

Università degli Studi di Torino



Dipartimento di Culture, Politiche e Società

Corso di laurea in servizio sociale

A.A. 2013/2014

Prova finale

Disabilità mentale e abilità sociale: politiche di integrazione e di inclusione sociale

Relatrice: prof.ssa Barbara Rosina

Candidato: Giulio Carboni (735248)

*“Prima eravamo matti,
adesso siamo malati,
quando saremo considerati uomini”?*

*“Io sono Matto. Per questo posso fare tutto quello che voglio.
Posso pure cagare per terra. Su questo pavimento così lucido.
Tutto mi è permesso.*

*Sono un fiume in piena, che quando meno te lo aspetti straripa!
Sfonda gli argini della normalità. Un fiume in piena mica lo puoi fermare.
Sono incontenibile! Incorreggibile!*

*Io sono matto e mi sta bene così.
Così non devo fingere.
Se mi va, rido. Se no, no!
Il mio pensiero è libero di andare, oltre il mio corpo, oltre ogni legge.
Al di là di tutte le bugie del mondo.*

*Io sono Matto e vivo senza struttura, disordinato.
Vivo senza punteggiatura.
Così la mia mente cresce e si sviluppa libera, come l'erbaccia che impesta la terra.
Come l'edera, mi arrampico senza nessun senso.
Il senso sono io, in quanto Matto.*

*Mi hanno insegnato l'ordine, e la mia vita è il caos.
Di colori ne vedo tanti, proiettati su questo muro color pistacchio.
E un giorno ho pure appeso un mio ritratto, così mi posso guardare in faccia, senza
trovare mai una nuova ruga ai lati degli occhi.*

*Ma il matto non obbedisce mai agli ordini.
In questo mondo dove tutti dicono sì, chinando la testa, il matto si rifiuta, dice no:
Obbietta!
Obbietta perché forse è obbiettivo, perché fotografa la realtà.
Analizza la realtà con lo zoom e sviluppa un suo pensiero, la sua personalità.*

*Io sono Matto, e mi trovo abbastanza bene, qui dentro.
Tutto sommato mi sento protetto, in un guscio spesso.
La mia è una casa senza pareti, niente confini.
Finalmente posso spaziare, senza ali riesco pure a volare.
E vi guardo dall'alto.*

*Come siete piccoli, minuscole formiche impazzite, che vi dannate a costruire
certezze di marmellata. Nei vostri cunicoli bui, nelle vostre personali catacombe, vi
perdete.
E non c'è luce che vi possa arrivare. Non c'è una ringhiera verde da scavalcare.
Che i confini li hanno fatti per recintare, chiudere, segregare.*

*Dimenticare.
Dimenticate che ci sono anch'io, ma non potete fare finta di niente.
Le vostre stupide pasticche non mi fanno niente.*

*Sarò irraggiungibile, correndo. Anche se fermo su me stesso.
E me ne andrò per i prati, come sull'asfalto rovente.
A piedi scalzi.*

*Sono Matto e rappresento la vostra Salvezza.
Quella sfocata percezione di essere nella ragione.
Io sarò sempre il toro. Il distorto, l'adunco.
Sono una meravigliosa imperfezione, come uno stupendo sbaglio di Dio”¹.*



*“Sei così ipocrita
che come l'ipocrisia ti avrà ucciso
sarai all'inferno
e ti crederai in paradiso”².*

¹ Simone CRISTICCHI Centro di Igiene Mentale “Un cantastorie tra i matti” Mondadori Editore S.P.A. Milano 2007

² Pier Paolo PASOLINI “Bestemmia” tutte le poesie Fonte in: <http://www.pasolini.net/index.html> ultima consultazione novembre 2014.

INDICE

Abbreviazioni.....	7
Introduzione.....	8
CAPITOLO I Disabilità mentale e abilità sociale	
1. Disabilità mentale e abilità sociale.....	11
1.1. Stigma sociale e pregiudizi in psichiatria.....	15
1.2. Definizione di <i>empowerment</i>	19
1.2.1 <i>Empowerment e disagio psichico</i>	20
1.3. L’accezione dei termini: abile - <i>handicap</i> – <i>deficit</i> - disabile – diversamente abile – diversabilità.....	23
CAPITOLO II Politiche di integrazione e di inclusione sociale	
2. Politiche di integrazione e di inclusione sociale.....	31
2.1. Politiche di integrazione e di inclusione sociale nella scuola.....	34
2.2. Politiche di integrazione e di inclusione sociale attraverso il lavoro.....	37
2.3. Politiche di integrazione e di inclusione sociale nel terzo settore.....	41
2.4. Politiche di integrazione e di inclusione sociale attraverso i <i>mass media</i>	42
2.5. Politiche di integrazione e di inclusione sociale dei servizi sociali.....	43
2.5.1. <i>Definizione dei termini “servizi sociali” e “servizio sociale”</i>	47
2.6. Politiche di integrazione e di inclusione sociale nello <i>sport (Special Olympics)</i>	50
2.6.1. <i>Special Olympics International</i>	53
2.6.2. <i>Special Olympics Italia</i>	54
2.6.3. <i>La Federazione Italiana Sport Disabili Intellettivi e Relazionali (FISDIR)</i>	55
2.6.4. <i>Storia delle Paralimpiadi</i>	56

Conclusioni.....	62
Bibliografia.....	68
Sitografia.....	69
Fonti normative.....	74

ABBREVIAZIONI

AdP	= Accordi di Programma
ASPHI	= Avviamento e Sviluppo di Progetti per ridurre l'Handicap mediante l'Informatica
BES	= Bisogni Educativi Speciali
BP	= Buone Pratiche
CFP	= Centri di Formazione Professionale
CMI	= Circolare del Ministero dell'Istruzione
CMLPS	= Circolare Ministeriale del Lavoro e delle Previdenza Sociale
ICF	= Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute
DLGS	= Decreto Legislativo
DPCM	= Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DPR	= Decreto del Presidente della Repubblica
LEA	= Livelli Essenziali di Assistenza delle prestazioni assistenziali
LIVEAS	= Livelli essenziali di Assistenza delle prestazioni sociali
OMS	= Organizzazione Mondiale della Sanità
PDF	= Profilo Dinamico Funzionale
PdZ	= Piano di Zona
PEI	= Piano Educativo Individualizzato
POF	= Piano dell'Offerta Formativa
SPI	= Servizi Pubblici per l'Impiego
SIL	= Servizio Integrazione Lavorativa
TS	= Terzo settore

INTRODUZIONE

Questa mia trattazione affronta la problematica della disabilità mentale attraverso la descrizione di alcuni suoi aspetti e si propone, innanzitutto, di essere una sintesi del percorso che accompagna la persona in una situazione di disabilità mentale, nel processo di integrazione e di inclusione sociale.

Nel primo capitolo parlo di disabilità mentale e abilità sociale, scindo questi termini e specifico che l'una non esclude l'altra, mi soffermo poi sul pregiudizio e il conseguente stigma sociale che accompagna la disabilità mentale; il processo di *empowerment* per i soggetti aventi un disagio psichico; propongo, per ultimo l'accezione dei termini: abile – *handicap* – disabile – diversamente abile e una proposta di classificazione positiva quale potrebbe essere il termine diversabilità. Metto in luce questi termini per valutarne il senso che hanno, l'importanza scientifica e la loro funzione. Etichette che potrebbero comprendere tutta la popolazione, visto che tutti siamo diversabili, tutti potremmo avere o abbiamo degli *handicap* (svantaggio e/o difficoltà) nella nostra vita privata e sociale dovute a nostre limitazioni fisiche e/o sociali.

Nel secondo capitolo affronto, nello specifico, le politiche sociali di integrazione e di inclusione ma, prima di elencarle, voglio significare meglio questi termini e la loro importanza nel tessuto sociale: “integrazione”, “inclusione” sociale e prima ancora di questi il termine “inserimento”. Il termine “inserimento”³ è stato utilizzato per la prima volta in Italia verso la fine degli anni Sessanta per indicare la presenza in classi comuni, di alunni con minorazioni, sino ad allora rinchiusi per legge nelle classi e negli istituti speciali.

Con l'affinarsi della ricerca pedagogica e didattica che, tracciava percorsi di scolarizzazione di questi alunni insieme ai compagni, il termine “inserimento” cominciò a sembrare troppo statico e poco espressivo del lavoro di coeducazione che tale fatto comportava. E si incominciò a parlare, verso la metà degli anni Settanta, di “integrazione”⁴ per significare che, gli alunni con disabilità non erano solo presenti in classe ma si collegavano al lavoro didattico dei compagni e riuscivano e divenire per quanto possibile uno di loro, grazie al lavoro svolto in classe ed all'interazione fra loro ed i coetanei non disabili. Anzi, ci si rese conto che, proprio grazie a questo comune lavoro educativo e di istruzione, gli alunni con disabilità crescevano più facilmente negli apprendimenti, nella comunicazione, nella socializzazione e nelle relazioni, come poi dirà l'art. 12 comma 3 Legge del 5 febbraio 1992, n.104”⁵. Il termine “inclusione” è entrato da ormai qualche anno nel nostro sistema educativo e questo è avvenuto,

³ A livello normativo il termine “inserimento” è stato ufficializzato dall'art. 28 della Legge 30 marzo 1971, n.118

⁴ Il termine “integrazione” è sopravvenuto a quello di inserimento grazie alla Legge 4 agosto 1977, n. 517 e soprattutto dalla Legge del 5 febbraio 1992 n. 104

⁵ S. NOCERA “Inserimento, integrazione, inclusione”. Fonte in: www.fondazioneegualandi.it/inserimento-integrazione-inclusione ultima consultazione ottobre 2014.

principalmente, per adeguarsi alla terminologia internazionale. A livello normativo il termine “inserimento” è stato ufficializzato dall’art 28 della Legge 30 marzo 1971, n. 111⁶, quello di “integrazione” dalla Legge 4 agosto 1977, n. 517 e soprattutto dalla Legge 5 febbraio 1992, n. 104⁷, quello di “inclusione” dalla convenzione dell’ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall’Italia con Legge 3 marzo 2009, n. 18⁸.

“In molti paesi europei, si usa il termine *inclusion* per indicare, in generale, un processo che porta all’istruzione degli alunni con disabilità nelle classi comuni, quindi sostanzialmente simile alla nostra integrazione (da osservare, d’altro canto, che *integration*, è una parola collegata praticamente ovunque all’immigrazione). Il termine inclusione quindi va inteso come un’estensione del concetto di integrazione che coinvolge non solo le persone con disabilità, formalmente certificata, ma tutte le persone con le loro difficoltà e diversità”⁹.

Il secondo capitolo è interamente dedicato a sviluppare la tematica dell’inclusione sociale riferita a persone con disabilità mentale. Elenco una serie (le più significative) di opportunità di inclusione sociale che ciascuno di noi ha nel proprio percorso di vita e che vanno dalla scuola, al lavoro, ai rapporti con i *mass media* e tutte le forme di socializzazione anche virtuali, fino allo *sport*.

Mi soffermo sulla integrazione e inclusione attraverso lo *sport* ed in particolare sugli *Special Olympics* perché è un settore che ho conosciuto durante il percorso del mio tirocinio in servizio sociale e anche nella veste di volontario, partecipando, in occasione di un evento nazionale svoltosi a Biella nel 2012 mi sono occupato dell’accompagnamento degli atleti in procinto di gareggiare. Sin dall’inizio del mio tirocinio pensavo che lo *sport* per le persone disabili non esistesse e che, fosse limitato alle persone con alcuni *deficit* di tipo motorio. Vi è invece una netta distinzione: le Paralimpiadi riguardano solo atleti con *deficit* motori e che si svolgono ogni 4 anni in concomitanza con le Olimpiadi per i “normo dotati”. Gli *Special Olympics* sono riservati invece a persone con disabilità mentale ed assumono un carattere e una *mission* non prettamente agonistica.

⁶ Legge 30 marzo 1971, n. 118 “Conversione in legge del D.L. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili.” <http://www.handylex.org/stato/1300371.shtml> ultima consultazione ottobre 2014.

⁷ Legge 4 agosto 1977, n. 517 “Norme sulla valutazione degli alunni e sull’abolizione degli esami di riparazione nonché altre norme di modifica dell’ordinamento scolastico.” Fonte in: <http://www.handylex.org/stato/1040877.shtml> ultima consultazione ottobre 2014.

⁸ Legge 5 febbraio 1992, n.104 “Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.” Fonte in: <http://www.handylex.org/stato/1050292.shtml> ultima consultazione ottobre 2014.

⁹ G. PALMARIGGI “Cambio di terminologia: dall’integrazione all’inclusione”. Fonte in www.orizzontescuola.it/news/cambio-terminologia-dallintegrazione-allinclusione , ultima consultazione ottobre 2014.



Foto: *Courtesy of Photographer Tobias Malmberg, Stockholm, Sweden contact thobias.malmberg@gmail.com*

Ringrazio la Professoressa Barbara Rosina per la sua disponibilità ed avere accettato di svolgere il ruolo di Relatrice della mia prova finale.

“Esonero la relatrice da qualsiasi errore o imprecisione che è imputabile soltanto a me”.

CAPITOLO I Disabilità mentale e abilità sociale

1. Disabilità mentale e abilità sociale

“La malattia mentale è, forse, una delle cause di disagio sociale che più preoccupa perché ritenuta sinonimo di pericolosità e imprevedibilità. È durante l’Illuminismo che, la psichiatria, come branca della medicina, comincia ad emergere. In quell’epoca, *Philippe Pinel*¹⁰ (1793) “spezzò le catene agli alienati” con l’intento di liberare il folle dalla sua condizione di dannato, consacrando come malato e nel XVIII secolo furono concepiti i primi asili per gli alienati. Da queste strutture derivano i manicomi od ospedali psichiatrici, che anche in Italia sono stati rifugio/prigione per i malati durante gran parte del XX secolo”¹¹.

“La malattia mentale era considerata sostanzialmente inguaribile, progressiva ed incomprensibile. Questo giustificava la segregazione dei pazienti per la salvaguardia delle “persone civili” e del decoro. Gli strumenti terapeutici erano lasciati alla fantasia più sfrenata: docce ghiacciate, diete sbilanciate, isolamento e contenzione fisica sono solo alcune delle pratiche cui venivano sottoposti i pazienti. Nel nostro Paese, le esperienze di decenni, chiedono categoricamente una revisione della normativa che disciplina l’assistenza di questa patologia nelle sue diverse manifestazioni ed espressioni”¹².

La Legge 13 marzo 1978, n. 180 “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”¹³, fu la legge che pose termine al periodo manicomiale dove i malati mentali venivano accolti in vere e proprie strutture nelle quali subivano ogni genere di violenza, quelle denunciate negli anni Settanta: mancanza di diritti, *elettroshock*¹⁴ forzato, tutela e confisca dei beni. L’indesiderato subiva tutte queste violenze perché la malattia mentale non era compresa né

¹⁰ *Philippe Pinel* Medico (Saint-Paul, Tarn, 1745 - Parigi 1826). È uno dei protagonisti del rinnovamento operatosi nella psichiatria nell’ultimo scorcio del 18° secolo, perché, grazie a una vasta preparazione che in termini più moderni si direbbe multidisciplinare, seppe guardare ai problemi dei malati di mente con spirito nuovo. Fonte accessibile in: <http://www.treccani.it/enciclopedia/philippe-pinel/> ultima consultazione ottobre 2014.

¹¹ URSINO C. “Disabilità mentale” accessibile in: http://www.giovannicertoma.it/dett_ruota.asp?id_a=4446 ultima consultazione ottobre 2014.

¹² *Ibidem*

¹³ Legge 13 marzo 1978, n. 180 " Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori " Fonte accessibile in: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_888_allegato.pdf ultima consultazione ottobre 2014.

¹⁴ “*Elettroshock*” In psichiatria, intervento che consiste nella provocazione di un accesso convulsivo epilettico per mezzo di una scarica di corrente alternata che viene fatta passare tra due elettrodi applicati alle tempie. Ideato da U. Cerletti, che lo realizzò in collaborazione con L. Bini (1938), venne utilizzato come terapia per alcune malattie mentali. Dopo l’introduzione degli psicofarmaci il trattamento elettroconvulsivante, che prima veniva applicato su larga scala in quasi tutte le sindromi psichiatriche, è progressivamente caduto in disuso. I suoi ambiti d’applicazione sono costituiti solo da casi selezionati di gravi depressioni endogene (specialmente da quelle con arresto psicomotorio), dalle sindromi stuporose, dalla catatonia, dagli stati di grave eccitamento psicotico acuto. Il trattamento può essere combinato con la somministrazione di farmaci neurolettici. Fonte in: <http://www.treccani.it/enciclopedia/elettroshock/> ultima consultazione novembre 2014.

forse voleva esserlo e sbrigativamente, era più semplice nascondere il malato tenendolo recluso in una struttura, nascondendolo agli occhi di tutti”¹⁵.

“Franco Basaglia¹⁶, applicò un moderno metodo terapeutico consistente nel non considerare più il malato mentale alla stregua di un individuo pericoloso ma al contrario un essere del quale devono essere sottolineate, anziché represses, le qualità umane. Il malato è di conseguenza in continui rapporti con il mondo esterno, in quanto gli è permesso di dedicarsi al lavoro e al mantenimento dei rapporti umani. Questo metodo di cura, non è esente da concezioni politiche e sociali. Per un nuovo rapporto tra medico e paziente Basaglia si ispirò alla “comunità terapeutica” di origine inglese; i riferimenti teorici furono *Jean Paul Sartre*¹⁷, soprattutto per quanto riguarda il concetto di libertà, *Michel Foucault*¹⁸ e *Goffman* per la critica all’istituzione psichiatrica”.

“Per le sue idee innovative e rivoluzionarie Basaglia non venne bene accolto in ambito accademico, cosicché nel 1961 decise di rinunciare alla carriera universitaria e di trasferirsi a Gorizia. Fu direttore dal 1961 dell’ Ospedale psichiatrico di Gorizia dove vi fu un forte impatto con la realtà manicomiale: c’era la massima segregazione dei malati mentali, la contenzione, la camicia di forza¹⁹ e l’*elettroshock*.

Basaglia sosteneva con i medici e gli infermieri dell’ospedale psichiatrico che “Un malato di mente entra nel manicomio come persona per diventare una cosa”. Il malato prima di tutto, è

¹⁵ URSINO C. “Disabilità mentale” accessibile in: http://www.giovannicertoma.it/dett_ruota.asp?id_a=4446 ultima consultazione ottobre 2014.

¹⁶ BASAGLIA Franco, medico italiano (Venezia 1924 - ivi 1980). Nel 1961, assumendo la direzione dell'ospedale psichiatrico di Gorizia, iniziò quello che doveva poi costituire il principale movimento per l'abolizione dell'istituto manicomiale in Italia. Proseguì a Parma l'azione di liberalizzazione, che trovò il suo punto culminante a Trieste, del cui ospedale psichiatrico egli divenne direttore nel 1971. Nel 1977, in seguito ai suoi costanti sforzi, l'ospedale poté considerare conclusa la propria attività. Determinante il suo apporto nella riforma legislativa del 1978, che ha deciso in linea di principio la soppressione degli ospedali psichiatrici. Tra le opere: *L'istituzione negata* (1968); *La maggioranza deviante*(1971) in collaborazione con la moglie F. ONGARO; *Crimini di pace* (1975). Postumi, *gli Scritti* (2 voll., 1981-82), curati dalla moglie. Fonte accessibile in: <http://www.treccani.it/enciclopedia/franco-basaglia/> ultima consultazione ottobre 2014.

¹⁷ *Jean Paul SARTRE* nacque (1905 – 1980) a Parigi il 21 giugno 1905, studiò filosofia e psicologia dal 1924 al 1927. Le prime indagini di *Sartre* sono volte alla costruzione di una psicologia fenomenologica, in antitesi alla psicologia e alla filosofia francesi contemporanee, dominate da una concezione naturalistica dei fatti psichici e dal primato indiscusso assegnato al problema della conoscenza. Fonte accessibile in: *Filosofico.net* Autore Diego FUSARO <http://www.filosofico.net/sartre.htm> ultima consultazione ottobre 2014.

¹⁸ *Michel FOUCAULT (1926 -1984)*, nato nel 1926 a *Poitiers*, studiò filosofia e psicologia. Gli interessi di *Foucault*, in principio, si concentrano sull’epistemologia: il suo problema sta nell’individuare le condizioni storiche in base alle quali la malattia e la follia si sono costituite come oggetti di scienza, dando luogo alla psicopatologia e alla medicina clinica, strettamente connesse alla costruzione di luoghi chiusi (la clinica e il manicomio) in cui si instaura un rapporto di dominio tra medico e paziente. Fonte accessibile in: “A cura di Diego FUSARO “*Michel Foucault*” <http://www.filosofico.net/foucault.htm> ultima consultazione ottobre 2014.

¹⁹ Camicia di forza “mezzo di contenzione a forma di camicia, usato per immobilizzare gli alienati in stato di agitazione; il ricorso a tale mezzo diviene sempre più raro e si tende a eliminarlo del tutto, potendosi avviare a fenomeni di eccitamento con metodi terapeutici e assistenziali”. Fonte accessibile in: <http://www.treccani.it/enciclopedia/camicia/> ultima consultazione ottobre 2014.

una “persona” e come tale deve essere considerata e curata. “Noi siamo qui per dimenticare di essere psichiatri e per ricordare di essere persone”. Basaglia applica un metodo moderno terapeutico consistente nel non considerare più il malato mentale alla stregua di un individuo pericoloso ma al contrario un essere del quale devono essere sottolineate, anziché repressi, le qualità umane”²⁰.

“Basaglia si avvicina all’antipsichiatria²¹, una corrente di pensiero sorta in Inghilterra nel quadro della contestazione e dei fermenti rivoluzionari del 1968 ad opera principalmente di *Dawid Cooper*²² (n. Capetown 1931). L’antipsichiatria e l’azione dello stesso Basaglia prendono spunto dall’infelice situazione degli ospedali psichiatrici; il movimento si oppose alla psichiatria tradizionale, accusata di non aver compreso i sintomi della malattia mentale. Per questo movimento la psichiatria tradizionale doveva cessare di giocare un ruolo nel processo di esclusione del “malato mentale”, voluto da un sistema politico convinto di poter negare ed annullare le proprie contraddizioni allontanandole da sé, rifiutandone la dialettica, per potersi riconoscere ideologicamente con una società senza contraddizioni”²³.

“Diceva Basaglia: “Una cosa è considerare il problema una crisi, e una cosa è considerarlo una diagnosi, perché la diagnosi è un oggetto, la crisi è una soggettività ed ancora: “La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia, invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla. Il manicomio ha qui la sua ragion d’essere”²⁴.

“Le abilità sociali sono comportamenti appresi orientati verso un obiettivo e governati da regole che variano in funzione della situazione e del contesto; che si basano su elementi cognitivi

²⁰ JON L. “La 180” accessibile in: <http://blog.libero.it/Anam8/view.php?id=Anam8&gg=100216&mm=0> ultima consultazione ottobre 2014.

²¹ Antipsichiatria: è questo un orientamento che si sviluppa in contrapposizione alla psichiatria tradizionale, di cui mette in discussione, fino a sconfiggerle, le pratiche e le metodologie utilizzate. Il termine “antipsichiatria”, coniato dal medico anglosassone *Dawid COOPER* nel 1967, raggruppa posizioni critiche, anche tra loro dissimili: da chi riconosce l’esistenza della malattia mentale e ne ribalta però l’approccio eziologico (avvenimenti, motivi, variabili causali), a chi teorizza la negazione stessa della malattia psichica, in quanto espressione di un modo diverso, e del tutto legittimo, di concepire la realtà. Se da un lato, dunque, per alcuni l’antipsichiatria assume il significato di una prassi terapeutica alternativa, che si inserisce in un percorso di studi e ricerche a valenza scientifica, per altri diviene addirittura disconoscimento della psichiatria come scienza medica. Cinzia BIANCHINO in: “Malati di mente. Ma pur sempre uomini”. Fonte accessibile in: http://www.ristretti.it/areestudio/salute/mentale/mentale_bianchino.pdf ultima consultazione ottobre 2014.

²² *Dawid COOPER* (n.1931-m.1986) Psichiatra britannico. Con *Ronald LAING* e *Thomas SZASZ* ha dato vita alla corrente di pensiero e di riforma della psichiatria nota come antipsichiatria. Secondo *COOPER* la malattia mentale è un’esperienza personale e sociale: egli contesta qualsiasi classificazione dei comportamenti mentali devianti come malattia. Tra le sue opere più note: “Psichiatria e antipsichiatria” (1967), “La morte della famiglia” (1971), “Il linguaggio della follia” (1978). Fonte accessibile in: http://www.parodos.it/books/pensiero%20filosofico/david_cooper.htm ultima consultazione ottobre 2014.

²³ JON L. “La 180” accessibile in: <http://blog.libero.it/Anam8/view.php?id=Anam8&gg=100216&mm=0> ultima consultazione ottobre 2014.

²⁴ *Ibidem*

ed affettivi osservabili e non osservabili, in grado di suscitare negli altri risposte positive o neutrali e di evitare risposte negative”²⁵.

Le abilità sociali sono frutto di apprendimento e non di prestazioni innate, determinate da processi educativi sperimentali dallo stare con le persone. Noi impariamo a stare con gli altri. Inoltre si fa riferimento alle regole, che determinano se un comportamento sia accettabile o meno e la loro conoscenza e il loro rispetto permetterebbero ad una persona di prevedere le conseguenze e gli effetti che le sue azioni, con buona probabilità, potranno provocare sugli altri.

Queste abilità sociali sono meta-dirette e strumentali al perseguimento di un obiettivo. Tutti noi utilizziamo i nostri comportamenti sociali al fine di raggiungere degli obiettivi, le abilità sociali quindi sono il “mezzo” attraverso il quale si soddisfiamo le nostre esigenze sociali. Esempi di abilità sociali: salutare, ringraziare, presentarsi, iniziare e continuare una conversazione, chiedere aiuto, fornire aiuto, tenersi puliti e in ordine (si insegna ai portatori di *handicap*), fare richieste, esprimere disaccordo, respingere richieste inaccettabili, ecc.²⁶.



²⁵ CHADSEY J.– RUSCH F.R. (1992). *Toward defining and measuring social skills in employment settings. American Journal on Mental Retardation*, p. 406.

²⁶ PILECCI A. “Le abilità sociali” fonte in : <http://www.medicitalia.it/minforma/psicologia/1087/le-abilita-sociali.html> ultima consultazione novembre 2014.

1.1. Stigma sociale e pregiudizi in psichiatria

“La malattia mentale in pochi sono disposti a riconoscerla e solo perché fa paura. La malattia mentale spesso non si previene perché quando comincia a manifestarsi, nel cinquanta per cento dei casi prima dei quattordici anni, genitori, insegnanti e anche il personale sanitario che ruota intorno alla scuola spesso rifiutano di individuarla e di chiamarla con il suo nome. Questo complotto di silenzio, che nasce dallo stigma generalizzato nei confronti del disturbo psichico, è il primo ostacolo alla prevenzione e all’assistenza precoce del soggetto infermo che, diversamente, in un ambiente più ricettivo, troverebbe una pronta risposta ai propri problemi”. Questa limpida analisi è alla base di “Oltre lo stigma”²⁷.

Come qualsiasi tipo di stigma sociale esso deriva da atteggiamenti culturali dominanti che fanno parte della nostra società intenta all’omologazione e al riconoscimento sociale rivolto unicamente all’essere produttivo e utile al sistema stesso. La società capitalista ha queste finalità sull’uomo visto come prodotto e consumatore. Se non si rispecchiano queste fattispecie di comportamenti, si è considerati inutili, anzi dannosi. Lo specchio sociale cui ci rivolgiamo è “imposto” da una cultura che pone barriere psicologiche, riducendo le persone a pensare con schemi mentali utili al sistema, un pensiero egemone che distingue cosa è bene e cosa è male allo scopo, una specie di *mission* di vita a priori e per dei fini di utilità che non hanno nulla a che vedere con qualcosa di legittimo, ma spesso di arbitrario.

A mio parere le persone che creano un deserto culturale e sociale intorno al “diverso” da loro e, da qui, le risposte che possiamo osservare anche da chi solo ieri era “abile” ed immerso totalmente in questa società. Si trasforma quel soggetto in un oggetto e in un alienato sociale, respinto, bistrattato, umiliato per spingerlo a morire psicologicamente, socialmente o peggio fisicamente. Quella mente è stata resa dipendente, assoggettata a dei bisogni inculcati per sentirsi persona, utile a degli scopi sociali e ad avere una identità conoscibile e riconoscibile dagli altri, funestata da pressioni psicologiche alle quali non tutti riescono a reggere, da qui i condizionamenti, i falsi ideologismi morali spesso solo di facciata.

Emerge da uno studio dell’ONU²⁸ che, spesso, alcuni comportamenti violenti si siano resi possibili anche grazie ad una “copertura di ruolo” e che questi comportamenti siano avvenuti da persone che avrebbero dovuto prendersi cura e/o educare, mentre grazie alla loro ruolo sono riusciti ad entrare subdolamente nelle vite degli altri, per abusarne, psicologicamente e fisicamente. Nella rete familiare riscontriamo questo, nel mondo dell’educazione, in chi cura

²⁷ E. TONIOLO, A. GROSSI, “*Oltre lo stigma, strategie di prevenzione in psichiatria*”, Torino, Centro Scientifico Editore, 2006.

²⁸ Studio ONU sulla violenza contro i bambini – Statistiche fonte accessibile in: <http://www.unicef.it/doc/323/studio-onu-sulla-violenza-contro-i-bambini-statistiche.htm> ultima consultazione novembre 2014.

l'altro o dovrebbe farlo. Lo stigma sociale è la perpetuazione di un potere della società, un'arma per alienare il diverso da sé e/o sfruttarlo approfittando della sua debolezza sociale cui è stato indotto.

La categoria dello stigma non è sufficiente a spiegare la distanza sociale che si verifica soprattutto nelle relazioni più intime e personali (famiglia, amici, vicini) che, è determinata anche da ciò che accade di inconsapevole nelle relazioni interpersonali, effetto veicolato da comunicazioni sintomatiche, non immediatamente decifrabili; è l'esperienza che *Scheff* chiama "devianza residua"²⁹ di regole non scritte di relazione sociale (accorgersi improvvisamente che l'interlocutore non è "presente"³⁰ è lontano, è allucinato; rendersi conto di essere immerso in una atmosfera distorta dell'attenzione sospettosa dell'interlocutore). Certo non tutto è discriminazione, né tutto è riducibile a categorie sociologiche, va considerata la complessità dei vissuti, la non conoscenza o conoscibilità di gran parte delle dinamiche psichiche. Vi sono situazioni e risposte soggettive e non tutto quindi è imputabile all'ambiente o alla società.

"Definirò normali noi e quelli che non si discostano per qualche caratteristica negativa dai comportamenti che, nel caso specifico, ci aspettiamo da loro [...]. Per definizione, crediamo naturalmente che la persona con uno stigma non sia proprio umana [...]. Mettiamo in piedi una teoria dello stigma, una ideologia atta a spiegare la sua inferiorità"³¹. Lo stigma nei confronti delle persone che soffrono di malattia mentale agisce come fattore antiterapeutico e ha effetti negativi tanto da costituire una "seconda malattia"³².

La parola "stigma" è attualmente usata per indicare che, nello specifico, la diagnosi di malattia mentale e i comportamenti che la accompagnano, risvegliano nelle persone atteggiamenti negativi e di rifiuto, senza che ci sia una conoscenza del problema. Lo stigma che accompagna la malattia mentale, crea un circolo vizioso di alienazione e discriminazione, intesa come privazione di diritti e benefici, per la persona malata, la sua famiglia e tutto l'ambiente che lo circonda, diventando spesso la fonte principale di un grave isolamento sociale, dell'incapacità a trovare una casa o un lavoro, di comportamenti di abuso di alcol e di sostanze psicotrope, di fenomeni di emarginazione e di una protratta marginalizzazione.

Nella pratica psichiatrica gli interventi mirano a contrastare questi atteggiamenti che, hanno assunto un ruolo sempre più rilevante, la persona che soffre di una malattia mentale si trova a dover combattere su due fronti: da un lato l'esperienza di malattia, con tutto ciò che

²⁹ *TJ. SCHEFF*, "Per infermità mentale. Una teoria sociale della follia", Milano, G. Feltrinelli, 1974.

³⁰ *Ibidem*

³¹ *E. GOFFMAN*, *Stigma*, Ombre Corte, Verona, 2003 p. 15.

³² M. LANFREDI "Psicoterapeuti in formazione" fonte in:

<https://www.google.it/#q=Lo+stigma+nei+confronti+delle+persone+che+soffrono+di+malattia+mentale+agisce+come+fattore+antiterapeutico+e+ha+effetti+negativi+tanto+da+costituire+una+%E2%80%9Cseconda+malattia+ultima+consultazione+novembre+2014.>

questo comporta in termini di sofferenza, menomazioni e disabilità e, dall'altro, con le reazioni dell'ambiente sociale e lo stigma che circonda il disturbo mentale. Le condizioni di vita soggettive e oggettive delle persone con malattia mentale non dipendono quindi solo dalla gravità della malattia, ma anche dal grado di accettazione all'interno della famiglia e nella società in generale.

Pericolosità, inguaribilità, incomprendibilità, improduttività e irresponsabilità sono pregiudizi che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)³³, ha individuato come condizioni diffuse che impediscono in tutti i paesi l'accesso ottimale ai processi terapeutici ed emancipativi di queste persone ed ha invitato tutti i governi a fare tutto quanto in loro potere per fronteggiare la condizione di stigmatizzazione e, di fatto, di debolezza del diritto delle persone affette da disturbo mentale e delle loro famiglie.

“Lo stigma della malattia mentale si manifesta con un atteggiamento accusatorio, di paura e di rifiuto da parte della società e parallelamente si sviluppa il pregiudizio, a cui segue la discriminazione, così ai tanti problemi derivati dal disturbo mentale si aggiungono anche quelli del marchio e della discriminazione”³⁴.

“La presenza dello stigma ostacola o addirittura impedisce l'accesso alle cure e spesso i familiari diventano essi stessi produttori di stigma. I pregiudizi più diffusi nei confronti dei malati psichiatrici sono:

- la pericolosità, per cui la persona viene etichettata come violenta e aggressiva per se stessa e per gli altri. In realtà nelle persone con disturbo mentale la pericolosità è meno comune di quanto si possa immaginare e ciò è provato da numerosi dati statistici. Il gesto violento o sconsiderato da una persona con disturbo mentale non giustifica il giudizio negativo su tutta la popolazione delle persone con patologia psichiatrica³⁵;

- l'incomprendibilità, per cui tutto ciò che una persona con disturbo mentale produce in termini di linguaggio, di comportamenti, di presenza nello spazio relazionale viene letto come sinonimo di follia³⁶;

- l'inguaribilità, secondo cui una persona con disturbo mentale non smetterà mai di essere tale poiché si ha la concezione comune che le malattie mentali sono incurabili, nonostante tale convinzione sia errata. In parte tale concezione era vera in passato, quando le persone erano

³³ La salute mentale “Lotta allo stigma” fonte accessibile in: w.ulss7.it/percorsi/le-fragilita/salute-mentale/lotta-allo-stigma/lo_stigma.html ultima consultazione dicembre 2014.

³⁴ E. GOFFMAN, “Stigma”. “L'indennità negata”, Ombre Corte, Verona, 2003 p. 15.

³⁵ S. RODOTA' e P ZATTI Trattato di biodiritto. I diritti in medicina “Persone, malattia mentale e guarigione” Giuffrè editore 2003, pp. 787-790

³⁶ *Ibidem*

sottoposte a ricovero coatto in manicomio per cui il futuro di tali soggetti era segnato. È considerazione comune che l'inguaribilità sia il pregiudizio che più fortemente incide sui pazienti psichiatrici e specialmente sulle famiglie³⁷;

- l'improduttività per cui si crede che le persone affette da disturbo mentale non abbiano né capacità, né abilità, né competenze. Questa convinzione comune è nuovamente errata anche nei vecchi ospedali psichiatrici molti pazienti lavoravano, nonostante non venissero pagati e tanto meno venissero ufficialmente considerati come lavoratori³⁸;

- l'irresponsabilità, secondo cui la persona affetta da disturbo mentale non si rende mai conto di quello che fa. Riconoscere che la persona con disturbo mentale siano responsabili, significa aiutarle a diventare libere malgrado gli innumerevoli problemi affettivi, cognitivi, relazionali e sociali³⁹.

Dalla lettura di questi pregiudizi elencati ritengo che, non si possa non riconoscere che questi abbiano una serie di conseguenze sia, nei confronti dei malati psichici che, in quelli delle loro famiglie. Spesso i familiari fanno fatica ad accettare la malattia del congiunto, si sentono stanchi, hanno conoscenze sulla malattia limitate e conseguentemente non credono in una possibile guarigione e si ritengono spesso privi di risorse da investire nei confronti del congiunto. La tendenza prevalente è quella di cercare aiuto "esterno", in modo da trovare qualcuno che possa offrire loro la "soluzione fatta", mentre, la concezione prevalente della società nei confronti del paziente psichiatrico è di pericolosità e violenza.

Il presupposto dal quale bisogna partire è quello per cui il soggetto con disturbo mentale non vive emozioni diverse dalle persone "normali", ma quello che cambia è il peso che tali pazienti danno al disturbo mentale, trovandosi "disarmati" psicologicamente, sia a causa della patologia che, allo stigma che viene ad essa associato. L'influenza emotiva che subisce il soggetto colpito da malattia mentale è soggettiva non è standardizzabile e quindi colpisce ciascuno in modi diversi, dipende dalle proprie capacità intellettive, dai condizionamenti, dall'ansia dei familiari, dall'ambiente e da tutte quelle interconnessioni che determinano risposte singole. In passato non vi era nessuna aspettativa nei confronti dei pazienti psichiatrici, mentre oggi lottare contro i pregiudizi significa valorizzare le abilità e le competenze delle persone con disturbo mentale"⁴⁰.

³⁷ S. RODOTA' e P ZATTI Trattato di biodiritto. I diritti in medicina "Persone, malattia mentale e guarigione" Giuffrè editore 2003, pp. 787 -790

³⁸ *Ibidem*

³⁹ *Ibidem*

⁴⁰ P. DELL'ACQUA, Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi, Universale Economica Feltrinelli, Milano, 2010, pp. 138-139-140.



1.2. Definizione di empowerment

Nell'ambito della salute mentale, *empowerment* si riferisce al livello di scelta, influenza e controllo che gli utenti dei servizi possono esercitare sopra gli eventi della loro stessa vita. Il punto fondamentale dell'*empowerment* è la rimozione delle barriere formali e informali e la trasformazione dei rapporti di forza tra individui, comunità, servizi e istituzioni. “Questa dichiarazione precisa le azioni che devono essere intraprese per rafforzare l'utente e l'operatore della salute mentale ed esplicita gli obiettivi del Progetto di Associazione dell'*Empowerment* dell'Utente di Salute Mentale da parte dell'Ufficio Regionale per l'Europa e la Commissione europea”⁴¹.

A livello individuale l'*empowerment* è un importante elemento dello sviluppo umano. È il processo che permette di prendere il controllo e la responsabilità delle proprie azioni che hanno l'obiettivo e la potenzialità di guidare all'adempimento corretto. Questo processo contiene al suo interno quattro dimensioni:

1. autostima;
2. partecipazione alle decisioni;
3. dignità e rispetto;
4. appartenenza e contributo all'accrescimento della comunità⁴².

Per l'individuo il processo di *empowerment* coincide col superamento di uno stato di impotenza e la conquista del controllo della propria vita. Il processo inizia con la definizione dei bisogni e delle aspettative individuali e si concentra sullo sviluppo delle capacità individuali e di risorse che le supportino. L'*empowerment* degli individui è teso ad aiutarli ad adottare

⁴¹ “L'*empowerment* dell'utente nella salute mentale”, fonte in: <http://www.coordinamentotoscanosalutementale.it/images/WHO.pdf> ultima consultazione ottobre 2014.

⁴² *ibidem*

comportamenti volti all'autodeterminazione e autonomia decisionale perché esercitino più influenza sui processi decisionali sociali e politici accrescendo così la propria autostima"⁴³.

F. Folgheraiter afferma che: L'*empowerment*, è un processo che dal punto di vista di chi lo esperisce significa "sentire di avere potere" o "sentire di essere in grado di fare". Dal punto di vista di chi lo facilita, o lo rende possibile nei suoi interlocutori [...], significa un "atteggiamento tecnico capace di accrescere la possibilità che le persone si sentano in grado di fare", ovvero in negativo la capacità tecnica di evitare iniziative che destrutturino il senso di poter fare delle persone⁴⁴.



1.2.1. Empowerment e disagio psichico

La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006⁴⁵, ratificata dall'Italia il 24 febbraio 2009⁴⁶, sancisce un principio importante: la società in cui vivono le persone con disabilità intellettiva non deve essere solo "facilitante" per le stesse, ma attiva, solidale e partecipata. Attraverso l'*empowerment* si passa dalla fase dell'integrazione a quella dell'inclusione facendo sì che il disabile mentale non solo sia oggetto del cambiamento, ma diventi soggetto in *progress* della realizzazione del suo programma di vita all'interno di un contesto di sostegno.

“Lottare contro i pregiudizi significa poter riconoscere e valorizzare le abilità e le competenze delle persone con disturbo mentale, infatti, se una persona con problemi di disagio psichico viene considerata come dotata di autonomia assente o limitata, ciò avrà notevoli ripercussioni per le sue potenzialità di *empowerment*. Le ricerche condotte sul campo hanno

⁴³ *Ibidem*

⁴⁴ F. FOLGHERAITER "Teoria e metodologia del servizio sociale" F. Angeli, 2001 pp. 405-406.

⁴⁵ La convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità Fonte accessibile in: http://www.lavoro.gov.it/AreaSociale/Disabilita/Documents/Libretto_Tuttiuguali.pdf ultima consultazione dicembre 2014.

⁴⁶ Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità. Fonte in: http://www.osservatoriodisabilita.it/images/documenti/ratifica_convenzione_onu.pdf ultima consultazione dicembre 2014.

dimostrato gli effetti negativi della stigmatizzazione di cui sono oggetto le persone con disagio psichico, ad esempio in una indagine effettuata in Inghilterra è emerso che il 34% dei malati psichiatrici viene licenziato o costretto a licenziarsi dal posto di lavoro, il 47% ha subito episodi di molestia o di vessazione in pubblico, il 25% è costretto a cambiare casa e il 25% non trova alcuna Società assicurativa o finanziaria disponibile a sostenerlo⁴⁷.

Da una dichiarazione elaborata da una ricerca dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS risulta che: “Storicamente le persone con problemi di salute mentale hanno mancato di una propria voce, né loro né i loro familiari sono mai stati coinvolti nel processo decisionale dei servizi per la Salute mentale e continuano ancora oggi ad essere a rischio di esclusione e discriminazione sociale in tutti gli aspetti della vita. La privazione del potere degli utenti nei servizi per la salute mentale opera a tutti i livelli. A livello socio/strutturale, lo stigma è presente in tutte le varie società e ci sono spesso numerosi ostacoli all'ingresso completo nel mondo del lavoro e alle altre attività sociali. A livello di organizzazione di servizi e di sostegno, le persone che utilizzano i servizi per la salute mentale sono scarsamente informate, spesso, altrettanto scarsamente consultate e assistite. A livello individuale l'esperienza con i problemi di salute mentale può avere conseguenze durature sul senso di identità personale e l'autostima⁴⁸”.

Davey (1999) ha suggerito una distinzione di fondo tra *empowerment* “reattivo” e “proattivo” della salute mentale⁴⁹:

1. l'*empowerment* reattivo si riferisce alla classica situazione in cui gli utenti di un servizio decidono di reagire al modo insoddisfacente in cui vengono erogate le prestazioni;
2. l'*empowerment* proattivo presuppone un'articolazione dei bisogni e dei desideri degli utenti che è indipendente dal ruolo degli operatori.

“Sviluppare l'*empowerment* nell'ambito della salute mentale significa quindi:

- apprezzare le attività utili che la persona svolge;
- riconoscere le capacità e le abilità della persona sia da parte degli operatori dei servizi psichiatrici, sia delle famiglie;
- migliorare la qualità dell'abitare: migliori sono gli ambienti in cui vivono le persone, migliore è la loro qualità complessiva di vita e meglio si strutturano le relazioni;

⁴⁷ M. BARNES e R. BOWL, *Empowerment e salute mentale. Il potere dei movimenti sociali degli utenti*, Centro studi Erickson, Trento, 2003 p. 24.

⁴⁸ L'*empowerment* dell'utente nella salute mentale, una dichiarazione dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'O.M.S., accessibile su: <http://www.coordinamentotoscanosalutementale.it/images/WHO.pdf>, ultima consultazione giugno 2014.

⁴⁹ *ibidem*

- rendere la persona parte di qualcosa: nessuno di noi potrebbe immaginare di essere svincolato dai rapporti sociali, quindi a maggior ragione l'utente psichiatrico necessita di sentirsi parte della famiglia, di una squadra, di un gruppo di amici, di un'associazione, di una cooperativa etc.;
- favorire il possesso di cose e di risorse, perché possedere significa avere un proprio spazio, i propri vestiti, il proprio denaro. Significa rafforzare la propria identità. In quest'ottica i familiari assieme ai servizi di salute mentale possono fare molto;
- partecipare ad attività collettive per soddisfare un bisogno comune: bisogna favorire il protagonismo nella rivendicazione e nella difesa dei propri diritti;
- raggiungere qualità degli ambienti e dei prodotti nell'ambito delle attività produttive e formative: la formazione e il lavoro hanno un valore abilitativo ed emancipativo quando riescono a perseguire finalità produttive e a costruire ambienti e relazioni di qualità;
- dare tutto il sostegno perché la persona senta rispettata e rispettabile la propria diversità;
- accettare le scelte affettive e sessuali: si intende riuscire ad affrontare il tema della sessualità con discrezione e senza pregiudizi;
- sostegno non banale a un atto di ribellione, apparentemente incongruo⁵⁰.

Spesso un atto di ribellione da parte chi è affetto da disturbo mentale è immediatamente considerato un comportamento senza alcun senso logico e sicuramente errato. In realtà ci mostra il problema e la sua risposta. È grazie a questa reazione che possiamo comprendere da dove possa scaturire e cosa motiva questa sua ribellione.



⁵⁰ P. DELL'ACQUA Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi, Universale Economica Feltrinelli, Milano, 2010 pp. 144-145-146.

1.3. L'accezione dei termini: *abile – deficit - handicap - disabile – diversamente abile - diversabilità*

“L'ICF (*International Classification of Functioning*), pubblicata nel maggio del 2001⁵¹ dall'Organizzazione Mondiale della Sanità è stata riconosciuta anche dall'Italia come nuova norma per classificare gli stati di salute e disabilità. Correlando gli stati di salute all'ambiente in cui la persona vive definisce la disabilità come: “una condizione di salute in un ambiente sfavorevole”. Questa nuova classificazione ha portato all'abbandono della parola *handicap*, che era a forte connotazione negativa. In linea con queste nuove acquisizioni la disabilità intellettiva riguarda lo stato di salute connotato da gravi patologie psichiche e neuromotorie in un ambiente di vita sfavorevole”⁵².

Le cause più frequenti che comportano disabilità intellettiva sono: le encefalopatie infantili, la sindrome di *Down*, l'autismo. Alla disabilità intellettiva si associano di frequente le malattie psichiatriche, quali: le psicosi, la depressione, i disturbi della condotta, i disturbi d'ansia, i disturbi affettivi, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività, essendo il ritardo mentale uno dei più importanti fattori di vulnerabilità psichiatrica”⁵³.

La Convenzione dell'Onu sui diritti delle persone con disabilità, all'articolo 3/d cita: il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa. Secondo questa diversa prospettiva, la disabilità non è più sinonimo di menomazione o patologia. Non è più quel “*deficit*” corporeo, sensoriale, intellettivo o psichico che, in quanto non ordinario o normale, distingue gli individui che ne sono portatori da tutti gli altri. Disabilità è invece una condizione sociale: è il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali e ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri. Quindi il *deficit* c'è ma la forma di impedimento che crea è strettamente proporzionale al “*deficit*” ambientale.

“Questa considerazione mette in discussione il concetto con il quale si percepisce la disabilità. Si mette in discussione il fatto di quel concentrarsi sulla menomazione che, in quanto invalidante rispetto ai “normali funzionamenti”, conferisce una minore capacità in senso generale e comunque inferiore. Quel *deficit* o menomazione esistono, tuttavia questa realtà, in nessun caso (nemmeno per le cosiddette “disabilità gravi”) può inficiare il fatto incontrovertibile

⁵¹ La convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità Fonte accessibile in: http://www.lavoro.gov.it/AreaSociale/Disabilita/Documents/Libretto_Tuttiuguali.pdf ultima consultazione dicembre 2014.

⁵² P. DELL'ACQUA Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi, Universale Economica Feltrinelli, Milano, 2010 pp. 144-145-146.

⁵³ M. PATTI “Giovani con disabilità mentale che delinquono tra progetti di rieducazione e inclusione sociale i risultati di una ricerca”. Fonte in: http://www.capovolti.org/uploads/1/8/8/3/18833994/giovani_con_disabilit_mentale_che_delinquono.michela_patti.00_012.pdf ultima consultazione novembre 2014.

che la persona con disabilità, in quanto tale, sia già e di diritto un individuo, una persona, un cittadino. Quando la disabilità diventa occasione per trattare la persona in modo diverso (perché ha quella menomazione), ci troviamo di fronte ad una violazione “della dignità e del valore connaturati alla persona umana”⁵⁴.

La difficoltà che mostriamo a chiamare la disabilità e le persone che la vivono, è semplicemente lo specchio delle difficoltà che abbiamo a rapportarci con una condizione problematica, ma completamente umana, parte da sempre dalla nostra società. Per toglierci da qualche imbarazzo vengono utilizzati vari termini come quello del diversamente abile. Diversamente abile sottolinea le abilità è vero ma perché comunicare le abilità se non per un fatto di sentirsi in qualche modo additati come non normalmente abili?

A mio modo di vedere non occorre pronunciare un aggettivo riguardo la condizione del proprio stato fisico o intellettuale di un soggetto, essa è un fatto privato che pesa già alla persona e non è necessario più di quello che fa la scienza, rendere edotti gli altri sulla propria condizione. Ci sono già enti preposti a farlo, a classificare questo, perché si deve generalizzare con termini che tendono solo allo stigma della persona e della sua condizione umana?

Cos'è la diversa abilità, in cosa consiste?

Abile, in italiano e in altre lingue è un aggettivo che qualifica sempre specifiche azioni e competenze delle persone, da solo non vuol dire proprio nulla, si è sempre abili in qualcosa e non in assoluto. Di conseguenza, diversamente abile risulta una espressione linguistica vaga e imprecisa, non essendo immediatamente afferrabile a cosa si riferiscano i due termini che la compongono così che, produce uno spostamento da presunte abilità dell'individuo espresse per differenza (si è diversi rispetto ad un criterio *standard*), alla persona in sé.

Lo spostamento concettuale sotto le spoglie di un'espressione linguistica è sotteso dal bisogno di orientare il rapporto con una realtà scomoda, la disabilità, in una formale armonia che sembra peraltro valorizzare quel soggetto normalmente stigmatizzato. Quanta bontà in poche parole! Questa espressione torna a ridurre l'individuo (persona che ha una disabilità) al *deficit*, sotto la maschera di un suo immaginario superamento. “L'essenza di una persona non è data dalle sue abilità, che siano esse ipotetiche, reali, normali o diverse. In questo senso, quel diversamente abile è mosso da un bisogno buonista, fintamente inclusivo giacché ipocrita in buona fede”⁵⁵.

⁵⁴ La convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità Fonte accessibile in: http://www.lavoro.gov.it/AreaSociale/Disabilita/Documents/Libretto_Tuttiuguali.pdf ultima consultazione dicembre 2014.

⁵⁵ Diverso da chi? “Disabilità e inclusione”. Fonte in: <http://www.diversodachi.it/it/disabilita-e-inclusione.html> ultima consultazione ottobre 2014.

Nel corso delle mie ricerche mi sono imbattuto sulla definizione del termine *handicap*, che non mi è mai piaciuto così come gli altri termini che tendono a catalogare, perché antepone il *deficit* oggettivo alla persona e alle proprie peculiarità, come se il *deficit* fosse il “marchio di qualità” della persona. Da qui la persona mercificata non trattata quindi come tale ma per il suo grado di utilità nella società. Questi termini si fanno sempre più adattati e quindi idonei alla nostra società capitalistica che tende a omologare o escludere dalla propria “catena di montaggio” le persone che male si collocano nel processo produttivo.

Si utilizzano quindi alcune modalità per mantenere quella “dignità ipocrita” di facciata ma si cerca nel contempo di annullarle come persone, relegarle a prodotti di scarto e trattarli sempre subdolamente come tali. I diritti sulla carta sono sanciti ma è nella pratica che vengono estromessi, non riconosciuti, dimenticati da quella maggioranza di persone che tende sempre a schiacciare i diritti delle minoranze fino a riconoscerli solo dietro una estenuante lotta spesso personale e subordinata alle possibilità economiche e culturali, psicologiche della singola persona. Mentre il diritto è tale se accessibile a tutti e soprattutto ai più deboli.

“In Italia, tra gli anni Settanta e Ottanta, si attesta un progressivo rifiuto del termine *handicap* e dei suoi derivati. Dapprima si ritenne inadeguato utilizzare l’espressione “handicappato” per riferirsi a un individuo e si preferì usare la dizione “persona handicappata”, quasi a tentare di sfuggire all’identificazione del soggetto con il suo *handicap*. Si proposero, allora, le formulazioni “...persone portatrici di *handicap*”, “... con *handicap*” o “...in situazione di *handicap*”. In questo modo si volle evidenziare come l’*handicap* fosse un qualcosa in più, un “carico” che non faceva parte della persona”⁵⁶.

Mi sono piaciute le osservazioni del prof. Andrea Canevaro attraverso un suo testo dal titolo “Diversabilità”, in occasione dell’anno europeo 2003 dedicato alle persone disabili, un libro molto interessante che mi ha indotto a ulteriori ricerche sul tema, da qui altre osservazioni del prof. Canevaro nelle quali sviscera tutte le sue considerazioni sui termini che, nel tempo, sono stati utilizzati per etichettare le persone con *deficit*, riconosciuti tali dalla medicina.

Disabilità o diversabilità?

“L’espressione “disabilità” sottolinea il *deficit*, ciò che manca rispetto a un’”abilità”⁵⁷ rispetto alla normalità, alla “norma”. Rispetto a uno *standard* medio di funzionamento si evidenzia, in negativo, la disabilità. Una persona fa male qualcosa, o non la sa fare affatto: non ci vede, non parla, cammina male, ragiona lentamente, ecc., rispetto all’idea di “normalità”. Ma

⁵⁶ F. FERRUCCI “Disabilità e politiche sociali” Milano, Franco Angeli, 2003 p. 52.

⁵⁷ CANEVARO A., *IANES D.*, Diversabilità “Storie e dialoghi nell’anno europeo delle persone disabili” Edizioni Erickson Trento, 2003 pp. 5-6

quale? Esiste una normalità, una persona “normale”. Senti queste righe di Pontiggia, tratte dal bellissimo “Nati due volte”⁵⁸:

“Niente. Chi è normale? Nessuno. Quando si è feriti dalla diversità, la prima reazione non è di accettarla, ma di negarla. E lo si fa cominciando a negare la normalità. La normalità non esiste. Il lessico che la riguarda diventa a un tratto reticente, ammiccante, vagamente sarcastico. Si usano, nel linguaggio orale, i segni di quello scritto: “I normali, tra virgolette”. Oppure: “I cosiddetti normali”. [...] La normalità – sottoposta ad analisi aggressive non meno che la diversità – rivela incrinature, crepe, deficienze, ritardi funzionali, intermittenze, anomalie. Tutto diventa eccezione e il bisogno della norma, allontanato alla porta, si riaffaccia ancora più terribile alla finestra. Si definisce così per rafforzarlo, come un virus teso invulnerabile dalle cure per sopprimerlo. Non è negando le differenze che le si combatte, ma modificando l’immagine della norma”⁵⁹.

“Da disabile a diversabile perché”?⁶⁰

“L’evoluzione del linguaggio corrente”

Un tempo anche non troppo lontano, i termini più in voga erano “idiota”, “cretino”, “deficiente”, “imbecille”, spastico, troglodita. Tutti venivano usati indistintamente per riferirsi a persone che non rispondevano ai parametri di normalità socialmente diffusi e accettati adducendo a chi, proferiva quei termini, una “normalità” rispetto a l’altro considerato diverso da sé e nel senso più spregevole del termine. Nel giro di breve tempo, però, quelle parole hanno perso la loro funzione originaria, seppur molto discutibile, per diventare veri e propri insulti.

Ci si è resi conto di come fossero divenute espressioni che potevano dar luogo a malintesi o ferire la sensibilità altrui, si è scelto di sostituirli con definizioni in grado di esprimere la “mancanza oggettiva” della persona, per esempio “non vedente”, motu-leso”, “cerebroleso”, “invalido” e così via. In questo modo, si è voluto valorizzare e stigmatizzare la malattia piuttosto che la persona, come per esorcizzarla da sé.

“Non c’è da stupirsi che anche queste parole siano diventate insulti. Era necessaria una ulteriore rivoluzione terminologica per arrivare a una parola sola, capace di inglobare tutte quelle espressioni particolari usate correntemente. “La scelta è caduta sul termine “handicappato”, ma

⁵⁸ *Ibidem*

⁵⁹ PONTIGGIA G. “Nati due volte” Milano, Mondadori, 2000 pp. 41-42.

⁶⁰ IMPRUDENTE C. “L’evoluzione del linguaggio e degli atteggiamenti” in:

http://www.culturacattolica.it/default.asp?id=62&id_n=1902 ultima consultazione ottobre 2014.

nemmeno questa parola ha potuto evitare di trasformarsi, con l'andare del tempo e nel linguaggio corrente in un'offesa"⁶¹.

*"Handicap e deficit"*⁶²

Andrea Canevaro, professore di Pedagogia speciale nella Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Bologna, propone una fondamentale distinzione fra questi due termini. Il *deficit* è un dato oggettivo, una mancanza certificata, ad esempio la sordità, mentre l'*handicap* è la difficoltà, lo svantaggio che il *deficit* procura alla persona, interagendo con gli ostacoli che questa incontra nell'ambiente esterno. A partire da questa distinzione, è possibile identificare due classi fondamentali di parole che designano la persona con *deficit*: la prima (handicappato, portatore di *handicap*, persona in situazione di *handicap*) evidenzia l'*handicap*; la seconda (disabile, non vedente, motuleso, ecc.) sottolinea il *deficit*.

Per quanto riguarda la prima classe, il termine "*handicap*" ha due accezioni. Una negativa, tradotta con le parole svantaggio e ostacolo. All'*handicap* così inteso dobbiamo dichiarare guerra, dobbiamo lavorare per ridurlo, questo è possibile, perché realmente possiamo agire su ciò che è handicappante, che determina svantaggio. Oltre a questa accezione negativa, la parola "*handicap*" ne ha una positiva, anche se apparentemente non sembra tale: difficoltà. La vita è piena di difficoltà, di sfide che la rendono avvincente. Anche il fascino dello *sport* è basato proprio sul superamento di tante difficoltà per giungere a un risultato, a una vittoria. In questo senso, allora, il termine *handicap* assume una valenza positiva: essendo una sfida, contribuisce a rendere la vita una gara più avvincente e affascinante"⁶³.

"Quindi handicappato è un termine che genera confusione perché":

- 1) "sposta l'attenzione sul risultato piuttosto che sulla causa (sull'handicappato piuttosto che su chi, o che cosa, è handicappante);
- 2) viene usato per definire chi ha un *deficit* quando sarebbe più corretto riferirlo a tutte le persone, anche normodotate, che entrano in rapporto col *deficit*. Il risultato evidente è che si crede che l'*handicap* sia un problema di una categoria di persone (gli handicappati e le loro famiglie) o di chi si occupa di *handicap* per lavoro (i terapeuti, i medici, ecc.), mentre, se pensiamo all'*handicap* come difficoltà e sfida, allora lo possiamo estendere a tutte le persone. Chi non incontra difficoltà nella vita?

⁶¹ IMPRUDENTE C. "L'evoluzione del linguaggio e degli atteggiamenti" in:
http://www.culturacattolica.it/default.asp?id=62&id_n=1902 ultima consultazione ottobre 2014.

⁶² *Ibidem*

⁶³ *Ibidem*

3) non considera il significato positivo dell'*handicap*, cioè la difficoltà. Una dizione che ha il pregio di distinguere tra *handicap* e persona è "portatore di *handicap*". Anche qui però non si tiene conto del fatto che ogni persona è portatrice di *handicap*, per cui non si centra l'obiettivo di distinguere chi ha un *deficit* da chi non ce l'ha. Tra l'altro "portatore di *handicap*" può essere un termine fuorviante, perché sembra che il disabile porti necessariamente gli *handicap* con sé, quando invece può benissimo averne superati alcuni, oppure, come già si diceva, incontrarli nell'ambiente. È il caso, ad esempio, di un "portatore di *handicap*" che non riesce a raggiungere il secondo piano di un edificio perché non c'è l'ascensore: non è lui a portare l'*handicap* con sé, ma è l'ambiente che glielo presenta.

La seconda classe di termini ha a che fare con il *deficit*: si tratta di quelle espressioni che ne sottolineano appunto la presenza, come "in-abile" o "dis-abile". Questi termini hanno il pregio di non confondere tra *handicap* e *deficit* e, anche se sembrano più crudi perché impietosamente vanno a individuare la presenza di un *deficit*, in realtà dicono le cose come stanno o come sembra che stiano. Questo credo sia il punto chiave.

Sicuramente la presenza di un *deficit* può ledere alcune abilità della persona, ma, in molti casi, attraverso l'intervento di un adeguato programma educativo e la disponibilità di ausili, una persona con *deficit* può essere abile in modo diverso, raggiungendo in parte o totalmente gli stessi obiettivi di una persona normodotata. Quello che però è problematico del termine "disabile" è l'accento posto sulle non abilità, con la conseguenza di alimentare una cultura del dis-valore. "Disabile" è un biglietto da visita che parte già male, come se uno bussasse alla porta e si presentasse dicendo: "Buongiorno: sono una persona non-abile"⁶⁴.

"La "diversabilità" »⁶⁵

“Di conseguenza, crediamo che si debba fare ancora un passo avanti nella evoluzione terminologica e creare - perché no? - un neologismo: quello che proponiamo è una rivisitazione della parola disabile e una sua trasformazione in "diversabile". A livello formale cambia solo un prefisso, ma significa spostare l'accento dalle "non abilità" alle "abilità diverse", contribuendo a cambiare la cultura del dis-valore e a passare a una logica del valore diverso. Diversabile è una parola positiva e propositiva allo stesso tempo. Crediamo che adottare questo termine possa aiutare a considerare la persona con *deficit* in una prospettiva nuova, più attenta alla storia personale di acquisizione delle abilità e di superamento delle difficoltà.

⁶⁴ IMPRUDENTE C. “L’evoluzione del linguaggio e degli atteggiamenti” in: Cultura Cattolica.it http://www.culturacattolica.it/default.asp?id=62&id_n=1902 ultima consultazione ottobre 2014.

⁶⁵ *Ibidem*

L'obiezione può essere: "Ma allora tutti siamo diversabili!". Certo che sì, ognuno con le sue caratteristiche e capacità di azione e pensiero che gli sono proprie e, per questo, distinte da quelle di qualunque altra persona. Una seconda possibile obiezione riguarda l'assistenza: se la persona è pensata come diversabile, allora sembrerebbe non avere più bisogno di assistenza. Ma attenzione a non fare confusione: diversabile non significa necessariamente autosufficiente. Quello che cambia, però, è il modo di pensare e attuare questa assistenza: continua a esistere e rimane necessaria, ma tiene conto delle potenzialità della persona, che possono essere sfruttate in pieno.

Possiamo fare ancora un passo avanti: considerare anche le abilità della persona che viene assistita può voler dire, ed è auspicabile che così avvenga, che quell'opera di assistenza si tramuti in vera e propria relazione, al cui interno si situa anche la modalità dell'aiuto, ma che resta sempre e soprattutto relazione. È una prospettiva un po' diversa: l'assistito diventa persona con la quale instaurare un rapporto. La relazione alla pari si crea con il contributo di tutte le parti; in certe situazioni questo contributo è messo a disposizione incondizionatamente. Attenzione però: se la persona diversabile non è disposta a giocare in una relazione autentica, uscendo dalla logica del mero farsi aiutare, non otterremo una vera reciprocità.

Occorre un salto di qualità che è insieme politico e culturale: quasi mai si pensa che l'integrazione non è solo l'accoglienza del "diverso" da parte del "normale", ma anche l'accoglienza del "normale" da parte del "diverso". Il diversabile deve prendere consapevolezza e accettare i propri *deficit*, ed evitare che l'*handicap* influenzi negativamente il rapporto con un'altra persona, che a sua volta si sforza di fare altrettanto: entrambi devono accettare i propri limiti. Per ritornare poi al termine proposto, "diversabile" presenta certamente imperfezioni, almeno quanto "disabile", ma con il pregio di infondere un po' di ottimismo in più senza per questo cadere nell'errore di dimenticarsi del *deficit* e dell'*handicap*. La persona diversabile non è normodotata, almeno quanto non lo è il disabile.

Diversabile non è la parolina magica che automaticamente cambia le cose; può però forse cambiare il nostro modo di percepirle, e questo è il punto di partenza per qualunque percorso di ulteriore cambiamento. È un po' la vecchia storia della bottiglia mezza piena e mezza vuota: il contenuto della bottiglia è lo stesso nei due casi, ma in uno si sottolinea la mancanza, il *deficit* (la disabilità), nell'altro la presenza di potenzialità, di possibili abilità. Certo una bottiglia mezza piena non è uguale a una bottiglia piena, però suggerisce che lo può diventare aggiungendovi degli elementi, non tanto in uno spirito di imitazione della pienezza, quanto in uno spirito creativo.

La sangria, per esempio, si ottiene con l'aggiunta sapiente di ingredienti prelibati a... un mezzo bicchiere di vino! Il *deficit* del mezzo vuoto è invece la constatazione di un segno meno

nel confronto con la "pienezza" normodotata. È certamente positivo che il 2003 sia stato proclamato "anno europeo delle persone con disabilità"; se pensiamo che nel 1981 si era celebrato l'"anno internazionale degli handicappati", possiamo dire che un bel passo avanti è stato fatto. Però, ancora una volta, stiamo guardando una bottiglia mezza vuota, ancora pensiamo alle mancanze e ai non valori dei destinatari di quest'anno europeo. Perché invece non possiamo sfruttarlo per compiere quel salto culturale che ci porta a guardare alle abilità piuttosto che alle non abilità, alla relazione piuttosto che all'assistenza? Ci vuole spirito di iniziativa, serve quella creatività necessaria perché quest'anno diventi una proposta di evoluzione culturale, capace di vedere e pensare una bottiglia mezza piena”⁶⁶.

Io credo che non dovremmo porci il problema di pensare ad un termine con una definizione che “accontenti” tutti, perché non c’è la necessità di una classificazione, né di soddisfare la curiosità di qualcuno. L’utilità esclusiva è relativa a quella certificata dai medici e che interessa unicamente il soggetto colpito da *deficit* per accedere a quei diritti sociali, giuridici ed economici che lo riguardano. Occorre fare un salto di qualità ed evitare di cercare un catalogo linguistico per destinare al pubblico ludibrio le differenze.



⁶⁶ IMPRUDENTE C. “L’evoluzione del linguaggio e degli atteggiamenti” in: Cultura Cattolica.it http://www.culturacattolica.it/default.asp?id=62&id_n=1902 ultima consultazione ottobre 2014.

CAPITOLO II Politiche di integrazione e di inclusione sociale

2. Politiche di integrazione e di inclusione sociale

Gli interventi delle politiche sociali a favore della persona con disabilità intellettiva sono stati diversi nel corso del tempo. Si è passati da una politica di custodialismo e allontanamento dal contesto sociale giungendo, in alcuni casi, a una vera e propria deprivazione sociale e ghettizzazione ambientale, a un intervento diretto all'integrazione e all'inclusione sociale del disabile intellettivo. Importanti norme dirette a contrastare il fenomeno dell'emarginazione sociale di cui sono spesso vittime i disabili sono quelle dirette al loro inserimento lavorativo, all'integrazione scolastica, all'abbattimento delle barriere.

E' solo dagli anni '90 che viene introdotto il concetto di "presa in carico globale" della persona disabile ai fini della costruzione di un progetto di vita. Il fine è quello di dare delle risposte, organizzare degli interventi individualizzati che si differenziano a secondo della fascia d'età e del contesto sociale di accoglienza, implementare dei metodi per l'educazione e la riabilitazione di coloro che non sono e non devono essere "altro da noi"⁶⁷.

La rete dei Servizi contribuisce molto alla persona e alla sua famiglia. L'obiettivo è quello di fornire i sostegni necessari per superare gli ostacoli, così da garantire loro la più alta qualità di vita possibile, in linea anche con la definizione che l'OMS dà del concetto di salute intesa non solo come assenza da malattie ma anche come benessere psicologico, promozione delle relazioni interpersonali, dell'autostima, del senso di soddisfazione e di efficacia. In tal modo il disabile intellettivo può, all'interno del territorio di appartenenza, trovare elementi di crescita e di sviluppo personale (*empowerment*) percependo il suo senso di efficacia⁶⁸.

Le politiche socio-assistenziali sono demandate alle regioni da qui un breve stralcio di quelle messe in atto dalla Regione Piemonte: la programmazione della Regione Piemonte a favore della disabilità si rivolge alla centralità della persona e cerca di sviluppare percorsi integrati e politiche concertative non soltanto tra le diverse istituzioni, ma anche con le persone disabili, le loro famiglie, le associazioni e rappresentanze sociali, gli operatori promuovendo progetti e interventi che si affiancano a quelli più tradizionali quali la residenzialità e la semi-residenzialità.

Negli anni si sono consolidate le azioni finalizzate al sostegno della famiglia, attivate dagli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali, quali: interventi di educativa territoriale; interventi di assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata; interventi di affidamento diurno e

⁶⁷ M. PATTI in : "Un cammino dall'esclusione, all'integrazione, alla qualità della vita del disabile intellettivo". Fonte in http://www.capovolti.org/uploads/1/8/8/3/18833994/giovani_con_disabilit_mentale_che_delinquono.michela_patti_00012.pdf ultima consultazione novembre 2014.

⁶⁸ *Ibidem*

residenziale; azioni finalizzate al potenziamento della rete di Centri Diurni socioterapeutici educativi e dei Centri Addestramento Disabili; azioni finalizzate all'inserimento occupazionale; azioni di integrazione scolastica e socioeducativa; progetti e laboratori socio pedagogici; progetti di integrazione socioeducativa per asilo nido ed extrascolastici; azioni di accoglienza residenziale permanente e temporanea⁶⁹.

Per quanto concerne la disabilità grave sono stati potenziati i servizi di assistenza domiciliare specifici anche in forma indiretta, siano essi realizzati presso la dimora familiare che in alloggi protetti ovvero convivenze assistite.

Rientrano tra le azioni sostenute dalla Regione i progetti di Vita Indipendente.

I progetti di Vita Indipendente sono una delle possibili risposte alla grave disabilità motoria. La sperimentazione di tali progetti, avviata nel 2003, si è conclusa con l'adozione delle Linee Guida, approvate con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 48-9266 del 21/7/2008⁷⁰. I destinatari del progetto sono: esclusivamente persone portatrici di grave disabilità motoria certificata ai sensi dell'art. 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104⁷¹, di età compresa tra i 18 e 64 anni, inserite in contesti lavorativi, o formativi, o sociali con rilevanza a favore di terzi o con riferimento all'esercizio delle responsabilità genitoriali nei confronti di figli minori.

Possono permanere nel progetto già avviato le persone che abbiano compiuto 65 anni purché ne sussistano le condizioni ed esse continuino a mantenere i requisiti suddetti. Tipologia dell'intervento: i progetti di "Vita Indipendente" sono finalizzati all'assunzione di assistenti personali che consentono alle persone disabili di raggiungere la piena autonomia. Per la peculiarità del concetto di "Vita Indipendente" tali progetti non devono essere confusi con i progetti di sostegno alla disabilità che possono essere garantiti anche con assegni di cura o con altre forme di intervento indiretto⁷².

Istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungo assistenza.

Con la DGR 15 febbraio 2010, n. 56-13332⁷³, è stata estesa l'istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungo assistenza a persone con disabilità non

⁶⁹ Sito Ufficiale della Regione Piemonte "Piemonte sociale" fonte in: <http://www.regione.piemonte.it/polsoc/disabilita/> ultima consultazione dicembre 2014.

⁷⁰ Deliberazione della Giunta Regionale 21 luglio 2008, n. 48-9266 Approvazione "Linee guida per la predisposizione dei progetti di Vita Indipendente". Fonte in: <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2008/32/siste/00000088.htm> ultima consultazione dicembre 2014. ultima consultazione dicembre 2014.

⁷¹ Legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate." Fonte in: <http://www.handylex.org/stato/1050292.shtml> ultima consultazione dicembre 2014.

⁷² Sito Ufficiale della Regione Piemonte "Piemonte sociale" fonte in: <http://www.regione.piemonte.it/polsoc/disabilita/> ultima consultazione dicembre 2014.

⁷³ Deliberazione della Giunta Regionale 15 febbraio 2010, n. 56-13332 Assegnazione risorse a sostegno della domiciliarità per non autosufficienze in lungo assistenza a favore di anziani e persone con disabilità con età inferiore a

autosufficienti di età inferiore a 65 anni, destinando per tale finalità una parte delle risorse del “Fondo per le non autosufficienze” del Ministero della Salute, del Lavoro e delle Politiche Sociali assegnate alla Regione Piemonte.

Unità Multidisciplinari di Valutazione della Disabilità (UMVD).

Con la DGR 29 marzo 2010, n. 26-13680⁷⁴ – Regione Piemonte, sono state definite le Linee guida sul funzionamento delle Unità Multidisciplinari di Valutazione della Disabilità. Tali disposizioni sono finalizzate a garantire un sistema procedurale omogeneo nella modalità di presa in carico delle persone che necessitano di interventi socio sanitari, nell’individuazione della risposta appropriata e nella formulazione del progetto individuale.

Legge regionale 41/87 “Contributi ad Associazioni”.

La Regione continua a sostenere, in attuazione ai principi di sussidiarietà, le Associazioni di tutela, di cui alla Legge regionale 25 agosto 1987, n. 41⁷⁵ (L.R. 41/87) , nel loro ruolo di promozione e sensibilizzazione umana e sociale di cittadini disabili. La legge riconosce e sostiene l’attività istituzionale di tali Enti, ne definisce il relativo Albo e sulla scorta delle istanze presentate dalle Associazioni stesse assegna annualmente dei contributi”⁷⁶.



65 anni. Modifiche ed integrazioni alla DGR 39-11190 del 06 aprile 2009. Fonte in: http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2010/08/attach/dgr_13332_070_15022010.pdf ultima consultazione dicembre 2014.

⁷⁴ Azioni di sistema per la pubblica amministrazione. Fonte accessibile in: <http://sanita.formez.it/sites/all/files/materiali.26.pdf> ultima consultazione dicembre 2014.

⁷⁵ Legge regionale 25 agosto 1987, n. 41, “Interventi nei confronti di Associazioni ed Enti a struttura associativa, finalizzati al sostegno delle attività svolte a favore di cittadini disabili”. fonte in: <http://arianna.consiglioregionale.piemonte.it/base/coord/c1987041.html> ultima consultazione 2014.

⁷⁶ Legge regionale 25 agosto 1987, n. 41. (Testo coordinato) Interventi nei confronti di Associazioni ed Enti a struttura associativa, finalizzati al sostegno delle attività svolte a favore di cittadini disabili. Fonte in: <http://www.regione.piemonte.it/polsoc/disabilita/> ultima consultazione ottobre 2014.

2.1. Politiche di integrazione e di inclusione sociale nella scuola

Il problema dell'inserimento scolastico dei bambini handicappati fu affrontato per la prima volta in Italia a livello statale nel 1974, anno in cui una commissione del Ministero della Pubblica Istruzione iniziò i lavori sul tema. Il documento conclusivo fu alla base per l'emanazione di circolari, decreti e leggi, al fine di avviare gradualmente il processo integrativo. Il 4 agosto 1977 fu emanata la Legge n. 517⁷⁷ che regolamentava, tra l'altro, il numero degli alunni per classe, l'attività di sostegno che doveva essere svolta da insegnanti specializzati e l'attività delle équipes specialistiche.

Successivamente, la Legge 20 maggio 1982, n. 270⁷⁸, prevede l'inserimento dei bambini handicappati anche nelle scuole materne statali. Infine dal 1982 la Legge quadro n. 104⁷⁹, sancisce il diritto allo studio e l'integrazione in tutti i gradi di istruzione: asili nido, scuola materna, scuola dell'obbligo, scuole superiori e università. Si afferma, inoltre, il principio che il diritto allo studio debba essere esercitato senza limiti, riserve e condizioni: "L'integrazione scolastica ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona handicappata nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione" (art. 12, comma 3).

La legge non si limita a enunciare principi, ma comprende anche innovative disposizioni operative e indica le specifiche procedure da seguire. Tali disposizioni chiamano in causa direttamente le principali istituzioni extrascolastiche che devono concorrere all'attuazione dei processi di integrazione e, in particolare, la famiglia e l'Azienda sanitaria locale (ASL).

Il diritto all'educazione e all'istruzione⁸⁰.

"L'istruzione come tramite per l'integrazione sociale della persona handicappata. Lo si rimarca in diversi punti della Legge 5 febbraio 1992, n. 104".

⁷⁷ Legge 4 agosto 1977, n. 517. "Norme sulla valutazione degli alunni e sull'abolizione degli esami di riparazione nonché altre norme di modifica dell'ordinamento scolastico". Fonte in: <http://www.handylex.org/stato/1040877.shtml> ultima consultazione ottobre 2014.

⁷⁸ Legge 20 maggio 1982, n. 270 "Revisione della disciplina del reclutamento del personale docente della scuola materna, elementare, secondaria ed artistica, ristrutturazione degli organici, adozione di misure idonee ad evitare la formazione di precariato e sistemazione del personale precario esistente". Fonte in: <http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1982-05-20;270!vig> ultima consultazione ottobre 2014.

⁷⁹ Legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate." Legge 5 febbraio 1992, n. 104, fonte in: <http://www.handylex.org/stato/1050292.shtml> ultima consultazione ottobre 2014.

⁸⁰ "Il diritto all'educazione e all'istruzione". Fonte accessibile in: <http://www.disabili.com/legge-e-fisco/speciali-legge-a-fisco/legge-104-disabili/legge-104-disabili-diritto-al-educuzione-e-allistruzione> ultima consultazione ottobre 2014.

L'articolo 8, sottolinea l'importanza di disporre di adeguate dotazioni didattiche e tecniche, prove di valutazione, e personale qualificato per garantire alla persona con *handicap* il diritto allo studio. Necessario, poi, estendere l'attività educativa con proposte extrascolastiche. Istruzione come diritto dalla scuola materna fino all'università ribadisce l'articolo 12.

Tra i commi, si prevede che per ogni studente con *handicap* venga realizzato un profilo dinamico-funzionale. Questo, sulla base delle caratteristiche fisiche, psichiche, sociali ed affettive dell'alunno, mette in rilievo sia le difficoltà di apprendimento dovute alla situazione di *handicap*, sia le possibilità di recupero, oltre alle capacità individuali che devono essere sostenute e rafforzate.

Realizzato dagli operatori delle unità sanitarie locali assieme al personale insegnante specializzato della scuola, e con la collaborazione dello studente e della famiglia, il profilo viene aggiornato al termine delle scuole materna, elementare e media, come pure periodicamente durante le scuole superiori. Per gli studenti in età scolare e costretti temporaneamente ad assenze perché ricoverati, si prevede l'organizzazione di classi ordinarie quali sezioni staccate della scuola statale.

L'articolo 13, ribadendo l'importanza del coordinamento tra scuole, servizi sanitari, socio-assistenziali, ricreativi e culturali, cita poi due casi in particolare: l'integrazione nelle università e negli asili nido. Nel caso degli atenei, si stabilisce la programmazione di interventi adeguati sia al bisogno della persona che al piano di studio individuale. Si sottolinea anche l'importanza degli interpreti per venire incontro agli studenti sordi. Sussidi tecnici, didattici e servizi di tutorato vengono poi previsti nelle università, nei limiti del loro bilancio e delle risorse destinate alla copertura di queste attività. Nel caso degli asili nido, si prevede che le unità sanitarie locali possano adeguarne l'organizzazione e il funzionamento per avviare precocemente il recupero e la socializzazione dei bambini con *handicap*.

A questo obiettivo contribuisce anche l'assegnazione di insegnanti e assistenti specializzati. La loro presenza, comunque, deve essere garantita nelle scuole di ogni ordine e grado, come sottolinea l'articolo in più punti. Proprio al ruolo degli insegnanti di sostegno e alle loro attività è dedicato l'articolo 14. Si punta l'attenzione sull'importanza di un aggiornamento costante in materia di *handicap*, come pure di un confronto tra docenti del ciclo inferiore e superiore per agevolare l'esperienza scolastica dello studente disabile. Gran parte dell'articolo, poi, fornisce indicazioni sui piani di studio che gli aspiranti docenti devono seguire per essere abilitati all'attività didattica di sostegno.

Sempre in fatto di organizzazione, l'articolo 15 prevede l'istituzione di appositi gruppi di lavoro in ogni ufficio scolastico provinciale, in ogni circolo didattico e negli istituti di scuola

secondaria di primo e secondo grado. I membri di questi gruppi hanno il compito di collaborare nelle attività organizzate per integrare gli alunni con difficoltà di apprendimento. Per quanto riguarda la valutazione dello studente, l'articolo 16 stabilisce che nel piano educativo individualizzato devono essere indicati per quali discipline siano stati usati criteri didattici particolari, e le eventuali attività integrative e di sostegno. Lo stesso articolo si sofferma poi sugli esami del rendimento dello studente.

Nella scuola dell'obbligo, si prevedono prove corrispondenti agli insegnamenti impartiti e in grado di valutare il progresso dell'alunno in rapporto al suo livello iniziale. Nella scuola secondaria di secondo grado, sono consentite prove equipollenti e, nel caso di quelle scritte, tempi più lunghi. L'alunno, poi, può contare sulla presenza di assistenti per l'autonomia e la comunicazione, e può utilizzare gli ausili necessari. All'università prove equipollenti, tempi più lunghi e mezzi tecnici sono consentiti previa intesa con il docente della materia d'esame e con l'ausilio del servizio di tutorato.

Scuola come avvio al lavoro: è quanto succede in particolare con la formazione professionale. A questo tema è dedicato l'articolo 17, che sottolinea come gli appositi centri pubblici e privati debbano tenere in considerazione le diverse capacità ed esigenze degli alunni handicappati. Se questi non possono seguire gli ordinari metodi di apprendimento, devono essere garantite loro attività specifiche, sulla base anche del piano educativo personalizzato.



2.2. Politiche di integrazione e di inclusione sociale attraverso il lavoro

La Legge 12 marzo, 1999 n. 68⁸¹ per il diritto al lavoro delle persone disabili prevede, all'art. 2 il collocamento mirato⁸¹. Per collocamento mirato dei disabili si intende quella serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione.

In sostanza, la legge parte dal presupposto che non possa esserci una aprioristica esclusione dal mercato del lavoro perché non sempre ad una particolare tipologia o grado di disabilità corrisponde una diminuzione delle capacità lavorative. All'art. 1 poi la medesima legge prevede che, le norme sul collocamento dei disabili si applichino alle persone affette da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e ai portatori di *handicap* intellettuale che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%.

Perciò, le persone disabili che aspirano ad un lavoro conforme alle proprie capacità e sono in possesso di una invalidità superiore al 45% devono iscriversi nelle apposite liste tenute presso l'Ufficio per l'impiego territorialmente competente che, annota in una apposita scheda, le capacità lavorative, le abilità, le competenze e le inclinazioni, nonché la natura e il grado della minorazione e analizza le caratteristiche dei posti da assegnare, favorendo l'incontro tra domanda e offerta di lavoro ed il conseguente collocamento delle persone disabili.

Tale collocamento può essere attuato con strumenti flessibili tendenti a considerare sia l'esigenza delle imprese che quelle delle persone disabili. Per le persone disabili che presentano maggiori difficoltà di accesso al mercato del lavoro può essere stipulata una convenzione di integrazione lavorativa che può prevedere per il datore di lavoro la facoltà di scelta nominativa e per la persona disabile alcune opportunità che possono agevolare l'assunzione come per esempio, lo svolgimento di un tirocinio con finalità formative e di orientamento, l'assunzione con contratto di lavoro a termine oppure un periodo di prova più lungo di quello previsto dal contratto di lavoro.

Questi strumenti sono ancora più importanti per agevolare l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità psichica. Infatti, l'esperienza maturata dalle cooperative sociali, ma anche da genitori, educatori, formatori dice che i giovani con disabilità psichica necessitano di supporto ed accompagnamento verso il lavoro attraverso attività di formazione professionale, tirocini di

⁸¹ Legge 12 marzo 1999, n. 68, "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" fonte accessibile in: <http://www.handylex.org/stato/1120399.shtml> ultima consultazione ottobre 2014.

lavoro in azienda, esperienze di lavoro guidato. Per questo, la scuola, la formazione e i servizi socio-sanitari, insieme all'azione delle famiglie, hanno instancabilmente promosso iniziative propedeutiche all'inserimento lavorativo permettendo che si affacciassero al mercato del lavoro nuovi gruppi e categorie di disabili in particolare psichici ed attualmente auspicano la possibilità di un maggiore e più diffuso accesso alle opportunità offerte dalla Legge 12 marzo, 1999 n. 68⁸²

82

Modalità di assunzione delle persone con disabilità psichica

Relativamente alle modalità di assunzione delle persone con disabilità psichica intendo evidenziare alcuni aspetti problematici della legge n. 12 marzo 1999, n. 68 (più avanti citerò con il nome più noto, Legge n. 68/99). L'art. 9 comma 4 della Legge n. 68/99 prevede che "I disabili psichici vengano avviati su richiesta nominativa mediante le convenzioni di cui all'articolo 11". La legge per il diritto al lavoro dei disabili ha voluto tracciare così un percorso di maggiore protezione per i disabili psichici che costituiscono una categoria particolarmente fragile prevedendo che le persone con disabilità psichica siano assunte esclusivamente mediante chiamata nominativa attraverso una convenzione tra il datore di lavoro ed il centro per l'impiego (art. 11 Legge n. 68/99).

Lo strumento della convenzione può infatti prevedere un percorso d'inserimento guidato e specificamente mirato rispetto alle possibilità del lavoratore e alle esigenze dell'impresa. A questo aspetto positivo ne corrisponde un altro problematico consistente nel fatto che le persone con disabilità psichica, in quanto soggetti particolarmente deboli del mercato del lavoro, avrebbero dovuto disporre di una molteplicità di strumenti per agevolare l'integrazione lavorativa. Con la formulazione dell'art. 9 - comma 4, invece, per i disabili psichici è stata prevista una unica ed esclusiva modalità di accesso al lavoro attraverso la chiamata nominativa e la stipula di una convenzione precludendo altre possibilità di avvio (per es. chiamata numerica, chiamata con avviso pubblico).

A tale proposito è implicito dovere richiamare la Sentenza della Corte costituzionale n. 50 del 2 febbraio 1990⁸³, in cui si sanciva l'illegittimità costituzionale, ai sensi dell'art. 3 della Costituzione, dell'art. 5 della Legge 2 aprile 1968, n. 482 nella parte in cui non considerava invalidi civili, ai fini della legge stessa, anche quei soggetti affetti da minorazione psichica con una capacità lavorativa tale da consentirne l'impiego in mansioni compatibili. Infatti, questa

⁸² TORREGIANI A. "Strumenti per l'inserimento lavorativo", fonte accessibile in: http://www.superabile.it/web/it/CANALI_TEMATICI/Lavoro/Collocamento_Mirato/Strumenti_per_l_inserimento_lavorativo/info517434243.html ultima consultazione ottobre 2014.

⁸³ Sentenza della Corte costituzionale 31 gennaio 1990, n. 50, "Giudizi di legittimità costituzionale dell'art. 5 della Legge 2 aprile 1968, n. 482 (Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le pubbliche amministrazioni e le aziende private), in relazioni agli artt. 1, 2 e 3 della stessa legge." fonte accessibile in: <http://www.handylex.org/stato/s310190.shtml> ultimo accesso ottobre 2014.

Legge la 482/68 era stata sanzionata dalla Corte costituzionale, se è valsa questa sanzione per la legge precedente non si capisce perché il legislatore non ne abbia tenuto conto nella Legge successiva e cioè la Legge 68/99.

Proprio in seguito alla sentenza della Corte costituzionale n. 50/1990, l'art. 19 della Legge 5 febbraio 1992 n.104⁸⁴ (più nota come Legge n. 104/92), ha stabilito che, in attesa di una riforma organica, le disposizioni del collocamento obbligatorio, contenute nella Legge 2 febbraio 1968, n. 482⁸⁵ (più nota come Legge n. 482/68), e successive modificazioni, devono intendersi applicabili anche a coloro che sono affetti da minorazione psichica, i quali abbiano una capacità lavorativa che ne consente l'impiego in mansioni compatibili.

L'art. 19 della Legge n. 104/92 prevede altresì che "ai fini dell'avviamento al lavoro, la valutazione della persona handicappata tenga conto della capacità lavorativa e relazionale dell'individuo e non solo della minorazione fisica o psichica. La capacità lavorativa è accertata dalle commissioni di cui all'articolo 4 della presente legge, integrate ai sensi dello stesso articolo da uno specialista nelle discipline neurologiche, psichiatriche o psicologiche". Si ricorda che l'accertamento delle condizioni di disabilità previsto dall'art. 1 - comma 4 della Legge 12 marzo 1999, n. 68, è effettuato secondo le modalità indicate nel DPCM 13/01/2000⁸⁶. Tale accertamento consente di accedere al sistema per l'inserimento lavorativo dei disabili ed in particolare ai percorsi di collocamento mirato.

Il problema proposto dall'art. 9 - comma 4 della summenzionata legge, andrebbe analizzato con più attenzione da parte di sindacati, associazioni, partiti tenendo conto che, questo aspetto ha suscitato non poche perplessità ed interrogativi tra gli operatori impegnati, a vario titolo, a promuovere l'inserimento lavorativo di persone disabili sollevando anche dubbi di incostituzionalità che ci sono stati rappresentati da diverse persone disabili direttamente interessate al problema. Ad oggi, poi, l'art. 9 - comma 4 andrebbe rivisto anche alla luce della normativa antidiscriminazione⁸⁷.

⁸⁴ Legge 5 febbraio 1992, n. 104, "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate." fonte accessibile in: <http://www.handylex.org/stato/1050292.shtml> ultima consultazione ottobre 2014.

⁸⁵ Legge 2 aprile 1968, n. 482 "Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le pubbliche amministrazioni e le aziende private". Fonte accessibile in: <http://www.handylex.org/stato/1020468.shtml> ultima consultazione ottobre 2014.

⁸⁶ DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 13 gennaio 2000.

Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio dei disabili, a norma dell'art. 1, comma 4, della Legge 12 marzo 1999, n. 68. Fonte in: <http://www.spazio-lavoro.it/04lavoro/DPCM13012000.HTML>

⁸⁷ TORREGIANI A. "Strumenti per l'inserimento lavorativo", fonte accessibile in: http://www.superabile.it/web/it/CANALI_TEMATICI/Lavoro/Collocamento_Mirato/Strumenti_per_l_inserimento_lavorativo/info517434243.html ultima consultazione ottobre 2014.

Le cooperative sociali: percorsi formativi e occasioni di lavoro

Le cooperative sociali in Italia sono state una sede privilegiata per la sperimentazione di percorsi destinati a persone con particolari difficoltà di adattamento al lavoro. Si tratta di esperienze di integrazione insite nel carattere della cooperazione sociale di tipo B in Italia. Le cooperative sociali sono organismi che, per definizione, hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso la gestione dei servizi socio-sanitari, socio assistenziali ed educativi, nonché attraverso lo svolgimento di attività diverse – agricole, industriali, artigianali, di commercializzazione o di servizi – volte a favorire l'inserimento delle cosiddette “persone svantaggiate” nel mondo del lavoro.

“Le azioni volte a promuovere ed incrementare l'occupazione di persone con disabilità psichica dovrebbero prevedere un consolidamento di questa opportunità con misure di sostegno al terzo settore colpito dalla crisi, al di là del dualismo tra mercato del lavoro "normale" e mercato del lavoro "protetto". Può essere utile prendere contatti con alcune di queste cooperative operanti nella zona di residenza dell'interessato anche allo scopo di un percorso di preparazione all'inserimento lavorativo all'interno oppure al di fuori della cooperativa”⁸⁸.

La cooperativa sociale, più di altre, ha cercato di supplire al taglio delle risorse economiche da parte dello Stato e trasferite alle regioni. Spesso sono usate anche come banca perché tutte quelle da me conosciute lamentano il ritardo e l'incertezza degli impegni finanziari in quanto restano a credito per diversi mesi se non di anni, di quello che loro spetta dalle ASL di territorio per i servizi ricevuti in appalto attraverso i bandi regionali. Questi ritardi diminuiscono la natura della formazione di questa forma societaria perché solo chi nel tempo è riuscito a consolidarsi avrà la possibilità di restare sul mercato. Va da sé che tutte quelle forme di cooperativismo che univano sinergie professionali in una forma sociale quella della cooperativa, diventi sempre più elitaria e possibile solo a quei soci che abbiano una capitale di partenza e agganci finanziari tipico delle grandi industrie.

Nel territorio biellese dove ho effettuato il mio percorso di tirocinio di servizio sociale, le piccole cooperative hanno maggiori prospettive di lavoro solo se Consorziato, vi sono consorzi in qualche modo collegati con il “mondo cattolico”, e un altro raggruppamento di cooperative che fanno capo al consorzio della Lega delle cooperative, appartenente al “mondo laico”. Ho potuto constatare che alcune cooperative (le più grandi), hanno seguito lo stesso sistema organizzativo e logistico delle medie strutture industriali che è stato quello di decentrare alcuni

⁸⁸ *Ibidem*

servizi ad altre piccole cooperative, per ottimizzare i costi, seguire servizi più specifici, limitare il dimensionamento strutturale ed organico e quindi differenziare il rischio d'impresa.

2.3. Politiche di inclusione e di integrazione sociale attraverso il terzo settore

La legge 8 novembre 2000, n. 328⁸⁹ stabilisce che le regioni e gli enti locali riconoscono il ruolo e la rilevanza sociale ed economica dei soggetti del Terzo Settore e valorizzano l'apporto delle organizzazioni di volontariato, delle cooperative sociali e delle associazioni di promozione sociale attraverso azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti. I soggetti del Terzo Settore partecipano alla programmazione e alla progettazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali.

Le regioni e gli enti locali assicurano la partecipazione dei cittadini e degli utenti al controllo della qualità dei servizi, anche favorendo l'attività delle associazioni di tutela degli utenti e delle organizzazioni sindacali. Il Terzo Settore svolge un ruolo significativo nella riforma del sistema dei servizi sociosanitari. Tale veste costituisce una conseguenza dell'abbandono di un preconcetto molto radicato, sotteso alle trattazioni del tema. Terzo Settore e attività d'impresa non sono più termini antitetici. Solidarietà sociale allo scopo, e conseguente qualifica soggettiva dell'ente, ed economicità del modello operativo, riferita invece all'attività, sono compatibili: la locuzione impresa sociale non è più un ossimoro.

A conferma di quanto detto sarà sufficiente ripercorrere la normativa specifica di riferimento. Dalla Legge 11 agosto 1991, n. 266⁹⁰ "Legge quadro sul volontariato" e dalla Legge 8 novembre 1991, n. 381⁹¹, sulla disciplina delle cooperative sociali, che caratterizzavano gli enti del Terzo Settore con il criterio "in negativo" dell'assenza di scopo di lucro, si è passati alla Legge 7 dicembre 2000, n. 383⁹² sulle associazioni di promozione sociale ove, fermo il divieto di distribuzione degli utili, il dato caratterizzante "in positivo" è lo svolgimento di attività sociale in favore dei soci e dei terzi.

A sua volta la Legge quadro 8 novembre 2000, n. 328 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, oltre ad incentivare in generale l'attività d'impresa nel

⁸⁹Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali". Fonte in: <http://www.camera.it/parlam/leggi/003281.htm> ultima consultazione ottobre 2014.

⁹⁰Legge 11 agosto 2014, n. 116 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 91, recante disposizioni urgenti per il settore agricolo, la tutela ambientale e l'efficientamento energetico dell'edilizia scolastica e universitaria, il rilancio e lo sviluppo delle imprese, il contenimento dei costi gravanti sulle tariffe elettriche, nonché per la definizione immediata di adempimenti derivanti dalla normativa europea.

Fonte in: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2014/08/20/14G00128/sg> ultima consultazione ottobre 2014.

⁹¹ Legge 8 novembre 1991, n. 381 "Disciplina delle cooperative sociali". Fonte in: <http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1991;381> ultima consultazione ottobre 2014.

⁹² Legge 7 dicembre 2000, n. 383 "Disciplina delle associazioni di promozione sociale" Fonte accessibile in: <http://www.camera.it/parlam/leggi/003831.htm> ultima consultazione ottobre 2014.

settore, intende promuovere ai sensi dell'art. 5 “la progettualità” degli enti del Terzo Settore mediante sistemi di affidamento dei servizi che tengano conto delle “prestazioni offerte e della qualificazione del personale impiegato”.

Va da ultimo sottolineato che nel DPCM 17 agosto 2001, n. 329⁹³, contenente il Regolamento dell'*Authority* del Terzo Settore, il controllo demandato all'autorità di regolazione è meramente estrinseco, salvaguardando la sfera di autonomia gestionale e funzionale degli enti. L'assenza di fine di lucro, l'obbligo di reinvestire eventuali avanzi di gestione a favore di attività istituzionali previste nello statuto e di redazione di rendiconti sono infatti ben compatibili con l'attività economica d'impresa strumentale al perseguimento dei fini solidaristici: addirittura la presuppongono.



2.4. Politiche di integrazione e di inclusione sociale attraverso i mass media

“La presenza della disabilità in tv, e sui *mass media* in generale, deve essere considerata da un punto di vista quantitativo e qualitativo al tempo stesso: quanto se ne parla e come? Rispetto a qualche anno fa sono stati fatti importanti passi avanti, ma il tempo che viene dedicato alla disabilità è ancora molto limitato: soprattutto in tv è ancora considerato il «problema» di una minoranza e per questo viene relegata ai margini del flusso comunicativo. Se poi ci domandiamo se il messaggio trasmesso sia qualitativamente adeguato, ci rendiamo conto della frattura ancora esistente tra mondo mediatico e mondo reale della disabilità.

⁹³ DPCM 17 agosto 2001, n. 329 “Regolamento recante norme per l'Agenzia per le organizzazioni non lucrative di utilità sociale”. Fonte in: http://www.lavoro.gov.it/Strumenti/Normativa/Documents/2001/20010321_DPCM_329.pdf ultima consultazione ottobre 2014.

Continua a prevalere l'approccio che potremmo definire da «esempi di vita». Molto spesso, la vicenda viene raccontata con taglio pietistico: se ne parla nei termini di una disgrazia che ha colpito una famiglia e il suo contesto. Ma è evidente che questa impostazione non rende la realtà dei fatti e può addirittura essere pericolosa, perché il modo di proporre un messaggio incide sulla percezione dei destinatari. Io, per esempio, rifuggo costantemente da questa logica e non parlo mai della mia situazione, ma di ciò che ho capito e realizzo attraverso di essa.

Il mondo mediatico agisce da «filtro» dell'esperienza: ci permette di vivere gli eventi senza esserne fisicamente partecipi. I media ci forniscono dei surrogati che noi, tendenzialmente, assimiliamo senza protestare o approfondire. Come dicevo, gli approcci stessi vanno a influire sulle percezioni degli spettatori: da questo punto di vista, è fondamentale che la disabilità passi dagli schermi nel modo «giusto», come «soggetto di un processo», e non come «oggetto di una notizia». Camminiamo in un sentiero stretto: il confine tra una rappresentazione adeguata e una sensazionalistica è labile, anche perché poca è l'abitudine a veder rappresentati e riconosciuti sui *mass media* certi argomenti⁹⁴.

2.5. Politiche di integrazione e di inclusione sociale dei servizi sociali

La legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali ha profondamente riformato il settore dei servizi sociali, proponendo un nuovo approccio culturale: si passa dal rimedio per le situazioni di disagio, alla promozione del benessere e dell'inclusione sociale, realizzato attraverso una rete integrata di servizi, ma anche di risorse e di responsabilità⁹⁵.

L'articolo 1, comma 2, della Legge 8 novembre 2000, n. 328, statuisce che per interventi e servizi sociali si intendono tutte le attività previste dell'articolo 128 del DDL. 31 marzo 1998, n. 112, ovvero quelle relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché in sede di amministrazione della giustizia.

La nozione di servizi sociali, coerentemente con l'orientamento giurisprudenziale, supera definitivamente la vecchia concezione che collegava indissolubilmente la "socialità" di un'attività a fasce di persone ritenute marginali ed a specifiche categorie economiche e sociali la finalità di assicurare il benessere psico-fisico della persona assume rilevanza predominante,

⁹⁴ IMPRUDENTE C. "La diversità nei *mass media*, tra opportunità e limiti intrinseci" fonte in: <http://www.accaparlante.it/articolo/la-diversita%C3%A0-nei-mass-media-tra-opportunit%C3%A0-e-limiti-intrinseci-il-messaggero-di-santantonio> ultima consultazione ottobre 2014.

⁹⁵ TURCO L., in La riforma del *welfare* e le nuove competenze delle amministrazioni regionali e locali, "quaderni Formez" n. 2, 2001 "Azioni di sistema per la pubblica amministrazione" fonte in: biblioteca.formez.it/webif/media/ASPA_21.pdf

riconoscendo l'esigenza di fornire servizi per il superamento delle varie situazioni di bisogno e di difficoltà, non solo economica.

La legge guarda ai servizi alla persona ed alle famiglie anche come momento di sviluppo della comunità locale e di valorizzazione delle risorse umane impegnate in tale settore. Presupposto fondamentale del dettato legislativo è che la garanzia delle prestazioni offerte dal sistema di protezione sociale debba necessariamente poggiare sul coordinamento delle politiche assistenziali con quelle di natura non solo sanitaria, ma anche dell'istituzione, della formazione e del reinserimento.

La Commissione europea, con la comunicazione 20 settembre 2000, ha considerato i servizi sociali all'interno del *genus* dei servizi di interesse generale. Essi consistono in attività che non realizzano profitti e non si prefiggono di svolgere un'attività industriale ed economica. Una ridefinizione, dunque, dell'assetto complessivo delle politiche sociali finalizzata prioritariamente al superamento dei tradizionali fondamenti tipici del sistema delle prestazioni socioassistenziali, con un'accezione della protezione sociale in senso attivo, garante e, allo stesso tempo, sede di esercizio dei diritti sociali di cittadinanza complessivamente intesi.

L'orientamento del legislatore è chiaro: realizzare un nuovo assetto organizzativo e gestionale dei servizi e delle prestazioni che necessita sia dell'opera di molteplici protagonisti istituzionali e non, sia dell'individuazione di sedi idonee ad attivare processi decisionali finalizzati alla produzione di atti di programmazione debitamente concertati e coordinati.

Il Capo IV (artt. 18 e 19) della Legge 8 novembre 2000, n. 328 è dedicato all'individuazione degli strumenti per favorire il riordino del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Gli atti programmatori previsti sono il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, Il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali e i Piani di Zona, definiti dai comuni associati d'intesa con le Aziende Unità Sanitarie Locali.

La legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali recepisce completamente gli orientamenti maturati nel corso degli anni Novanta, inserendoli in una prospettiva di ampio respiro alla cui base c'è l'affermazione dei principi della solidarietà sociale, della sussidiarietà, della partecipazione attiva dei cittadini e tutte le iniziative pubbliche e private per la promozione di una migliore qualità della vita, di pari opportunità, di non discriminazione e di acquisizione di diritti di cittadinanza.

Lo scopo è quello di integrare tutte le possibili risorse per prevenire, eliminare o ridurre condizioni di disagio, difficoltà economiche e sociali, non autosufficienza e disabilità. Si afferma per la prima volta che il settore assistenziale è di tipo universitario ed è un diritto del cittadino

usufruire delle prestazioni e dei servizi previsti dalle leggi regionali. Diviene fondamentale il “metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell’operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto in genere” (art. 3).

Si indica nel Piano di Zona, adottato attraverso un accordo di programma, lo strumento per la definizione degli obiettivi e le priorità sociali. Si afferma, inoltre, che vengono promosse azioni per favorire la “pluralità di offerta di servizi garantendo il diritto di scelta tra gli stessi servizi” sia pubblici che privati; per questi ultimi vengono previste autorizzazioni e accreditamenti, ma anche la possibilità di erogare (previa autorizzazione per un periodo definito di tempo) servizi sperimentali e innovativi con successiva verifica dei risultati raggiunti.

Sempre in questo importante ambito del rapporto pubblico-privato “i comuni possono prevedere la concessione, su richiesta dell’interessato, di titoli validi per l’acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali”, nell’ambito tuttavia di “un percorso assistenziale attivo per la integrazione o reintegrazione sociale dei soggetti beneficiari” (art. 17).

“Il sistema di interventi e servizi sociali si realizza mediante “politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l’efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte (art. 22)”⁹⁶. La legge di riforma individua infatti nel Piano di Zona lo strumento per la realizzazione di programmi coordinati e per la gestione integrata degli interventi sociali e sanitari anche con il concorso delle risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto.

L’attività di concertazione in sede di programmazione – da sviluppare a livello “orizzontale”, nell’ambito della comunità locale, ma anche “verticale” nei confronti di Provincia e Regione – comporta l’adozione di una strategia di connessione degli interventi realizzati dai soggetti che operano nel sistema delle politiche sociali, per favorire il *continuum* agio/disagio, combinando la logica di protezione con quella di promozione, ricercando un corretto equilibrio tra interventi di sostegno alle situazioni di disagio ed interventi, più complessivi, di promozione del benessere⁹⁷

⁹⁶ Cfr. PERRINO M., Dopo la riforma. La programmazione locale nel sistema dei servizi, in “Rassegna di Servizio Sociale” n. 3, 2000, EISS. Fonte in : <http://www.eiss.it/RssItem.aspx?ID=18> ultima consultazione novembre 2014.

⁹⁷ Cfr. DAL PRÀ PONTICELLI M., Quali prospettive per il servizio sociale degli anni 2000? Riflessioni ed ipotesi di fronte alla legge quadro di Riforma dell’Assistenza, in “Rassegna di Servizio Sociale” n. 4, 2000, EISS. Fonte in : <http://www.eiss.it/RssItem.aspx?ID=18> ultima consultazione novembre 2014.

La nuova formulazione dell'articolo 117 della Costituzione, alla luce della riforma del Titolo V, approvata con la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 "Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione", non specifica affatto se la materia dei servizi alla persona sia di competenza esclusiva dello Stato o delle regioni, bensì specifica i termini della ripartizione delle competenze in materia sociosanitaria.

Infatti, in base al comma 2 del medesimo articolo, spetta alle regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato. La materia sociale ricade senz'altro nella potestà legislativa esclusiva delle regioni, limitata esclusivamente dal rispetto della Costituzione, dell'ordinamento comunitario europeo e dagli obblighi internazionali.

In ambito regionale quindi si pianificano i servizi sociali, la Regione Piemonte in questo caso, ha recepito la legge quadro ed emanato a tal proposito una serie di atti legislativi regionali che sono: L.R. 8/1/2004 n.1⁹⁸ - D.G.R. 7 aprile 2008, n. 21-8545⁹⁹ - D.G.R. 23-437 del 2 agosto 2010¹⁰⁰ - D.G.R. 14- 714 del 29 settembre 2010¹⁰¹ - D.G.R. 7-2498 del 3 agosto 2011¹⁰² - D.G.R. 66-3253 del 30 dicembre 2011¹⁰³.

⁹⁸ Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1. "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento". Fonte in: <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2004/02/siste/00000003.htm> ultima consultazione novembre 2014.

⁹⁹ D.G.R. 7 aprile 2008, n. 21-8545 Definizione, ai sensi dell'art. 5 della l.r. 7/2005, dei criteri per la realizzazione delle attività di cui all'art. 4, comma 1, lett. M e all'art. 58 della l.r. 1/2004 per l'attribuzione di contributi economici e la realizzazione di iniziative regionali. Fonte in: <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2008/16/siste/00000159.htm> ultima consultazione novembre 2014.

¹⁰⁰ D.G.R. 2 Agosto 2010, n. 23-437 L. 241/1990 art. 2. (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi). Individuazione termini di conclusione procedimenti amministrativi di competenza della Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia. Fonte in: <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2010/33/siste/00000135.htm> ultima consultazione novembre 2014.

¹⁰¹ D.G.R. 29 Settembre 2010, n. 14-714 Approvazione di criteri transitori per la ripartizione del fondo regionale di cui all'art. 35 della L.R. 8/1/2004 n.1 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento". Fonte in: <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2010/40/suppo1/00000024.htm> ultima consultazione novembre 2014.

¹⁰² D.G.R. 3 Agosto 2011, n. 7-2498 Approvazione dei criteri di riequilibrio di cui alla D.G.R.14-714 del 29 settembre 2010, per la ripartizione del Fondo regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, di cui all'art. 35, comma 7, della Legge regionale 1/2004. Fonte in: <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2011/35/siste/00000084.htm> ultima consultazione novembre 2014.

¹⁰³ D.G.R. 30 Dicembre 2011, n. 66-3253 Interventi urgenti in materia di periodico adeguamento delle tariffe per i servizi residenziali e semiresidenziali erogati in strutture socio-sanitarie accreditate con il S.S.R.. Fonte in: <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2012/05/siste/00000255.htm> ultima consultazione novembre 2014.

La legislazione regionale prodotta in materia di sistema integrato di interventi e servizi sociali ripropone molto spesso principi, strategie e modalità di concertazione e di programmazione della Legge 328/2000, ormai solo orientativa dopo la modifica del Titolo V della Costituzione, richiamando e riproponendo i livelli essenziali indicati dall'art. 22 della L. 328/2000. In questa riproposizione c'è quasi sempre un richiamo al Segretario sociale e al Servizio sociale professionale a cui vengono attribuiti la funzione e la responsabilità di case-management, inquadrandolo in un sistema integrato plurale e di rete"¹⁰⁴.

Va considerato che le nuove disposizioni legislative che si sono poste l'obiettivo di creare una rete integrata di servizi, prestazioni e interventi offerti da vari soggetti, istituzionali e non, pone come fondamentale la sinergia di tutte le risorse siano essi pubbliche, private e istituzionali. Si attua quindi il passaggio da una programmazione che utilizzava una prospettiva di tipo "government" a una prospettiva di tipo "governance" in cui il governo si realizza grazie alla mobilitazione di una serie di soggetti (pubblici, di privato sociale, Terzo settore e volontariato).

2.5.1. Definizione dei termini "servizi sociali" e "servizio sociale"

(E. Neve)¹⁰⁵ Con il termine "servizio sociale" indichiamo sia una disciplina che una professione, nata in Italia in tempi molto recenti, su forte influenzamento della cultura anglosassone e in particolare di quella statunitense. Succede molto spesso una sorta di sovrapposizione tra il "servizio sociale" ed i "servizi sociali" facendo coincidere il contenuto di una disciplina e di un metodologia di intervento con le forme organizzative ed istituzionali di erogazione dei servizi ai cittadini. "L'equivoco, scrive L. Gui nel primo Rapporto EISS¹⁰⁶, appare giustificato per la particolare natura ed evoluzione del servizio sociale nel nostro paese, che ha visto storicamente crescere le politiche sociali e la connessa articolazione delle organizzazioni di servizi di *welfare*, contemporaneamente allo svilupparsi di una identità professionale".

L'assistente sociale spesso è stato soggetto ad un improprio utilizzo e oggetto di interpretazioni diverse per funzioni, ruoli e mansioni e che oggi deve trovare la giusta collocazione nella piena consapevolezza che il decollo di un sistema e la qualità di un servizio dipende dal giusto uso di un sapere professionale che, di contempo, costituisce valore aggiunto solo se funziona un sistema organizzativo.

¹⁰⁴ F. DENTE "Nuove dimensioni del servizio sociale" Maggioli Editore 2013, p. 27.

¹⁰⁵ E. NEVE "Il Servizio Sociale" Carrocci Editore, 2000, p. 17.

¹⁰⁶ L. GUI, EISS I° Rapporto sulla situazione del Servizio Sociale Roma 2001, fonte accessibile in: Rapporto sulla situazione del servizi sociale, <http://www.eiss.it/RapportoSS.aspx> ultima consultazione ottobre 2014.

Scrive la Prof.ssa Marilena Dellavalle: “Il Servizio sociale, più comunemente noto come professione dell’assistente sociale, ha conseguito nell’ultimo ventennio importanti traguardi sul piano del riconoscimento formale. Tale percorso di legittimazione non ha ancora consolidato in termini adeguati l’identità professionale che, seppure in via di rinforzo, appare a tutt’oggi contrassegnata da una certa fragilità. Si tratta di una questione composita e complessa, alla quale non sembra estraneo un debole senso di appartenenza alla professione stessa”¹⁰⁷.

“Si afferma l’inscindibilità e circolarità della relazione individuo – ambiente; di questa relazione al servizio sociale interessa in particolare l’intersezione bisogni-risorse perché la carenza e la problematicità delle risorse che spesso toglie autonomie alle persone nell’affrontare e risolvere i loro problemi o situazioni di difficoltà. Il punto di forza per ricostruire l’unità persona-ambiente è dato dal valore del territorio inteso come luogo di maggiore visibilità dei problemi e dove è più facile trovare e produrre risorse essenziali per il benessere complessivo dei cittadini. Obiettivo del servizio sociale è l’autonomia delle persone che, per diventare effettiva, ha bisogno di risorse personali, di risorse sociali e ambientali e di abituarsi ad usare tali risorse in modo attivo”¹⁰⁸.

L’interesse del servizio sociale è rivolto al raggiungimento del “benessere totale” della persona e della società come elementi interdipendenti (coincidente con gli obiettivi della Legge 8 novembre 2000, n. 328 e del piano sociale nazionale), ma anche dell’importanza della funzione di responsabilizzazione degli individui o dei gruppi o delle loro famiglie e della collettività alle proprie azioni perseguendo così un’educazione alla piena libertà. Tutto ciò in virtù dei principi etici e dei valori su cui il servizio sociale ha fondato la sua azione.

L’attuazione di questi nuovi assetti fa intravedere una maggiore responsabilità dell’assistente sociale nel suo agire quotidiano, quella di essere e divenire un vero punto di incontro tra cittadini e municipalità, tutori di quei diritti sociali resi esigibili in questa legge attraverso un altro principio dell’universalismo.

L’art. 2 della L. 328/00 infatti, garantisce a tutti i cittadini risposte ai bisogni, diritto d’accesso alle prestazioni facendo intendere un diritto soggettivo pieno individuando il creditore e il debitore nonché l’oggetto del debito e i beni su cui soddisfarsi in caso di inadempimento. Nella legge quadro si individuano come soggetti creditori quelli indicati all’art. 1 “persone e

¹⁰⁷ M. DELLAVALLE “*Le radici del Servizio Sociale in Italia*” Celid, gennaio 2008, ristampa febbraio 2010, p. 13.

¹⁰⁸ E. NEVE “*Il Servizio Sociale*” Carocci Editore, 2000, p. 17.

famiglie”, i debitori sono gli enti locali, le regioni, lo Stato secondo le rispettive competenze e secondo il principio di sussidiarietà verticale, i beni sono almeno i LIVEAS¹⁰⁹.

Voglio ricordare il contenuto dell’art. 5 del Codice Deontologico¹¹⁰ dell’assistente sociale che così recita: “La professione si fonda sul valore, sulla dignità e unicità di tutte le persone, sul rispetto dei loro diritti universalmente riconosciuti e sull’affermazione delle qualità originarie delle persone: libertà, uguaglianza, socialità, solidarietà, partecipazione”.



Foto: *World Social Work Day 2014 18 march 2014 Worldwide Social and Economic Crises – Social Work Solutions*

¹⁰⁹ LIVEAS (Livelli essenziali di assistenza sociale) a Cura di Gualdani A. Fonte accessibile in: http://www.aggiornamentisociali.it/easyne2/LYT.aspx?Code=AGSO&IDLTY=769&ST=SQL&SQL=ID_Documento=3985 ultima consultazione ottobre 2014.

¹¹⁰ Codice deontologico fonte accessibile in: http://www.cnoas.it/Assistenti_Sociali/Professione/Codice_deontologico.html ultima consultazione ottobre 2014.

2.6. Politiche di integrazione e di inclusione sociale attraverso lo sport (*Special Olympics*)



Foto: la torcia olimpica “*Special Olympics*” alla *Domus Laetitia* – Sagliano Micca, giugno 2012 *courtesy of Domus Laetitia* dall’album pubblico del suo sito¹¹¹ .

Le attività sportive per gli atleti con disabilità intellettiva sono seguite nel mondo da 165 paesi che adottano il programma degli *Special Olympics*¹¹². Il giuramento di *Special Olympics* è: “Che io possa vincere, ma se non riuscissi che io possa tentare con tutte le mie forze”¹¹³. “In Italia *Special Olympics* è stato inserito nell’ambito dell’attività della Federazione Italiana Sport Disabili (FISD) per circa 15 anni.

Dal 1° Ottobre 2003, *Special Olympics* ha raggiunto una maggiore autonomia approvando anche un nuovo Statuto, con il proposito di dare un maggior risalto a tutto il movimento ed una maggiore diffusione del suo messaggio di gioia e di speranza. Ogni anno una rappresentativa italiana viene chiamata a partecipare alternativamente ai giochi mondiali (invernali o estivi) o a quelli europei.

Nel mondo, più di 3.000.000 di membri di famiglie ed 1.000.000 di volontari aiutano a realizzare ogni anno circa 16.000 grandi eventi. *Special Olympics Inc* è riconosciuto dal comitato Olimpico Internazionale così come il Comitato Paralimpico. Tuttavia, le due organizzazioni, sono separate e distinte tra loro: diverse sono le premesse, diversa la filosofia che muove le due

¹¹¹ Album foto *Domus Laetitia* fonte in: https://www.facebook.com/domus.laetitia/media_set?set=a.398906000150909.82700.100000945360972&type=3 ultimo accesso novembre 2014.

¹¹² *Special Olympics*, fonte accessibile in: <http://www.specialolympics.it/?m=articolo&modop=lista&idcategoria=70> ultima consultazione ottobre 2014.

¹¹³ *Ibidem*

organizzazioni. Mentre il Comitato Paralimpico opera coerentemente con i criteri dei giochi Olimpici con gare competitive riservate ai migliori, gli *Special Olympics* ovunque nel mondo e ad ogni livello (locale, regionale, nazionale ed internazionale), è un programma educativo, che propone ed organizza allenamenti ed eventi solo per persone con ritardo mentale e per ogni livello di abilità. Le manifestazioni sportive sono aperte a tutti e premiano tutti, sulla base di regolamenti internazionali continuamente testati e aggiornati”¹¹⁴.

Lo *Special Olympics International* nasce nel 1968 negli Stati Uniti per volontà di *Eunice Kennedy Shriver* sostenitrice per più di tre decenni dei miglioramenti delle persone con ritardo mentale, in occasione dei primi Giochi Internazionali tenutisi a *Chicago, Illinois*. Qualche anno prima (1960) *Eunice Kennedy*, organizzò una giornata di gioco e sport esclusivamente per ragazzi disabili e si accorse immediatamente che quei ragazzi erano molto più capaci nelle attività fisiche di quanto molti esperti non ritenessero. Nei primi anni lo *Special Olympics* fu finanziato dalla fondazione *Kennedy* e da vari enti. Attualmente la Fondazione *Kennedy* non sostiene più economicamente lo *Special Olympics International* ma continua a dividerne i principi e a diffonderli in tutto il mondo.

Nel Dicembre 1971 la commissione Olimpica degli Stati Uniti conferisce l’approvazione ufficiale a *Special Olympics* di usare il nome “*Olympics*” come unica organizzazione ad essere autorizzata a utilizzare questo nome.

*“Trent’anni fa dicevano che non eravate in grado di correre i 100 metri. Oggi, voi correte la maratona. Trent’anni fa, dicevano che dovevate rimanere chiusi negli istituti. Oggi siete di fronte alle televisioni di tutto il mondo. Trent’anni fa, dicevano che non potevate dare un valido contributo all’umanità. Oggi, voi riunite sullo stesso terreno dello sport nazioni che sono in guerra...”*¹¹⁵ (*Eunice Kennedy Shriver* giugno 1999 North Carolina).

Special Olympics crede che la competizione tra persone con uguali abilità sia il miglior modo per testare le proprie capacità atletiche misurare i propri progressi ed aspirare ad una crescita. Lo spirito di *Special Olympics* trascende, così come fa la disabilità, tutte le razze, le nazionalità, i confini geografici, le età o le religioni. *Special Olympics* è organizzato secondo una struttura che mette al centro le esigenze dell’atleta. In tutto il mondo il programma *Special Olympics* segue le stesse direttive per sviluppare in modo il più possibile omogeneo ed efficace le attività sportive, gli eventi e ogni altra iniziativa di supporto alla missione.

¹¹⁴ *Ibidem*

¹¹⁵ *Eunice Kennedy Shriver*, fonte accessibile in:

<http://www.specialolympics.it/?m=articolo&modop=dtl&idarticolo=236> ultimo accesso ottobre 2014.

A livello nazionale, regionale e locale, i referenti si organizzano secondo delle specifiche aree in base alle loro competenze e mansioni. Il direttore nazionale e il direttore regionale sono strettamente collegati fra loro sugli interventi territoriali, in modo tale che:

1. tutte le aree dialoghino tra loro;
2. ciascuna area sui tre livelli possa comunicare e agire in sinergia con i relativi referenti.

Un sistema di comunicazione orizzontale e verticale, quindi, che prevede un incrocio vivo e dinamico di informazioni, metodologie e conoscenze. *Special Olympics* Italia è presente da oltre un ventennio, opera in quasi tutte le regioni dove *Team* locali seguono l'allenamento degli atleti speciali nel rispetto dei programmi internazionali e attraverso convenzioni stipulate con alcuni tra i maggiori Enti di promozione sportiva (U.S., Acli, C.N.S., *Libertas*, Csen., Csi., Uisp, Aics) riconosciuti dal C.O.N.I.

I potenziali beneficiari del programma in Italia sono quasi 1.000.000 e sono circa 3.000 gli atleti con disabilità mentale che praticano calcio, nuoto, sci, bocce, equitazione, atletica leggera, ginnastica e che partecipano ai giochi regionali delle varie discipline. Rappresentative italiane gareggiano nei giochi europei e in quelli mondiali.

C'è da fare comunque una considerazione sul fatto che nell'ambito della disabilità lo *sport* non sia parte integrante del progetto di aiuto nei confronti dell'utente, non vi sono contributi per lo sviluppo di queste attività, se non quelle che provengono da iniziative private. Da quello che ho potuto osservare, è che alcune attività siano possibili solo attraverso il contributo degli utenti medesimi e quindi, diventa per questo fatto indispensabile che, l'utente abbia una disponibilità economica propria cui accedere.

Occorre quindi valutare se tra gli utenti con disponibilità economiche proprie siano in grado di decidere se vogliono realmente fare *sport* o meno, dal momento che non è previsto nel progetto riabilitativo (se non in funzione di terapie specifiche che esulano dalla attività sportiva vera e propria) e, se lo *sport*, non sia visto come strumento per finanziare strutture e persone che vi lavorano. Sarebbe necessaria una valutazione terza su questo fatto.

Se queste decisioni sono lasciate in mano solo ai medesimi che potrebbero avere interessi economici nel fare partecipare i propri ospiti alle attività sportive offerte da organizzazioni specializzate in questo, potrebbero insorgere conflitti di interesse che escludono le reali motivazioni e necessità in persone con disabilità mentale e che queste siano utilizzate solo come risorsa economica finalizzata al mantenimento di determinate strutture ed economie aziendali.

C'è da considerare anche un altro fatto e che gli *Special Olympics* sono una vera e propria organizzazione strutturata che ha dei costi quindi e che organizza a livello regionale, nazionale e internazionale, eventi che richiedono spostamenti, viaggi in aereo e l'accompagnamento di professionisti ed organizzatori che comunque hanno dei costi e che la situazione della diversabilità intellettiva dello sportivo potrebbe indurre ad abusi di ordine economico. Occorre a mio parere una reale certificazione e consapevolezza da parte di organismi terzi che evitino le possibili infiltrazioni di interessi non convergenti. Oltre al fatto di non fare diventare lo *sport* (in special modo in questo ambito...) un fatto classista.

2.6.1. *Special Olympics International*



Foto: Eunice Kennedy con il Team "Missouri"

Gli *Special Olympics International*¹¹⁶ sono stati fondati nel 1968 ma, già qualche anno prima (1960) Eunice Kennedy (promotrice dei giochi), organizzò una giornata di gioco e *sport* esclusivamente per ragazzi disabili e si accorse immediatamente che quei ragazzi erano molto più capaci nelle attività fisiche di quanto molti esperti non ritenessero. Nei primi anni lo *Special Olympics* fu finanziato dalla Fondazione Kennedy e da vari enti.

Attualmente la Fondazione Kennedy non sostiene più economicamente gli *Special Olympics International* ma continua a dividerne i principi e a diffonderli in tutto il mondo. Dal 1971 la commissione Olimpica degli Stati Uniti conferisce l'approvazione ufficiale a *Special Olympics* di usare il nome "Olympics". In un protocollo d'intesa firmato il 15/02/1988 la commissione Olimpica Internazionale ratifica una convenzione nella quale riconosce ufficialmente *Special Olympics International* ed accetta di collaborare con esso come

¹¹⁶ *Special Olympics International*, fonte accessibile in: <http://www.specialolympics.org/> ultima consultazione ottobre 2014.

rappresentante degli interessi degli atleti con *handicap* mentale. Il riconoscimento del Comitato Internazionale Olimpico comporta che le gare e gli allenamenti si conducano secondo i più alti ideali del movimento olimpico internazionale e di proteggere e di vigilare sull'uso del termine "olimpico" preservandolo da abusi.

La missione di questa organizzazione è di promuovere gli allenamenti e la pratica dello sport olimpico per gli individui con difficoltà mentali, dando loro continue opportunità di sviluppo fisico e psichico, facendo loro dimostrare coraggio, capacità e creando sempre nuovi motivi per gioire insieme alla proprie famiglie, ai propri amici e a tutta la comunità. Il fine ultimo di *Special Olympics* è quello di dare, alle persone con ritardo mentale, la possibilità di diventare cittadini utili alla società e quindi accettati, apprezzati, e rispettati dall'intera comunità.

La convinzione dello *Special Olympics* è che il programma sportivo e le competizioni che propone aiutino le persone con ritardo mentale a migliorarsi fisicamente e crescere mentalmente, socialmente e spiritualmente. *Special Olympics* è organizzato secondo una struttura che mette al centro le esigenze dell'atleta. In tutto il mondo il programma *Special Olympics* segue le stesse direttive per sviluppare in modo il più possibile omogeneo ed efficace le attività sportive, gli eventi e ogni altra iniziativa di supporto alla missione.

2.6.2. *Special Olympics Italia*



"*Special Olympics Italia*¹¹⁷ rispecchia in tutto i principi e i valori riferiti allo *sport* e competizioni atletiche degli *Special Olympics International*. In Italia lo *Special Olympics* è stato inserito nell'ambito dell'attività della Federazione Italiana Sport Disabili Intellettivi e Relazionali per circa 15 anni. Dal 2003, *Special Olympics* ha raggiunto una maggiore autonomia approvando uno Statuto, con l'intenzione di dare un maggior risalto a tutto il movimento ed una maggiore diffusione del suo messaggio di gioia e speranza. Ogni anno una rappresentativa italiana viene chiamata a partecipare alternativamente ai giochi mondiali (invernali o estivi) e a quelli europei.

A livello nazionale, regionale e locale, i referenti si organizzano secondo delle specifiche aree in base alle loro competenze e mansioni. Il direttore nazionale e il direttore regionale sono strettamente collegati fra loro sugli interventi territoriali, in modo tale che: tutte le aree

¹¹⁷ *Special Olympics Italia*, fonte accessibile in: <http://www.specialolympics.it/> ultima consultazione ottobre 2014.

dialoghino tra loro; ciascuna area sui tre livelli possa comunicare e agire in sinergia con i relativi referenti. Un sistema di comunicazione orizzontale e verticale, quindi, che prevede un incrocio vivo e dinamico di informazioni, metodologie e conoscenze.

Special Olympics Italia è presente in Italia da oltre un ventennio, opera in quasi tutte le regioni dove *team* locali seguono l'allenamento degli atleti speciali nel rispetto dei programmi internazionali e attraverso convenzioni stipulate con alcuni tra i maggiori Enti di promozione sportiva (U.S., Acli, C.N.S., *Libertas*, Csen, Csi, Uisp, Aics) riconosciuti dal C.O.N.I.

Rappresentative italiane gareggiano nei giochi europei e in quelli mondiali. Le attività di *Special Olympics* Italia si svolgono, oltre che con allenamenti e competizioni sportive, con la realizzazione di programmi mirati, progettati e realizzati dalle aree di lavoro: Tecnica, Promozione; Famiglie; Volontari, Medico psicopedagogica. Allo *staff* nazionale si affiancano i *Team* regionali nella programmazione generale, nello scambio di esperienze e nella collaborazione per la realizzazione dei progetti”¹¹⁸.

2.6.3. La Federazione Italiana Sport Disabili Intellettivi e Relazionali (FISDIR)

“La FISDIR, Federazione Italiana Sport Disabilità Intellettiva Relazionale, è la Federazione Sportiva Paralimpica cui il CIP (Comitato Italiano Paralimpico) ha demandato la gestione, l'organizzazione e lo sviluppo dell'attività sportiva per gli atleti con disabilità intellettiva e relazionale. Il CIP, in seguito all'ufficiale riconoscimento da parte dello Stato, ha assunto il ruolo, di fatto e di diritto, di Confederazione delle Federazioni e Discipline Sportive Paralimpiche, sia a livello centrale che territoriale, alla stregua del CONI per lo *sport* olimpico, mantenendo il compito di garantire la massima diffusione dell'idea paralimpica ed il proficuo avviamento alla pratica sportiva delle persone disabili, in stretta collaborazione con il CONI stesso.

Ad esso spetta dunque il compito di regolare e gestire tutte le attività sportive riservate ad atleti disabili fisici, intellettivi e sensoriali. Ad oggi il CIP riconosce oltre quaranta entità sportive, tra federazioni paralimpiche, discipline paralimpiche, enti di promozione paralimpica ed associazioni benemerite paralimpiche. Tra le Federazioni Sportive Paralimpiche si sviluppa l'attività della Federazione Italiana Sport Disabilità Intellettiva Relazionale. La costituzione è avvenuta in data 22 febbraio 2009 con la definitiva trasformazione del Dipartimento 9 del CIP in Federazione Sportiva Paralimpica”¹¹⁹.

¹¹⁸ *Special Olympics* Italia, fonte accessibile in: <http://www.specialolympics.it/> ultima consultazione ottobre 2014.

¹¹⁹ *Ibidem*

2.6.4. Storia delle Paralimpiadi

La disabilità e lo sport, Stoke Mandeville¹²⁰

Dal sito *Ability Channel* raccolgo queste informazioni e ne stralcio alcuni punti più rilevanti: sono passati quasi 70 anni dall'ultima guerra dove si calcola che circa 70 mila disabili vennero sterminati attraverso il progetto *AKTION T4*¹²¹ per ordine di *Hitler* che vedeva nei disabili vite indegne di essere vissute. Certo i decenni trascorsi ci fanno vedere come impossibili certi fatti tanto da inconsiamente rimuoverli è invece importantissimo ricordarsene e destinare quei momenti dedicati alla memoria dell'olocausto affinché essi non si ripetano mai più grazie alla presa di coscienza che la violenza, il crimine i diritti negati non possano che proliferare nell'ignoranza. È per questo che è giusto lottare tutti i giorni per i diritti di tutti.

La partecipazione delle persone con *handicap* diversi nella vita normale, e nello *sport* in particolare, è relativamente recente. Persone colpite da paralisi spinali traumatiche, sono state le prime a praticare attività sportive grazie alla dedizione di *Sir Ludwig Guttmann*, un neurochirurgo inglese, responsabile di un centro di riabilitazione motoria nel villaggio di *Stoke Mandeville*.

Questo Centro diventò operativo alla fine della seconda guerra mondiale. Arrivarono qui i primi soldati britannici portatori di lesioni per cause belliche (si sono calcolati in circa in 24 milioni le persone ferite e mutilate), portatrici di *handicap* fisico e fu qui che il dottor *Guttmann* ebbe l'intuizione di introdurre la pratica sportiva tra i portatori di *handicap* come strumento di recupero sia fisico che mentale: uomini o donne che fossero.

È attraverso lo *sport* che i pazienti paraplegici poterono, attraverso l'esercizio fisico e allenamenti funzionali al loro deficit, a sviluppare e rafforzare il proprio fisico. L'attività sportiva li aiutò soprattutto, a superare le forti depressioni di cui pativano a causa della loro condizione fisica. Un modo per recuperare e ritrovare interesse alla vita di relazione, grazie alla partecipazione di *sport* di gruppo. Fu proprio qui, in questo villaggio a nord di Londra che nel 1948 ebbero inizio i primi giochi di *Stoke Mandeville*, diventati in seguito le attuali Paralimpiadi.

¹²⁰ Intervista a *Martin McElhatton* in: <http://www.abilitychannel.tv/video/paralimpiadi-sport-disabili-nascono-a-stoke-mandeville/> ultima consultazione giugno 2014.

¹²¹ *AKTION T4*: "Il progetto T4, l'eutanasia di massa degli adulti disabili, che condusse alla morte circa 70.000 cittadini tedeschi, iniziò solo nel 1939, per interrompersi poi, ma solo formalmente, su pressione dell'opinione pubblica e delle Chiese, nell'agosto del 1941. Con l'estendersi dei fronti di guerra, lo sterminio dei disabili non risparmiò certo i Paesi occupati, con drammatici strascichi anche in Italia, come testimonia la deportazione dei disabili ebrei internati negli ospedali psichiatrici di Venezia, deportati ad Auschwitz-Birkenau. Perché nella tragedia di ognuno, si ritrova la Storia di tutti". Fonte accessibile in: <http://www.edscuola.it/archivio/handicap/progettot4.html> ultima consultazione novembre 2014.

Paralimpiadi: gli sport disabili nascono a Stoke Mandeville

“Una storia lunga più di mezzo secolo. Un’avventura cominciata nel 1944 da un neurochirurgo tedesco fuggito in Inghilterra all’inizio della seconda guerra mondiale, *Sir Ludwig Guttmann*. *Martin McElhatton*, *chef executive* di *Wheelpower – British Wheelchair Sport*, ci racconta come sono nati gli sport per i disabili, le moderne Paralimpiadi. L’intervista è stata realizzata allo stadio di *Stoke Mandeville* in Gran Bretagna”¹²².

Paralimpiadi: lo sport è la mia vita

“Lo sport è la mia vita, da quando sono in carrozzina, ho avuto l’opportunità di fare sport, mi ha dato la possibilità di diventare allenatore e anche di lavorare nello sport, grazie allo sport ho incontrato molti grandi amici e, davvero, non saprei dire dove sarei arrivato senza lo sport nella mia vita”¹²³. Con queste toccanti parole *Martin McElhatton* apre l’intervista sulla storia delle Paralimpiadi, curata da Michelangelo di *Ability Channel*: siamo qui a *Stoke Mandeville*, un piccolo paesino dell’Inghilterra dove è nata la meravigliosa favola dello sport per le persone disabili, la favola delle Paralimpiadi.

Nel *coffee shop* dello stadio di *Stoke Mandeville*, *Martin* e Michelangelo parlano di abitudini italiane e di Paralimpiadi: “il caffè è la linfa vitale degli italiani - scherza *Martin McElhatton* – non possono lavorare senza il loro espresso, è come un’iniezione di caffè. Tutti conoscono le Olimpiadi, ma in pochi sanno delle Paralimpiadi, dobbiamo fare in modo di raccontare questa storia a tutto il mondo” sottolinea *Martin McElhatton*.

“Tutto cominciò con il lavoro di *Ludwig Guttmann*, un neurochirurgo tedesco che introdusse lo sport come parte della riabilitazione dei suoi pazienti nell’Unità Spinale di *Stoke Mandeville*. È qui che nacque l’idea che è alla base oggi delle Paralimpiadi” afferma *Martin McElhatton*. Nel 1939 *Ludwig Guttmann* lavorava in un ospedale ebraico in Germania e fu costretto a scappare a causa delle persecuzioni nei confronti degli ebrei da parte dei tedeschi. Venne in Inghilterra e, proprio qui, ricevette l’incarico da parte del Governo inglese di creare il primo centro per le lesioni spinali.

Per *Ludwig Guttmann* una delle cose fondamentali fu proprio l’inserimento dell’attività sportiva come parte essenziale della riabilitazione. “*Guttmann* – prosegue *Martin* – trattava veterani della seconda guerra mondiale con lesioni spinali, a quei tempi avere una lesione spinale era una cosa molto seria, le persone morivano rapidamente, nel giro di pochi anni. *Ludwig Guttmann* rivoluzionò le cure per le persone con le lesioni spinali, introducendo cure

¹²² *Stoke Mandeville*, fonte accessibile in: <http://www.abilitychannel.tv/video/paralimpiadi-sport-disabili-nascono-a-stoke-mandeville/> ultima consultazione ottobre 2014.

¹²³ *Ibidem*

mediche, fisioterapia ma anche quello che avrebbe restituito loro quello spirito di amicizia e fratellanza, questo fu lo *sport*, qualcosa di cui hai veramente bisogno per il tuo spirito per poter essere felici in carrozzina”¹²⁴.

“Nell’estate del 1948 *Ludwig Guttmann* organizzò una competizione sportiva per consentire ai suoi pazienti di fare *sport* in un evento ufficiale e questo accadde in concomitanza delle Olimpiadi di Londra, così prese il via il parallelo tra giochi olimpici e giochi paralimpici. Nei primi giochi del 1948 ci furono solo sedici partecipanti, quattordici uomini e donne, che gareggiavano nel cortile dell’ospedale in *sport* come il tiro dell’arco. Fu veramente un *festival* per lo *sport*, un divertimento per i pazienti con lesioni spinali”¹²⁵.



Foto: Londra estate 1948 competizione sportiva tra i pazienti del Dr. *Ludwig Guttmann* in concomitanza con i Giochi Olimpici di Londra del 1948.

“I giochi divennero internazionali nel 1952 – prosegue *Martin McElhaton* – con la partecipazione dei veterani di guerra olandesi: furono i primi partecipanti stranieri che presero parte ai giochi di *Stoke Mandeville*, così cominciò l’avventura che portò alla nascita delle Paralimpiadi a Roma nel 1960”.

¹²⁴ *Stoke Mandeville*, fonte accessibile in: <http://www.abilitychannel.tv/video/paralimpiadi-sport-disabili-nascono-a-stoke-mandeville/> ultima consultazione ottobre 2014.

¹²⁵ *Ibidem*

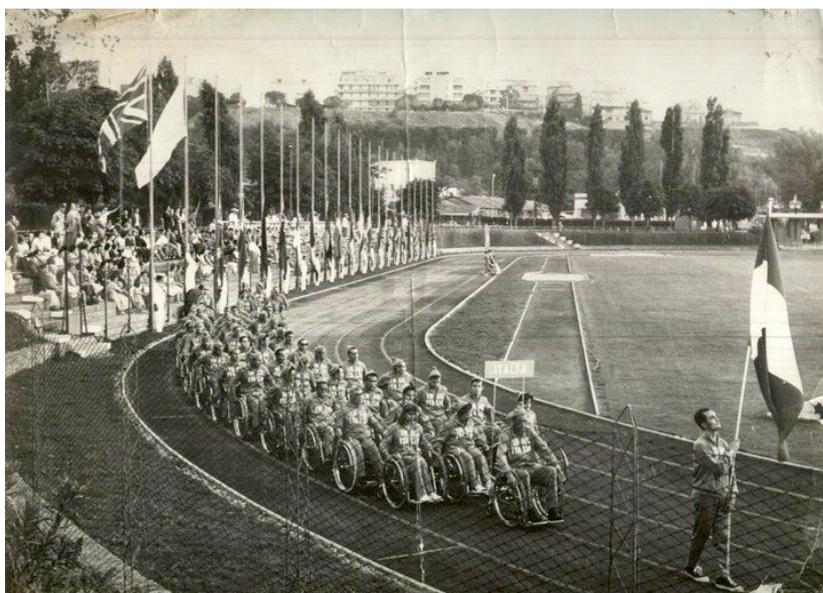


Foto: Roma foro italico ingresso in campo degli atleti, presentazione Giochi Paralimpici 1960

“Io sono stato fortunato a fare parte della squadra inglese di *basket* in carrozzina ai giochi paralimpici di *Stoke Mandeville* nel 1984 - dice *Martin McElhaton* - ma per gli atleti che parteciperanno alle Paralimpiadi di Londra 2012 questo *sport* è radicalmente cambiato: gli atleti ora sono dei professionisti, pagati per praticare *sport*, le competenze intorno agli atleti sono cambiate, ci sono scienziati, i nutrizionisti, gli allenatori, ora tutto è ai massimi livelli, ma quello che non è cambiato è lo spirito agonistico, la voglia di battersi e rappresentare il proprio paese, lo spirito di amicizia e fratellanza che ti regala lo *sport*, oltre ai benefici fisici che ne derivano, che fanno sentire bene le persone disabili”¹²⁶.



“Il trattamento delle persone con lesioni spinali ma anche con altre disabilità è cambiato radicalmente. Alle origini lo *sport* era considerato parte della terapia, ora è considerato parte della vita - sostiene *Martin McElhaton* - allo stadio di *Stoke Mandeville* promuoviamo lo *sport*

¹²⁶ *Ibidem*

come parte di vita per le persone disabili, cercando di coinvolgere i giovani disabili nello *sport* come parte attiva della vita quotidiana, per sentirsi in forma e in salute. Anche le cure dei pazienti con lesioni spinali vanno cambiate, ma l'intento rimane quello di consentire alle persone di vivere una vita piena ed attiva”¹²⁷.



Paralimpiadi: *Wheelpower* e la *British Wheelchair Sport*¹²⁸

“*Wheelpower* – spiega *Martin* – è la Fondazione nazionale britannica degli *sport* in carrozzina ed è anche la proprietaria dello stadio di *Stoke Mandeville*. Forniamo servizi per le persone disabili ma anche per le comunità locali. Ma oltre a questo vogliamo offrire ai giovani e nuovi disabili l’opportunità di provare un’ampia gamma di attività sportive lavorando in *partnership* con altre entità sportive per permettere agli atleti disabili di raggiungere qualsiasi livello desiderino, che sia il divertimento o le Paralimpiadi”¹²⁹.

“All’età di 18 anni sono stato investito da un camion mentre andavo in bicicletta e sono rimasto paralizzato dal busto in giù, per me è stata la fine della vecchia vita e l’inizio di una nuova vita nello *sport*, che è stata una vita fantastica per me. La mia prima vacanza, da quando ero in carrozzina, nel 1981, due anni dopo l’incidente, fu a Firenze. Oh mio Dio! Ho pensato che se posso venire qui posso andare in qualsiasi parte del mondo, a causa dei ciottoli e della pessima accessibilità...

Spero che le Paralimpiadi di Londra 2012 ispiri i vecchi e i nuovi disabili, le Paralimpiadi sono delle fantastiche ambasciatrici per le persone disabili, ma le Paralimpiadi sono anche delle fantastiche ambasciatrici di *sport*. Spero che le Paralimpiadi di Londra 2012 cambino e

¹²⁷ *Stoke Mandeville*, fonte accessibile in: <http://www.abilitychannel.tv/video/paralimpiadi-sport-disabili-nascono-a-stoke-mandeville/> ultima consultazione ottobre 2014.

¹²⁸ Intervista a *Martin McELHATTON* in: <http://www.abilitychannel.tv/video/paralimpiadi-sport-disabili-nascono-a-stoke-mandeville/> ultima consultazione giugno 2014.

¹²⁹ *Ibidem*

modifichino l'approccio in questo paese e nel mondo, che il mondo – conclude *Martin McElhatton* – possa vedere le persone disabili prima come persone e poi la loro disabilità.”¹³⁰



¹³⁰ Intervista a *Martin McELHATTON* in: <http://www.abilitychannel.tv/video/paralimpiadi-sport-disabili-nascono-a-stoke-mandeville/> ultima consultazione giugno 2014.

Conclusioni

Questo elaborato affronta il tema della disabilità innanzitutto analizzando gli aspetti positivi e negativi dei termini che frequentemente sono utilizzati per definirla. In una seconda parte, invece, la trattazione illustra possibili forme di inclusione con particolare riferimento allo *sport*. Si utilizza spesso il termine *handicap*, che a mio avviso non fa altro che catalogare, antepoendo il *deficit* oggettivo alla persona e alle proprie peculiarità, come se il *deficit* fosse il “marchio di qualità” della persona.

Si sottolinea come il termine "*handicap*" acquisisca però due accezioni. Una negativa, tradotta con le parole svantaggio e ostacolo; una positiva invece che propone una accezione riferita in termini di difficoltà. È da questo secondo punto di vista che esplicito la valenza positiva, riportando ad un significato che tutti noi abbiamo condiviso e condividiamo nel corso della nostra vita. Nel corso della trattazione si preferisce questa seconda accezione perché dà spazio alle possibilità e alla capacità presenti nella persona seppur con difficoltà psichiatriche e quindi a trattamenti che prevedono l'inserimento nella società piuttosto che la chiusura in istituti.

Alla luce di questo ho riportato alcune proposte dove si prende in considerazione il termine "diversabile". Con esso si intende spostare l'accento dalle "non abilità" alle "abilità diverse", contribuendo a cambiare la cultura del dis-valore e a passare a una logica del valore diverso. Diversabile non significa necessariamente autosufficiente ma almeno tenere conto delle potenzialità sfruttabili nel processo di aiuto.

Eppure, nonostante questo, ancora oggi sono molto diffusi pregiudizi che nella realtà non sono veri: innanzitutto la pericolosità per cui, la persona affetta da malattie psichiatriche, possa essere pericolosa, violenta e aggressiva per se stessa e per gli altri; l'incomprensibilità del linguaggio; l'inguaribilità della malattia; l'improduttività in termini di capacità, abilità e competenze; l'irresponsabilità e l'incoscienza delle loro azioni.

Personalmente ritengo che, non si debbano utilizzare accezioni diverse da quelle che qualsiasi medico riporta nella comunicazione di malattie di qualsiasi tipologia esse siano. Non riesco a comprenderne l'utilità di determinare la malattia mentale in gruppi omogenei, quando si sa che nella malattia mentale ci sono infinite varianti e che, non è possibile catalogarle se non massimizzando malattie molto diverse per gravità e curabilità, gettando quindi indiscriminatamente un preconcetto sulla recuperabilità della persona e delle sue abilità mentali, sociali, produttive e relazionali.

Sottolineo molto nella mia trattazione questo punto della terminologia e non a caso per la stessa ragione per la quale questa malattia mentale è stata confinata fino a solo qualche decennio

fa in 59 manicomi pubblici, 50 istituti privati e 3 manicomi giudiziari¹³¹ inibendo alla vita sociale migliaia di persone. Spesso, sono gli stessi famigliari a fare fatica ad accettare la malattia non credendo in una possibile guarigione e pensando di non avere le risorse necessarie per aiutare il parente. La malattia mentale fino a non molto tempo fa era considerata sostanzialmente inguaribile, progressiva ed incomprensibile. Questo “giustificava” la segregazione dei pazienti per la salvaguardia delle “persone civili” e del decoro. Gli strumenti terapeutici erano perlopiù docce ghiacciate, diete sbilanciate, isolamento e contenzione fisica¹³².

A partire dagli anni '60 grazie al movimento “antipsichiatria” che sorse in Inghilterra si iniziò a riflettere sulla metodologia della psichiatria ufficiale e ci si rese conto che fosse necessario ritornare ad un concetto di curabilità della malattia stessa e che insieme alla cura dovesse essere garantita la dignità della persona e della preservazione del malato nel suo ambiente familiare e sociale. In Italia grazie alla lungimiranza di Franco Basaglia, si iniziò un percorso parallelo alla psichiatria ufficiale che cercava di mettere al centro la persona più che la malattia. Basaglia fu contestato e allontanato dall'università dove insegnava tanto che, decise di allontanarsi dall'insegnamento ed accettare la direzione dell'ospedale psichiatrico di Gorizia con l'intento di costituire il principale movimento per l'abolizione dell'istituto del manicomio in Italia. Il suo operato contribuì all'emanazione della Legge 13 marzo 1978, n. 180 che disponeva in modo progressivo la chiusura dei manicomi.

Basaglia difende l'idea per cui il malato prima di tutto, è una “persona” e come tale deve essere considerata e curata, e afferma, “Noi siamo qui per dimenticare di essere psichiatri e per ricordare di essere persone”. Questo significa ammettere un loro inserimento nella società. Il termine “inserimento” è stato utilizzato per la prima volta in Italia verso la fine degli anni Sessanta per indicare la presenza in classi comuni, di alunni con minorazioni, sino ad allora rinchiusi per legge nelle classi e negli istituti speciali.

In molti paesi europei si usa il termine *inclusion* per indicare, in generale, un processo che porta all'istruzione degli alunni con disabilità nelle classi comuni, quindi sostanzialmente simile alla nostra integrazione (da osservare che *integration* è una parola collegata praticamente ovunque all'immigrazione). Il termine *inclusion* quindi va inteso come un'estensione del concetto di integrazione che coinvolge non solo le persone con disabilità, formalmente certificata, ma tutte le persone con le loro difficoltà e diversità.

¹³¹ A. LALLI (1997) “La psichiatria e la psicoterapia in Italia dall'inizio del novecento fino ad oggi: problematiche e prospettive per il futuro”, fonte in: <http://www.nicolalalli.it/pdf/consultazione/italia.pdf> ultima consultazione dicembre 2014.

¹³² A. LOIACONO “Che cos'è la malattia mentale”? fonte in: <http://www.sips.it/2012/06/che-cose-la-malattia-mentale/> ultima consultazione dicembre 2014.

Dal sito ufficiale della Regione Piemonte: “La programmazione regionale a favore della disabilità si rivolge alla centralità della persona e cerca di sviluppare percorsi integrati e politiche concertative tra le diverse istituzioni, ma anche con le persone disabili, le loro famiglie, le associazioni, le rappresentanze sociali e gli operatori, promuovendo progetti e interventi che si affiancano a quelli più tradizionali quali, la residenzialità e la semi-residenzialità”¹³³.

Negli anni si sono consolidate le azioni finalizzate al sostegno della famiglia, attivate dagli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, quali: interventi di educativa territoriale; interventi di assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata; interventi di affidamento diurno e residenziale; azioni finalizzate al potenziamento della rete di Centri Diurni socioterapeutici educativi e dei Centri Addestramento Disabili; azioni finalizzate all’inserimento occupazionale; azioni di integrazione scolastica e socioeducativa; progetti e laboratori socio pedagogici; progetti di integrazione socioeducativa per asilo nido ed extrascolastici; azioni di accoglienza residenziale permanente e temporanea.

La legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (Legge del 8 novembre 2000, n. 328) ha profondamente riformato il settore dei servizi sociali, proponendo un nuovo approccio culturale: si passa dal rimedio per le situazioni di disagio, alla promozione del benessere e dell’inclusione sociale, realizzato attraverso una rete integrata di servizi, ma anche di risorse e di responsabilità. La legge di riforma individua nel Piano di Zona lo strumento per la realizzazione di programmi coordinati e per la gestione integrata degli interventi sociali e sanitari anche con il concorso delle risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto.

Per quanto riguarda l'integrazione in ambito scolastico, importante è la Legge n. 104 del 5 febbraio 1992 che prevede l'assegnazione di insegnanti e assistenti specializzati. L'art. 19 della Legge n. 104/92 prevede inoltre che "ai fini dell'avviamento al lavoro, la valutazione della persona “handicappata” tenga conto della capacità lavorativa e relazionale dell'individuo e non solo della minorazione fisica o psichica”, permettendo di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto più adatto a loro.

Infine, un ulteriore contesto di integrazione di persone disabili è quello del mondo dello *sport* su cui ho concentrato maggiormente l'attenzione perché seguito personalmente durante il mio percorso di tirocinio del Corso universitario di servizio sociale. Mi sono particolarmente interessato, in questa mia trattazione, dell'inclusione sociale attraverso lo *sport* perché la ritengo una forma di inclusione molto interessante che attiva varie forze in gioco: l'atleta disabile intellettuale - l'ambiente (diverso da quello protetto nel quale egli vive gran parte della giornata) e l'attività sportiva che per sua natura determina azione e nel contempo inclusione sociale.

¹³³ Sito Ufficiale della Regione Piemonte “Piemonte sociale” fonte in: <http://www.regione.piemonte.it/polsoc/disabilita/> ultima consultazione dicembre 2014.

Lo *sport* aiuta tutti e ancora di più le persone con disabilità mentale a confrontarsi direttamente ad avere la necessità di imparare tecniche sportive, di confrontarsi anche con un ambiente meno protetto e quindi più “vero” e che, stimola nuove abilità sociali, di cooperazione e attività sportive che includono gli altri intorno a se, siamo essi i compagni di squadra che gli allenatori, gli accompagnatori e i tifosi. Attraverso il mio percorso di tirocinio di servizio sociale ho avuto modo di osservare gruppi di atleti disabili praticare alcuni *sport* ed ho potuto constatare la stessa determinazione che hanno tutti gli atleti.

La gioia e le emozioni che li attraversano sono le stesse che si possono osservare in tutte le persone che partecipano ad attività sportive. Non mi sono limitato ad osservarle ma, in qualità di ex atleta nazionale di sollevamento pesi, mi è stato richiesto di seguire un ragazzo con una disabilità mentale lieve che desiderava praticare un po' di attività sportiva con i pesi. Con viva soddisfazione ho seguito questo ragazzo, nella veste di volontario, per circa cinque mesi ed ho potuto verificare insieme a lui e ai suoi educatori di riferimento, con quale progressione e abilità imparasse gli esercizi e migliorasse la sua tonicità muscolare, oltre alla sua sicurezza nell'ambiente della palestra particolarmente frequentata da persone di tutte le età e formazione.

C'è da fare comunque una considerazione sul fatto che nell'ambito della disabilità mentale lo *sport* non sia parte integrante del progetto di aiuto nei confronti dell'utente, non vi sono contributi per lo sviluppo di queste attività, se non quelle che provengono da iniziative private. Da quello che ho potuto osservare è che alcune attività siano possibili solo attraverso il contributo degli utenti medesimi e quindi diventa per questo fatto indispensabile che, l'utente abbia una disponibilità finanziaria propria a cui accedere.

Occorre considerare inoltre che, gli *Special Olympics* sono una vera e propria organizzazione strutturata che ha dei costi di esercizio e che organizza eventi a livello regionale, nazionale e internazionale, che richiedono spostamenti per gli atleti, viaggi in aereo e l'accompagnamento di questi ragazzi da parte dei professionisti ed organizzatori che comunque hanno dei costi. Il fatto che sia una organizzazione così strutturata porta con sé anche esigenze di tipo finanziario e occorre quindi prendere in considerazione anche la possibilità che possono esserci possibili conflitti di interessi fra la pratica sportiva le persone che vi lavorano e la copertura di determinati costi.

A mio modesto parere una reale certificazione e consapevolezza, da parte di organismi terzi che non abbiano conflitti di interessi di tipo finanziario tra struttura ospitante e cooperativa esterna che, incentiva alla pratica sportiva e che si evitino il più possibile possibili interessi non convergenti con quelli della salute e del benessere del malato mentale. Oltre al fatto di non fare diventare lo *sport* e in special modo in questo ambito, un fatto classista.

Mi soffermo poi sui giochi paralimpici, unica attività che conoscevo prima del tirocinio e diciamo anche la più pubblicizzata perché si svolge ormai da decenni in concomitanza con le Olimpiadi per i normodotati. Riporto integralmente come sono avvenuti i primi giochi e da dove sono partite le prime intenzioni di partecipazione in senso olimpico. Già negli anni '40 *Ludwig Guttmann*, neurochirurgo tedesco introdusse lo *sport* come parte della riabilitazione dei suoi pazienti nell'Unità Spinale di *Stoke Mandeville*.

In conclusione sono soddisfatto di questo mio lavoro perché partendo da un interesse principale qual è quello della inclusione sociale attraverso lo *sport* ed in particolare, l'esperienza da me osservata nel corso del mio tirocinio di servizio sociale degli *Special Olympics*. Mi sono accorto che la mia trattazione è attraversata da un filo rosso che accomuna tutti gli argomenti all'importanza della dignità della persona e di un ambiente idoneo non più di quello garantito e libero di cui possono godere tutti i cittadini e di quanto questo possa influire sul benessere della persona con disabilità mentale.

Ho potuto constatare quanto sia vero che nel processo di aiuto resta un fatto basilare e di per sé importantissimo qual è quello dell'arricchimento interiore personale di chi riceve e offre allo stesso momento aiuto, il miglioramento delle proprie abilità sociali in uno scambio sinergico che fa "perdere di vista" tanto è il coinvolgimento positivo, di chi sia la persona che deve essere aiutata, se l'altro o noi stessi. Il processo di aiuto diventa un rapporto all'unisono con se stessi e l'altro di noi, diverso per condizione mentale e a volte fisica ma che, questa condizione dell'altro "malato" si perde, per fare risaltare invece la persona nella sua essenza con tutte le proprie peculiarità, a prescindere dalla sua condizione fisica, mentale e sociale.

In questo lavoro mi ci rispecchio totalmente per la tenacia che ho sempre riservato sin da piccolo alla difesa dei diritti miei e degli altri a me vicini. Mi sono ritrovato in quelle condizioni di vita dei malati mentali segregati in locali fatiscenti e squallidi ed ho ripercorso gli anni nei quali anche io dalla età di 4 anni fino a quella di 11 sono stato rinchiuso in un collegio degli anni '60 di cui 5 anni con le suore e 2 con le "signorine". Due collegi diversi, uno cattolico e l'altro ancora di epoca e cultura fascista.

Ho riconosciuto in quei manicomi descritti e visionati dai video, la sofferenza di dovere vivere segregato in un ambiente squallido e violento dove anche io ho vissuto, l'importanza che assumono le piccole cose, il valore dell'amicizia, unico affetto condivisibile e i rapporti sociali a noi negati. Mi sono venuti a mente le giornate di primavera quando le maestre ci portavano i calzettoni lunghi di nascosto dalle signorine del collegio, per consentire di camminare in mezzo ai campi con l'erba alta ed evitare così le punture delle ortiche. Mi sono ricordato delle torture corporali subite e l'olio di ricino che ci facevano bere se non facevamo la cacca ogni mattina alle ore 6.

L'ambiente dove vivono le persone è importantissimo, così come la dignità che si deve a qualsiasi persona sana o malata che sia, quanti danni può procurare al malato un ambiente privo di affettività e violento. Durante l'elaborazione di questi contenuti mi è tornata in mente la stanza buia nella quale venivano portati i bambini "indisciplinati" dalle "signorine" del collegio.

Mi sono tornate in mente le torture corporali, fatte di granoturco sotto le ginocchia, di lividi neri su tutto il corpo procurati dalle botte ricevute, al sacco di corda che a ginocchioni dovevi fare strisciare sul pavimento fino a che questo non fosse divenuto lucido, alle chiavi dei portoni antichi e quindi grosse che, le signorine, usavano per infliggerci punizioni corporali colpendoci con forza le nocche delle dita delle mani che, dovevamo mostrare loro per essere meglio colpite, alle corse che facevamo per andare a bere il latte per evitare i conati di vomito, dopo avere ingurgitato obbligatoriamente l'olio di ricino prima della colazione.

Al vomito fatto rimangiare dalle signorine a un bambino, al rinfacciamento delle signorine quando dicevano: "i tuoi genitori non possono tenerti a casa con loro perché sono poveri", facendo così leva anche sulla dignità e sulla psicologia di quel bambino. Figuriamoci cosa poteva accadere nei manicomi a persone adulte, dimenticate da tutti e confinate lì da una società che voleva dimenticarsene a partire dai loro familiari.

Ho rivissuto durante la stesura di questa prova finale, i momenti di quando all'età di 13 anni (circa nel 1970) andai a visitare con mio babbo in un manicomio di Arezzo una mia zia internata (dopo un forte esaurimento), per la perdita del marito durante la seconda guerra mondiale in Russia e della figlia morta di malattia più o meno nello stesso periodo. Attraverso i video sui manicomi sull'opera di Franco Basaglia trasmesso dalla Rai, ho rivissuto quegli anni chiuso nel collegio e considerando di quanto sia importante l'ambiente per la persona malata o sana che sia.



Bibliografia

- M. BARNES e R. BOWL, Empowerment e salute mentale. Il potere dei movimenti sociali degli utenti, Centro studi Erickson, Trento, 2003.
- A. CANEVARO, D. IANES, *Diversabilità "Storie e dialoghi nell'anno europeo delle persone disabili"* Edizioni Erickson, Trento, 2003.
- CHADSEY J. – RUSCH F.R. (1992). *Toward defining and measuring social skills in employment settings. American Journal on Mental Retardation*, p. 406.
- S. CRISTICCHI Centro di Igiene Mentale "Un cantastorie tra i matti" Mondadori Editore S.P.A. Milano 2007
- M. DELLAVALLE "Le radici del Servizio Sociale in Italia" Celid, gennaio 2008, ristampa febbraio 2010.
- P. DELL'ACQUA, Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2010.
- F. DENTE "Nuove dimensioni del servizio sociale" Maggioli Editore 2013.
- F. FERRUCCI "Disabilità e politiche sociali" Milano, Franco Angeli, 2003.
- F. FOLGHERAITER "Teoria e metodologia del servizio sociale" F. Angeli, 2001.
- V. FURLANETTO "L'industria della carità. Da storie e testimonianze inedite il volto nascosto della beneficenza". Editore Chiarelettere 2013.
- C. GIORGINI "Integrare i disabili nel mondo del lavoro" editore LAS, Roma, 2010.
- E. GOFFMAN, "Stigma", Ombre Corte, Verona , 2003.
- E. MONTOBBIO, Silvana CASAPIETRA, *Handicap e famiglia*, a cura del Comitato Unitario Handicappati, Livorno, Edizioni del Cerro, 1982.
- E. NEVE "Il Servizio Sociale" Carocci Editore, 2000.
- G. PONTIGGIA "Nati due volte" Milano, Mondadori, 2000.
- T.J. SCHEFF, "Per infermità mentale. Una teoria sociale della follia", Milano, G. Feltrinelli, 1974.
- E. TONIOLO, A. GROSSI, "Oltre lo stigma, strategie di prevenzione in psichiatria", Torino, Centro Scientifico Editore, 2006.

Sitografia:

Antipsichiatria: è questo un orientamento che si sviluppa in contrapposizione alla psichiatria tradizionale, di cui mette in discussione, fino a sconfessarle, le pratiche e le metodologie utilizzate. Il termine “antipsichiatria”, coniato dal medico anglosassone *Dawid COOPER* nel 1967, raggruppa posizioni critiche, anche tra loro dissimili: da chi riconosce l’esistenza della malattia mentale e ne ribalta però l’approccio eziologico (avvenimenti, motivi, variabili causali), a chi teorizza la negazione stessa della malattia psichica, in quanto espressione di un modo diverso, e del tutto legittimo, di concepire la realtà. Se da un lato, dunque, per alcuni l’antipsichiatria assume il significato di una prassi terapeutica alternativa, che si inserisce in un percorso di studi e ricerche a valenza scientifica, per altri diviene addirittura disconoscimento della psichiatria come scienza medica. *Cinzia BIANCHINO* in: “Malati di mente. Ma pur sempre uomini”. Fonte accessibile in: http://www.ristretti.it/areestudio/salute/mentale/mentale_bianchino.pdf ultima consultazione ottobre 2014.

Paolo ARIETE “*Psichiatria democratica e la battaglia di Basaglia*”. Fonte in: <http://ilnapoletano.org/2014/04/psichiatra-democratica-e-la-battaglia-di-basaglia/> ultima consultazione novembre 2014.

AKTION T4: “Il progetto T4, l’eutanasia di massa degli adulti disabili, che condusse alla morte circa 70.000 cittadini tedeschi, iniziò solo nel 1939, per interrompersi poi, ma solo formalmente, su pressione dell’opinione pubblica e delle Chiese, nell’agosto del 1941. Con l’estendersi dei fronti di guerra, lo sterminio dei disabili non risparmiò certo i Paesi occupati, con drammatici strascichi anche in Italia, come testimonia la deportazione dei disabili ebrei internati negli ospedali psichiatrici di Venezia, deportati ad Auschwitz-Birkenau. Perché nella tragedia di ognuno, si ritrova la Storia di tutti”. Fonte accessibile in: <http://www.edscuola.it/archivio/handicap/progettot4.html> ultima consultazione novembre 2014.

Nora J. BALADERIAN psicologo clinico impegnata sul trauma e l’abuso. È spesso consultata da avvocati impegnati nel contenzioso, sia civile che penale, per le valutazioni di medicina legale e consulenza. Fonte in: <http://disability-abuse.com/> ultima consultazione novembre 2104.

BASAGLIA Franco, medico italiano (Venezia 1924 - ivi 1980). Nel 1961, assumendo la direzione dell’ospedale psichiatrico di Gorizia, iniziò quello che doveva poi costituire il principale movimento per l’abolizione dell’istituto manicomiale in Italia. Proseguì a Parma l’azione di liberalizzazione, che trovò il suo punto culminante a Trieste, del cui ospedale psichiatrico egli divenne direttore nel 1971. Nel 1977, in seguito ai suoi costanti sforzi, l’ospedale poté considerare conclusa la propria attività. Determinante il suo apporto nella riforma legislativa del 1978, che ha deciso in linea di principio la soppressione degli ospedali psichiatrici. Tra le opere: *L’istituzione negata* (1968); *La maggioranza deviante* (1971) in collaborazione con la moglie *F. ONGARO*; *Crimini di pace* (1975). *Postumi, gli Scritti* (2 voll., 1981-82), curati dalla moglie. Fonte accessibile in: <http://www.treccani.it/enciclopedia/franco-basaglia/> ultima consultazione ottobre 2014.

M. BARNES e R. BOWL, *Empowerment e salute mentale. Il potere dei movimenti sociali degli utenti*, Centro studi *Erickson*, Trento, 2003 p. 24.

Camicia di forza “mezzo di contenzione a forma di camicia, usato per immobilizzare gli alienati in stato di agitazione; il ricorso a tale mezzo diviene sempre più raro e si tende a eliminarlo del tutto, potendosi ovviare a fenomeni di eccitamento con metodi terapeutici e assistenziali”. Fonte accessibile in: <http://www.treccani.it/enciclopedia/camicia/> ultima consultazione ottobre 2014.

Paolo COLAVERO in: *Michel Foucault. La storia della follia nell’età classica M. Foucault, Le «non» du père*, DE, I, pp. 189-203. Fonte in <http://www.psicopatologiafenomenologica.it/scuola/generale/michel-foucault-la-storia-della-follia-nelle-età-classica-bur-2011-l-introduzione-di-mario-galzigna/> ultima consultazione novembre 2014.

Commissione Parlamentare di Inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del Servizio Sanitari Nazionale. Fonte in: <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/698049.pdf> ultima consultazione novembre 2014

Dawid COOPER (n.1931-m.1986) Psichiatra britannico. Con *Ronald LAING* e *Thomas SZASZ* ha dato vita alla corrente di pensiero e di riforma della psichiatria nota come antipsichiatria. Secondo *COOPER* la malattia mentale è un'esperienza personale e sociale: egli contesta qualsiasi classificazione dei comportamenti mentali devianti come malattia. Tra le sue opere più note: "Psichiatria e antipsichiatria" (1967), "La morte della famiglia" (1971), "Il linguaggio della follia" (1978). Fonte accessibile in:
http://www.parodos.it/books/pensiero%20filosofico/david_cooper.htm ultima consultazione ottobre 2014.

Comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento europeo "Una strategia per il mercato interno dei servizi". Fonte in: http://ec.europa.eu/internal_market/services/docs/services-dir/com-2000-888/com-2000-888_it.pdf Ultima consultazione novembre 2014.

Consorzio IRIS Stipula contratto di assegnazione progetto SPRAR
<https://www.google.it/#q=assegnazione+fondi+sprar+comune+di+Biella+tantintenti> ultima consultazione novembre 2014.

Cfr. DAL PRÀ PONTICELLI M., Quali prospettive per il servizio sociale degli anni 2000? Riflessioni ed ipotesi di fronte alla legge quadro di Riforma dell'Assistenza, in "Rassegna di Servizio Sociale" n. 4, 2000, EISS. Fonte in: <http://www.eiss.it/RssItem.aspx?ID=18> ultima consultazione novembre 2014.

Album foto *Domus Laetitia* fonte in:
https://www.facebook.com/domus.laetitia/media_set?set=a.398906000150909.82700.100000945360972&type=3
ultimo accesso novembre 2014.

Diverso da chi? "Disabilità e inclusione". Fonte in: <http://www.diversodachi.it/it/disabilita-e-inclusione.html>

Alain GOUSSOT in "Educazione Democratica" Franco Basaglia e l'incontro con l'Altro: l'approccio delle deistituzionalizzazione. Fonte in: <http://educazionedemocratica.org/?p=375> ultima consultazione novembre 2014.

L. GUI in: EISS I° Rapporto sulla situazione del Servizio Sociale Roma 2001, fonte accessibile in: Rapporto sulla situazione del servizi sociale, <http://www.eiss.it/RapportoSS.aspx>

"*Elettroshock*" In psichiatria, intervento che consiste nella provocazione di un accesso convulsivo epilettico per mezzo di una scarica di corrente alternata che viene fatta passare tra due elettrodi applicati alle tempie. Ideato da U. Cerletti, che lo realizzò in collaborazione con L. Bini (1938), venne utilizzato come terapia per alcune malattie mentali. Dopo l'introduzione degli psicofarmaci il trattamento elettroconvulsivante, che prima veniva applicato su larga scala in quasi tutte le sindromi psichiatriche, è progressivamente caduto in disuso. I suoi ambiti d'applicazione sono costituiti solo da casi selezionati di gravi depressioni endogene (specialmente da quelle con arresto psicomotorio), dalle sindromi stuporose, dalla catatonia, dagli stati di grave eccitamento psicotico acuto. Il trattamento può essere combinato con la somministrazione di farmaci neurolettici. Fonte in: <http://www.treccani.it/enciclopedia/elettroshock/> ultima consultazione novembre 2014.

Eunice KENNEDY SHRIVER, fonte accessibile in:

<http://www.specialolympics.it/?m=articolo&modop=dtl&iidarticolo=236>

Maurizio FERRARA "Sulla particolarità dello stigma legato alla malattia mentale" in Salute internazionale.info Fonte in: <http://www.saluteinternazionale.info/2009/09/sulla-particolarita-dello-stigma-legato-alla-malattia-mentale/> (cfr. *T.J. SCHEFF*, "Per infermità mentale. Una teoria sociale della follia", Milano, G. Feltrinelli, 1974).

Michel FOUCAULT (1926 -1984), nato nel 1926 a *Poitiers*, studiò filosofia e psicologia. Gli interessi di *Foucault*, in principio, si concentrano sull'epistemologia: il suo problema sta nell'individuare le condizioni storiche in base alle quali la malattia e la follia si sono costituite come oggetti di scienza, dando luogo alla psicopatologia e alla medicina clinica, strettamente connesse alla costruzione di luoghi chiusi (la clinica e il manicomio) in cui si instaura un rapporto di dominio tra medico e paziente. Fonte accessibile in: "A cura di Diego FUSARO "*Michel Foucault*" <http://www.filosofico.net/foucault.htm> ultima consultazione ottobre 2014.

ICF (*International Classification of Functioning*), pubblicata nel maggio del 2001¹ dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Fonte in: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42417/4/9788879466288_ita.pdf ultima consultazione novembre 2014.

Il diritto all'educazione e all'istruzione, fonte accessibile in: <http://www.disabili.com/legge-e-fisco/speciali-legge-a-fisco/legge-104-disabili/legge-104-disabili-diritto-alleducazione-e-allistruzione>

Inchiesta televisiva della Commissione di Inchiesta del Senato della Repubblica sullo stato del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e degli OPG (Ospedale Psichiatrico Giudiziario). Fonte in: <http://youtu.be/TghtFT2EPXY> ultima consultazione novembre 2014.

Intervista a *Martin McELTHATTON* in: <http://www.abilitychannel.tv/video/paralimpiadi-sport-disabili-nascono-a-stoke-mandeville/>

ISTAT. Sigla dell'Istituto nazionale di statistica (fino al 1989 Istituto centrale di statistica), organo tecnico dello Stato istituito con Legge 1162/9 luglio 1926, la quale disponeva che i servizi della Direzione generale di statistica (creata nel 1923) cessassero di far parte del ministero dell'Economia nazionale e venissero attribuiti al nuovo ente dotato di personalità giuridica e gestione autonoma. Fonte in: <http://www.treccani.it/enciclopedia/ricerca/ISTAT/>

C. IMPRUDENTE “La diversità nei *mass media*, tra opportunità e limiti intrinseci” fonte in: <http://www.accaparlante.it/articolo/la-diversita%C3%A0-nei-mass-media-tra-opportunit%C3%A0-e-limiti-intrinseci-il-messaggero-di-santantoni>

JON L. “La 180” accessibile in: <http://blog.libero.it/Anam8/view.php?id=Anam8&gg=100216&mm=0> ultima consultazione ottobre 2014.

A. LALLI (1997) “La psichiatria e la psicoterapia in Italia dall'inizio del novecento fino ad oggi: problematiche e prospettive per il futuro”, fonte in: <http://www.nicolalalli.it/pdf/consultazione/italia.pdf> ultima consultazione dicembre 2014.

M. LANFREDI “Psicoterapeuti in formazione” fonte in: <https://www.google.it/#q=Lo+stigma+nei+confronti+delle+persone+che+soffrono+di+malattia+mentale+agisce+come+fattore+antiterapeutico+e+ha+effetti+negativi+tanto+da+costituire+una+%E2%80%9Cseconda+malattia> ultima consultazione novembre 2014.

“L'empowerment dell'utente nella salute mentale”, fonte in: <http://www.coordinamentotoscanosalutementale.it/images/WHO.pdf>

LIVEAS (Livelli essenziali di assistenza sociale) a Cura di GUALDANI A. Fonte accessibile in: http://www.aggiornamentisociali.it/easyne2/LYT.aspx?Code=AGSO&IDLTYT=769&ST=SQL&SQL=ID_Documento=3985

A. LOIACONO “Che cos'è la malattia mentale”? fonte in: <http://www.sips.it/2012/06/che-cose-la-malattia-mentale/> ultima consultazione dicembre 2014.

Maltrattamento e Abuso all'infanzia. Rivista interdisciplinare. Editore Franco Angeli 2014 Fonte in: <http://www.francoangeli.it/riviste/sommario.asp?IDRivista=76> ultima consultazione novembre 2014.

National Incidence and Prevalence of Child Maltreatment – American Journal of Public Health- Fonte in: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.83.11.1622> ultima consultazione novembre 2014.

Enrico MOLINARI Professore Ordinario di Psicologia Clinica (M/PSI-08) presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore. http://docenti.unicatt.it/ita/enrico_molinari/ ultima consultazione novembre 2014.

S. NOCERA “Inserimento, integrazione, inclusione”. Fonte in: www.fondazionequalandi.it/inserimento-integrazione-inclusione

OMS, Classificazione Internazionale delle menomazioni, disabilità e degli handicap (ICIDH), Cles, 1980. Fonte in: http://www.educare.it/Handicap/la_classificazione_icf.htm

OMS, Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali (ICD-10), Masson, Milano, 1992. Fonte in: http://www.educare.it/Handicap/la_classificazione_icf.htm

OMS, Classificazione Internazionale del funzionamento e delle disabilità, ICIDH-2, Bozza Beta-2, versione integrale, Erickson, Trento, 1999. Fonte in: http://www.educare.it/Handicap/la_classificazione_icf.htm

OMS, Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), Erickson, Trento, 2001. Fonte in: http://www.educare.it/Handicap/la_classificazione_icf.htm

Studio ONU sulla violenza contro i bambini – Statistiche fonte accessibile in: <http://www.unicef.it/doc/323/studio-onu-sulla-violenza-contro-i-bambini-statistiche.htm> ultima consultazione novembre 2014.

Gli OPG in Italia, fonte in: <http://www.ristretti.it/areestudio/salute/mentale/opgitalia.htm>

G. PALMARIGGI “Cambio di terminologia: dall’integrazione all’inclusione”. Fonte in www.orizzontescuola.it/news/cambio-terminologia-dallintegrazione-allinclusione

M. PATTI “Giovani con disabilità mentale che delinquono tra progetti di rieducazione e inclusione sociale i risultati di una ricerca”. Fonte in: http://www.capovolti.org/uploads/1/8/8/3/18833994/giovani_con_disabilit_mentale_che_delinquono.michela_patti_00012.pdf ultima consultazione novembre 2014.

Cfr. PERINO M., Dopo la riforma. La programmazione locale nel sistema dei servizi, in “Rassegna di Servizio Sociale” n. 3, 2000, EISS. Fonte in: : <http://www.eiss.it/RssItem.aspx?ID=18> ultima consultazione novembre 2014.

Pier Paolo PASOLINI “*Bestemmia*” tutte le poesie Fonte in: <http://www.pasolini.net/index.html> ultima consultazione novembre 2014.

A. PILECCI “Le abilità sociali” fonte in : <http://www.medicitalia.it/minforma/psicologia/1087/le-abilita-sociali.html> ultima consultazione novembre 2014

“Progetti di inclusione sociale” . Fonte in: <http://www.anffasticino.it/disabili/inclusione-sociale-ticino2.html>

Philippe PINEL Medico (Saint-Paul, Tarn, 1745 - Parigi 1826). È uno dei protagonisti del rinnovamento operatosi nella psichiatria nell'ultimo scorcio del 18° secolo, perché, grazie a una vasta preparazione che in termini più moderni si direbbe multidisciplinare, seppe guardare ai problemi dei malati di mente con spirito nuovo. Fonte accessibile in: <http://www.treccani.it/enciclopedia/philippe-pinel/> ultima consultazione ottobre 2014.

S. RODOTA' e P ZATTI Trattato di biodiritto. I diritti in medicina “Persone, malattia mentale e guarigione” Giuffrè editore 2003, pp. 787 -790

L. ROMEO “*Handicap e Abuso*” in: associazione Sergio Maiorano Onlus Fonte consultabile in: <http://www.associazionesergiomaioranoonlus.it/pagine%20secondarie/abusi%20su%20disabili%20.asp#italia> ultima consultazione novembre 2014.

Jean Paul SARTRE (1905 – 1980) nacque a Parigi il 21 giugno 1905, studiò filosofia e psicologia dal 1924 al 1927. Le prime indagini di *Sartre* sono volte alla costruzione di una psicologia fenomenologica, in antitesi alla psicologia e alla filosofia francesi contemporanee, dominate da una concezione naturalistica dei fatti psichici e dal primato indiscusso assegnato al problema della conoscenza. Fonte accessibile in: Filosofico.net Autore Diego FUSARO <http://www.filosofico.net/sartre.htm> ultima consultazione ottobre 2014.

Matteo SCHIANCHI “Diversità non è sinonimo di inferiorità” in :Diverso da chi? Fonte in: <http://www.diversodachi.it/it/guida-per-insegnanti/11-guida-per-insegnanti/19-disabilita-e-inclusione.html> ultima consultazione novembre 2014.

Special Olympics, fonte accessibile in: <http://www.specialolympics.it/?m=articolo&modop=lista&idcategoria=70>

Special Olympics Italia, fonte accessibile in: <http://www.specialolympics.it/>

Stoke Mandeville, fonte accessibile in: <http://www.abilitychannel.tv/video/paralimpiadi-sport-disabili-nascono-a-stoke-mandeville/> ultima consultazione ottobre 2014.

Studio ONU sulla violenza contro i bambini – Statistiche fonte accessibile in: <http://www.unicef.it/doc/323/studio-onu-sulla-violenza-contro-i-bambini-statistiche.htm> ultima consultazione novembre 2014.

TONIOLO E. GROSSI A., “*Oltre lo stigma*”, in: <http://www.psychomedia.it/pmrevs/books/toniolo-grossi.htm>

TORREGIANI A. “Strumenti per l’inserimento lavorativo”, fonte accessibile in: http://www.superabile.it/web/it/CANALI_TEMATICI/Lavoro/Collocamento_Mirato/Strumenti_per_l_inserimento_lavorativo/info517434243.html

Trattamento sanitario obbligatorio. Provvedimento (in sigla TSO) emanato dal sindaco, in virtù della Legge 13 maggio 1978, n. 180 (la cosiddetta Legge Basaglia), che dispone il trattamento con cure psichiatriche di una persona contro la sua volontà, normalmente attraverso il ricovero presso i reparti di psichiatria degli ospedali generali. [http://www.treccani.it/enciclopedia/trattamento-sanitario-obbligatorio_\(Dizionario-di-Medicina\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/trattamento-sanitario-obbligatorio_(Dizionario-di-Medicina)/)

TURCO L., in La riforma del *welfare* e le nuove competenze delle amministrazioni regionali e locali, “quaderni Formez” n. 2, 2001 “Azioni di sistema per la pubblica amministrazione” fonte in: biblioteca.formez.it/webif/media/ASPA_21.pdf

URSINO C. “Disabilità mentale” accessibile in: http://www.giovannicertoma.it/dett_ruota.asp?id_a=4446

Fonti normative

Legge 18 marzo 1968, n. 431 “ Provvidenze per l’assistenza psichiatrica). Fonte in: <http://www.oaser.it/wp-content/uploads/2008/07/l-18-marzo-1968-n-431.pdf> ultima consultazione novembre 2014.

Legge 4 agosto 1977, n. 517, "Norme sulla valutazione degli alunni e sull'abolizione degli esami di riparazione nonché altre norme di modifica dell'ordinamento scolastico" (Pubblicata nella G.U. 18 agosto 1977, n. 224). Fonte in: <http://www.handylex.org/stato/l040877.shtml> ultima consultazione ottobre 2014.

Legge 13 marzo 1978, n. 180 “Accertamenti sanitari volontari e obbligatori”. Fonte accessibile in: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_888_allegato.pdf ultima consultazione ottobre 2014.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”. Fonte accessibile in: <http://www.handylex.org/stato/l231278.shtml> ultima consultazione ottobre 2014.

Legge 20 maggio 1982, n. 270, “Revisione della disciplina del reclutamento del personale docente della scuola materna, elementare, secondaria ed artistica, ristrutturazione degli organici, adozione di misure idonee ad evitare la formazione di precari e sistemazione del personale precario esistente”. (GU n.139 del 22-5-1982-Suppl. Ordinario)
fonte in: <http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1982-05-20;270!vig> ultima consultazione ottobre 2014.

Sentenza della Corte costituzionale 31 gennaio 1990, n. 50, "Giudizi di legittimità costituzionale dell'art. 5 della Legge 2 aprile 1968, n. 482 (Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le pubbliche amministrazioni e le aziende private), in relazioni agli artt. 1, 2 e 3 della stessa legge." Fonte accessibile in: <http://www.handylex.org/stato/s310190.shtml> ultima consultazione ottobre 2014.

Legge 11 agosto 1991, n. 266 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 91, recante disposizioni urgenti per il settore agricolo, la tutela ambientale e l'efficientamento energetico dell'edilizia scolastica e universitaria, il rilancio e lo sviluppo delle imprese, il contenimento dei costi gravanti sulle tariffe elettriche, nonché per la definizione immediata di adempimenti derivanti dalla normativa europea. Gazzetta Ufficiale Della Repubblica Italiana in: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2014/08/20/14G00128/sg> ultima consultazione ottobre 2014

Legge 8 novembre 1991, n. 381 “Disciplina delle cooperative sociali”. Fonte in: <http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1991;381> ultima consultazione ottobre 2014.

Legge 5 febbraio 1992, n. 104, "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate." fonte in: <http://www.handylex.org/stato/l050292.shtml> ultima consultazione ottobre 2014.

Legge 12 marzo 1999, n. 68, "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"
(Pubblicata nel Supplemento Ordinario n. 57/L alla Gazzetta Ufficiale 23 marzo 1999). Fonte accessibile in: <http://www.handylex.org/stato/l120399.shtml> ultima consultazione ottobre 2014.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 gennaio 2000. “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio dei disabili, a norma dell'art. 1, comma 4, della Legge 12 marzo 1999, n. 68”. Fonte in: <http://www.spazio-lavoro.it/04lavoro/DPCM13012000.HTML>

Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" Parlamento italiano in: <http://www.camera.it/parlam/leggi/003281.htm> ultima consultazione ottobre 2014.

Legge 9 gennaio 2004, n. 6 “Amministrazione di Sostegno” fonte in: <http://www.ristretti.it/areestudio/giuridici/studi/pavone3.pdf> ultima consultazione novembre 2014.

Legge 3 marzo 2009, n. 18 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità” <http://www.handylex.org/stato/l030309.shtml> ultima consultazione ottobre 2014.

Legge regionale 25 agosto 1987, n. 41, “Interventi nei confronti di Associazioni ed Enti a struttura associativa, finalizzati al sostegno delle attività svolte a favore di cittadini disabili”. Fonte in: <http://arianna.consiglioregionale.piemonte.it/base/coord/c1987041.html> ultima consultazione 2014.

Delibera del Consiglio Regionale 28 gennaio 1997, n.357 –1370 Standard strutturali e organizzativi del dipartimento di salute mentale. Modifica della D.G.R n. 191-37198 del 17.4.1990 ratificata dal Consiglio Regionale con deliberazione n. 9-9044 del 29.7.1990 e della D.C.R. n. 245-11504 del 31.7.1986. Fonte in: http://www.comune.torino.it/servizisociali/vigilanza/normativa/dcr357-1370_97.pdf ultima consultazione novembre 2014.

D.G.R. 7 aprile 2008, n. 21-8545 Definizione, ai sensi dell’art. 5 della l.r. 7/2005, dei criteri per la realizzazione delle attività di cui all’art. 4, comma 1, lett. M e all’art. 58 della l.r. 1/2004 per l’attribuzione di contributi economici e la realizzazione di iniziative regionali. Fonte in: <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2008/16/siste/00000159.htm> ultima consultazione novembre 2014.

Deliberazione della Giunta Regionale n. 48-9266 del 21/7/2008 Approvazione “Linee guida per la predisposizione dei progetti di Vita Indipendente”. Fonte in: <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2008/32/siste/00000088.htm> ultima consultazione novembre 2014.

Regione Piemonte – Bollettino Ufficiale n. 8 del 25/02/2010, “Assegnazione risorse a sostegno della domiciliarità per non autosufficienze in lungo assistenza favore di anziani e persone con disabilità con età inferiore a 65 anni. Modifiche ed integrazioni alla DGR 39-11190 del 06 aprile 2009”. fonte in: http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2010/08/attach/dgr_13332_070_15022010.pdf ultima consultazione ottobre 2014.

D.G.R. 2 Agosto 2010, n. 23-437 L. 241/1990 art. 2. (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi). Individuazione termini di conclusione procedimenti amministrativi di competenza della Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia. Fonte in: <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2010/33/siste/00000135.htm> ultima consultazione novembre 2014.

D.G.R. 29 Settembre 2010, n. 14-714 Approvazione di criteri transitori per la ripartizione del fondo regionale di cui all'art. 35 della L.R. 8/1/2004 n.1 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento". Fonte in: <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2010/40/suppo1/00000024.htm> ultima consultazione novembre 2014.

D.G.R. 3 Agosto 2011, n. 7-2498 Approvazione dei criteri di riequilibrio di cui alla D.G.R.14-714 del 29 settembre 2010, per la ripartizione del Fondo regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, di cui all'art. 35, comma 7, della Legge regionale 1/2004. Fonte in: <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2011/35/siste/00000084.htm> ultima consultazione novembre 2014.

D.G.R. 30 Dicembre 2011, n. 66-3253 Interventi urgenti in materia di periodico adeguamento delle tariffe per i servizi residenziali e semiresidenziali erogati in strutture socio-sanitarie accreditate con il S.S.R.. Fonte in: <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2012/05/siste/00000255.htm> ultima consultazione novembre 2014.

Ordine Assistenti Sociali Consiglio Nazionale. Codice deontologico Fonte accessibile in: http://www.cnoas.it/Assistenti_Sociali/Professione/Codice_deontologico.html

