

# Assistente Sociale

La professione in Italia

Publicazione periodica - Anno I, n. 1  
Aut. Tribunale di Roma n. 256/09 del 21 luglio 2009



## ALL'INTERNO

### Il dramma dell'Abruzzo

Editoriale

**Franca Dente**

Presidente del Consiglio Nazionale

### Diritti sociali e Costituzione

**Franca Dente**

Presidente del Consiglio Nazionale

### Protezione sociale in ambito UE

**Prof. Pasquale Costanzo**

Ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Genova

### Manifesto di allarme sociale sulla condizione delle famiglie e dei minori

## INSERTO

### Salute mentale e Servizio Sociale

Roma, 5 dicembre 2008 - Atti del convegno



# Assistente Sociale

*La professione in Italia*

Direttore:

**Franca Dente**

In redazione:

**Franca Dente, Gloria Pieroni,  
Maria Cristina Odiard, Silvana Mordegli,  
Isabella Mastropasqua, Gennaro Izzo**

Comitato scientifico:

**Franca Dente, Gloria Pieroni,  
Maria Cristina Odiard, Silvana Mordegli,  
Silvana Agosta, Maria Vittoria Casu,  
Simonetta Cavalli, Isabella Mastropasqua,  
Gennaro Izzo, Angela Romano, Luisa Spisni,  
Silvana Tonon, Giuseppe Viani, Mirella  
Zambello**

Sede:

**Via del Viminale, 43 - 00184 ROMA (RM)**

**Tel. 06.5803425 - 06.5803465**

**Fax 06.96708586**

Sito internet:

**<http://www.cnoas.it>**

E-mail: **[info@cnoas.it](mailto:info@cnoas.it)**

Composizione grafica e stampa:

**Grafiche San Benedetto srl - tel. 0776.374**

Fotografia in copertina di:

© **Gaetano Di Filippo**

## SOMMARIO

<b>Il dramma dell'Abruzzo</b> <i>Franca Dente, Presidente del Consiglio Nazionale</i>	pag. <b>05</b>
<b>Assistenti sociali nel welfare italiano:</b> <i>Paola Rossi, Sostoss</i>	pag. <b>09</b>
<b>La professione di Assistente sociale fra tradizione e innovazione</b> <i>Silvana Tonon Giraldo, Consigliere Nazionale, Presidente Commissione Politiche della formazione</i>	pag. <b>13</b>
<b>Progettare per la comunità sociale tra innovazione e criticità</b> <i>Franca Dente, Presidente del Consiglio Nazionale</i>	pag. <b>23</b>
<b>L'Assistente sociale in azienda ospedaliera: dentro il sistema di cura, per la continuità assistenziale</b> <i>Maria Cristina Odiard, Segretario del Consiglio Nazionale</i>	pag. <b>33</b>
<b>Riflessioni sul disegno di legge per l'istituzione del Garante per l'Infanzia nazionale dei diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza</b> <i>Franca Dente, Presidente del Consiglio Nazionale</i>	pag. <b>37</b>
<b>Continua la collaborazione con i sindacati.</b> <i>Silvana Agosta, Consigliere Nazionale Presidente Commissione Politiche del Lavoro</i>	pag. <b>39</b>
<b>Inserto: Salute Mentale e Servizio Sociale: quali riflessioni a 30 anni dalla legge 180/78</b> <i>Franca Dente, Presidente del Consiglio Nazionale</i>	pag. <b>43</b>
<b>Dalla legge 180/78 al nuovo welfare italiano: "i principi, le forme istituzionali e organizzative"</b> <i>Bruno Benigni, Presidente del Centro Franco Basaglia</i>	pag. <b>47</b>
<b>Principi e valori nel dibattito degli anni '70</b> <i>Maria Dal Pra Ponticelli, Professore associato, Università degli Studi di Siena</i>	pag. <b>55</b>
<b>Il servizio sociale nel percorso innovativo della riforma della legge 180/78</b> <i>Luisa Spisni, Consigliere Nazionale Ordine Assistenti Sociali</i>	pag. <b>61</b>
<b>L'associazionismo dei familiari per i diritti di cittadinanza delle persone con sofferenza mentale</b> <i>Girolamo Digilio, UNASAM, Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale</i>	pag. <b>71</b>

<b>Speciale:</b>	
<b>Inaugurazione della Sede del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali</b>	pag. <b>77</b>
<b>Il sistema di protezione dei diritti sociali nell'ambito dell'Unione Europea</b>	pag. <b>81</b>
<i>Prof. Pasquale Costanzo, Ordinario di Diritto Costituzionale nell'Università di Genova</i>	
<b>Il Consiglio Nazionale premia benemeriti del servizio sociale</b>	pag. <b>97</b>
<b>Comunicati Stampa</b>	pag. <b>102</b>
<b>Manifesto di allarme sociale sulla condizione delle famiglie e dei minori</b>	pag. <b>107</b>





## Il dramma dell'Abruzzo

*Franca Dente, Presidente del Consiglio Nazionale*

Nel silenzio della notte del 6 aprile scorso, in coincidenza con l'inizio della settimana di passione per i cattolici, il terremoto ha attraversato le terre di Abruzzo e dintorni seminando morte e distruzione.

Come sempre, in questi casi, sorprendendo lo stordimento del sonno e la quiete della notte, il boato che ne è derivato ha in pochi secondi interrotto vite, cancellato intere famiglie, distrutto edifici, fatto crollare la storia di una intera città; ogni barlume di "normalità" è stato annientato. Di fronte a tanto dolore, assalgono lo stupore, la paura, il terrore, l'incredulità, lo smarrimento, l'impotenza. La fragilità umana appare nella sua interezza, attraverso volti di anziani smarriti e di bambini terrorizzati, in un attimo la vita si sconvolge perdendo i punti fermi, le certezze, gli affetti di ogni persona. La presa di coscienza, all'alba del giorno dopo avvolti da una coltre di tristezza e di freddo, ha interdetto in un primo momento tutti, ma poi la natura forte e tenace degli abruzzesi ha prevalso, e si sono subito rimboccati le maniche per la "ricostruzione".

Abbiamo seguito tutti costantemente, attraverso i giornali, la radio e le televisioni, l'evolversi della situazione, ma ci assale il dubbio o il timore che forse qualcosa ci sfuggiva o per un non detto o perché non ripreso.

Ogni tanto si aprono gli scenari su un paesino o frazione sperduta di

cui non si era saputo nulla, 60,000 sono gli sfollati e gli alberghi della costa chiusi per la stagione invernale piano piano si riempiono.

Scattano gli interventi di emergenza della Protezione civile e la gara di solidarietà di vario tipo cresce sempre più.

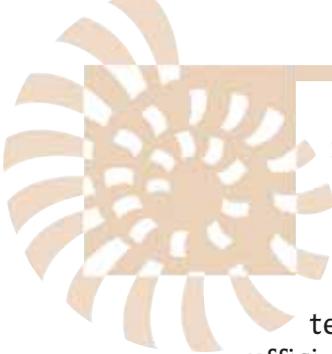
La gara a fare di più e meglio, l'assalto dei mass media, la presenza costante di personaggi politici e non, hanno di fatto messo a nudo la gravità della situazione, ma anche scoperto e resi pubblici alcuni aspetti di dolo e irresponsabilità, di cui sempre più spesso si macchia la nostra società post-moderna.

Il dolore piano piano si attenua e lascia spazio alla razionalità, 150 tendopoli vengono predisposte, i servizi pubblici vengono mobilitati e con essi gli assistenti sociali delle ASL e degli Enti locali.

Si scopre che tra gli sfollati sono incluse la Presidente e la segretaria del Croas Abruzzo e la stessa sede del Croas è inagibile. La disponibilità a offrire il proprio aiuto e ad intervenire sull'emergenza da parte degli iscritti, in primo luogo di quelli delle province abruzzesi non danneggiate dal sisma, poi delle regioni limitrofe (Molise, Marche, Lazio) è immediata.

Il Croas nella stessa giornata del 6 aprile ha inoltrato al Dipartimento della Protezione civile Nazionale e al Coordinamento regionale la propria disponibilità ad offrire sostegno psico-sociale immediato a famiglie,





minori e anziani; sostegno socio-assistenziale, rapporto con le Asl, con i servizi territoriali e con gli uffici di servizio sociale degli enti locali; segretariato sociale e lavoro di raccordo con il servizio di pronta emergenza sociale nella fase di emergenza e anche nella fase post-emergenza.

Inoltre il CNOAS ha aderito alla sottoscrizione del c/c bancario attivato dal Cup Nazionale per i professionisti abruzzesi e ha promosso, contestualmente, l'attivazione di una sottoscrizione gestita direttamente dal CROAS Abruzzo sul conto corrente con IBAN:0832740440000000007000 intestato a Ordine Regionale Assistenti Sociali Abruzzo per raccogliere fondi diretti in primo luogo al ripristino della vita dell'Ordine e ai colleghi.

L'Organizzazione di una task force ha impegnato il Cnoas che ha atteso il coinvolgimento della Protezione civile, accogliendo la raccomandazione di non affollare in maniera disordinata le zone colpite.

Il Cnoas ha ritenuto, per la razionalizzazione e una migliore organizzazione degli interventi, di condivi-

dere con l'Associazione "Assistenti sociali senza frontiere", con il Croas Abruzzo e la Caritas un progetto che prevede l'avvio in una delle tendopoli della zona colpita, già a partire dal 1° giugno, di attività di assistenza sociale nella dimensione di segretariato sociale, sostegno psico-sociale immediato a famiglie, minori e anziani, rapporto con le asl, con i servizi territoriali e con gli uffici di servizio sociale degli enti locali.

Il progetto, che dovrebbe protrarsi almeno fino a dicembre 2009, prevede la presenza di assistenti sociali (che siano regolarmente iscritti all'Albo professionale), organizzati in gruppi composti da un assistente sociale abruzzese, un assistente sociale senior (con dieci anni di esperienza professionale), due assistenti sociali junior.

L'attività sarà organizzata su cicli settimanali. Per ragioni organizzative verrà data priorità a coloro che hanno dato una disponibilità di due settimane continuative.

Questo tragico evento ancora una volta ha confermato la necessità di procedere anche celermente alla strutturazione di un Servizio sociale dell'emergenza, con il coinvolgimento istituzionale della Protezione civile.



# Linee Programmatiche del Consiglio Nazionale per l'anno 2009

## **Area di promozione della professione**

### **Formazione**

- Implementazione della Formazione continua obbligatoria in progress:
  1. Definizione del regolamento e del sistema di accreditamento delle agenzie di formazione e dei piani di formazione regionale
  2. Avvio del sistema di accreditamento
  3. Individuazione del bisogno formativo nelle varie realtà regionali
  4. Realizzazione di iniziative formative a carattere nazionale (ambito minorile)
  5. Ricerca Esami di Stato e rafforzamento Laurea Magistrale
- Settore scientifico disciplinare
- Conferenza Presidenti corsi di L. e L.M.

### **Tutela**

- Esame della condizione del S.S. negli enti locali
- Definizione del modello organizzativo del S.S. in Sanità
- Definizione accesso dirigenza
- Rafforzamento rapporto con le organizzazioni sindacali
- Mantenimento della collaborazione e confronto con le varie organizzazioni professionali

### **Etica**

- Revisione Codice Deontologico
- Iniziative a carattere formativo e divulgativo del Codice Deontologico e degli aspetti etico/deontologici

### **Immagine**

- Adesione ad iniziative programmate da altre organizzazioni e presenza in contesti più ampi (SIGG, FEDERSERT, CARD ecc.)
- Data Base sulla professione
- Miglioramento qualità notiziario e redazione della news letter
- Miglioramento qualità ed attualità del sito

## **Area Politica sociale**

- Partecipazione all'interno di commissioni, gruppi di lavoro, osservatori dei Ministeri
- Interventi politico-legislativi (Garante per l'infanzia, riforma della L. 180 ecc)
- Mantenimento rapporti con i Ministeri della Funzione Pubblica, Ministero del Welfare, Salute, Rapporti Stato Regione ecc.
- Partecipazione ad eventi Europei.



## Assistenti sociali nel welfare attuale

Paola Rossi, Sostoss

*La Società per la storia del servizio Sociale - SOSTOSS ha svolto il 21 novembre scorso a Roma presso l'Istituto dell'Enciclopedia Italiana il suo V incontro di studio "Servizio sociale e politiche sociali – dal Convegno di Tremezzo del 1946 ad oggi: assistenza previdenza sanità", che ha registrato una grande partecipazione e un indubbio successo anche relativamente all'apprezzamento del tema prescelto e della trattazione ampia e accurata sotto il profilo storico. In particolare i numerosissimi studenti presenti hanno segnalato con la loro attenzione l'importanza che riveste per coloro che si accingono ad intraprendere la professione approfondirne la storia e conoscerne le radici.*

*Credo che il breve intervento svolto nell'occasione possa essere proposto alla riflessione dei colleghi, il cui disorientamento mi sembra cogliere in occasione di ogni incontro e che vorrei richiamare alla vigilanza e alla tutela del mandato professionale.*

Questo appuntamento pare calare opportunamente in un momento in cui è soprattutto necessario ridefinire e rideterminare, forse perfino rinominare (dato l'uso spesso approssimativo e ambiguo di alcuni termini e espressioni), i contenuti e i fini di quegli aspetti delle politiche sociali e dei relativi interventi destinati al sostegno e all'inclusione dei soggetti e delle fasce sociali più deboli.

Rileggendo la documentazione e il documento conclusivo stilato dai

partecipanti al seminario di Tremezzo, ho notato che erano stati presi in considerazione all'unisono aspetti salienti della vita sociale del Paese e individuati tre temi principali, assistenza, previdenza, sanità, per trovare la chiave per innescare la ricostruzione. La direttrice su cui si lavorava era la Carta costituzionale, il disegno che si andava a definire era quello di un cittadino consapevole e responsabile e il riconoscimento dei suoi diritti, una comunità consapevole e responsabile, impegnata a dar vita e sostenere la neonata democrazia e le sue istituzioni rinnovate.

Ciò che colpisce del serrato dibattito che ha impegnato così a lungo (tre settimane) e con tanta intensità personaggi di diversa matrice culturale e assorbiti da compiti diversi, è che essi considerano più aspetti delle politiche sociali: i bisogni presenti in una società stravolta da una lunga disastrosa guerra, da movimenti migratori in quel momento di grande importanza, interni ma soprattutto diretti all'estero, da bambini autenticamente poveri e in taluni casi semiabbandonati, da famiglie senza casa. Un Paese in cui erano presenti tipologie di bisogni oggi scomparsi (reduci, mutilati di guerra, orfani di guerra ecc.), tenendo il fuoco sulla persona titolare di diritti e sulla complessità sociale.

I convenuti cercano di definire un quadro di riferimento complessivo che inneschi un rinnovamento delle





istituzioni e parlano non di categorie assistibili, ma di cittadini, cui riconoscere dignità e dei quali inten-

dono recuperare e promuovere l'iniziativa. Parlano di diritti, se pure le difficoltà economiche sono enormi, stigmatizzano la beneficenza come concetto superato, cercano di individuare gli strumenti per promuovere condizioni di vita e di lavoro. L'assistenza di cui trattano si iscrive a pieno titolo nell'ambito delle politiche sociali ed è un elemento qualificante della vita civile del Paese e della promozione sociale.

In questo quadro ipotizzano la nascita di una figura di operatore sociale (non solo al femminile, e già ciò appare notevole) che abbia una preparazione adeguata per affrontare con le persone e con le istituzioni un cammino e un impegno verso una società democratica. Parlano di una formazione che recuperi scienze che il fascismo aveva voluto emarginate e sia sostenuta da una cultura umanistica ad ampio raggio. Gli assistenti sociali, che a mio avviso sono sempre stati abili nel perdere le occasioni per valorizzare la professione e sempre hanno posto più attenzione ai compiti cui erano chiamati che a fare emergere con evidenza il senso della propria presenza nel contesto politico e culturale, si confrontano oggi con un evento che ha di fatto sancito la nascita della professione.

Ho rivolto un pensiero grato a quei padri fondatori e ho considerato quale errore sia stato non aver sviluppato quel pensiero e non aver

trasmesso nella sua interezza e complessità un evento che poteva consolidare l'identità e la missione della professione, assorbita per tanti anni soprattutto nel definire campi d'intervento e metodologie.

E' in quell'atto di nascita e in quell'evocazione di un operatore nuovo e intonato al nuovo clima culturale e storico, che la professione doveva riconoscere la propria matrice e rivendicarla, difenderla con determinazione.

Invece la maggior parte di noi, me compresa, hanno conosciuto questo evento fondativo solo con grande e inspiegabile ritardo, con grave pregiudizio per la formazione identitaria. La lotta quotidiana per la difesa dell'intervento globale, personalizzato, della partecipazione, del riconoscimento dei diritti che la professione nel suo complesso ha combattuto anche nelle istituzioni, producendo sostanziali processi di cambiamento e importanti innovazioni e nelle strutture e nelle modalità d'intervento, doveva ricollegarsi alla missione affidata ai professionisti da quell'atto fondativo, da una visione politica "alta", in cui l'assistenza era inclusa a pieno titolo nelle politiche sociali e non considerata elemento residuale.

Forse avremmo sofferto meno se avessimo realizzato fino in fondo che un tardivo riconoscimento e una legittimazione conquistata con tanta fatica non erano tanto frutto della mancanza di un titolo di studio universitario, ma della carenza di riconoscimento di una funzione sociale, della funzione dell'assistere (del promuovere, dell'inserire con pienezza



di diritti di cittadinanza, del cercare e creare spazi per coloro che vivono difficoltà anche soggettive).

La lettura di questo documento, nel momento in cui esaminavo anche il Libro Verde del nostro ministro del Welfare, tanto più ricco ed elaborato, mi ha indotto a riflettere: sessant'anni addietro gli strumenti, la ricerca, le teorie economiche di riferimento erano poco o nulla rispetto a ciò che si offre oggi al legislatore e a chi governa, pure è ben evidente lo sforzo di avviare un sistema e istituzioni capaci di sorreggere politiche sociali integrate per cittadini destinati a recuperare uno status e una capacità di partecipazione sociale.

La Carta costituzionale è il punto di partenza, la passione civile anima chi si sforza di individuare le strade per far nascere una società nuova e autenticamente democratica. Nelle affermazioni e nelle ipotesi di questo lavoro non si trovano ricette utili oggi per affrontare le molte sfide della società attuale, ma si coglie la tensione civile che il più elaborato documento attuale non possiede.

Nel Libro Verde molti termini appaiono scissi da quei concetti che hanno designato nel tempo, e sono parte della cultura del servizio sociale. Dominano, ripetuti, insistiti, produttività e competizione che appaiono definire sia la persona che la comunità di appartenenza. Si legge un progetto di società, che ha riguardo all'economia e ignora la dimensione relazionale, che qualifica, dà senso e status alla persona. Questa è soggetto, come la stessa comunità, di un processo produttivo che si percepisce e valuta in crisi, piuttosto che di

un processo di crescita e qualificazione di relazioni umane, dal quale ci si può ragionevolmente attendere un'incidenza positiva anche sull'economia e la produttività, ma che sicuramente rende la persona un cittadino, ne consente e agevola la partecipazione, qualunque sia la sua collocazione di partenza.

E' sintomatico che il Libro Verde non faccia menzione dei servizi sociali alla persona, citandoli solo per l'appartenenza alla competenza degli enti locali (ignorando peraltro che questi stessi enti locali, pesantemente deprivati di risorse, subiranno la tentazione di tagli proprio in quei servizi che per essere destinati a persone senza volto e senza nome, sono impossibilitate a costituirsi in massa di pressione anche per la stessa varietà e disomogeneità delle problematiche e degli interessi di cui sono portatrici).

Ciò che mi colpisce è la concezione (il disegno?) di una società culturalmente povera e chiusa in se stessa, senza prospettive, dominata soprattutto dall'esigenza di recuperare, appunto, produttività e competitività, ignorando quell'ingravescente bagaglio di micro conflitti familiari, intergenerazionali, relazionali, il progressivo deteriorarsi e sfaldarsi di un tessuto sociale in cui è sempre più difficile vivere, orientarsi, dare significato alla propria presenza.

Eppure le cronache quotidiane segnalano la gravità dei fenomeni sociali legati a perdita di valori e di senso di appartenenza a una comunità. La violenza che quotidianamen-



te si esprime nell'aggressione reciproca e contro edifici e siti che rappresentano la comunità e la sua vita associata ( le scuole, i giardini pubblici, per citarne alcuni ) soprattutto ad opera di giovani e giovanissimi ha, a mio avviso, un senso preciso e mi domando quale comunità produttiva possa crescere e svilupparsi avendo nelle proprie viscere una tale capacità autodistruttiva. Eppure i poveri sono coloro cui mancano mezzi economici e la risposta è economica,

Manca qualsiasi volontà (capacità?) di addentrarsi nella lettura della complessità sociale, di pensare il sociale dove tutto si intreccia e condiziona reciprocamente. In questa logica, al disagio che si esprime con atti dissociali non si può che rispondere reprimendo e punendo. Rispondendo all'atto. Non facendosi carico della sua problematicità. Semplificando.

Vorrei anche annotare che gli assistenti sociali hanno molto da temere da questa impostazione e da questa linea politica: le difficoltà in cui saranno chiamati ad intervenire saranno sempre più gravi, i mezzi scarsi, determinati dall'alto e dai limiti di bilancio. Saranno chiamati su un fronte desertificato soprattutto dall'assenza di impegno e di responsabilità

politica nei confronti del cittadino.

La dimensione della complessità sociale, appare estranea alla visione politica di questo documento così come di altre espressioni del governo. E la complessità costituisce la chiave di lettura e l'ambito d'intervento dell'assistente sociale. L'assistenza si connoterà sempre di più come uno strumento di controllo sociale, piuttosto che di promozione sociale, investendo categorie "assistibili", non competitive e produttive e pertanto destinate alla marginalità. Chiamate ancora una volta, come in un non lontano passato, a fornire consenso in ragione della loro debolezza. Le scelte saranno dettate da criteri economici e di compatibilità, i singoli settori d'intervento procederanno separati tra loro e senza una visione complessiva e articolata di una realtà sociale che sfugge a criteri di semplificazione.

E l'assistente sociale, agente di cambiamento e attrezzato per cogliere e intervenire sulla complessità, come reagirà, essendo chiaramente la figura del sociale più esposta e avendo un mandato sociale che lo vincola a valori e comportamenti?

Molti mesi addietro ho messo in guardia la professione sui rischi che mi apparivano definirsi sempre più chiaramente all'orizzonte.

Conoscere la storia, riconoscere le radici, ci aiuta a orientarci e a tener ferma la barra.



## La professione di Assistente sociale fra tradizione e innovazione

Silvana Tonon Giraldo, Consigliere Nazionale,  
Presidente Commissione Politiche della formazione

*Relazione al Convegno "La formazione degli assistenti sociali  
per il nuovo welfare" Milano, 13 maggio 2008*

Riflettere sul tema "tradizione e innovazione" per la professione di assistente sociale, in assenza di ricerche recenti, presenta alcune oggettive difficoltà e rinvia a considerazioni personali che traggono spunto dall'osservatorio rappresentato dalle attività del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti sociali e dalle esperienze di docenza e di formazione permanente in diverse realtà territoriali.

Le ricerche degli anni '80 e '90 (una di carattere nazionale, altre a livello regionale) avevano offerto dati interessanti sullo stato della professione e indicate linee di tendenza in un periodo di grandi mutamenti istituzionali (l'avvento della riforma sanitaria, un ruolo "nuovo" attribuito agli enti locali, la presenza nei servizi di nuovi professionisti). E' del 1999 la ricerca effettuata dal Censis per conto dell'Ordine Nazionale degli Assistenti sociali ad un campione di 924 assistenti sociali iscritti all'Ordine, della quale utilizzerò alcuni dati.

La ricerca "Gli assistenti sociali. Analisi di una professione in trasformazione" promossa dalle Università di Milano Bicocca (Università capofila), Pisa, Bolzano e della Calabria, ricerca cui ha collaborato l'Ordine Nazionale degli Assistenti sociali e

appena conclusasi, potrà offrire dati aggiornati sullo stato della professione e sugli orientamenti futuri, anche in considerazione dei significativi cambiamenti sociali e culturali che interessano le politiche e il lavoro dei professionisti.

Innanzitutto il titolo di questa comunicazione, che provoca a riflettere su **come** i concetti di tradizione e di innovazione siano attribuibili all'azione dell'assistente sociale, alla sua identità, al ruolo che è chiamata a svolgere nella società attuale.

Più che di uno spartiacque netto, tra tradizione e innovazione, credo che nel servizio sociale si possa parlare di un processo evolutivo costante, più accentuato in certi periodi storici, teso alla ridefinizione/approfondimento di funzioni, di saperi, di approcci metodologici fortemente caratterizzati da valori e principi.

Una identità che sul piano dei valori mantiene una sua forte continuità, ma è aperta ai mutamenti determinati dal definirsi delle politiche sociali, dall'irrompere di nuovi e più complessi problemi sociali, dal consolidarsi di un sapere teorico proprio (Gui, 2005). Non è nel rapporto con "le novità" (verso le quali vi è una naturale, buona propensione) che la professione presenta delle criticità, ma nella capacità di consolida-



re, far riconoscere funzioni e competenze specifiche che tali novità determinano, tali da indurre una nuova/diversa rappresentazione sociale della professione, mettendo definitivamente ai margini la dimensione assistenzialistica/burocratica e/o di agente di controllo che spesso le viene attribuita.

Le cause di tutto ciò? Senz'altro molteplici. Alcuni autori sostengono che l'ampiezza delle funzioni assunte ed attribuite, "l'orientamento specifico della professione che la porta ad operare su spazi simbolici molto vasti quali "individuo-ambiente" "istituzione-persona", "globalità anziché segmenti", generi una situazione di turbolenza, rispetto ad altre professioni, in un gioco costante di intrusioni e difficili azioni di difesa della propria specificità, dei propri confini. (Niero, 1996). A ciò si collega una "incapacità" a comunicare questa propria specificità, a renderla comprensibile attraverso la pratica professionale e l'uso, costante e diffuso, di modalità differenziate di comunicazione. In sintesi si può dire che mancano alla professione forme forti di autoreferenzialità (semmai vi sono forme di autoreferenzialità difensiva) tese a rivendicare, far conoscere, esigere riconoscimenti formali.

Ma torniamo al tema "tradizione e innovazione", rispetto all'intervento del servizio sociale. Uso il termine "servizio sociale" (anziché "lavoro sociale" traduzione letterale di "social work") perchè presente in

Italia, nell'immediato dopoguerra, con l'istituzione delle prime scuole di servizio sociale. Canevini e Neve alla voce "servizio sociale" del Dizionario (Dal Pra Ponticelli, 2005), sostengono che la scelta del termine era tesa a "rimarcare una scelta culturale che spostava l'accento dalla considerazione della persona in stato di bisogno come "assistito" a "persona soggetto di diritti", com'era nel patrimonio filosofico del social work internazionale" (conferenze internazionali di servizio sociale dal 1928) e dalla necessità, presente anche in altri paesi e attualmente in Italia, di distinguere sia il lavoro volontario sia il lavoro di altre figure sociali (operatori sociali) dall'attività professionale dell'assistente sociale. A tal fine, nella letteratura professionale internazionale si trova "social work" accompagnato da "professional".

"Servizio sociale" viene peraltro utilizzato sia per indicare la professione che la disciplina, assumendo definizioni, accentuazioni diverse nel suo sviluppo storico.

Possiamo ricordare la più recente definizione internazionale di servizio sociale come "professione", elaborata sia dall'associazione internazionale delle scuole (IASSW International Association of Schools of Social Work) che dalla associazione internazionale dei professionisti assistenti sociali (IFSW International Federation of Social Workers): "il servizio sociale professionale promuove il cambiamento sociale, la soluzione dei problemi nelle relazioni umane e la capacità e la libertà delle persone di sviluppare il proprio benessere. Attraverso l'utilizzo delle teorie sul



comportamento umano e sui sistemi sociali, il servizio sociale interviene nelle situazioni in cui le persone interagiscono con il loro ambiente. Fondamenti del servizio sociale sono i principi dei diritti umani e della giustizia sociale: "L'oggetto di intervento e gli obiettivi finali cui tende il servizio sociale si possono sintetizzare quindi nella modifica della relazione tra le persone e il loro ambiente, qualora essa generi meccanismi di dipendenza" (Canevini, Neve 2005).

Questi obiettivi hanno determinato ambiti di intervento e funzioni consolidate, altre si sono precisate ed agite in relazione all'evolversi delle politiche sociali e allo sviluppo delle conoscenze, dei modelli teorici, del "pensiero in azione" del servizio sociale.

Tutte le ricerche insistono sul fatto che, in modo prevalente, l'attività degli assistenti sociali è rivolta alle persone e alle famiglie. Negli ultimi anni, a seguito dell'approvazione di alcune leggi di riforma del sistema socio-assistenziale (l.285/97 e l. 328/2000) l'attività dell'assistente sociale comprende funzioni intra-organizzative (attività di programmazione, di coordinamento di operatori, di gestione di unità operative semplici e complesse, di valutazione e accreditamento dei servizi), e funzioni inter-organizzative, esterne all'attività degli enti e pure ad essi collegate, per azioni promozionali, di partenariato, di valorizzazione di competenze comunitarie.

Mi soffermerò brevemente su ciascuno di questi ambiti, in particolare sul lavoro diretto con le persone/famiglie. In queste funzio-

ni/attività, ritengo siano presenti aspetti importanti di tradizione ma anche di innovazione, in forte connessione con lo sviluppo delle politiche sociali e l'elaborazione e lo sviluppo di teorie di servizio sociale.

**1. Il lavoro diretto con le persone** e le famiglie rappresenta l'ambito privilegiato di intervento del servizio sociale e un campo di prova per contribuire al superamento della concezione della persona con problemi, da "assistito" a persona con "diritti". Il sistema socio-assistenziale in cui opera il servizio sociale **dal dopoguerra agli anni '80**, per i suoi orientamenti valoriali (la società si deve difendere dal povero, dal diverso, il povero è causa dei suoi problemi), per la sua organizzazione (enti per categorie rigide di "assistiti", con direttive nazionali per tutti i territori), per le risorse /modalità previste di risposta (risposte economiche inadeguate, l'istituzionalizzazione come risposta prevalente), pone forti condizionamenti ad azioni orientate nel segno auspicato. Il lavoro di servizio sociale si concentra nella comprensione e rafforzamento degli aspetti personali (anche di natura psicologica) di chi richiede aiuto, in una tensione a mettere in luce e rafforzare capacità personali, a valorizzare la relazione con la famiglia, a sottolineare la dimensione sociale dei problemi (l'ambiente sociale più prossimo). Ma è nella ricerca di soluzioni concrete che la rigidità e la caratteristica assisten-



zialistica delle risposte impedisce il superamento/ risoluzione dei problemi in un'ottica di emancipazione delle persone. In questa sede non sono possibili analisi più approfondite, per le quali si rimanda ad una letteratura specifica molto interessante, prodotta in particolare dalla Sostoss e da alcune storiche, che con rigore metodologico mettono in luce, accanto ai molti aspetti problematici, elementi di novità rappresentati dall'intervento di servizio sociale negli enti categoriali pre-riforme. Interventi che hanno contribuito ad accelerare, anche sotto il profilo culturale, la necessità del superamento del sistema e delle risposte praticate. Ci si riferisce agli interventi nei confronti della devianza minorile con la promulgazione di leggi adeguate e la istituzione del servizio sociale minorile (Mastropasqua, I. 2005), la messa in discussione degli interventi verso i minori orfani (Enaoli ed altri enti), il contrasto alla miriade degli enti inutili, la partecipazione al movimento contro l'istituzionalizzazione dei malati mentali (Spisni, L. 2005).

L'elemento innovativo e caratterizzante è rappresentato, nella conoscenza e nell'azione, dal considerare la persona nella sua unitarietà e dall'importanza attribuita alla relazione persona-ambiente. La necessità di operare su entrambi i fronti per ricomporre e dare valore alla relazione persona-ambiente è una acquisizione successiva.

**2. Il periodo delle riforme (fine anni '80-2000)**, con l'eliminazione degli enti categoriali e l'attribuzione

di nuove, più ampie competenze agli enti locali, la legge di riforma sanitaria, sino alla legge quadro 328/2000 che conclude questo importante processo evolutivo, non solo producono una significativa, maggiore presenza degli assistenti sociali negli enti locali e in sanità (il 39.5% negli enti locali, secondo la ricerca Censis del 1999; il 34.5% nella sanità) ma favoriscono interessanti pratiche professionali e la proposizione di nuovi approcci teorici per orientare l'azione. La dimensione tridimensionale dell'intervento (persona/famiglia, comunità/territorio, organizzazione/organizzazioni), trova una precisa sistematizzazione teorica e orientamenti operativi (i modelli teorici) che traggono spunto dalla specifica realtà italiana, confrontandosi e utilizzando quanto elaborato a livello internazionale. Il lavoro con la persona, a partire dalla valorizzazione delle sue risorse, in relazione con il suo ambiente di vita, il territorio in senso ampio ( il lavoro con i contesti, con le reti e in rete), il lavoro dentro e con l'organizzazione per favorirne l'orientamento alla persona, la costruzione di progetti di intervento personalizzati, divengono i riferimenti di una pratica professionale coerente, efficace. Quanto diffusa? Esistono, nei diversi contesti istituzionali, con riferimento a specifici problemi, pratiche professionali di eccellenza, azioni dirette a tutti e tre queste dimensioni, con bilanciamenti e strumenti tecnici diversi a seconda delle situazioni concrete (Canevini, Neve, 2005) e questo rappresenta senz'altro elemento di innovazione dell'intervento sociale.



Vi sono anche disomogeneità non eludibili, riferibili: a) - ai diversi contesti istituzionali in cui operano gli assistenti sociali; b) - alle concrete applicazioni delle riforme nei diversi territori; c) - alla collocazione lavorativa degli assistenti sociali (rapporti di dipendenza “garantiti” o di perdurante precarietà; riconoscimento anche formale della specificità dell’intervento di servizio sociale, riconoscimento che si traduce in carichi di lavoro, tempi e modalità congruenti all’esercizio della professione); d) - all’insieme di competenze professionali maturate in rapporto alla formazione di base e alla possibilità di avvalersi di opportunità garantite di formazione permanente.

**3. Problemi attuali e intervento del servizio sociale:** i servizi sociali, e con essi gli assistenti sociali (ma non solo) sono chiamati oggi a rispondere, da un lato a problemi di disagio, emarginazione, di sempre maggiore complessità, dall’altro a problematiche nuove, vissute dalla normalità dei cittadini che, per situazioni imprevedibili (la perdita del lavoro o la sua precarietà; gravi problemi sanitari invalidanti, pesanti carichi assistenziali per far fronte ai quali vi è la necessità di maggiori risorse in termini economici, di tempo, di disponibilità relazionale) richiedono ai servizi di essere aiutati a recuperare la loro autonomia, ad essere sostenuti nelle situazioni di particolare gravità in cui sono incorsi. L’immigrazione, nella molteplicità dei problemi che essa pone ai singoli immigrati e alle comunità che li accolgono, rappresenta un altro complesso ambito di intervento.

Questa diversa “utenza” richiede conoscenze e capacità di intervento diversificate, una capacità consolidata di operare in modo coerente, bilanciato, sul fronte del sostegno individuale, dell’utilizzo delle risorse presenti, dell’attivazione di reti primarie e secondarie di sostegno, capacità negoziali, nel riconoscimento del ruolo e delle specificità dei diversi attori presenti nella comunità, per operare in una logica di progettazione condivisa. Tutto ciò rinvia ad una formazione solida, in cui conoscenze teoriche sulle persone e sul sistema sociale nel suo complesso, si intreccino con conoscenze e competenze specifiche all’agire di servizio sociale, nell’acquisizione di meta-competenze, competenze, abilità tecnico-strumentali congruenti. Il rischio che intravedo, in questo lavoro diretto con le persone (se non vi è formazione approfondita e specifica, riconoscimento di tempi e spazi favorevoli alla riflessività, il pensiero sull’azione, il confronto con altri professionisti in una logica di integrazione di saperi e non di sfide gerarchiche), è quello di un assistente sociale erogatore “di prestazioni”, “il sacerdote delle erogazioni” come sostiene Folgheraiter (2007). Ciò significherebbe rispondere alla complessità, che presenta dimensioni personali specifiche, mettendo a disposizione ciò che le organizzazioni, pubbliche o private o di volontariato, hanno, una specie di facilitazione all’“acquisto” di risorse/servizi, con uno scarso impegno alla relazione, alle sue implicazioni



emotive, alla comprensione delle motivazioni e dei percorsi difficili di chi richiede aiuto, al riconoscimento delle risorse delle persone, sia pure "impoverite". Una nuova forma di dipendenza, dai servizi e dalle prestazioni erogabili!

#### **4. Attività intra-organizzative:**

l'attribuzione di ruoli di indirizzo e programmazione in materia di servizi alla persona alle Regioni e di responsabilità programmatiche e gestionali agli Enti Locali, ha favorito l'assunzione di funzioni conseguenti da parte di un numero rilevante di assistenti sociali. Già nelle ricerche sulla professione degli anni '80-'90 si era registrato un impegno della professione in funzioni di programmazione, gestione e coordinamento dei primi servizi socio-assistenziali a livello locale. Nella ricerca ricorsiva della Regione Veneto – ultima esplorazione 1990 – si erano individuati tali compiti soprattutto dove si era determinato un forte rapporto fiduciario tra politici e assistenti sociali, nella volontà dei primi di utilizzare compiutamente gli spazi di autonomia attribuiti alle Regioni (e agli Enti Locali nella legislazione regionale conseguente) dai decreti delegati del 1972 ( Bernardi et al., 1985). Nelle ricerche, che mettevano a confronto attività, competenze, rappresentazione sociale degli assistenti sociali con le altre figure professionali operanti nei servizi, si rilevava negli assistenti sociali interesse, buone competenze tecniche, capaci-

tà di operare nelle e con le organizzazioni, tensione a superare (senza escluderlo) l'intervento con la persona, quasi sempre di tipo riparatore, con la progettazione di "nuovi" servizi, capaci di offrire risposte in termini di "diritti" e di nuove opportunità risolutive. Con il definirsi dei ruoli dei vari soggetti istituzionali e l'importanza attribuita alla programmazione dalla legislazione nazionale e regionale (i piani di zona, i progetti-obiettivo, etc.), esperienze di programmazione di particolare interesse (ad es. progetti innovativi in applicazione della l. 285/97) si conferma l'esercizio di tali funzioni da parte degli assistenti sociali (nella ricerca Censis-Ordine Nazionale Assistenti sociali, l'11.3% svolge funzioni di organizzazione e coordinamento di servizi, il 5.4% funzioni di programmazione). Lo stesso percorso formativo previsto per l'assistente sociale con la laurea magistrale (LM 87), contribuisce a legittimare l'esercizio di questa funzione, ne prevede conoscenze e competenze conseguenti. Per l'assistente sociale è segno di innovazione? Sì, se nel processo programmatico, che richiede metodologie e tecniche proprie, il servizio sociale porta la sua capacità di mettere in relazione problemi individuali e fenomeni collettivi, l'attenzione ai contesti sociali, la necessità di co-involgere, di far diventare protagoniste le comunità locali. Non da solo, evidentemente, ma attore partecipe ed esigente perché ciò avvenga. Il riconoscimento "formale" di queste funzioni, l'attribuzione di ruoli di dirigenza specifica, rappresentano obiettivi concreti



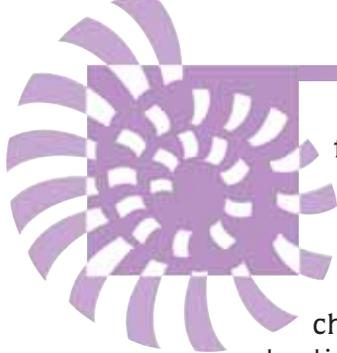
ineludibili che la professione persegue nei diversi ambiti istituzionali ed operativi in cui tali funzioni vengono o possono essere esercitate.

**5. Attività inter-organizzative:** l'altra dimensione dell'intervento di servizio sociale, su cui vale la pena riflettere, per riconoscervi elementi di tradizione e/o di innovazione, è rappresentata dalle attività "esterne" all'organizzazione, intese normalmente come lavoro con il territorio. Il servizio sociale italiano annovera una storia interessante di lavoro con la comunità, a partire dalla partecipazione ai progetti di sviluppo di comunità degli anni '50 (progetto Sardegna, progetto Abruzzi, Movimento di Comunità nel Canavese, per citarne alcuni tra i più interessanti), alle attività svolte nelle aree rurali (enti di riforma fondiaria) e nelle aree urbane, nei complessi di edilizia pubblica, per compiti promozionali, di sostegno e facilitazione alla partecipazione. Questa ricchissima esperienza, documentata in testi ed articoli di riviste, ha trovato un rapido abbandono con lo scioglimento degli enti preposti a tali compiti, ma rappresenta (ove è conosciuta e trasmessa nell'insegnamento) una interessante prefigurazione anticipatoria del lavoro di territorio e/o di rete, termini attuali per indicare una nuova attenzione ai contesti di vita e di azione sociale.

Quanto sono presenti, nel lavoro dell'assistente sociale, azioni sinteticamente indicate "con il territorio"? La ricerca di risorse istituzionali e sociali nei territori di riferimento delle persone e delle famiglie che

richiedono aiuto, la loro attivazione e messa in rete, il sostegno e l'accompagnamento perché tali risorse "sociali" siano opportunamente fruibili, rappresenta una dimensione diffusa dell'azione professionale. Meno presenti e praticati interventi "con il territorio, la comunità" tesi a favorire processi di partecipazione, nel riconoscimento alla comunità del diritto a co-definire obiettivi e azioni di politica sociale, attente alle peculiarità locali. Questo sembra avvenire in alcune, limitate, esperienze di progettazione locale dei servizi, in cui i soggetti istituzionali hanno attivato modalità diversificate di coinvolgimento dei diversi attori sociali presenti nelle comunità di riferimento, valorizzandone il contributo di conoscenza e di proposta. In questo processo, il contributo degli assistenti sociali ma anche di altri operatori, potrebbe rappresentare un elemento di facilitazione, di supporto efficace ai processi di partecipazione alle decisioni attinenti specifici contesti, una innovazione che richiede volontà, tempi, procedure non solo formali perché si consolidi e produca cambiamenti significativi.

**6. Ruolo della formazione:** la complessità e varietà dei problemi per i quali si prevede l'intervento di servizio sociale, nelle modalità, negli orientamenti teorici e valoriali che si sono nel tempo elaborati, in una prospettiva di innovazione, interroga profondamente il sistema



formativo, chiamato a trasmettere conoscenze teoriche e metodologiche specifiche perché gli assi-

stenti sociali assolvano nel modo migliore ai compiti loro attribuiti. Ma le strutture formali a ciò deputate, l'attuazione dei nuovi ordinamenti didattici per le lauree triennali e lauree magistrali corrispondono compiutamente a tale scopo?

Dall'osservatorio dell'Ordine Nazionale, si rilevano diversità non marginali, negli atenei italiani, nella lettura ed attuazione di quanto prevedono i DD.MM. del 16.03.2007 che per la laurea in "Servizio sociale" (L39) e per la laurea magistrale in "Servizio sociale e politiche sociali" (LM 87) hanno introdotto importanti cambiamenti, sul piano degli obiettivi formativi qualificanti e sulla indicazione delle discipline caratterizzanti. In molti corsi di laurea si assiste ad una forte presenza delle discipline accademiche tradizionali e un peso, assolutamente marginale, attribuito alle discipline di servizio sociale, sia in termini di ore di insegnamento che di crediti formativi e ai tirocini professionali; ciò è particolarmente accentuato nelle lauree magistrali. In altri, anche per una azione sinergica posta in atto con le precedenti esperienze formative, vi è senz'altro una maggiore attenzione a fare sintesi tra sapere scientifico e quello metodologico, a riconoscere il contributo specifico garantito dalle discipline di servizio sociale e dai tirocini professionali.

Ma su tutti i percorsi formativi che si stanno delineando, pesano le condizioni strutturali degli insegnamenti di servizio sociale, attribuiti in maniera prevalente a docenti a contratto e quindi caratterizzati da precarietà, limitata continuità didattica, difficoltà (o impossibilità), per i docenti, a svolgere attività continuative di ricerca.

A questi problemi si può dare risposta solo con una azione diffusa, da parte degli atenei, tesa a prevedere e bandire posti di ricercatori per le discipline di servizio sociale. Allo stato vi sono dottori di ricerca in servizio sociale, esperti con qualificate esperienze di docenza, una interessante produzione scientifica. Non è quindi l'assenza di candidati qualificati (fermo restando i problemi economici degli atenei, ma ciò non è sempre vero!) che impedisce iniziative in tal senso. Sembrano invece prevalere resistenze, diffidenze, chiusure verso una realtà, quella del servizio sociale, che solo da poco è entrata nel mondo accademico e che appare oggi "sotto tutela", cui spesso non si riconosce di poter contribuire, alla pari delle altre discipline, alla costruzione e all'attuazione dei percorsi formativi propri.

Il rischio è che le Università sempre più producano operatori sociali "aspecifici" e che meriti e demeriti nell'esercizio di funzioni professionali complesse, siano attribuibili al singolo professionista piuttosto che rappresentare l'esito di un progetto formativo complessivo capace di leggere e prefigurare futuri scenari di azione per il servizio sociale.

La conoscenza e il confronto dialettico con ciò che avviene negli Stati dell'Unione Europea di lunga tradizione nelle politiche sociali e nella formazione degli assi-

stenti sociali, offrirebbero a tutti noi interessanti occasioni di riflessione e di azione.



Bibliografia consultata:

Bernardi, L. et al. (1985) *Professionalità sociali e innovazione*, Cappelli, Bologna

CNOAS – Censis (1999) *Essere protagonisti del futuro.* Scenari di sviluppo per il ruolo degli Assistenti sociali”, Fond. Censis, Roma

Diomede Canevini, M. – Neve, E. (2005) *Servizio sociale*, in Dal Pra Ponticelli, M. (a cura di) *Dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma.

Fischer, L. (1996) *Formazione degli assistenti sociali e Università*, in Giraldo, S. Riefolo, E. (a cura di) *“Il servizio sociale: esperienza e costruzione del sapere”*, FrancoAngeli, Milano

Folgheraiter, F. (2007) *Gli spazi degli assistenti sociali: sfide e prospettive*, in *“Lavoro sociale”* n.1, Erickson

Giraldo, S. Riefolo, E. (cura di) (1996) *Il servizio sociale: esperienza e costruzione del sapere*, FrancoAngeli, Milano

Gui, L. (2005) *La figura dell'assistente sociale*, in *“Rassegna bibliografica – Infanzia e adolescenza”* n.3, Istituto degli Innocenti, Firenze  
La Rosa, M. – Zurla, P. (a cura di) (1984) *L'Assistente sociale nel*

*nuovo assetto dei servizi: problemi e prospettive*, Indagine conoscitiva condotta dall'IRESS, Ministero dell'Interno-Direzione generale dei servizi civili, Roma

Marzotto, C. (2002) *Per una epistemologia del servizio sociale*, FrancoAngeli, Milano

Mastropasqua, I. (2005) *Giustizia minorile e servizio sociale* in Dal Pra Ponticelli, M. op.cit.

Niero, M. (a cura di) (1990) *Rapporto sulle professioni sociali 1990*, Regione Veneto, Scuole di servizio sociale di Venezia e Verona

Niero, M. (a cura di) (1992) *Rapporto sulle professioni sociali 1992*, Regione Veneto, Scuole di servizio sociale di Venezia e Verona

Niero, M. (1996) *Assistenti sociali e identità professionale*, in Giraldo, S. Riefolo, E. op.cit

Sequi, R. (2005) *Servizio sociale di comunità*, in Dal Pra Ponticelli, M. op.cit.

Spisni, L. (2005) *Servizio sociale e salute mentale* in Dal Pra Ponticelli, M. op.cit.

Stepney, P. (2007) *Missione impossibile? Rivalutare la coscienza politica degli operatori sociali*, in *“Lavoro sociale”* n. 3, Erickson.





## Progettare per la comunità sociale tra innovazione e criticità.

*Franca Dente, Presidente del Consiglio Nazionale*

*Relazione Convegno Regione Emilia Romagna, Bologna, 4 Dicembre 2009*

In primo luogo voglio ringraziare la Regione Emilia Romagna dell'invito e esprimere un vivo apprezzamento per le attività formative che questa ha messo in atto nei confronti dei professionisti assistenti sociali e, in particolare, per il delicato ambito di tutela dei minori.

Un settore molto complesso e delicato, non solo perché si tratta di bambini, ma anche perché si tratta della loro famiglia, la cui presenza è indispensabile per uno sviluppo equilibrato del minore.

Per questo, la manutenzione e cura delle abilità del professionista titolare della loro tutela costituisce forse il primo presupposto per un concreto e valido sostegno ai minori stessi.

Dalla lettura di una ricerca realizzata di recente dal CROAS Emilia Romagna sulla realtà e sulle caratteristiche della professione nell'ambito della regione risulta interessante evidenziare, innanzitutto, il dato che un buon 68% degli assistenti sociali, che hanno risposto allo stimolo della ricerca, ha partecipato a progetti di formazione continua, attivati dalla propria organizzazione di dipendenza, più strettamente connessi all'ambito operativo e all'area organizzativa, meno allo specifico professionale e metodologico. Altro dato significativo risulta essere l'utilizzo della Supervisione professionale interna al servizio per il 45,4% del campione.

Il dato mi pare significativo perché l'attenzione ai cambiamenti sociali e istituzionali consente di avvicinare sempre più i servizi ai cittadini e alle loro realtà quotidiane di vita; in questa ini-

ziativa della Regione Emilia

Romagna si rileva un valore aggiunto in quanto la formazione tocca anche l'aspetto metodologico/professionale.

Il cambiamento rappresenta una costante del lavoro sociale e si manifesta con una modalità sempre più veloce e in relazione a bisogni che oggi presentano un alto grado di complessità.

Si opera in situazioni fragili e delicate, contrassegnate da una scarsa stabilità e da una molteplicità di variabili, senza potersi basare su particolari certezze e su punti di riferimento precisi.

In un contesto sociale sempre più complesso, la condizione delle famiglie oggi è caratterizzata da tensioni e conflittualità, e la crisi delle relazioni di coppia si riversa inevitabilmente nella crisi del rapporto genitori - figli, con effetti negativi sulla loro crescita armonica.

Per gli operatori sociali l'intervento nell'ambito minorile, costituisce quello che richiede maggiore attenzione, in quanto è in tale ambito che più alto è il rischio di errore e in ogni caso non sempre tutelare gli interessi dei minori coincidono con gli interessi degli adulti. A riprova di ciò, sempre più frequentemente tali operatori sono oggetto di attacchi dai mass media.

Proprio la difficoltà di gestire l'attuale realtà sociale carica di tensioni, più o meno manifeste, è sentita da tutti, ma in particolare dagli operatori e richiede loro un volontà di essere costantemente aggiornati per poter attivare strategie nuove di intervento che riescano a coniugare formazione e innovazione.



Non è certo qui possibile evidenziare in modo esaustivo la causa della crisi che attraversa oggi le famiglie, perché il discorso sarebbe lungo, ma una cosa è certa: è richiesto un modo nuovo di pensare alle politiche per la famiglia e per i minori e un modo nuovo di entrare nel quotidiano delle famiglie, accompagnandole e affiancandole nella loro funzione educativa e sociale, che aiuti a valorizzare la famiglia, a prevenire situazioni di violenza e a recuperare situazioni di criticità ricordandosi sempre che “il minore ha diritto ad una famiglia, prima di tutto alla sua famiglia”.

In tale ottica, il singolo caso e le singole problematiche, pur mantenendo la loro importanza e centralità e pur nella convinzione che sia sempre necessaria una loro presa in carico competente, sembrano parallelamente segnalare l'esigenza di essere viste e considerate all'interno di un sistema più ampio di politiche sociali integrate.

Ma nostro compito è anche quello di interrogarsi su come i servizi possono affrontare una realtà sempre più pressante, attribuirsi una presa in carico di situazioni complesse che vivono all'interno di una condizione sociale che esprime fragilità, che si presenta come dice Bauman “liquida e sfuggente” che “scivola via velocemente” portando con sé l'idea di essere inafferrabile?

A questa domanda se ne aggiungono altre: come riuscire a produrre politiche sociali efficaci, incluse in un sistema capace di essere aperto, lungimirante e anche partecipato di tutti i soggetti che lo abitano?

Si può davvero considerare il Servizio Sociale una reale opportunità per tutti i cittadini e non solo il riferimento residuale per le situazioni complesse destinato a contenere, riparare e nascondere i problemi che una comunità esprime? (Lavoro Sociale n.2 2008 settembre).

Tra le diverse e tante questioni aperte esiste una criticità di carattere generale da prendere in considerazione che, peraltro, rappresenta un nodo anche per la definizione dei **livelli essenziali** dei servizi sociali: essa è riferita al fatto di riuscire a intravedere una giusta correlazione fra le questioni di ordine economico e gli interventi di carattere sociale, quelli propri dell'attività di un servizio sociale.

Tale criticità si poggia su un vizio di fondo, attribuibile a questioni di **carattere anche culturale**, che hanno tendenzialmente portato a sottovalutare il fatto che una organizzazione di servizio sociale comporta dei costi, ha bisogno di risorse e deve poter contare su finanze dedicate.

Il rapporto del s.s. con le questioni economiche si mostra da sempre contrassegnato da un certo imbarazzo e da ulteriori contraddizioni:

- da una parte esiste quella che possiamo indicare come *abilità di agire al di là delle possibilità economiche*;
- dall'altra la necessità oggettiva di gestire bilanci, strumenti di *programmazione, di verifica, di rendicontazione*.

Dopo questo breve quadro introduttivo, le mie riflessioni andranno in due direzioni: verso i servizi e verso la professione in un intreccio ineludibile e storico.



## I servizi e le organizzazioni

E' sotto gli occhi di tutti la sfiducia che il cittadino ha nei confronti delle istituzioni e lavorare per cercare di accorciare tale distanza, in modo da poter non solo costruire la rete di protezione sociale con il pieno coinvolgimento delle persone, ma anche cambiare la percezione e il modo di utilizzo di questa rete, è diventato d'obbligo.

Prendiamo atto del fallimento del **neoliberalismo** e del **libero mercato** che non ha prodotto benessere, come si sperava, ma ha anzi accentuato le disuguaglianze sociali, all'interno dello stesso paese, e le sperequazioni tra i paesi ricchi e il sud del mondo; un effetto è stato la perdita di valore culturale delle istituzioni pubbliche e della loro capacità di influenzare l'opinione pubblica.

Il servizio sociale soffre di una crisi di fiducia, non mancano gli attacchi da amministratori, da altri operatori, dagli utenti, dall'opinione pubblica che mettono in discussione l'integrità professionale e l'efficacia nell'adempiere alle sue promesse: *proteggere le persone vulnerabili, controllare i gruppi devianti, migliorare le condizioni di vita dei soggetti svantaggiati.*

Gli assistenti sociali si trovano nella posizione contraddittoria di dover giustificare la propria esistenza in quanto professionisti esplicitamente incaricati di migliorare la qualità di vita delle persone, a livello individuale e collettivo; allo stesso tempo le loro attività vengono sottoposte ad una gestione improntata al cosiddetto nuovo managerialismo; viene richiesto di fare di più, con minori risorse, di diventare sempre più efficienti ed efficaci nel razionare gli interventi, a fronte di una domanda di

prestazioni di aiuto, da parte della collettività, in drammatica crescita (Dominelli).<sup>1</sup>

Questi fattori creano un clima incerto e difficile, all'interno del quale gli operatori devono continuare a rispondere ai bisogni delle persone e si trovano contemporaneamente obbligati a riformulare/riedere le proprie idee sulla metodologia operativa e sul modo di condurla.

Mentre gli assistenti sociali vengono additati per gli insuccessi del loro lavoro, in modo particolare nell'ambito dei servizi per i minori, dove la formazione di base e continua deve essere più incisiva, vengono ridefiniti i confini delle loro competenze.

Infatti altri professionisti hanno preso il controllo di molte aree tradizionalmente attribuite al servizio sociale e i confini tra le diverse professioni diventano sempre **più confusi e labili** mettendo a rischio la propria identità professionale.

Inoltre, per affrontare i loro bisogni, molti dei tradizionali utenti del s.s. tendono a rivolgersi ai gruppi di automutuo aiuto, rivendicando il diritto di controllare il modo in cui questi servizi vengono distribuiti e gestiti.

A rendere ancora più complessa la realtà del lavoro sociale è intervenuta l'ideologia neoliberale con la quale è venuta meno la diretta connessione tra l'erogazione dei servizi e la responsabilità dello Stato nel pagare per rispondere a un bisogno riconosciuto.

Questo complica ulteriormente la relazione tra gli assistenti sociali, in quanto spesso rappresentanti della pubblica amministrazione, e i loro uten-

<sup>1</sup> Lena Dominelli "Il Servizio Sociale Una professione che cambia Erickson 2005.



ti, perché se il bisogno non ricade tra quelli esplicitamente riconosciuti dallo Stato non può essere preso in considerazione.

Invece rispondere ai bisogni delle persone vulnerabili richiede **quell'uguaglianza tra i cittadini** che si esprime nel **diritto ai servizi**; richiede il **riconoscimento dei diritti umani sottesi alla cittadinanza**, richiede una solidarietà intesa come reciprocità tra chi eroga le prestazioni e chi le riceve; richiede l'accesso alle risorse e ai servizi.

Il rischio che si corre oggi è quello di una **de-professionalizzazione** del lavoro sociale, in una semplificazione di stampo fordista della complessità del servizio sociale, imposta agli operatori tramite le politiche pubbliche e i dettati legislativi, svalutando la ricchezza e la complessità delle interazioni umane.

Le politiche sociali sviluppano sempre più interventi di tipo economico/fiscale; come quelle che si stanno realizzando oggi, con forme estreme di esternalizzazioni dei servizi, con delega delle responsabilità pubbliche, che aumentano la distanza tra le persone/cittadino e i servizi sociali e le professioni di aiuto quindi la possibilità di accoglienza, di presa in carico.

L'attività professionale degli assistenti sociali si trova a scontare un suo tradizionale accostamento a quelle erogazioni residuali nei confronti di persone in difficoltà, di famiglie, gruppi e comunità collocate ai margini della società o socialmente esclusi.

La residualità connota gli utenti come *essere passivi* che dipendono dagli altri

per il loro benessere; *nega sia la cittadinanza attiva sia l'affermazione e la tutela dei diritti umani individuali e collettivi*.<sup>2</sup>

Proprio in virtù di questo rischio si può affermare che il **servizio sociale costituisce una professione di grande valore**; è unica nella sua specificità di mediare il "sociale", vale a dire di operare negli spazi controversi collocati tra le convenzioni sociali, che guidano il comportamento degli individui, l'aspirazione a vivere in base alle proprie scelte, socialmente accettabili o meno, e i problemi di vita generati dalle disuguaglianze strutturali.

*Gli assistenti sociali aiutano gli utenti ad assumersi la responsabilità dei propri comportamenti individuali e, nel contempo, hanno il compito di affrontare le inadeguatezze delle configurazioni sociali in cui gli utenti si trovano collocati.*

Questi sono elementi che caratterizzano da tempo la professione, una professione che si occupa degli individui nella loro situazione sociale.

A fronte di questa analisi di contesto, quale può essere una proposta che consenta agli operatori e ai servizi di meglio fronteggiare le difficoltà che abbiano delineato?

A mio parere, senza avere la presunzione di offrire indicazioni esaustive, è necessario ripensare i servizi, riattualizzando la loro mission originaria che, oggi più che mai, deve significare accogliere, prendersi cura, attivare una relazione.

I servizi, pertanto, andrebbero pensati come servizi relazionali, nei quali, conseguentemente, è necessario introdurre spazi di riflessività sui processi interni, sull'azione e gli interventi messi in

<sup>2</sup> Lena Dominelli *Il Servizio Sociale* Erickson 2005.



atto e sugli esiti di questi, non solo mettendo al centro la persona, o meglio l'utente /cliente, ma coinvolgendola direttamente (utente non ancora elevato a cliente).

I servizi sociali si connotano come promotori relazionali per eccellenza, concorrono alla creazione e alla tenuta del capitale sociale, generano valore e solidarietà finalizzata, promuovendo imprenditorialità; sostengono processi di ascolto e riconoscimento reciproco, sviluppano creatività e innovazione, trovano significati e attivano la conoscenza della pratica e la riflessione nell'azione.<sup>3</sup>

Se il servizio va pensato come servizio relazionale in quanto opera tra relazioni, è necessario chiedersi come lavorare per generare relazione che vadano a beneficio delle relazioni stesse.

D'altro canto, la professione dell'assistente sociale è prima di tutto una **professione relazionale** per la sua base interattiva, entra nella vita delle persone e le aiuta a narrare le loro storie legate al loro benessere.

Introdurre spazi di riflessività, quindi, è diventato oggi un obbligo per non cadere nel meccanicismo, per risvegliare il senso del proprio lavoro, per rivedere forme di standardizzazione rigide e deleterie rispetto alla personalizzazione degli interventi, che altrimenti rischiano di creare gabbie cognitive e operative.

Per riflessività penso anche all'autoriflessività, cioè alla possibilità di ritagliare spazi di autovalutazione e di ripristino della motivazione, rafforzando la funzione della valutazione in tutte le fasi del processo aiuto.

Andrebbe anche fatta una riflessione sul processo stesso di riflessivi-

tà. *come farlo, perché farlo e quando farlo*; ripristinare quella funzione di Supervisione professionale che ha tanto

caratterizzato l'organizzazione del servizio sociale degli anni 60/70, non certo per il gusto del ritorno al passato, ma perché l'attenzione alla manutenzione del sapere, delle abilità del professionista e delle motivazioni, che stanno alla base di un intervento di servizio sociale, risponde all'imperativo prioritario della tutela del cittadino/minore e dei diritti costituzionalmente riconosciuti e all'obiettivo della tutela del professionista da rischi di burn out.

Voglio cogliere l'occasione per spendere una parola **sulla dirigenza** dei servizi sociali in cui agiscono le professioni di aiuto.

### Dirigenza

Leva strategica fondamentale delle organizzazioni pubbliche per il miglioramento della qualità della risposta alla domanda: **la dirigenza**, purtroppo, oggi continua ad essere ancorata a logiche burocratiche che impediscono il cambiamento nella pubblica amministrazione.

Le organizzazioni sono fenomeni complessi, artefatti sociali che implicano comportamenti individuali e azioni collettive, che agiscono in relazione con gli ambienti, che producono cultura, che usano il potere in maniera differente, che sfuggono ad ogni codificazione prescritta, che ragionano in termini relativi e non assoluti e soprattutto in termini cir-

<sup>3</sup> D.Schon *Il professionista riflessivo*, Dedalo Bari 1993.



colari anziché lineari.<sup>4</sup>

*La struttura organizzativa, la cultura, il potere e l'ambiente* sono le

quattro coordinate per rileggere un'organizzazione nei termini della razionalità limitata e per far emergere un'organizzazione costituita da processi aperti, da flussi di interazione con esiti plurimi e spesso incerti<sup>5</sup>.

Questa ridefinizione in **senso processuale dell'organizzazione** rinvia ad una centratura, non solo sui dati esclusivamente strutturali, ma *sulle dinamiche interattive*, sulle logiche dell'azione organizzativa.

Di conseguenza, oggetto di analisi non è più l'organizzazione nei suoi aspetti strutturali, ma *l'organizzare* e quindi le resistenze che bloccano i processi di innovazione.

Ciò delinea la difficoltà dell'attuazione delle riforme istituzionali della P.A. e la resistenza degli assetti organizzativi, in questa presenti, a produrre cambiamento e a trasformarsi da assetti centralizzati, verticistici, fortemente burocratizzati a servizi flessibili, soddisfacenti, orientati al risultato.

Nell'attuale quadro sociale, in cui i bisogni sono sempre più complessi e pluridimensionali, ogni servizio perde l'esclusiva su tali bisogni, per quanto attrezzato e specializzato, e deve necessariamente integrare il proprio operato all'interno di un sistema di risposte capace di contenere la domanda sociale/socio-sanitaria di quel bisogno.

In questo senso diviene prioritario attivare la collaborazione fra servizi, dando finalmente corso al lavoro di rete. Tale modalità operativa richiede uno sforzo organizzativo, a partire dalla routine e da prassi di lavoro consolidate nelle modalità di funzionamento di ogni servizio, e rimanda ad una cultura e ad un sistema di integrazione e di corresponsabilità.

E' in questa cornice di senso che va collocata la riflessione sulla dirigenza e sul managerialismo. Il concetto di **managerialismo** si è alternato, nel tempo, tra un'idea di managerialismo fondata sul potere di una nuova ed efficiente élite dominante e sulla pianificazione economica e sociale, e quella in cui il movente dell'azione è il profitto da ricercarsi nel mercato o ancora quella senza connessioni con il mercato. Oggi, pur essendo il managerialismo sempre più ritenuto elemento necessario anche per l'amministrazione pubblica, non è, chiaramente, in quella versione negativamente "burocratica" (illustrata da von Mises) che esso riscuote consensi e viene invocato, in quanto è proprio in quella versione che ha dimostrato il suo fallimento.

Più efficacemente, si fa riferimento a un significato del termine direzione e **managerialismo** che rimanda a concetti quali responsabilità, guida, potere, comando ma anche *percorso, processo, meta, proiezione*.

Il **manager**, inteso come l'esperto della valorizzazione delle cosiddette risorse umane, sa far lavorare insieme le persone, fa in modo che i loro punti di forza siano efficaci e riduce i punti deboli, si occupa dell'integra-

<sup>4</sup> M.Ferrante, S.Zan *Il Fenomeno organizzativo* Carocci 2004

<sup>5</sup> Id.



zione delle persone, è profondamente radicato nella cultura aziendale, rivolge il suo impegno verso obiettivi comuni, semplici, chiari e valori condivisi; verso la missione; mette le persone in condizioni di crescere e di svilupparsi; favorisce la comunicazione e la responsabilità individuale, misura la performance degli operatori e pone costante attenzione ai risultati verso l'esterno (clienti/utenti soddisfatti, pazienti guariti).<sup>6</sup>

Il **manager** è prima di tutto il **custode della meta**, è colui che ricorda e indica a tutti dove si deve andare e controlla che la rotta venga mantenuta, deve saper trasmettere a ogni livello il senso della missione, il significato del compito e il senso del dovere e deve sempre tener presente che *la meta si raggiunge se c'è un coinvolgimento dei collaboratori pieno, se c'è entusiasmo e motivazione* (Maggian Dizionario di servizio sociale 2005).

In tale macrocontesto, ragionare in termini di direzione dei servizi sociali dovrebbe significare il privilegiare i cosiddetti "approcci morbidi", cioè quelli che favoriscono gli assetti culturali, simbolici, riflessivi, nonché i processi di conferimento di senso che i soggetti mettono in atto interagendo con le organizzazioni stesse.

*Ma la storica e abituale abilità degli assistenti sociali a promuovere l'autodeterminazione delle persone, a valorizzare le risorse personali, ambientali, comunitarie, a stimolare un apporto partecipativo alla risoluzione di problemi possono essere tutti elementi che ricalcano*

*la logica processuale delle funzioni manageriali, efficaci nella gestione dei processi organizzativi del servizio.*

Il professionista assistente sociale inserito nel welfare può aderire ad una logica burocratico-strumentale o a una logica generativa e innovativa nella definizione di processi di governo dei servizi<sup>7</sup>.

Questa sua presenza può aderire e produrre una logica generativa nella definizione di processi di governo.

*Il nesso tra teorie organizzative ed analisi delle politiche pubbliche è imprescindibile per pensare ad una nuova organizzazione dei servizi sociali.*

Da tutto ciò ne deriva la necessità di una **diversa organizzazione dei servizi sociali** alla persona.

Un'organizzazione che sia in grado di:

- colmare la distanza con il cittadino, con il territorio;
- valorizzare le risorse umane e professionali;
- riconoscere, promuovere, usare e valorizzare il capitale sociale e la sua dimensione relazionale;
- favorire l'incontro, la negoziazione, l'accordo, la mediazione degli interessi, con conseguente decisione rispetto agli obiettivi da raggiungere attraverso la pianificazione, programmazione e implementazione di servizi e prestazioni che rispondono in modo adeguato ai veri bisogni dei cittadini.

<sup>6</sup> R.Maggian in Dizionario di Servizio sociale Carocci - Faber 2005.

<sup>7</sup> A.Mari, I.Mastropasqua, R.Romano "L'assistente sociali dirigente" Carocci 2006.



### Conclusioni

Per concludere, uscire dall'isolamento dei servizi e dalla loro immagine di impotenza e improduttività, rispetto a problemi sempre più complessi e diversi in cui e per cui gli assistenti sociali si sono trovati ad operare denunciando una rigidità di struttura organizzativa e di impossibilità di rispondere adeguatamente ai bisogni della cittadinanza, **viene considerata come un'opportunità di evoluzione positiva su cui investire.**

Va ricordato che il nostro profilo professionale per il semplice motivo di venire indicato tra i Liveas, anche nella sua funzione di Segretariato Sociale, può essere considerato un diritto d'assistenza esigibile, in particolare per le sue funzioni di **tutore dei diritti sociali, promotore dei diritti di cittadinanza.**

A questo proposito si moltiplicano le attribuzioni all'assistente sociale di funzioni effettive e potenziali, con una visione anche futurista, da parte di studiosi e teorici per **una più aderente collocazione all'interno del sistema: mediatore e promotore di coscienze, costruttore di rete, esperto di pianificazione sociale, promotore della qualità e di opportunità di vita dei cittadini e via di seguito, in una prospettiva che va da un bisogno individuale a una dimensione comunitaria, da una singola domanda alla costruzione di legami.**

Ciò non sembra essere, comunque, avvertito dal mondo operativo professionale, con un conseguente aumento del divario dal mondo culturale, acca-

demico – scientifico che, nel frattempo, ha continuato a teorizzare andando sempre più in una dimensione scientifica.

I teorici e/o cultori della materia non sempre prestano attenzione al mondo dei servizi; spesso si ha la sensazione di vivere due realtà separate tra di loro, il mondo operativo e il mondo della rielaborazione teorica.

Forse è in questo spazio che bisogna collocarsi e cercare di colmare il divario: promuovere laboratori di riflessione, cioè del pensare e ripensare al senso del lavoro sociale, al senso della professione *"necessità di liberare il lavoro sociale,.... Liberarlo dalla concezione del tempo come forza maligna che divora senza pietà il nostro lavoro"* come sostiene G. Garena (To) in un articolo di *Animazione Sociale*.

"Promuovere metodologicamente spazi di riflessione per condividere ambiti di competenza, di conoscenza, linguaggi comuni, contenuti di ruoli e funzioni"; "esplorare possibili punti di incontro in cui studiare, acquisire esperienze, avviare e monitorare sperimentazioni capaci di fornire spessore, forza e visibilità al lavoro sociale, dignità al tempo dedicato ai processi sociali di aggregazione (costruzione di reti, lavoro di comunità, integrazione, valorizzazione e potenziamento del capitale sociale)".

**Rompere l'assedio dei servizi, sentirsi soggetti attivi nella progettualità, co-costruire convergenze sul "verso dove" orientare il lavoro di servizio sociale, tenere insieme conoscenza e azione, soprattutto rifondare la missione del lavoro di rete e di comunità.**



E' palpabile il forte **bisogno dell'assistente sociale di trovare il tempo per tornare a "pensarsi e a leggersi" come "risorsa, rinnovato agente di cambiamento, promotore di esigibilità, di diritti di azioni di cittadinanza attiva e di giustizia sociale"**.

Non basta più continuare a ricercare paletti o vincoli normo-giuridici per promuovere la qualità del lavoro sociale e dei servizi, *ma piuttosto è indispensabile allearsi con gli utenti/clienti per far crescere una cultura del benessere, della corresponsabilità, della condivisione, di un'etica dell'organizzazione, allontanando il rischio di un arretramento del concetto di diritto e di diritto esigibile, evitando in tal modo un rigurgito di assistenzialismo.*

E' necessario che agli appigli giuridici si accompagni il rafforzamento di una propria identità professionale, di un comune

senso di appartenenza ad una comunità professionale e alla sua missione, passando attraverso una condivisione di senso, di significato.

**L'Identità professionale è una pianta che, nonostante le radici profonde ha bisogno di essere rinvigorita e concimata.**

Come?

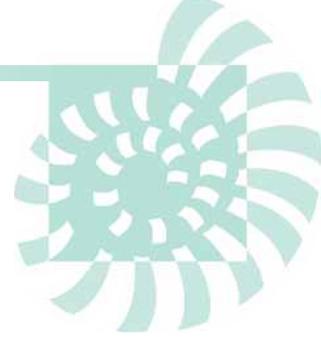
- ritagliando gli spazi di riflessione in un tempo – lavoro di cui si parlava prima;
- promuovendo in maniera più incisiva l'utilizzo della Supervisione professionale
- delineando dei setting o percorsi di lavoro almeno per le situazioni prevedibili che consentono agli amministratori di attrezzarsi agli eventi.

*Il Consiglio Nazionale, nella seduta del 17 luglio 2009, ha approvato il nuovo Codice deontologico, al termine della revisione effettuata dall'Osservatorio Deontologico Nazionale.*

*La nuova stesura del Codice è stata realizzata con l'apporto degli Ordini regionali, che hanno partecipato costantemente ai lavori dell'Osservatorio Nazionale e con il contributo delle organizzazioni professionali.*

*Il nuovo Codice sarà vigente dal 1 settembre 2009 e da quella data verrà pubblicato sul sito Internet del Consiglio Nazionale, al consueto indirizzo [www.cnoas.it](http://www.cnoas.it), e sui siti degli Ordini regionali.*





## L'Assistente sociale in azienda ospedaliera: dentro il sistema di cura, per la continuità assistenziale

Maria Cristina Odiard, Segretario del Consiglio Nazionale

Convegno

Ospedale Niguarda "Ca' Granda"

Milano, 13 febbraio 2009

*"Malattia: una parola che ha mille significati.*

*La febbre che serve a non andare a scuola.*

*La diagnosi che in un attimo può cambiare la vita.*

*Il disagio, il malessere, il dolore.*

*I medici, gli esami, l'ospedale.*

*L'invalidità, la disabilità, la riabilitazione."*

*L'assistente sociale che lavora in ospedale, all'interno del sistema che si occupa della "cura", attraverso l'utilizzo di strumenti e tecniche proprie della professione, "si prende cura" del paziente e della sua famiglia per aiutarli ad affrontare le problematiche legate alla malattia ed a gestire la vita nella condizione di maggior autonomia possibile.*

*E' un professionista che concorre alla definizione e alla realizzazione di articolati processi assistenziali che connettono il contesto ospedaliero con il territorio, il sociale con il sanitario, per integrare le risorse presenti in modo sinergico ed utile ai bisogni del paziente.*

*L'assistente sociale che lavora in ospedale partecipa all'attivazione delle "dimissioni protette", in una logica di intervento che è sempre caratterizzata dal principio della "continuità assistenziale" prevista dalla normativa nazionale e da quella regionale recente.*

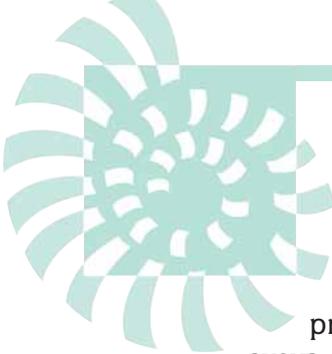
*Con la sua attività, l'assistente sociale concorre a rendere più efficace la funzione dell'ospedale e quella del territorio.*

*Il Convegno intende mettere in luce il senso dei recenti cambiamenti che hanno coinvolto i sistemi con cui interagisce l'assistente sociale, i possibili modelli organizzativi che fanno da sfondo alla complessità che caratterizza il suo lavoro in ospedale.*

*Le buone prassi professionali attivate nei diversi settori di intervento e per specifiche patologie, possono essere considerate un importante punto di riferimento per il lavoro dei colleghi e del personale sanitario, ed acquisiscono una rilevanza anche nel tempo, per valutare la "qualità" degli interventi realizzati ed apprendere dall'esperienza.*

*(Monica Dotti)*

Si è svolto a Milano, il 13 febbraio u.s., il secondo incontro degli assistenti sociali che operano negli ospedali di tutta Italia.



E' stato fortemente voluto da Fiorella Cava che a Bologna l'11 maggio del 2007, al primo convegno aveva condiviso - in una delle sue ultime uscite pubbliche prima della malattia - il nostro entusiasmo, la nostra voglia di conoscerci, di approfondire problematicità ed esperienze ed il desiderio diffuso di creare un gruppo spontaneo di confronto e crescita.



L'avevamo promesso e, non senza vicende ed avversità varie, ma sempre stimolate dai solleciti dei colleghi, ci siamo, infine, ritrovati in ben 170 a Milano, nell'accogliente aula Magna dell'ospedale Ca' Granda.

Il comitato organizzatore e scientifico composto da Anna Bai, Anna Ciani Passeri, Livia Corsi, Monica Dotti e la sottoscritta aveva inviato, con l'avviso dell'iniziativa, la proposta di fare pervenire un abstract di presentazione di un'esperienza per il workshop pomeridiano "Prassi a confronto nei diversi settori di intervento del servizio sociale in ospedale". Sono arrivati più di venti lavori, sia sotto forma di relazioni che di poster, su argomenti di grande attualità e di altrettanto

impegno professionale. Molti i lavori di gruppo a significare che davvero siamo in grado di crescere insieme, di sperimentarci, di proporci.

Un successo davvero entusiasmante!

I contributi sono pubblicati nel sito [www.cnoas.it](http://www.cnoas.it), area professionisti, voce documentazione, servizio sociale ospedaliero.

E' stato, inoltre, distribuito in sala un questionario per conoscere la disponibilità e l'interesse a far parte attiva del nascente coordinamento spontaneo: 45 colleghi, un po' di tutta Italia, hanno risposto positivamente.

Hanno dichiarato di avere voglia di avere un ruolo produttivo, di uscire dai propri contesti

e cercare di lavorare insieme per uno sviluppo della nostra professione nell'area del servizio sociale ospedaliero.

A breve il gruppo di lavoro si riunirà e si definiranno obiettivi, incarichi e programmi.

Il terzo convegno si svolgerà in Calabria nel 2010, la presidente dell'Ordine Regionale Angela Malvaso, assistente sociale ospedaliera, ci ospiterà nella sua terra e faremo in modo di essere più vicini ai colleghi del sud e soprattutto ai loro problemi di ruolo, di autonomia, di presenza nelle aziende sanitarie.

Riteniamo riduttivo cercare di fare un breve riassunto dei contenuti delle relazioni, riportiamo l'elenco e rimaniamo, come già segnalato, al sito.



- **Introduzione al significato dell'incontro** a cura di *M. Cristina Odiard, Segretario CNOAS, Azienda Ospedaliera Mauriziano di Torino*
- **Proposta di un modello organizzativo per il servizio sociale in sanità**, *Franca Dente, Pres. Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali*
- **L'impegno del consiglio regionale**, *Roberto Cilia Vicepresidente Consiglio Regionale Ordine Assistenti Sociali Lombardia*
- **La cura ospedaliera come processo comunicativo, sociale culturale**, *Sergio Manghi, Docente di Sociologia della conoscenza, Università di Parma*
- **Profili di qualità e valutazione nell'attività del servizio sociale in ospedale**, *Monica Dotti, Sociologo Sanitario, Assistente Sociale, Direzione distretto di Modena, AUSL Modena*
- **Il servizio sociale nelle aziende ospedaliere della regione Lombardia**, *Livia Corsi, Consigliere Ordine Assistenti Sociali Lombardia, Coord. servizio sociale, A.O. Luigi Sacco, Milano*
- **Percorsi condivisi per la continuità assistenziale**, *Anna Bai Responsabile servizio sociale ospedaliero, Ausl Bologna*
- **30 anni del "Coordinamento servizi sociali ospedalieri" in Piemonte**, *Anna Maria Veglia, Coordinatore servizio sociale A.O.U. San Luigi Gonzaga, Orbassano*
- **La proposta del modello organizzativo per il servizio sociale in sanità del Consiglio Nazionale: il punto di vista delle Organizzazioni Sindacali.**



### **Workshop**

*Prassi a confronto nei diversi settori di intervento del servizio sociale in ospedale*

**La pediatria dell'Azienda Ospedaliera Policlinico Universitario S. Orsola Malpighi di Bologna: la gestione del child-abuse**, *M. Resca e F. Capitani, A.O. S. Orsola Malpighi, Bologna*

**La staffetta del Servizio Sociale Ospedaliero per la continuità assistenziale del paziente con Grave Cerebrolesione Acquisita**, *F. Magrella, Azienda Ospedaliera Verona – F. Martinelli, Ospedale Sacro Cuore Don Calabria Negrar, VR*

**So-stare con voi. Progetto di affido familiare adulti con disagio psichico**, *A. Bregantin, A.O. San Gerardo, Monza - L. Mazzali, M.Meregalli, Novo Millenio, Monza*

**Apprendere la salute: i genitori del malato cronico all'opera**, *C. Storace, M. Alessio, A. Officioso, P. Capozzi, Dipartimento Clinico di Pediatria, A. Ospedaliera Universitaria Federico II, Napoli*

**La supervisione: uno spazio per comprendere**, *A.Canestrari, A.Corigliano, B.Foglia, F.Lotano, C.Migliorini, R.Prandi, A.Raimondi, A.Spinelli, C.Zappa, R.Biondi, C.Cosenza, V.Mastrodonato, Fondazione Ospedale Maggiore, Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena di Milano*





## Riflessioni sul disegno di legge per l'istituzione del Garante per l'Infanzia nazionale dei diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti sociali intende sottoporre all'attenzione del Ministro per le Pari Opportunità On. Carfagna e delle Commissioni Permanenti I (Affari Costituzionali) e XII (Affari Sociali) della Camera dei Deputati alcune riflessioni sul disegno di legge di iniziativa del governo per la istituzione del Garante Nazionale per l'Infanzia, che porta a compimento un processo più volte iniziato (esistono infatti oltre 10 disegni di legge al proposito, che non hanno mai terminato l'iter parlamentare).

La Convenzione sui diritti dell'infanzia delle Nazioni Unite orienta le politiche nazionali e l'Italia è chiamata a presentare al Comitato ONU il Rapporto sullo stato di attuazione della stessa, ponendo fra le priorità l'istituzione di un Garante Nazionale indipendente per la promozione e la tutela dei diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

L'istituzione dell'Ufficio Nazionale del Garante per l'Infanzia è presente in molti Stati e l'Italia è stata già sollecitata al proposito anche da una raccomandazione delle Nazioni Unite.

In Italia esiste, ad oggi, una norma che stabilisce che le Regioni debbano istituirlo: solo quattro sono però quelle che lo hanno fatto, di cui due (Marche e Friuli), hanno poi rinunciato, per varie difficoltà connesse anche alla mancanza di un coordinamento nazionale. Dal 2004 esiste inoltre la proposta di un Piano nazionale per l'Infanzia, che non è stata approvata, nonostante emerga sempre più forte l'esigenza di azioni che

promuovano la tutela dei diritti dell'infanzia.

Il Garante dell'Infanzia deve rappresentare una "garanzia" dell'esercizio dei diritti da parte dei bambini e degli adolescenti, che devono passare da oggetti di tutela a titolari di diritti giuridici e sociali, come persone. Questo vuol dire anche analizzare e migliorare le loro condizioni di vita: la considerazione di aspetti direttamente connessi col sistema di Welfare, e la necessità di una diffusione più capillare ed adeguata dei servizi territoriali a sostegno delle famiglie e dei minori, oltre che ad una necessaria concertazione fra varie istituzioni competenti.

Per questa figura la normativa prevede che venga garantita e rispettata l'assoluta indipendenza dalla compagine governativa e che essa debba solo rispondere al Parlamento.

Secondo questo disegno di legge, il ruolo dell'ufficio del Garante Nazionale è quello di dare forza alla Convenzione delle Nazioni Unite, sinora disattesa da più parti; raccogliere e coordinare i vari soggetti che operano nel campo (ad esempio attraverso una Consulta); svolgere un'attività di sensibilizzazione; intrattenere rapporti con l'autorità giudiziaria; provvedere alle segnalazioni alla Procura del T.p.M., anche in vista della riforma della giustizia minorile.

Per queste funzioni, oltre all'indipendenza, dev'essere richiesta un'alta professionalità necessariamente espressa da un soggetto che non potrà svolgere altra attività; ciò renderà obbligatoria la



previsione di una spesa aggiuntiva che probabilmente supererà il previsto fondo di circa 80 milioni di euro per l'istituzione dell'Ufficio Nazionale

del Garante.

Diventa però fondamentale sottolineare come l'istituzione della funzione del Garante, evidenzierà la necessità di creare coerenza fra i criteri dichiarati di diritti e uguaglianza e la promozione di reali opportunità uguali per tutti i bambini. *Il Garante dovrà quindi affrontare la debolezza del Welfare*, in quanto la riforma del Titolo V della Costituzione ha affidato alle Regioni la competenza di programmare il sistema dei servizi sociali e sanitari, e dovrà affrontare una situazione disomogenea della presenza dei servizi, e in molti casi la carenza.

L'Ufficio Nazionale del Garante per l'infanzia non dovrà essere un "centralino autonomo", ma sussidiario ad un sistema di rete; la sua competenza dovrà essere reale e per essere tale dovrà essere tradotta in obbligatorietà di parere sulle principali questioni normative. Dovrà essere anche prevista la conferenza dei garanti regionali.

Risulta opportuno sottolineare il

rischio collegato alla possibilità di segnalazioni dirette, anche attraverso un numero verde; ciò implica la necessità di una rete di servizi nei territori a cui "affidare" la verifica e gli interventi richiesti dalle segnalazioni raccolte dall'Ufficio del Garante.

Anche a fronte delle esperienze territoriali in atto risulta assolutamente necessario il raccordo con le politiche sociali dell'infanzia, con i servizi socio sanitari, con le autorità giudiziarie. Risulta necessario inoltre effettuare una attenta valutazione tra costi e benefici, per non distogliere risorse che potrebbero essere destinate all'attivazione della rete dei servizi sociali e socio sanitari.

Si segnala pertanto la necessità che in via prioritaria vengano previste le risorse per garantire in tutte le regioni italiane, gli stessi Livelli Essenziali di Assistenza (LIVEAS) dei servizi, per una reale ed eguale esigibilità dei diritti e delle opportunità di sostegno per i bambini, gli adolescenti e per le famiglie più fragili.

Le famiglie restano un bene essenziale per favorire la crescita armoniosa ed equilibrata dei bambini, dei ragazzi, delle persone e contemporaneamente della società, rappresentano quel "capitale sociale" fondamentale per il futuro ed il vero sviluppo del paese.



## ...Continua la collaborazione con i sindacati.

*Silvana Agosta, Consigliere Nazionale,  
Presidente Commissione Politiche del Lavoro*

---

*Il testo qui pubblicato è stato inviato nel marzo 2009 al Ministro per le Pari Opportunità On. Mara Carfagna, alle Commissioni permanenti I e XII della Camera dei Deputati e all'On. Alessandra Mussolini, Presidente della Commissione Parlamentare speciale per l'Infanzia.*

---

Il CNOAS, come negli anni scorsi, ha continuato, ed anzi incrementato gli incontri con i rappresentanti sindacali, instaurando un dialogo proficuo e costruttivo.

L'ultima delle riunioni, che si sono susseguite con una cadenza mediamente mensile, si è tenuta in questo mese di giugno.

Gli ordini del giorno, oggetto degli incontri, hanno via via riguardato problematiche relative alla nostra professione nei vari ambiti lavorativi, affrontando temi, sia dal punto di vista politico che organizzativo e contrattuale per gli assistenti sociali nella Sanità, negli Enti Locali, nei Ministeri della Giustizia e dell'Interno.

Nello specifico, qui di seguito si ripercorrono sinteticamente le varie tappe, a partire dal mese di novembre 2008, nelle quali si sono registrati i risultati più significativi.

È stata presentata un'ipotesi di "Modello organizzativo nella Sanità" elaborato dal CNOAS, al fine di una condivisione dello stesso, da presentare ai referenti istituzionali, individuando adeguate strategie per la sua attuazione.

In particolare, pur riconoscendo l'importanza che l'art. 15 *septes* D.Lgs.vo 502/92 sia stato recepito nel nuovo CCNL 2006/09, si sottolinea l'urgenza che venga recepita la definizione del profilo professionale e, in maniera

strettamente connessa, il riconoscimento dell'accesso alla dirigenza, all'interno di un'area professionale specifica, ovvero si sono messi in evidenza due obiettivi generali da definire:

- 1) la questione sulla dirigenza e la titolarità, secondo la L. 251/2000 e le successive modifiche introdotte con la L.138/2004 e con la L. 27/2006;
- 2) l'ipotesi di modello organizzativo con funzioni di alta integrazione sanitaria e sociale.

In data 12 febbraio 2009, a firma congiunta confederali, Sunas e CNOAS, è stata inviata al Coordinatore Assessori Regionali, dott. Rossi, al Responsabile delle Risorse Umane settore Salute del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, dott. Leonardi, al Responsabile Fondo Sociale Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, dott. Marano, al Coordinatore Assessori Regionali Servizi Sociali, dott. Valdegamberi, una nota con la quale si è richiesto un incontro finalizzato alla individuazione di modalità e strategie atte a valorizzare l'area sociale nella sanità.

Il 26 marzo ed il 7 maggio si sono avviati gli altri incontri con i Confederali ed il SUNAS per affrontare le problematiche inerenti alla Professione negli enti locali, fino a definire, durante l'ultimo



incontro dell'11 giugno, un documento condiviso da inviare ai referenti istituzionali ed una nota con la quale si richiede

un incontro al Coordinatore Assessori Regionali Servizi Sociali, dott. Valdegamberi, al Responsabile del Fondo Sociale del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, dott. Marano, al Responsabile della Commissione Politiche Sociali dell'ANCI, dott. Delrio, al Responsabile della Lega Autonomie, Sen. Giovanelli ed al Responsabile dell'Unione Province d'Italia, dott. Palombelli.

Molte delle questioni poste, purtroppo, non hanno trovato ancora delle risposte soddisfacenti, ma si ritiene un buon risultato, comunque, l'aver ottenuto una adeguata attenzione alla professione e sensibilizzazione alle problematiche sociali e sociosanitarie.

Si riportano, di seguito, alcune considerazioni esposte in un documento presentato dalla Commissione Politiche del Lavoro ad un recente incontro con i Sindacati ed il SUNAS.

*“Si ritiene necessario che venga previsto, all'interno dei servizi, la formazione e l'aggiornamento obbligatorio sui temi, pensati dai responsabili assistenti sociali, come espressione di linee guida professionali comparabili con quelle di altre professioni, ed infine, che vengano individuate modalità organizzative tali da permettere la riflessività, la vera autodeterminazione delle persone, il lavoro sulle risorse, il tempo di registrare e restituire all'organizzazione gli input ricevuti dal territorio. Ovvero congruo rapporto tra personale e carichi di lavoro, nonché dignitosi luoghi di lavoro, rispettosi dei*

*professionisti ma, soprattutto, degli utenti.*

*In questa prospettiva si auspica che vengano riconfermati e maggiormente valorizzati i livelli di responsabilità organizzative e gestionali assegnate al servizio sociale professionale dalla normativa vigente e si giunga ad individuare nuovi ruoli e competenze con funzioni di direzione del servizio sociale professionale e di integrazione sociosanitaria, in grado di costituire un costante riferimento organizzativo e professionale per gli assistenti sociali ed il garante della qualità e dell'efficacia degli interventi professionali del servizio sociale.*

*Non indifferente appare il problema della sicurezza per gli assistenti sociali che operano “in prima linea”, a contatto continuo con utenti portatori delle forme più svariate di disagio, sia nell'ambito dei servizi, spesso isolati e privi di qualsivoglia tutela, e sia nell'espletamento degli interventi di visita domiciliare, strumento di lavoro irrinunciabile per la professione”.*

Infine, si sta prestando particolare attenzione alla questione Giustizia, settore adulti e minorenni, ed il CNOAS ha inviato una nota con richiesta di incontro al Ministro della Giustizia On. Alfano ed al Sottosegretario Sen. Alberti Casellati, nonché ai Capi dei due Dipartimenti, Amministrazione Penitenziaria e Giustizia Minorile.

Ad oggi non si è ricevuto alcun riscontro, ma l'Ordine, di concerto con le sigle Sindacali, non demorde e sta continuando a dibattere i vari temi aperti, avendo, tra l'altro, istituito un “tavolo tecnico” sulle problematiche minorili, con il coinvolgimento del CSM, Consiglio Forense, ANM e ANCI.

**Inserto**

**Salute mentale e Servizio sociale:  
quali riflessioni a 30 anni  
dalla Legge 180/78.**

**Atti del convegno.  
Roma, 5 dicembre 2009**

**Salute Mentale e Servizio Sociale: quali riflessioni a 30 anni dalla legge 180/78**

*Franca Dente, Presidente del Consiglio Nazionale*

**Dalla legge 180/78 al nuovo welfare italiano: i principi, le forme istituzionali e organizzative**

*di Bruno Benigni, Presidente del Centro Franco Basaglia*

**Principi e valori nel dibattito degli anni '70**

*di Maria Dal Pra Ponticelli*

**Il servizio sociale nel percorso innovativo della riforma della legge 180/78**

*di Luisa Spisni, Consigliere Nazionale Ordine Assistenti Sociali*

**L'associazionismo dei familiari per i diritti di cittadinanza delle persone con sofferenza mentale.**

*Girolamo Digilio, UNASAM, Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale*

*Pubblichiamo, per mancanza di spazio, il testo delle relazioni presentate nella mattinata. Sul sito [www.cnoas.it](http://www.cnoas.it) gli atti del convegno.*





## Salute Mentale e Servizio Sociale: quali riflessioni a 30 anni dalla legge 180/78.

*Franca Dente, Presidente del Consiglio Nazionale*

Ringrazio tutti i partecipanti, e tutti coloro che hanno contribuito a realizzare questa giornata che sarà a più voci, ricca di contributi che vanno dalle varie componenti professionali, alle famiglie e al privato sociale.

L'anno di celebrazione del trentennio della legge Basaglia ha visto un moltiplicarsi di iniziative di riflessione e di confronto nelle varie realtà regionali, in particolare nel nord/est d'Italia. Si è parlato di bilanci a trent'anni dalla legge, di cambi culturali, di criticità e di fallimenti, di paure, di insicurezze, di difficoltà delle famiglie.

Le analisi critiche registrano punti di vista contrapposti e sperimentazioni significative.

Prima di concludere l'anno dell'anniversario, il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali non ha voluto far mancare la voce degli assistenti sociali che molto hanno contribuito al cambiamento culturale e molto hanno operato, all'interno della Psichiatria, nel campo dell'integrazione socio-sanitaria e del collegamento con il territorio, con le famiglie, con le risorse informali e formali del disabile/disagiato.

La loro lettura critica della legge e degli effetti prodotti può essere, senza dubbio, utile alla disamina degli aspetti significativi e peculiari della norma evidenziandone i punti di forza e i punti di debolezza che, nelle prospettive evolutive future, vanno tenute in debita considerazione.

Franco Basaglia ha voluto applicare un moderno metodo terapeutico che ruotava attorno all'idea di **non considerare più il malato mentale alla stregua di un individuo pericoloso** ma, al contrario, una persona della quale devono essere sottolineate, anziché represses, le qualità umane.

La rivoluzione iniziò a Gorizia dove il manicomio fu profondamente trasformato tramite l'eliminazione di qualsiasi tipo di cura o contenimento e l'apertura dei cancelli, per dar luogo alla "comunità terapeutica"; i pazienti tornavano ad essere uomini, ovvero persone in crisi - anche esistenziale - quindi non più "malati" e "diversi".

Il disabile mentale è di conseguenza in continuo rapporto con il mondo esterno, in cui le relazioni familiari, amicali, sociali e lavorative costituiscono elementi fondamentali per ridargli dignità e aprire spazi terapeutici a fianco a quelli sanitari e medicinali.

La legge 180 nasce, come legge stralcio della legge 833/78, in un periodo storico in cui si era in atto il processo di decentramento legislativo, amministrativo e organizzativo-gestionale, con il passaggio da un sistema assistenziale a un sistema di sicurezza sociale; il modello di Welfare istituzionale tenta di farsi spazio e superare quello di tipo residuale; il territorio riacquista la sua forza di contesto in cui si generano i problemi, ma nel quale si trovano anche le risorse istituzionali e della società civile, per farvi fronte.

Lo scopo principale della riforma psichiatrica è stato quello di inserire l'assistenza del malato di mente nel Servizio Sanitario Nazionale in modo da eliminare, con la soppressione dei manicomi, ogni forma di segregazione, antepoendo l'assistenza medica alle preoccupazioni della custodia.

Viene ad essere privilegiato l'intervento terapeutico erogato sul territorio, mentre il trattamento sanitario obbligatorio diventa un provvedimento eccezionale, giustificato soltanto dalla necessità di garantire il diritto



individuale alla tutela della salute.

Sotto il profilo del rispetto per i diritti umani e civili viene abolito il concetto di pericolosità della malattia mentale che faceva dell'alienato (così come veniva chiamato) un criminale e viene eliminato l'uso di mezzi limitativi della libertà del paziente ai quali talvolta si faceva indiscriminatamente e abusivamente ricorso.

Il processo subisce successivamente degli arresti ma la rivoluzione copernicana della legge Basaglia resiste, studiata e ricercata in molte realtà europee.

Il Servizio Sociale entra prima nelle strutture manicomiali per promuovere e migliorare le relazioni tra il paziente e la sua famiglia, successivamente rafforza la sua presenza nella Psichiatria e non a caso tenendo conto che il "pazzo" ritorna ad essere persona, nell'intento di contrastare l'emarginazione e lo stigma e di favorire l'inclusione sociale.

La legge è stata una legge-quadro, che presupponeva l'attuazione di una serie di importanti misure istituzionali subito dopo il suo varo, nel 1978. I progetti-obiettivo – che avrebbero dovuto portare a compimento, in termini pratici e istituzionali, la 180 – erano mirati alla costruzione di strutture sanitarie nel territorio (dai centri di salute mentale ai day hospital, dalle strutture residenziali alle Comunità), concepite come ossatura, come architrave dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). In realtà, essi sono stati portati a compimento solo in alcune regioni, e spesso con grave ritardo rispetto all'atto di effettiva chiusura delle strutture manicomiali.

Anche nelle situazioni migliori, tuttavia, si è registrato, in questi ultimi trent'anni, a fronte di una politica economica orientata al taglio della spesa pubblica e sanitaria, un preoccupante declino della capacità dei DSM

di organizzare una efficace e radicale presa in carico del paziente psichiatrico.

Non intendo entrare più di tanto specifico della legge perché ci saranno interventi magistrali che disserteranno sull'argomento portando anche esperienze di vita professionale quotidiana, ma è forse necessario sottolineare il rivoluzionario mutamento culturale che questa legge ha prodotto rompendo schemi e smobilitando contesti terapeutici e di ricovero.

Ora quanto questo sia stato efficace e quanto c'è ancora da fare per renderlo efficace, è tutto da valutare, le famiglie costrette ad occuparsi dei loro familiari malati, a volte senza interventi e supporti istituzionali che allevino la fatica di prendersi cura di un malato di mente, lasciate sole ad affrontare il quotidiano oggi rappresentate dall'UNASAM (Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale) ci potranno dire il loro punto di vista.

Infatti, il trattamento della malattia mentale non può risolversi esclusivamente con interventi di tipo sociale; negli ultimi anni si parla di una serie di cause (**multifattorialità**) biologiche, sociali, genetiche ed ereditarie legate o meno all'ambiente, con un ruolo senz'altro ridotto o assente della famiglia.

Secondo numerose associazioni di familiari la normativa va migliorata, mantenendone fermi i principi antimanicomialisti e il riferimento al territorio come luogo principale di cura e accoglimento della persona affetta da disturbo mentale.

La carenza di strutture e la mancanza di risorse - accentuate dall'orientamento aziendalistico della sanità pubblica - ha portato e porta ancora oggi, talvolta, ad un ricorso ad antiche ed obsolete misure di repressione e di contenzione (esempio clamoroso: l'uso dell'elettroshock, massiccio negli Stati Uniti), in altri ad una utilizzazione generale ed intensiva del farmaco: diventato, in certi casi



– nei casi peggiori – una sorta di camicia di forza chimica, ed in tanti altri casi, più che uno strumento che facilita la relazione con il paziente, una sorta di *assolutore simbolico della relazione*.

Questa situazione di crisi dell'assistenza psichiatrica, che rischia di far prevalere, per usare un linguaggio caro a Basaglia, la *custodia sulla cura*, rende necessaria una vigilanza critica e una capacità di mobilitazione e di contrasto nei confronti di un fenomeno di vasta portata, ma troppo spesso taciuto e scarsamente *visibile*: non esiterei a definire questo fenomeno come un *ritorno del manicomio*. Un ritorno spesso mascherato, occultato, o, peggio, inconsapevole, soprattutto tra le giovani generazioni di operatori della salute mentale, che non hanno vissuto, per semplici ragioni anagrafiche, la stagione manicomiale.

Di fatto, l'effetto-manicomio, trent'anni dopo il varo della legge che ne decreta-va l'abolizione, è sempre più diffuso.

Negarlo, misconoscerlo, significa, di fatto, rafforzarlo e perpetuarlo.

L'aziendalismo e la contrazione delle risorse sono spesso fattori che spingono i gruppi dei curanti verso una scelta di tipo custodialistico, anche se si tratta di una custodia più fluida, meno visibilmente carceraria, maggiormente orientata ad una economia e ad una distribuzione variegata delle risorse

presenti nel "territorio". Un esempio significativo dello scarso investimento di risorse previsto per la relazione psicoterapica individuale e/o di gruppo, giocata non solo sul breve periodo: il privilegio accordato ad interventi relazionali più veloci e più facilmente "misurabili". Cioè, in termini più chiari, il privilegio accordato alle terapie cognitivo-comportamentali: prescrittive, più brevi, meno costose, più agevolmente quantificabili e facilmente associabili alla prescrizione farmacologia.

Saluto i politici/amministratori che hanno voluto onorarci della loro presenza e chiedo loro un piccolo contributo di idee e di impegno alla giornata.

Chiudo con una frase di Paulo Coelho in "Veronica decide di morire" forse un po' idealista.

**"Ah, se tutti potessero conoscere la propria follia interiore e convivere con essa! Il mondo sarebbe peggiore? No, le persone sarebbero più giuste e più felici."**

**"Il vero io è quello che tu sei, non quello che hanno fatto di te".**



La giornalista Antonia Matarrese, la Presidente del Consiglio Nazionale Franca Dente, l'assessore provinciale alle Politiche sociali Claudio Cecchini.

**Salute Mentale  
e Servizio Sociale:**  
quali riflessioni a 30 anni  
dalla legge 180/78



**ORDINE  
ASSISTENTI  
SOCIALI**  
Consiglio Nazionale



## PROGRAMMA

### Saluto del Presidente CNOAS Franca Dente

#### **Indirizzi di salute Guido V. Ditta,**

*Dirigente Ufficio Tutela salute soggetti vulnerabili,  
Ministero della Salute*

#### **Anna Salome Coppotelli**

*Assessore Sanità Regione Lazio*

#### **Claudio Cecchini**

*Assessore Politiche sociali Provincia di Roma*

#### **Giuseppina Maturani**

*Presidente Consiglio Provinciale Roma*

### Interventi

#### **Bruno Benigni,**

*Responsabile Centro Studi "F. Basaglia", Regione  
Toscana*

#### **Maria Dal Pra Ponticelli,**

*Docente di servizio sociale  
Università degli Studi di Siena*

#### **Gerardo Favaretto,**

*Presidente SPI Sezione Veneto  
Direttore ASL Treviso*

#### **Luisa Spisni,**

*Consigliere CNOAS*

#### **Girolamo Digilio,**

*Vice Presidente UNASAM*

*Altri interventi preordinati:*

*Esperienze nord, centro, sud Italia e isole.*

#### **Maurizio Pagnin,**

*Assistente sociale, Veneto*

#### **Serena Tucci,**

*Assistente sociale, Toscana*

#### **Angela Genovese,**

*Assistente sociale, Basilicata*

#### **Mirella Gerace,**

*Assistente sociale, Sicilia*

### Pausa

#### **Ripresa dei lavori**

#### **Tavola Rotonda**

### Moderatore

#### **Erma Zucco**

*Assistente sociale, Distretto Friuli Venezia Giulia*

#### **Lionello Cosentino**

*Senatore, Commissione Igiene e Sanità*

#### **Carlo Monteleone,**

*Psichiatra, Sicilia*

#### **Stefania Baccheschi,**

*Direttore Sociale ASL Siena*

#### **Cinzia Neglia**

*Resp.le Coordinamento salute mentale Caritas Italiana*

#### **Corona Tali Mattioli,**

*Rappresentante Coordinamento Regionale Veneto della  
Associazione dei familiari AITSaM*

#### **Daniela Vellico,**

*ASL 3 Liguria, Dipartimento Salute Mentale*

#### **Carla Rocchini,**

*Azienda USL RM/D IV Distretto Centro Diurno  
Monteverde D.S.M.*

### Chiusura lavori



## Dalla legge 180/78 al nuovo welfare italiano: “i principi, le forme istituzionali e organizzative”

Bruno Benigni. Presidente del Centro Franco Basaglia

### Un trentennale, occasione per riflettere

Credo che corrisponda ad un'idea giusta quella di ricercare negli anni '70 l'origine di una spinta dal basso per un nuovo welfare, in quella temperie culturale, democratica e politica che portò nel 1978 alla approvazione della legge n. 180, prima, e della legge n. 833, poi.

E' tanto più giusto ricercare nelle esperienze di superamento della realtà dei manicomi una delle radici e una delle spinte più formidabili per creare in Italia quel sistema di servizi sociali territoriali di cui si sentiva il bisogno, ma che allora non esisteva.

Bene ha fatto, pertanto, il Consiglio nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali a richiamare il 30° della “180” per ricercare in quella fase della storia d'Italia le premesse culturali e politiche della ideazione del nuovo welfare italiano.

Del resto, si parte sempre da una negatività sociale che non corrisponde più ai bisogni, alla cultura e alla sensibilità dei cittadini per aprire strade nuove, come risultato di idee, perché no, di utopie, di esperienze di avanguardia e di ampie convergenze democratiche.

Così è stato per il superamento del manicomio e per l'avvio di un nuovo sistema per la salute mentale e, conseguentemente, per un nuovo welfare italiano. Questo è stato vero ad Arezzo, a Trieste, a Perugia, a Ferrara e in altre esperienze provinciali.

Il manicomio era istituzione totale, struttura volutamente impenetrabile alle relazioni sociali, casamatta dell'internamento forzoso delle persone con disturbi psichici per garantire la società dalla sup-

posta pericolosità del malato di mente, era la rappresentazione più visibile e più consistente, quasi emblematica, della insocialità sociale del tempo, per usare una terminologia di Emanuele Kant.

Non si può capire e spiegare la legge n. 180 semplicemente leggendo i suoi articoli se non si torna con l'analisi storica alla situazione giuridica, istituzionale e politica dell'assistenza psichiatrica che l'ha preceduta e al rovesciamento istituzionale che l'ha promossa.

E' necessario fare un passo indietro, sia pure con lo sguardo attento e distaccato di un osservatore attuale.

### Un panorama della *insocialità italiana*

Sul piano giuridico, tutte le leggi esistenti, dalla legge Crispi del 1890 alla legge n. 36 del 14 febbraio 1904, avevano come asse centrale per la risposta alla sofferenza sociale e psichica la soluzione dell'internamento delle persone, minori, adulti e anziani, con una varietà di Istituzioni pubbliche e private, una volta esaurita la linea dei contributi degli Enti Comunali di Assistenza (ECA) di competenza dei Comuni.

Solo la spesa per il ricovero delle persone rientrava nella spesa obbligatoria dei Comuni. Ugualmente obbligatoria era la spesa per il ricovero manicomiale in carico alle Amministrazioni provinciali.

Tutta la società italiana era costellata di Istituzioni totali: i brefotrofi, le Scuole speciali, le classi differenziali, gli Istituti per minori, gli Ospedali psichiatrici, i Manicomi Giudiziari, le Case di riposo o Commende che dir si voglia.

Istituzioni totali, secondo la definizione di



Goffman, erano le strutture che sradicavano le persone dalle relazioni familiari e dai contesti sociali per dar luogo ad un mondo in sé compiuto ed autosufficiente, di fatto un surrogato della vita sociale.

L'artificialismo al posto della naturalità delle relazioni umane.

Su quel tessuto di strutture di ricovero si era costituito un vero e proprio potere assistenziale, fatto di interessi aziendali e di una vera propria cultura assistenziale che aveva le sue basi nelle leggi e, prima ancora, nella prevalente ideologia caritativa del tempo.

In quelle condizioni giuridiche e istituzionali i servizi sociali alla persona erano del tutto assenti. Era la famiglia patriarcale che si faceva carico delle diversità psichiche, fisiche e sensoriali e quando la famiglia non era in grado di far da sé, la prospettiva era il ricovero, solo il ricovero, con una più o meno lunga prospettiva di durata, spesso sine die.

### **Il superamento del manicomio**

Franco Basaglia, e con lui tutto il movimento di psichiatria democratica, nel vivo della trasformazione della pratica assistenziale negli ospedali psichiatrici, affermava la necessità di rompere l'abbraccio mortale della giustizia con la psichiatria per sottrarre quest'ultima al mandato del controllo sociale della devianza e, nello stesso tempo, poneva l'esigenza di realizzare l'alleanza tra psichiatria e assistenza sociale, come linea portante per superare la realtà manicomiale, per passare alla salute mentale, alla fase della prevenzione, della cura delle persone malate nel territorio, senza violenza fisica e chimica e senza emarginazione, per attuare pro-

getti di riabilitazione e di recupero sociale delle persone annientate dal lungo internamento.

Era un'affermazione che nasceva da una critica serrata all'ordine esistente e dalla esigenza di far uscire la psichiatria dall'impoten-



*Bruno Benigni*

za, dalla presunzione di autosufficienza e di separazione dal contesto delle realtà sociali dalle quali emergevano la sofferenza e la lacerazione dei rapporti umani e nelle quali era necessario ricercare e attivare tutte le risorse umane per un progetto di guarigione delle persone con disturbi psichici.

Con la messa in primo piano della centralità della persona umana.

Il progetto si fondava su un nuovo paradigma scientifico che superava il biologismo (il cervello, e solo il cervello dell'uomo causa e sede della malattia) e ricercava un nuovo rapporto di interdipendenza tra corpo e mente e tra la persona e il suo contesto sociale. Biologia e storia, biografia e socialità.

Nasceva da qui l'esigenza di un nuovo paradigma assistenziale che implicava la collaborazione tra diverse figure professionali (medici, infermieri, assistenti sociali, educatori e terapisti) e un modo nuovo di lavoro fondato sulla sinergia delle diverse competenze.

In manicomio, nella lotta per il suo superamento e per la sua chiusura, l'alleanza prospettata faceva le prime prove di sé.

Il Servizio sociale non c'era ancora. Fu necessario inserire singole figure di assistenti sociali per partecipare, a pieno titolo, alla ricostruzione del vissuto dei degen- ti, al programma di animazione culturale e



sociale della Comunità terapeutica e alla prospettiva della dimissione e dell'inserimento sociale di ogni ricoverato nelle diverse condizioni.

La cultura sociale e le figure professionali che ne erano portatrici erano ridotte all'osso: non c'era ancora la figura dello psicologo, mancavano operatori per le attività di animazione, erano del tutto assenti figure professionali per la riabilitazione cognitiva, per il rapporto tra lavoro e salute, tra formazione, autonomia e autostima.

Una miseria.

Bisognava superare il concetto e la pratica della "beneficenza", realizzare un Servizio sociale in tutto il Paese con un proprio Ordinamento, con un proprio status giuridico che ne definisse i fondamenti, l'autonomia e, insieme, le forme di integrazione con altri settori dell'agire sociale e che lo sottraesse alla dipendenza di altri Ordinamenti, prima di tutto uscendo dalla posizione ancillare rispetto alla sanità.

Infatti, il Servizio sociale aveva una propria cultura, un proprio campo di competenze e di responsabilità in tutte le età della vita (minori, adulti e anziani) ed era parimente interessato a costruire relazioni e collaborazioni con i processi lavorativi e formativi.

Fu negli anni 70 e 80, dai nuovi bisogni sociali, che si cominciò ad elaborare una vera e propria strategia per la riforma del welfare italiano.

Non bastava più trasferire ai Comuni e alle Regioni le competenze assistenziali di Enti nazionali, divenuti e considerati inutili, come era avvenuto con il Dpr 616 del 1977, ma era necessaria una vera e propria riformulazione della natura e del ruolo del Servizio sociale in Italia.

Bisognava passare da una nozione residuale del sociale, che prendeva gli avanzi dei bilanci pubblici, che svolgeva un ruolo meramente compassionevole, ad un socia-

le dei diritti, considerato fattore della qualità dello sviluppo economico del Paese e, dunque, come componente della società meritevole di investimenti in capitale materiale ed umano.

La scuola per tutti e di tutti, gli asili nido, la rete dei servizi sociali territoriali, la domiciliarità al posto dell'internamento erano obiettivi concreti che mobilitavano famiglie, Associazioni di disabili, Organizzazioni sindacali, Enti locali, operatori del sociale.

Nacquero allora Riviste importanti che davano voce e sistematicità a proposte per un nuovo welfare.

In questa nuova impostazione, il sociale era considerato fonte di occupazione, di incremento del Pil e alimento di quella coesione sociale necessaria per l'impiego nell'economia del Paese di tutte le risorse umane, in particolare dei giovani, delle donne e degli svantaggiati, su cui si doveva fondare una nuova qualità dello sviluppo della società italiana.

Un salto culturale e politico straordinario, ancora oggi bussola per uscire dalla crisi non solo economica del Paese.

Solo che per affermarsi era necessaria una forte spinta dal basso e una corrispondente volontà politica delle classi dirigenti del Paese.

### **E venne la legge n. 328 dell'anno 2000**

Con venti anni di ritardo, rispetto alle scadenze stabilite nel Dpr 616/77, dopo l'iniziativa delle Organizzazioni sindacali che avevano portato in Parlamento una proposta di legge di iniziativa popolare per la riforma dell'assistenza, dopo tante discussioni senza esito su tanti progetti presentati dalle forze politiche, per scelta del centrosinistra fu approvata la legge n. 328/2000.

Il diritto prendeva il posto della benefi-



enza, i livelli essenziali delle prestazioni sociali erano il riferimento per superare le disparità e le disuguaglianze, la rete dei servizi sociali territoriali relativizzava e doveva ridurre il ricorso all'internamento, il rapporto pubblico e privato era finalizzato al raggiungimento del bene comune, le Regioni e i Comuni erano investiti dei compiti programmatori e organizzativi per gli interventi e per la rete dei servizi sociali territoriali, il coordinamento tra le Istituzioni era la scelta per un federalismo cooperativo e per l'integrazione tra i diversi campi dell'intervento pubblico.

C'era e c'è nella legge n. 328 una scelta fondamentale che ha bisogno ancora d'essere recepita e soprattutto d'essere realizzata: in ogni Zona sociale, coincidente con il distretto sanitario, dice il comma 4 dell'articolo 22, doveva e deve essere costituito un **Servizio sociale professionale**.

Un Servizio sociale che deve comprendere il Segretariato sociale, il Pronto intervento, l'Assistenza domiciliare e residenziale, con un'unitarietà e globalità di progettazione. Una scelta prioritaria, una sorta di conditio sine qua non, perché senza un Servizio sociale professionale di Zona, in ogni Zona, non si supera il municipalismo assistenziale, non si realizza la domiciliarità per l'aiuto alle persone e alle famiglie, non si realizza l'integrazione tra sanità ed assistenza, non si ridimensiona la pratica storica del ricorso all'internamento e alla erogazione di assegni che, da soli, non cambiano lo stato di impotenza delle persone e delle famiglie.

Sono passati quasi dieci anni dall'approvazione della "328" e siamo ancora nella pratica e occulta vigenza della abrogata legge Crispi!

## **Il governo della legge n. 328/2000**

Mettiamo nel conto che applicare la legge n. 328 è compito complesso e difficile, soprattutto perché richiede un impegno nuovo e consistente per il Fondo sociale nazionale e una forte guida nazionale.

E' difficile, perché non si tratta solo di aggiungere, ma di cambiare l'esistente.

Infatti, bisognava e bisogna:

- \* concentrare le risorse finanziarie dello Stato nazionale, delle Regioni e degli Enti locali su un Piano condiviso di interventi e servizi sociali da realizzare in ogni Zona sociale;

- \* passare da interventi categoriali e di prevalente ricovero ad interventi rivolti alla persona e alle famiglie, nella globalità della loro condizione e quindi la domiciliarità;

- \* passare dagli interventi prevalentemente monetari ad un mix in cui gli assegni economici siano parte dei servizi a rete e quindi riformulare tutto il sistema dei contributi;

- \* passare da prestazioni rigide e preconfezionate a prestazioni flessibili e diversificate basate su progetti personalizzati;

- \* passare da interventi centralistici alla "regia" delle Regioni e degli Enti locali per coordinare le risorse pubbliche e private sugli obiettivi di ben-essere sociale e, dunque, sui livelli essenziali delle prestazioni sociali che devono essere approvati con legge nazionale.

Questa complessità avrebbe potuto consigliare una gradualità applicativa, con la scelta di priorità, con la messa in opera dei primi elementi di riforma che si configurano come il piedistallo di una più organica e compiuta costruzione dell'edificio di riforma del welfare italiano.

Non è stato e non è così, né in tutto né in parte.

E' mancata una direzione unitaria del processo di costruzione di un nuovo welfare locale, le risorse finanziarie, poche, sono



rimaste disperse, le decisioni che dovevano essere assunte in base all'articolato della legge sono rimaste sulla carta e il sistema è andato avanti spontaneamente, in nome di un malinteso federalismo e di un persistente indirizzo del "fai da te".

La politica, ancora una volta, ha dato forfait. Siamo in pieno sistema compassionevole, con la social card e il bonus per i derelitti.

### **Il governo del welfare locale**

I punti irrisolti sono molti e tutti hanno contribuito a lasciare in vita disuguaglianze e ritardi rispetto alla evoluzione dei bisogni sociali che sempre più richiedono risposte collettive dal momento che *da sole le persone non sono in grado di far fronte alle emergenze e alle novità della condizione sociale e sanitaria della popolazione.*

Nemmeno se sono benestanti.

Si pensi all'Alzheimer e alle tante e diffuse patologie della cronicità. Ritardi e posizioni pilatesche che coprono la reticenza delle Istituzioni a mettere a disposizione del sociale le risorse finanziarie di cui c'è assoluto bisogno.

Ancora oggi si può impunemente tagliare sul sociale.

E' necessaria, prima di tutto, un'azione nazionale unitaria per rimettere all'ordine del giorno l'applicazione della legge n. 328/2000 e con essa la riforma del welfare. Nello stesso tempo ci sono soluzioni che non costano, ma richiedono solo una nuova cultura di governo da parte delle Istituzioni per avviare la costruzione del welfare locale.

Bisogna riproporle con tutta la forza necessaria. Vediamone alcune.

### **Primo: il Governo locale**

Abbiamo attraversato una fase segnata da una vera e propria "orgia" di discussioni intorno al federalismo, mai che si sia por-

tata l'attenzione su una questione che è cruciale per l'applicazione della legge n. 328/2000 e per la costruzione del welfare locale: *il governo unico della Zona sociale e del distretto socio-sanitario.*

Anche un bambino capisce che per programmare gli interventi e per compiere le scelte di priorità è indispensabile che i Comuni singoli, spesso di piccole e piccolissime dimensioni, diano vita a *forme associative dotate di personalità giuridica*, in grado di adottare deliberazioni valide e cogenti per tutti e di assumere responsabilità chiare nei confronti delle Regioni, delle Asl e dei cittadini dell'intera Zona sociale.

Non è pensabile il welfare locale con 8.200 Comuni, gli uni separati dagli altri.

La legge n. 328/2000 non si propone, né lo potrebbe, di riformare le Istituzioni, ma semplicemente si richiama alla legge n. 267/2000 dell'Ordinamento delle leggi degli Enti locali che prevede la istituzione **di Unioni di Comuni o di Consorzi.**

Purtroppo per il carattere volontario delle Associazioni, nella maggior parte delle situazioni con più Comuni compresi nella Zona/distretto, ci si è limitati a costituire semplici *Conferenze dei Sindaci, Consulte di Enti locali o ad affidare la responsabilità al Comune capofila.*

Un sostanziale **non governo** o, più correttamente, **un governo senza Istituzione**, dunque, una soluzione inadeguata ai compiti di governo nel welfare locale.

Quando si discute di federalismo istituzionale, oltre a contrastare il centralismo ministeriale o regionale, oltre a discutere della riforma dei rami alti dello Stato, bisogna mettere in prima fila il carattere obbligatorio e vincolante delle forme associative



dei Comuni, in modo da creare la premessa politica per un'applicazione seria e coerente della legge di riforma e del welfare locale.

### **Secondo: la programmazione sociale**

Si era cominciato bene, nel 2001, con l'approvazione del 1° Piano sociale nazionale le cui dovevano seguire i Piani sociali regionali e locali.

Tutto si è fermato al centro. Di Piano sociale nazionale non parla il Governo ma nemmeno le Regioni e gli Enti locali ne richiedono la presentazione.

Nelle Regioni e in periferia tutti sono andati per conto proprio, alcuni anche positivamente nello spirito della "328", in generale, però, in una babele di provvedimenti che alla fin fine hanno accentuato le distanze tra le diverse aree del Paese e le disuguaglianze tra i cittadini.

Si è addirittura teorizzata l'archiviazione della legge n. 328 del 2000, come se essa fosse cancellata dal Titolo V della Costituzione, e si è proclamata addirittura l'impotenza del Governo nazionale, dimenticando che spetta allo Stato nazionale:

\* la definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale da garantire ai cittadini in tutto il territorio nazionale,

\* la corrispondente determinazione delle risorse finanziarie, quindi il Fondo sociale nazionale da far corrispondere alla stima economica dei Liveas,

\* l'esercizio del potere sostitutivo sulle Regioni in caso di mancata applicazione dei livelli di assistenza richiesti dalla Costituzione.

Il Piano sociale nazionale, con gli standard e gli obiettivi di politica sociale è ancora e sempre necessario, indipendentemente dalle diatribe e dai sofismi giuridici.

Purtroppo, anche nelle situazioni regio-

nali e locali la programmazione è stata spesso saltuaria, verbosa ed evanescente e il sistema sociale non è decollato e non ha garantito quei diritti sociali e quelle prestazioni che la legge della Repubblica ha promesso a cittadini.

### **Terzo: l'integrazione sociosanitaria**

Da tempo immemorabile si parla di integrazione sociosanitaria. Giustamente. Non sono mancate le definizioni, in particolare con gli articoli 3-septies e 3-octies della legge n. 229/99 e in tante leggi e in tanti atti di programmazione regionale e locali.

Si è parlato e scritto di integrazione istituzionale, gestionale ed operativa e per ciascuno di questi livelli sono state date definizioni ed esemplificazioni, ma il tanto e reiterato parlare di integrazione segnala semplicemente il fatto che essa non esiste nella concreta attività dei servizi sanitari e sociali.

*La ragione sta tutta nel fatto che non si provvede a determinare le condizioni strutturali che facilitano e determinano il lavoro interdisciplinare, che ha senso se le risposte si danno nell'unità di tempo e di spazio.*

E' un problema di cultura e un problema d'impianto organizzativo che deve prendere in considerazione le forme contrattuali, i modelli organizzativi, i rapporti per la sinergia delle competenze, in una parola il nuovo paradigma assistenziale.

L'integrazione sociosanitaria è obiettivo fondamentale da perseguire tenacemente con alcune considerazioni ed avvertimenti.

Fino a quando il sociale sarà povero di risorse finanziarie e professionali, fino a quando prevale il municipalismo assistenziale, il Servizio sociale sarà poca cosa e sarà esposto alla marginalità, alla impotenza e alla irrilevanza.

Quando il pilastro sociale è fragile, quan-



do l'operatore é isolato l'integrazione operativa si realizza, quando si realizza, con una subordinazione del sociale rispetto al sanitario.

Bisogna essere chiari e netti: *la giusta esigenza della integrazione sociosanitaria comporta coordinamento tra diversi, che restano diversi, e non un semplice e riduttivo assorbimento di una cultura nell'altra, di un ordinamento nell'altro.*

Sarebbe un impoverimento assoluto.

Tornando alla salute mentale da cui siamo partiti, il rapporto tra il Dipartimento di salute mentale (DSM), con le sue articolazioni distrettuali, comprende, necessariamente, una presenza sistematica di operatori sociali che partecipano a tutte le fasi dell'attività, dalla presa in carico della domanda a quello della programmazione, nella fase dell'intervento e in quella dell'integrazione della persona nelle diverse aree della vita sociale e civile. Resta il fatto che gli operatori sociali sono in proiezione funzionale e stabile del Servizio sociale cui appartengono e con il quale condividono le finalità, la cultura professionale e la formazione.

### **La Casa della salute**

A proposito della integrazione sociosanitaria, vorrei richiamare la proposta della **Casa della salute**, una sede comune che permette e facilita la compresenza di operatori sanitari e sociali a livello dell'area sub distrettuale e sub Zona sociale. Si tratta di una novità assoluta che ha trovato un punto di partenza ufficiale nella sperimentazione prevista nella Finanziaria 2007 e che è stata approvata recentemente, il 13 novembre 2008, con una decisione della Conferenza Stato-Regione con la quale sono stati ripartiti alle Regioni i 10 milioni di euro stanziati dal Governo di centrosinistra.

E' un inizio, solo un punto di inizio.

Il sociale potrà trovare una inedita occasione per realizzare il Punto unico di accesso, la ricomposizione del personale sociale dipendente dalla Asl e quello appartenente al Comune e, soprattutto, la realizzazione dell'integrazione operativa sociosanitaria per interventi nell'unità di tempo e di spazio.

E' necessario che la Casa della salute sia considerata non un semplice presidio sanitario ma una struttura per il ben-essere sociale della popolazione dove il Servizio sociale realizza le proprie finalità a diretto contatto con la popolazione e stabilisce con il campo sanitario un rapporto di collaborazione con pari dignità culturale e professionale.

### **Considerazione finale**

Il sociale è certamente uscito dallo stato di minorità culturale e, anche per il contributo dato dai suoi operatori, ha acquisito uno proprio status giuridico e scientifico, una propria dignità ed autonomia.

La politica non ha aiutato questa necessaria costituzione, oggi meno che mai, e la riforma del welfare è di là da venire nonostante le buone leggi di cui il Paese dispone.

C'è bisogno di tanta cultura, di tanta passione e di tanta iniziativa per portare più avanti quella emancipazione che è cominciata trenta anni fa e che ormai è da considerare irreversibile, nonostante tutto.

Voi avete ricordato già nell'invito-programma che molte sono le esperienze positive che si sono sviluppate e consolidate anche con l'apporto e la presenza degli Assistenti sociali.

Anche a me, come a Voi, queste comuni storie sociali fanno dire:

**se si vuole si può.**





# Principi e valori nel dibattito degli anni '70

*Maria Dal Pra Ponticelli*

*Professore associato, Università degli Studi di Siena*

Per comprendere come si è arrivati all'emanazione della legge 180/78 orientata verso il rispetto della libertà decisionale dei malati mentali, è importante ripercorrere l'evoluzione di alcuni orientamenti fondamentali dello scenario del dibattito culturale degli anni '60 e '70.

Tali orientamenti innovativi hanno trovato la loro alimentazione nelle riflessioni portate avanti soprattutto in tre diversi ambiti:

## **Il dibattito culturale**

Prima di tutto hanno avuto una fondamentale importanza le riflessioni scaturite dai temi del dibattito culturale relativi alla deistituzionalizzazione, alla partecipazione, allo sviluppo della comunità, ai diritti sociali. Sono gli anni in cui ci si appassionava ai libri di Goffman sulle istituzioni totali segreganti (*Asylum* 1968), ai libri di Marshall su i diritti sociali e su i diritti di cittadinanza (1964), ai libri di Freire sulla teologia della liberazione e della educazione come pratica di libertà (*Pedagogia degli oppressi* 1968/71), ai libri di Basaglia sul problema specifico dei malati psichici (*L'istituzione negata* 1968), alla "Lettera ad una professoressa" di Don Milani sull'emarginazione degli scolari delle classi meno abbienti. Si seguivano i lavori del convegno del CISS sulla programmazione dei servizi sociali (1967), le denunce di Santanera su l'inadeguatezza degli istituti per minori, i temi affrontati dai "movimenti per le riforme" portati avanti da Psichiatria democratica,

Medicina democratica, Magistratura democratica.

Il dibattito culturale della fine degli anni '60 e i primi anni '70 era molto vivace e coinvolgeva sia gli ambienti politici che professionali che si indirizzavano a rivedere gli orientamenti che avevano sostanziato l'impostazione del sistema assistenziale dal dopo guerra, nonostante le aperture nuove sottolineate dalla "Inchiesta parlamentare sulla Miseria e i mezzi per combatterla" dei primi anni 50 o dalle "Conferenze nazionali su i problemi dell'assistenza pubblica all'infanzia e all'adolescenza". Era un sistema assistenziale burocratico, categoriale improntato al paternalismo e alla segregazione, orientato più alla cura e alla custodia piuttosto che alla prevenzione e alla promozione e integrazione sociale dei più deboli.

## **Le riforme**

Negli ambienti politici contemporaneamente si andava delineando una riflessione sulla necessità di integrare sviluppo economico (eravamo negli anni del Boom economico) con uno sviluppo sociale che portasse ad una migliore qualità della vita e "ad assicurare a tutti un livello di vita civile e un minimo di sicurezza". In questa prospettiva si iniziò a ipotizzare "una programmazione diretta a superare le arretratezze e a porre le basi per soddisfare le esigenze di civiltà democratica". Erano le idee contenute nella "Nota aggiuntiva" di Ugo la Malfa al bilancio dello Stato del 1962 che portarono a prefigurare una diversa orga-



nizzazione del sistema assistenziale non più deputato a tutelare solo "i Poveri" ma tutti i cittadini attraverso servizi sociali intesi come infrastrutture sociali presenti in ogni territorio, aperti a tutti, e quindi giungere al superamento degli enti nazionali di assistenza per categoria.

Nel successivo programma di sviluppo economico del 1967 si ipotizzava già l'istituzione dell'Unità sanitaria locale per la tutela della salute in senso universalistico. L'altro documento importante in questa direzione è il Progetto 80 del 1970 nel quale veniva ribadita la centralità del cittadino e della tutela dei suoi diritti attraverso l'istituzione di una rete di servizi sociali territoriali in un sistema di welfare universalistico e istituzionale.

Da questi orientamenti presero vita nel corso degli anni '70 una serie di riforme importanti ed innovative che proseguirono il cammino già iniziato alla fine degli anni '60 con la legge sull'adozione speciale (1967) che doveva contrastare l'istituzionalizzazione dei minori, la riforma degli ospedali psichiatrici (1968) con l'inserimento del servizio sociale e l'istituzione di servizi territoriali quali i Centri di Igiene mentale che dovevano potenziare la prevenzione rispetto alla cura e alla custodia.

Idee innovative su il diverso ruolo dei due coniugi e sulla tutela dei minori erano contenute nel nuovo diritto di famiglia (1975); orientamenti nuovi rispetto al recupero sociale dei detenuti, al ruolo delle misure alternative, alla presenza del servizio socia-

le negli ambienti penitenziari, si evidenziano nella riforma penitenziaria (1975).

Iniziava in quegli anni '70 l'istituzione di servizi territoriali quali i consultori familiari (1975), i centri antidroga (1975), gli asili nido comunali (1971); vennero soppresse le classi differenziali per i soggetti portatori di handicap (1971) facendo seguito alla riforma del 1962 che aveva istituito la scuola media unica.

Furono anni quindi ricchi di fermenti innovativi ed è importante sottolineare come queste riforme avessero alla base principi e valori che si stavano rapidamente diffondendo nell'opinione pubblica, quali la centralità della persona, la partecipazione della comunità, il superamento del concetto di povertà per ricevere le prestazioni assistenziali, la prevenzione e la riabilitazione invece che l'esclusione e l'isolamento, la permanenza nel proprio ambiente invece che il ricovero in strutture segreganti.

Certamente il cambiamento istituzionale e organizzativo più significativo ha avuto origine dall'istituzione delle Regioni e quindi dal processo di decentramento politico e amministrativo che ha posto al centro del sistema di welfare il Comune, ente responsabile del benessere globale della propria realtà territoriale. Le prime leggi regionali sui servizi sociali, la cui istituzione era ormai demandata alla competenza regionale e la cui gestione ai comuni, in molte zone cercarono di mettere in pratica i principi innovativi che si stavano affermando.

In questo clima viene emanata la L.180/1978 che puntava sulla responsabilità della persona e la sua libera scelta rispetto alle cure cui intendeva



sottoporsi. Tale legge, come si sa, venne assorbita dalla riforma sanitaria (1.833-1978) che ne ribadì e ne ampliò i principi considerando il malato mentale un cittadino come tutti gli altri e non un soggetto pericoloso da isolare.

### **Il dibattito nel servizio sociale**

L'altro importante ambito, nel quale stavano maturando orientamenti e principi innovativi che intendevano riprendere e sostenere i valori caratterizzanti che l'avevano identificato fino dall'origine, è stato, negli anni '70, il servizio sociale professionale.

Il difficile travaglio degli anni '60 che aveva portato la professione di assistente sociale ad opporsi agli orientamenti segreganti e settorializzanti del sistema assistenziale fondato su gli Enti nazionali di assistenza, erogatori prevalentemente di sussidi o orientati verso ricoveri, sia per i minori che per gli anziani e i disabili, fu lungo e difficile ma portò negli anni '70 alla maturazione e all'affermazione di principi e valori fondamentali per un'impostazione diversa del sistema di welfare.

Le direttrici verso le quali si orientò il dibattito sul servizio sociale furono essenzialmente tre:

- La contestazione, fenomeno eclatante, ma spesso poco produttivo, che ebbe tuttavia il merito di riappropriarsi e diffondere i valori di base della professione. Infatti, di fronte ad un sistema assistenziale sclerotizzato e burocratico, il servizio sociale rivendicava l'importanza del rapporto promozionale con la persona per lo sviluppo delle sue capacità di autodeterminazione di fronte a scelte obbligate, il suo bisogno di sentirsi parte del proprio contesto sociale di fronte all'esclusione e al custodialismo, lo sviluppo di servizi territoriali aperti a

tutti superando il rischio dell'etichettamento degli utenti, la priorità della prevenzione e della riabilitazione rispetto alla cura, il superamento degli obiettivi volti alla pura sopravvivenza, alla soddisfazione dei soli bisogni primari e l'importanza di un nuovo orientamento verso una "migliore qualità della vita" in senso globale che vede al centro i bisogni relazionali, l'autodeterminazione, la realizzazione delle proprie capacità e opportunità.

- L'altra direzione in cui il servizio sociale si è orientato negli anni '70 fu la riflessione seria e approfondita su i propri principi e strumenti operativi in rapporto anche ad una diversa organizzazione del sistema assistenziale.

I "luoghi" principali di queste riflessioni furono i seminari della Fondazione Zancan: dal seminario pluriennale su "Analisi critica degli obiettivi e degli strumenti operativi de servizio sociale" (1971-1974), al seminario su "Nuove funzioni e nuovi campi di intervento del servizio sociale nella prospettiva di una politica delle riforme"(1974), a quello su "Il servizio sociale professionale nel mutamento dei servizi per emarginati ai servizi per tutti" (975), ai precedenti seminari su "L'unità locale dei servizi" (1968) e su "Unità locale e poteri locali" (1970) fino a quello particolarmente dedicato all'analisi di "Esperienze di servizio sociale in ospedale psichiatrico"(1971).

Dalle riflessioni scaturite da questi importanti occasioni di dibattito venne ribadita l'importanza e la centralità di valori portanti della professione quali il rispetto della libertà di scelta delle persone, il ruolo dell'ope-



ratore che si “pone accanto” (assistere) alla persona per aiutarla a ritrovare la propria capacità di fronteggiare situazioni di disagio e individuare possibili soluzioni per uscirne, fare da tramite fra la persona e le possibili risorse che un sistema di welfare deve mettere a disposizione delle persone per tutelare i loro diritti, l'integrazione fra servizi diversi e

- L'altro settore nel quale il servizio sociale ebbe modo di affermare i propri principi e valori e farne oggetto di riflessione anche per gli altri ambiti del sistema assistenziale ma anche sanitario e educativo, furono le sperimentazioni di servizi innovativi che vennero realizzati negli anni '70 ma che già avevano incominciato a diffondersi negli anni '60.

Anche in strutture che rimanevano emarginanti e segreganti quali i centri medico-psicopedagogici, il servizio



*Maria Dal Pra Ponticelli*

fra risorse pubbliche e private per la formulazione e realizzazione di progetti di aiuto personalizzati e condivisi con la persona e il suo contesto.

Questi principi e valori affermati ancora una volta dalla professione costituirono in quegli anni il substrato dei dibattiti che si intrecciavano in vari campi, dal sistema sanitario, al sistema assistenziale a quello penitenziario e costituirono lo scenario nel quale si concretizzarono i principi della riforma psichiatrica.

sociale seppe cogliere l'innovazione portata da lavoro interdisciplinare; vi furono nuove visioni del lavoro sul caso alla ricerca di soluzioni diverse dal ricovero attraverso la realizzazione di forme alternative all'istituto come la sperimentazione dei “focolari”; va sottolineata l'impostazione innovativa dell'intervento professionale negli uffici di servizio sociale istituiti nel 1956 presso i Tribunali dei minorenni; veramente all'avanguardia furono le prime sperimentazioni



del “lavoro di zona” a fianco dei Comuni.

Anche molte sedi formative del servizio sociale furono in quegli anni ricche di dibattiti e di riflessioni sulla didattica che puntavano sull’ impostazione unitaria dell’intervento professionale e quindi sulla valorizzazione di strumenti diversi dal solo lavoro sul caso, quali l’integrazione con il lavoro con la comunità, con i gruppi, la ricerca sulle cause sociali delle situazioni di disagio.

L’impostazione dei nuovi servizi previsti dalle leggi che venivano emanate negli anni ‘70 - consultori familiari, centri antidroga, centri di igiene mentale, centri di servizio sociale per adulti, interventi professionali nelle strutture ospedaliere ecc - comportarono per la professione lo sviluppo di sperimentazioni innovative nelle quali i suoi valori e principi potessero ritrovare la loro centralità.

Importanti furono le esperienze in ambito psichiatrico; la valorizzazione dell’integrazione socio-sanitaria per la presa in carico del malato mentale nella sua interezza, e non solo sotto l’aspetto medico-psichiatrico, portò all’impostazione innovativa di comunità alloggio, di comunità terapeutiche che non avevano solo obiettivi di custodia e isolamento ma puntavano sulla promozione della persona e delle sue capacità sociali, intellettuali, operative attraverso progetti di inserimento lavorativo e sociale, di gestione autonoma della comunità residenziale, di attività ricreative e educative.

Significative furono le esperienze realizzate nei servizi territoriali come i CIM, aperti al rapporto con il contesto comunitario, con le risorse del

volontariato che in quegli anni iniziò ad essere sempre più attivo e presente.

## **Conclusioni**

Concludendo possiamo quindi dire che se dal punto di vista del diffondersi di un dibattito su impostazioni nuove del sistema assistenziale, sanitario ed educativo ebbero molta importanza sia le idee innovative di alcune persone significative sul piano culturale, sia i principi che orientarono l’emanazione delle numerose riforme di molti aspetti del nostro sistema socio-politico, tuttavia la capacità del servizio sociale degli anni ‘60 e ‘70 di mettere in pratica tali principi e valori attraverso la sperimentazione, l’attivazione di servizi innovativi è stata a mio avviso fondamentale perché per molti aspetti ha fatto risaltare la possibilità di innovare, di operare incarnando impostazioni che pongono al centro la persona e la sua dignità.

### *Bibliografia di riferimento*

*Ducci Valerio: Verso un sistema di welfare fondato sulle autonomie locali – A D Futura – Firenze - 2008*

*Neve Elisabetta: Il servizio sociale- Fondamenti e cultura di una professione - Carocci Faber – Roma – 2008*

*Pieroni Gloria; Dal Pra Ponticelli Maria: Introduzione al servizio sociale. Storia, principi, deontologia – Carocci Faber- Roma - 2005*





## Il servizio sociale nel percorso innovativo della riforma della legge 180/78<sup>1</sup>

Luisa Spisni, Consigliere Nazionale Ordine Assistenti Sociali

### **L'inizio di un processo**

Non posso evitare di iniziare questa riflessione facendo riferimento alla mia esperienza di oltre 30 anni di attività come assistente sociale nei servizi sanitari territoriali per la salute mentale, infanzia/adolescenza e adulti. E ripensare, quasi risentire quelle prime ondate di un vento anti istituzionale e libertario legate a fermenti e cambiamenti culturali, che furono avvertite da me e da molti assistenti sociali come una occasione ineludibile e straordinaria per ridefinire la nostra funzione, e ripensare il senso della stessa che si andava profilando nella società in rapida trasformazione.

Al di là del fervore introdotto dalle teorie e le analisi intellettuali e scientifiche, sociali e politiche, che rivedevano vecchi concetti come le gerarchie sociali, l'autoritarismo e il potere, ben presto fu chiaro a molti di noi che quanto passava come informazione nella cultura e nelle scienze, nelle proposte innovative di modelli alternativi, in alcuni campi in particolare, riguardava anche noi, non solo come cittadini e persone ma come professionisti del sociale.

E' un dato acquisito che nel passaggio – prima concettuale, poi operativo – che va dalla segregazione manicomiale/alle cure psichiatriche/alla tutela della salute mentale, il *servizio sociale* trova la sua naturale vocazione alla promozione della persona afflitta da uno stato di dipendenza e sofferenza.

L'enfasi che la nuova cultura pone sulla dignità della persona e la sua valorizza-

zione, tanto più se in condizione di deprivazione, tocca i principi chiave su cui si fondano sia la filosofia e l'etica, che la metodologia del servizio sociale.

Dobbiamo quindi considerare importante e costruttivo l'impatto che ha avuto la nostra professione con una evoluzione culturale e civile che ha ridefinito e realmente rivoluzionato schemi di riferimento strutturali operanti nella società, che di fatto costringevano persone deboli a trattamenti che poco avevano a che fare con la salute e molto invece con la emarginazione e la esclusione; con scarsa consapevolezza dei più.

Il punto nevralgico, più concreto e dirompente fu quello di definire e nominare i meccanismi presenti nella società che impedivano ad alcune "categorie" di esprimersi e decidere di sé come persone degne di rispetto, e come cittadini, e indicare in alcune strutture – quelle manicomiali – la realizzazione di un perverso sistema di segregazione dei "diversi".

La messa in discussione dell'intera società divenne una indispensabile conseguenza, per rivedere e rimuovere quei meccanismi, svelati e non più accettabili. Questo processo inizia come è noto ben prima che venga emanata la legge 180 nel 1978, quando evidentemente i tempi sono maturi perché essa venga recepita anche dalla riforma sanitaria, dello stesso anno (legge 833/78)<sup>2</sup>, riforma che mette in campo gli stessi principi innovativi .

Franco Basaglia aveva già scritto, dieci

<sup>1</sup> Legge 13 maggio 1978, n.180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*.

<sup>2</sup> Legge 23 dicembre 1978, n.833, *"Istituzione del servizio sanitario nazionale"*.



anni prima, la sua “L’istituzione negata”<sup>3</sup>, testo choc col quale tutti hanno dovuto confrontarsi. Gli assistenti sociali,

nelle varie realtà operative così come negli ambiti formativi dell’epoca, hanno compreso subito il forte potere dirompente delle teorie che, condannando le strutture segreganti psichiatriche in particolare, rimettevano non solo le persone ma i problemi e le contraddizioni di cui erano portatori e vittime, al di “fuori”, laddove erano nate. E là andavano risolti, gli uni e le altre.

Al di là delle dispute sulla origine della malattia mentale, se esistesse in sé o fosse solo o in buona parte la conseguenza di fattori esterni, queste teorie imponevano di rivedere quei meccanismi sociali e istituzionali che, pur avendo la pretesa di tutelare o curare, provocavano emarginazione e altra sofferenza (nei più socialmente deboli). Di fatto non “sanando” ma semmai aumentando la patologia, quando anche privando la persona dei suoi diritti sociali fondamentali (costituzionali<sup>4</sup>, universali<sup>5</sup>), cui va aggiunto il forte stigma legato alla presunta pericolosità (era quindi la pretesa di curare con una sanzione, comunque all’interno di un intervento punitivo).

Mettersi in discussione, entrare nel vivo del cambiamento per le professioni d’aiuto come la nostra, è stato inevitabile e indispensabile, avendo la consapevolezza di essere detentori di un ruolo che non poteva rimanere silente o indifferente. Non solo: per gli assistenti sociali si apriva la prospettiva che il loro ruolo e

la loro funzione potessero finalmente coniugarsi ai *principi e ai valori di eguaglianza e giustizia sociale* da cui trae ragion d’essere e sostegno il servizio sociale, aspirando a realizzare più pienamente i propri obiettivi.

Questo lo posso dire anche perché c’ero.

Ero ai primi passi come assistente sociale ed ero in quella situazione di transizione, difficile ma tanto ricca di stimoli: da un modo di operare dentro una struttura a ottica “assistenziale” si passava ad un ambito multi professionale dove le categorie metodologiche stavano dentro uno stesso schema, al fine di **promuovere azioni che innescassero processi atti a mettere in moto, oltre che la liberazione della persona dal problema, anche spinte sociali e politiche per il cambiamento, adottando un metodo di collaborazione, lavoro di gruppo e ricerca costante.**

### ***L’esperienza nel campo***

Nei primi anni ’70 alcune Amministrazioni Provinciali, a cui competeva la cura di varie categorie di “diversi” (folli, sordi, infanzia con varie disabilità, ecc.), indirizzarono le loro politiche verso scelte coraggiose, che ribaltavano i criteri operativi e gli assetti organizzativi precedenti, iniziando da un luogo emblematico e reale, l’*Ospedale psichiatrico*.

Queste scelte emersero da indirizzi e iniziative politiche di rappresentanti delle amministrazioni locali (a Gorizia, Arezzo, Trieste) di intesa con “esperti” del campo che, facendo propri alcuni assunti e sfidando lo stato delle cose, si posero l’obiettivo di liberare dalla segregazione e

<sup>3</sup> F. Basaglia, *L’istituzione negata*, Einaudi, Torino, 1968.

<sup>4</sup> Costituzione della Repubblica Italiana, 22 dicembre 1947

<sup>5</sup> Dichiarazione Universale dei diritti umani, New York, 10 dicembre 1948.



dalla sofferenza manicomiale le centinaia e migliaia di persone coinvolte, sia adulti che bambini e adolescenti, proponendo cambiamenti radicali.

Gli assistenti sociali furono fra i primi "operatori" chiamati ad intervenire, tanto quelli che già operavano nel settore che molti altri che vennero ad integrare i gruppi pluridisciplinari. L'ottica che si configura infatti è quella che porterà sempre più avanti l'ipotesi di una integrazione degli interventi sanitari e sociali, e che troverà già nel 1977 le prime indicazioni di un riassetto organizzativo che investe i Comuni, la sanità, la pubblica assistenza (DPR 616/77)<sup>6</sup> e che porterà alla riforma sanitaria (ma non a quella della assistenza, anche se era in atto una trasformazione/eliminazione di molti enti, i cui operatori, anche assistenti sociali, confluirono sia nei comuni che nelle costituende USL).

In molti casi, (laddove la condizione lo resero possibile), si mise in atto un processo che andava a toccare molti dei più rilevanti nodi cruciali connessi alla de-istituzionalizzazione, producendo modifiche sostanziali anche in ambiti non specificamente sanitari, processo movimentato e guidato da una forte spinta ideologica ma animato soprattutto da un grande lavoro di ricerca e di programmazione.

Le difficoltà tuttavia erano tante, e su molti piani.

Le questioni esigevano il concorso e la collaborazione di vari soggetti, sia istituzionali - enti locali, scuole, istituti per la formazione, rappresentanze del mondo del lavoro - che delle tante professioni coinvolte. Oltre ai grandi cambiamenti dell'organizzazione, doveva essere affrontata la società nel suo insieme, l'opinione pubblica e le comunità locali, i

vari contesti di vita. E le famiglie, soprattutto le famiglie.

Su questi piani sono iniziate da subito le attività degli assistenti sociali: dal lavoro con le persone, passando dal "dentro" la struttura manicomiale al "fuori", attraverso tutte le fasi e con le gradualità necessarie, al lavoro con chi stava "fuori", anche per fare capire cosa fosse il mondo "dentro". Attività dove questi "operatori" (per marcare una trasversalità e una omogeneità di linea molto tipica di quel periodo negli ambiti multi disciplinari) hanno agito una vera *azione di promozione sociale e politica*.

Tutto questo insieme ad altre figure professionali, e con ambiti di specificità che non sempre erano definiti, almeno nelle prime fasi.

Io ero in una di queste amministrazioni provinciali, che iniziò il percorso già dai primi anni '70, anticipando di alcuni anni l'emanazione della legge "180" nel 1978, ed è per questo che sento importante dire che c'ero.

Si aprirono le porte della struttura più chiusa, forse più ancora delle carceri quanto a rappresentazione e immaginario collettivo.

Si passava da un sistema di protezione custodialistico, comunque fosse realizzato (alcuni O.P. avevano sviluppato al loro interno spazi dove si svolgevano attività considerate migliorative), ad un sistema di *servizi sul territorio* che potesse da una parte preparare l'accoglienza di chi usciva e dall'altra facesse prevenzione e predisponesse tutele per evitare il ripetersi di meccanismi di esclusione.

Si dovevano trovare da subito le coordinate per un grande disegno istituzionale

<sup>6</sup> Decreto del Presidente della Repubblica 27 luglio 1977, n.616.



ma anche operativo.

E si dovevano trovare rapidamente le soluzioni concrete, trovando accordi politici e per “riconvertire risorse”, sia da un punto di vista economico che del personale da coinvolgere. In tutto questo erano coinvolti i politici, gli amministratori così come gli operatori.

Nacquero così i Centri di Igiene Mentale, (poi Servizi di Salute Mentale), per Infanzia e Adulti, con una rilevante presenza di assistenti sociali che operavano in gruppi multidisciplinari su territori anche vasti.

Cominciò a farsi strada una creatività nuova, la ricerca sinergica di soluzioni “alternative”, seppure complesse, e talvolta non del tutto comprese dagli stessi fruitori, in particolare dalle famiglie.

### ***Le azioni di rinnovamento, le persone.***

Gli assistenti sociali hanno lavorato da subito sul doppio versante del sostegno e della promozione e investito energie in progetti diversificati e su più fronti: i pazienti/utenti, le famiglie, il territorio e la comunità con tutte le sue agenzie, gli enti titolari e non, spesso costruendo dal nulla e muovendosi su un terreno di diffidenza quando non di reale dissenso.

*Rimettere la persona al centro e allargare il campo dei soggetti coinvolti a tutto il territorio di riferimento per ricostruire con la stessa persona un suo progetto di vita, partendo dai suoi bisogni e dal riconoscere il suo diritto ad esprimerli:* questo è il valore fondamentale innescato della riforma, che segna un punto di non ritorno, un limite che, lo diciamo pur con la consapevolezza dei pericoli che in ogni epoca si corrono, non è più lecito

oltrepassare.

Io posso testimoniare quel passaggio: perché c'ero già nella équipe per l'infanzia, il Centro medico psico pedagogico, che prendeva in esame minori affetti da varie tipologie di ritardo mentale e dello sviluppo, deficit sensoriali, handicap motori, per valutarne le dimensioni al fine di inserire quei bambini in classi differenziali o scuole speciali (anni 1970/'71/'72).

E c'ero quando si invertì il senso di marcia (anni 1973/'74), all'interno di tanti dibattiti e di pareri contrastanti dei vari professionisti (sì, c'erano anche coloro che non valutavano positivamente la svolta): dalla scuola speciale e dalle classi differenziali alle classi e scuole comuni, di tutti.

Non va dimenticato che se l'apertura del manicomio fu l'evento più emblematico e simbolico della riforma, altrettanto importanti furono gli interventi diretti al trattamento dei problemi dei minori, bambini e adolescenti. Trovare da subito soluzioni diverse dalla istituzionalizzazione e dalla separatezza, o riparare a quanto stava già accadendo: non solo come scelta necessaria e coerente ma come unico mezzo di prevenzione alla “carriera” di emarginati, cui molti bambini sembravano destinati fin dai primi anni di età.

Ricordo solo con quale stupore e indignazione molti di noi si trovarono ad affrontare situazioni di bambini e adolescenti in strutture manicomiali, ricoveri per i quali nessuna giustificazione poteva essere considerata plausibile, essendo quasi sempre inesistente qualunque pretesa di cura o riabilitazione.

I cosiddetti Istituti medico psico pedagogici ospitavano minori la cui comune caratteristica era il disagio sociale e familiare, che si sommava spesso ma non sempre a handicap di



varia natura, più spesso a un ritardo generalizzato o disturbi della sfera relazionale o dell'apprendimento, da ricondursi alla causa principale che l'istituzionalizzazione non poteva nè sapeva sanare.

Va poi sottolineato che il ricovero dei minori avveniva spesso in Regioni diverse e spesso molto lontane da quella di residenza e questo rendeva improbabile il permanere di contatti significativi con l'ambiente e la famiglia, a dimostrazione di come il reinserimento della persona nel suo contesto naturale non fosse un obiettivo a cui veniva orientata la riabilitazione o il trattamento interno.

Questa reale piaga della *istituzionalizzazione dei minori*, d'altronde, si è protratta fino ai nostri giorni e non si può dire del tutto superata nonostante gli interventi legislativi che impongono la chiusura di tali strutture (ma non la trasformazione con adeguato restauro).

### ***Assistenti sociali da operatori a professionisti. Ruolo e funzioni.***

E' vero che quello manicomiale e degli Istituti per minori era un mondo a parte, invisibile; o rimosso. Ed è anche vero che all'interno di alcune di tali strutture erano presenti operatori che esercitavano al meglio il loro compito, in grado, in alcuni casi, di fare esperienze significative e positive per le persone, seppure all'interno della logica istituzionale.

Sebbene gli assistenti sociali abbiano radicato la propria esperienza in Italia fin dal dopoguerra in molti ambiti di tipo assistenziale o che si rifacevano a concetti legati alla "beneficenza", penso si possa asserire che questo modello non è mai stato proprio del servizio sociale. Molte esperienze e molta letteratura lo documentano. In alcuni ambiti in parti-

colare - ricordo enti come l'ONMI, ENAOLI, i Brefetrofi, gli stessi O.P. - gli assistenti sociali hanno lasciato la loro importante traccia, superando la mera logica assistenziale, operando per obiettivi di rafforzamento della identità e per la consapevolezza dei diritti, spesso sfidando i pregiudizi e i limiti dell'organizzazione e degli enti.

Quella della riforma psichiatrica e della intera riforma sanitaria del 1978 quindi è stata una occasione di sfida per affrontare problemi e nodi che già si intravedevano come limiti alla nostra professione, ma che la situazione frammentata degli ambiti assistenziali, la mancanza di un quadro legislativo unitario del sistema sociale impedivano di modificare.

L'importante ruolo che gli assistenti sociali hanno assunto nei servizi per la salute mentale che sono stati attivati in seguito alla riforma (CIM, SIM, DSM), compresa la loro collocazione stabile negli stessi, è legata essenzialmente ad alcuni punti chiave, elementi che fanno parte sostanziale delle linee politiche adottate in seguito anche per definire gli obiettivi specifici e gli indirizzi operativi:

- il riconoscimento di quanto fosse rilevante *connettere i piani sanitari e sociali*, sia per i progetti individuali che per i programmi generali (attivazione di luoghi di riabilitazione, di centri diurni, ecc.), previsti dalla stessa legge 180 e dalla riforma sanitaria come indispensabili supporti territoriali;
- la consapevolezza di quanto fosse necessario per i nuovi servizi sanitari psichiatrici (di salute mentale) agire sui meccanismi del sociale lavorando, contestualmente al recupero della sfera cognitiva emotiva e psicologica,



anche per la *ricostruzione della sfera relazionale e sociale della persona*, come e quanto possibile, attraverso

una azione di accompagnamento nella comunità, nei contesti di vita di tutti, pena l'inefficacia degli stessi trattamenti terapeutici sanitari;

- la necessità di una *attività di sensibilizzazione e facilitazione del contesto sociale*, per favorire un processo conoscitivo dei problemi legati ai disturbi psichici, per *attenuare le azioni di rigetto legati alla stigmatizzazione della malattia mentale*, per trovare soggetti pubblici e privati con cui coltivare alleanze e costruire opportunità per le persone: indispensabile rete per programmi personalizzati;

- la necessità di offrire l'opportuna tutela alla persona, e quindi sostenere e accompagnare la stessa – in quel difficile percorso di *ri-acquisizione dei diritti sociali e civili*, che vuole dire anche affrontare in maniera competente questioni amministrative e/o burocratiche, ottenere l'abbattimento di barriere che impediscono o ostruiscono l'accesso ai servizi a quei cittadini che non lo hanno mai preteso;

- la considerazione di come *interventi nel contesto sociale fossero parti centrali e fondamentali del processo d'aiuto alla persona con disturbi psichici*, (passato da paziente psichiatrico ad utente di un servizio per la salute mentale, finalmente cittadino), e che

quindi non potessero che essere parte integrante del progetto terapeutico.

Ciò non vuole dire che si sia instaurata una situazione paritetica fra le professioni sociali e quelle sanitarie: la maggiore preponderanza dell'apparato sanitario ha costituito sempre un punto di fragilità, non ancora risolto, come si sa.

E va pure sottolineato che le esperienze in questo settore hanno avuto nelle varie regioni tempi modi e qualità di interventi, e quindi servizi, molto differenziati.

Inizia qui il *processo di integrazione socio sanitaria*, che ha in questo ambito il suo irreversibile avvio con la costituzione delle Unità Sanitarie Locali e che troverà riferimento nella successiva riforma sanitaria degli anni '90 particolarmente con l'approvazione del *Progetto Obiettivo Salute Mentale*, dove si sostanziano indirizzi relativi ai soggetti coinvolti, agli obiettivi, alle strategie operative. Proposto dal Piano sanitario nazionale 1994 e poi dal decreto legislativo n. 229/99<sup>7</sup>, il P.O. si configura nei contenuti e nelle indicazioni orientate alla integrazione sociale e sanitaria come il testo normativo più importante e propositivo (P.O. Tutela della salute mentale, parte "Obiettivi e interventi")<sup>8</sup>.

Da ultimo, la tanto attesa legge di Riforma dell'"assistenza" (n. 328/2000)<sup>9</sup> si inserisce pienamente nello stesso spirito e nel dettato del Progetto Obiettivo all'interno di linee di politiche per l'integrazione, rinforzandole nella sostanza.

<sup>7</sup> D. Lgs. 19 giugno 1999, n.229. Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

<sup>8</sup> D.P.R. 10 novembre 1999, Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000".

<sup>9</sup> Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

## **Il Servizio Sociale nella programmazione e negli interventi.**

### **Aspetti rilevanti di metodo e di contenuto: nella attività con/per le persone**

- Sviluppo di azioni per la progressiva restituzione della persona all'ambiente esterno, con riferimento principale al suo ambiente di vita, di relazione, di interessi, con l'obiettivo di una progressiva emancipazione e autonomia attraverso un programma personalizzato che veda la partecipazione massima, nella individuazioni dei percorsi da intraprendere, della stessa persona, che da parte passiva della relazione diventa attiva.

- Partecipazione al progetto terapeutico complessivo, tenendo conto dei passaggi e delle gradualità indispensabili soprattutto per le persone più segnate dal lungo ricovero e/o dalla gravità del disturbo, fruendo del lavoro interdisciplinare per potenziare la conoscenza della persona e della complessità dei suoi disturbi, con l'obiettivo di una diminuzione della dipendenza e della cronicità.

- Impostazione della relazione di aiuto sulla fiducia nei confronti della persona utente, nelle sue potenzialità, mettendo in atto sentimenti di empatia e aspettative positive, evitando però di trascurare o di sminuire le sue fragilità.

- Sostegno nei rapporti con l'ambito familiare, supportandolo come riferimento relazionale imprescindibile e come possibile risorsa.

## **Nell'attività e nei rapporti con il contesto ed i soggetti esterni**

- Interventi diretti alla riconquista dei diritti di cittadinanza, mettendo sempre più in contatto le agenzie e i servizi con le stesse persone utenti, facendole diventare "visibili", facendo cadere pregiudizi e tabù.

- Sollecitazione e attivazione massima della rete sociale, formale e informale, per individuare "sostenitori" di idee e azioni nella comunità che favoriscano l'accoglienza dei "diversi" e la promozione di un clima di ri-socializzazione per tutti.

- Sostegno, attraverso azioni e interventi su più fronti, dei passaggi fondamentali (non solo semantici ma di contenuto) per la crescita delle persone: dalla socializzazione alle attività di tempo libero, dalle attività occupazionali agli inserimenti lavorativi, dagli alloggi assistiti alla autonomia abitativa; dai "sussidi" economici alla gestione personale di quanto percepito in forza di un diritto esigibile (pensione, salario, contributi di familiari, ecc.).

- Promozione dell'auto aiuto per utenti e familiari, come valore e come ambiti di libertà da conquistare. Attivazione di attività di tipo cooperativo per favorire la solidarietà e la sostenibilità<sup>10</sup> in ambiti lavorativi.

- Collegamento e interazione con il servizio sociale dei distretti e dell'ente locale, che diventa il referente

<sup>10</sup> Legge 8 novembre 1991, n.381 "Disciplina delle Cooperative sociali"





anche di questi cittadini per tutti gli ambiti di competenza.

### **Aspetti problematici**

#### *All'interno:*

nella attività interdisciplinare incide il problema delle "gerarchie" fra professioni sanitarie e professioni sociali, sotto vari profili: nelle responsabilità, nella direzione dei servizi, nella gestione della autonomia decisionale nel gruppo, nella direzione dei servizi.

Il servizio sociale può trovare difficoltà a esercitare la propria funzione e a trovare la giusta alleanza/integrazione in un ambito spesso produttore di (eccessiva) dipendenza dell'utente dal servizio sanitario (di salute mentale), aspetto che tocca il controllo sociale e che incide sia positivamente (tutela) che negativamente (permanenza dello stigma, limite nell'emancipazione).

Il problema della cronicizzazione di alcuni disturbi, la enfattizzazione di comportamenti sociali non accettati, aspetti legati alla presunta pericolosità: questi ed altri problemi portano spesso i servizi ad accentuare gli aspetti di controllo e di medicalizzazione (anche farmacologica), a scapito di interventi socio/riabilitativi.

#### *All'esterno:*

la conflittualità nelle competenze istituzionali, rispetto alla titolarità degli investimenti e interventi economici ha spesso contraddistinto questo settore. La "sanitarizzazione" di molti interventi sociali, inseriti nella progettazione e nei programmi terapeutici, ha fatto entrare questi costi nel sistema sanitario,



*Luisa Spisni*

con effetti contraddittori. Se infatti ha prodotto il dato positivo della accelerazione della realizzazione dei progetti di integrazione socio-sanitaria, ha accentuato aspetti che sono diventati nel tempo altrettanti problemi: eccesso di spesa sanitaria e conseguenti progressivi tagli sul sociale in sanità.

Conseguentemente, si è accentuata la difficoltà degli enti locali a subentrare, facendosi carico della programmazione e della spesa sociale di questo settore, che definito "ad alta integrazione socio sanitaria"<sup>11</sup>, ha poi trovato indicazioni di tipo normativo.

Esistono, inoltre, ancora reali carenze sul territorio, per la presenza di una insufficiente articolazione di servizi, di strutture flessibili e di supporto, in alcune regioni più che in altre: lo provano anche le varie proposte di legge di revisione della legge 180/78, che attribuiscono alla stessa legge responsabilità e inadeguatezze.

Ma la Riforma introdotta dalla legge 180/78, sotto alcuni aspetti, attende e deve trovare ancora la sua piena realizzazione. Ciò può avere riscontro solo nei fatti, che sono dipendenti da volontà politiche e della capacità di amministrare la cosa pubblica, mentre si può dire che sia ancora totalmente autenti-

<sup>11</sup>DPCM "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria", a norma dell'art.2, comma 1, lettera n) della legge 30 novembre 1998, n. 419.



ca la sua proposta, e condivisi (da molti) lo spirito e il messaggio.

Le criticità sono oggi più evidenti che mai, e c'è un rischio concreto che la riduzione di finanziamenti per il personale e i servizi nei Dipartimenti di Salute mentale e nei servizi sociali del territorio provochi la riduzione di opportunità per le persone utenti e le loro famiglie, innescando un arretramento verso il piano più strettamente medico/sanitario/custodialistico e quindi un peggioramento della qualità complessiva delle risposte.

Per queste ragioni gli assistenti sociali, e le loro rappresentanze, sono impegnati sul piano della promozione delle politiche sociali, convinti come sono che si possa, quindi si debba, fare di più per ristabilire equità e colmare "svantaggi", a vantaggio di tutti.

La storia del servizio sociale, pertanto, nell'ambito dei servizi per la salute mentale, continua, e non potrebbe essere altrimenti.

Mi hanno accompagnato in queste riflessioni i volti e le sensazioni di vicinanza di persone che mi sono state particolarmente care, che vorrei ricordare e che non posso fare senza sentire una grande commozione, di cui non so neppure dire con parole giuste. Alcune non ci sono più, e vorrei essere in grado di esprimere quanto devo a loro, al loro incredibile e straordinario mondo di sentimenti, di pensieri, di intelligenza a volta geniale. Spesso quello stato che chiamiamo follia non è connesso alla sofferenza, può non esserlo necessariamente se viene consentita una possibilità di espressione, attraverso il linguaggio, le relazioni, la creatività. Questo è quello che ho visto possibile in molte persone, per questo il rapporto con loro mi ha arricchito, permettendomi di conoscere meglio anche me stessa.





## L'associazionismo dei familiari per i diritti di cittadinanza delle persone con sofferenza mentale.

*Girolamo Digilio, UNASAM, Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale*

Ringrazio, anche a nome dell'UNASAM e della sua Presidente Gisella Trincas, l'Ordine degli Assistenti Sociali e, in particolare, la Presidente Franca Dente e la Dottoressa Luisa Spisni, per averci invitato, ma soprattutto per aver organizzato questo convegno su un tema così sensibile, quello della salute mentale e della sua tutela, una questione centrale della società moderna nella quale il disagio sociale, il disagio psichico e la malattia mentale sono strettamente correlati alla qualità della vita imposta dalle esigenze della produzione e del mercato.

L'UNASAM, Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale, è composta da oltre 160 associazioni di utenti e loro familiari, riunite in coordinamenti regionali e impegnate per il superamento di ogni forma di discriminazione e di emarginazione delle persone con sofferenza mentale, per il rispetto della loro dignità di persone e per il pieno riconoscimento dei diritti di cittadinanza sanciti dalla Costituzione italiana per tutti i cittadini: non solo il diritto alla cura, ma anche il diritto al lavoro, il diritto alla casa, al tempo libero, il diritto di ciascuno ad una vita conforme alle proprie attitudini e alle proprie capacità.

Spetta a Franco Basaglia il merito di aver posto al centro del dibattito la questione dei diritti delle persone con sofferenza mentale e di aver aperto, con il suo pensiero e con la sua azione, una prospettiva di libertà e di giustizia che ha trovato un fondamentale strumento nella legge 180.

La successiva chiusura dei manicomi e la realizzazione di una rete di DSM su tutto il

territorio nazionale hanno profondamente cambiato la condizione e il destino delle persone con sofferenza mentale, tuttavia siamo ancora lontani dal pieno riconoscimento della effettiva titolarità dei diritti di cittadinanza e non di rado queste persone sono vittime di abusi che in alcuni casi possono configurare veri e propri reati.

La riabilitazione e la piena integrazione nella società è l'unica risposta che può garantire tali diritti ed è al tempo stesso un potente strumento di cura: deve essere pertanto il risultato al quale deve tendere ogni programma di cura.

Questo obiettivo è fortemente condizionato dalla cultura e dai comportamenti della cosiddetta società civile nella quale persistono atteggiamenti di rifiuto e di esclusione nei riguardi delle persone con sofferenza mentale.

Devo dire che questi atteggiamenti sono diffusi anche fra i familiari e perfino tra gli operatori, ed hanno una valenza fortemente negativa in quanto attraverso l'emarginazione e l'esclusione sociale inducono processi di disabilitazione delle persone assai superiori a quelli che comporterebbe la menomazione della quale esse sono portatrici.

Tuttavia laddove, superando la negatività dello stigma, sono state messe in atto politiche e pratiche di presa in carico globale e continuativa e sono stati realizzati, insieme alle cure mediche, i percorsi riabilitativi e le strutture previste dai Progetti obiettivo salute mentale '94/'97 e '98/2000 sono stati ottenuti straordinari successi.

Purtroppo non disponiamo di dati complessivi a livello nazionale, ma soltanto di



dati parziali riferiti a realtà locali.

Un primo dato assai frustrante è rappresentato proprio dalla mancanza di attenzione verso i risultati di tante buone pratiche in atto nel nostro Paese i cui risultati meriterebbero una riflessione critica ai fini del miglioramento delle cure. I dati raccolti dall'UNASAM nel suo recente congresso indicano che in Italia esistono diverse migliaia di persone che grazie alle pratiche di inclusione sociale sono uscite dal tunnel e dispongono di una soddisfacente qualità di vita.

Per ciò che concerne gli inserimenti lavorativi, per esempio, in Toscana, nel triennio 2003-2005 sono stati effettuati 284 collocamenti al lavoro ai sensi della legge 68/99 e 421 assunzioni in cooperative sociali, sono stati attivati, inoltre, 148 tirocini formativi; nel Lazio sono stati realizzati soltanto nel 2005 125 inserimenti lavorativi, il 60% dei quali correlati con le attività di formazione svolte nei CD; il 65% in cooperative sociali di tipo B, il 16% in aziende private, l'1% nelle strutture pubbliche.

Attualmente circa 1.300 persone frequentano corsi di formazione nei 60 Centri diurni della regione.

Purtroppo al termine dei percorsi formativi molto spesso viene a mancare uno sbocco lavorativo e ciò vanifica gran parte dello sforzo fatto e pregiudica gravemente le stesse condizioni di salute dei pazienti che tendono a ricadere.

In Emilia Romagna negli anni 2005-2007 sono stati effettuati 2446 inserimenti lavorativi, in gran parte presso cooperative sociali di tipo B, della durata media di dieci mesi.

Nel Friuli Venezia Giulia sono stati effet-

tuati nel 2007 64 inserimenti lavorativi, di cui 25 a Trieste.

Nel Molise in una iniziativa condotta dalla associazione dei familiari per la salute mentale in collaborazione con la Regione, sono state effettuate solo nel 2006 12 assunzioni, delle quali 9 presso aziende private e le rimanenti presso cooperative sociali di tipo B; in queste persone si è registrata una drastica caduta dei ricoveri in



*Girolamo Digilio*

SPDC; 15 persone inoltre hanno usufruito di una borsa lavoro.

Come abbiamo detto si tratta di dati frammentari che necessitano di una verifica e di una ulteriore analisi, ma che indicano la presenza diffusa di una attività piuttosto vivace e con esiti assai positivi che andrebbe ulteriormente promossa.

Meno variegata è la situazione della residenzialità terapeutico-riabilitativa e socio-assistenziale per il prevalere un po' dovunque di grandi strutture residenziali poco controllate nelle quali le attività riabilitative sono scarse o assenti mentre scarseggiano le residenze con un limitato numero di posti letto che, come è noto, consentono un più efficace intervento riabilitativo. In Sardegna è stato avviato un piano che prevede, entro tre anni, la riconversione di tutte le strutture socio-sanitarie in residenze con non più di 8 posti letto.



In molte regioni, fra le quali il Lazio, la Campania, le Puglie, gli Abruzzi, il Molise e la Sicilia le strutture residenziali, per lo più private, e le case di cura convenzionate assorbono il 60% o più dell'intero budget per la salute mentale.

Il budget per la salute mentale oscilla fra il 2,31% e il 3,68% della spesa sanitaria e solo in pochissime regioni raggiunge il 5%.

Questi dati nel loro complesso indicano la necessità di una azione di riequilibrio degli interventi e della spesa in favore di una più incisiva attività riabilitativa e di inclusione sociale e di

una maggiore omogeneità di intervento in tutto il territorio nazionale. Spetta allo Stato inoltre la responsabilità di elaborare ulteriori strumenti di incentivazione e di controllo per l'attuazione delle politiche per la residenzialità finalizzata all'integrazione sociale, per l'inserimento lavorativo e per la formazione previste dalla normativa vigente (Leggi 58/99, 328/2000, ecc.) garantendo, in particolare, uno sbocco lavorativo ai pazienti che hanno maturato competenze nei vari settori e sostenendo le cooperative sociali di tipo B che rappresentano tuttora il settore che in misura maggiore è in grado di assorbire la richiesta.

Gli Enti locali a loro volta devono avere la possibilità e la volontà di un maggiore impegno nel settore della salute mentale destinando, in particolare, un maggiore numero di alloggi alle necessità del settore.

In questo contesto è fondamentale il ruolo del Servizio sociale come organo

di raccordo fra i servizi sanitari, l'utente e i suoi familiari, da una parte, e le istituzioni pubbliche e private dall'altra.

Noi riteniamo che la figura dell'assistente sociale sia una figura centrale nei percorsi riabilitativi proprio perché

non è uno psichiatra, non è uno psicologo, e rappresenta, nell'ambito del circuito sanitario, una continuità di contatto con la società civile con valenza altamente terapeutica.



*La tavola rotonda del pomeriggio*

Per questo motivo il suo ruolo deve essere valorizzato e non può essere mai ridotto a quello di un puro e semplice erogatore di prestazioni burocratiche per la compassionevole concessione di alcuni servizi quali i sussidi, le pensioni di invalidità, ecc. che, pur se utili, non cambiano sostanzialmente la condizione delle persone; il suo ruolo professionale è invece quello di un accompagnamento attivo e responsabile della persona con sofferenza mentale in un percorso di *empowerment* e di autonomia per raggiungere l'obiettivo della piena integrazione sociale.

Il servizio sociale deve pertanto operare sempre di più, anche con lo strumento di un costante aggiornamento professionale dei suoi operatori, nella visione del superamento dell'attuale prevalente concezione assistenzialistica e portare così un contributo decisivo all'esercizio dei diritti di cittadinanza delle persone con sofferenza mentale.



KEE  
1957



**Speciale**

**Inaugurazione della Sede del Consiglio Nazionale  
dell'Ordine degli Assistenti Sociali**





**Speciale:**

## Inaugurazione della Sede del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali

---

### Diritti sociali e costituzione

*Franca Dente, Presidente del Consiglio Nazionale*

Sono particolarmente emozionata per le prestigiose presenze che oggi hanno voluto condividere con noi questo momento celebrativo. Ringrazio tutti coloro che hanno accettato l'invito, in primo luogo il Professor Pasquale Costanzo, Ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Genova che ci arricchirà con una *lectio magistralis*, i rappresentanti politico/istituzionali a noi molto vicini come la Senatrice Serafini ecc., i rappresentanti del precedente Consiglio nazionale dell'Ordine, in particolare Paola Rossi, che tanto hanno contribuito a realizzare l'obiettivo della nuova sede, i CROAS che hanno fattivamente consentito la realizzazione di questo "casa comune", gli amici e i colleghi di altri ordini professionali, i diversi rappresentanti della professione.

Un ricordo a Fiorella Cava che ha fortemente voluto realizzare questo obiettivo senza poi vederlo.

Un grazie a tutti.

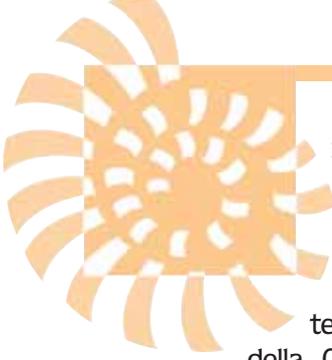
L'inaugurazione della nuova sede non è per noi evento solo celebrativo ma un momento di riflessione culturale sui Diritti Sociali e la Costituzione in una fase storica particolarmente critica per l'esigibilità dei diritti sociali e per la Costituzione stessa visti i diversi tentativi di modifica.

Nella mattinata abbiamo anche previsto dei riconoscimenti simbolici a professionisti fuori e dentro la professione che hanno sposato la nostra causa, non tanto



e non solo quella del S.S. in quanto disciplina, quanto la sua essenza che è quella dell'affermazione e promozione dei diritti di cittadinanza.

La mattinata vedrà la partecipazione di Giobbe Covatta come testimonial dell'AMREF a cui andrà il nostro piccolo sostegno ai progetti dell'Africa, paese a cui noi siamo legati anche per due progetti di cooperazione



internazionale attivati.

Perché abbiamo scelto come apertura della giornata il tema dei Diritti sociali e della Costituzione? Perché, come ho già detto in altre occasioni, è dalla Costituzione che deriva il nostro mandato sociale.

Siamo anche orgogliosi di celebrare, insieme alla Costituzione e alla Dichiarazione dei diritti fondamentali dell'uomo, i 60 anni della nascita della professione in Italia.

Il servizio sociale nasce nel 1948 nell'immediato dopoguerra e fa propria la scelta della Repubblica di dare una risposta pubblica ai bisogni essenziali dei cittadini, ritenendo questa il primo livello di garanzia verso il riconoscimento di alcuni diritti costituzionalmente riconosciuti, come il diritto alla salute e all'assistenza.

In questo periodo brevissimo, ma molto intenso di fervore, si vuole affermare una nuova società, fondata sulla libertà, la democrazia, la solidarietà ed i **diritti inviolabili dell'uomo** e la professione riceve un significativo apprezzamento per l'impegno e l'abnegazione con cui partecipa alla ricostruzione del Paese.

L'A.S. esprime da subito, nell'aiutare gli individui e le comunità più povere ed emarginate, un modo nuovo di lavorare con le persone e per le persone ispirato a valori e principi che esaltano l'individuo come soggetto attivo, principi e valori tratti anche dalla Costituzione italiana, la quale, oltre ai diritti civili e politici, riconosce ed afferma anche i **diritti sociali**, imponendo allo stato di provvedere a quanto occorre al benessere dei cittadini.

Anche l'inchiesta sulla miseria in Italia condotta da una Commissione parlamentare negli anni 1951 - '52 fa uno specifico riferimento ai fecondi risultati pro-

dotti dall'opera dell'assistente sociale che, partecipando e contribuendo con altri soggetti ed attori ad un progetto democratico collettivo, perseguiva l'obiettivo della costruzione e definizione di un **Codice della cittadinanza attiva**.

Tra i principi fondamentali posti dalla Costituzione spicca l'affermazione di un compito della Repubblica: quello di rimuovere gli ostacoli che limitano la libertà e l'uguaglianza dei cittadini ed impediscono il pieno sviluppo della persona umana e la sua partecipazione alla vita del Paese.

Questo impegno alla realizzazione di una **uguaglianza sostanziale** si traduce, giuridicamente, nella previsione di una serie di diritti che prendono appunto il nome di diritti sociali.

I diritti sociali spettano a tutti i cittadini, ma hanno un significato particolare per coloro che si trovino in situazioni di difficoltà e di debolezza. Infatti:

- il diritto alle salute ed all'assistenza sanitaria spetta a tutti, ma sono previste cure gratuite per gli indigenti;
- il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale, previsto per i cittadini inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere;
- il diritto all'istruzione è garantito gratuitamente a tutti fino alle scuole inferiori, ma a favore delle persone capaci e meritevoli, anche per l'istruzione superiore ed universitaria.

I diritti sociali stanno dunque a testimoniare la particolare considerazione che i Costituenti rivolsero a tutti gli ambiti delle relazioni sociali ed alle reali condizioni di vita delle persone.

Come afferma il Prof. Onida, in un intervento per la celebrazione dei 60 anni della Costituzione, la vera forza



della Costituzione sta nel fatto “che questa casa comune e il suo spirito rappresentano, oggi, un patrimonio oggettivo, condiviso .. di ideali e di valori a cui riconosciamo l’attitudine ad esprimere l’esigenze fondamentali del nostro vivere insieme”.

Il professore ha anche fatto riferimento al preambolo della Dichiarazione universale dei diritti dell’uomo in cui si richiama il discorso delle “quattro libertà” di Roosevelt al 77° Congresso americano e delle Libertà, non solo “negative”, ma anche dal bisogno (diritto all’autodeterminazione) che è come dire diritti sociali.

“Quindi un’idea del ruolo dei poteri pubblici che non si identifica certo con la pretesa dello “Stato minimo” e tanto meno neutrale o agnostico di fronte ai problemi di una società più giusta”.

Tutto ciò trova perfetta aderenza all’obiettivo principale del nostro agire professionale, cioè quello di promuovere la persona e la sua emancipazione dal bisogno, con l’assunzione di un dovere, da parte dello Stato, da cui noi riceviamo il Mandato, di attivare i sostegni, gli strumenti e le risorse necessarie.

Le domande che ci poniamo, e che oggi poniamo al prof. Onida, sono :

- quale sarà il futuro dei diritti sociali italiani dopo una modifica della

Costituzione verso il Federalismo più spinto?

I diritti sociali, indicati dalla Costituzione Italiana, hanno trovato finalmente giusto riconoscimento, anche nel loro principio di esigibilità (esigibilità “parziale”, perché l’art. 22 sancisce che le prestazioni sociali costituenti il livello essenziale nei limiti delle risorse del fondo nazionale per le politiche sociali) con la L. 328/00, ma la sua forza è stata subito vanificata dalla modifica del titolo V e dalla mancanza di emanazione dei livelli essenziali (liveas).

Anche a livello europeo finalmente la Carta dei diritti Fondamentali proclamata a Nizza nel 2000 confluisce



Roma, 18 febbraio 2009  
Convegno per l’inaugurazione del Consiglio Nazionale

nel 2004 nella Costituzione Europea, ma alcuni paesi europei non l’hanno voluta recepire.

- Allora, altra domanda è quale sarà il futuro della Costituzione Europea? Quale quella dei diritti sociali?





# Il sistema di protezione dei diritti sociali nell'ambito dell'Unione Europea

Prof. Pasquale Costanzo,

Ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Genova

---

*Sommario: 1. Premessa. – 2. Estraneità del tema dei diritti sociali ai trattati fondativi*  
*3. L'ingresso della coesione economica e sociale nel Trattati e la posizione regressiva dei diritti sociali. – 4. "La faticosa marcia dei diritti sociali" da Maastricht a Colonia. – 5. La protezione dei diritti sociali nella Carta di Nizza (in particolare, i diritti del lavoro). – 6. Segue: (in particolare, i diritti extralavorativi). – 7. I diritti sociali nel Trattato costituzionale e nel Trattato di Lisbona. – 8. Brevi considerazioni conclusive. – 9. Nota bibliografica.*

---

## 1. Premessa.

Desidero ringraziare innanzi tutto il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali per avermi onorato dell'invito a celebrare l'inaugurazione della nuova sede nella Capitale e per avermi consentito di riproporre ad un selezionato pubblico italiano questa relazione originariamente concepita per un colloquio scientifico internazionale.

Presentando, il 1° e 2 luglio 2008 a Bruxelles l'Agenda sociale per il medesimo anno, il Presidente della Commissione europea Manuel Barroso ha espresso il convincimento che: "La dimensione sociale dell'Europa non è mai stata importante come oggi", rilevando inoltre come essa resti "indissociabile dalla strategia di Lisbona, adottata dall'Unione europea per stimolare la crescita e garantire posti di lavoro migliori ai cittadini europei"; per concludere che "Il successo economico apporta vantaggi sociali e il pacchetto proposto oggi dalla Commissione mira a far sì che nessuno venga dimenticato e che la prosperità dell'Europa venga condivisa da tutti".

Una tale serie di affermazioni avrebbe potuto anche essere archiviata tra i normali auspici di un alto responsabile delle politiche comunitarie, se non fosse giunta a

ridosso della delicata fase critica innescata per l'Unione europea dal referendum che, com'è noto, si è pronunciato negativamente circa la ratifica da parte dell'Irlanda del Trattato di Lisbona del dicembre 2007. Infatti, fondati o no che siano tali argomenti, tra le motivazioni del rifiuto irlandese va ricompresa anche la poca attrattività di cui l'Unione europea godrebbe in tema di protezione sociale, non diversamente, del resto, da quanto s'era già verificato con i rifiuti francese ed olandese alla ratifica del Trattato costituzionale del 2004. Così che, nel pacchetto contenuto nella nuova Agenda europea, le priorità più rilevanti riguardano non casualmente l'avvenire di bambini e giovani, l'investimento in risorse umane; la promozione di vite più lunghe e più sane, la lotta alla discriminazione, alla povertà e all'esclusione sociale, nell'evidente intento di assicurare tutti i *partners* europei circa la consistenza della dimensione sociale di un'Unione europea impegnata nelle politiche di sostegno ai soggetti deboli e di attenzione verso le aspettative sociali [sulla nozione di esclusione sociale, TRUCCO, 2005, 119].

Comunque sia, la vicenda confermerebbe l'idea che ogni passo verso una maggiore integrazione dell'Europa non possa ormai



che essere accompagnata da un progresso sulla strada della tutela dei diritti sociali (si ragiona di un *Welfare State* a livello

continentale), a completa-

mento di quel riconoscimento dei diritti di libertà che ne ha caratterizzato lo sviluppo fino alla configurazione di una corrispondente identità europea, laddove dunque non deve essere apparso sufficientemente rassicurante – per difetto o per eccesso – o scarsamente decifrabile quanto stipulato in proposito sia dal Trattato costituzionale, sia dal Trattato di Lisbona, a fronte del modello sociale al quale, a più di sessant'anni dal termine del secondo conflitto mondiale, la generalità degli Stati membri dell'Unione europea (sia quelli di più antica democrazia, sia quelli riapparsi sulla scena dopo l'implosione del blocco sovietico) appaiono tutti più o meno puntualmente ispirarsi.

Sembra però difficile sfuggire alla sensazione che la situazione venutasi a creare abbia alla sua base un grande paradosso, per cui, se può essere vero che la stagnazione dei diritti sociali, quale sta caratterizzando i Paesi dell'Unione, è almeno in parte addebitabile alle politiche di rigore imposte dalla stessa Unione per privilegiare la tenuta dell'euro e la competitività dell'economia europea nel mercato globale, è anche innegabile che sul piano sociale l'Europa non possiede un ruolo distributivo delle risorse paragonabile a quello degli Stati [sul punto anche D'ALOIA, 2002, 845], ai quali continua a competere la leva dell'imposizione fiscale e quella della contribuzione sociale, nel tempo stesso che, sul piano delle competenze, il suo ruolo regolatore si presenta piuttosto marginale.

È del resto facile constatazione che su tale piano il rapporto più stretto resti quello tra cittadini e Stati di appartenenza, identi-

ficando i primi solo nei secondi l'approdo più sicuro, mentre permane l'interesse degli ordinamenti nazionali a scaricare sull'Europa la responsabilità di ciò che si è costretti a tagliare nelle prestazioni sociali e ad attribuirsi il merito di ciò che si riesce a mantenere.

Tuttavia, in questa continua rincorsa alla legittimazione, l'Unione non ha certamente rinunciato a giocare le sue carte, e, a dispetto della sua scarsa capacità di manovra, ad additare soluzioni intese a dare testimonianza della sua vocazione sociale [ragiona di crescita della dimensione sociale dell'Unione europea, anche DELFINO, 2004, 141].

## **2. Estraneità del tema dei diritti sociali ai trattati fondativi.**

L'inclusione, ad esempio, nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea del 2000 (c.d. Carta di Nizza) dei diritti sociali e l'insistenza, già a partire dal Trattato costituzionale, sulla configurazione dell'economia europea come *"economia sociale di mercato"* non costituiscono che alcuni degli esiti più recenti di una linea evolutiva a cui occorre preliminarmente dedicare una certa attenzione, se si vuol cercare di comprendere, sia pure nei limiti connaturati alla presente trattazione, l'attuale assetto del sistema di protezione dei diritti sociali nell'ambito dell'Unione europea.

L'avvio di tale linea evolutiva è senza dubbio più opaco e dimesso rispetto a quello dei diritti c.d. classici, sui quali si riverberava la luce della Convenzione europea di salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali già al momento dei Trattati fondativi. Rispetto a questi ultimi, la dimensione sociale risultava, del resto, sostanzialmente estranea, motivando il giudizio di "frigidità sociale" [MANCINI, 1988, 33] che avrebbe caratterizzato gli autori della costruzione europea.

Meno convincente ci pare invece che si



debba parlare al proposito di “un mistero storico” [così ALLEGRETTI, 2004] dato dall'apparentemente inspiegabile contraddizione tra la scarsa significatività sociale della Comunità e la forte dimensione sociale dei suoi Stati membri, poiché, come è stato efficacemente sottolineato, v'era in partenza la convinzione che i [GIUBBONI, 2005, 26] diritti sociali sarebbero stati assicurati *all'interno* degli ordinamenti nazionali, senza che l'integrazione europea potesse interferire sulle loro dinamiche di protezione se non accrescendone la capacità materiale di soddisfacimento da parte degli Stati membri”.

Persino sul punto specifico del miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro di quella che si definiva allora “la mano d'opera”, l'art. 117, comma 2, del Trattato di Roma testimoniava la convinzione che esso sarebbe derivato automaticamente dal funzionamento del mercato comune, che avrebbe indotto l'armonizzazione dei differenti sistemi sociali, così che l'art. 118 si limitò ad assegnare alla Commissione europea il compito di promuovere una stretta collaborazione tra gli Stati in determinati settori [in questi termini, PILIA, 2005, 62].

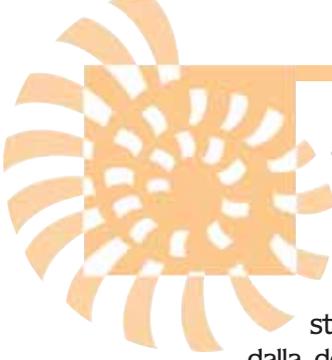
Tuttavia, soprattutto la constatazione che il perseguimento dei fini collegati al mercato sovranazionale tendeva ad assottigliare il margine di manovra interna degli Stati nell'accordare tutela alla dimensione sociale, indusse a rovesciare il giudizio sull'impatto della Comunità sul godimento dei relativi diritti. Ma, anche se sarebbe potuto risultare chiaro come la più razionale via d'uscita dovesse essere il potenziamento della capacità delle Istituzioni comunitarie a far fronte al problema attraverso la ricerca di un soddisfacente equilibrio tra tutela dell'efficienza del mercato e difesa dei livelli di *welfare* raggiunti o auspicati negli ordinamenti interni, non si ebbe quella necessaria traslazione di competenze dagli Stati alla Comunità, che ancora oggi fatica a verificarsi.

Tutta l'evoluzione della Comunità e in seguito dell'Unione appare invece costellata da iniziative spesso astrattamente considerevoli, ma di scarsa presa pratica sul problema. La stessa Corte di giustizia, protagonista assoluta dell'implementazione della tutela dei diritti di prima generazione, ha in certo modo scontato la cauta condotta degli Stati (la stessa già ricordata Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali non contiene significative previsioni in tema di diritti sociali), né in materia alcun specifico avvertimento sembra essere pervenuto dalle Corti costituzionali interne.

Sostanzialmente autonomi saranno, dunque, gli sforzi degli Avvocati generali e della Corte stessa di dare risalto alla pur debole Carta sociale europea (anch'essa frutto di un accordo in seno al Consiglio d'Europa [in proposito, GOMÉZ FERNÁNDEZ, 2008]) come conseguenza della sua menzione, insieme alla Carta comunitaria dei diritti sociali fondamentali dei lavoratori [su questo documento, GALANTINO, 2006, 54], nei Trattati dopo Amsterdam (precisamente nell'art. 136, comma 1, del Trattato sulla Comunità europea di Roma, e nel Preambolo del Trattato sull'Unione europea di Maastricht [per una panoramica, MAGNO, 1998, 17]).

### **3. L'ingresso della coesione economica e sociale nei Trattati e la posizione regressiva dei diritti sociali.**

Intendendo quindi fissare i principali snodi dell'azione comunitaria sul tema della protezione sociale, il primo importante riferimento può essere rinvenuto nella Conferenza di Parigi del 1972, che rappresentò un passaggio essenziale anche per altri aspetti di carattere sia economico, sia istituzionale. Fu infatti in tale occasione che si ebbe il primo



allargamento della Comunità (a Gran Bretagna, Irlanda e Danimarca) e si cercò di reagire alla tempesta economica prodotta dalla decisione americana di inconvertibilità del dollaro in oro. Ma, per quanto qui più direttamente ci riguarda, di rilievo fu la messa in cantiere di un programma d'azione in tema di politica sociale per il passaggio alla seconda tappa dell'unione economica monetaria. Tale programma fu poi effettivamente approvato con la Risoluzione del 21 gennaio 1974, nella quale si impegnavano gli Stati membri ad adottare le misure necessarie per favorire l'aumento dell'occupazione e il miglioramento delle condizioni di lavoro, con una concertazione per risolvere i problemi relativi ai lavoratori migranti e alla formazione professionale. L'intento generale della Risoluzione era dunque di ridefinire la collocazione della Comunità, considerando "che i trattati che istituiscono le Comunità europee hanno conferito a queste ultime compiti rispondenti a finalità sociali", e che "in particolare, ai sensi dell'articolo 2 del trattato che istituisce la Comunità economica europea, la stessa ha segnatamente il compito di promuovere uno sviluppo armonioso delle attività economiche nell'insieme della Comunità, un'espansione continua ed equilibrata, una stabilità accresciuta, un miglioramento sempre più rapido del tenore di vita", sottolineandosi come i Capi di Stato o di governo, nella ricordata conferenza di Parigi, avessero convenuto sul fatto "che l'espansione economica non è un fine a sé stante, ma deve tradursi in un miglioramento della qualità come del tenore di vita".

L'auspicato innalzamento del livello di protezione sociale passava tuttavia ancora una volta attraverso azioni concertate tra i vari Stati e tra questi e la Comunità, alla quale

continuavano a fare difetto sia l'indicazione di obiettivi più mirati, sia una dotazione di strumenti regolativi specifici.

È in questa luce che deve dunque valutarci il secondo snodo interessante per il nostro discorso offerto dal doppio passaggio dell'Atto Unico Europeo del 1986 e della Carta comunitaria dei diritti fondamentali sociali dei lavoratori del 1989. È proprio in questo torno di tempo che le due direttrici fondamentali della nostra materia sembrano acquisire una fisionomia ben definita anche a livello comunitario, attraverso la distinzione tra una politica degli obiettivi [su tale particolare dimensione, AZZENA, 1998, 226] ed una politica dei diritti, certamente complementari, ma rispondenti ad approcci in buona misura autonomi.

Con l'Atto Unico Europeo, si realizzava per la prima volta una sostanziale correzione di rotta al livello del diritto originario della Comunità nell'ambito della politica sociale, fino ad allora solo blandamente disciplinata nel Trattato di Roma: con l'introduzione di una politica comunitaria di coesione economica e sociale [su tale nozione, CAMPIGLIO e TIMPANO, 2001, 395; BALBONI, 2001, 19; BUZZACCHI, 2001, 59; CREMONINI, 2006, 435] si tendeva finalmente a controbilanciare gli effetti della realizzazione del mercato interno sugli Stati membri meno sviluppati, oltretutto a ridurre il divario tra le diverse regioni europee. Da un lato, il nuovo art. 118 A del Trattato CE autorizzava il Consiglio ad adottare a maggioranza qualificata, nel quadro della procedura di cooperazione, prescrizioni minime al fine di promuovere "il miglioramento (...) dell'ambiente di lavoro, per tutelare la sicurezza e la salute dei lavoratori"; dall'altro lato, l'art. 118 B, sulla scia delle precedenti attribuzioni, assegnava alla Commissione il compito di sviluppare il dialogo sociale a livello europeo.

Sul piano invece del riconoscimento dei diritti sociali, se era possibile registrare un



grande attivismo da parte delle Istituzioni comunitarie più sensibili al problema, permaneva la tradizionale prudenza degli Stati e quindi del Consiglio verso la sua effettiva presa in carico. Non è del resto un caso se la prima autorevole sollecitazione fosse contenuta nel progetto di trattato "Spinelli", adottato dal Parlamento europeo il 14 febbraio 1984, il cui art. 4, comma 3, assegnava all'Unione un termine di cinque anni per deliberare sia la sua adesione ai Patti di New York, sia l'adozione di una propria Dichiarazione dei diritti fondamentali, comprensiva dei diritti sociali, come l'adesione ad entrambi gli appena citati Patti lasciava chiaramente intendere. In esplicita attuazione di questo mandato, il 12 aprile 1989, il Parlamento europeo adottava infatti una Dichiarazione dei diritti e delle libertà fondamentali relativa soprattutto ai diritti civili e politici già riconosciuti dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo, ma contenente già anche alcune previsioni di natura economica e sociale, laddove però, per il completamento del catalogo nella parte ritenuta più delicata, sarebbe stato il Consiglio a deliberare, il 9 dicembre successivo, la già menzionata Carta comunitaria dei diritti sociali fondamentali dei lavoratori. D'altro canto, se la mancata presa di vigore ha accomunato poi in un unico destino entrambi i testi, fu per la Carta comunitaria che la vicenda genetica si rivelò assai più tormentata e complessa, collocandosi in questo stesso clima anche l'*opting-out* inglese nei suoi confronti.

#### **4. "La faticosa marcia dei diritti sociali" da Maastricht a Colonia.**

La posizione contestativa inglese non si appuntava in realtà soltanto sul riconoscimento di diritti sociali a livello comunitario (posizione destinata, com'è noto, a durare fino ai giorni nostri), ma, almeno in quella prima metà degli anni '90 dello scorso seco-

lo, sulla più generale attribuzione di competenze in materia di politiche sociali alla Comunità, tanto che a Maastricht si dovette far rifluire una parte del capitolo sociale destinato al Trattato in un Protocollo allegato (il n. 14 "Accordo sulla politica sociale"), rispetto al quale il Regno Unito decise di chiamarsi fuori. Altrettanto significativamente, veniva dallo stesso Regno Unito contestato (anche se questa volta senza successo nella causa C-84/94, *Regno Unito c. Consiglio*) che il già citato art. 118 A del Trattato CE potesse costituire la base giuridica per attribuire al Consiglio scelte di politica sociale attinenti all'organizzazione dell'orario di lavoro.

Pur tuttavia, il Trattato di Maastricht rappresentò senz'altro un ulteriore snodo di estremo rilievo, dato che le competenze comunitarie nella politica sociale si accrebbero sensibilmente, mentre, dal canto suo, l'accennato Protocollo n.14 estendeva la procedura del voto del Consiglio a maggioranza qualificata nella materia del miglioramento dell'ambiente e delle condizioni di lavoro, dell'informazione e della consultazione dei lavoratori, della parità di opportunità per gli uomini e le donne sul mercato del lavoro e della parità di trattamento quanto all'occupazione, nonché dell'integrazione delle persone emarginate dal mercato del lavoro. Peraltro, assente sul tema del riconoscimento dei diritti sociali, pur contenendo notevoli riferimenti all'istruzione e alla sanità (articoli 16 e 129), il Trattato denunciava in modo clamoroso la diversità di approccio rispetto ai diritti di libertà che in esso venivano invece presi in diretta considerazione tramite il richiamo della Convenzione europea dei diritti dell'uomo (art. F, comma 2).

E se, successivamente ad Amsterdam [ma per contrastanti interpretazioni del



relativo Trattato, cfr. BARBERA, 2000, 101; per la medesima problematica con riferimento anche Maastricht, TREU, 2001,

307], come già accennato,

trovarono finalmente collocazione nei Trattati sia la Carta sociale europea, sia la Carta comunitaria dei diritti sociali fondamentali dei lavoratori, un tale ingresso dei diritti sociali nel diritto originario dell'Unione avvenne, come esattamente rilevato [GIUBBONI, 2005, 31], sulla linea più discreta delle "linee direttive per l'attività della Comunità e degli Stati membri", ossia piuttosto come interessi sociali oggettivi, sia pure di rango fondamentale, che non come posizioni soggettive direttamente azionabili. Inoltre, e più in generale, appariva sostanzialmente disattesa l'ennesima sollecitazione del Parlamento europeo (espressa nella Risoluzione del 17 settembre 1996), non solo a porre in essere le procedure per l'adesione dell'Unione alla Convenzione europea dei diritti dell'uomo, ma a completare la panoplia dei diritti, aderendo anche alla Carta sociale del Consiglio d'Europa.

Sarà, dunque dal Consiglio europeo di Colonia del 3-4 giugno 1999, che arriverà una più puntuale risposta a tale sollecitazione. Nelle Conclusioni della Presidenza (allegato IV) si rileva infatti come "Allo stato attuale dello sviluppo dell'Unione [sia] necessario elaborare una Carta di tali diritti al fine di sancirne in modo visibile l'importanza capitale e la portata per i cittadini dell'Unione", precisandosi come tra tali diritti debbano essere ricompresi, oltre ai diritti di libertà e uguaglianza, e ai diritti procedurali fondamentali garantiti dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo e risultanti dalle tradizioni costituzionali comuni degli Stati membri, in quanto principi generali del diritto comunitario,

anche "i diritti economici e sociali quali sono enunciati nella Carta sociale europea e nella Carta comunitaria dei diritti sociali fondamentali dei lavoratori (articolo 136 TCE), nella misura in cui essi non sono unicamente a fondamento di obiettivi per l'azione dell'Unione".

### **5. La protezione dei diritti sociali nella Carta di Nizza (in particolare, i diritti del lavoro).**

Si perviene così all'ultimo degli snodi di primaria importanza nell'evoluzione della protezione dei diritti sociali nell'ordinamento dell'Unione europea. Ultimo, ma ad oggi non superato traguardo, poiché se è con l'approvazione della Carta di Nizza che si realizza il più avanzato tentativo di costituzionalizzazione dei diritti sociali [sulla genesi delle relative previsioni, DE SCHUTTER, 2003, 192], è questo stesso documento a subire, com'è noto, peripezie istituzionali tali da impedire ancora attualmente una previsione ragionevole della sua entrata in vigore.

La circostanza costringe dunque a ragionare qui di diritti sociali in maniera piuttosto avulsa dalla realtà effettuale dell'Unione, nel cui ambito una certa concretezza sembra caratterizzare solo la predisposizione di politiche sociali, sia pure nell'ambito delle peculiari coordinate che tenteremo di illustrare a conclusione del discorso.

Crediamo comunque che costituisca un dato inoppugnabile il fatto che, nonostante un certo margine di vaghezza se non di oggettiva ambiguità di talune previsioni, i diritti sociali si emancipino dalla condizione di *Reflexrechte* in cui risultano piegati quando siano esclusivamente condizionati all'attuazione delle politiche sociali [sulla condizione di minorità dei diritti sociali quantomeno prima di Nizza, richiama particolarmente l'attenzione LUCIANI, 2000, 378], assumendo, almeno alcuni di essi, nella Carta di Nizza, quanto a struttura e valore, la stessa



fisionomia delle libertà classiche [in termini analoghi, BRONZINI, 2003, 126], alle quali sono inoltre collegati dal principio d'indivisibilità, sulla cui base i diritti, a prescindere dalle loro origini e dalla loro morfologia, sono tutti identicamente necessari e interdipendenti tra loro per il raggiungimento dei valori di fondo della dignità, della libertà e dell'eguaglianza dell'uomo.

Ma, prima di tracciare qualche altra notazione di carattere sistematico, non sembra inutile presentare il contenuto di questa parte della Carta di Nizza, che nella sostanza riassume ed organizza, non senza qualche profilo innovativo, l'*acquis communautaire* formatosi sia per effetto del *hard law* rappresentato dai trattati e dal *soft law* delineato dalle varie Carte (cui non sono estranee anche importanti Convenzioni dell'Organizzazione internazionale del lavoro), sia grazie ad interventi della Corte di giustizia, che, sia pure facendo perno sul principio di non discriminazione o mostrando di offrire tutela a determinate libertà economiche, ha in non rari casi offerto protezione a veri e propri diritti sociali [identifica comunque una concezione strumentale di tale protezione, SALMONI, 2005, 94].

Per questa stessa ragione, la protezione sociale disegnata dalla Carta interessa un campo materiale assai esteso che va al di là delle più specifiche tematiche legate al diritto del lavoro, alla sicurezza sociale e ai beni e ai servizi d'interesse generale, per coinvolgere anche quelle connesse alla vita familiare, all'educazione, alle relazioni di genere, alle politiche contro l'esclusione sociale e alla tutela delle categorie deboli e disabili.

Assai schematicamente, può rilevarsi come sia presente un primo fascio di diritti che ruotano intorno al soggetto già occupato in un'attività lavorativa, ed un secondo fascio che prescinde perlopiù invece da tale condizione ed anzi in certi casi addirittura presuppone la mancanza e l'inabilità al lavoro.

Appartengono al primo gruppo, soprattutto le situazioni soggettive contemplate sotto lo specifico Capo della "Solidarietà" [per commenti di segno diverso, DEL PUNTA, 2001, 335; SALAZAR, 2001, 237; SCIARRA, 2001, 391; GAMBINO, 2003, 70 GIUBBONI, 2003, 325; CARLETTI, 2005, 258; COSTANZO, 2008, 392] in gran parte già consacrate in previsioni dell'ordinamento dell'Unione [per la ricostruzione del principio solidaristico nel diritto positivo dell'Unione europea, MANFRELLOTTI, 2002, 56]. Così è, esemplarmente, per la previsione recata dall'art. 27, concernente il diritto all'informazione e alla consultazione dei lavoratori, dato che troviamo già negli articoli 138 e 139 del Trattato CE la presa in considerazione del metodo della consultazione e del dialogo tra le parti sociali come strumento preferenziale di conduzione delle relazioni industriali. Una particolare attenzione è dedicata anche agli accordi collettivi che, nel successivo art. 28 della Carta sostanziano il diritto di negoziazione, accanto al diritto di azioni collettive e di sciopero. Con simili riconoscimenti, dunque, la libertà sindacale, nelle sue varie declinazioni, entra a pieno titolo nell'ordinamento dell'Unione europea, potendo ricevere, da parte delle Corti comunitarie, la medesima tutela accordata finora ad altri diritti di natura economica.

La protezione individuale del lavoratore è invece oggetto dell'art. 29, riguardante il diritto ad accedere ad un servizio gratuito di collocamento, sicché la prevista gratuità del servizio impone di ritenere che prevalentemente, se non esclusivamente, i relativi oneri debbano essere sopportati dalla mano pubblica. Completano il catalogo degli strumenti giuridici di protezione della vicenda lavorativa individuale il diritto alla tutela in caso di licenziamento ingiustificato di cui all'art. 30, che va raccordato all'art. 33, che



tutela contro i licenziamenti motivati dallo stato di gravidanza; il diritto a condizioni di lavoro giuste ed eque di cui all'art. 31, che all'evidenza rinviene le sue fonti ispiratrici negli articoli 136 e 137 del Trattato CE. Ma, mentre la sicurezza sul lavoro, la protezione della salute contro lavori e ambienti insalubri, e la tutela della dignità del lavoratore di cui ragiona la disposizione devono essere visti come criteri orientatori delle politiche sociali, non v'è dubbio che veri e propri diritti soggettivi siano costituiti dalle previsioni concernenti il limite massimo della giornata lavorativa, risultato storico delle lotte operaie di parecchie generazioni, le pause di riposo giornaliere e settimanali e il congedo annuale retribuito.

In questo stesso ordine di idee, rileva ancora il divieto del lavoro minorile di cui all'art. 32, con cui si coniuga la protezione dei giovani sul luogo di lavoro, che si differenzia da quella normalmente pretesa per il lavoratore adulto, di cui all'articolo precedente, dovendosi aver riguardo, nella particolare fattispecie, anche alle esigenze dell'età evolutiva sotto il profilo fisico, psichico, morale e sociale.

## **6. Segue: (in particolare, i diritti extralavorativi).**

Prima di scorrere velocemente il secondo gruppo di diritti, una situazione, per così dire, intermedia, può essere individuata nelle previsioni intese ad offrire protezione sia alla vita familiare, sia alla vita professionale, che sono oggetto di congiunta considerazione nell'art. 33 della Carta. L'abbinamento non è casuale, essendo noto come il tipo e le condizioni di lavoro non esauriscano i loro effetti nei margini temporali della prestazione lavorativa, ma si riflettano

decisamente sulla qualità dell'intera vita individuale, relazionale e familiare, costringendo talvolta a non indolori scelte a favore del lavoro o della vita privata. Questo problema tocca particolarmente le donne, le cui aspirazioni lavorative sono molto spesso posposte alla loro naturale funzione materna. Ecco perché la disposizione offre, come già accennato, in primo luogo, tutela alla lavoratrice madre, proteggendola contro il licenziamento motivato dall'attesa di prole; e, quindi, garantendo il diritto ad un periodo di congedo retribuito di maternità e parentale per l'eventualità della nascita di un figlio (ipotesi a cui viene ragguagliata l'adozione).

In generale, i rischi collegati alla cessazione per qualsiasi motivo dell'attività lavorativa, con conseguente inaridimento del reddito personale e familiare, motivano poi il diritto di accesso alla sicurezza sociale e, per la prima volta in assoluto, ai servizi sociali [su tale tema, più in generale, MENICHETTI, 2003, 79; anche per i profili organizzativi di tipo professionale, gli scritti contenuti in COSTANZO e MORDEGLIA, 2005]. La relativa previsione è contenuta nell'art. 34, che offre una griglia piuttosto complessa di disposizioni, concernendo il regime di sicurezza sociale delle persone occupate, ma istituendo anche un quadro di tutela generale contro la povertà e l'esclusione sociale.

Il rinvio in tale disposizione alle regole stabilite dall'Unione europea e dalle legislazioni e prassi nazionali avverte tuttavia della problematicità della tutela, essendo noto il dissidio tra le linee ispiratrici delle politiche in tema di esclusione sociale a livello comunitario (più avanzate perché gravitanti sul piano degli obiettivi astratti: si deve al Trattato di Nizza l'attuale formulazione dell'art. 137 del Trattato CE) e quelle degli Stati membri (più restrittive perché più a ridosso dei concreti aspetti finanziari).

Ricordiamo quindi il diritto di accesso alla



prevenzione e alla cure sanitarie, di cui all'art. 35 della Carta, dove – è giocoforza sottolinearlo – si riscontra un grado di “fluidità” ancor maggiore, dal momento che il consueto doppio rinvio all’Unione europea e agli Stati membri vi è concepito come attribuzione di compiti alle “politiche e alle azioni” della prima, e solo per i secondi si parla di “legislazioni e prassi nazionali”. Non sono mancate però – prima e dopo la Carta di Nizza – in proposito, sia pure astrette nella trama delle disposizioni economiche del trattato, rilevanti prese di posizione nella giurisprudenza comunitaria, come in tema di rimborso delle spese di cura autorizzate e sostenute in uno Stato diverso da quello del soggetto curato; o, ancora, sull’effettiva necessità di usufruire di cure in altro Stato (esemplarmente i casi C-120/95, *Decker*; C-158/96, *Kohll*, C-56/01, *Inizan*, C-8/02, *Leichtle*).

Ancor più sfuocato, se così si può dire, appare il ruolo dell’Unione europea nell’art. 36, concernente l’accesso ai servizi d’interesse economico generale. Si parla infatti qui semplicemente, come, del resto, sovente in questo genere di disposizioni concernenti i diritti sociali, di “riconoscimento e di rispetto”. Ma la circostanza crea in questo caso qualche maggiore perplessità in quanto la vocazione di detti servizi è quella di garantire anche esigenze sociali, pur in un quadro di concorrenza e libera prestazione dei servizi stessi, purché, come precisa l’art. 86, comma 2, del Trattato CE, ciò non osti “all’adempimento, in linea di diritto e di fatto” della “specifica missione loro affidata”. Comunque sia, non si può non sottolineare l’intento dei redattori della Carta di dare risalto, proprio in vista della tutela di bisogni non sempre perfettamente monetizzabili a discapito della qualità della vita dei consociati e soprattutto delle fasce più deboli, all’esigenza che un determinato servizio possa essere reso anche in un regime

sottratto alle pure logiche del profitto e del mercato. E qui il pensiero non può non correre anche alla nozione di “servizio universale” di pretto conio comunitario, che intende definire un insieme di esigenze di interesse generale cui devono essere assoggettate, nell’intera Comunità, talune attività che toccano la qualità della vita e il godimento stesso dei diritti fondamentali. Valga l’esempio delle telecomunicazioni o delle poste, dove l’assoggettamento al servizio universale produce precisi obblighi per gli operatori del mercato di garantire a tutti e dappertutto l’accesso a determinate prestazioni essenziali, di qualità e a prezzi ragionevoli.

Concludiamo questa rapida e di necessità imperfetta disamina, citando l’art. 25 della Carta che considera i diritti delle persone anziane, innovando rispetto sia alla Carta sociale europea del 1961, sia alla Carta comunitaria del 1989, che aveva a cuore essenzialmente il lavoratore anziano, e dettando principi strettamente collegati con il rispetto della dignità, intesi a promuovere forme di solidarietà e di tutela dell’anziano, a riconoscerne il peculiare contributo d’esperienza alle dinamiche sociali e culturali, e a scongiurarne, in rapporto diretto con l’art. 21, comma 1 (che vieta discriminazioni in ragione dell’età), l’esclusione dal novero dei cittadini *pleno iure*. Analogamente, l’art. 26 si preoccupa dell’integrazione sociale delle persone disabili, alle quali è riconosciuto un diritto ad una vita autonoma al fine di attenuare la situazione di obiettiva discriminazione e di esistenza al margine della vita sociale e professionale in cui versano a causa della loro condizione. In entrambe queste previsioni è peraltro difficile ragionare di diritti soggettivi veri e propri in quanto è al legislatore comunitario e ai legislatori nazionali che resta affidato il compito di evitare



che non si resti soltanto al livello delle "buone intenzioni".

### **7. I diritti sociali nel Trattato costituzionale e nel Trattato di Lisbona.**

Se, come si è anticipato, il discorso sui diritti sociali nell'ambito dell'Unione europea registra la battuta di arresto legata alle sorti della Carta di Nizza, da ciò non può però trarsi un giudizio completamente negativo circa la protezione di cui alcuni di tali diritti fruiscono nell'ambito delle politiche sociali dell'Unione.

A quest'ultimo punto occorrerà dunque dedicare ora la nostra attenzione, non prima però di avere accennato alle novità di cui si sono fatti portatori dapprima il Trattato costituzionale e successivamente il Trattato di Lisbona.

Con riferimento al primo Trattato [sul tema in generale, RUIZ-RICO RUIZ, 2006, 107; BRONZINI, 2003, 174; PINELLI, 2004, 477; BANO, 2005, 821; TIRABOSCHI, 2005, 893; MUTARELLI, 2007, 619], è stato sottolineato come il suo avvio non sia stato particolarmente entusiasmante per le sorti dell'Europa sociale [tra gli altri, LUCARELLI, 2003, 177], e come, solo nel corso dell'elaborazione successiva, abbia avuto modo di lavorare uno specifico gruppo sull'"Europa sociale", al quale si deve un importante documento ("*Relazione finale del Gruppo XI 'Europa sociale'*"), nel quale è stato proposto il riconoscimento nei primissimi articoli del progetto di Trattato costituzionale degli obiettivi di rilevanza sociale [su tali svolgimenti, FERIGO, 2005, 1543]. Il documento ha peraltro ritenuto adeguata l'attuale distribuzione di competenze tra Unione e Stati nella materia sociale, affermando la sola necessità di rafforzare la portata dell'articolo 152 del Trattato CE in materia di protezione della salute, per rispondere in

maniera adeguata alle questioni transnazionali (per esempio: minacce transfrontaliere, malattie trasmissibili, bioterrorismo), mantenendo però la competenza esclusiva in materia di organizzazione dei singoli sistemi sanitari in capo agli Stati membri. Il documento ha anche auspicato il definitivo passaggio nella materia della politica sociale dall'unanimità alla codecisione con voto a maggioranza qualificata. Non può dunque non notarsi nel complesso delle raccomandazioni del Gruppo un certo conservatorismo dello *status quo* in materia sociale e il tradizionale attaccamento degli Stati alle loro competenze in materia, collegato anche alle preoccupazioni delle organizzazioni sindacali, assai attive nell'ambito del Gruppo, di vedere esautorato il ruolo di cui godono a livello nazionale [in generale sul ruolo delle c.d. parti sociali a livello comunitario, BROWN, 2001, 363; MEROLLA, 2003, 927].

Comunque sia, nel testo finale del Trattato gli elementi di novità risultano in effetti costituiti da una maggiore considerazione della materia sociale tra gli obiettivi dell'Unione: tra essi, troviamo infatti enunciati lo sviluppo sostenibile basato su una crescita economica equilibrata e la stabilità dei prezzi, l'economia sociale di mercato fortemente competitiva che mira alla piena occupazione e al progresso sociale, la lotta all'esclusione sociale e alle discriminazioni, la promozione della giustizia e la protezione sociale, la parità tra uomini e donne, la solidarietà tra generazioni e la tutela dei diritti del minore (art. I-3, par. 3).

Sul versante delle competenze, la politica sociale è ricompresa tra le competenze concorrenti, a fronte della tutela della salute umana, espressamente inserita tra le azioni di sostegno, sicché, mentre la prima rimane sostanzialmente invariata quanto a contenuti e spazi di manovra delle istituzioni europee (art. da III-98 a III-102), la seconda è maggiormente



specificata e rafforzata (art. III-174).

Di primo rilievo è inoltre il disposto (art. I-15) che stabilisce il principio del coordinamento utilizzabile per raccordare le politiche monetarie a quelle economiche e sociali (come suggerito dal già ricordato Gruppo di lavoro per l'Europa sociale). Alla conferma poi del principio del coordinamento delle politiche dell'occupazione, che, a partire da Amsterdam, ha costituito la base normativa essenziale ai fini dell'elaborazione delle politiche e strategie comunitarie nel settore, si aggiunge la possibilità per l'Unione di procedere analogamente ad assicurare il coordinamento delle politiche sociali degli Stati membri, additando quindi anche in tal caso, sia pure in via facoltativa, la strada del "metodo aperto di coordinamento (OMC: *open method of coordination*, valorizzato soprattutto a partire dal Consiglio europeo di Lisbona del 23-24 marzo 2000 [tra gli altri, PERONE, 2006, 20]) come la strategia di elezione per andare verso un'integrazione più stretta nel settore [in proposito, OLIVELLI, 2002, 313; SCIARRA, 2004, 288; MASSA, 2006, 30].

Non è inutile spendere pertanto qualche parola su tale meccanismo regolativo, che, in seno all'Unione europea, esprime la tendenza degli Stati ad opporsi ad interventi autoritativi dell'Unione stessa nell'ambito della politica sociale, consentendo per converso un affievolimento pilotato della riserva esclusiva agli Stati di determinati settori come appunto l'inclusione sociale e la sanità. Per queste stesse ragioni, è ragionevole considerare l'OMC come una fase di transizione nel riequilibrio delle competenze tra Unione e Stati, certamente vantaggioso quando si tratti di rimediare all'impraticabilità dell'intervento comunitario in senso proprio, ma innegabilmente debole nella misura in cui non può contare su strumenti coattivi per il raggiungimento dei suoi scopi. Così che non sorprende che, laddove si è voluto agire con

maggiore incisività, si sono rinvenute strategie maggiormente vincolanti: è il caso del diritto del lavoro nel cui ambito attualmente si preferisce puntare sulla c.d. *flexicurity* [sul punto, BRONZINI, 2008, 100], ossia di un'azione comunitaria basata su "Orientamenti" adottati dal Consiglio, che trovano la loro base giuridica direttamente nell'art. 128 Trattato CE, e che tengono inoltre conto della politica di coesione, secondo le tre dimensioni della strategia di Lisbona (economica, sociale e ambientale) così da sfruttare meglio le sinergie in un contesto generale di sviluppo sostenibile.

Sul piano infine della protezione specifica dei diritti sociali, il fatto di assoluto rilievo è dato dal già riferito inserimento nella seconda parte del Trattato della Carta di Nizza, dei cui principali contenuti s'è poc'anzi dato conto. Anche dell'ostilità dell'atteggiamento inglese a tale inserimento s'è già fatta parola: qui può ancora precisarsi come il Regno Unito sia riuscito ad ottenere che le disposizioni della Carta recanti principi potessero essere invocate davanti a un giudice solo ai fini dell'interpretazione e del controllo della legalità degli atti comunitari o nazionali di esecuzione di atti comunitari, e che i giudici dovessero tenere nel debito conto le spiegazioni elaborate dal Presidium della Convenzione al fine di fornire orientamenti per l'interpretazione della Carta stessa [in senso, ovviamente, critico, tra gli altri, AZZARITI, 2003, 332].

In altri termini, entrambe le previsioni avrebbero dovuto avere, nell'intendimento di Sua Maestà Britannica, l'effetto di depotenziare la portata dei diritti sociali individuati dalla Carta di Nizza, anche se è stato persuasivamente fatta notare la loro scarsa efficacia a fronte dell'ontologica autonomia interpretativa dei giudici, per non dire che,



se una pretesa individuale è configurata espressamente come diritto, parrebbe difficile operarne una declassificazione.

Come dare torto dunque al Parlamento europeo che ha stimato le clausole inglesi “di scarso rilievo giuridico”?

Resta il fatto che l’atteggiamento inglese ha certamente corrisposto alla mancanza di accordo tra i *partners* europei sulla portata – e forse sull’esistenza stessa di diritti sociali veri e propri –, la cui attivazione immediata e diretta è stata comunque ritenuta da alcuni un ostacolo alle scelte politiche del legislatore interno ed insostenibile soprattutto dal punto di vista economico. Questo stesso genere di preoccupazioni è stato, del resto, alla base del più generale *opting out* dalla Carta manifestato da Gran Bretagna e Polonia in sede di stipula del Trattato di Lisbona.

Questa osservazione ci offre il destro per portare il discorso anche su tale Trattato, avvertendo però che, se una certa attenzione è stata riservata al Trattato costituzionale, qui saranno necessari solo pochi *flash*, dato che, non solo sul tema che ci riguarda, ma anche su tanti altri aspetti, a Lisbona ci si è sostanzialmente limitati a trapiantare le disposizioni del Trattato costituzionale.

Da questo punto di vista, se risulta che, nel Trattato sul funzionamento dell’Unione, all’art. 9, viene enunciato quanto già presente nel Trattato costituzionale (art. III-117) per cui “Nella definizione e nell’attuazione delle sue politiche e azioni, l’Unione tiene conto delle esigenze connesse con la promozione di un elevato livello di occupazione, la garanzia di un’adeguata protezione sociale, la lotta contro l’esclusione sociale e un elevato livello di istruzione, formazione e tutela della salute umana”, occorre però sottolinearne l’impatto in un sistema che

dovrebbe vedere, accanto all’eliminazione dei pilastri, la rivalutazione del ruolo del Parlamento europeo e dei Parlamenti nazionali, organi tradizionalmente più sensibili alla tematica della protezione sociale, così da rendere immaginabile un maggior riequilibrio tra gli obiettivi di politica economica e quelli di politica sociale. Nella stessa direzione può ancora essere riletto il permanente principio della coesione economica e sociale quale contrappeso e ammortizzatore della liberalizzazione dei mercati.

A proposito della Carta di Nizza, s’è anche già accennato al fatto che il Trattato di Lisbona prevede che essa acquisisca “lo stesso valore giuridico dei trattati” (art. 6, n. 1, TUE riveduto). Può ancora aggiungersi con riferimento però all’annunciata adesione dell’Unione come tale alla CEDU, che, se tale circostanza non sembra suscettibile, dato il sostanziale disinteresse della Convenzione al tema dei diritti sociali, di dar luogo ad un’articolata dialettica tra tutte le Corti quale potrà verosimilmente verificarsi per i diritti di prima generazione, non può tuttavia far sicuramente escludere un qualche ruolo collaterale della Corte di Strasburgo, dato che anche tale Corte non ha esitato talvolta (ad esempio: sentenza James del 21 febbraio 1986) ad affermare la legittimità di restrizioni alla proprietà finalizzate a scopi di “giustizia sociale” discrezionalmente fissate dagli Stati membri, o ad includere nella garanzia della proprietà anche la garanzia di diritti a prestazioni previdenziali e assistenziali (ad esempio: sentenze *Feldbrugge* e *Deumeland*, entrambe del 29 maggio 1986).

## 8. Brevi considerazioni conclusive.

Concludendo con qualche rapida considerazione di ordine generale il nostro discorso, che – non ce lo nascondiamo – s’è limitato a deliberare le principali problematiche dell’argomento propostoci, riteniamo opportuno



richiamare l'attenzione sul fatto che al processo di globalizzazione, all'imporsi di un'economia sempre più "aperta" e al revival sempre più forte di una regolazione in senso liberistico della società, sta corrispondendo la perdita crescente del senso di solidarietà collettiva e dell'eguaglianza sostanziale.

Ciò impone senza dubbio l'adozione di ottiche inedite attraverso le quali traguardare i diritti sociali che di tali valori costituiscono la più compiuta espressione [sull'insufficienza delle sole politiche sociali, GRANDI, 2007, 1024] Ma lo sforzo in tal senso non può più essere all'evidenza sostenuto dai singoli Stati, entità divenute sempre più piccole e impotenti di fronte alla mondializzazione dell'economia. In questo quadro, infatti, la manutenzione ed anche il recupero dei diritti sociali non può che essere tentato e sostenuto da un'entità più grande e maggiormente attrezzata quale è appunto l'Unione europea.

Per legittimarsi in tale direzione, l'Unione ha tuttavia la necessità di individuare nella garanzia dei diritti sociali una base giuridica di ordine costituzionale, così da porre mano alla definizione di un modello sociale europeo [si ricordi la definizione datane al Consiglio europeo di Nizza del 20 dicembre 2000 come "*contraddistinto da un legame indissociabile tra prestazione economica e progresso sociale*"; su questa tematica, tra gli altri, BRONZINI, 2003, 174] autonomo rispetto alle politiche di alleati anche potenti o ai condizionamenti degli organismi finanziari sovranazionali. Com'è avvenuto per i diritti più classici, nei cui confronti le tradizioni costituzionali degli Stati membri sono stati elevati a principi generali dell'ordinamento comunitario, così dovrebbe accadere per i diritti sociali, la cui protezione rinverrebbe nella tradizione tutta europea della solidarietà sociale e, più esplicitamente, anche nella predicabilità di "doveri comu-

nitari", un formidabile fattore incentivante.

L'elevazione, inoltre, a livello di diritto originario dell'Unione europea della Carta di Nizza permetterebbe alla Corte di giustizia di disporre degli strumenti giuridici per effettuare i bilanciamenti necessari tra competitività mondiale dell'Unione e livello qualitativo della vita di tutti i suoi cittadini, evitando, tra l'altro, l'elaborazione di parametri maggiormente disputabili (come, esemplarmente, nel caso C-144/04, Mangold; ma si è accennato anche all'attitudine della Corte a fare strumentalmente, ma anche paradossalmente, appello al principio di non discriminazione e alle c.d. libertà fondamentali del Trattato: come nei casi C-117/01, K.B.; C-342/01, *Merino Gomez*; C-173/99, BECTU; 1/72, *Frilli*; ma altri ancora se ne potrebbero citare).

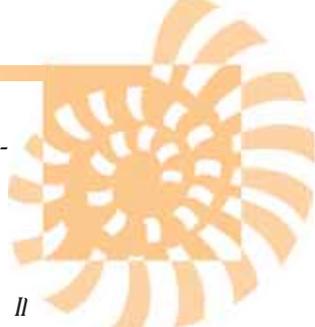
Poiché finalmente non risponde a criteri rigorosamente democratici che, alle decisioni di fondo si applichi soltanto o decisivamente la sfera giurisprudenziale, spettando piuttosto all'apparato di governo comunitario di esprimere le corrispondenti scelte, in rapporto dialettico con le istituzioni tecniche preposte alla direzione della politica monetaria (che attualmente non paiono trovare nelle istituzioni governanti europee interlocutori sufficientemente stabili e "costituzionalmente" attendibili), è verso il perfezionamento della "forma" dell'Unione, mediante il rafforzamento dell'integrazione favorito da un'organica e consapevole protezione dei diritti sociali, che parrebbe particolarmente necessario orientarsi.

*Bibliografia consultata:*

1988: MANCINI, G. F., *Principi fondamentali di diritto del lavoro nell'ordinamento della Comunità europea*, in AA.VV., *Il lavoro nel diritto comunitario e l'ordinamento italiano*, Atti del convegno di Parma del 30-31 ottobre 1985,



- Padova, Cedam, 1988
- 1998: AZZENA, L., *L'integrazione attraverso i diritti*, Torino, Giappichelli, 1998
- 1998: MAGNO, P., *Diritti sociali nell'ordinamento dell'Unione europea dopo Amsterdam*, in *Il diritto del lavoro*, 1998
- 2000: BARBERA, M., *Dopo Amsterdam. I nuovi confini del diritto sociale comunitario*, Brescia, Promodis Italia Editrice, 2000
- 2000: LUCIANI, M., *Diritti sociali e integrazione europea*, in *Politica del diritto*, 2000
- 2001: BALBONI, E., *Il principio della coesione economica e sociale nell'ordinamento comunitario e nella recente esperienza dell'Unione*, in *La difficile costituzione europea*, a cura di U. De Siervo, Bologna, il Mulino, 2001
- 2001: BROWN, W., *Le parti sociali a livello comunitario.*, in *Diritto delle relazioni industriali*, 2001
- 2001: BUZZACCHI, C., *Le politiche comunitarie e il principio della coesione economica e sociale*, in *La difficile costituzione europea*, a cura di U. De Siervo, Bologna, il Mulino, 2001
- 2001: CAMPIGLIO, L., e TIMPANO, F., *La dimensione economica della coesione sociale: lavoro, famiglia e welfare state*, in *Profili della Costituzione economica europea*, a cura di A. Quadrio Curzio, Bologna, il Mulino, 2001
- 2001: DEL PUNTA, R., *I diritti sociali come diritti fondamentali: riflessioni sulla Carta di Nizza*, in *Diritto delle relazioni industriali*, 2001
- 2001: SALAZAR, C., *I diritti sociali nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea: un "viaggio al termine della notte"?*, in *I diritti fondamentali dopo la Carta di Nizza. Il costituzionalismo dei diritti*, a cura di G.F. Ferrari, Milano, Giuffrè, 2001
- 2001: SCIARRA, S., *Diritti sociali. Riflessioni sulla Carta europea dei diritti fondamentali*, in *ADL Argomenti di diritto del lavoro*, 2001
- 2001: TREU, T., *L'Europa Sociale: problemi e prospettive*, in *Diritto delle relazioni industriali*, 2001
- 2002, D'ALOIA, A., *Diritti sociali e politiche di eguaglianza nel "processo" costituzionale europeo*, in *Il diritto costituzionale comune europeo*, a cura di Scudiero M., Napoli, Jovene, 2002
- 2002: MANFRELLOTTI, R., *Per una sintesi tra iniziativa privata e utilità sociale nel contesto dell'integrazione comunitaria*, in *Unione Europea e limiti sociali del mercato*, a cura Prisco S., Torino, Giappichelli, 2002
- 2002: OLIVELLI, P., *Diritti sociali e "metodo di coordinamento aperto" in Europa.*, in *ADL Argomenti di diritto del lavoro*, 2002
2003. AZZARITI, G., *Il futuro dei diritti fondamentali nell'era della globalizzazione*, in *Politica del diritto*, 2003
- 2003: BRONZINI, G., *L'Europa politica dopo la Convenzione tra continuità e rottura*, in *Europa, Costituzione e Movimenti sociali*, a cura di Giuseppe B., Friese H., Negri A. e Wagner P., Roma, Manifestolibri, 2003
- 2003: BRONZINI, G., *La costituzione europea e il suo modello sociale: una sfida per il Vecchio continente*, in *Democrazia e diritto*, 2003
- 2003: DE SCHUTTER, O., *La garanzia dei diritti e principi sociali nella "Carta dei diritti fondamentali"*, in *Diritti e Costituzione nell'Unione europea*, a cura di G. Zagrebelsky, Roma-Bari, Laterza, 2003
- 2003: LUCARELLI, A., *Diritti sociali e principi "costituzionali" europee*, in *Studi sulla Costituzione europea. Percorsi e ipotesi*, a cura di Lucarelli A. e Patroni Griffi A., Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2003.
- 2003: Gambino, S., *Cittadinanza e diritti sociali fra neoregionalismo e integrazione comunitaria*, in *Quad. Cost.*, 2003
- 2003: GIUBBONI, S., *I diritti sociali fondamentali nell'ordinamento comunitario. una rilettura alla luce della Carta di Nizza*, in *Il Diritto dell'Unione Europea*, 2003
- 2003: MENICHETTI, E., *I Servizi sociali nell'ordinamento comunitario*, in *Servizi di assistenza e sussidiarietà*, a cura di Albanese A. e Marzuoli C., Bologna, il Mulino, 2003
- 2003: Merolla, D., *Parti sociali e rappresentanza a livello comunitario*, in *Il Lavoro nella giurisprudenza*, 2003
- 2004: ALLEGRETTI, U., *I diritti sociali*, in *I dirit-*



ti fondamentali e le Corti in Europa, in Osservatorio Costituzionale, a cura di S.P. Panunzio,

(<http://www.luiss.it/semcost/index.html?dirittifondamentali/materiali/allegretti.html~right>)

2004: DELFINO, M., Clausole sociali, competenza comunitaria e costituzionalizzazione dei diritti dei lavoratori, in *Democrazia e diritto*, 2004

2004: PINELLI, C., Diritti e politiche sociali nel progetto di trattato costituzionale europeo, in *RDSS: Rivista di diritto della sicurezza sociale*, 2004

2004: SCIARRA, S., La costituzionalizzazione dell'Europa sociale. Diritti fondamentali e procedure di soft law, in *Quad. cost.*, 2004

2005: BANO, F., L'"Europa sociale" nel Trattato costituzionale, in *Rivista giuridica del lavoro e della previdenza sociale*, 2005

2005: CARLETTI, C., I diritti fondamentali e l'Unione europea tra Carta di Nizza e Trattato costituzione. Milano, Giuffrè, 2005

2005: COSTANZO, P., e MORDEGLIA, S. (curr.), Diritti sociali e servizio sociale dalla dimensione nazionale a quella comunitaria, Milano, Giuffrè, 2005

2005: GIUBBONI, S., Verso la Costituzione europea: la traiettoria dei diritti sociali fondamentali nell'ordinamento comunitario, in *Diritti sociali e servizio sociale dalla dimensione nazionale a quella comunitaria*, a cura di Costanzo, P. e Mordegli S., Milano, Giuffrè, 2005

2005. FERIGO, M., La dimensione sociale europea nella Convenzione europea sul futuro dell'Unione, in *Il Trattato costituzionale nel processo di integrazione europea (2 tomi)*, a cura di Scudiero M., Napoli, Jovene, 2005

2005: PILIA, R., I diritti sociali, Napoli, Jovene, 2005

2005: SALMONI, F., Diritti sociali, Sovranità fiscale e libero mercato, Torino, Giappichelli, 2005

2005: Tiraboschi, M., I diritti sociali fondamentali nel Trattato costituzionale, in *Diritto delle relazioni industriali*, 2005

2005: TRUCCO, L., La nozione di "esclusione sociale" fra ordinamento comunitario e ordinamenti nazionali, in *Diritti sociali e servizio socia-*

le dalla dimensione nazionale a quella comunitaria, a cura di Costanzo, P. e Mordegli S., Milano, Giuffrè, 2005

2006: CREMONINI, R. M., Il principio di solidarietà nell'ordinamento europeo, in *L'ordinamento europeo*, a cura di S. Mangiameli, Milano, Giuffrè, 2006

2006: GALANTINO, L., Diritto comunitario del lavoro, Torino, Giappichelli, 2006

2006: MASSA, M., Modelli e strumenti del governo delle politiche sociali a livello nazionale e comunitario, in *La garanzia ei diritti sociali nel dialogo tra legislatori e Corte costituzionale*, a cura di P. Bianchi, Pisa, Edizioni Plus, 2006

2006: Perone, G., L'azione regolativa delle parti sociali nella dinamica delle e tra le fonti giuslavoristiche europee, in *ADL Argomenti di diritto del lavoro*, 2006

2006: RUIZ-RICO RUIZ, G., Il catalogo dei diritti sociali nel Trattato costituzionale dell'Unione europea, in *Trattato che adotta una Costituzione per l'Europa, costituzioni nazionali, diritti fondamentali*, a cura di S. Gambino, Milano, Giuffrè, 2006

2007: GRANDI, M., Il diritto del lavoro europeo. Le sfide del XXI secolo, in *Diritto delle relazioni industriali*, 2007

2007: MUTARELLI, M. M., Il ruolo potenziale dei diritti sociali fondamentali nel Trattato costituzionale dell'Unione europea, in *Rivista giuridica del lavoro e della previdenza sociale*, 2007

2008: BRONZINI, G., L'Europa e il suo modello sociale: l'innovazione istituzionale alla prova, in *Rivista del Diritto e della Sicurezza Sociale*, 1998, 1/2008

2008: COSTANZO, P., Il riconoscimento e la tutela dei diritti fondamentali, in *Diritto costituzionale dell'Unione europea (2a edizione)*, a cura Costanzo P., Mezzetti L. e Ruggeri A., Torino, Giappichelli, 2008

2008: GOMÉZ FERNÁNDEZ, I., El sistema de protección de los Derechos Sociales en el marco del Consejo de Europa (dattiloscritto, in corso di stampa).



## Il Consiglio Nazionale premia benemeriti del servizio sociale

### Professor Pasquale Costanzo



Il Prof. Pasquale Costanzo, ordinario di diritto costituzionale nell'Università di Genova ed avvocato abilitato presso le giurisdizioni superiori, ha seguito, fin dalla sua origine, con esemplare tensione etica e non comune competenza giuridica il processo di accademizzazione del percorso formativo degli Assistenti sociali quale obiettivo rivendicato dalla categoria fin dagli albori del Servizio sociale nel nostro Paese.

Va anche ascritto a merito del prof. Costanzo l'interpretazione del processo di accademizzazione sotto le due connesse valenze: didattica e scientifica, essendosi lo stesso speso, con esiti noti e apprezzati sul piano nazionale, sia nella graduale implementazione dell'organizzazione degli studi (dalla Scuola diretta a fini speciali, al diploma Universitario, fino al pareggiamento definitivo nell'architettura del 3+2 della laurea triennale e della laurea specialistica), sia nell'ambito della ricerca nel quadro di una disciplina autonoma del

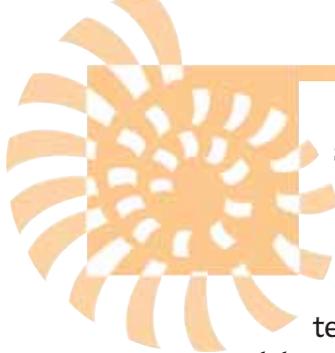
Servizio sociale, essendosi fatto promotore di convegni e di pubblicazioni, anche di respiro internazionale, che hanno, dal canto loro, scandito sul piano scientifico il percorso evolutivo del Servizio sociale universitario nel nostro Paese.

Un'attività di considerevole valore è stata infine svolta dal prof. Costanzo sia a livello dell'Ateneo di appartenenza, sia al livello degli organismi di raccordo dei vari Atenei, affinché fossero salvaguardate le peculiarità della formazione in Servizio sociale, affiancando le azioni intraprese in tal senso dall'Ordine professionale.

### Professor Giuliano Giorio



Sociologo, amministratore pubblico e impegnato nella società civile. Illustre docente universitario e scienziato sociale che ha creduto nel servizio sociale, operando concretamente per il consolidamento della professione di assistente



sociale, partendo dai percorsi formativi.

A lui si deve il primo dottorato in Italia in “Sociologia, teoria e metodologia del servizio sociale” che ha coordinato fino al 1993, e fu lui a volere, con grande lungimiranza, il quarto anno sperimentale della laurea di servizio sociale, che ha percorso la definitiva articolazione nei due livelli della laurea triennale e specialistica.

Va quindi ascritto a merito del prof. Giorio l'avvio del processo di accademizzazione del servizio sociale, anche grazie al qualificato e significativo contributo da lui dato, a livello scientifico e di ricerca, con una produzione culturale e scientifica che ha senza dubbio consolidato il percorso evolutivo, sia della disciplina di servizio sociale, sia della professione.

Di questa abbondante produzione si possono richiamare alcuni titoli, emblematici della sua attenzione al servizio sociale nell'arco di quarant'anni. Uno dei primi testi di Giuliano Giorio noti al servizio sociale italiano è del 1963: Murray G. Ross (1955) *Organizzazione di comunità: teoria e principi*. Revisione della traduzione e presentazione del testo a cura di G. Giorio, Onarmò, Roma.

Tra la grande quantità di interventi sul tema dei servizi e delle politiche sociali, alcuni in particolare mostrano la costante attenzione di Giorio all'evoluzione del servizio sociale nel territorio nazionale, tra i quali si ricordano in particolare:

1963, Il ruolo del servizio sociale in un processo di trasformazione sociale, in Atti seminario “Aspetti del processo di trasformazione sociale in Sicilia”, giugno

1963, Barcellona Sicula, CLEUP, Palermo.

1968, Il servizio sociale di comunità in alcune esperienze a livello locale, redazione quaderno Fondazione Zancan, Quaderno n.8, 1968.

1974, Servizi sociali e mobilità, in Atti “Conferenza regionale dell'emigrazione”, luglio 1974, Verona.

1985, L'assistenza sociale nelle aree rurali e la legislazione della Regione del Veneto, in Atti convegno “Il Piano socio-sanitario nelle aree rurali”, genn./marzo 1985.

1990, (cur.), Dall'intersoggettività alla reciprocità nelle risposte ai bisogni umani della società tecnologica, Cedam, Padova.

1993, Professionalità e formazione dell'assistente sociale: nuove opportunità?, in Villa F. (cur.), Il servizio sociale nell'Italia degli anni '90. Nuove abilità e formazione universitaria, Vita e Pensiero, Milano.

1996, Università e professionalizzazione, in Giraldo S. e Refolo E., Il servizio sociale: esperienze e costruzione del sapere, Franco Angeli, Milano.

2001, Il dottorato di ricerca in servizio sociale, in Sgroi E., Rizza S., Gui L. (cur.), Primo rapporto sul servizio sociale in Italia, Eiss, Roma.

2002, Diversità culturali e religiose nei servizi sociali, in De Vita R. e Berti F. (cur.), Dialogo senza paure. Scuola e servizi sociali in una società multiculturale e multireligiosa, Franco Angeli, Milano.

Da ultimi possono essere menzionati due volumi che testimoniano la sua continua attenzione ad un approccio che valorizzi la dimensione comunitaria:

1999, Dal micro al macro. Percorsi socio-comunitari e processi di socializzazione, (curato con Lazzari F. e Merler A.), Cedam, Padova.

2000, Strutture e sistemi sociali nell'at-



tuale dinamica valoriale. Indicazioni istituzionali per una sociologia planetaria, Cedam, Padova.

### **Professoressa Maria Carmen Pagani**

Nata a Lugo (RA) nel 1928, si è laureata in filosofia (1953) e diplomata assistente sociale (1955) a Bologna. Ha lavorato come assistente sociale nei quartie-



ri INACASA (1953-1954) e come superiore e dirigente centrale nell'Istituto Servizio Sociale Case per Lavoratori ISSCAL (1955-1974). Docente di servizio sociale (CW, GW, C.ORG) in Italia e all'estero, ha pubblicato contributi a carattere metodologico sul servizio sociale in collane istituzionali. Con la chiusura generalizzata degli enti nazionali, ha poi lavorato al Ministero per i Lavori Pubblici come dirigente del Centro Documentazione per l'Edilizia Residenziale (1975-1990) e come membro del Consiglio superiore dei Lavori Pubblici (1991-1993). Direttore di pubblicazioni istituzionali a carattere informativo e docente di documentazione in corsi istituzionali e universitari di servizio sociale. Cofondatrice (nel 1991) della

SOSTOSS (Società per la storia del Servizio Sociale), ne è attualmente vice presidente.

È Grande Ufficiale al merito della Repubblica.

### **Giobbe Covatta**

Giobbe Covatta non ha certo bisogno di presentazione.



Il CNOAS in questa giornata che ci vede riuniti per l'inaugurazione della sede dell'Ordine Nazionale degli assistenti sociali - evento che, al di là del valore "economico", assume anche una grande valenza simbolica per gli assistenti sociali, che è quella di avere una "casa comune", obiettivo per il cui raggiungimento hanno profuso costante impegno i Consigli nazionali che ci hanno preceduto - ha deciso di dare un riconoscimento, oltre che a personaggi che, per professione e a vario titolo, sono impegnati nell'ambito del servizio sociale, anche ad un personaggio che ci è sembrato ricomprendere e coniugare in sé la "leggerezza" (nel senso positivo usato da Calvino) e l'impegno sociale.

Per questo vogliamo dare un piccolo contributo, a nome di una professione che è



costantemente impegnata nel sostegno a chi si trova in condizione di bisogno per l'affermazione di maggiore equità e giustizia sociale in Italia e nel mondo, a Giobbe Covatta per i bambini dell'Africa.

È anche un testimonial di AMREF e Save the Children.

**AMREF (African Medical and Research Foundation)** è una organizzazione non governativa internazionale fondata alla metà del XX secolo; tutt'oggi attiva, l'ONG si propone di migliorare la salute in Africa attraverso il coinvolgimento attivo delle comunità locali. L'organizzazione si avvale principalmente di personale africano (97% circa) e destina gran parte delle proprie risorse alla formazione di personale medico in loco. AMREF è attiva in Etiopia, Kenya, Sudafrica, Tanzania, Uganda, Somalia e Sudan ed è attualmente la più grande organizzazione medica del continente africano. Il servizio più celebre fra quelli realizzati da AMREF è quello dei Flying Doctors, personale medico aereotrasportato che porta la propria assistenza nelle zone più remote e inaccessibili dell'Africa. La divisione italiana di Amref, AMREF Italia, è stata fondata nel 1988; dal 2007 fa parte di AGIRE. AMREF conduce una serie di progetti paralleli, tutti volti al miglioramento delle condizioni sanitarie dei paesi africani. Le principali aree in cui AMREF opera riguardano:

- la lotta all'AIDS e alle altre malattie sessualmente trasmesse;
- la lotta alla malaria ; diffusione nel

territorio delle misure igieniche fondamentali e delle fonti di acqua incontaminata;

- salute della famiglia;
- servizi clinici, risposta alle emergenze sanitarie;
- addestramento di personale medico presso le popolazioni locali; istruzione;
- assistenza ai bambini di strada di Nairobi; assistenza in Uganda rivolta ai night commuters.

**Save the Children** è un'organizzazione internazionale indipendente per la difesa e la promozione dei diritti dei bambini. Lo scopo principale dell'associazione è sviluppare progetti che portano miglioramenti sostenibili e di lungo periodo a beneficio dell'infanzia. Fa parte dell'International Save the Children Alliance a cui fanno capo altre 27 organizzazioni nazionali.

L'International Save the Children Alliance è una ONG con status consultivo presso il consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite.

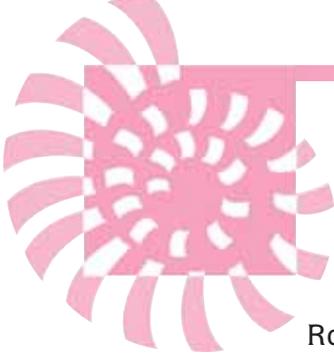
Save the Children, come altre grandi organizzazioni non governative, porta aiuti immediati alle comunità in difficoltà, e soccorso alle famiglie e ai bambini colpiti da disastri e catastrofi naturali, da conflitti e guerre. Le sue attività principali sono nell'ambito dell'educazione (istruzione), nella risposta alle emergenze, la riduzione della povertà, la lotta all'Aids, la salute e il contrasto allo sfruttamento e abuso dei bambini, come il fenomeno dei bambini soldato, della tratta, dello sfruttamento sessuale. Alcuni esempi di intervento di Save the Children nel mondo: a seguito dello Tsunami che ha colpito le popolazioni del



sud-est Asia, avvenuto il 26 Dicembre 2004, Save the Children è stata tra le organizzazioni più impegnate nella ricostruzione del tessuto sociale andato distrutto dalla catastrofe naturale. I suoi interventi hanno riguardato e riguardano la protezione dei bambini, il ricongiungimento con i familiari nel caso degli orfani, la ricostruzione del sistema scolastico. Dopo il terremoto che ha devastato il Pakistan nell'Ottobre 2005, Save the Children si è impegnata in molti interventi di ricostruzione e protezione dei minori. Save the Children è presente in zone di guerra come Afghanistan, Libano, Palestina, Repubblica Democratica del

Congo, Sud Sudan, o in zona di post conflitto dell'area balcanica (Kosovo e Serbia). È presente da molti anni in quasi tutti i paesi dell'Africa: in quelli colpiti più volte da siccità come l'Etiopia, o da quelli che affrontano un difficile transizione dopo anni di conflitti, come l'Angola, la Repubblica Democratica del Congo, la Somalia. O in quelli che hanno problemi sanitari gravissimi, come il Malawi (a causa della diffusione dell'HIV-AIDS). Save the Children sviluppa progetti anche in tutto il Centro e Sud America, in tutta l'Asia e in Oceania.





## Giustizia Minorile Autonoma

### **Comunicato Stampa**

Roma, 11 Dicembre 2008 - Questo Consiglio Nazionale, in merito al progetto di riordino dell'apparato amministrativo del Ministero della Giustizia, esprime forte preoccupazione per la proposta di riorganizzazione del Dipartimento per la Giustizia Minorile, orientata a depotenziarne l'autonomia e la specializzazione.

Rileviamo con favore l'atteggiamento al riguardo del Ministro Alfano che ha manifestato in Parlamento la necessità di riflettere su tale progetto di riorganizzazione.

Sottolineiamo che la delegazione ONU di recente in Italia per accertare lo stato dei diritti umani delle persone private della libertà, ha mostrato apprezzamento per il funzionamento della giustizia minorile in Italia, indicandola quale buon esempio per le altre nazioni ed evidenziando anche l'importanza della sua autonomia in linea con le Raccomandazioni delle Nazioni Unite sulla giustizia minorile.

L'elevata professionalità degli interventi educativi con i minori dipendono in forte misura dall'attuale autonomia dei Centri Giustizia Minorile nell'organizzare e gestire le risorse umane e finanziarie sul proprio territorio, co-progettando gli interventi per i minori con le regioni, gli enti locali, il terzo settore ed il volontariato organizzato.

Auspichiamo quindi che non venga dato corso a progetti di riordino degli apparati amministrativi e del Ministero, semplicemente finalizzati ad una apparente contrazione delle spese, che possano in alcun modo ledere l'autonomia dell'amministrazione della giustizia minorile e la qualità della sua attività, per come si è progressivamente realizzata nel corso degli ultimi 60 anni.



## L'Ordine Assistenti sociali sull'approvazione in Senato del DDL sul testamento biologico: “ ...una profonda lacerazione della società civile...”

### **Comunicato Stampa**

Roma, 31 marzo 2009 - Il DDL sul testamento biologico è stato approvato in Senato generando un forte senso di frustrazione e rammarico in coloro che avevano pensato a questa come ad un' occasione importante per colmare grandi e gravi lacune dell'esercizio del diritto di autodeterminazione delle persone. La legge – se confermata nell'iter parlamentare - sancirà la “impossibilità”, in Italia, di accedere ad un atto fondamentale di espressione della libertà personale, precludendo scelte che non possono che attenerne a ciascuno di noi, per diritto naturale inviolabile garantito anche dalla Carta Costituzionale.

In quanto rappresentante di una professione d'aiuto che, rispettando la peculiarità delle persone, ne valorizza ed attiva le capacità di autodeterminarsi per la piena realizzazione di sé, l'Ordine Nazionale degli Assistenti sociali sente la necessità di esprimere un doloroso dissenso sulla attuale formulazione della legge, e una nota di allarme per la profonda lacerazione che essa marca nella società civile.

Permettere che ogni persona possa lasciare testimonianza circa le forme di trattamento sanitario che intende o meno accettare, qualora fosse privo della capacità di relazionarsi ed esprimere i suoi intenti per decidere di sé, è un atto legittimo di civiltà e di amore per la vita, rispettoso di quella dignità che ciascuno ha diritto di rivendicare dalla nascita alla morte, in uno stato democratico e moderno.

Consapevoli e convinti che il Parlamento e lo Stato italiano non possano che operare nell'interesse dei cittadini che rappresentano, in un confronto costante con la società civile ed i suoi processi di sviluppo, gli Assistenti sociali si augurano che alcuni aspetti della norma possano essere ridiscussi e modificati nel senso auspicato, con spirito libero da ideologie, ristabilendo credibilità e certezza sui principi fondamentali che ispirano e regolano la convivenza civile.



**Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali continua ad esprimere un forte preoccupazione sul “pacchetto sicurezza” e si allea a tutte le categorie degli operatori sociali e sanitari in un appello al buon senso.**

### **Comunicato Stampa**

Roma, 13 maggio 2009 – Cresce lo sconforto degli Assistenti sociali italiani dopo il voto di fiducia di oggi alla Camera sul pacchetto sicurezza, all'interno del quale viene confermato per tutti i pubblici ufficiali l'obbligo di denunciare gli immigrati non in regola con il permesso di soggiorno.

**Il nostro appello al buon senso, diffuso tramite i media, ha lasciato indifferente il Governo – afferma la Presidente del Consiglio Nazionale Franca Dente – nonostante le forti critiche e proteste provenienti anche da parte di esponenti della maggioranza e dal Vaticano.**

Gli operatori sociali e sanitari infatti vengono esonerati dall'obbligo di segnalazione ma non, in quanto pubblici ufficiali, da quello di denuncia di un reato, quale quello di immigrazione clandestina appositamente introdotto, la cui omissione o ritardo comporta il rischio di sanzioni penali. Cosa inaccettabile la denuncia – continua Franca Dente – per chi come noi ha come compito primario, attribuitogli dallo Stato e dal proprio Codice deontologico, quello di offrire sostegno e aiuto a chi si trova in condizione di bisogno e di disagio sociale, nel rispetto assoluto del valore e della dignità di ogni persona, qualunque sia la sua condizione.

E' per questo che gli Assistenti sociali si uniscono al coro trasversale delle organizzazioni mediche, dei giuristi, degli operatori sociali, degli educatori e in generale di tutti i dipendenti pubblici, richiamando nuovamente la responsabilità del Governo su questo provvedimento che rischia drammatiche ripercussioni, oltretutto la sconfitta morale della società civile.



## Manifesto di allarme sociale sulla condizione delle famiglie e dei minori

L'Ordine Nazionale degli Assistenti Sociali da tempo segnala alle autorità competenti e ai media l'allarme per lo stato di tensione e di conflittualità nel quale versano oggi le famiglie. La fragilità delle relazioni familiari, intergenerazionali e di genere, sta causando episodi sempre più frequenti di aggressività e di violenza. Le famiglie da luogo di protezione si stanno trasformando in luoghi di sofferenza e di rischio, nei quali i più esposti e i più indifesi sono i bambini.

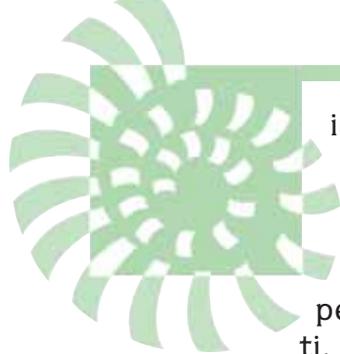
I servizi sociali, con forze inadeguate rispetto ai cambiamenti in atto ed alle nuove esigenze, non riescono più ad esercitare il ruolo di accoglienza del disagio, di accompagnamento, di supporto alla sofferenza. La crisi delle relazioni, la sfiducia nei servizi pubblici, spinge la famiglia all'isolamento, sì che la tragedia spesso si consuma in uno scenario di apparente normalità/solitudine. Nessuno coglie i segnali della tensione che cresce e che, se intercettata nei tempi giusti, può essere contenuta e magari riassorbita.

L'aumento delle separazioni di coppie con minori spesso rende visibili scenari dove il passaggio dalla solitudine alla conflittualità sembra essere diventato un passaggio obbligato. In un clima di ricatti e di rancori l'interesse dei bambini passa in ultimo piano e la gestione del "progetto della vita del minore" viene alla fine demandata al giudice minorile, tutelare o ordinario che sia. Così che l'esecuzione coattiva di un decreto di allontanamento risulta l'unica dolorosa ratio possibile, che avrà tuttavia pesanti ricadute su quello stesso minore che si vuole tutelare.

Sono sempre più frequenti i casi, resi pubblici dai mass media, di famiglie distrutte da tensioni e rivendicazioni che se gestiti o mediati in tempo utile e in modo professionale, sicuramente non avrebbero avuto un epilogo tragico.

Ancora il logoramento delle relazioni e dei canali di comunicazione intrafamiliare ed intergenerazionale risulta tra le cause di un crescente malessere infantile e adolescenziale, quale quello ad esempio che porta a manifestazioni di bullismo, all'uso di sostanze, a comportamenti auto etero distruttivi.

Tra le difficoltà relazionali sempre più diffuse si segnalano quelle che



interessano alcuni segmenti deboli del tessuto sociale, quali le madri sole, i coniugi separati e i divorziati, gli anziani, le persone celibi, nubili, vedove e i disabili.

Le tensioni all'interno del nucleo familiare investono, in modo particolare, il rapporto tra genitori e figli peraltro con effetti contrastanti. Se in alcuni casi, infatti, si sono accresciute, in maniera abnorme, le attenzioni e le aspettative dei genitori sui figli, in altri sono aumentate le distanze comunicative tra gli uni e gli altri fino al determinarsi di situazioni di abbandono, di violenza o di abuso all'interno del contesto familiare.

La professione di assistente sociale, in continuo contatto con la tensione che la sofferenza e il disagio produce, si trova ad operare nei servizi sociali e socio-sanitari spesso in condizioni di rischio, anche fisico, e di fragilità, come i suoi stessi utenti, nell'impossibilità di poter intervenire per assenza di risorse finanziarie e umane, in una condizione di ordinaria emergenza, tamponando le situazioni senza la possibilità, il più delle volte, di lavorare sulla relazione e sulla fiducia con il gruppo familiare.

La mancata emanazione dei livelli essenziali di assistenza da parte dello Stato, previsti dalla legge 328/00, spesso giustificati dalla mancanza di risorse finanziarie, e la condizione di stallo delle politiche sociali che ha di fatto disatteso le aspettative di implementazione di un sistema di rete dei servizi sociali hanno aggravato la condizione delle famiglie e dei professionisti chiamati a tutelare i diritti costituzionalmente riconosciuti.

Tutto ciò richiede necessariamente una urgente e incombente riflessione, un richiamo alla responsabilità da parte del Governo e degli Amministratori regionali e locali, a cui il CNOAS chiederà la necessaria attenzione, nell'individuare da subito interventi urgenti possibili e sostenibili che la professione di assistente sociale responsabilmente suggerisce.

Se si acquisisce come presupposto comune il ruolo fondamentale della famiglia per la formazione, il benessere delle persone, la coesione sociale, il dialogo e la solidarietà tra le generazioni; se si crede al ruolo sociale della famiglia, e se ne riconosce il valore formativo, allora è necessario pensare e ripensare a delle scelte urgenti che aiutino ad affrontare l'emergenza come quelle indicate di seguito:

- rafforzamento nei servizi pubblici delle professioni di aiuto che consentono l'accoglienza e la presa in carico della persona e delle famiglie;

- 
- incremento dei servizi di mediazione familiare, civile e penale;
  - garanzia della privacy per i minori;
  - servizi di tutoraggio educativo familiare;
  - incremento dei servizi di vicinanza e di sostegno alle famiglie;
  - modifica dei protocolli operativi di allontanamento dei minori;
  - investimenti nell'affidamento familiare e nel recupero delle famiglie momentaneamente impedito a svolgere la funzione genitoriale.

A tale proposito il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali sta proponendo, di concerto con l'Associazione Magistrati, il CSM, l'Ordine Forense e i delegati Welfare dell'ANCI, l'istituzione di un tavolo tecnico diretto a costruire sinergie tra figure professionali coinvolte nella tutela di famiglie e minori, la revisione di protocolli/procedure di esecuzione coatte, la condivisione di prassi operative efficaci dirette al miglioramento delle relazioni famiglie, servizi sociali e magistratura e inoltre eventualmente la possibilità di reperimento di fondi economici adeguati perequati per regioni, al fine di creare i presupposti di una reale, efficace, urgente cultura della vicinanza a quella che è la base della nostra società in decadimento, la famiglia.

Il Consiglio Nazionale intende infine coinvolgere le parti sociali e sindacali per un'alleanza diretta a migliorare la condizione politica, organizzativa dei servizi e promuovere azioni di maggiore tutela delle persone più fragili e dei professionisti.

Ci auguriamo che le istituzioni competenti possano appoggiarci in questo cammino.

*Il presente documento è stato sottoposto agli interlocutori individuati dal Consiglio Nazionale e da questi condiviso.*

*Esso ha costituito il documento di base del Tavolo Tecnico, già attivato e attualmente in funzione, il cui scopo è l'individuazione di procedure, modalità e buone prassi da diffondere e rilanciare sul territorio nazionale, a tutela dei minori e delle loro famiglie.*

*Il documento è stato inoltre sottoposto alle organizzazioni sindacali e da queste sottoscritto.*

*Assistente Sociale – La Professione in Italia n. 2/2008*

*Poiché si sono verificate gravi disfunzioni nel recapito del n. 2/2008 della rivista, a causa di errori nella postalizzazione da parte della ditta incaricata, si ricorda a tutti gli iscritti che il fascicolo è interamente scaricabile dal sito <http://www.cnoas.it> in formato pdf.*

*Per scaricare il file è sufficiente accedere alla pagina <http://www.cnoas.it/notiziario.php>*

*Nella stessa pagina è disponibile per il download anche il n. 1/2008.*

*Bilancio consuntivo CNOAS  
Esercizio finanziario 2008*

*Sulla base di quanto deliberato nella seduta di Consiglio del 27 marzo 2009, il rendiconto generale che, in conformità a quanto previsto dal Regolamento di amministrazione e contabilità, si compone del conto del bilancio, del conto economico, dello stato patrimoniale e della nota integrativa del tesoriere che esplica anche la funzione della relazione sulla gestione e il parere del Collegio dei Conti del Consiglio nazionale dell'Ordine al Consuntivo, sono resi pubblici attraverso la pubblicazione sul sito del Consiglio Nazionale <http://www.cnoas.it>.*