicologico, mettendo in atto interventi di tutela della salute e di reinserimento nel tessuto sociale. Le attività principali svolte dai SerD si possono schematizzare in quattro aree:

- *area sanitaria*: diagnosi tossicologica, controllo dello stato di salute; trattamenti di disintossicazione, trattamenti farmacologici, interventi di educazione sanitaria;
- *area psicologica*: psicodiagnosi, psicoterapia individuale e/o familiare e/o di gruppo, sostegno psicologico;
- *area socio-educativa*: segretariato sociale (istruzione delle pratiche per accedere alle forme di protezione sociale che l'ASL e il comune mettono a disposizione); inserimenti lavorativi; inserimenti in strutture riabilitative convenzionate (attività di counseling, valutazione, progettazione, sostegno e verifica); interventi in area giuridica e carceraria per garantire la continuità terapeutica;
- *area preventiva*: prevenzione primaria nelle scuole, nei luoghi di divertimento, nei luoghi di lavoro; prevenzione delle patologie correlate (HIV, epatite, malattie sessualmente trasmesse); attività informative, educative, formative; interventi a bassa soglia e di prevenzione terziaria.

Art. 2, DM 14.06.2002, *Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle Aziende unità sanitarie locali – SerT, di cui al decreto ministeriale 30 novembre 1990, n. 444.*

2. Nell'ambito di uno stabile coordinamento con il Dipartimento di cui all'art. 1 i SerT assicurano la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura e alla riabilitazione dall'uso di sostanze e garantiscono, compatibilmente con le risorse economiche disponibili, la libertà di scelta del cittadino e della sua famiglia di attuare i programmi terapeutico-riabilitativi presso qualunque struttura autorizzata in tutto il territorio nazionale.

3. I SerT d'intesa con il paziente e con la sua famiglia, anche mediante l'utilizzo di altri servizi specialistici pubblici e privati accreditati o autorizzati, si occupano della prevenzione e della cura di tutte le patologie correlate alla dipendenza da sostanze. Le prestazioni sono erogate in forma individuale o a piccoli gruppi nelle sedi operative, o, se necessario, a domicilio. Le prestazioni di prevenzione possono essere erogate anche mediante mezzi mobili.

4. I SerT [...] provvedono a:

- a) garantire accoglienza, diagnosi e presa in carico del paziente;
- b) predisporre, per ogni singolo utente, un programma terapeutico-riabilitativo con valutazione diagnostica multidisciplinare iniziale e monitoraggio periodico delle variazioni dello stato di salute, in relazione ai risultati degli interventi effettuati, in termini di uso di sostanze, di qualità della vita, di abilità e capacità psico-

sociali, di comparsa delle principali patologie correlate sulla cartella individuale del soggetto;

- c) effettuare terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagonistiche, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico, verificando l'opportunità di tali interventi e mantenendo contemporaneamente l'obiettivo del superamento dello stato di dipendenza anche dai farmaci sostitutivi. Nei casi in cui è prescritta una terapia farmacologica, accanto agli opportuni controlli sono prescritti supporti relazionali intensi (colloqui almeno settimanali, gruppi di discussione e informazione, appoggi alle famiglie), che garantiscano una attenzione costante alle condizioni di salute, sia fisica che psichica, e mantengano viva la possibilità di sviluppare più ampi percorsi di cambiamento. Attenzione specifica va posta a evitare che si creino le condizioni per l'emergere della cronicità iatrogena; a tale fine i SerT, in collaborazione con gli enti accreditati nel Dipartimento di cui all'art. 1, comma 1, garantiscono in ogni territorio la possibilità di realizzare cure direttamente finalizzate alla riabilitazione, come:
 1. attività di osservazione, diagnosi e cura intensiva di disintossicazione, con modalità residenziale (ospedali, comunità, centri crisi), semiresidenziale o ambulatoriale;
 2. attività riabilitative articolate in centri diurni, semiresidenziali, comunità residenziali, ecc.;
 3. attività di reinserimento psico-sociale e lavorativo, post-riabilitative, finalizzate a prevenire le recidive;
 4. nei casi in cui la cronicizzazione venga ritenuta inevitabile deve risultare dalla cartella individuale un dettagliato resoconto delle ragioni cliniche e dei tentativi effettuati per ridurre la dose di metadone;
 - d) svolgere attività di psicodiagnosi, di counseling, di sostegno psicologico, di psicoterapia;
 - e) svolgere attività di prevenzione, screening/counseling e cura delle patologie correlate all'uso di sostanze d'abuso, anche in collaborazione con altri servizi specialistici;
 - f) svolgere attività di orientamento e di sostegno in ambito sociale ed educativo;
 - g) svolgere specifiche e strutturate attività per la prevenzione delle principali cause di morte e di inabilità (malattie infettive, overdose, ecc.);
 - h) attivare specifici programmi destinati alle donne, anche in collaborazione con altri servizi specialistici, prevedendo, in particolare, interventi relativi a gravidanza, prostituzione, episodi di violenza;
 - i) rilevare, sulla base delle indicazioni stabilite a livello nazionale e regionale, i dati statistici ed epidemiologici relativi alle attività e al territorio di competenza.
5. I SerT attuano per le persone in carico i seguenti interventi relativi alle infezioni da HIV e alle altre patologie correlate alla tossicodipendenza:
- a) individuazione dei comportamenti a rischio;
 - b) informazione ed educazione sanitaria;
 - c) visite mediche e interventi diagnostici e terapeutici, in collaborazione con strutture specialistiche;
 - d) test di laboratorio per l'HIV, previo consenso, e counseling;
 - e) collaborazione e integrazione degli interventi con altri presidi specialistici.
6. I SerT collaborano alle attività di prevenzione primaria coordinandosi, tramite il Dipartimento di cui all'art. 1, comma 1, con i servizi aziendali ed extra aziendali competenti.

Servizi e iniziative del privato sociale

Accanto ai servizi pubblici, vi sono molte organizzazioni del Terzo settore che operano nel campo del recupero dalle dipendenze. Alcune hanno un'esperienza notevolissima, maturata nel corso di decenni, in quanto la loro presenza sul campo è anteriore allo sviluppo dei servizi pubblici dedicati a queste problematiche.

Per quanto riguarda le *tossicodipendenze*, i SerT sono stati istituiti formalmente nel 1990, e comunque fino al 1975 la tossicodipendenza non era neppure presa in considerazione nei servizi sociali e sanitari. Il CeIS (Centro Italiano di Solidarietà), promosso dal sacerdote Mario Picchi, si è legalmente costituito nel 1971; Centro-droga «Molo 53» è stato aperto a Torino nel 1973 dal Gruppo Abele di don Luigi Ciotti e la prima comunità del Gruppo è nata l'anno successivo; San Patrignano ha preso avvio nel 1978; la Comunità Incontro di don Pierino Gelmini è stata fondata nel 1979; la Comunità Exodus è partita all'inizio degli anni Ottanta da un'iniziativa di don Antonio Mazzi. Ciascuna organizzazione, generalmente articolata in una rete di comunità di accoglienza collegate a una «casa madre», propone specifici programmi di recupero, legati al proprio impianto valoriale e metodologico.

Nel campo dei *problemi alcolcorrelati*, la presenza del privato sociale è costituita soprattutto dai movimenti di auto/mutuo aiuto, principalmente quello degli Alcolisti Anonimi (AA, attivi in Italia dal 1972) e quello dei Club Alcologici Territoriali (CAT, attivi in Italia dal 1979). Le organizzazioni di auto/mutuo aiuto costituiscono una risorsa importante anche nell'ambito della dipendenza dal gioco d'azzardo e di altri comportamenti additivi.

Regolamentazione dell'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope: cenni sull'evoluzione della normativa

Fino al 1975 le norme sono caratterizzate da un evidente proibizionismo: la detenzione e l'uso personale di droga sono considerati un illecito penale: per la L. 1041/1954 la tossicodipendenza è un crimine, il consumatore è equiparato al trafficante e allo spacciatore e sono previste sanzioni molto severe (ad esempio, la reclusione fino a otto anni).

Con la L. 685/1975 si tentano di conciliare prassi repressive e interventi curativi e riabilitativi. Seguendo indicazioni del Protocollo di Vienna del 1971, vengono differenziate le figure dello spacciatore e del consumatore, distinguendo quindi tra comportamenti illeciti sanzionati come reati e comportamenti illeciti rilevanti solo sul piano del trattamento e recupero del tossicodipendente: l'essere in possesso di «modiche quantità di sostanze per uso personale» non è punito. Le droghe vengono classificate in sei tabelle, a seconda della pericolosità. Si definisce inoltre un primo quadro degli interventi di cura e riabilitazione da effettuare presso gli ospedali e coinvolgendo i medici curanti, con la possibilità, per il tossicodipendente in trattamento, di chiedere l'anonimato.

Con la L. 162/1990 (Iervolino-Vassalli) e il successivo riordino delle norme in materia attraverso il DPR 309/1990, *Testo Unico sugli stupefacenti*, si inasprisce la lotta al mercato della droga. Viene superato il concetto di «modica quantità», per introdurre il principio della «dose media giornaliera», che funge da discriminare tra il possesso finalizzato all'uso personale e quello connotabile come attività di spaccio: per chi è trovato in possesso di una dose per uso personale sono previste sanzioni amministrative non detentive, mentre vi sono sanzioni penali per chi spaccia o è trovato in possesso di quantità superiori alla dose media giornaliera.

La L. 162/1990 è fondamentale anche rispetto all'organizzazione dei servizi: istituisce il Fondo nazionale di lotta alla droga, che dedica risorse specifiche a progetti di prevenzione,

Interventi nell'ambito della salute mentale

Cenni sull'evoluzione della normativa

La legge Giolitti del 1904: il manicomio

In Italia la prima norma importante riguardo alle persone con problemi di salute mentale venne emanata sotto il governo di Giolitti: si tratta della L. 36/1904 *Sui manicomi e sugli alienati*. La legge denominava «manicomi» gli istituti destinati a ospitare i malati colpiti da «alienazione mentale». In tali manicomi gli alienati dovevano essere ricoverati obbligatoriamente qualora presentassero la «manifesta tendenza a commettere violenza contro se stessi o contro altri». Il manicomio era visto, dunque, come un luogo specialistico per gli alienati pericolosi (Pantozzi, 2011),¹ nel quale la cura delle persone era in secondo piano rispetto a una logica prevalente di pubblica sicurezza.

Il ricovero in manicomio poteva essere richiesto dal diretto interessato, dai familiari, dai parenti o da chiunque altro rappresentasse l'interesse del paziente e della società, oppure ordinato in via provvisoria direttamente dall'autorità locale di pubblica sicurezza, in base a un certificato medico. Questa seconda prassi divenne in breve tempo la più utilizzata, dato che la maggioranza dei casi di ricovero presenta «caratteristiche di urgenza». La pubblica sicurezza aveva l'obbligo di dare notizia del ricovero, entro tre giorni, al Tribunale. Dopo una fase di osservazione di massimo un mese, se il direttore del manicomio indicava come necessario il ricovero veniva chiesta al Tribunale l'autorizzazione definitiva.

Teoricamente il Tribunale avrebbe dovuto verificare che il ricovero non costituisse un abuso: infatti, era prevista la celebrazione di un vero e proprio processo. Tuttavia, di fatto non avvenne così: i giudici considerarono questa loro funzione di «sbarramento» come un noioso adempimento burocratico, facendo venire meno il meccanismo di garanzia (Pantozzi, 2011).

¹ Sulla storia della psichiatria e delle istituzioni manicomiali, vedi anche Pantozzi G. (1994), *Storia delle idee e delle leggi psichiatriche* (1780-1980), Trento, Erickson.

In teoria, le dimissioni dal manicomio erano previste ad avvenuta guarigione, ma l'assenza di strumenti di terapia risolutivi portava al fatto che i malati di mente entravano in un ingranaggio da cui era quasi impossibile uscire.

Inoltre, l'istituzionalizzazione aveva l'effetto di indebolire fino ad annullare l'identità della persona, diventando di per se stessa fonte di scompenso psichico: c'erano procedure degradanti di ammissione (l'uniforme, l'assegnazione di un numero, il ritiro degli oggetti personali), deturpazione fisica (punizioni, costrizione), strutture finalizzate soprattutto alla custodia, e quindi molto simili a un carcere.

Nel 1930, durante il periodo fascista, venne previsto l'obbligo di registrare i ricoverati nel casellario giudiziario: questo rafforzò l'associazione tra la malattia mentale e la pericolosità.

Per avere un'idea dell'entità del fenomeno manicomiale, i dati sui ricoveri riportano 152 ospedali psichiatrici in Italia con 54.311 persone ricoverate nel 1914; 142 ospedali psichiatrici con 83.541 ricoverati nel 1935; 78 ospedali psichiatrici con 84.057 ricoverati nel 1955; 92 istituti con 96.896 ricoverati nel 1965 (Manacorda e Montella, 1977).

La legge Mariotti del 1968: il modello riformista

A partire da alcuni principi della Costituzione (libertà e dignità della persona) e da una consapevolezza della situazione dei manicomi, la legge Mariotti (L. 431/1968) modificò la normativa sui manicomi con alcuni significativi cambiamenti:

- introdusse il ricovero volontario, che non prevedeva restrizioni delle libertà personali;
- dispose che ospedali psichiatrici venissero riorganizzati secondo un modello analogo a quello degli altri ospedali: con divisioni non superiori ai 125 posti, équipe di lavoro composte da psichiatri, infermieri, assistenti sociali;
- istituì i primi Centri di igiene mentale territoriali per le cure domiciliari;
- cancellò l'obbligo di annotazione del ricovero nel casellario giudiziario.

La legge 180 del 1978: il modello territoriale

Un appuntamento storico per la psichiatria è la L. 180/1978, che

ha rappresentato qualcosa di importante nella storia delle istituzioni psichiatriche europee e di tutto il mondo occidentale. Essa ha suscitato un grandissimo interesse internazionale e costituito una sorta di «esperimento naturale» rispetto al quale non si è ancora esaurito il dibattito circa i suoi risultati e i suoi limiti. Essa ha segnato in un modo così radicale, tale da essere sconosciuto altrove, il passaggio da una psichiatria basata sul manicomio a un modello di assistenza incentrato sul territorio e prevalentemente extraospedaliero. Inoltre ha sancito l'integrazione delle strutture psichiatriche all'interno del Servizio sanitario nazionale e ripudiato l'antico mandato custodiale basato sull'assunto della pericolosità a sé e ad altri. (Fioritti, 2002, p. 1)

Diversi fattori scientifici, sociali e culturali sono all'origine della riforma, ma soprattutto brillanti esperienze locali, avviate «dal basso», di progressivo smantellamento dell'ospedale psichiatrico e di completa ristrutturazione dei servizi di salute mentale in un'ottica territoriale, a Gorizia, Trieste, Arezzo, Parma, Perugia. Anima dell'esperienza triestina fu lo psichiatra

Franco Basaglia, il cui nome venne legato alla legge riforma (detta appunto legge Basaglia), per il suo attivismo nel movimento psichiatrico alternativo e forse anche per un suo famoso testo di alcuni anni prima.² In realtà, Basaglia non contribuì direttamente alla stesura del testo normativo, di cui fu relatore alla Camera il deputato Orsini (Pantozzi, 2011).

Nel 1973 viene trasmessa per la prima volta una richiesta di incostituzionalità della legge del 1904, che è però respinta dalla Corte costituzionale. Successivamente, si apre una vasta discussione sulla riforma del Sistema sanitario nazionale e nel successivo progetto di legge presentato al Parlamento viene inserita anche una proposta di riforma dell'assistenza psichiatrica. Il testo, tuttavia, viene approvato dal Parlamento prima della riforma sanitaria, nel maggio del 1978, in modo da evitare di dover dare seguito alla convocazione di un referendum popolare per l'abolizione della L. 36/1904. Forse per questa «fretta» la nuova legge contiene — accanto a disposizioni di enorme portata innovativa — anche una serie di disposizioni affrettate che, negli anni successivi, avrebbero creato problemi, confusione e polemiche.

Gli *elementi fondamentali* della L. 180/1978 rispetto alla normativa precedente sono:

- l'eliminazione del concetto di pericolosità per sé e per gli altri;
- la valorizzazione della volontà del paziente;
- il dare la priorità alla cura della persona rispetto alla custodia.

Con la L. 180/1978, la malattia mentale e l'assistenza psichiatrica vengono collocate nel contesto dei normali servizi ospedalieri e ambulatoriali; la psichiatria diviene una branca della sanità generale, con funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione.

Viene meno (a livello normativo) il pregiudizio di pericolosità sociale della persona con disturbo mentale: il malato psichiatrico ha gli stessi diritti degli altri malati e si promuove la sua inclusione sociale attraverso servizi territoriali, un'articolazione personalizzata del trattamento e l'integrazione tra interventi sanitari e interventi sociali.

Il fulcro dell'assistenza psichiatrica è posto nei servizi ambulatoriali diffusi sul territorio: la funzione di prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi mentali non viene più identificata con la struttura dell'ospedale psichiatrico.

Vengono avviate la chiusura dei manicomi esistenti e la loro trasformazione in comunità, per quei pazienti che restano privi di un'adeguata collocazione.

I ricoveri coatti (TSO) vengono limitati ai soli casi di grave pericolo per l'incolumità della persona e le strutture di ricovero sono collocate nei normali contesti ospedalieri.

La riforma sanitaria

Nel dicembre dello stesso anno, la L. 180/1978 viene assorbita dalla riforma sanitaria (L. 833/1978), che ne riprende tutti i punti.

Con la riforma sanitaria, alle regioni viene affidato il compito di realizzare un nuovo modello con servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Un primo piano è stato varato dalla Regione Lombardia nel 1984, e negli anni successivi tutte le regioni hanno formulano i propri piani di intervento.

Nel 1994 viene approvato il primo progetto obiettivo nazionale *Tutela della salute mentale*, che ha previsto un modello territoriale di servizi di salute mentale articolato su tre prospettive:

² Basaglia F. (1968), *L'istituzione negata*, Milano, Baldini Castoldi Dalai, ed. 1998.

- i vari servizi di salute mentale devono essere collegati tra loro e in rete con gli altri servizi sanitari e sociali del territorio;
- occorre pensare alla persona con disturbo mentale non più con lo stigma del «malato di mente», ma come a una persona con bisogni, sofferenze, diritti, risorse, desideri, sentimenti;
- prevenzione, cura e riabilitazione per la salute mentale richiedono un'integrazione tra interventi e servizi di tipo sanitario, interventi e servizi di tipo socio-assistenziale e risorse informali della società civile.³

Il trattamento sanitario obbligatorio

La regolamentazione del trattamento sanitario obbligatorio (TSO) è un contenuto fondamentale della L. 180/1978. La procedura, che va seguita in ogni caso in cui non c'è il consenso della persona, indipendentemente dal tipo di diagnosi, è descritta al cap. 5.

Esempio

Filippo

È pervenuta al sindaco di un piccolo paese, da parte di alcuni vicini di casa, la segnalazione che il signor Filippo, persona di 60 anni che vive sola, dà segni di sofferenza mentale (urla di notte dal balcone di casa, vive in condizioni igieniche pessime dentro e fuori l'alloggio, ecc.).

Da una cartella esistente presso il servizio sociale comunale, l'assistente sociale ha potuto raccogliere alcuni elementi essenziali: Filippo è stato ricoverato per alcuni anni in un ospedale psichiatrico con diagnosi di psicosi, è stato dimesso e ha convissuto per un periodo con la madre. Dalla cartella risulta che il Centro di salute mentale ha seguito il paziente con visite psichiatriche mensili e interventi domiciliari per terapia farmacologica iniettiva.

Dopo la morte della madre, risulta un ricovero in psichiatria presso l'ospedale di zona chiesto volontariamente. In cartella risulta un accertamento di invalidità del 100%, in base al quale riceve la pensione di invalidità civile.

Negli ultimi cinque anni nella cartella sociale del comune non compaiono altre registrazioni.

L'assistente sociale insieme a un vigile si reca a casa del signor Filippo: già all'esterno dell'abitazione ci sono segni di scarsa igiene, diventa poi difficile resistere nell'abitazione per oltre dieci minuti per il tanfo; il tempo è sufficiente per vedere sporcizia, mucchi di piatti non lavati, letto senza lenzuola, mucchi di vestiti in terra... L'assistente sociale e il vigile riescono a scambiare qualche parola con il signor Filippo, in evidente stato confusionale. È bastato poco per farlo agitare e urlare: «Ci sono i morti che vengono a buttarmi in aria la casa, non voglio vedere i medici che mi danno medicine che mi fanno morire».

L'assistente sociale contatta il medico curante e il Centro di salute mentale, i quali confermano di non vedere Filippo da alcuni mesi; l'infermiere, che è andato diverse volte, non ha potuto entrare nella casa. Il medico curante avvia la procedura di TSO.

³ Sulle prospettive di sviluppo della riforma avviata dalla L. 180, vedi De Stefani R. (2012), *Psichiatria mia bella. Alla ricerca delle cure che Basaglia sognava*, Trento, Erickson.

Sistema dei servizi per la salute mentale

I servizi per la salute mentale, in quanto parte del Servizio sanitario nazionale, sono un'articolazione delle ASL, oppure delle aziende ospedaliere (a seconda della normativa regionale).

Le persone con problemi di salute mentale possono inoltre accedere, come tutti gli altri cittadini, ai servizi socio-assistenziali di competenza dei comuni e alle indennità previdenziali erogate dall'INPS. Quindi in linea di massima non vi sono interventi *sociali* previsti *esclusivamente* per i pazienti psichiatrici, con l'eccezione di alcune strutture residenziali e semiresidenziali in cui è essenziale una spiccata integrazione socio-sanitaria.

In alcuni contesti locali, però, determinati tipi di interventi socio-assistenziali che sarebbero di competenza del comune — ad esempio erogazione di sussidi economici, oppure borse di tirocinio, o interventi di integrazione lavorativa — quando riguardano pazienti psichiatrici vengono invece gestiti direttamente dai servizi di salute mentale (con il relativo trasferimento di risorse economiche dall'uno all'altro ente).

Dipartimento di salute mentale

È un'articolazione dell'ASL o della azienda ospedaliera costituita dall'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito di un territorio definito (di norma non superiore a 150.000 abitanti). I suoi compiti principali sono:

- la programmazione, il coordinamento e la gestione di tutte le unità operative ospedaliere ed extraospedaliere; ha la responsabilità per la gestione di un budget economico assegnato;
- il rapporto, le convenzioni e il controllo delle altre risorse esterne all'azienda, che concorrono alla realizzazione del sistema integrato di servizi per la salute mentale.

Al Dipartimento compete anche promuovere, a livello centrale e nelle varie strutture, iniziative di prevenzione. In particolare la promozione della salute nell'intero ciclo di vita della persona; l'individuazione precoce nella popolazione giovanile delle situazioni di disagio; la salvaguardia della salute mentale e della qualità di vita della famiglia del paziente.

Centro di salute mentale

Il Centro di salute mentale (CSM, denominato anche Centro di igiene mentale, CIM, oppure Centro psico-sociale, CPS) è l'unità operativa territoriale in cui operano una o più équipe multiprofessionali (psichiatri, psicologi, educatori, infermieri e assistenti sociali) che realizzano interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi a livello ambulatoriale, domiciliare e territoriale.

In particolare il Centro di salute mentale svolge:

- attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica;
- definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari ed eventualmente anche residenziali;
- attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formativa;
- consulenza specialistica ai servizi «di confine» (alcolismo, tossicodipendenze) e alle strutture residenziali per anziani e per disabili (www.salute.gov.it).

Interventi per persone immigrate

La materia oggetto di questo capitolo ha subito rilevanti cambiamenti, che sono intervenuti durante la lavorazione del testo. Fino al momento di andare in stampa, non ci è sembrato fattibile rintracciare delle prassi abbastanza consolidate da poter essere definite delle «procedure». Nonostante ciò, in accordo con l'editore, non abbiamo voluto rinviare ulteriormente l'uscita del volume.

Avvertiamo però che questo capitolo è rimasto invariato rispetto all'edizione del 2014, e quindi non tiene conto delle modifiche occorse, in particolare, a partire dagli ultimi mesi del 2018.

Le autrici e l'editore si impegnano a mettere a disposizione dei lettori un aggiornamento, non appena sarà possibile realizzarlo.

Cenno alle principali norme di riferimento

Per gran parte della sua storia recente, l'Italia è stata un Paese di emigrazione: si stima che tra il 1876 e il 1976 siano emigrate oltre 24 milioni di persone, e tale fenomeno ha cominciato ad affievolirsi in maniera significativa solo a partire dagli anni Sessanta, dopo gli anni del miracolo economico. Fino ad allora, il fenomeno dell'immigrazione era stato invece pressoché inesistente.

L'arrivo dei primi flussi migratori comincia nei primi anni Settanta con l'inizio della crisi del petrolio. L'Italia viene scelta dagli immigrati che non possono più raggiungere i ricchi Paesi dell'Europa centro-settentrionale a causa delle politiche restrittive e della chiusura delle frontiere da parte degli Stati più industrializzati. Dalla seconda metà degli anni Ottanta, l'Italia ha visto aumentare in maniera esponenziale il numero degli ingressi di cittadini stranieri.

Durante gli anni Settanta e la prima metà degli anni Ottanta, tuttavia, non sono stati emanati specifici provvedimenti in materia di immigrazione, lasciando al libero gioco delle forze del mercato il compito di regolamentare i flussi migratori, e agli enti locali e alle organizzazioni assistenziali quello di affrontare in qualche modo le emergenze con Centri di prima accoglienza, mense, dormitori.

Riferimenti legislativi internazionali

I principali riferimenti legislativi internazionali, tuttora rilevanti per le norme italiane relative all'immigrazione, sono:

- la Convenzione di Ginevra del 1951 (ratificata dall'Italia con L. 722/1954), in merito ai rifugiati politici;
- la Convenzione sui lavoratori migranti n. 143 approvata nel 1975 dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro¹ (*Convenzione sulle migrazioni in condizioni abusive e sulla promozione della parità di opportunità e di trattamento dei lavoratori migranti*), finalizzata a contrastare il diffondersi di forme irregolari di immigrazione e a riconoscere al lavoratore straniero parità di diritti con i lavoratori autoctoni;
- la Convenzione di New York del 1989 sui diritti dei fanciulli, rilevante in merito alla tutela dei minori migranti.

La legge 943/1986

Solo alla fine del 1986 abbiamo la prima legge italiana specifica in materia di immigrazione e si avverte la necessità di un intervento da parte dello Stato che esprima la volontà di regolarizzare i flussi migratori: la L. 943/1986 (*Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari immigrati e contro le immigrazioni clandestine*) definisce le norme per i lavoratori extracomunitari e le loro famiglie, facendo riferimento unicamente al lavoro subordinato senza nessun accenno al lavoro autonomo. Si precisano inoltre le condizioni per l'espulsione e le sanzioni per i datori di lavoro che non denunciano l'assunzione di lavoratori extracomunitari (Cimmino, www.altrodiritto.unifi.it).

La legge Martelli (L. 39/1990)

Nel 1990 viene emanata la L. 39, nota come legge Martelli, intitolata *Norme urgenti in materia di asilo politico, ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari e di regolarizzazione dei cittadini extracomunitari e apolidi già presenti sul territorio*. Con questa legge si accetta ufficialmente la presenza stabile di stranieri che vivono e lavorano in Italia, attribuendo loro diritti non più legati solo al lavoro ma più in generale diritti della persona (Cimmino, www.altrodiritto.unifi.it). La norma, nell'intento di rispondere alle prime significative emergenze legate all'immigrazione, stabilisce:

- la possibilità di richiedere l'asilo politico per tutti i cittadini provenienti dai vari Paesi del mondo in cui c'era persecuzione: viene così sciolta la riserva riguardante alcune aree geografiche, precedentemente escluse;
- il criterio della programmazione attraverso i *flussi d'ingresso*: si stabilisce di prevedere ogni anno, attraverso apposito decreto, la quantità dei cittadini non comunitari che possono entrare in Italia per motivi di lavoro (nel 1990 si ha una sanatoria per coloro che si trovavano già nel territorio italiano);

¹ L'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) è l'agenzia delle Nazioni Unite che promuove il lavoro dignitoso e produttivo in condizioni di libertà, uguaglianza, sicurezza e dignità umana per uomini e donne. I suoi principali obiettivi sono: promuovere i diritti dei lavoratori, incoraggiare l'occupazione in condizioni dignitose, migliorare la protezione sociale e rafforzare il dialogo sulle problematiche del lavoro (www.ilo.org).

- per contrastare l'immigrazione irregolare, si introduce l'obbligo del visto (vedi infra) per quasi tutti i Paesi dai quali provengono immigrati, si intensificano i controlli di frontiera, si dà maggior impulso alle espulsioni.

La legge Turco-Napolitano (L. 40/1998) e il Testo Unico sull'immigrazione (DLgs 286/1998)

Nel 1998 la L. 40 (*Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*), nota come legge Turco-Napolitano, si propone di regolare organicamente l'intera materia dell'immigrazione, superando interventi legislativi legati alla fase di emergenza.

La L. 40/1998 guarda in modo particolare all'integrazione sociale e ai diritti-doveri degli stranieri, in base all'idea che non si può più evitare la realtà dell'immigrazione e bisogna cercare gli strumenti per costruire un dialogo con le altre culture. Nella legge sono inserite innovazioni importanti per quanto concerne le misure per l'integrazione: una di esse è, ad esempio, la carta di soggiorno, un documento che permette di rimanere a tempo indeterminato, dopo cinque anni di permanenza con regolare permesso di soggiorno. La L. 40 prevede che l'espulsione possa essere disposta solo per gravi motivi di ordine pubblico e che lo status di titolare di carta di soggiorno si estenda anche al coniuge e ai figli minori conviventi. Il ricongiungimento familiare viene garantito e si allarga la sfera dei parenti che ne possono usufruire. Riguardo all'assistenza sanitaria, lo straniero regolare ha parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani. Ai minori presenti sul territorio, regolari e clandestini, tra le altre forme di tutela è esteso l'obbligo scolastico. Per tutti gli stranieri, infine, è prevista la possibilità di esercitare l'azione giudiziaria in sede civile contro qualsiasi atto di discriminazione per motivi razziali, etnici o religiosi (Cimmino, www.altrodiritto.unifi.it).

Nello stesso anno, il Governo, in ottemperanza alla delega prevista all'art. 47 della L. 40, emana il DLgs 286/1998, contenente il *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*. Il Testo Unico ingloba dunque anche la L. 40.

Per quanto attiene alla nostra trattazione, i contenuti maggiormente rilevanti sono i seguenti:

- viene istituito un fondo per le politiche migratorie: agli enti locali vengono assegnate risorse economiche per attuare politiche di integrazione;
- si prevede che il permesso di soggiorno venga rilasciato alle persone che dimostrano di avere un lavoro che consenta loro di mantenersi. In aggiunta a questa regola generale, si prevede anche il rilascio di permessi di soggiorno speciali e di permessi di soggiorno in applicazione del diritto di asilo. Viene inoltre introdotta (come già accennato) la carta di soggiorno, cioè un titolo di soggiorno di lungo periodo;
- viene delineato il percorso di acquisizione della cittadinanza per l'immigrato regolare: si tratta di una serie di tappe che portano a divenire cittadino italiano, con il riconoscimento del diritto al ricongiungimento familiare, del diritto alla salute e all'istruzione;
- per il clandestino è prevista l'espulsione dallo Stato: vengono istituiti per la prima volta in Italia i Centri di permanenza temporanea (CPT) per gli stranieri sottoposti a provvedimenti di espulsione,² poi denominati Centri di identificazione ed espulsione (CIE) dall'art. 9 del DLgs 92/2008.

² Il fatto che gli immigrati siano obbligati alla permanenza in questi centri per accertamenti relativi all'identità, anche se non hanno commesso alcun reato, ha sollevato numerosi dubbi di legittimità costituzionale, in quanto prevede una limitazione della libertà personale disposta con provvedimento

La legge Bossi-Fini (L. 189/2002)

La materia viene nuovamente regolamentata nel 2002, attraverso la L. 189 *Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo*, che introduce significative novità restrittive in tema di controllo degli stranieri.

Quasi tutti i principali punti della legge Turco-Napolitano vengono modificati a svantaggio degli stranieri: visti d'ingresso, permesso di soggiorno, carta di soggiorno, espulsione, ricongiungimento familiare, accesso dello straniero ai diritti sociali, diritto di asilo. L'ingresso in Italia diviene più difficoltoso, come più difficoltosa è resa la permanenza regolare; sono accelerate e semplificate le procedure per l'espulsione dei clandestini, le cui modalità di esecuzione divengono più dure; vengono limitate le possibilità di ricongiungimento familiare; si riduce la concreta praticabilità del diritto di asilo.

In particolare, la legge Bossi-Fini:

- prevede l'obbligo di rilasciare le impronte digitali al momento di richiedere il permesso di soggiorno e a ogni rinnovo;
- introduce alcune limitazioni alle possibilità di ricongiungimento familiare;
- estende i motivi per cui uno straniero può venire espulso e prevede inoltre che l'espulsione, emessa in via amministrativa dal prefetto della provincia in cui viene rintracciato lo straniero clandestino, sia immediatamente eseguita con l'accompagnamento alla frontiera da parte della forza pubblica.

Viene istituito presso ogni prefettura lo Sportello unico per l'immigrazione, con la funzione di occuparsi delle pratiche amministrative per la prima assunzione dei lavoratori stranieri, per il ricongiungimento familiare e per la conversione del permesso di soggiorno.

Vengono inoltre istituite le Commissioni territoriali per il riconoscimento dello status di rifugiato, che hanno sede a Gorizia, Milano, Roma, Foggia, Siracusa, Crotone e Trapani, Torino, Bari e Caserta.

Il Pacchetto sicurezza (L. 94/2009)

Il cosiddetto «Pacchetto sicurezza», introdotto con la L. 94/2009, contiene vari provvedimenti finalizzati al contrasto all'immigrazione clandestina. In particolare:

- viene introdotto il *reato di ingresso e soggiorno illegale*, punito con una ammenda da 5.000 a 10.000 euro. È punito più gravemente il favoreggiamento all'immigrazione clandestina, anche nella forma associata, e sono aggravate le conseguenze per i datori di lavoro che assumono stranieri irregolari. Con l'introduzione di questo reato gli assistenti sociali che lavoravano per conto di enti pubblici si erano trovati di fronte al problema di essere obbligati, in alcuni casi, a denunciare gli utenti stranieri irregolari. Questo perché un assistente sociale che lavora per un ente pubblico o per un ente privato convenzionato riveste la qualifica di incaricato di pubblico servizio, e quindi è tenuto a denunciare i reati procedibili d'ufficio. La L. 67/2014, in vigore dal 17 maggio, prevede che entro 18 mesi il Governo provveda a trasformare questo reato (assieme ad altri reati per cui non erano previste pene detentive) in un *illecito amministrativo*. Permane quindi l'ammenda prevista dal Pacchetto sicurezza, ma

amministrativo, in contrasto con l'art. 13 della Costituzione, che consente ciò solo «per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge».

viene a cadere l'obbligo di denuncia. Resta invece un reato (per il quale è previsto l'arresto) il reingresso nel nostro Paese dopo un provvedimento di espulsione;

- viene inoltre esteso il periodo di tempo per il quale si possono trattenere gli immigrati irregolari nei Centri di identificazione ed espulsione, vengono finanziati la costruzione di nuovi CIE e l'ampliamento di quelli esistenti;
- si prevede l'*obbligo di esibire agli uffici pubblici il permesso di soggiorno* ai fini del rilascio di licenze, autorizzazioni, iscrizioni e altri provvedimenti di interesse dello straniero, fatta eccezione per i provvedimenti inerenti all'accesso alle prestazioni sanitarie, per quelli riguardanti l'accesso alla scuola dell'obbligo e per attività sportive e ricreative a carattere temporaneo;
- per lo straniero che richiede il ricongiungimento familiare, viene introdotto l'obbligo di dimostrare la disponibilità di un alloggio conforme ai requisiti igienico sanitari e dotato di idoneità abitativa, accertati dai competenti uffici comunali;
- si prevede la possibilità, da parte dei competenti uffici comunali, di verificare le condizioni igienico-sanitarie dell'alloggio, a seguito della richiesta di iscrizione e variazione anagrafica.

Istituzioni e servizi che si occupano dell'immigrazione

Il *Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione* del Ministero dell'Interno svolge i compiti che spettano al Ministero nella tutela dei diritti civili, compresi quelli che riguardano l'immigrazione, l'asilo, la cittadinanza, le confessioni religiose.

I *Consigli territoriali per l'immigrazione* sono presenti in tutte le prefetture e hanno il compito di monitorare in sede locale la presenza degli stranieri sul territorio e la capacità di assorbire i flussi migratori.

La *Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione* del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali promuove progetti dedicati all'assistenza degli stranieri e allo scambio interculturale, accredita le principali associazioni che operano nel settore dell'immigrazione, favorisce la mediazione culturale nel rapporto tra istituzioni e popolazione straniera.

Gli *Sportelli unici per l'immigrazione*, istituiti presso le prefetture (che sono uffici territoriali del Governo), sono uffici decentrati e polifunzionali in grado di gestire tutte le pratiche per l'ingresso in Italia dei lavoratori stranieri e dei loro familiari. Sono coadiuvati dalle questure.

Per quanto riguarda i servizi socio-assistenziali rivolti agli immigrati, come per la generalità della materia socio-assistenziale la competenza normativa è delle regioni e delle province autonome, mentre sono i comuni (o gli enti da essi delegati) a provvedere in varie forme alla gestione dei servizi. È necessario quindi fare riferimento alle normative regionali. Tutte le regioni, tranne la Sicilia e la Provincia autonoma di Bolzano, hanno una specifica legge di settore. Si tratta di norme emanate in decenni diversi, che regolamentano in maniera non uniforme il diritto di accesso degli stranieri alle prestazioni socio-assistenziali erogate dai comuni. Così, in alcune regioni le prestazioni vengono erogate ai cittadini non comunitari esclusivamente se sono regolarmente soggiornanti; in altre regioni la normativa consente un accesso più ampio, perché, ad esempio, prende in considerazione come possibili utenti di alcune prestazioni anche gli immigrati semplicemente «presenti» nel territorio regionale.

Comunque, la maggioranza dei comuni prevede, nell'ambito dei propri servizi socio-assistenziali, dei servizi di informazione e accompagnamento per i cittadini stranieri, in genere costituiti da *sportelli* o da *centri servizi*, che possono essere gestiti direttamente o da organizzazioni di Terzo settore in convenzione.

L'ingresso in Italia

Requisiti per entrare in Italia

Il cittadino non in possesso della cittadinanza italiana può essere:

- un cittadino comunitario, cioè possiede la cittadinanza in un Paese appartenente all'Unione Europea (UE) o che aderisce allo Spazio Economico Europeo;³
- un cittadino straniero non comunitario, cioè possiede la cittadinanza in un Paese non appartenente né all'Unione Europea né allo Spazio Economico Europeo.

A seconda della provenienza, i requisiti richiesti per l'ingresso alla frontiera sono diversi. I cittadini di uno Stato appartenente all'Unione Europea, grazie agli accordi di Schengen (a cui l'Italia ha aderito nel 1990), possono muoversi liberamente da uno Stato all'altro della Comunità Europea senza svolgere particolari procedure alle frontiere. I cittadini di uno Stato non appartenente all'Unione Europea, invece, devono rispettare alcune formalità e soddisfare alcuni requisiti:

- al valico di frontiera sottoporsi ai dovuti controlli di ordine doganali, valutari e sanitari;
- essere in possesso di un documento valido di riconoscimento (passaporto o altro equivalente);
- essere in possesso di un visto d'ingresso o di transito valido;
- attestare lo scopo del proprio viaggio e dichiarare le proprie possibilità economiche di sostentamento in Italia nonché di rientro nel Paese di provenienza;
- non risultare pericoloso per l'ordine pubblico, la sicurezza nazionale o le relazioni internazionali;
- non aver riportato condanne per reati gravi e non risultare segnalato per la non ammissione dal sistema informativo Schengen.

Se manca uno solo di tali requisiti, le autorità di frontiera possono respingere il cittadino, anche se è in possesso di un regolare visto di ingresso o di transito (De Nicola, Russo e Vagnarelli, 2011).

Visto di ingresso

Il visto è l'autorizzazione al cittadino straniero a entrare nel territorio italiano, rilasciata dall'ambasciata o dal consolato italiano del suo Paese di residenza. È uno *sticker* stampato su carta adesiva e si applica sul passaporto o altro documento di viaggio del richiedente.

Un visto non può essere rilasciato né prorogato una volta che lo straniero si trovi già in Italia.

Il visto viene rilasciato a seguito della valutazione di vari requisiti e condizioni, che in alcuni casi possono essere dettagliatamente stabiliti dalle norme, in altri casi risultano meno definiti, con un'ampia discrezionalità lasciata ai funzionari addetti. I cittadini di alcuni Paesi non sono obbligati a richiedere il visto d'ingresso per soggiorni per turismo, missione, affari, invito e gara sportiva, purché non superiori a 90 giorni.

Il Sistema Schengen prevede quattro categorie di visto, distinte in base a durata e luogo di validità, e varie tipologie determinate dai motivi del rilascio (adozione, affari, cure mediche, diplomatico, familiare al seguito, gara sportiva, invito, lavoro autonomo, lavoro subordinato, missione, motivi religiosi, reingresso, residenza elettiva, ricongiungimento familiare, studio, transito aeroportuale, trasporto, turismo, vacanze-lavoro):

³ Del quale fanno parte, oltre a tutti i Paesi dell'UE, anche Islanda, Liechtenstein e Norvegia.

1. visto *per soggiorni brevi* fino a 90 giorni (Visto Schengen Uniforme – VSU): consente il transito e il breve soggiorno fino a 90 giorni, all'interno dello Spazio Schengen;
2. visto *per soggiorni brevi a validità territoriale limitata* (VTL): è valido nel solo Stato che autorizza l'ingresso;
3. visto *nazionale per soggiorni di lunga durata* (VN): per tutti i soggiorni di lunga durata (oltre 90 giorni) gli stranieri devono avere sempre il visto, anche se cittadini di Paesi non soggetti a obbligo di visto per soggiorni di breve durata. Il visto nazionale di lunga durata è valido per soggiorni superiori a 90 giorni, con uno o più ingressi, solo nel territorio dello Stato che autorizza l'ingresso;
4. visto *per soggiorni di lunga durata* (VDC): valido per l'ingresso e il soggiorno in Italia superiore a 90 giorni, con uno o più ingressi, e consente di circolare liberamente nell'area Schengen per un periodo non superiore a tre mesi per semestre.

Il permesso di soggiorno (elementi generali)

Gli stranieri che intendono soggiornare in Italia per più di tre mesi devono richiedere il permesso di soggiorno, che è un documento attestante l'autorizzazione dello Stato italiano a permanere all'interno del territorio nazionale.

Chi arriva in Italia per la prima volta ha otto giorni di tempo per richiederlo.

Come ci sono vari tipi di visto di ingresso, anche il permesso di soggiorno *può essere di vari tipi* a seconda della durata e delle motivazioni alla base del rilascio, dati che devono corrispondere a quanto dichiarato nel visto. La validità del permesso di soggiorno è la stessa del visto, e cioè:

- fino a sei mesi per lavoro stagionale (o nove mesi per lavoro stagionale in particolari settori);
- fino a due anni per lavoro autonomo, per lavoro subordinato a tempo indeterminato e per ricongiungimenti familiari;
- per tutto il periodo di frequenza di un corso di studio o di formazione professionale, e fino ai dodici mesi successivi alla conclusione della frequenza, a condizione che il profitto sia adeguato (DL 104/2013).

La modalità di richiesta del permesso di soggiorno varia *a seconda delle motivazioni* per cui lo si richiede. Nella maggior parte dei casi è possibile recarsi:

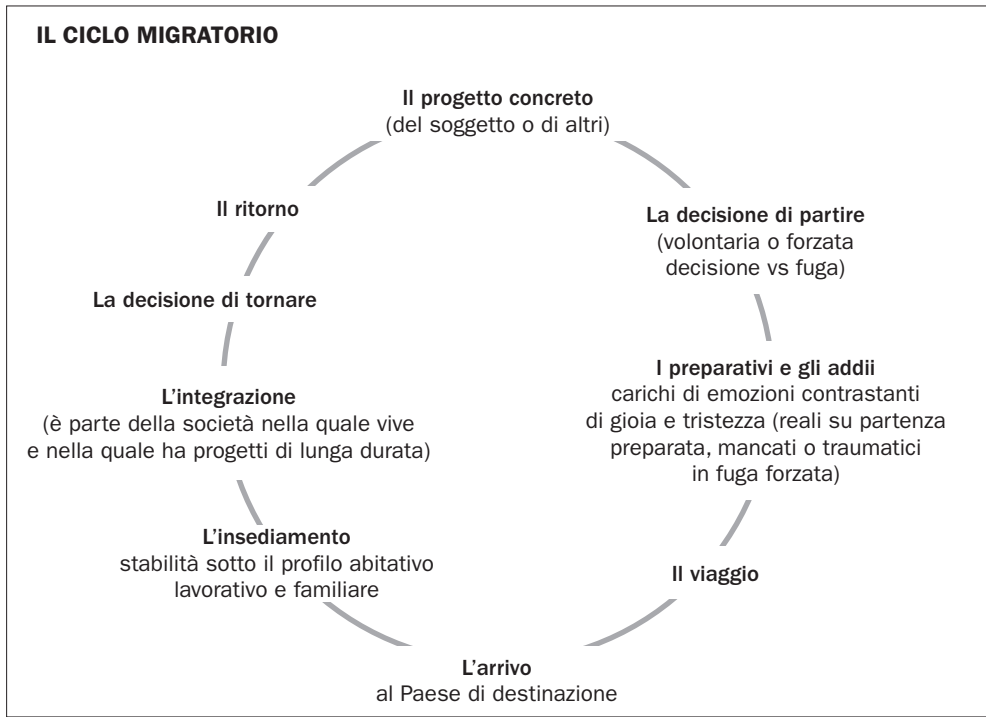
- ai comuni che offrono spesso un apposito sportello di segretariato
- ai patronati
- allo Sportello unico per l'immigrazione istituito in tutte le prefetture italiane
- alle poste, compilando i moduli forniti in un apposito kit.

Per alcuni tipi di permessi, invece, è competente esclusivamente la questura.

I costi che deve sostenere chi richiede il permesso di soggiorno hanno un ammontare indicativo tra i 100 e i 300 euro, a seconda del tipo di permesso (www.poliziadistato.it).

L'accordo di integrazione

L'accordo di integrazione è un accordo fra lo Stato italiano e il cittadino straniero che entra in Italia per la prima volta. Il patto prevede un reciproco impegno: da parte dello Stato, a fornire gli strumenti della lingua, della cultura e dei principi generali della Costituzione italiana, da parte del cittadino straniero, l'impegno al rispetto delle regole della società civile, al fine di perseguire nel reciproco interesse un ordinato percorso di integrazione.



delusione e scontentezza, collera, ritiro o depressione. È forse scontato sottolineare che queste sotto-fasi sono generalizzazioni che si declinano in storie reali di persone reali condizionate dal mondo ambiente circostante.

Soltanto dopo una fase di sistemazione, la persona o la famiglia migrante iniziano una lunga fase di inserimento e adattamento nella società di accoglienza. I migranti hanno bisogno di autodefinirsi e si trovano alla ricerca della propria identità; passano per un periodo inevitabile di sensazione di vuoto: sentono di essere stranieri ovunque, non appartengono più alla comunità d'origine, ma non possono sentirsi parte di quella d'accoglienza. Già dalle prime esperienze si delinea un movimento verso l'integrazione o verso l'assimilazione. Questi fenomeni, oltre che legati ad aspetti individuali, sono in relazione forte con gli aspetti giuridici, politici e culturali del Paese ospitante e possono generare circoli viziosi di vulnerabilità o, all'opposto, virtuosi di resilienza.

Il ritorno, reale o immaginario, possibile o impossibile, è parte fondamentale del ciclo migratorio. È un'idea che crea contenimento e raccoglie l'intera storia individuale. Il sogno del ritorno è spesso evocativo e non un progetto concreto: un'idea vaga di voler concludere la vita nel posto più familiare, ritornare per rimanere con i propri antenati. Probabilmente queste persone non si sentiranno più a casa nel Paese d'origine e da qui il ritorno può rimanere un fantasma che lega le storie alla loro origine. All'estremo opposto si trovano le persone che dichiarano di stare meglio nel nuovo Paese e di non desiderare di tornare. [...]

Oltre a questi aspetti, che solo in parte possiamo definire «individuali», esistono delle variabili cosiddette strutturali che fanno riferimento al «contesto» nel quale gli

immigrati si collocano per vivere in un Paese diverso dal loro, quali le caratteristiche del Paese di accoglienza, la possibilità o meno di ambire a una stabilità, le relazioni esistenti con la famiglia/terra d'origine, ecc. [...]

La condizione di vulnerabilità o di resilienza è legata alle singole storie, che possono essere lette, nella loro complessità, utilizzando un modello di migrazione circolare.

Tratto da: Costella, Furia e Lanti (2011, pp. 41-43)

Alloggio

All'arrivo, ogni immigrato porta con sé lo svantaggio economico dovuto al basso valore della valuta del Paese d'origine rispetto a quella del Paese di accoglienza: per questo motivo, i risparmi con cui gli immigrati giungono in Italia per affrontare i primi costi sono molto esigui e spesso assolutamente insufficienti a coprire le spese di vitto e alloggio nel periodo di tempo che va dall'arrivo fino a quando si inizia a guadagnare qualcosa.

La disponibilità economica all'arrivo, associata a eventuali sostegni dagli amici e/o dai parenti, determina la prima collocazione alloggiativa della persona, che può essere l'ostello, la coabitazione con amici, connazionali o parenti, strutture d'accoglienza oppure sistemazioni precarie (stazioni, macchine in demolizione, case abbandonate, baracche, ecc.).

L'ospitalità presso amici sembra la condizione che presenta minore disagio, ma l'immigrato rischia di rimanere rinchiuso nella cerchia di sole persone straniere, di non avere una propria privacy e di vivere in abitazioni sovraffollate. I vantaggi di abitare in strutture di accoglienza sono legate alla possibilità di ottenere una sistemazione immediata, ma molto limitata nel tempo; anche in questo tipo di offerta alloggiativa, l'immigrato ha poche opportunità di interagire con la gente del posto, soprattutto quando non ha ancora trovato un lavoro. Sono comunque pochi gli immigrati che accedono alle strutture di accoglienza, a causa del limitato numero dei posti disponibili.

Nelle sistemazioni precarie, le condizioni di vita si collocano spesso al limite della sopravvivenza. Tale situazione in genere comporta non solo ritardi nell'inserimento socio-lavorativo, ma anche difficoltà a uscire da una «sistemazione» inizialmente pensata come transitoria, a volte aggravata dall'impossibilità di ottenere il permesso di soggiorno perché, ad esempio, la persona è entrata in Italia in modo illegale. Le sistemazioni precarie possono essere dovute all'interruzione di un rapporto di lavoro, che comporta anche la perdita dell'alloggio concesso dal proprietario dell'azienda al momento dell'assunzione.

Gli interventi attivabili in relazione alle difficoltà economiche e alloggiative sono riportati al cap. 3.

Lingua italiana

La conoscenza della lingua italiana costituisce uno strumento fondamentale: nel posto di lavoro permette di adempiere correttamente le mansioni assegnate; facilita le relazioni sociali e amicali e consente di seguire gli avvenimenti della società ospitante, attraverso le informazioni che giungono dai media.

Nella maggior parte dei comuni sono disponibili corsi di italiano per stranieri, organizzati dall'amministrazione comunale stessa, da associazioni di volontariato o altre organizzazioni di Terzo settore, dalle parrocchie, da associazioni di immigrati, ecc. In molti casi vengono proposti anche corsi specifici per donne, a cui è affiancato un servizio di baby-sitting per l'accudimento dei bambini.

I corsi di educazione per adulti sono diffusi su tutto il territorio nazionale e sono tenuti all'interno dei Centri provinciali per l'istruzione degli adulti, presenti in ogni distretto scolastico. Sono gratuiti e finalizzati a garantire il diritto all'apprendimento lungo tutto l'arco della vita. I corsi che possono essere frequentati sono:

- di apprendimento della lingua italiana;
- di conseguimento dell'esame di Stato della scuola secondaria di primo e di secondo grado;
- di approfondimento per l'apprendimento di linguaggi specifici, finalizzati al rinforzo di competenze relative alle aree socio-economica, scientifica e tecnologica;
- di apprendimento e approfondimento di varie materie, secondo un'offerta formativa programmata in base ai bisogni rilevati dalla potenziale utenza.

Sul sito Cantieri d'Italia (www.cantieriditalia.com) è reperibile un corso di lingua e di educazione civica online, sviluppato dalla collaborazione tra Rai Educational, Ministero dell'Interno e Unione Europea.

Formazione professionale

Sebbene molti immigrati arrivino con un livello di istruzione medio-alto, non altrettanto avviene per quanto concerne la qualifica professionale. Può accadere, ad esempio, che la qualifica professionale posseduta non risponda alle esigenze del mercato italiano: da qui la necessità di effettuare uno specifico training nel settore in cui ci si accinge a lavorare.

Sono talvolta disponibili, a livello locale, opportunità di formazione professionale appositamente destinate agli stranieri, in alcuni casi orientate a fornire gli strumenti conoscitivi necessari all'avvio di una piccola impresa.

Conoscenza dei servizi presenti sul territorio e delle norme di legge

La persona immigrata ha spesso la necessità di informazioni sull'insieme di strutture deputate sia all'erogazione dei servizi sociali e sanitari, sia a quelle riguardanti tutte le pratiche burocratiche relative al proprio status giuridico.

La conoscenza delle norme legislative italiane è sicuramente un'azione utile a evitare che si compiano atti sbagliati; molto spesso la non acquisizione di informazioni sulle normative del nuovo contesto è alla base della messa in moto di comportamenti involontari che si scontrano con la legge del posto e non di rado compromettono la posizione dell'interessato.

Per far fronte a questo tipo di necessità si utilizzano soprattutto sportelli informativi organizzati dai comuni e/o dal Terzo settore. Di solito, è previsto che il servizio sociale degli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali (i comuni o enti da essi delegati) attivi nei confronti di tutta la popolazione straniera, residente e non residente, *regolare o meno*, gli interventi di segretariato sociale (informazioni su come ottenere la regolarizzazione e una serie di servizi rivolti alla tutela della salute) e quelli riguardanti l'inserimento scolastico o nei servizi educativi per minori (asili nido, scuola dell'infanzia, scuole primarie e secondarie).

Il fatto di avere un punto di riferimento affidabile, quale può essere un amico connazionale o italiano, un parente, o un mediatore linguistico-culturale può essere di grande aiuto. Il sostegno che un immigrato riceve da questi attori riguarda le informazioni sulle procedure burocratiche, sulle leggi del Paese ospitante, sui servizi esistenti sul territorio, sulla ricerca della casa, su come vestirsi durante l'inverno, ecc.

Assistenza sanitaria

Tutti gli stranieri con regolare permesso di soggiorno per motivi familiari, di lavoro, asilo politico o umanitario, richiesta asilo, attesa adozione, affidamento e acquisto della cittadinanza, devono *obbligatoriamente* iscriversi al Servizio sanitario nazionale.

Con l'iscrizione si acquisiscono gli stessi diritti e doveri di assistenza riconosciuti ai cittadini italiani; l'assistenza è garantita anche ai familiari a carico, in regola con il permesso di soggiorno.

L'iscrizione si effettua presso la ASL di residenza o di dimora (quella indicata sul permesso di soggiorno) e vale fino allo scadere del permesso. Per iscriversi sono sufficienti il permesso di soggiorno, il codice fiscale e il certificato di residenza (sostituibile, se lo straniero non è residente, con una dichiarazione scritta di dimora abituale). Se uno straniero che ne ha l'obbligo/diritto non ha ancora formalizzato l'iscrizione, ciò non deve comportare in alcun modo l'impossibilità ad assisterlo: l'iscrizione sarà effettuata d'ufficio. Per mantenere l'iscrizione, allo scadere del permesso di soggiorno, è sufficiente che lo straniero esibisca all'anagrafe sanitaria il cedolino di richiesta di rinnovo rilasciato dalla questura.

Gli stranieri studenti o collocati alla pari e quelli con permesso di soggiorno per altri motivi (ad esempio residenza elettiva, motivi religiosi, ecc.) hanno due possibilità: o sottoscrivere una polizza assicurativa privata riconosciuta in Italia contro il rischio di malattie e infortunio e per la tutela della maternità, o iscriversi *volontariamente* al Servizio sanitario nazionale, pagando una quota fissa annuale variabile secondo il tipo di permesso di soggiorno.

Chi ha un permesso di soggiorno di breve durata deve avere un'assicurazione privata, o altrimenti pagare per intero cure e prestazioni ricevute (www.salute.gov.it).

Mediazione linguistico-culturale

Il mediatore è la figura professionale che ha il compito di facilitare la comunicazione e la comprensione, sia a livello linguistico che culturale, tra l'utente di etnia minoritaria e l'operatore di un servizio, ponendosi in modo equidistante e neutrale tra le parti interessate.

Il mediatore è tenuto a svolgere l'attività di facilitazione con imparzialità e deve garantire riservatezza sui contenuti dei colloqui.

I principali ambiti di intervento del mediatore linguistico culturale sono:

- *ambito socio-assistenziale*: il ruolo del mediatore consiste nel facilitare la comunicazione tra operatori sociali e utenti qualora sia difficile la comprensione linguistica e/o culturale (ad esempio rispetto ai modelli educativi, o a peculiarità religiose);¹⁰ nel chiarire ai cittadini stranieri i ruoli ricoperti dalle figure professionali operanti nell'ambito sociale; nell'offrire consulenza agli operatori sociali per le situazioni in cui sono coinvolti utenti stranieri;
- *ambito sanitario*: il ruolo del mediatore consiste nel facilitare la comunicazione durante le visite e i colloqui con pazienti stranieri e nel fornire consulenza e chiarificazioni al personale sanitario sulla cultura di provenienza del paziente. Inoltre può fornire assistenza allo straniero nel disbrigo delle pratiche di iscrizione al Servizio sanitario nazionale e nell'orientamento presso le strutture sanitarie presenti sul territorio;

¹⁰ Vedi, ad esempio, Crabtree S.A., Husain F. e Spalek B. (2010), *Lavorare con gli utenti musulmani. Manuale per gli operatori dei servizi sociali e sanitari*, Trento, Erickson.

- *ambito giuridico*: il mediatore effettua traduzioni giurate; accompagna i cittadini stranieri nei vari uffici, fornisce consulenza al personale di servizio sulle specificità delle culture di appartenenza degli utenti; offre orientamento per il disbrigo delle pratiche amministrative;
- *ambito lavorativo*: il mediatore dà consulenza agli operatori dei Centri per l'impiego a contatto con il pubblico e ai cittadini stranieri per la redazione dei curricula e la compilazione della modulistica; contribuisce a divulgare informazioni relative a come ottenere l'equipollenza dei titoli di studio; favorisce i contatti con i datori di lavoro;
- *ambito scolastico*: il mediatore facilita la comunicazione dell'alunno straniero e della famiglia straniera con l'insegnante; offre assistenza temporanea agli insegnanti di alunni che non conoscono l'italiano; fornisce consulenza agli insegnanti per facilitare la comprensione di comportamenti problematici messi in atto dai bambini stranieri. Inoltre può fornire chiarimenti a insegnanti e famiglie straniere sui diversi modelli educativi, preparare materiale didattico nella lingua madre dell'alunno; fornire la sua consulenza nei progetti per una didattica multiculturale.

Attualmente la figura del mediatore culturale non ha un riconoscimento uniforme a livello nazionale. Soltanto alcune regioni, spesso utilizzando definizioni diverse, individuano espressamente il ruolo professionale di mediatore interculturale, definendone formazione, competenze e modalità; altre regioni, invece, identificano la presenza di tali operatori, senza precisarne il profilo, nell'ambito di specifiche azioni di integrazione o ambiti di intervento (www.integrazionemigranti.gov.it).

L'immigrazione irregolare

I procedimenti previsti in Italia per l'immigrazione regolare sono spesso disattesi. Molte volte l'ingresso in Italia avviene clandestinamente. Oppure, anche se l'ingresso è regolare, poi spesso risulta irregolare il soggiorno: ad esempio, l'immigrato entra con visto turistico o per lavoro stagionale e poi resta a soggiornare stabilmente.

Secondo la normativa italiana, sono considerati:

- *clandestini* gli stranieri che sono entrati in Italia senza regolare visto di ingresso;
- *irregolari* gli stranieri che hanno perduto i requisiti necessari per la permanenza sul territorio nazionale (permesso di soggiorno scaduto e non rinnovato), di cui erano però in possesso all'ingresso in Italia.

L'ingresso clandestino e il soggiorno irregolare sono illeciti amministrativi (L. 67/2014). Clandestini e irregolari devono essere respinti alla frontiera o espulsi. Se l'espulsione non viene materialmente eseguita, la persona riceve un ordine di lasciare il territorio entro il termine di sette giorni. Se non ottempera a tale ordine «senza giustificato motivo», commette un reato punito con una multa che va, a seconda dei casi, da 6.000 a 30.000 euro. L'espulsione viene accompagnata dal divieto di fare reingresso in Italia per da tre a cinque anni, pena la reclusione da uno a quattro anni (le prefetture dispongono quasi sempre il divieto di reingresso per il periodo massimo di cinque anni).

Coloro che non possono essere espulsi immediatamente (perché occorre prestare loro soccorso, compiere accertamenti sulla loro identità o nazionalità, preparare i documenti per il viaggio, o perché non è disponibile un mezzo di trasporto idoneo) devono essere trattenuti, previo provvedimento del questore convalidato dal magistrato, presso i *Centri di identificazione ed espulsione* (CIE — attualmente dislocati a Bari, Bologna, Brindisi, Caltanissetta, Catanzaro, Lamezia Terme, Gorizia, Milano, Modena, Roma, Torino, Trapani), per il tempo