

Linee guida e procedure di servizio sociale

Manuale ragionato
per lo studio e la consultazione

Quarta edizione aggiornata

Maria Luisa Raineri e Francesca Corradini

GUIDE
LAVORO SOCIALE



Erickson

IL LIBRO

LINEE GUIDA E PROCEDURE DI SERVIZIO SOCIALE

Questo libro raccoglie in maniera sistematizzata le linee guida e le procedure di servizio sociale professionale che 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.

Questa quarta edizione è aggiornata alla normativa più recente, in particolare per quanto riguarda le persone immigrate e il reddito di cittadinanza.

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);

Tutte le indicazioni operative che gli assistenti sociali, impegnati nel lavoro sul campo, seguono in ottemperanza alle leggi di settore, agli orientamenti dell'ente per cui lavorano, ai regolamenti di servizio.

- 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.

LE AUTRICI

MARIA LUISA RAINERI

Assistente sociale, è ricercatrice e docente di Metodi del servizio sociale presso il Corso di Laurea in Scienze del servizio sociale dell'Università Cattolica di Milano e di Brescia.

FRANCESCA CORRADINI

Assistente sociale, è ricercatrice a tempo determinato e docente nei Corsi di Laurea in Scienze del servizio sociale dell'Università Cattolica di Milano e di Brescia. È coordinatrice scientifica della rivista «Lavoro Sociale».

€ 37,50



9 788859 103053

www.erickson.it

Indice

<i>Prefazione alla prima edizione</i> (F. Folgheraiter)	7
<i>Introduzione</i>	11
PRIMA PARTE	
Contesto istituzionale	
CAPITOLO 1	
La gestione dei servizi socio-assistenziali negli enti pubblici: nozioni di base	21
CAPITOLO 2	
Gli enti di Terzo settore: nozioni di base	57
SECONDA PARTE	
Interventi per bisogni di base	
CAPITOLO 3	
Interventi rivolti a persone con difficoltà di reddito e di alloggio	87
TERZA PARTE	
Interventi rivolti a persone non autosufficienti o con disabilità	
CAPITOLO 4	
Interventi per persone non autosufficienti o con disabilità (1): il percorso di aiuto	123
CAPITOLO 5	
Interventi per persone non autosufficienti o con disabilità (2): protezione legale	155
CAPITOLO 6	
Interventi per persone non autosufficienti o con disabilità (3): assistenza a domicilio e in struttura	183
CAPITOLO 7	
Interventi per persone non autosufficienti o con disabilità (4): accertamenti, indennità economiche e agevolazioni	227

QUARTA PARTE

Interventi rivolti a famiglie e minori in difficoltà

CAPITOLO 8

Interventi per difficoltà legate a rapporti di coppia,
gravidanza, nascita 243

CAPITOLO 9

Obbligo di istruzione, integrazione scolastica
e integrazione lavorativa 281

CAPITOLO 10

Tutela dei minori (1): il percorso di aiuto 309

CAPITOLO 11

Tutela dei minori (2): rapporti con l'autorità
giudiziaria 347

CAPITOLO 12

Tutela dei minori (3): interventi domiciliari,
semiresidenziali e residenziali 383

CAPITOLO 13

Tutela dei minori (4): affidamento familiare 411

CAPITOLO 14

Tutela dei minori (5): adozione 441

CAPITOLO 15

Interventi per minori sottoposti a procedimento
penale 473

QUINTA PARTE

Interventi rivolti ad altre specifiche aree di utenza

CAPITOLO 16

Interventi per problemi di dipendenza 499

CAPITOLO 17

Interventi in ambito penale e penitenziario 545

CAPITOLO 18

Interventi nell'ambito della salute mentale 581

CAPITOLO 19

Interventi per persone immigrate 613

Significato delle abbreviazioni 663

Bibliografia 669

Indice completo 683

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 ricalcano 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 per valutare i casi da prendere in carico e per decidere quali prestazioni fornire a ciascun utente, affida questa funzione a una cooperativa, la quale a sua volta assume un assistente sociale che se ne occupa. Si tratta di un tipo di esternalizzazione attualmente non molto praticata, ma che è comunque presente (ad esempio, in alcune zone della Lombardia).

In quest'ultimo caso, i riferimenti normativi e procedurali su cui si basa l'intervento professionale dell'assistente sociale sono uguali a quelli dell'ambito pubblico. Negli altri due casi, invece, l'assistente sociale non agisce per conto della pubblica amministrazione, ma della specifica organizzazione privata per cui lavora.

È difficile indentificare linee guida e procedure operative del servizio sociale nel Terzo settore, sia perché ci si trova di fronte a tante organizzazioni diverse, assai meno omogenee fra loro di quanto non siano gli enti pubblici, sia soprattutto perché, al loro interno, la funzione di erogazione personalizzata di prestazioni è relativamente poco presente. È per questo motivo che, nel volume, si fa prevalentemente riferimento alle linee guida e alle procedure *seguite dagli assistenti sociali negli enti pubblici*.

Aiuto «aperto» (riflessivo)

L'aiuto da parte dell'assistente sociale, però, non consiste soltanto nel fare in modo che le persone possano usufruire al meglio delle prestazioni disponibili. A volte ciò è sufficiente ma, in molti casi, perché le persone riescano a venire fuori dalle difficoltà non basta «dare loro qualcosa». È necessario che — poco o tanto — impegnino le proprie risorse personali (cognitive, emotive, ecc.) per cambiare attivamente qualche aspetto della propria vita, e questo è un processo lento e non determinabile. Un tipo di aiuto diverso dall'erogare prestazioni, ma altrettanto importante (o forse di più), consiste appunto nell'accompagnare e sostenere tale sforzo riflessivo per il cambiamento.

Si tratta, ad esempio, di offrire ascolto e sostegno, di aiutare le persone interessate a definire con maggiore chiarezza i problemi che vogliono affrontare; di supportarle perché si diano da fare in prima persona nell'individuare una possibile soluzione e nel realizzarla. Si tratta di aiutare ad aver fiducia nella possibilità di cambiare, di aiutare a lavorare assieme e a coinvolgere altri che possano collaborare (Folgheraiter, 1998; 2011). Queste funzioni di aiuto aperto possono venire realizzate in rapporto a una singola persona o a una singola famiglia, o a un gruppo, o a un'intera comunità. Chiamiamo questo tipo di aiuto «aperto» perché non ci sono leggi o regolamenti che definiscono come lo si debba realizzare, né nel pubblico né nel privato, a differenza di quanto avviene invece per le prestazioni: l'aiuto è «aperto» nel senso che non sta all'interno di schemi predefiniti dal sistema di welfare.

Ciò, ovviamente, non significa che venga realizzato a casaccio. Però le indicazioni, qui, non vengono dalle norme di legge o dai regolamenti degli enti, bensì dalla conoscenza della *metodologia del lavoro sociale*.

A differenza della funzione di erogazione di prestazioni, l'aiuto «aperto» non è materia esclusiva dell'assistente sociale, ma rientra tra le competenze di una famiglia professionale più ampia, quella del *lavoro sociale* (Folgheraiter, 2012), di cui anche l'assistente sociale fa parte assieme ad altre figure quali l'educatore professionale, l'operatore socio-assistenziale o socio-sanitario, l'animatore, lo psicologo di comunità, ecc. Questo significa che le funzioni di aiuto aperto possono/devono venire svolte con eguale legittimità e competenza sia dall'assistente sociale sia da altri operatori sociali.

Alcune note su questo libro

Per anni i miei colleghi — in particolare Fabio Folgheraiter — e io, insegnando metodologia del servizio sociale, abbiamo cercato di tenere assieme il livello della riflessione metodologica con la descrizione di quanto effettivamente viene richiesto agli assistenti sociali nei servizi. A un certo punto, però, è risultato evidente che un ulteriore sforzo andava compiuto in direzione delle competenze «oggettive» del servizio sociale. Ci sembrava di cogliere nei nostri studenti soprattutto il desiderio di sapere «cosa fa in concreto l'assistente sociale», e l'interesse prioritario verso questa domanda — del tutto comprensibile in uno studente — ci pareva meritevole di attenzione.

Da un altro lato, gli assistenti sociali supervisor di tirocinio continuavano con insistenza a farci notare quanto fosse difficile far lavorare gli studenti perché «non conoscono la normativa». Dopo vari sforzi, più o meno riusciti, per far finalmente imparare bene le leggi di settore ai tirocinanti, ci siamo resi conto che «la normativa» cui si riferivano i supervisor non erano esattamente «le leggi»: erano piuttosto tutte quelle conoscenze legate al livello di campo che, certo, avevano una stretta attinenza con leggi e regolamenti, ma riguardavano piuttosto come l'assistente sociale era chiamato a dare realizzazione a quanto trovava formalizzato nelle norme.

Abbiamo allora ipotizzato la possibilità di distinguere, all'interno dei nostri corsi, un modulo strettamente dedicato alla metodologia del servizio sociale e un altro modulo finalizzato invece a descrivere in maniera ragionata ciò che viene attualmente richiesto sul campo. Questo testo deriva da tale sperimentazione, giunta ormai a regime con risultati che ci sembrano soddisfacenti.

Come ho già accennato, si tratta dunque di un libro rivolto principalmente agli studenti delle lauree triennali in servizio sociale, come testimoniano il linguaggio, che ho cercato di mantenere su un registro non troppo tecnico, e varie specificazioni in nota e nel testo, che possono suonare scontate per gli addetti ai lavori.

Tuttavia, il volume può risultare una comoda base di consultazione anche per chi è già sul campo e vuole, ad esempio, farsi un'idea del lavoro relativo ad aree di utenza diverse da quelle con cui opera abitualmente.

Il libro 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: penso ad esempio agli educatori professionali, agli psicologi, agli avvocati, ai magistrati, al personale sanitario.

La raccolta e soprattutto l'organizzazione logica del materiale hanno richiesto un lavoro impegnativo, meno scontato di quanto, a dire il vero, non avessi immaginato prima di mettervi mano. Sotto questo punto di vista, il volume può venire utilizzato anche come una sorta di «classificazione descrittiva» delle azioni professionali dell'assistente sociale: sicuramente una classificazione provvisoria e perfettibile, ma comunque un primo passo.

I contenuti sono organizzati attorno alle diverse aree problematiche di cui si occupa il servizio sociale professionale, aree problematiche che, in linea di massima, corrispondono ai diversi tipi di utenza. Abbiamo scelto, anche nelle lezioni in università, questo genere di struttura perché — per quanto ci è dato di osservare — è quella più consona al modo di organizzare le informazioni (e di rappresentare il mondo dei servizi) tipico degli operatori sociali, e appare anche la più comoda per la consultazione.

I primi due capitoli non riguardano alcuna procedura: hanno lo scopo di delineare a grandi linee il contesto generale in cui, per lo più, si colloca l'agire professionale dell'assistente sociale.

In linea di massima, i capitoli successivi riportano, per ciascuna area di utenza:

- alcune più specifiche informazioni di contesto, vale a dire:
 - l'indicazione degli enti pubblici titolari delle competenze socio-assistenziali rispetto all'ambito di intervento in questione;
 - 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 l'assistente sociale segue per attivarle, monitorarne la realizzazione e verificarne gli esiti;
- lo specifico apporto che norme di legge o consuetudini consolidate prevedono per l'assistente sociale anche al di là dell'erogazione di prestazioni, evidenziando la finalità e i contenuti delle azioni richieste.

Un'ultima, importante nota riguardo a ciò che il volume *non* è.

Anzitutto, vorrei ribadirlo, non è un manuale di metodologia professionale, e non si propone nemmeno di documentare o analizzare in maniera esaustiva l'attività professionale dell'assistente sociale: infatti i processi di aiuto «aperto», di cui si è detto poco sopra, restano tra le righe, nonostante siano una parte fondamentale del servizio sociale professionale.

Non è nemmeno un manuale giuridico: i richiami alle norme di legge sono limitati al minimo indispensabile per comprendere le procedure e le linee guida.

Infine, il testo non riporta materiale di analisi in merito ai vari problemi su cui l'assistente sociale è chiamato a intervenire, e neppure commenta o dà conto di quanto effettivamente trovino realizzazione gli obiettivi delineati nelle politiche sociali nazionali e regionali. Qualche eccezione è stata introdotta, ma solo ove appariva indispensabile per comprendere le procedure.

Ovviamente, tutto ciò non significa che un'adeguata conoscenza della metodologia professionale, dell'impianto giuridico, dei problemi sociali, delle politiche sociali e dei loro elementi di criticità non sia necessaria per l'attività professionale, sia in generale, sia anche solo per seguire le procedure stesse.

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 alle 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 e, nella terza edizione, quello di Stefania Galatro, Francesca Maci, Claudia Tagliabue, Caterina Manelli, Marco Noli, Giulia Avancini, Ivana Ferrazzoli, Marina Mammi, Camilla Landi, Laura Pinto e Milena Cassano. Ha inoltre collaborato alla quarta edizione, rivedendo il cap. 19, l'avvocato Alessandra Scaglioni.

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.

Gli enti di Terzo settore: nozioni di base

Terzo settore, privato sociale, enti non profit: significato dei termini

Con le espressioni *enti di Terzo settore* (ETS), *enti di privato sociale* o *enti non profit* si indicano organizzazioni di natura privata che hanno come scopo statutario la realizzazione di beni e servizi di interesse pubblico o collettivo, senza fini di lucro.

Spesso, nel linguaggio comune degli operatori, le diverse dizioni vengono utilizzate come sinonimi. In effetti, si riferiscono tutte a soggetti analoghi, anche se ognuna ne mette in evidenza un aspetto piuttosto che un altro.

La definizione di *Terzo settore*, introdotta nel 1978 da un documento della Comunità Europea,¹ mette in evidenza che queste organizzazioni sono qualcosa di diverso sia dal settore del mercato (primo settore) sia dal settore pubblico (secondo settore).

La locuzione *non profit* sottolinea che queste organizzazioni non si propongono di conseguire un profitto economico, cioè un guadagno che ecceda i costi effettivi di produzione dei beni o delle prestazioni che vengono realizzate. È appunto per questo che, pur possedendo molte caratteristiche delle comuni imprese, non rientrano appieno nel settore del mercato: la motivazione principale della loro attività non è di tipo economico.

¹ Rapporto Delors, *Un progetto per l'Europa*, 1978.

L'espressione *privato sociale* indica che, pur trattandosi di soggetti privati (che cioè non fanno parte della pubblica amministrazione), la loro attività ha una rilevanza sociale, a differenza degli altri soggetti privati, che agiscono prioritariamente nel proprio interesse particolare.

Fino al 2017, l'espressione giuridica che comprendeva questi soggetti entro una comune categoria era l'acronimo *onlus* (Organismi non lucrativi di utilità sociale).² Il DLgs 117/2017, intitolato *Codice del Terzo settore*, e i successivi regolamenti attuativi³ hanno introdotto una consistente riorganizzazione di tutto questo ambito e, come si comprende subito dal suo stesso titolo, ha scelto come dizione riassuntiva quella di «enti di Terzo settore» (ETS).

Art. 4 DLgs 117/2017

Codice del Terzo settore

1. Sono enti del Terzo settore le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, gli enti filantropici, le imprese sociali, incluse le cooperative sociali, le reti associative, le società di mutuo soccorso, le associazioni, riconosciute o non riconosciute, le fondazioni e gli altri enti di carattere privato diversi dalle società costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi, ed iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore.

Principali caratteristiche comuni agli ETS

Il Codice del Terzo settore prevede una serie di caratteristiche che tutti gli ETS devono possedere per poter essere riconosciuti come tali. Di seguito vengono brevemente illustrate le principali.

² L'acronimo *onlus* era stato introdotto con il DLgs n. 460/1997 (Riordino delle discipline tributarie degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale). Il decreto prevedeva una serie di agevolazioni fiscali e l'istituzione di un organismo di controllo su tutte le *onlus*.

³ Nel momento in cui si scrive sono stati emanati: DM 4 maggio 2018 (*Modalità applicative del contributo, sotto forma di credito d'imposta, in favore delle fondazioni di cui al decreto legislativo 17 maggio 1999, n. 153*), DM 4 luglio 2019 (*Adozione delle Linee guida per la redazione del bilancio sociale degli Enti del Terzo Settore*), DM 23 luglio 2019 (*Linee guida per la realizzazione di sistemi di valutazione dell'impatto sociale delle attività svolte dagli Enti del Terzo Settore*), DM 28 novembre 2019 (*Erogazioni liberali in natura a favore degli Enti del Terzo Settore*), DM 5 marzo 2020 (*Adozione della modulistica di bilancio degli Enti del Terzo Settore*), DM 15 settembre 2020 (*Procedure di iscrizione nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore, modalità di deposito degli atti, regole per la predisposizione, la tenuta, la conservazione e la gestione del Registro*), DM 31 marzo 2021 (*Adozione delle Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed Enti del Terzo Settore negli articoli 55-57 del decreto legislativo n. 117 del 2017*), D. Interm. 19 maggio 2021 (*Regolamento ai sensi dell'articolo 6 del Decreto legislativo n. 117 del 2017, concernente l'individuazione di criteri e limiti delle attività diverse*), D. Interm. 6 ottobre 2021 (*Individuazione dei meccanismi assicurativi semplificati, con polizze anche numeriche, e disciplina dei relativi controlli*).

Natura privata

Gli enti di Terzo settore sono organizzazioni *private*, cioè chiaramente separate da ogni organismo pubblico. La separazione dagli organismi pubblici si sostanzia in due principali autonomie: quella di esprimere il proprio gruppo dirigente e quella di impiegare discrezionalmente le proprie risorse per i propri fini statutari.

Struttura formale

La struttura formale di un ETS è data dal fatto che i suoi componenti fissano, con un atto costitutivo e uno statuto, uno scopo comune e le regole che condividono per perseguirlo. La struttura formale facilita la stabilità nel tempo e la visibilità sociale dell'organizzazione, e la distingue da un semplice «movimento» sociale o culturale.

Nell'atto costitutivo e nello statuto vengono definiti gli organi dell'ente e il loro funzionamento.⁴ Gli organi variano a seconda del tipo specifico di ente (ad esempio, organizzazione di volontariato, cooperativa, fondazione, ecc.), ma tutti gli ETS sono tenuti a rispettare vari obblighi riguardanti la democrazia interna.

Finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale

Come si è detto all'inizio del capitolo, il tipo di finalità è la caratteristica fondamentale che distingue gli ETS dalle altre organizzazioni private. Si tratta di finalità «sociali», cioè che puntano a realizzare prioritariamente non l'interesse privato di singoli soggetti, ma gli interessi collettivi di una comunità umana nel suo insieme. Queste finalità mirate all'interesse generale sono attribuite di regola alla pubblica amministrazione, che esiste appunto per questo. Il Terzo settore concorre tuttavia a realizzarle.

Ma, in assoluto, il Terzo settore non è il solo a contribuire all'interesse collettivo: ovviamente ci sono anche altre organizzazioni e singole persone che in qualche modo hanno parte nella costruzione del bene comune. Ad esempio, un imprenditore, per quanto miri anzitutto al proprio profitto, contribuisce indubbiamente allo sviluppo sociale creando posti di lavoro e accrescendo il gettito tributario che poi viene trasformato in infrastrutture e servizi utili a tutti. Inoltre, alcuni imprenditori destinano una parte dei propri guadagni ad attività sociali, culturali o di tutela ambientale. La stessa cosa fanno anche molti istituti bancari. Altre organizzazioni, come i partiti, i sindacati, le associazioni professionali, contribuiscono anch'esse al bene comune, ma

⁴ In altre parole, vengono stabilite le modalità con cui le persone chiamate a prendere le varie decisioni riguardo al funzionamento dell'ente si organizzano e si distribuiscono i compiti: ad esempio, viene stabilito da chi sono composti l'assemblea dei soci e il consiglio di amministrazione, e quali decisioni spettano all'una e all'altro.

lo fanno lavorando principalmente nell'interesse dei propri membri o dei propri soci, interesse che poi, in varia misura, può coincidere con l'interesse comune.

Dunque, il criterio distintivo delle finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, pur essendo di importanza fondamentale nel Codice del Terzo settore, da solo non basta a fare chiarezza. Per evitare la possibile confusione tra chi può rientrare nel Terzo settore e chi no, il DLgs 117/2017 specifica che *non* sono ETS le amministrazioni pubbliche, le fondazioni di origine bancaria, i partiti, i sindacati, le associazioni professionali, le associazioni di categoria e le associazioni di datori di lavoro.

Assenza di scopo di lucro

Il fatto che gli ETS debbano operare prioritariamente nell'interesse generale, e non per il vantaggio di singoli, ha come immediata conseguenza il fatto che non possano avere scopo di lucro, cioè non devono apportare profitti economici agli associati.

Ovviamente, questo non vuol dire che gli ETS non abbiano una dimensione economica: questi enti dispongono di risorse e beni strumentali che gestiscono per realizzare i propri fini. Tuttavia, l'utile di esercizio (vale a dire ciò che l'organizzazione può eventualmente guadagnare dall'attività svolta, una volta coperti i vari costi — compreso il costo del lavoro di eventuali dipendenti e collaboratori) deve essere reinvestito per migliorare e potenziare l'attività dell'organizzazione stessa.

Sono previste alcune deroghe da questo principio, molto limitate, per una sola categoria di ETS: quella delle imprese sociali (vedi di seguito).

Attività di interesse generale

Cosa fanno concretamente gli ETS? Esercitano una o più attività «di interesse generale», considerate utili alla società umana nel suo insieme e quindi funzionali a perseguire le finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale che caratterizzano gli ETS. Per evitare — ancora una volta — la possibile confusione tra chi può rientrare nel Terzo settore e chi no, tali attività sono specificate dalle leggi in due elenchi molto simili: uno riguarda soltanto le imprese sociali, l'altro riguarda tutti gli altri ETS. Entrambi gli elenchi possono essere aggiornati, nel tempo, attraverso appositi decreti del Presidente del Consiglio dei ministri.

Per essere un ETS è indispensabile esercitare una o più di queste attività in via *esclusiva* — cioè si esercita solo quel tipo di attività — o *prevalente*. In questo secondo caso, l'ente può sviluppare anche altri tipi di azioni, ma in maniera secondaria — cioè impiegando solo una piccola parte del proprio bilancio — oppure in maniera strumentale, cioè come mezzo per meglio svolgere le proprie attività principali (è questo il caso, ad esempio, delle attività che rientrano nella categoria dei «servizi strumentali ad enti del Terzo settore»).

Per saperne di più

Le attività principali degli ETS devono rientrare nell'elenco riportato di seguito, che qui proponiamo riorganizzato per ambito tematico (fonte: art. 5 del DLgs 117/2017, *Codice del Terzo settore* e art. 2 del DLgs 112/2017, *Revisione della disciplina in materia di impresa sociale*).

Lavoro sociale e promozione della salute

- interventi e servizi sociali;
- alloggio sociale;
- accoglienza umanitaria e integrazione sociale dei migranti;
- agricoltura sociale;
- interventi e prestazioni sanitarie;
- prestazioni socio-sanitarie;
- beneficenza, sostegno a distanza, cessione gratuita di alimenti o prodotti (questa attività è possibile solo per gli ETS che *non* siano imprese sociali);
- cura di procedure di adozione internazionale (questa attività è possibile solo per gli ETS che *non* siano imprese sociali).

Ricerca, formazione e inserimento lavorativo

- ricerca scientifica di particolare interesse sociale;
- formazione universitaria e post-universitaria;
- educazione, istruzione e formazione professionale;
- formazione extra-scolastica;
- servizi finalizzati all'inserimento o al reinserimento nel mercato del lavoro.

Tutela dell'ambiente naturale e promozione socioculturale

- salvaguardia e miglioramento delle condizioni dell'ambiente;
- interventi di tutela e valorizzazione del patrimonio culturale e del paesaggio;
- organizzazione e gestione di attività turistiche di interesse sociale, culturale o religioso;
- organizzazione e gestione di attività culturali, artistiche o ricreative di interesse sociale;
- cooperazione allo sviluppo;
- commercio equo e solidale;
- agricoltura sociale;
- organizzazione e gestione di attività sportive dilettantistiche;
- radiodiffusione sonora a carattere comunitario;
- protezione civile (questa attività è possibile solo per gli ETS che *non* sono imprese sociali).

Promozione dei diritti e della legalità

- riqualificazione di beni pubblici inutilizzati o di beni confiscati alla criminalità organizzata;
- promozione della cultura della legalità, della pace tra i popoli (questa attività è possibile solo per gli ETS che *non* sono imprese sociali);
- promozione e tutela dei diritti umani, civili, sociali e politici, nonché dei diritti dei consumatori, promozione delle pari opportunità e delle iniziative di aiuto

reciproco, incluse le banche dei tempi, e i gruppi di acquisto solidale (attività possibile solo per gli ETS che *non* sono imprese sociali).

Servizi strumentali a enti del Terzo settore (ad esempio: attività volte al disbrigo delle pratiche amministrative, attività di consulenza legale, di supporto informatico, di gestione e manutenzione degli immobili, ecc.).

Iscrizione al Registro Unico Nazionale del Terzo settore (RUNTS)

Perché un ente possa qualificarsi formalmente come ETS è necessaria l'iscrizione al Registro Unico Nazionale del Terzo settore, istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, articolato su base regionale. Si tratta di un registro pubblico, accessibile a tutti gli interessati in forma telematica attivo dal 23.11.2021.

È quindi possibile consultare sul web le informazioni di base su ciascun ETS: la denominazione, la forma giuridica, la sede legale, le eventuali sedi secondarie, le attività che vengono svolte, i dati fiscali, i nominativi dei legali rappresentanti e di chi ricopre le varie cariche sociali.

Il Registro è articolato in sezioni, ciascuna delle quali è dedicata a una diversa categoria di enti del Terzo settore: organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, enti filantropici, imprese sociali, reti associative, società di mutuo soccorso e una categoria residuale dedicata agli «altri enti» del Terzo settore.

L'iscrizione viene effettuata direttamente dal rappresentante dell'ente (o della rete associativa cui l'ente aderisce), mediante il deposito di una serie di atti, documenti e dichiarazioni contenenti informazioni essenziali sull'«identità» dell'ente (statuto, atto costitutivo) e la scelta della sezione nella quale esso intende ottenere l'iscrizione (Balli et al., 2018).

Le principali forme giuridiche degli ETS

Gli ETS possono avere diverse forme giuridiche che regolano la loro organizzazione interna: le principali sono l'associazione, la cooperativa e la fondazione. Ciascuna forma giuridica è regolata da apposite norme riguardanti il funzionamento dell'ente, quali sono i suoi organi decisionali, chi li nomina, su quali materie sono chiamati a decidere, e così via.

Il DLgs 117/2017 prevede che alcune categorie di ETS debbano *obbligatoriamente* avere una forma giuridica associativa: è il caso delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di promozione sociale e delle reti associative che, quindi, sono tutte delle *associazioni*. Gli altri ETS, invece, possono assumere la forma giuridica che ritengono più adatta ai loro scopi e alla loro attività.

La forma giuridica associativa

Le associazioni trovano la loro fonte nell'art. 18 della Costituzione, laddove si stabilisce il riconoscimento della libertà per i cittadini di associarsi. La loro organizzazione interna è stabilita in alcuni articoli del Codice civile e in varie altre leggi, emanate soprattutto agli inizi degli anni Novanta per rispondere all'esigenza di inquadrare le diverse associazioni in alcune categorie, per meglio definire la loro relazione con gli enti pubblici. Parte di questa normativa è stata modificata dal Codice del Terzo settore.

Gli atti formali che danno vita a un'associazione sono l'atto costitutivo e lo statuto. Nell'atto costitutivo i fondatori manifestano la volontà di associarsi per uno scopo comune. Si tratta di un vero e proprio contratto tra le persone: l'atto stabilisce chi sono i soci fondatori, il nome dell'ente, la sua sede legale, l'ambito operativo. Lo statuto stabilisce le regole di funzionamento dell'ente e definisce quali sono gli organi sociali dello stesso e i loro compiti.

Una distinzione fondamentale è tra associazioni giuridicamente riconosciute e non riconosciute.

– *Le associazioni riconosciute* sono quelle che hanno ottenuto il riconoscimento della personalità giuridica da parte dello Stato. La principale conseguenza pratica è che queste associazioni hanno un patrimonio proprio, distinto da quello dei singoli soci. Ciò permette all'associazione di rispondere verso terzi in quanto soggetto collettivo. Le associazioni riconosciute trovano la loro disciplina generale negli articoli che vanno dal 14 al 35 del Codice civile (gli stessi che regolano le Fondazioni). Per ottenere il riconoscimento giuridico dell'associazione, l'atto costitutivo e lo statuto devono essere stipulati alla presenza di un notaio, che provvede alla relativa pubblicazione.

Per le associazioni che intendono diventare ETS, il DLgs 117/2017 prevede che il riconoscimento della personalità giuridica avvenga tramite l'iscrizione al RUNTS. È necessario che l'associazione disponga di un patrimonio di almeno 15.000 euro.

– *Le associazioni non riconosciute*, invece, pur avendo un atto costitutivo e delle regole di funzionamento decise dai soci, non hanno un patrimonio proprio e quindi rispondono verso terzi con i beni personali degli amministratori.

Le associazioni, come ogni altra persona giuridica (riconosciuta o non riconosciuta), operano attraverso organi sociali: svolgono cioè le loro funzioni attraverso persone fisiche alle quali vengono attribuiti determinati incarichi. Si distingue tra organi individuali (ad esempio il presidente) e organi collegiali (l'assemblea dei soci, il consiglio di amministrazione).

Per richiedere il riconoscimento come ETS ed essere iscritta al RUNTS, una associazione deve avere almeno i seguenti organi:

– *l'assemblea*, composta dai soci, che si riunisce almeno una volta all'anno, nomina i componenti degli organi associativi (quindi approva o meno le richieste di ade-

- sione di nuovi soci e nomina l'organo di amministrazione e l'organo di controllo), discute e approva i bilanci presentati dall'organo di amministrazione. È il massimo organo deliberante dell'associazione;
- l'*organo di amministrazione* (consiglio direttivo), che prende le decisioni operative per il funzionamento dell'associazione; ne fanno parte il presidente dell'associazione, il vicepresidente e almeno un altro membro;
 - il *presidente*, che è il legale rappresentante dell'associazione e può essere eletto dall'assemblea o dal consiglio direttivo.

Se le associazioni superano per dimensione alcuni parametri relativi al patrimonio, alle entrate economiche e al numero di dipendenti, diventa per loro obbligatorio dotarsi anche dei seguenti organi (uno o entrambi, a seconda delle dimensioni):

- l'*organo di controllo interno* (può essere composto da una o più persone), che vigila sull'osservanza dello statuto, sul rispetto dei principi di corretta amministrazione, sull'adeguatezza e sul funzionamento dell'assetto organizzativo, amministrativo e contabile dell'associazione;
- il *collegio dei revisori*, che controlla la gestione economico-finanziaria dell'associazione e verifica che essa corrisponda ai fini sociali indicati nello statuto.

L'associazione documenta la sua attività tenendo aggiornati i libri sociali: il libro dei soci, il libro dei verbali dell'assemblea e del consiglio di amministrazione, il libro dei verbali degli organismi di controllo, la raccolta dei bilanci. Questi libri, da una parte, sono strumenti di trasparenza nei confronti dei soci e, dall'altra, servono a documentare verso terzi, in termini di responsabilità, la composizione dell'associazione e le decisioni assunte.

La forma giuridica cooperativa

Il movimento cooperativo ha avuto la sua origine nella prima metà dell'Ottocento in Francia e Inghilterra. In Italia la prima cooperativa nasce a Torino nel 1854 e il movimento cooperativo si consolida negli ultimi decenni dell'Ottocento. Dopo la battuta d'arresto del Ventennio fascista, durante il quale cooperative e associazioni furono soppresse, nel dopoguerra riprendono il loro sviluppo. Accanto ai primi settori di lavoro (agricoltura, commercio), il raggio di azione della cooperazione italiana, che fino agli anni Ottanta rispondeva soprattutto ai bisogni di abitazione, lavoro, consumo e credito, successivamente si è esteso al campo delle politiche sociali promuovendo, realizzando e gestendo servizi educativi, socio-sanitari, assistenziali. Questo passaggio ha introdotto una più ampia concezione della cooperazione: si può cooperare non solo per soddisfare gli interessi dei propri soci, ma anche per rivolgersi a soggetti terzi, affiancando quindi finalità *solidaristiche* agli scopi di *mutualità interna*. L'impegno verso

la collettività è un principio riconosciuto, a livello generale, da tutte le cooperative. Tuttavia, soltanto le cooperative sociali vengono considerate automaticamente enti del Terzo settore, dato che hanno una finalità solidaristica esplicita e riconosciuta.

Cos'è una cooperativa

Una cooperativa è un'associazione autonoma di persone che si uniscono volontariamente per soddisfare i propri bisogni economici, sociali e culturali e le proprie aspirazioni, attraverso la creazione di un'impresa a proprietà comune, controllata democraticamente.⁵

La cooperativa dunque presenta sia le caratteristiche di un'impresa sia quelle di un'associazione: è un'impresa nella quale la persona-socio prevale sull'elemento economico.

La differenza tra una cooperativa e un altro tipo di azienda risulta soprattutto dai principi a cui la cooperazione fa riferimento, in particolare quello della *democraticità*: la gestione è affidata a persone scelte dai soci e i soci hanno uguale diritto di voto (secondo il principio: un socio, un voto). In un'azienda non cooperativa, invece, il potere decisionale è normalmente ripartito in base a quanto capitale ha investito ciascun socio. Inoltre, in una cooperativa la distinzione tra titolare e dipendente viene meno (almeno per una parte del personale): infatti, i soci lavoratori sono comproprietari della cooperativa, decidono come gestirla e pertanto diventano datori di lavoro di se stessi.

La differenza tra una cooperativa e un'associazione, invece, sta nel fatto che alla cooperativa è consentito svolgere *attività economiche* in maniera molto più consistente: pertanto è prevista un'organizzazione interna più complessa e vi sono maggiori vincoli e controlli, analoghi a quelli cui è sottoposta un'azienda di mercato.

Vari tipi di cooperative

Le cooperative possono venire classificate in diverse categorie a seconda dell'attività svolta. Si distingue, ad esempio, tra:

- cooperative di consumo (per assicurare ai soci-consumatori la fornitura di beni, sia di consumo sia durevoli, a prezzi più contenuti di quelli correnti di mercato);
- cooperative di produzione e lavoro;
- cooperative agricole (costituite da coltivatori che svolgono sia attività agricola diretta, sia attività di commercializzazione e trasformazione dei prodotti agricoli conferiti dai soci);

⁵ Definizione elaborata dall'Alleanza Cooperativa Internazionale (*International Co-operative Alliance*; in sigla ICA) che, in occasione del XXXI Congresso del Centenario (Manchester, 20-22 settembre 1995), ha adottato una Dichiarazione d'Identità Cooperativa che definisce cosa essa sia e quali siano i suoi valori e i suoi principi basilari.

Interventi per persone non autosufficienti o con disabilità (2): protezione legale

La carenza di autonomia nel decidere della propria vita: l'incapacità di intendere e volere

Talvolta la malattia o la menomazione incidono sullo stato mentale della persona e sulla sua capacità di valutare realisticamente le situazioni e di esprimere in maniera pienamente consapevole la propria volontà. In sostanza, la persona non appare in grado, da sola, di decidere sulle questioni che riguardano la propria vita. Questo comporta due gravi problemi, che verranno sinteticamente trattati nelle pagine che seguono.

- Anzitutto: come si fa a stabilire quando effettivamente la capacità di decidere va considerata deficitaria? E chi lo stabilisce?
- Una volta stabilito questo: come proteggere la persona (ed eventualmente anche coloro che le sono accanto) dagli effetti negativi che può avere tale incapacità? E chi deve intervenire?

È evidente che questi problemi possono toccare da vicino anche gli operatori sociali, quando si trovano di fronte a persone che fanno scelte che potrebbero essere contrarie ai loro interessi, o non accettano l'aiuto che sarebbe loro indispensabile, o appaiono confuse o poco presenti, tanto da non riuscire a esprimersi in merito a ciò che viene loro proposto.

Stabilire che una persona non è in grado di decidere e assumersi la responsabilità di farlo (in tutto o in parte) al suo posto è un'operazione estremamente delicata,

perché, evidentemente, c'è il rischio che diventi una violazione dei diritti, un sopruso o una violenza. Per questo, le modalità con cui può avvenire questa eventuale «sostituzione» sono strettamente regolate dalla legge.

Capacità giuridica, capacità di agire, capacità di intendere e volere

Nel nostro ordinamento giuridico, il termine «capacità» viene utilizzato con significati parzialmente diversi:

- *Capacità giuridica* (della persona fisica):¹ l'individuo ha capacità giuridica quando è titolare dei diritti e dei doveri, contemplati e protetti dalla legge. Viene acquisita con la nascita,² e accompagna la persona per tutto l'arco della sua esistenza fino alla morte (art. 1 c.c.).
- *Capacità di agire* (della persona fisica): consiste nella capacità di compiere atti giuridici, vale a dire la possibilità di creare, modificare ed estinguere validamente rapporti giuridici, senza che sia necessaria l'interposizione di altri soggetti. La capacità di agire si acquista al compimento della maggiore età.

Art. 1 c.c. (Capacità giuridica)

La capacità giuridica si acquista dal momento della nascita.

I diritti che la legge riconosce a favore del concepito sono subordinati all'evento della nascita.

Art. 2 c.c. (Maggiore età. Capacità di agire)

La maggiore età è fissata al compimento del diciottesimo anno. Con la maggiore età si acquista la capacità di compiere tutti gli atti per i quali non sia stabilita una età diversa.

Sono salve le leggi speciali che stabiliscono un'età inferiore in materia di capacità a prestare il proprio lavoro. In tal caso il minore è abilitato all'esercizio dei diritti e delle azioni che dipendono dal contratto di lavoro.

- *Capacità di intendere e volere*: si riferisce al fatto che una persona fisica sia in grado di comprendere se i propri atti possono contrastare con le prescrizioni di legge o costituiscono reato (capacità di intendere) e di determinare le proprie azioni, ossia di decidere consapevolmente se mettere in atto o meno un comportamento antiggiuridico o antisociale (capacità di volere). In sostanza, è la «capacità naturale» di una persona di avere coscienza dei propri pensieri e delle proprie azioni, di comprendere le cose della vita, di badare ai propri interessi e di rendersi conto delle conseguenze, anche dannose, dei propri atti e comportamenti. Normalmente le categorie della capacità di agire e della capacità di intendere e volere coincidono.

¹ La capacità giuridica *delle persone giuridiche* (cioè quella riconosciuta dalla legge a un complesso organizzato di persone e di beni) non interessa in questa sede.

² Pur con alcune distinzioni che non vale la pena di affrontare in questa sede.

La capacità di intendere e volere è richiamata in diverse norme quale condizione necessaria per concludere un contratto, o per determinare se un individuo è imputabile di un atto illecito.

In sostanza, la persona che ha compiuto diciotto anni è considerata *capace di agire* ovvero di vendere, comprare, fare procure, firmare cambiali, contrarre matrimonio, ecc. Fino a diciotto anni, a tutela del bambino o ragazzo, la capacità di agire può essere esercitata solo tramite i genitori (o chi altri eserciti la responsabilità genitoriale), che compiono per il figlio minorenni gli atti di ordinaria amministrazione e, se si tratta di atti di straordinaria amministrazione (ad esempio vendere e comprare immobili, accettare eredità, ecc.), devono chiedere l'autorizzazione al giudice tutelare.

Difficoltà che si creano per un maggiorenne incapace di intendere e volere

Una persona maggiorenne, a causa di una malattia, di una menomazione, o in certi casi anche per le conseguenze dell'uso di stupefacenti (alcol, droghe), si può trovare *di fatto* in una condizione di «incapacità naturale», cioè non in grado di intendere e volere. Tuttavia, non può venire sostituita da un rappresentante legale senza uno specifico provvedimento dell'autorità giudiziaria. Nessuno, neanche i parenti più prossimi, diventa rappresentante legale per il semplice vincolo di parentela. Senza l'intervento dell'autorità giudiziaria, la persona incapace non ha alcuna possibilità di compiere un atto giuridico valido, proprio perché non ha un rappresentante legale: ad esempio, nel caso di un ricovero ospedaliero ove non ci sia urgenza, se il medico si rende conto dell'incapacità del paziente, non può considerare valido il consenso alle cure e quindi non può procedere. Oppure, se la persona, che è palesemente incapace di agire, è proprietaria di un immobile e deve venderlo, non troverà nessun notaio disposto a fargli firmare l'atto di vendita e, tantomeno, a fargli firmare una procura per essere rappresentato da un parente o da qualcun altro.

Un ulteriore tipo di difficoltà si crea quando la persona, nonostante sia incapace, svolge atti di ordinaria o straordinaria amministrazione. Infatti, il codice civile prevede che questi atti siano validi, a meno che non si dimostri poi, in giudizio, che l'atto è stato pregiudizievole e/o il terzo era in mala fede e che la persona era incapace naturale (art. 428 c.c.).

Se, ad esempio, la persona con incapacità naturale compra un oggetto a un prezzo spropositato, o firma un assegno senza capire il valore di ciò che firma, l'acquisto e l'assegno firmato saranno validi, a meno che non si promuova un processo per annullarli, nel quale dimostrare l'incapacità naturale della persona (Barbarito, 2002).

Per ovviare a queste difficoltà, la legge prevede la possibilità di applicare *una* delle seguenti misure: l'interdizione giudiziale, l'inabilitazione o l'amministrazione di sostegno.

Questi procedimenti non sono «contro» la persona incapace ma «a suo favore»: mirano esclusivamente a tutelarla da ciò che potrebbe nuocerle.

Su questo punto può crearsi confusione in chi ha scarse conoscenze giuridiche, perché c'è anche una forma di interdizione, chiamata *interdizione legale*, che è prevista dal codice penale (art. 32) per chi sia stato condannato all'ergastolo o alla reclusione per cinque anni o più. Si tratta in questo caso di uno stato di incapacità stabilito non per proteggere il soggetto, ma come pena accessoria, per una più intensa punizione del condannato.

Interdizione e inabilitazione

Interdizione giudiziale

Se un soggetto maggiorenne è *totalmente incapace* di intendere e di volere, il nostro ordinamento prevede che debba essere interdetto.

L'interdizione fa sì che l'incapace maggiorenne (o tra i 17 e i 18 anni), dopo la dichiarazione di interdizione da parte del Tribunale ordinario, «ritorni» allo stato giuridico del minore. Il Tribunale accerta la sua incapacità e nomina un rappresentante legale, ossia un *tutore*.

Il vantaggio immediato è che il tutore rappresenta legalmente l'interdetto, per cui, ad esempio, potrà validamente manifestare il consenso per un intervento medico o, nel caso in cui si debba annullare un acquisto, un assegno o una cambiale, la prova dell'incapacità sarà semplicissima, essendoci una sentenza di interdizione.

A rigore, il soggetto interdetto non potrebbe validamente svolgere nemmeno azioni quotidiane quali servirsi di un mezzo pubblico, o acquistare un giornale o un caffè. Tuttavia, dopo la riforma attuata dalla legge 6/2004 (vedi infra), la sentenza di interdizione può stabilire che alcuni atti di ordinaria amministrazione possano essere compiuti senza l'intervento del tutore.

La persona interdetta può lavorare, ma per stipulare il contratto di lavoro deve essere rappresentata dal tutore (come avviene per i minorenni). Il diritto di voto viene invece mantenuto.

Può essere utile esplicitare che alla persona interdetta non può essere rilasciata la patente di guida, né altri tipi di patenti e permessi, compresa la licenza per porto d'armi a fini sportivi o di caccia, o il permesso di pesca.³

³ La legge prevede che l'interdizione e l'amministrazione di sostegno siano annotate nell'atto di nascita e registrate in un apposito elenco presso il giudice tutelare. Questa pubblicità però non arriva alle prefetture (che rilasciano la patente di guida) e agli uffici di caccia e pesca, per cui può succedere che non se ne tenga conto. Il responsabile del servizio che ha in carico o in cura la persona, in caso di rischio oggettivo, può comunicare alla prefettura o agli uffici caccia e pesca i provvedimenti assunti dall'autorità giudiziaria: a seguito di tale comunicazione gli uffici dovranno decidere se sospendere i permessi.

La cultura della tutela in Italia stenta ad affermarsi, in quanto «marchiare» attraverso un processo con una sentenza di interdizione il figlio, il fratello o il genitore spaventa tutti. Inoltre è diffusa la convinzione secondo cui, comunque, l'unica funzione del tutore sia la gestione del patrimonio dell'interdetto, gestione che diventa più complessa perché passa attraverso il controllo del giudice tutelare. Il fatto che un giudice controlli l'operato del tutore può apparire un po' gravoso, se il tutore è il genitore o il figlio dell'interdetto, ma costituisce una garanzia quando il tutore è un estraneo.

Inabilitazione

Se un soggetto maggiorenne è *parzialmente incapace* di intendere e di volere, il nostro ordinamento prevede che possa essere inabilitato (art. 415 e art. 416 c.c.).

L'inabilitato, previa dichiarazione del Tribunale della sua parziale incapacità, può compiere tutti gli atti di ordinaria amministrazione da solo, a differenza dell'interdetto, mentre per gli atti di straordinaria amministrazione deve essere affiancato dal *curatore* e deve essere autorizzato dal giudice tutelare.

Il curatore non è rappresentante legale, ma ha una funzione di «garanzia»: prima di firmare gli atti di straordinaria amministrazione insieme all'inabilitato deve valutarne l'opportunità con il giudice. L'atto senza la firma del curatore è annullabile.

Anche il curatore non si occupa esclusivamente dell'aspetto patrimoniale: deve certamente amministrare in modo oculato il patrimonio, insieme all'inabilitato, ma questo comporta accompagnarlo in molte scelte importanti della sua vita; firmare insieme a lui tutti gli atti di straordinaria amministrazione costituisce un'enorme protezione per l'incapace. Anche in questo caso, soprattutto quando il curatore è un terzo, il controllo del giudice tutelare e sul suo operato e sulla sua condotta è una garanzia.

Procedura per la dichiarazione di interdizione o di inabilitazione

1. *Presentazione del ricorso*. L'azione di inabilitazione o interdizione può essere promossa, secondo l'art. 417 c.c., dai parenti entro il quarto grado,⁴ dagli affini entro il secondo grado, dal tutore o curatore,⁵ o dal pubblico ministero.

La richiesta si presenta con *ricorso*, depositato presso la cancelleria del Tribunale competente per il territorio in cui risiede la persona interessata. Nella richiesta devono essere esposti i fatti sui quali la domanda è fondata e devono essere indicate le generalità (nome, cognome, residenza) dei parenti entro il quarto grado

⁴ Genitore, fratello/sorella, zio/a, primo/a cugino/a, nonno/a, fratello/sorella del nonno, bisnonno/a (genitore del nonno).

⁵ Può essere necessario avviare la procedura anche se c'è già un curatore o un tutore: ad esempio, il curatore (che viene nominato in caso di inabilitazione) può richiedere l'interdizione; il tutore di un ragazzo di 17 anni può chiedere l'interdizione o l'inabilitazione per quando il tutelato avrà raggiunto la maggiore età (Polo D., *Cosa sapere sull'amministrazione di sostegno*, Trento, Erickson, 2009, p. 116).

e, se ci sono, del tutore o del curatore della persona da interdire. I servizi sanitari e/o sociali non possono presentare direttamente ricorso, in quanto non vengono considerati parti in causa. Possono tuttavia inviare alla Procura della Repubblica una *segnalazione* riguardo alla situazione della persona, affinché il pubblico ministero disponga l'avvio della procedura. I parenti o il tutore o curatore, per avviare il procedimento devono necessariamente appoggiarsi a un legale, e quindi sostenerne le spese, a meno che non abbiano un reddito molto basso, nel qual caso possono richiedere il patrocinio a spese dello Stato (vedi cap. 8). È prevista anche la possibilità che i parenti inoltrino direttamente la richiesta al pubblico ministero, che però non è, in questo caso, obbligato a procedere (eventualmente, se si ritiene di seguire questa possibilità per evitare le spese legali, è opportuno farsi supportare da un'associazione).⁶

2. *Udienza*. Il Presidente del Tribunale fissa l'udienza in cui viene sentito chi ha presentato il ricorso, la persona da interdire/inabilitare e le persone, tra quelle indicate nel ricorso, le cui informazioni possano considerarsi utili. Se la persona da interdire/inabilitare non può presentarsi (ad esempio perché è ricoverata presso una struttura sanitaria), sono il giudice e il pubblico ministero a recarsi da lei.
3. *Provvedimenti temporanei*. Al termine dell'udienza, può essere nominato un tutore o un curatore provvisorio. Il giudice può anche richiedere una consulenza tecnica a un medico legale. Se, invece dell'interdizione o dell'inabilitazione, appare opportuno applicare l'amministrazione di sostegno, il Tribunale trasmette il procedimento al giudice tutelare e nel frattempo può adottare i provvedimenti temporanei eventualmente necessari.
4. *Sentenza*. Il Tribunale pronuncia l'interdizione e il giudice tutelare nomina il tutore o curatore. Dopo qualche tempo il tutore (o il curatore) verrà chiamato dal giudice tutelare per il giuramento, assumendo così l'incarico a pieno titolo.
5. *Rimborso*. Al termine della procedura, il pubblico ministero richiederà al tutore o al curatore il rimborso a favore dello Stato di eventuali spese sostenute (ad esempio, consulenze medico-legali).
6. *Eventuale impugnazione*. La sentenza può essere impugnata in appello da tutte le persone che avrebbero potuto attivare il procedimento, oltre che dal neo-nominato tutore/curatore.

Il tutore e il curatore: nomina e compiti

Come tutore viene di solito scelto un familiare o un parente. Il genitore che ha esercitato per ultimo la responsabilità genitoriale o la tutela può designare nel testamento un tutore che prenda il suo posto: questa possibilità può interessare, ad

⁶ Un'assistenza in merito viene offerta ad esempio dall'UTIM (Unione per la Tutela degli Insufficienti Mentali) di Torino. Vedi AA.VV., 2003.

esempio, nel caso di persone interdette relativamente giovani, che hanno una disabilità o soffrono di una malattia mentale.

Se mancano parenti conosciuti o idonei nel luogo di domicilio, può essere investita della tutela l'amministrazione locale (il sindaco o un suo delegato) o un ente di assistenza, che poi operano attraverso un incaricato (che può essere l'assistente sociale) provvedendo a svolgere direttamente l'attività di rappresentanza o assistenza. Il giudice tutelare può nominare, oltre al tutore, un protutore con funzione di rappresentare l'incapace in caso di conflitto di interessi di quest'ultimo con il tutore.

I principali compiti del tutore sono:

- rappresentare e sostituire la persona nel compimento di tutti gli atti di natura patrimoniale;
- amministrare il patrimonio con la diligenza del buon padre di famiglia (e rispondendo dei danni eventualmente arrecati);
- prendersi cura del benessere psico-fisico della persona, promuovendolo per quanto possibile. Il tutore ha la responsabilità della collocazione del tutelato: decide, infatti, l'inserimento in struttura residenziale, qualora il tutelato non sia in grado di vivere presso la propria abitazione.

Il tutore non può sostituirsi all'interdetto nel fare testamento, contrarre matrimonio, effettuare donazioni, che sono quindi preclusi all'incapace. L'incarico di tutore è gratuito, salvo il diritto a un'equa indennità nel caso di grandi patrimoni.

Il curatore dell'inabilitato viene scelto con gli stessi criteri del tutore. Il suo compito è quello di assistere l'inabilitato negli atti di riscossione dei capitali e in quelli di straordinaria amministrazione. La differenza principale rispetto alla funzione del tutore è che il curatore non rappresenta l'incapace e non si sostituisce a lui, ma lo assiste (Dalle Crode, Della Martina e Serio, 2003).

Il tutore o il curatore sono in genere tenuti a proseguire nel loro incarico per dieci anni, ma il giudice tutelare può esonerarli, qualora l'impegno risulti eccessivamente gravoso e vi sia un sostituto. Il giudice tutelare può rimuovere il tutore se è negligente, abusa dei suoi poteri, o è divenuto immeritevole per atti anche estranei alla tutela (ad esempio ha commesso un reato). Le responsabilità legali del tutore sono principalmente riconducibili alla violazione dei doveri inerenti all'amministrazione del patrimonio dell'interdetto (per negligenza o imprudenza) e, solo se convive con la persona sottoposta a tutela, per i fatti illeciti compiuti dal tutelato (danni a cose o persone), in maniera analoga alla responsabilità dei genitori verso il figlio minore.

Il tutore e il curatore: rapporti con il giudice tutelare

Il tutore, entro dieci giorni dal giuramento, deve iniziare l'inventario dei beni della persona incapace e terminarlo entro i successivi trenta giorni. Nell'inventario vengono indicati i beni immobili, mobili, i crediti e i debiti.

Il tutore deve tenere regolare contabilità della sua amministrazione e relazionare annualmente al giudice tutelare, depositando un rendiconto (sono facilmente reperibili, anche *online*, dei modelli già predisposti da usare come traccia).

Per alcune azioni, occorre che il tutore sia autorizzato dal giudice tutelare: ad esempio per acquistare beni, fatta eccezione per quelli di uso e consumo quotidiano; riscuotere capitali; accettare eredità o donazioni; stipulare contratti di locazione di immobili. Per alcuni altri atti, ad esempio per vendere dei beni, costituire ipoteche, fare compromessi e transazioni, o accettare concordati, è invece necessaria l'autorizzazione del Tribunale.

Amministrazione di sostegno

L'istituto dell'amministrazione di sostegno è stato introdotto con la L. 6/2004, che ha modificato il codice civile negli artt. 404 e seguenti.

L'intento della legge è tutelare con la minore limitazione possibile della capacità di agire le persone prive in tutto o in parte di autonomia, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente che siano di più semplice e veloce applicazione rispetto all'interdizione o all'inabilitazione.

Il beneficiario dell'amministrazione di sostegno conserva la capacità di agire per tutti gli atti che non richiedono la rappresentanza esclusiva o l'assistenza necessaria dell'amministratore di sostegno. L'elemento fondamentale che differenzia profondamente questo istituto dall'interdizione e dall'inabilitazione sta nella possibilità di «personalizzare» gli ambiti per i quali prevedere il sostegno, definendoli a seconda delle necessità della singola persona da proteggere. Nelle parole di Cendon, l'amministrazione di sostegno è:

una filosofia opposta a quella dell'interdizione. Sul piano dei principi in primo luogo: l'incapacitazione non è più a 360 gradi, ma riguarda solo gli atti specificamente menzionati (magari uno soltanto). Per tutte le altre azioni il beneficiario conserva intatta la propria sovranità, i suoi diritti, la sua capacità di agire (Cendon, 2004).

A differenza dell'interdetto e dell'inabilitato, il beneficiario dell'amministrazione di sostegno conserva la propria capacità di esercitare gli «atti personalissimi», cioè le decisioni che coinvolgono gli aspetti più intimi della persona, come ad esempio il matrimonio, il riconoscimento di un figlio, la donazione, il testamento, le scelte connesse alla separazione personale e al divorzio. Inabilitazione, interdizione e amministrazione di sostegno sono fra loro incompatibili: chi è interdetto non può essere inabilitato o avere l'amministrazione di sostegno.

C'è comunque la possibilità di richiedere al giudice la revoca dei rispettivi provvedimenti.

Chi può beneficiarne

I potenziali interessati all'amministratore di sostegno sono (art. 404 c.c.) le persone che, per effetto di un'infermità o di una menomazione fisica o psichica, si trovano nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi.

Chi può richiederla

L'amministrazione di sostegno può essere richiesta dal diretto interessato (anche se minore, ma deve avere almeno 17 anni), dal coniuge o da una persona stabilmente convivente, dai parenti entro il quarto grado o dagli affini entro il secondo grado, dal tutore, curatore o dal pubblico ministero.

Se il ricorso riguarda una persona già interdetta o inabilitata, deve essere presentato al giudice assieme a una richiesta di revoca dell'interdizione o dell'inabilitazione.

La legge attribuisce ai servizi sociali e sanitari, e ai loro operatori, una particolare responsabilità nel richiedere l'amministrazione di sostegno:

Art. 406 c.c. (Soggetti)

I responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, *sono tenuti* a proporre al giudice tutelare il ricorso di cui all'articolo 407 o a fornirne comunque notizia al pubblico ministero.

La presentazione del ricorso è dunque un obbligo, che riguarda tutti coloro che hanno un ruolo di responsabilità e forniscono servizi di cura e assistenza, senza distinzioni fra servizi pubblici e privati. Questo obbligo può venire ottemperato in due modi, a scelta dell'operatore:

- chiedendo direttamente al giudice tutelare la nomina di un amministratore;
- segnalando la situazione della persona al pubblico ministero, perché valuti se promuovere o meno il ricorso.

In entrambi i casi la segnalazione produrrà, quanto meno, la nomina di un amministratore di sostegno con il compito di mantenere il più stabile possibile il percorso assistenziale, terapeutico o di reinserimento sociale.

Procedimento

1. *Presentazione del ricorso.* Il ricorso per l'istituzione dell'amministrazione di sostegno deve indicare le generalità del beneficiario, la sua dimora abituale, le ragioni

per cui si richiede la nomina dell'amministratore di sostegno, il nominativo e il domicilio — se chi presenta la domanda li conosce — del coniuge, dei discendenti, degli ascendenti, dei fratelli e dei conviventi del beneficiario.

Più in generale, il ricorso deve contenere tutte le indicazioni utili a fornire al giudice tutelare un quadro il più possibile completo della situazione della persona: più dettagliata è la richiesta e più semplice sarà l'istruttoria del giudice (vedi infra, esempio di schema per un ricorso).

2. *Udienza e accertamenti.* È previsto che il giudice tutelare ascolti personalmente il diretto interessato tenendo adeguatamente conto dei suoi bisogni e delle sue richieste. Se necessario, il giudice tutelare e il pubblico ministero possono incontrare la persona a domicilio o presso la struttura in cui è inserita. In ogni caso, si procede anche se la persona non si presenta. Eventualmente, il giudice può disporre ulteriori accertamenti.
3. *Eventuali provvedimenti urgenti.* Se necessario, il giudice tutelare adotta con urgenza (cioè prima di 60 giorni) i provvedimenti immediati per la cura della persona interessata e per l'amministrazione del suo patrimonio. Può anche procedere alla nomina di un amministratore di sostegno provvisorio indicando gli atti che è autorizzato a compiere. Tali urgenze possono essere fatte presenti al giudice quando si presenta il ricorso.
4. *Decreto di nomina.* Il giudice provvede entro 60 giorni dalla presentazione della richiesta alla nomina dell'amministratore di sostegno, con decreto motivato immediatamente esecutivo. Se la persona è un minore, il provvedimento diventa esecutivo dai 18 anni. Se, invece, l'interessato è un interdetto o un inabilitato, il decreto è esecutivo dalla pubblicazione della sentenza di revoca dell'interdizione o dell'inabilitazione.

Esempio

Traccia di ricorso per la nomina di un amministratore di sostegno

A uso dei responsabili dei servizi sociali o sanitari.

La stessa traccia può essere utilizzata anche per le segnalazioni al pubblico ministero indirizzandola direttamente al Presidente del Tribunale ordinario.

ALL'UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE
PRESSO TRIBUNALE ORDINARIO DI...

RICORSO PER LA NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente in _____ tel _____ nella
sua qualità di responsabile del servizio sociale (o sanitario) del comune
di _____ o della ASL _____
o dell'ente _____ con sede _____

PREMESSO

- che come risulta dall'allegata relazione in data _____
a firma dell'assistente sociale _____
si è in possesso di elementi di informazione e di elementi obiettivi che rendono opportuna l'attivazione di una amministrazione di sostegno nell'interesse del signor _____
nato a _____ il _____
con stabile dimora in _____
professione _____
- che è (stato civile) _____ e vive stabilmente con _____
(coniuge/convivente/_____) (indicare ogni ulteriore notizia utile)
- che il sig. è titolare delle seguenti pensioni e/o entrate:
_____ importo mensile euro _____
_____ importo mensile euro _____

- ed è proprietario (o comproprietario) dei seguenti beni immobili

- è titolare (o contitolare) dei seguenti conti correnti (indicare banca, numero di c/c e importo alla data della richiesta ed eventuali altri dati relativi alla consistenza del patrimonio)

- è affetto da _____ così come risulta dalla certificazione medica allegata (la certificazione dovrà indicare le condizioni di salute della persona evidenziando le fragilità e gli impedimenti conseguenti lo stato di salute con riguardo alla sua capacità di vita autonoma e con riferimento alla vita ordinariamente condotta)
- è seguito dai servizi sociali (o sanitari) di _____ con i seguenti interventi _____

CONSIDERATO

- che i servizi sociali intendono intervenire con il seguente piano di intervento individualizzato:

- che l'interessato manifesta il desiderio di vivere presso _____
- che l'interessato coltiva i seguenti interessi (culturali, sportivi, ricreativi, ecc.)

- che le spese per il suo mantenimento ammontano a euro _____ mensili e le voci di spesa ricorrenti sono dovute a _____
- che dato l'attuale quadro clinico necessita di essere «assistito» nei seguenti atti _____
- che dato l'attuale quadro clinico necessita di essere totalmente «sostituito» nel compimento dei seguenti atti _____

- che si reputa urgente provvedere al compimento dei seguenti atti (contratti, pagamenti, ecc.) _____
 - che i parenti stretti sono XXX (indicare genitori, fratelli, figli e coniugi — fornire di ciascuno: generalità complete, la residenza, grado di parentela e recapito numero telefonico) _____
 - che non risulta abbia designato alcun amministratore di sostegno (o abbia designato quale amministratore di sostegno, mediante atto depositato presso il notaio _____ il signor _____ nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____
 - che potrebbero assumere l'incarico di amministratore di sostegno i signori _____
- (indicare di ciascuno le generalità, la residenza e il motivo della indicazione)

CHIEDE

Che siano valutate le motivazioni addotte e si provveda all'apertura di amministrazione di sostegno a favore e nell'interesse del signor _____ indicato in premessa.

Chiede altresì che, nelle more del procedimento, si provveda in via d'urgenza alla nomina di un amministratore di sostegno provvisorio per l'espletamento dei seguenti atti _____

Data
Firma

Allegati: _____

(è consigliabile predisporre un elenco numerato degli allegati che potranno essere più facilmente essere richiamati con il loro numero nel ricorso)

Tratto da: D. Polo (2009), *Cosa sapere sull'amministratore di sostegno*, Trento, Erickson, pp. 129-132

Contenuti del decreto di nomina

Il terzo comma dell'art. 405 del codice civile, che indica ciò che il decreto di nomina dell'amministratore di sostegno deve contenere, è il cuore di tutta la L. 6/2004.

Art. 405 c.c. (*Decreto di nomina dell'amministratore di sostegno. Durata dell'incarico e relativa pubblicità*)

Il decreto di nomina dell'amministratore di sostegno deve contenere l'indicazione:

1. delle generalità della persona beneficiaria e dell'amministratore di sostegno;
2. della durata dell'incarico, che può essere anche a tempo indeterminato;
3. dell'oggetto dell'incarico e degli atti che l'amministratore di sostegno ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario;

Obbligo di istruzione, integrazione scolastica e integrazione lavorativa

Obbligo di istruzione e procedure in caso di inadempienza

L'obbligo scolastico fino a 16 anni e l'obbligo formativo fino a 18 anni sono stati introdotti dalla

L. 296/2006, art. 1, comma 622

L'istruzione impartita per almeno dieci anni è obbligatoria ed è finalizzata a consentire il conseguimento di un titolo di studio di scuola secondaria superiore o di una qualifica professionale di durata almeno triennale entro il diciottesimo anno di età. L'età per l'accesso al lavoro è conseguentemente elevata da 15 a 16 anni. [...] L'innalzamento dell'obbligo di istruzione decorre dall'anno scolastico 2007/2008.

L'*obbligo scolastico* consiste nell'obbligo di frequenza alla scuola per dieci anni, ovvero fino ai 16 anni. Se il percorso seguito non ha subito interruzioni, l'obbligo scolastico si conclude con la frequenza del secondo anno di scuola secondaria di secondo grado; se invece ci sono bocciature l'obbligo termina con il primo anno di scuola secondaria di secondo grado o anche all'interno della scuola secondaria di primo grado. L'obbligo scolastico si ritiene concluso anche se nel decimo anno di scuola (cioè, l'ultimo anno di obbligo) lo studente viene respinto; in questo caso si parla di «proscioglimento» dall'obbligo scolastico.

Dopo il decimo anno di scuola i ragazzi entrano nell'*obbligo formativo*, cioè l'obbligo di rimanere in formazione fino al compimento dei 18 anni, oppure fino

all'ottenimento di un diploma o di una qualifica professionale. Ogni giovane può scegliere di «stare in formazione» seguendo uno fra tre possibili percorsi:

- la scuola, frequentando un istituto di istruzione secondaria superiore;
- la formazione professionale, frequentando un corso di formazione professionale riconosciuto;
- il lavoro, mediante il contratto di apprendistato o altro tipo di contratto che preveda comunque la frequenza di attività formative esterne all'azienda;
- un corso di istruzione per adulti presso un Centro Provinciale.

Tra scuola, formazione professionale e lavoro è possibile effettuare dei passaggi per rispondere meglio alle esigenze dei giovani e ai loro progetti di vita e professionali. La possibilità di accumulare crediti formativi consente agli studenti di utilizzare le cosiddette «passerelle»: si tratta della possibilità di correggere la scelta fatta dopo la terza secondaria di primo grado cambiando percorso scolastico, senza dover necessariamente sostenere esami integrativi.

I Servizi per l'impiego organizzano, per le funzioni di propria competenza, l'anagrafe regionale dei soggetti che hanno adempiuto o assolto l'obbligo scolastico e predispongono le relative iniziative di orientamento.

Qualora la scuola, la formazione professionale o l'apprendistato vengano interrotti, il Centro per l'impiego (che è l'articolazione decentrata a livello locale del Servizio per l'impiego) può aiutare il giovane a capire quali sono le sue aspettative, le aspirazioni, le potenzialità e quindi a definire un progetto formativo personalizzato.

La L. 107/2015 ha reso obbligatori percorsi di alternanza scuola-lavoro per tutti gli studenti degli ultimi tre anni delle scuole secondarie di secondo grado, per promuovere l'acquisizione di conoscenze pratiche e favorire una maggiore fluidità tra il mondo della scuola e il mondo del lavoro.

Interventi del servizio sociale nei casi di elusione dell'obbligo di istruzione

I genitori dei minori o coloro che a qualsiasi titolo ne facciano le veci sono responsabili dell'adempimento del dovere di istruzione e formazione. Alla vigilanza sull'adempimento del dovere di istruzione e formazione provvedono: il comune; il dirigente dell'istituzione scolastica; la provincia, attraverso i Servizi per l'impiego; i soggetti che assumono con il contratto di apprendistato i giovani tenuti all'assolvimento del diritto-dovere alla formazione (DLgs n. 76/05).

In presenza di ripetute assenze ingiustificate durante il corso dell'anno scolastico, i dirigenti delle istituzioni scolastiche sono tenuti, sentiti i consigli di classe, ad assumere le iniziative più idonee al fine di contenere il fenomeno. In caso di persistenza delle assenze i dirigenti provvedono a informare il sindaco del comune di residenza del minore. Il sindaco provvede ad ammonire i responsabili dell'adempimento, in-

vitandoli a ottemperare alla legge. L'ammonizione può essere comunicata ai servizi sociali presenti sul territorio, per individuare le eventuali attività o iniziative più opportune per agevolare o realizzare le condizioni favorevoli per la frequenza della scuola dell'obbligo (art. 2 del DM 13 dicembre 2001, n. 489).

In linea di massima, l'elusione dell'obbligo formativo viene segnalata al servizio sociale quando:

- le verifiche effettuate dalla polizia municipale sulla mancata iscrizione di alunni residenti nella propria area territoriale di competenza evidenziano condizioni di disagio sociale dei minori segnalati;
- al termine della scuola secondaria di primo grado gli alunni non completano l'obbligo scolastico e pertanto non vengono iscritti ai percorsi formativi successivi;
- un alunno, regolarmente iscritto, interrompe la frequenza senza darne motivazione o frequenta in modo intermittente.

La mancata iscrizione alla scuola territorialmente competente non significa automaticamente inadempienza: può essere dovuta semplicemente alla scelta da parte della famiglia di una scuola privata, o a un recente cambio di residenza con mancata comunicazione all'istituto scolastico competente; in questi casi la procedura sarà conclusa dalle verifiche della polizia municipale.

La segnalazione al sindaco del comune di residenza e il successivo inoltro della stessa al servizio sociale impongono all'assistente sociale, come primo atto di avvio dell'intervento, la convocazione della famiglia. Si utilizza di solito una lettera scritta, se il nucleo familiare è sconosciuto al servizio sociale, o invece un contatto telefonico con l'invito a colloquio, nel caso in cui si tratti di minore già conosciuto e seguito. Nel primo colloquio è utile anzitutto che l'assistente sociale informi la famiglia su ciò che prescrive la legge sull'obbligo scolastico.

In secondo luogo, è fondamentale cercare di capire le ragioni del mancato assolvimento dell'obbligo di istruzione: in alcuni casi la famiglia del minore straniero non è a conoscenza delle norme sull'obbligo formativo, in altri casi le ragioni sono legate a un percorso scolastico accidentato, costellato da frustrazioni e difficoltà che il ragazzo non vuole più affrontare.

Le situazioni che più frequentemente si presentano al servizio sociale riguardano:

- situazioni di precarietà economica in cui il minore viene avviato a esperienze di lavoro irregolare, ma che generano una minima forma di reddito;
- situazioni di demotivazione legate alle difficoltà incontrate nel percorso scolastico e al vissuto di fallimento e incapacità;
- situazioni in cui la famiglia è disimpegnata e non incentiva il ragazzo nell'adempimento dell'obbligo scolastico;
- situazioni di abbandono, quale esito di grave precarietà familiare determinata dalla condotta deviante dei genitori, dal fatto che presentano problemi di dipendenza o problemi di salute mentale.

La comprensione del punto di vista dei diretti interessati avviene attraverso una serie di colloqui con i genitori, con il minore in questione ed eventualmente anche con altri componenti della famiglia.

Il contatto tra il servizio sociale, il giovane e la famiglia può costituire il primo aggancio per valutare insieme un eventuale nuovo percorso formativo e/o lavorativo. È importante che il servizio sociale stabilisca contatti e collaborazioni con i soggetti-chiave del territorio impegnati nella formazione, cioè i referenti dei Centri per l'impiego e dei Centri di formazione professionale. Compito centrale del servizio sociale non è quello di informare in modo capillare il ragazzo sulle opportunità disponibili nel territorio ove risiede, ma piuttosto aiutare lui e la sua famiglia a comprendere i suoi bisogni, interessi, desideri e a stabilire un collegamento con le risorse formative di cui sopra.

Se il problema appare legato a precarietà economica e demotivazione, il progetto d'aiuto, costruito con il giovane e la sua famiglia, potrà prevedere — indicativamente — le seguenti forme di sostegno e accompagnamento:

- il collegamento con i Centri per l'impiego per l'avvio di un percorso incentivato economicamente, come il contratto di apprendistato o eventuali tirocini retribuiti abbinati a momenti formativi teorici presso i Centri di formazione professionale;
- un eventuale contributo di assistenza economica (nel caso in cui la famiglia presenti condizioni economiche al di sotto della soglia di povertà) finalizzato a sostenere le spese accessorie del percorso formativo: spese per pasti fuori casa, per abbigliamento, per i trasporti tra luogo di residenza e scuola;
- l'affiancamento di un educatore, nell'ambito degli interventi di assistenza educativa territoriale, per un breve periodo necessario all'aggancio al progetto;
- colloqui con la famiglia finalizzati al monitoraggio;
- eventuale collegamento della famiglia a gruppi di auto/mutuo aiuto per la gestione dei problemi educativi e della relazione genitori figli.

Il progetto andrà monitorato affinché eventuali nuovi abbandoni o sospensioni del percorso siano intercettati subito, ovvero per prevenire l'interruzione del rapporto. Il fatto che ci si incontri con il minore e la famiglia sempre più di rado fino a non vedersi più rischia di rappresentare in modo speculare — agli occhi del minore — la ripetizione dell'iter di inadempienza scolastica: senza un intervento del servizio sociale che riporti il ragazzo «dentro» la relazione, anche eventualmente per chiuderla in una maniera formale, si veicolerà il messaggio della scarsa importanza sia del progetto che della persona che lo sta realizzando, minando ulteriormente la sua autostima. Potranno essere pertanto previsti colloqui programmati e contatti con i tutor formativi per garantire l'affiancamento costante e la continuità del progetto.

Nelle situazioni di grave precarietà che riguardano nuclei familiari disimpegnati, spesso monogenitoriali per esito di separazioni e divorzi, e in cui gli adulti sono

coinvolti in stili di vita devianti o presentano problemi di dipendenza, spesso la segnalazione di elusione dell'obbligo di istruzione non rappresenta il primo aggancio alla famiglia, che è già conosciuta dal servizio sociale.

Nel caso in cui l'assistente sociale abbia già in carico il nucleo familiare, contatterà il giovane e la sua famiglia telefonicamente o comunicherà la segnalazione nei colloqui già fissati; nel caso in cui si tratti di una famiglia che mantiene contatti intermittenti con il servizio sociale, sarà necessaria una convocazione formale.

L'abbandono scolastico può essere colto come indicatore di una condizione esistenziale di sofferenza più ampia. Talvolta la segnalazione permette all'assistente sociale di entrare in contatto con situazioni di grave precarietà che altrimenti non verrebbero mai conosciute. A partire quindi da un problema oggettivo come l'inadempienza, l'assistente sociale può promuovere processi di riflessione e di cambiamento nei confronti di persone che, in una spirale di precarietà, rischiano «di non farcela» e di lasciarsi andare. Diventa essenziale comprendere quali spazi ci siano nella famiglia per attivare tali processi. Più è bassa l'età del minore (pensiamo all'inadempienza scolastica nella scuola primaria), maggiore deve essere l'intervento del servizio sociale nell'approfondire le condizioni, nonché nell'attivare misure di sostegno e protezione.

L'impossibilità di stabilire un contatto proficuo con la famiglia, le resistenze, la mancanza di fiducia nei confronti del servizio sociale, il disinteresse manifestato dai genitori nei confronti del proprio figlio sono fattori ostacolanti l'attivazione di qualunque intervento di supporto.

Se lo scambio di informazioni con altri servizi già coinvolti (ad esempio il SerT, il Servizio di salute mentale, la Neuropsichiatria infantile) conferma che l'inadempienza scolastica si colloca in un contesto più ampio di deprivazione, la gravità della situazione del minore, l'età e il livello d'istruzione, fondamentali ai fini della valutazione dei rischi, possono indurre l'assistente sociale — dopo aver esperito tutti i tentativi di coinvolgimento del nucleo familiare — ad attivare la segnalazione alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni del luogo di residenza, al fine ottenere un provvedimento di protezione.

I Servizi per il lavoro

Con il DLgs 150/2015 è stata istituita l'ANPAL (Agenzia Nazionale per le Politiche Attive del Lavoro), un'agenzia pubblica, vigilata dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, che coordina gli interventi rivolti alle persone in cerca di occupazione e la ricollocazione dei disoccupati.

Il centro delle attività finalizzate a sostenere le persone nei percorsi per reperire un'occupazione è costituito dai Servizi per l'Impiego. Essi si rivolgono a lavoratori e imprese con l'obiettivo di favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro. Si occupano della prima accoglienza e dell'orientamento del lavoratore, al quale fornì-

scono tutte le informazioni, dalla normativa alle opportunità di impiego, ai percorsi formativi finalizzati all'inserimento o al reinserimento lavorativo.

I Servizi per l'Impiego comprendono:

- i Centri per l'impiego, che sono pubblici;
- le Agenzie per il lavoro (nuova denominazione delle cosiddette agenzie interinali): sono strutture private autorizzate, che si occupano di ricerca e selezione del personale, intermediazione tra domanda e offerta di lavoro, fornitura di manodopera alle aziende, ecc.

I Centri per l'impiego operano a livello provinciale, secondo gli indirizzi dettati dalle Regioni.

I principali servizi offerti, che possono differenziarsi a seconda dei contesti locali, sono (europalavoro.lavoro.gov.it):

- accoglienza e informazione: individuazione delle necessità e orientamento al servizio più idoneo;
- auto-consultazione: banche dati, gazzette, stampa nazionale e locale, bacheche annunci, dossier tematici e siti internet dedicati al mercato del lavoro;
- orientamento: facilitazione dei processi di scelta, analisi delle caratteristiche personali, attitudini, motivazioni, conoscenze e competenze, formazione sulle strategie di ricerca di lavoro e accompagnamento nella definizione di un progetto di sviluppo professionale e/o formativo;
- promozione di tirocini: esperienze di formazione e orientamento realizzate attraverso l'inserimento lavorativo in azienda;
- incontro domanda-offerta di lavoro e preselezione: servizio di raccolta dei curricula delle persone in cerca di occupazione, ricezione delle richieste delle aziende in cerca di personale, individuazione e verifica dei requisiti richiesti dei candidati con invio dei nominativi alle aziende;
- laboratori di ricerca attiva del lavoro: supporto nella scrittura del curriculum vitae o della lettera di presentazione e informazione utili su come sostenere un colloquio di selezione;
- collocamento mirato: sostegno per l'inserimento nel mondo del lavoro delle persone disabili e di persone appartenenti ad altre categorie protette.

Tirocinio formativo

L'utilizzo del tirocinio formativo è una pratica ampiamente diffusa su tutto il territorio nazionale per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate. Non si tratta però di una modalità appositamente rivolta a chi vive una situazione di difficoltà, ma può rispondere alle necessità di apprendimento sul campo di qualunque persona inserita in un percorso di studio o di formazione.

In sintesi, il tirocinio è un periodo di orientamento e di formazione, svolto in un contesto lavorativo e volto all'inserimento dei giovani nel mondo del lavoro, che tuttavia non si configura come rapporto di lavoro.

Le norme di riferimento sono la L. 196/1997 e il successivo regolamento attuativo (Decreto Ministeriale 25 marzo 1998, n. 142) che dettano i criteri e i principi generali per la disciplina dei tirocini formativi e di orientamento. Ulteriori indicazioni sono contenute in Accordi tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, che hanno definito apposite Linee Guida: il 22 gennaio 2015 sono state emanate le *Linee guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione* e il 20 maggio 2017 sono state emanate le *Linee guida in materia di tirocini formativi e di orientamento*.

Esistono due tipi di tirocini:

- i tirocini *curriculari*, rivolti ai giovani frequentanti un percorso di istruzione o formazione e finalizzati a integrare l'apprendimento con un'esperienza di lavoro. Questo tipo di tirocinio è disciplinato dai Regolamenti di istituto o di ateneo ed è promosso da scuole, università o enti di formazione accreditati;
- i tirocini *extracurriculari*, finalizzati ad agevolare le scelte professionali dei giovani tramite un periodo di formazione in un ambiente produttivo e quindi con la conoscenza diretta del mondo del lavoro. Questo tipo di tirocinio è disciplinato dalle Regioni e dalle Province autonome: a livello nazionale sono comunque definiti degli standard minimi comuni, riferiti ad esempio agli elementi qualificanti del tirocinio, alle modalità con cui il tirocinante presta la sua attività, all'indennità minima.

Per attivare un tirocinio è necessaria una convenzione tra un soggetto promotore (università, scuola secondaria di secondo grado, agenzia per l'impiego, centro di formazione, ecc.) e un soggetto ospitante (azienda, studio professionale, cooperativa, ente pubblico ecc.), corredata da un piano formativo individuale (PFI). Il soggetto promotore del tirocinio e il soggetto ospitante nominano un tutor ciascuno, che aiuteranno il tirocinante nella stesura del piano formativo, nel suo inserimento nel nuovo contesto, nella definizione delle condizioni organizzative e didattiche, nel monitoraggio del percorso formativo e nell'attestazione dell'attività svolta. Le competenze e i risultati raggiunti dal tirocinante sono registrati sul libretto formativo.

Possono essere definite diverse tipologie di tirocini a seconda della normativa regionale, in generale, la legge pone dei vincoli finalizzati soprattutto a far sì che il tirocinio non divenga un modo per impiegare lavoratori in maniera impropria. Stabilisce quindi che:

- le iniziative devono rientrare all'interno di progetti di orientamento e di formazione e sono regolate da apposite convenzioni tra soggetti promotori e soggetti ospitanti;
- il tirocinio non costituisce rapporto di lavoro subordinato e non deve avere costi a carico dell'impresa ospitante;

- i datori di lavoro possono ospitare tirocinanti in relazione all'attività dell'azienda. Le aziende con non più di cinque dipendenti a tempo indeterminato possono ospitare un solo tirocinante; quelle con un numero di dipendenti a tempo indeterminato compreso tra sei e diciannove, non più di due tirocinanti contemporaneamente; quelle con più di venti dipendenti a tempo indeterminato, tirocinanti in misura non superiore al dieci per cento dei suddetti dipendenti contemporaneamente;
- i soggetti promotori devono comunicare preventivamente l'avvio del tirocinio all'Ispettorato del Lavoro e alle organizzazioni sindacali, stipulare idonee assicurazioni per il tirocinante e garantire la presenza di un tutoraggio;
- la durata del tirocinio non può superare i 12 mesi (24 nel caso di persone disabili);
- sia i soggetti promotori che i soggetti ospitanti devono nominare un tutor.

I soggetti promotori sono tenuti ad assicurare i tirocinanti contro gli infortuni sul lavoro presso l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), nonché presso idonea compagnia assicuratrice per la responsabilità civile verso terzi. Le coperture assicurative devono riguardare anche le attività eventualmente svolte dal tirocinante al di fuori dell'azienda e rientranti nel progetto formativo e di orientamento. Al tirocinante che abbia partecipato per almeno il 70% delle ore previste viene corrisposta un'indennità, che non può essere inferiore a 300 euro lordi mensili.

I disabili impiegati in tirocini sono computabili ai fini della legge sul collocamento mirato (vedi sopra).

Contratto di apprendistato

L'apprendistato è un rapporto di lavoro nel quale il datore di lavoro è tenuto a impartire e/o far impartire la formazione necessaria perché il lavoratore possa conseguire la capacità tecnica per diventare lavoratore qualificato. Lo scopo è quello di fornire una qualificazione professionale ai ragazzi che ne sono sprovvisti; per chi è già in possesso di un titolo di studio o di una qualificazione professionale (attestato di qualifica, diploma di qualifica o diploma di scuola secondaria di secondo grado) è un'occasione di inserimento lavorativo e di ulteriore preparazione professionale.

La formazione professionale dell'apprendista si svolge all'interno dell'azienda, mediante l'affiancamento di un tutor, o all'esterno attraverso la partecipazione ad appositi corsi. Il monte ore di formazione, esterna e interna all'azienda, deve essere proporzionato al conseguimento della qualifica professionale.

Nel contratto di apprendistato il datore di lavoro deve precisare le prestazioni che saranno richieste al lavoratore, la formazione che gli sarà impartita all'interno dell'azienda o in strutture esterne e la qualifica che sarà conseguita al termine del

rapporto di apprendistato. L'apprendista può essere assunto anche a tempo parziale, purché la durata delle prestazioni lavorative sia compatibile con il raggiungimento della qualifica professionale.

Ci sono sostanzialmente tre tipi di contratto di apprendistato (DLgs 10.09.2003, n. 276 e L. 78/2014, il cosiddetto «Jobs Act»):

- apprendistato per l'espletamento dell'obbligo di istruzione e formazione, che consente di conseguire una qualifica professionale ed è diretto ai più giovani, in particolare chi abbia compiuto 15 anni, la fascia di età cui è rivolto è tra 15 e 25 anni. Questa forma di apprendistato ha una durata massima di tre anni, determinata in base alla qualifica da conseguire, al titolo di studio, ai crediti professionali e formativi acquisiti, nonché al bilancio delle competenze realizzato dai servizi pubblici per l'impiego o dai soggetti privati accreditati;
- apprendistato professionalizzante, che consente di ottenere una qualifica attraverso una formazione sul lavoro e un apprendimento tecnico-professionale. Può durare fino a tre anni, o fino a cinque per specifiche figure professionali. È possibile sommare i periodi di apprendistato svolti nell'ambito dell'obbligo di istruzione e formazione con quelli dell'apprendistato professionalizzante;
- apprendistato per l'acquisizione di un diploma o per percorsi di alta formazione, che consente di conseguire un titolo di studio di livello secondario, universitario o di alta formazione e per la specializzazione tecnica superiore. La durata dell'apprendistato per l'acquisizione di un diploma o per percorsi di alta formazione è stabilita dalle regioni in accordo con le parti sociali e le istituzioni formative coinvolte.

Il secondo e terzo tipo di apprendistato hanno come destinatari giovani tra i 18 e i 29 anni e i diciassettenni in possesso di una qualifica professionale.

Se l'apprendista è portatore di handicap, i limiti di età per avviare il contratto di apprendistato sono elevati di due anni.

Il datore di lavoro che assume l'apprendista beneficia di apposite agevolazioni contributive. Sono previsti dei limiti rispetto al numero di apprendisti che possono venire impiegati in una stessa azienda.

Incentivi per l'assunzione di lavoratori appartenenti a categorie svantaggiate

Per favorire l'impiego di persone appartenenti a categorie svantaggiate nel reperire lavoro, sono previsti un vario numero di incentivi specifici per le aziende che assumono, ad esempio, disabili, donne residenti al Sud, NEET (*Not in Education, Employment or Training*, in italiano: persone non impegnate nello studio, né nel lavoro né nella formazione). L'elenco degli incentivi è consultabile sul sito dell'Agenzia Nazionale Politiche attive e del Lavoro (ANPAL).

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

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.

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).

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.

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

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:

- 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

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.

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.

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 formative;
- consulenza specialistica ai servizi «di confine» (alcolismo, tossicodipendenze) e alle strutture residenziali per anziani e per disabili (www.salute.gov.it).

È attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per sei giorni alla settimana.

Il Centro di salute mentale è un servizio ad alta integrazione socio-sanitaria che opera in collegamento con tutti gli altri servizi del Dipartimento a seconda delle necessità della persona presa in carico: può essere previsto il collegamento con il reparto ospedaliero (Servizio psichiatrico di diagnosi e cura – SPDC) nei casi gravi in cui è necessario un trattamento sanitario intensivo di degenza, oppure con i Centri residenziali terapeutici per dare continuità alle cure a medio o lungo termine, o ancora con Centri diurni e con altre risorse territoriali.

Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC)

È un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori in condizioni di ricovero: ha quindi come destinatari persone che necessitano di un intervento diagnostico e terapeutico intensivo, a seguito di una fase acuta del problema.

Dispone di un numero limitato di posti letto (di norma uno ogni 10.000 abitanti, di solito ne sono previsti non più di 15/16 in ciascun SPDC) ed è collocato nel contesto di aziende ospedaliere o di presidi ospedalieri di ASL o di policlinici universitari.

Fa parte integrante del Dipartimento di salute mentale, anche quando l'ospedale in cui è collocato viene amministrato da un'ASL diversa da quella a cui appartiene il Dipartimento.

Di norma all'interno del reparto non viene svolta attività riabilitativa, anche se accade che la prima impostazione del progetto terapeutico venga delineata durante il ricovero.

Day hospital psichiatrico (DH)

Costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine.

Può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con il reparto (SPDC), oppure presso strutture esterne all'ospedale, collegate con il Centro di salute mentale, dotate di adeguati spazi, delle attrezzature e del personale necessario.

È aperto almeno otto ore al giorno per sei giorni alla settimana.

Ha la funzione di effettuare accertamenti diagnostici complessi; di effettuare trattamenti farmacologici; di ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata.

Strutture semiresidenziali

Sono Centri diurni con funzioni terapeutico-riabilitative, collocati al di fuori degli ospedali, nel contesto urbano. Sono dotate di una propria équipe, eventualmente

integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. I Centri diurni possono essere gestiti dal Dipartimento di salute mentale o dal Terzo settore. In tal caso, i rapporti con il DSM sono regolati da apposite convenzioni, che garantiscano la continuità della presa in carico. Questi centri sono aperti almeno otto ore al giorno, per sei giorni a settimana.

Mentre il day hospital ha la funzione di ridurre i ricoveri, offrendo ai pazienti un'assistenza di tipo farmacologico e psicoterapico, i Centri diurni hanno obiettivi riabilitativi, di reinserimento sociale e di integrazione.

Con ogni persona viene concordato un progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato, i cui obiettivi riguardano in genere sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo. Le attività diurne che vengono realizzate sono diverse: alcune avvengono all'interno (arte/danza/musicoterapia, economia domestica, igiene personale), altre sono proiettate nel territorio (ad esempio, corsi professionali e possibilità di inserimento lavorativo attraverso borse lavoro).

Esempio

Adriano

Adriano ha 35 anni. Gli è stata diagnosticata una forma di schizofrenia all'età di 20, mentre era in servizio di leva, durante il quale, a seguito di una grave crisi, ha subito un TSO.

Vive con la madre, di 65 anni, in un contesto di edilizia convenzionata, dove Adriano è «stigmatizzato» per le sue stranezze. Sono stati diversi i tentativi di inserimento lavorativo, ma tutti falliti. Da cinque anni ha la pensione di invalidità civile. I soldi rappresentano sicuramente un problema: oltre alla pensione di invalidità l'altra entrata è la pensione minima di reversibilità della madre.

È stato seguito dal Centro di salute mentale dapprima attraverso l'inserimento nel Centro terapeutico diurno, successivamente, essendosi demotivato a questa esperienza, è stato seguito a domicilio con visite settimanali dell'infermiere.

La mamma di Adriano si è rivolta all'assistente sociale del comune (servizio a lei più vicino) per segnalare che suo figlio è stato aggredito da un vicino di casa in quanto accusato di aver incendiato i cassonetti della carta.

Da questo episodio Adriano è uscito molto scosso: non esce più di casa, fuma in continuazione. Lei stessa, sempre più additata dai vicini di casa, non trova aiuto da nessuno.

L'assistente sociale del comune invita la signora a segnalare tempestivamente la situazione al Centro di salute mentale. L'infermiere verifica la situazione sanitaria. Data la situazione di crisi, in accordo con lo psichiatra si valuta una nuova ammissione al Centro diurno. L'assistente sociale contestualmente ritiene essenziale un lavoro sul contesto ambientale, e inizia a ragionare con la collega del Centro di salute mentale su una possibile iniziativa di sensibilizzazione.

Strutture residenziali

Si tratta di strutture extraospedaliere in cui si svolge una parte del programma terapeutico e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica. Il Ministero della Salute precisa che queste strutture *non* dovrebbero essere intese come soluzioni abitative: non dovrebbero quindi diventare la «casa» stabile della persona, ma essere un luogo di cure temporanee (se necessario di medio/lungo periodo) in vista di una sistemazione maggiormente autonoma (www.salute.gov.it).

Le strutture residenziali sono gestite direttamente dal Dipartimento di salute mentale oppure dal Terzo settore, in convenzione. Al fine di prevenire l'isolamento delle persone ospitate e di favorire lo scambio sociale, le strutture residenziali vanno collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili, e possibilmente devono avere adeguati spazi verdi esterni. L'accesso e la dimissione dei pazienti avvengono secondo un programma personalizzato concordato e verificato periodicamente fra operatori del DSM, operatori della struttura residenziale, pazienti ed eventuali persone di riferimento. Il Centro di salute mentale segue, tramite un proprio operatore di riferimento, l'andamento degli interventi fino alla dimissione.

L'*Accordo della Conferenza unificata Stato-Regioni sulle strutture residenziali psichiatriche* (ottobre 2013) fornisce alcune indicazioni sulla tipologia e l'organizzazione delle strutture.

Nel documento (così come nelle indicazioni vigenti in precedenza) si prevede di differenziare le strutture residenziali per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale (disponibili 24 ore su 24, 12 ore, o in fasce orarie più ristrette), a seconda se prevalgono interventi di natura clinico-riabilitativa o di natura socio-assistenziale.

Vengono quindi definite tre categorie:

- strutture residenziali psichiatriche *per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo*, destinate a persone con grave compromissione del funzionamento personale e sociale, comprese le situazioni di esordio psicotico e le fasi di post-acuzie. In queste situazioni i programmi hanno una durata massima di 18 mesi, prorogabili al massimo di altri sei;
- strutture residenziali psichiatriche *per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo*, per persone con compromissioni gravi o moderate rispetto al funzionamento sociale e personale, ma persistenti e invalidanti. La durata massima del programma è di 36 mesi, prorogabili al massimo di altri 12;
- strutture residenziali psichiatriche *per interventi socio-riabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale*: ne sono previste di tre tipi, a seconda della presenza oraria del personale socio-sanitario. Sono rivolte a persone con quadri variabili di autosufficienza e inserimento sociale, ma non assistibili nel contesto familiare.

Nell'ambito di questa indicazione, le regioni hanno disposto diverse articolazioni dei servizi residenziali. In linea di massima, le strutture vengono classificate

in base alle diverse combinazioni con cui è presente il personale sanitario (medico, infermieri, tecnici per la riabilitazione psichiatrica – TPR) e quello educativo e assistenziale (educatori, operatori per l'assistenza alla persona): ciò dipende dal fatto che prevalgano finalità di tipo terapeutico-riabilitativo, oppure che l'obiettivo sia principalmente quello di affiancare nella quotidianità persone che non sarebbero del tutto in grado di affrontare da sole le incombenze della vita di tutti i giorni. Sia per le terapie sia per l'assistenza può essere necessario un intervento più o meno consistente degli operatori (in termini di ore giornaliere di presenza).

Accanto a queste strutture, tutte caratterizzate dalla compresenza di interventi sanitari e assistenziali integrati, vi sono strutture di accoglienza per persone che vengono seguite dal Servizio di salute mentale in forma ambulatoriale o diurna, per le quali non è possibile o opportuno vivere con la propria famiglia o da soli. Per questo tipo di situazioni, in alcune realtà locali si ricorre a servizi destinati genericamente alle persone in difficoltà; in altri contesti sono invece previste strutture apposite (con varie denominazioni: gruppi appartamento, appartamenti autonomi, case alloggio, case-famiglia). In questo caso, comunque, gli ospiti vengono seguiti dagli operatori del Centro di salute mentale e/o del Centro diurno, dato che non c'è un'apposita équipe di struttura.

Qualche esempio.

In Lombardia, le strutture residenziali si suddividono in tre categorie:

- Strutture di area *riabilitativa*, con prevalenti finalità di cura e riabilitazione, presenza di personale sanitario e sociale per 24 ore al giorno, e una permanenza di massimo due anni, che a loro volta si suddividono in:
 - comunità riabilitative ad *alta* assistenza;
 - comunità riabilitative a *media* assistenza (con meno personale, ma sempre presente).
- Strutture di area *assistenziale*, per persone che non richiedono interventi di cura e riabilitazione intensi, quanto soprattutto un supporto assistenziale di grado diverso, valutato sulla base dei progetti individuali; l'accoglienza dura al massimo tre anni. A loro volta si suddividono in:
 - comunità protetta ad *alta* assistenza, con una presenza assistenziale estesa sulle 24 ore;
 - comunità protetta a *media* assistenza, con la presenza degli operatori per 12 ore.
- Strutture di area *sociale*, per pazienti clinicamente stabilizzati ma in situazioni sociali precarie sotto l'aspetto relazionale, familiare e ambientale, che non si adattano a un domicilio proprio e per i quali una residenza comunitaria territoriale, in piccoli nuclei, offre un essenziale supporto al vivere; la permanenza può essere per un breve periodo o per l'intera vita.

In Emilia-Romagna troviamo un'articolazione parzialmente analoga a quella lombarda, basata sulla differenziazione tra finalità prevalentemente sanitarie (terapeutico-riabilitative) e socio-assistenziali.

Sono quindi previste:

- Residenze *sanitarie* psichiatriche, di tre tipi:
 - a trattamento *intensivo*, con assistenza sanitaria sulle 24 ore, con permanenza massima di 60 giorni;
 - a trattamento *protratto*, con assistenza sanitaria per 12 ore al giorno, con permanenza di sei mesi-un anno;
 - a trattamento *socio-riabilitativo*, con assistenza sanitaria per 6 ore al giorno, con permanenza fino a tre anni.
- Residenze *socio-sanitarie* psichiatriche, per persone con disturbi psichiatrici che non hanno supporti familiari validi. All'interno sono previsti interventi per l'acquisizione dell'autonomia individuale nelle attività quotidiane, in vista di una vita indipendente. Queste residenze si suddividono in:
 - strutture con assistenza *diurna*;
 - strutture con assistenza *nell'arco delle 24 ore*.

In Toscana (www.regione.toscana.it) le diverse strutture sono classificate sostanzialmente in base all'intensità e alla durata nel tempo degli interventi necessari:

- le strutture residenziali *terapeutico-riabilitative* sono per persone con patologia grave, che hanno bisogno di interventi terapeutici riabilitativi di tipo intensivo e di media durata, con personale sempre presente;
- le strutture residenziali *socio-riabilitative* sono per portatori di patologia grave cronicizzata, che hanno bisogno di interventi riabilitativi di media o lunga durata con personale. Il personale è presente nelle 12 ore diurne;
- i *gruppi appartamento* rispondono a bisogni di tipo abitativo di pazienti autonomi: l'assistenza è di tipo educativo, a fasce orarie, per pochi giorni la settimana.

In Piemonte sono previsti due tipi di «comunità protette»: ad alta intensità (con operatori presenti per 24 ore) e a media intensità (con operatori presenti per 12 ore al giorno) e a bassa intensità.

In Veneto l'articolazione è analoga:

- *comunità terapeutiche riabilitative protette* con due moduli: ad alta attività assistenziale e ad attività assistenziale intermedia;
- *comunità alloggio* con due moduli (di base ed estensivo) a protezione differenziata;
- *gruppi appartamento protetti* con assistenza socio-sanitaria di bassa intensità.

Centri per i disturbi del comportamento alimentare

In molti Dipartimenti di salute mentale sono stati istituiti dei centri appositamente organizzati per affrontare i disturbi del comportamento alimentare (bulimia, anoressia, disturbo da alimentazione incontrollata) con una presa in carico da parte di un'équipe multidisciplinare, che può comprendere, oltre a personale sanitario della

psichiatria, anche medici nutrizionisti e specialisti in medicina interna. Il trattamento prevede attività ambulatoriali, di psicoterapia individuale e di gruppo, e di sostegno alla famiglia. Alcuni di questi centri propongono anche gruppi di auto/mutuo aiuto, sia per i pazienti sia per i familiari.

In alcuni contesti sono presenti anche strutture riabilitative residenziali (ad esempio, gruppo appartamento o comunità terapeutica) e semiresidenziali (pasti assistiti).

Terzo settore e associazioni di pazienti e di familiari

Come in molti altri ambiti dell'assistenza sociale e socio-sanitaria, anche nel campo della salute mentale molte strutture residenziali e semiresidenziali sono gestite da organizzazioni del Terzo settore, in regime di convenzione con l'ASL e con l'azienda ospedaliera.

Altri soggetti privati che operano in maniera significativa nell'area della salute mentale sono le associazioni dei familiari dei pazienti, e quelle dei pazienti stessi. Si tratta di un mondo variegato,⁴ rispetto a diverse variabili:

- la composizione delle realtà associative (pazienti e familiari assieme, o in organizzazioni separate);
- la strutturazione delle diverse organizzazioni, che vanno da associazioni vere e proprie (riconosciute) a forme di collegamento più «leggere», a iniziative durature nel tempo ma senza una precisa regolamentazione interna, meglio definibili come movimenti;
- il rapporto con i servizi sanitari pubblici: alcune associazioni, nate all'interno dei servizi di salute mentale locali, ne sono una sorta di «appendice»; altre hanno posizioni critiche nei confronti del sistema pubblico, con rivendicazioni che talvolta riecheggiano il dibattito sulla legge 180 (c'è chi vorrebbe maggiore disponibilità di strutture residenziali, e attivisti che si impegnano per una più autentica deistituzionalizzazione); altre ancora si pongono come interlocutori collaborativi dei servizi.

Per i servizi pubblici, la collaborazione delle associazioni può essere preziosa nel reperire e meglio qualificare le risorse utili al lavoro terapeutico e riabilitativo; inoltre, le associazioni possono contribuire alla progettazione dei servizi stessi. Possono inoltre collaborare nella gestione di particolari strutture, attività e programmi terapeutico-riabilitativi (residenze, alloggi, attività del tempo libero, linea telefonica per l'informazione); organizzare attività di auto/mutuo aiuto e cicli di incontri formativi. Il loro intervento in genere è molto efficace nel promuovere l'immagine

⁴ Per un approfondimento, vedi Barnes M. e Bowl R. (2001), *Empowerment e salute mentale. Il potere dei movimenti sociali degli utenti*, Trento, Erickson.

delle persone con disturbi mentali, nella lotta allo stigma, alla discriminazione e all'emarginazione⁵ (www.deistituzionalizzazione-trieste.it).

Il percorso di aiuto nel Centro di salute mentale

Accesso al servizio

Il Centro di salute mentale costituisce la «porta di accesso» al sistema dei servizi per il disagio psichico ed è l'unità operativa che prende in carico il paziente e lo segue in tutto l'eventuale percorso successivo. Lo stile di lavoro va quindi orientato al criterio di *continuità dell'intervento terapeutico-riabilitativo*, specie per le persone che soffrono di disturbi mentali gravi: si tratta di sostenere la persona nell'esercizio di fondamentali diritti e nell'accesso a opportunità sociali (casa, istruzione, formazione al lavoro, gestione della salute, attività del tempo libero), accompagnandola nei suoi percorsi abilitativi e orientandola nel rapporto con altri servizi e istituzioni (www.deistituzionalizzazione-trieste.it).

L'accesso al Centro di salute mentale può avvenire:

- *su indicazione del medico di medicina generale*: il primo accesso avviene di preferenza con la richiesta del medico di medicina generale, che sottopone il quesito clinico e attesta l'eventuale urgenza. È possibile, nei casi ove ne emergano la necessità e l'opportunità, effettuare la visita al domicilio della persona;
- *accesso diretto*: la persona può accedere al servizio telefonando o presentandosi direttamente per concordare un primo appuntamento di accoglienza, in genere con l'infermiere territoriale, dove potrà esprimere il motivo della richiesta, al fine di valutare la priorità di intervento, e ricevere le prime informazioni. Quindi viene fissato un appuntamento per la visita specialistica con lo psichiatra;
- *dal SPDC, dal pronto soccorso o da altri reparti ospedalieri*: generalmente l'appuntamento per la visita specialistica viene fissato direttamente dal reparto dove la persona è stata ricoverata e viene comunicato al momento della dimissione;
- *su indicazione di altri servizi*: ad esempio il SerD (vedi cap. 16), o i servizi socio-assistenziali del comune che stanno già seguendo il caso, o servizi psichiatrici di altri territori.

Valutazione psichiatrica

Nel Centro di salute mentale la valutazione iniziale del paziente viene ovviamente effettuata dal medico psichiatra.

⁵ Sulla collaborazione tra servizi formali e associazioni di pazienti e di familiari nell'ambito della salute mentale, vedi Folgheraiter F. (2009), *Incrocio di saperi: il «fareassieme» in psichiatria*, in *Saggi di Welfare. Qualità delle relazioni e servizi sociali*, Trento, Erickson.