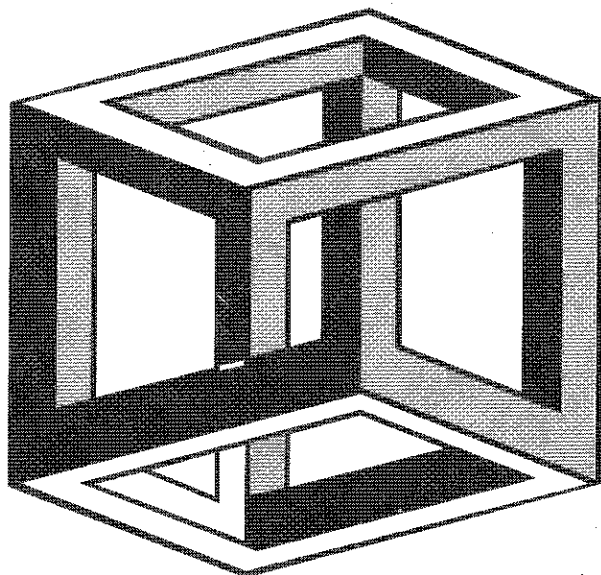


Il Fondamento Giuridico delle Reti

di Marilena Gorgoni



Quaderni del Centro Nazionale per il Volontariato

COPIA UNICA



Publicazione realizzata nell'ambito della Convenzione con il:
C.N.R. - Ente Patrocinatore e Finanziatore della ricerca su "Famiglia, emarginazione sociale e volontariato".

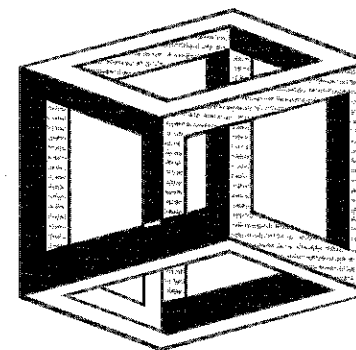


CENTRO NAZIONALE PER IL VOLONTARIATO

C.P. 202 - 55100 LUCCA - Tel. 0583 / 419500

Il Fondamento Giuridico delle Reti

di Marilena Gorgoni



Quaderni del Centro Nazionale per il Volontariato

Sommario

Introduzione	pag. 7
1. Premessa	pag. 9
2. Scopo e modalità di svolgimento dell'indagine	pag. 13
3. Crisi dello Stato assistenziale	pag. 15
4. La famiglia: rete sociale primaria	pag. 17
5. Famiglia e parentela	pag. 20
6. Deistituzionalizzazione, desegregazione, despecializzazione	pag. 27
7. La deistituzionalizzazione nella legislazione regionale	pag. 33
8. Famiglia e procreazione	pag. 40
9. Famiglia e compito educativo	pag. 44
10. Inserimento e recupero dei portatori di handicap	pag. 46
11. Famiglia: carcere domiciliare	pag. 48
12. Reti sociali primarie e secondarie	pag. 49
Note	pag. 53

INTRODUZIONE

La costruzione di una «rete» di servizi – integrata tra pubblico, privato e privato sociale/volontariato – alle famiglie e ai cittadini, o meglio al cittadino visto come inserito nel nucleo familiare, è tematica già ampiamente presente, e da tempo, nel dibattito sociologico, che tende sempre più ad assumere tale prospettiva come il riferimento strategico per la ristrutturazione dello stato sociale in Italia nei prossimi anni.

Ma tale tematica è invece del tutto estranea e misconosciuta alla riflessione giuridica. E ciò non solo sul piano strettamente terminologico, in quanto non constano riferimenti legislativi diretti, ma anche su di un piano più ampiamente contenutistico, perché non esistono ad oggi riflessioni organiche in materia né tentativi di ricostruzione sistematica del coacervo di singoli dati normativi, riconducibili ad unità in tale prospettiva.

Quando, il 22 Ottobre 1990, facemmo il primo seminario a Lucca presso il Centro Nazionale per il Volontariato per impostare il lavoro della ricerca interdisciplinare del Consiglio Nazionale delle Ricerche sul tema «Famiglia, servizi pubblici e volontariato nella tutela del soggetto debole», fu facile indicare la costruzione della «rete» dei servizi come la prospettiva unificante della ricerca stessa; ma la difficoltà venne proprio, nel confronto tra i sociologi ed i giuristi, in ordine alla definizione del concetto di «rete» e soprattutto all'individuazione del suo fondamento giuridico, che sembrava addirittura inesistente.

Nacque così l'esigenza di questa ricerca, volta ad individuare i frammenti di legislazione, raccordabili attraverso la chiave interpretativa della «rete» di servizi al cittadino e alla famiglia, ed a pervenire ad un primo tentativo di definizione teorica del concetto di «rete» sul piano giuridico.

La ricerca era in sé difficilissima, perché si muoveva su un terreno magmatico ed inesplorato, richiedeva anzitutto una preliminare actio finium regundorum, una delimitazione dei confini stessi della questione; e poi imponeva di avventurarsi in un tentativo di ricostruzione sistematica di un pulviscolo dispersissimo di previsioni legislative, nazionali e regionali, da riportare ad unità solo sulla base di una reinterpretazione culturale inedita.

L'impresa è riuscita sostanzialmente bene alla Dr. Marilena Gorgoni, alla quale va riconosciuto il merito di aver fatto da apripista, ponendo correttamente il problema e pervenendo a dei primi risultati, di grandissimo interesse: dimostrando anzitutto, e per la prima volta, che è possibile un accordo sul piano terminologico, così da pervenire ad una precisa definizione del concetto di «rete», utilizzabile senza fraintendimenti sia dai sociologi che dai giuristi, e che il substrato normativo già esistente, riconducibile ad unità in tale prospettiva interpretativa, è tutt'altro che inesistente o marginale.

Certo, si tratta di una prima ricerca, ovviamente aperta a molti sviluppi, integrazioni e precisazioni, come già indicato nel successivo seminario, tenutosi sempre a Lucca presso il Centro Nazionale per il Volontariato il 6 Febbraio 1993: soprattutto nella direzione di ampliare la ricerca all'intero campo della legislazione riguardante la famiglia, sia di tipo privatistico che pubblicistico, e al complessivo quadro degli interventi di sostegno alle persone, sia di tipo reale che monetario. Non secondaria è anche la necessità di discernere, nella legislazione specie regionale, le proclamazioni di principio dalla normativa concreta, cercando di verificarne la concreta effettività nella prassi gestionale reale.

Ma il dibattito è ormai avviato ed impostato sui binari giusti, ed ora deve solo essere sviluppato, completato ed approfondito.

E, soprattutto, è auspicabile che, su queste basi culturali e tecnico-giuridiche, possa svilupparsi una coerente legislazione nazionale e regionale, ed una conseguente concreta prassi gestionale: che assuma appunto la «rete», dei servizi (pubblici, privati e di privato-sociale) al cittadino nella famiglia, come il riferimento unificante per la necessaria ed urgente riforma che salvi lo stato sociale nel nostro Paese.

Avv. Giuseppe Bicocchi

Vice Presidente del Centro Nazionale per il Volontariato

1. Premessa

La rete di aiuto costituisce un campo inesplorato, o almeno apparentemente inesplorato, dal diritto, il cui approccio oggettivo e tecnico mal si presta a confrontarsi con realtà che sfuggono ad oggettivazioni e schematizzazioni, note, invece, alle discipline sociologiche¹.

Per rete si intende una combinazione dinamica tra soggetto, ambiente e territorio in cui il soggetto vive; di tal modo che indagare la rete significa indagare tutte le possibili interrelazioni tra il soggetto (debole), il contesto sociale circostante ed il reticolo di relazioni, legami e contatti tra l'individuo e la comunità che lo circonda².

Per il sociologo e per l'operatore sociale il lavoro di rete richiede l'evidenziazione e il potenziamento delle reti di appartenenza del soggetto, per interagire con loro, individuare e mappare le fonti di aiuto e supporto che il singolo potrebbe utilizzare nella gestione dei problemi più gravi, al fine di rendere «nutrito» l'ambiente, onde creare attorno al soggetto debole una rete ad alta densità di relazioni.

Il compito del giurista è di stampo diverso. Anche al giurista si chiede di mappare le reti, come sopra definite, ma per andare oltre: per superare le reti personali, quali la famiglia, la parrocchia, il vicinato, l'azienda – reti informali –, sostenerle laddove esistano, inserirle nel circuito normativo, elevandole a reti sociali – formali, questa volta – in quanto legami istituzionali tra soggetto e servizi sociali circostanti, in una complessa operazione di *linking* (collegamento) tra reti informali – famiglia e volontariato – e servizi sociali pubblici.

In altri termini, compito del diritto è quello di creare gli strumenti per riconoscere e promuovere la rete dinamica tra soggetto e territorio, ed inserire nel circuito normativo, coordinandolo, il serbatoio di solidarietà, di aiuto reciproco esistente a livello spontaneo, individuale o di gruppo, per rendere effettiva e soddisfacente la risposta ai bisogni della collettività, attraverso uno scambio di beni materiali, tangibili, ma anche psicologici ed affettivi³; creando contestualmente gli strumenti affinché il fruitore dei servizi cessi di essere mero soggetto passivo destinatario e creditore degli stessi e si integri, invece, con essi divenendone attore⁴.

Si parla anche di approccio «ecologico sistemico» come sinonimo

dell'approccio di rete, teorizzando l'analogia tra il benessere fisico ed il benessere sociale: come l'ecologia, in quanto scienza sistemica degli ambienti, connette il benessere biologico degli organismi con l'ambiente fisico – il quale contemporaneamente entra in loro e fa da sfondo al loro agire –, così il benessere sociale esiste e si realizza solo e nella misura in cui entra in relazione con la qualità dell'ambiente umano in cui la persona vive. Le reti informali sono, pertanto, «nicchie ecologiche», cioè sistemi vitali, che possono rappresentarsi come cerchi concentrici che si sviluppano attorno ad un soggetto che ne costituisce il centro⁵. Esse, a mano a mano che si allontanano dal centro, perdono l'entità di attaccamento al soggetto⁶.

Si immagini che al centro di questo ipotetico sistema vi sia un soggetto debole (un anziano, un handicappato o un tossicodipendente): intorno ad esso si stringono prima le reti informali – famiglia, vicinato, parrocchia–; attorno alle quali si devono connettere a rete strumenti che facciano da supporto e che con esse si integrino nel territorio: servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, comunità terapeutiche, scuola, comunità alloggio.

In altri termini, il soggetto debole andrebbe avvinto in una sorta di ragnatela dalle trame fittissime, fatte di legami formali e legami informali, che si integrino e completino a vicenda, in una relazione di collaborazione e fiducia reciproche.

E questo collegamento non va inteso come mero collegamento verticale dall'alto verso il basso o viceversa – famiglia, scuola, comunità, servizi socio-assistenziali – ma anche come ipotesi di collegamento orizzontale. In sostanza, – nell'esempio fatto – la famiglia con a carico un disadattato o disabile rappresenta la rete primaria per quel soggetto; ma la famiglia è, a sua volta, una rete che svolge un servizio nella comunità e che va connessa (a rete) con altre famiglie (creando ad esempio gruppi di mutuo aiuto) e con altre strutture di supporto: servizi di *respite*, servizi informativi, inserimento di volontari nelle famiglie a rischio per i servizi pratici o di supporto emozionale, servizi di *counseling*⁷.

Creata, insomma, una connessione a rete verticale, occorre crearne una più vasta orizzontale e così via.

Allo scopo di verificare se questo collegamento possa essere creato giuridicamente, se lo si sia già fatto ed in quale misura, si è ritenuto opportuno censire la legislazione nazionale, a cui si è aggiunta quella regio-

nale, la cui finalità fosse quella di creare servizi sociali integrati (questo sembra il modo più aderente al diritto per definire la rete nell'accezione che se ne è accolta), onde individuare il legame istituzionale, *id est* la rete formale tra soggetti, istituzioni e reti informali e personali⁸.

Questo lavoro di «schedatura» ha consentito lo studio delle modalità attraverso cui il legislatore, in modo più o meno consapevole, ha creato la rete di collegamento.

Si è rilevato che le formule all'uopo utilizzate, quand'anche abbiano ad oggetto la medesima prestazione, sono molteplici, variamente funzionali e con diversi livelli di coerenza.

In molti casi, infatti, appare evidente il tentativo di impedire una fuga centrifuga delle espressioni di solidarietà, prevedendo forme di cooperazione ed integrazione dietro cui si nascondono tentativi di subordinazione e di assorbimento nella logica di servizio, nonché malcelati e diffusi esempi di disorganizzazione ed inefficienza dei pubblici servizi, perpetuati attraverso l'abdicazione di funzioni, mai, peraltro, accompagnata dalla rinuncia ad un ruolo accentratore da parte delle pubbliche istituzioni.

In molte altre ipotesi le previste forme di collaborazione sono più apparenti che reali, nascondendosi, dietro formule fumose e di facciata, impacciati tentativi di compromesso con le forze sociali operanti sul territorio; per passare ad ipotesi estreme in cui, preso atto della inefficienza del servizio pubblico, si assiste ad una strumentalizzazione delle reti di aiuto informale ad opera degli operatori professionali.

Di seguito, si è accennato ad una diversa coerenza delle formule usate, cui corrisponde, *rectius* può corrispondere, una differente posizione dei soggetti destinatari dei servizi volta per volta considerati. Di per sé il fenomeno non desta meraviglia, soprattutto ove si dia risalto al fatto che si è riscontrato nella legislazione regionale che, come s'è già detto, è quella più articolata in *subiecta materia*: il fatto, ad esempio, che alcune leggi regionali assicurino, altre garantiscano, altre semplicemente promuovano il medesimo servizio è «fisiologica» espressione del significato locale delle formule adoperate. Il quadro assumerebbe connotati patologici quando, lungi dall'esprimere duttilità organizzativa e selettiva dei bisogni in ambito particolare, le differenti espressioni si traducevano altresì in differenti gradi di tutela di posizioni giuridiche soggettive: considerando si le medesime prestazioni ora come diritti soggettivi, ora come interessi

legittimi, ora come interessi semplici⁹. La situazione pare destinata a mutare positivamente a seguito della recente approvazione di due disegni di legge particolarmente importanti in questo settore: si tratta della legge quadro sul volontariato, n. 266/1991, e della ancor più recente legge quadro sull'assistenza ai portatori di handicap, n. 104/1992.

La presenza di una legge quadro, introducendo uniformità nella tutela di posizioni giuridiche, restituisce alle Regioni la potestà di attuare ed integrare la legislazione nazionale, adattandola alle più concrete esigenze del territorio.

2. Scopo e modalità di svolgimento dell'indagine

Premessa la mancanza di un concetto di rete dai contorni netti – almeno sotto il profilo giuridico – si è ritenuto opportuno stralciare dalla c.d. strategia di rete quegli interventi che si presentassero come forme di sostegno alla famiglia in senso lato: cioè quelle volte a realizzare un generale sistema di sicurezza sociale¹⁰. Insomma, questi provvedimenti sono rimasti fuori dall'indagine non per incompletezza, bensì per coerenza con una scelta di fondo che si proponeva di indagare la rete in una ben precisa direzione: sostegno alla rete già esistente, sovraccarica di incombenze, e tuttavia ancora in grado di assolvere alle proprie funzioni. Ciò spiega l'interesse della ricerca per la parentela, l'assistenza domiciliare e gli interventi volti a coinvolgere variamente la famiglia nell'attività educativa, nel recupero del tossicodipendente e del minore coinvolto (o ad alto rischio di coinvolgimento) in attività criminose, gli interventi c.d. di *respite*, cioè di tregua, del carico familiare.

Muovendosi verso un'altra direzione si è ritenuto di individuare una strategia di rete in quegli interventi finalizzati alla sostituzione di una rete inidonea, od in crisi, attraverso l'adozione, l'affidamento familiare, l'allontanamento del soggetto dall'ambiente che aveva contribuito a creare le condizioni di malessere. In ultima istanza si sono individuati quegli interventi miranti a creare reti artificiali: gruppi di mutuo aiuto, comunità terapeutiche, comunità alloggio, inserimento di volontari nella famiglia in difficoltà.

In questo modo il concetto di rete è parso opportunamente limitato e, indirettamente, definito pure sul piano giuridico. In altri termini, assumendo come *starting point* un concetto di rete pressoché inesistente sotto il profilo giuridico, gli s'è attribuito contenuto concreto attraverso l'enucleazione, nel *mare magnum* di interventi rivolti alla famiglia in generale, di quelli idonei ad attuare la strategia di rete così come risultante dalle indagini sociologiche.

Nella disamina delle disposizioni normative si è ritenuto opportuno procedere lungo tre linee direttrici:

- a) vedere in che modo, oltre al supporto alla rete primaria, si realizzino la combinazione ed il coordinamento con la rete sociale, per

- così dire, secondaria, cioè la comunità locale;
- b) verificare il modo in cui la richiesta di «deistituzionalizzazione, desegregazione e despecializzazione» venga accolta dal legislatore;
 - c) verificare come si sia inserito in questo processo il volontariato, per così dire, esterno, *id est* l'aiuto offerto spontaneamente da soggetti esterni al soggetto singolo e/o al nucleo bisognoso.

3. Crisi dello stato assistenziale

Dietro lo sviluppo e l'incoraggiamento alle reti si nasconde a malapena la diffusa consapevolezza del fallimento del c.d. *welfare state*.

Non è questa certamente la sede ideale per tracciare un profilo storico-sociale dello Stato assistenziale¹¹. Basti sapere che lo Stato assistenziale del XX secolo appare un approfondimento ed un'estensione dello Stato protettore classico, che si propone di produrre la ricchezza e ridurre l'incertezza; non solo proteggendo i beni (vita o proprietà), ma altresì mirando ad azioni positive: redistribuzione dei redditi, regolamentazione dei rapporti sociali, amministrazione diretta di alcuni servizi collettivi.

In altri termini, lo Stato assistenziale è il frutto di una sorta di «secolarizzazione che sostituisce all'incerta Provvidenza divina la certa provvidenza statale¹²».

Lo Stato si fa carico di distribuire il benessere, di distribuirlo a tutti in maniera pressoché eguale per colmare le differenze; laddove la realizzazione del benessere consiste nella liberazione dell'individuo dal bisogno (*freedom from want*)¹³.

Di qui i suoi meriti ed altresì le ragioni della sua crisi: lo Stato finisce con l'assumere la funzione di centro di distribuzione automatica di solidarietà; ma resta pur sempre un apparato impersonale, una sovrastruttura che, nello sforzo di risolvere i problemi e di impedire che sorgano i bisogni, si sostituisce alle relazioni interpersonali tra i singoli e i gruppi, ponendosi come centro erogatore di servizi, in maniera sempre più burocratica, opaca, slegata e lontana dai beneficiari.

Il risultato è un «transatlantico di servizi» che si fonda sull'incremento quantitativo della manovra fiscale, la crescita del volume della spesa pubblica, la estensione di apparati burocratici di gestione e controllo dei programmi di intervento in campo economico e sociale, la progressiva adozione di misure di intervento di stampo universalistico.

Ne consegue che il prelievo fiscale comincia ad essere avvertito come ingiusto dai gruppi e dai singoli, nella misura in cui si mette in dubbio che l'uguaglianza, solo promessa e mai realizzata, sia una finalità sociale di cui farsi carico e da sostenere.

I servizi sociali gestiti a livello centrale risultano sempre più ineffi-

cienti e costosi, disgiunti come sono dalle risorse umane latenti: si fa il calcolo che per internare un anziano in un ospedale occorrono L. 250-280.000 al giorno, laddove con meno della metà potrebbero garantirsi forme di sostegno che permettano all'anziano di inserirsi nel suo spazio sociale abituale, offrendo del pari un servizio «più umano».

Del resto, lo Stato assistenziale esasperando l'individualismo, de-componendo il tessuto sociale, ha anche accresciuto le domande dei singoli – domande e richieste sempre più specialistiche, sempre più frastagliate – che hanno determinato l'incapacità dell'apparato statale di contenere la spesa pubblica¹⁴.

Le nuove parole d'ordine sono allora «desegregazione, deistituzionalizzazione, despecializzazione», all'insegna del recupero della socialità perduta. Si pensa che compito delle istituzioni non sia quello di diagnosticare, curare, risolvere, bensì quello di creare condizioni «ecologiche» all'interno delle quali il singolo possa trovare una soluzione «più umana» ai suoi problemi; nella convinzione che i singoli non abbiano bisogno di soluzioni preconfezionate, ma di strumenti per autoaiutarsi, e che sia venuto il momento di lasciarsi alle spalle quegli atteggiamenti che hanno fatto da «fertile *humus* all'ingenua furia salvifica dei terapeuti ed alle forme più asfissianti di paternalismo istituzionale»¹⁵.

E' *communis opinio* che lo Stato assistenziale sia insomma un'utopia, per giunta perniciosa.

Lo scopo di questo lavoro non è, tuttavia, quello di celebrare i funerali dello Stato sociale, bensì quello di esaminare in che misura la politica sociale, che affonda le sue radici nella Costituzione, sia realizzabile, non tanto diminuendo l'impegno sociale dello Stato, quanto realizzandolo su un piano, per così dire, più integrato nella società, promuovendo la responsabilizzazione dei singoli, coordinando la solidarietà e rivolgendosi all'uomo in quanto tale¹⁶.

Si parli ancora, insomma, di *welfare state*, ma, beninteso, di *welfare state* pluralista, con ciò alludendosi al fatto che i servizi sociali e sanitari possono e debbono essere erogati da settori eterogenei: statale, volontario, privato a scopo di lucro e informale¹⁷. Lo Stato abbandoni il ruolo, dominante e accentratore, di erogatore esclusivo di servizi di *welfare*, per assumere, non più vertice, né centro, il ruolo di «nodo della rete» specializzato nel compito di coordinatore generale¹⁸.

4. La famiglia: rete sociale primaria

Nel sistema di rete dianzi delineato s'è detto che la famiglia presenta il maggior grado di attaccamento al soggetto.

L'attenzione del legislatore per la famiglia è datata; tuttavia negli interventi più recenti, soprattutto del legislatore regionale, può notarsi un mutamento nell'approccio alla famiglia ed ai suoi problemi: nel senso che la famiglia, con sempre maggiore frequenza, viene intesa come strumento di tutela di quei soggetti in stato di emarginazione o di alto rischio di emarginazione che vanno assistiti e reinseriti nella normale vita sociale.

Del resto, il quadro ideologico in cui si inseriscono questi interventi è mutato ed il diritto privato, pur nella contraddittorietà e lentezza con cui si aggiorna, sembra pronto a recepire stimoli e principi che emergono dalle convenzioni e documenti internazionali¹⁹, oltre che da una rinnovata lettura della Carta costituzionale.

Da tempo si parla, infatti, di «depatrimonializzazione» del diritto privato²⁰, con ciò alludendosi ad una diversa lettura degli strumenti civilistici che, passando attraverso la Costituzione – tutta incentrata sulla persona umana –, dovrebbe portare alla fondazione di un «diritto civile costituzionale», ispirato dal convincimento che ogni riconoscimento dato a situazioni giuridiche patrimoniali sia strettamente funzionale alla tutela di situazioni esistenziali preminenti²¹.

Il compito che si prospetta agli interpreti del diritto non è facile, dal momento che non può sottacersi che il nostro codice civile, il testo fondamentale, ha uno stampo dichiaratamente patrimonialistico²².

Ma una attenzione, anche solo superficiale, rivolta alla legislazione nazionale e regionale più recente²³ ed una lettura storico-evolutiva del testo costituzionale testimoniano la possibilità, oltretutto la volontà, di una aderenza e di una inusitata attenzione del diritto per le relazioni interpersonali che costituiscono l'*underground*, il sostrato della esistenza del singolo da cui non si può prescindere quando si voglia apprestare alla persona una efficace tutela giuridica²⁴. Norme quali l'art. 2, l'art. 3, l'art. 32 della Costituzione costituiscono la fonte a cui attingere per fondare la tutela civile della persona umana e per recuperarne la centralità all'interno del sistema²⁵.

In questo contesto la famiglia viene vista come ambiente armonico, luogo ideale e protetto, strumento che consenta, negli intendimenti del legislatore costituzionale prima ed ordinario poi, al fanciullo ed all'adolescente la crescita umana che precede il difficile cammino verso l'autonomia, l'indipendenza e la maturità; in siffatto ordine di idee la famiglia assume il compito di educare il minore, di prepararlo ad un'esperienza integrata nella società, cioè ad un esercizio in essa dei diritti fondamentali e doveri inderogabili: primi passi, insomma, del legislatore verso un programma di integrazione della famiglia e della società²⁶.

Già in quest'ambito la famiglia figura come società intermedia, cioè formazione sociale da riconoscere e tutelare «solo» nella misura in cui promuova lo sviluppo della persona umana; ma lo stesso ruolo il diritto le riconosce quando si debba recuperare alla società il soggetto emarginato. Ciò ha indotto la dottrina ad affermare che l'*iter* seguito dal legislatore per tutelare il soggetto debole si sia modellato sullo schema della vasta gamma di interventi predisposti a favore del minore²⁷.

In sostanza, si vuole che la famiglia diventi il referente per una nuova politica sociale^{28 bis}. La famiglia, però, non è mai vista come fine in sé ultimo: la sua tutela è «solo» il fine mediato, laddove il fine ultimo, e superiore, è quello dello sviluppo e della tutela della persona²⁸.

Il problema consiste in ciò che la famiglia già assolve di fatto ad una quantità enorme di funzioni che né lo Stato, né altra agenzia pubblica possono «socializzare», ma, di pari passo col convincimento che ne potrebbe assumere molte altre, non cresce, (come dovrebbe) il sostegno dello Stato nei suoi confronti: sostegno che andrebbe realizzato in maniera più coerente e costruttiva di quanto avvenga con la mera emanazione di leggi di settore che introducono forme di supporto astratte ed ancora ispirate da una politica meramente assistenzialistica.

Il legislatore è ancora lontano dall'assunzione di quel ruolo di «ingegnere sociale», necessario per realizzare gli obiettivi della famiglia, che richiedono la valorizzazione della dialettica individualità-collettività, individuo-famiglia, individuo-Stato³⁰. Non si può volere una famiglia sanatorio, carcere domiciliare, manicomio³¹ se poi non la si rende forte. E la famiglia forte è quella non isolata, ma integrata e sostenuta dalla comunità che la circonda.

La famiglia occupa il primo posto all'interno della comunità locale, da cui recenti indagini sociologiche sostengono si debba ripartire nell'ot-

tica della *community care*. Con questa espressione, tutt'altro che univoca, si designa sia la comunità che cura sé stessa, sia la cura attraverso la comunità³².

Affinché non si riduca ad uno *slogan*, la *community care* deve intendersi come una rete locale in una rete (societaria) più ampia di prestazioni e servizi.

Se si volesse dare contenuto concreto al concetto di comunità si dovrebbe pensare ad una dimensione di conveniente consistenza demografica e geografica (a supporto della famiglia), da integrare tra la famiglia e la società (insieme di comunità). I criteri per aggregare a tal fine un certo gruppo di famiglie e delimitare la nuova entità spaziano da quelli geografici (residenza nella stessa località e quindi nello stesso ambiente fisico) e socio-economici (caratteristiche degli impegni di lavoro predominanti, livello delle condizioni socioeconomiche), a quelli socio-sanitari (distribuzione di ospedali, ambulatori, consultori) e socio-culturali (presenza di scuole, centri ricreativi, biblioteche)³³.

5. Famiglia e parentela

Si è parlato finora di famiglia dandosi per scontato che cosa si intendesse per famiglia, o meglio a quale tipo di famiglia, nucleare o allargata, si intendesse fare riferimento.

La *grande famille*³⁴, venuta meno la esigenza di tutelare gli interessi economici del gruppo parentale ed affermatosi l'individualismo, espressione delle società di stampo occidentale, cede il passo alla famiglia ristretta o coniugale: comunità di coloro che si uniscono stabilmente e della loro prole³⁵.

Se pure appaia indubbio che la «contrazione» della famiglia sia frutto dell'industrializzazione, non può credersi che si sia manifestata in un sol colpo; viceversa, si è, più realisticamente, realizzata in maniera graduale e stratificata, di tal modo che alcuni periodi storici, lungi dall'essere appannaggio di un esclusivo tipo di famiglia³⁶, hanno registrato intrecci tra il nuovo tipo e quello precedente: intrecci e stratificazioni di cui v'è traccia nel nostro diritto positivo, soprattutto anteriore all'entrata in vigore della Costituzione repubblicana, adattandosi il concetto di famiglia alle multiformi esigenze ed interessi di ciascun ambito considerato, talvolta allargandosi, talaltra contraendosi³⁷.

Se il concetto di rete si basa sulla solidarietà, e di essa si nutre, ben si comprende perché ci si occupi in questa sede della parentela: la prima fonte di solidarietà alla famiglia in senso stretto è data dalla parentela. A tal proposito si parla, anzi si auspica, un ritorno alla famiglia «allargata»³⁸, e ci si chiede se non possa profilarsi una nuova tipologia di famiglia-comunità, luogo di interazione sociale aperta alla società³⁹; progetto per niente ostacolato, almeno in linea di principio, dallo stato della nostra legislazione, stante che la Costituzione prima ed il legislatore poi (con la novella del 1975) non hanno privilegiato un modello di famiglia a scapito di un altro; tant'è che «se nella filigrana della riforma si scorge più di una volta l'immagine della famiglia nucleare, mai questa entità diventa l'unico parametro adottato dal legislatore»⁴⁰.

Giova sottolineare che non dovrebbe parlarsi di mero ritorno (alla famiglia allargata), bensì di una rinnovata lettura in chiave «esclusivamente» solidaristica del vincolo di parentela⁴¹. Le difficoltà nascono dal fatto

che, in coerenza con lo spirito patrimonialistico del codice civile, la parentela rileva come situazione attributiva di diritti ed obblighi i quali, se pure non possano dirsi tutti patrimoniali in senso stretto, tali sono in un'accezione più lata di patrimonialità: si pensi all'intera materia delle successioni. In termini non dissimili si pongono i casi in cui il vincolo di parentela vale come specifico titolo di legittimazione ad agire nell'interesse proprio o nell'interesse del parente. A tal proposito si rinvia all'art. 8 c.c., relativo alla tutela del diritto al nome, e all'art. 417 c.c., riguardante l'istanza di interdizione o inabilitazione che può essere proposta, tra gli altri, dai parenti entro il quarto grado ed affini entro il secondo; e, *in eadem materia*, non pare abbia una particolare rilevanza solidaristica il fatto che, ai sensi dell'art. 424 c.c., il giudice tutelare nella scelta del tutore dell'interdetto e del curatore dell'inabilitato debba preferire il coniuge maggiorenne non separato legalmente, il padre, la madre, un figlio maggiore d'età o la persona eventualmente designata dal genitore superstite nei modi indicati: nessun dubbio che nelle intenzioni del legislatore del '42 vi fosse la preoccupazione di evitare la disgregazione del patrimonio familiare. A riprova della natura patrimoniale degli interessi tutelati si veda l'art. 414 c.c., ai sensi del quale il maggiore d'età e il minore emancipato, i quali si trovano in condizione di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, devono essere interdetti. E l'art. 415, comma 2, c.c. dispone la inabilitazione per coloro che, per prodigalità o per abuso di sostanze alcoliche o di stupefacenti, «espongono sé o la propria famiglia a gravi pregiudizi economici».

Non ci si vuol certo spingere fino al punto di affermare che il legislatore richieda la verifica della sussistenza o meno di interessi economico-patrimoniali che potrebbero essere pregiudicati dall'attività negoziale dell'interdicendo, ai fini dell'interdizione, negandola tutte le volte in cui non vi siano interessi patrimoniali da curare o, quando gli stessi risultino positivamente amministrati da un rappresentante volontario. Deve darsi atto, tuttavia, che solo una lettura evolutiva della normativa in vigore, ad opera della dottrina più sensibile, consente di allargare il contenuto della tutela all'esercizio di poteri coinvolgenti globalmente tutti gli interessi, anche la cura personae dell'incapace⁴²: rientrando tra i compiti del rappresentante legale la protezione della salute, della sicurezza e della moralità dell'incapace, pur nel silenzio della legge; stante che la risposta del legislatore italiano all'infermità di mente appare innegabilmente funzionale

alla tutela di interessi patrimoniali del soggetto, del gruppo familiare o di terzi, manifestandosi in maniera rigida ed univocamente indirizzata verso provvedimenti di compressione (totale o parziale) della capacità di agire, con il conseguente «effetto ingessante» dell'attività negoziale del soggetto ed il rischio di una sua, ancor più pericolosa, discriminazione sociale⁴³.

Se poi si allarga il campo di indagine, non può sottacersi che intere zone grigie tra la piena capacità e la totale o relativa incapacità, rispettivamente presupposti dell'interdizione e dell'inabilitazione, costituite dalla situazione di chi versa in uno stato intermedio di salute ed alterna periodi di disagio psichico a fasi di piena lucidità mentale, o di chi versi in uno stato di particolare debolezza, pur senza essere malato (l'anziano in grado di provvedere ai propri interessi ma con difficoltà nel compimento di talune attività giuridiche), o di chi si trovi in una situazione cronica di malattia fisica, al di fuori della categorie civilisticamente considerate del cieco e sordomuto dalla nascita o dalla prima infanzia (si pensi all'handicappato fisico o al malato lungodegente) restano fuori dalla previsione normativa. Le rigide categorie dell'interdizione e dell'inabilitazione non possono non rivelarsi inadatte ed eccessive rispetto a queste e molte altre situazioni, confermando, se ce ne fosse ancora bisogno, la patrimonialità del diritto civile ed i risultati solo parzialmente appaganti ottenuti, mercé il contributo della più attenta dottrina attraverso una lettura storico evolutiva degli istituti *de quibus*⁴⁴.

Se non hanno una particolare rilevanza solidaristica le norme dianzi citate, una *ratio* non diversa ispira l'art. 1023 c.c. relativo all'ambito della famiglia in tema di diritti di uso ed abitazione.

Buone prospettive provengono, invece, dall'impulso all'istituto dell'obbligazione alimentare⁴⁵. Se è vero che l'onere a carico dei familiari è andato diminuendo proporzionalmente all'assunzione di compiti assistenziali da parte dello Stato⁴⁶, è anche vero che la disciplina codicistica si presenta duttile e potenzialmente avviata nel senso della rete.

In particolare, la norma di cui all'art. 443 c.c. stabilisce che chi deve somministrare gli alimenti ha la scelta di adempiere questa obbligazione o mediante un assegno alimentare o accogliendo e mantenendo nella propria casa colui che vi ha diritto. Basterebbe rendere concreta questa norma per risolvere (in parte) i problemi dell'anziano non autosufficiente o del minore privo di genitori. La previsione di questa modalità di adempimento dell'obbligazione alimentare rappresenta uno dei casi (pochi) in

cui il legislatore si è dimostrato sensibile alle esigenze di carattere extra-patrimoniale della persona fisica. L'accoglimento nella propria casa dell'alimentando soddisfa contestualmente gli interessi patrimoniali dell'alimentando e dell'alimentante (che vede sicuramente ridotto il costo economico dell'operazione), ma altresì quelli esistenziali dell'avente diritto: all'assistenza, ad un ambiente familiare (in senso lato), al mantenimento di valide relazioni interpersonali. In questo contesto lo Stato, lungi dall'essere assente dovrebbe incentivare scelte orientate in questo senso, non sostituendosi ai soggetti obbligati, ma integrandoli e sostenendoli nell'adempimento dei loro compiti⁴⁷, dovendosi tener conto che la scelta di questa modalità di adempimento coinvolge in maniera diretta e più pregnante le persone, la loro vita privata, la libertà di compiere scelte elementari, quali vitto, vestiario, gestione della giornata. Ed in questo senso un ruolo determinante è quello assolto dal giudice che, ai sensi del II comma della stessa norma, ha il potere di rivedere la scelta fatta dall'obbligato, secondo le circostanze⁴⁸. In quale misura la strategia di rete trovi applicazione in situazioni di questo tipo è facile immaginare: se l'alimentando fosse un anziano, il primo cerchio dell'ipotetica ragnatela sarebbe costituito dal gruppo parentale che lo accoglie; a sua volta, quest'ultimo avrebbe diritto all'allentamento del carico, che potrebbe essere assicurato prevedendo, per l'anziano, periodi di soggiorno in località climatiche, di cura o di vacanza, assistenza abitativa, assistenza sanitaria domiciliare (i c.d. servizi aperti in senso lato, in ordine ai quali v., *infra*), unitamente a misure che ne valorizzino gli interessi e ne garantiscano la vita autonoma ed extramuraria (ad es., inserimento lavorativo in cooperative finalizzate).

Il riconoscimento e la valorizzazione della solidarietà offerta dal gruppo parentale può dirsi pienamente realizzato dalla novella n. 184/1983, in tema di adozione. Ai sensi dell'art. 8 della legge *de qua*, infatti, ai fini della dichiarazione dello stato di abbandono del minore occorre che non vi siano genitori o parenti tenuti a provvedervi. Il Tribunale per i minorenni non potrebbe, di conseguenza, dichiarare il minore adottabile perché privo di assistenza morale e materiale, senza aver prima inutilmente esperito un'azione di recupero dei genitori e del gruppo familiare, pena la violazione del diritto del minore di essere educato nella propria famiglia, sancito all'art. 1 della stessa legge.

Non c'è dubbio di sorta circa il fatto che la legge n. 184 non tuteli interessi di discendenza o di carattere patrimoniale, bensì il diritto del mi-

nore ad avere una propria famiglia, ad essere *filius familias*⁴⁹: ne consegue che una norma quale quella citata merita di essere ponderata nell'ottica della rete di cui ci si sta occupando. L'attivazione dei parenti tenuti a provvedervi⁵⁰ si ispira alla solidarietà di quel nucleo familiare più ampio le cui tracce si sta cercando di evidenziare allo stato del nostro ordinamento.

Se la legge chiaramente richiede come presupposto per la dichiarazione di adottabilità non l'abbandono morale «o» materiale, bensì l'abbandono morale «e» materiale, pare indispensabile attivare attorno al minore una «rete» che gli consenta la realizzazione del diritto a vivere nella propria famiglia; ed un passo importante in questo senso è compiuto dalla l. n. 184: se è compito dello Stato provvedere affinché la famiglia bisognosa (non si specifica se allargata o nucleare) realizzi i propri compiti, si capisce perché, ad esempio, le misure di sostegno di cui all'art. 8, comma 3, debbano essere garantite anche ai parenti, che figurano tra i soggetti destinatari, unitamente ai genitori del minore⁵¹.

Certo vi è il rischio che l'offerta proveniente dai parenti sia solo dettata, soprattutto in certi ambienti con certi risvolti culturali, dal desiderio di tutelare l'onore della famiglia altrimenti macchiato dall'onta dell'adozione. Sarà compito, non facile, degli organi preposti evitare che ciò avvenga: impedire che un qualunque richiamo, anche remoto, al legame di sangue sia di per sé sufficiente ad evitare la situazione di abbandono, ma compito precipuo degli stessi è quello di non recidere un proposito serio e ponderato, non velleitario né protestatario, sia pure proveniente da chi non è in grado di provvedere al minore materialmente.

Se si cerca il grado di parentela ultimo entro cui assumono rilevanza le relazioni parentali potrà notarsi come più volte la legge sull'adozione faccia riferimento ai parenti entro il IV grado: chiunque abbia il minore da più di sei mesi e non sia parente entro il IV grado deve segnalarlo al Tribunale per i minorenni (art. 9); se i genitori siano deceduti e non vi siano parenti entro il IV grado si procede immediatamente alla dichiarazione di adottabilità (art. 11); ai sensi dell'art. 12 i parenti entro il IV grado che abbiano mantenuto un significativo rapporto col minore sono convocati dal presidente del Tribunale perché siano loro impartite prescrizioni idonee⁵². Pertanto, ragioni di carattere sistematico inducono a ritenere che i parenti entro il IV grado siano quelli «tenuti a provvedere» al minore.

Le situazioni che in concreto potrebbero verificarsi sono piuttosto

variegate:

- a) abdicazione da parte dei genitori alle proprie funzioni genitoriali a vantaggio dei parenti;
- b) impossibilità dei genitori di provvedere e sostituzione dei parenti;
- c) assistenza solo morale da parte dei genitori ed assistenza materiale prestata dai parenti;
- d) assistenza solo materiale da parte dei genitori ed assunzione della funzione educativa e dell'assistenza morale in genere da parte dei parenti.

Accanto a queste, tutta una serie di soluzioni intermedie, che il legislatore ha voluto lasciare all'autonoma organizzazione del gruppo familiare nella sua complessità. Insomma la legge sull'adozione sembra avere innestato quell'apertura verso la *extended family* che la riforma, una certa lettura della riforma, del '75, aveva cancellato.

L'espressione «parenti tenuti a provvedervi» andrebbe probabilmente sostituita con quella di «parenti con i quali i minori abbiano stabilito significativi rapporti» che, ad altro proposito, si trova nella stessa legge (v. *supra*), o, *rectius*, di «parenti disposti a provvedere al minore», anche per ragioni meno tecnico-giuridiche. La previsione in termini di obbligo, infatti, quasi certamente non realizzerebbe il migliore interesse del bambino che, già privato delle proprie figure genitoriali, dovrà, in aggiunta, subire l'emarginazione ed il peso di un ambiente che lo sopporta. L'espressione disposti a provvedervi appare allora preferibile, anche se non può sottrarsi il dubbio che suscita una disponibilità rimasta latente al punto da portare il minore alle soglie dell'abbandono. Tuttavia, le situazioni in concreto verificabili sfuggono a rigide previsioni (frequenti i casi di parenti che si sarebbero presi cura del minore ma che ne sono stati impediti dai genitori) e sarà compito del giudice slatentizzare questa risorsa di solidarietà e valorizzarla con gli opportuni interventi, ovviamente non solo di carattere economico.

Finora l'esame si è incentrato sulla situazione del minore in stato di abbandono, ma la stessa legge contempla pure l'ipotesi in cui la famiglia stessa si trovi in difficoltà, prevedendo all'uopo lo strumento dell'affidamento familiare. A fronte dell'impossibilità temporanea della famiglia biologica, il legislatore prevede il coinvolgimento generale della società civile, nel suo concreto articolarsi in famiglie, attraverso l'incentivo alla solidarietà alla famiglia in crisi offerta da un'altra famiglia, una persona

singola, una comunità di tipo familiare (art.1, 2° comma)⁵³.

Un altro esempio di riconoscimento della solidarietà offerta al gruppo parentale è costituito dalla recente legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate (L. 5 febbraio 1992, n.104). L'art. 33 in tema di agevolazioni prevede che il genitore, o il familiare lavoratore, che assiste con continuità un parente o un affine entro il III grado handicappato, con lui convivente, ha il diritto di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede. Il gruppo di riferimento qui presenta la massima estensione, dal momento che comprende anche gli affini, con l'unico limite della coresidenza ed assistenza continuativa.

6. Deistituzionalizzazione, desegregazione, despecializzazione

Esaminando la questione sotto il profilo del trattamento e della cura del soggetto malato, a partire dagli anni ottanta⁵⁴ si registra la tendenza alla c.d. deistituzionalizzazione, come risposta alla prassi del ricovero (o istituzionalizzazione) improprio⁵⁵. Si muovono lungo questa direttrice sia il Consiglio d'Europa (con Raccomandazione del 1985), sia l'OMS che, in tempi più recenti, ha ribadito che al centro della pianificazione degli interventi nei confronti degli anziani resta la famiglia, a cui le istituzioni devono assicurare il sostegno necessario per le cure a domicilio. Di superamento della cultura ospitalocentrica si parla da tempo: la rivoluzione copernicana in materia appare la l. n. 180/1978, poi rifluita negli artt. 33 e 34 della successiva l. n. 833; ma già in precedenza il legislatore pensava alla ospedalizzazione come *extrema ratio*: la l. 18 marzo 1968, n. 431 introduce il ricovero volontario e l'assistenza psichiatrica extramurariale, non legati né condizionati al ricovero, nella convinzione che la cura degli infermi di mente possa conciliarsi col principio per cui il loro ricovero può avvenire più facilmente nel loro ambiente familiare; ed ancora il Dpr 6 ottobre 1972, n. 996, attuativo della l. 27 maggio 1970, n. 382, concernente l'assistenza sanitaria a favore dei ciechi civili, il cui art. 4, lett. d, prevede che possa ricorrersi all'assistenza ospedaliera quando gli accertamenti diagnostici, le cure mediche e chirurgiche non siano normalmente eseguibili a domicilio, ma richiedano apprestamenti tecnici e scientifici giornalieri; la l. 30 marzo 1971, n. 118 che converte il dl. 30 gennaio 1971, n.5 e contiene nuove norme in favore dei mutilati e invalidi civili, all'art. 3, IV comma, prevede che l'assistenza sanitaria specifica possa attuarsi nella forma del trattamento domiciliare o ambulatoriale, a degenza diurna o a degenza residenziale. Molte di queste misure appaiono dettate da spinte economiche: le lungodegenze, com'è noto, costano ed è frequente la tendenza a dimettere il malato immediatamente dopo il superamento della fase acuta della malattia. Ma questo non significa certamente deistituzionalizzare, il cui vero significato non si coglie se non si creano valide alternative all'ospedalicentrismo.

In tema di deistituzionalizzazione, causa il notevole impatto sociale (sarà sempre ricordata per la chiusura dei manicomi), la citata L. n. 180

rappresenta, s'è detto, la vera rivoluzione copernicana.

Si muove, infatti, lungo l'ottica dell'abbandono del regime custodialistico ed asilare delle strutture ospedaliere psichiatriche mediante la sostituzione con servizi alternativi; ma, non sorretta da concrete prospettive attuative, non è stata in grado di operare il salto di qualità occorrente per creare moduli operativi armonizzati alla riforma. Il *leit motiv* della legge consiste, infatti, nella istituzione di strutture dipartimentali che comprendono tanto i servizi ospedalieri che quelli extraospedalieri. L'esperimento psichiatrico può dirsi fallito, dato che all'esterno del manicomio, invece di una realtà ambientale che sapesse offrire ai dimessi un'adeguata assistenza, si sono trovati solo ospizi per vecchi o istituti per cronici disposti ad accoglierli, così come paventato da uno dei primi commentatori della novella⁵⁶. Fintantoché lo psichiatra non assuma il ruolo di integratore delle varie situazioni ambientali, attraverso interventi a vari livelli (medici di base, famiglie, scuola, lavoro), non c'è, né ci sarà, concreta alternativa ad interventi rigidamente tecnici, cioè farmacologici e di ricovero⁵⁷. E questo vale per qualsiasi esperimento (ancora di esperimento, infatti, nonostante la riforma risalga ormai al 1978, deve parlarsi) in tema di deistituzionalizzazione: per cominciare occorre attivare un'opera di «bonifica» dell'ambiente che dovrà accogliere il paziente (soprattutto in ordine alle malattie mentali, ancora demonizzate). Se l'ambiente non è preparato all'alternativa, questa difficilmente porterà a risultati soddisfacenti. In secondo luogo, occorre attivare servizi sociosanitari alternativi che funzionino, cioè che siano avvertiti come alternativi *in melius*. E ciò non sarà mai se non saranno messi in grado di fornire prestazioni che siano qualitativamente e quantitativamente almeno equivalenti (lo scopo dovrebbe essere quello di fornirne di migliori) rispetto a quelle fornite dalle strutture tradizionali.

Tra le normative più recenti che si apprezzano per l'aver concretamente avviato il processo di deistituzionalizzazione si colloca la recente l. 5 giugno 1990, n.135, recante un programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS. All'art. 1, lett. b, si prevede la realizzazione di spazi per attività di ospedale diurno e, all'art. 2, la graduale attivazione di servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate, finalizzati a garantire idonea e qualificata assistenza nei casi in cui, superata la fase acuta della malattia, sia possibile la dimissione dall'ospedale e la prosecuzione delle occorrenti terapie presso il domicilio dei pazienti. Il trattamento domiciliare sarà effettuato

da personale infermieristico del reparto ospedaliero da cui è disposta la dimissione, che opererà a domicilio secondo le stesse norme previste per l'ambiente ospedaliero, con la consulenza dei medici del reparto, la partecipazione all'assistenza del medico di famiglia e la collaborazione, quando possibile, del volontariato e del personale infermieristico e tecnico dei servizi territoriali. La stessa norma prevede che il trattamento a domicilio possa essere effettuato presso idonee residenze collettive o case alloggio.

Tutt'altro che trascurabile si rivela la circostanza che ad attuare il trattamento domiciliare sia personale infermieristico del reparto, con le stesse modalità che presiedono allo svolgimento dell'attività ospedaliera: la misura è indice, infatti, di una continuità, anche qualitativa, del servizio prestato (v. *supra*).

All'articolo successivo si stabilisce che l'attività di *day hospital* è aggregata funzionalmente alle unità operative di degenza, nel rapporto di un posto di assistenza a ciclo diurno per ogni cinque posti di degenza ordinari.

L'assistenza domiciliare riguarda poi l'intera categoria degli anziani, lungodegenti quasi per antonomasia⁵⁸. A questo riguardo va segnalato un recente intervento, il DPCM 22 dicembre 1989⁵⁹. Ciò che emerge con chiarezza dal provvedimento è che presupposto per la fruizione della residenza sanitaria assistenziale (di cui si offre una puntuale definizione al criterio n. 1, allegato A) è la «comprovata assenza di un idoneo supporto familiare» che consenta di erogare a domicilio i trattamenti sanitari continui e l'assistenza necessaria; ciò equivale a dire: se c'è una famiglia in grado di prendersi cura dell'anziano «utilizziamola» per garantirgli l'assistenza di cui necessita.

In aggiunta, i recenti accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (dpr 28 sett. 1990, n. 314) e con i medici specialisti ambulatoriali (dpr 28 settembre 1990, n. 316) sono entrambi improntati alla deistituzionalizzazione.

In particolare, il primo, *sub premessa*, indica tra i compiti affidati al medico generico in una visione promozionale della salute, l'assistenza familiare, riconoscendosi nella famiglia una componente essenziale della professionalità del medico generale e della tutela della salute. La formula utilizzata lascia perplessi, essendo difficile comprendere il significato da attribuire all'espressione «componente essenziale della professionalità del medico generale» riferita alla famiglia. Il senso si comprende se la si

coordina con quanto espresso al punto 1, laddove si demandano al medico generico compiti di medicina preventiva, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, intesi «come un insieme unitario qualificante l'atto professionale». L'unico significato possibile appare, dunque, quello che riconosce nell'assistenza alla famiglia un ruolo essenziale nella tutela della salute (e fin qui non c'erano problemi), al punto che l'attività del professionista è costituita da una sintesi unitaria di interventi preventivi, diagnostici, curativi, riabilitativi e di educazione sanitaria rivolti all'individuo e di interventi parimenti preventivi, diagnostici, curativi, riabilitativi rivolti alla famiglia del paziente. La stessa collocazione topografica dell'assistenza familiare (che segue gli interventi di assistenza primaria) avalla questa interpretazione: all'assistenza primaria, con cui il medico affronta il problema del paziente ed imposta un programma diagnostico, terapeutico o riabilitativo, segue il coinvolgimento della famiglia nell'attuazione di quel programma, diluendosi l'assistenza all'individuo singolo nell'assistenza medica del gruppo familiare che lo ospita.

Per il resto, nonostante, già al punto successivo, si parli di assistenza domiciliare come misura necessaria per affrontare oltre alle malattie acute i problemi sanitari di anziani, invalidi o ammalati cronici, di pazienti dimessi dagli ambienti di ricovero e di pazienti in fase terminale e nonostante l'assistenza domiciliare sia ricompresa tra i compiti del medico (all'art. 19, comma II, lett c), unitamente alle visite domiciliari a scopo diagnostico e terapeutico (stesso articolo, lett. a), la regolamentazione specifica delle modalità attraverso cui adempiere a quest'obbligo (art. 20) sono le stesse del 1° accordo collettivo nazionale: la visita domiciliare (dovuta in considerazione della non trasferibilità dell'ammalato) deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore 10, se pervenuta successivamente il medico avrà l'obbligo di effettuare la visita entro le ore 12 del giorno successivo. Non è obbligato ad accogliere richieste tardive: anche se sono urgenti, la convenzione stabilisce che debbano essere soddisfatte entro il più breve termine possibile. Nelle giornate di sabato e nei prefestivi il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma è tenuto ad effettuare le visite domiciliari pervenute entro le 10 dello stesso giorno ed a soddisfare le eventuali code del giorno precedente. Nonostante, insomma, le premesse l'attività a domicilio sembra essere ridotta entro limiti vicini all'eccezionalità⁶⁰. Tuttavia, può ravvisarsi una differenza all'interno della conven-

zione tra visita domiciliare ed assistenza domiciliare: quest'ultima richiedendo una programmazione degli interventi, (v. *infra*), laddove alla visita domiciliare sembrerebbe doversi fare ricorso nella fase acuta della malattia ed in caso di soggetto non deambulabile. Infatti, all'assistenza programmata ad assistiti non deambulabili si fa riferimento all'art. 26. Essa si articola in assistenza domiciliare, domiciliare integrata e nei confronti di pazienti ospiti di residenze protette. La prima, la cui disciplina dettagliata si rinviene nell'allegato G, riguarda soggetti:

- a) impossibilitati a deambulare permanentemente;
- b) che non possano essere trasportati in ambulatorio con mezzi comuni;
- c) che non possano recarsi in ambulatorio per gravi patologie.

In questo tipo di assistenza la differenza dalla visita domiciliare risiede nella circostanza della durata e della programmazione; non si tratta di misura alternativa all'istituzionalizzazione, bensì di alternativa alla visita ambulatoriale. Il richiamo ivi contenuto al domicilio è pur sempre dettato da ragioni di eccezionalità. Viceversa, l'attività integrata di cui all'allegato H, è svolta garantendo al domicilio del paziente le prestazioni di medicina generale, specialistica, infermieristica, di assistenza sociale, di aiuto domestico. L'art. 2, indicando esemplificativamente le patologie che consentono l'attivazione del servizio (malattie terminali, gravi fratture in anziani, forme psicotiche acute gravi, dimissioni protette da strutture ospedaliere), le indica univocamente come quelle per le quali l'intervento domiciliare si presenta alternativo al ricovero: e l'alternatività risulta da ragioni sociali o da motivi di organizzazione sanitaria. Solo a questo riguardo può parlarsi di cultura della deistituzionalizzazione, di cui v'è traccia altresì nell'accordo relativo ai medici specialisti ambulatoriali citato, laddove si fa espresso riferimento a misure alternative alla degenza ospedaliera in più punti: preambolo, art. 20, relativo alle prestazioni *extra moenia*, tra cui figurano quelle presso il domicilio del paziente, consultori, residenze protette, comunità terapeutiche, scuole, fabbriche ecc. A parte per l'incentivo dato alla deistituzionalizzazione gli accordi citati appaiono decisivi ai fini della configurazione del medico come uno dei nodi più importanti della rete: si veda, in tal senso, l'art. 28 del 1° accordo citato, laddove si prevede che il medico di famiglia, sulla base della conoscenza del quadro anamnestico complessivo dell'assistito riferito al contesto familiare, alle condizioni sociali ed economiche, oltretutto sanitarie, segnali

ai servizi sociali l'esigenza di particolari interventi socio-assistenziali; l'art. 3 all. G e l'art. 2 all. H che impongono (al medico) rispettivamente di segnalare i casi abbisognevole di assistenza domiciliare e di assistenza integrata, di coordinare gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente, di predisporre attività e programmi individuali con carattere preventivo e riabilitativo, di dare suggerimenti ed indicazioni ai familiari, di collaborare con il personale della Usl per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno. Al medico come attivatore di rete pensa anche il Nuovo Codice di Deontologia Professionale che, all'art. 38, gli assegna il compito di svolgere una particolare opera di tutela ed assistenza quando ritenga che l'ambiente nel quale vivono bambini, anziani ed handicappati non sia sollecito sufficientemente per i pazienti⁶¹.

7. La deistituzionalizzazione nella legislazione regionale

Scorrendo la legislazione regionale, numerose appaiono ormai le norme che, nel quadro di un efficace sostegno alle famiglie, sono volte a garantire il mantenimento dell'assistito nel suo normale ambiente di vita, preoccupandosi di fornirgli, a condizioni vantaggiose, le prestazioni di cui ha bisogno. Si è già detto (v. *supra* 1) che la legislazione regionale è più varia ed articolata: riguardo ai servizi di assistenza domiciliare, con cui si sostituisce o si coadiuva la famiglia nell'adempimento dei doveri di solidarietà familiare, si prevedono misure di vario tipo che vanno dalla prestazione di misure di carattere sanitario, ad interventi tendenti a favorire l'autosufficienza nello svolgimento di attività giornaliere, quali la preparazione dei pasti, la pulizia della casa.

Esemplare in materia di assistenza agli anziani risulta la L. R. Lazio⁶².

La Regione, nel quadro della tutela degli anziani, dei disabili e dei pazienti con malattie croniche, promuove la realizzazione di un sistema integrato di interventi domiciliari di carattere sanitario (e non solo sanitario: l'art. 4 prevede, infatti, la integrazione delle attività sanitarie con prestazioni di tipo psicologico), al fine di consentire alla persona parzialmente, temporaneamente o totalmente non autosufficiente di rimanere il più possibile nel proprio ambiente naturale di vita e di contrastare il fenomeno del ricorso improprio alla ospedalizzazione.

Insomma, un riconoscimento *ex professo* della necessità di arginare la tendenza alla ospedalizzazione selvaggia, unitamente alla consapevolezza che compito della legge è quello di creare gli strumenti per favorire la permanenza del disabile nel proprio ambiente abituale di vita, in mancanza del quale l'anziano andrebbe facilmente incontro al rischio dell'isolamento.

In aggiunta, il legislatore si fa carico di rendere possibile un raccordo con le attività dei familiari, con le strutture della Usl, nonché con le altre strutture del territorio, demandando tali compiti al centro di assistenza domiciliare istituito presso ciascuna Usl che, per questa specifica funzione collegamento, si avvarrà di assistenti sociali e/o assistenti sanitari visitatori (art. 3, n. 4).

Tuttavia, la recente LR Molise⁶³, in *eadem materia*, pare aver pensato ad una «strategia» di rete più capillare che consenta di aiutare l'anziano in altre due possibili direzioni, di approccio, per così dire, indiretto, cioè ecologico o sistemico:

- a) vita indipendente, valorizzando le risorse e le competenze dell'anziano, cercando di garantirne la vita autonoma ed extramuraria;
- b) vita con i familiari, creando le condizioni per una permanenza dell'anziano in famiglia. Vi rientrano oltre agli interventi di assistenza domiciliare, così come previsti dalle leggi della Regione Lazio, anche quelli che connettono a rete gli stessi familiari che hanno a carico una persona anziana o disabile, e quelli che creano legami emozionali e funzionali tra gli stessi anziani (iniziative di *self care*).

Variegata risulta la tipologia degli interventi, tutti all'insegna della deistituzionalizzazione; il ricovero in istituto appare ultima ed *extrema ratio*, cui ricorrere solo quando i c.d. interventi di assistenza «aperta» risultino meno efficaci o possibili in relazione allo stato di salute e gravità dell'abbandono morale e materiale dell'anziano (art. 4.6).

I «servizi aperti» consistono in assistenza economica, abitativa, domiciliare integrata, assistenza alla vita di relazione, centri d'incontro, soggiorni in località di cura e vacanza, affidamento familiare; ad essi si affiancano i servizi residenziali «tutelati», che consistono in comunità alloggio e residenze sanitarie assistenziali.

Val la pena di soffermarsi su quelle forme che realizzano e garantiscono la vita indipendente dell'anziano. Espressamente vi si prevedono interventi di «desegregazione», consistenti in agevolazioni per partecipare ad attività ricreative e culturali, per l'installazione e l'uso del telefono, l'inserimento in attività occupazionali a tempo parziale socialmente utili, previsti sotto la rubrica: Assistenza alla vita di relazione. Ma interessante risulta altresì la previsione di c.d. Centri di incontro, luoghi di incontro sociale che forniscono servizi ed attività di animazione sociale, culturale e per il tempo libero.

Sono iniziative rientranti in quelli che gli operatori sociali chiamano *rap group*, i quali tendono alla soddisfazione di esigenze di socialità e condivisione emozionale, piuttosto che alla soluzione di problemi specifici⁶⁴.

Finalità non dissimili hanno i soggiorni in località climatiche: l'offerta, cioè, di occasioni di svago ed incontro. Viceversa, allo scopo, non solo

di evitare l'internamento in un istituto per l'anziano che non conviva con parenti, ma anche per realizzare quella forma di allentamento dell'impegno di assistenza che grava sulle famiglie con persone anziane a carico – il c.d. servizio di tregua o *respite service* – si prevede l'affidamento dell'anziano presso famiglie, persone singole o comunità di tipo familiare: segno che il legislatore si è reso conto che esistono nella società forme di solidarietà manifeste, ma anche forme di solidarietà latenti in misura di gran lunga superiore, che occorre rendere visibili e far emergere, nel senso che la famiglia con a carico un anziano (sia poi la famiglia dell'anziano o una famiglia a cui l'anziano sia stato affidato) è una rete che svolge un servizio all'interno della comunità (*community care*), ma non può ragionevolmente crederci che una famiglia aperta e disponibile sia per ciò solo «eroica». È il legislatore a dover garantire a quella famiglia la possibilità di recedere temporaneamente dai propri compiti quando il rischio e lo *stress* sul nucleo familiare appaiano eccessivi, consentendo l'alleggerimento del carico con aiuti esterni.

Ne sono espressione quelle misure relative ai c.d. servizi residenziali, in cui ci si preoccupa di organizzare il servizio in modo da garantire la continuità dei rapporti familiari, avviando forme di collaborazione con le famiglie per rendere possibili frequenti rientri in famiglia degli utenti⁶⁵.

Normative di questo spessore non costituiscono più l'eccezione, ma piuttosto la regola: lungo la stessa linea direttrice si muove, ad esempio, anche la legge regionale della Sardegna⁶⁶, ove si prevedono centri di aggregazione sociale (art. 27), forme di socializzazione dell'anziano (art. 29), la ormai nota assistenza domiciliare (art. 35); l'affidamento familiare (art. 37); servizi residenziali tutelati, comunità alloggio e case protette (art. 40) e forme di promozione dell'inserimento lavorativo (art. 30). Queste ultime tipologie di intervento appaiono particolarmente interessanti: sono iniziative destinate a promuovere l'inserimento o il reinserimento lavorativo di soggetti esposti a gravi rischi di emarginazione, prevedendosi l'inserimento lavorativo parziale, l'erogazione di contributi alle imprese ed alle cooperative per l'adeguamento degli ambienti e degli strumenti di lavoro, l'assunzione di ogni iniziativa di sostegno ed incentivazione, non esclusa la presenza sul luogo di lavoro di operatori sociali con funzioni di supporto. E' il segno della sedimentazione, anche a livello giuridico, di un concetto allargato di rete: anziano, famiglia, fabbrica.

Si veda altresì la citata legge regionale della Liguria, interessante per

la previsione di progetti pilota per la sperimentazione dei servizi sociali (art. 30) e la istituzione del Segretariato sociale con compiti di informazione e consulenza di base ai fini della conoscenza delle prestazioni e degli interventi sociali e di indirizzo a tutti i servizi esistenti sul territorio, con riferimento anche ai servizi sanitari e di formazione professionale favorendone gli opportuni collegamenti (art. 33). Si tratta di norme che si apprezzano rispettivamente per la volontà di rendere concretamente perfettibili i servizi e per la creazione di un organo di raccordo che impedisca sprechi, duplicazioni di servizi, sfasature e, forse, inefficienze. Per il resto le previsioni, pur nella diversità terminologica, non si discostano da quelle dello stesso tipo contenute in altre legislazioni regionali: assistenza economica (art. 38); assistenza domiciliare (art. 40); interventi di appoggio all'assistenza domiciliare (art. 41); emergenza e pronto intervento assistenziale (art. 43).

Altre misure che si collocano sempre nell'alveo della deistituzionalizzazione sono le iniziative di telesoccorso e telecontrollo⁶⁷, con finalità di assistenza domiciliare delle persone anziane o inabili, a grave rischio socio-sanitario.

L'esame della legislazione regionale che realizza un circuito reticolare prosegue con la LR Campania 7 gennaio 1988, n. 1, recante interventi in materia di tossicodipendenze ed alcoolismo, quali la formulazione di un progetto obiettivo quadro da realizzarsi attraverso la programmazione ed il coordinamento degli interventi ed attività di tutte le strutture ed i servizi operanti nel settore, comprese quelle degli enti ausiliari e del volontariato, delle comunità terapeutiche, delle associazioni e cooperative che intervengono nel campo della condizione giovanile (art. 1, comma 2). La territorializzazione dei servizi e degli interventi prosegue con la previsione di Comitati per i problemi della tossicodipendenza e dell'alcoolismo, alla cui composizione partecipano cittadini interessati alla finalità della legge (art. 4), con la sostituzione dei presidi ospedalieri con i Centri di Accoglimento ed Orientamento territoriale, quali settori del servizio di medicina sociale e preventiva delle USSLL, tra i compiti dei quali si distinguono le prestazioni di interventi di primo livello per l'utenza diretta e per gruppi familiari e/o sociali collegati (art. 5). Organo di raccordo delle iniziative spontaneistiche locali e dell'attività dei servizi sociosanitari e socioculturali è il Comune, che in forma singola o associata, agevola e sostiene la formazione di associazioni culturali, di famiglie e di cittadini

che intendono impegnarsi nella lotta alla droga e nel recupero sociale di tossicodipendenti ed alcoolisti e attua gli interventi necessari a favorire il diritto allo studio, mediante forme specifiche di assistenza scolastica che operano per combattere l'evasione scolastica, oltre che promuovere la costituzione di strutture territoriali di tipo intermedio, agevolare le attività di cooperative di servizi ed attivare forme di partecipazione e consultazione (art. 8).

Agli stessi criteri si ispirano le altre discipline di settore: maggiore territorializzazione dei servizi, coinvolgimento e raccordo con le istituzioni scolastiche, coinvolgimento e partecipazione di famiglie singole o di gruppi di famiglie e delle altre forze sociali operanti sul territorio⁶⁸.

Un modello di riferimento per ogni intervento che voglia realizzare un circuito reticolare del tipo di quello finora esaminato è rappresentato dalla LP di Trento del 12 luglio 1991, n. 14, relativa al riordino dei servizi socio-assistenziali. Già in apertura, enunciando le finalità (art. 2), in maniera diretta ed essenziale il legislatore fornisce la definizione di rete e degli obiettivi che consentono di realizzarla: operare a rete significa creare una rete di opportunità e garanzie per chi si trova in situazione di bisogno e di svantaggio personale e sociale, di tal modo che gli interventi (di rete) sono quelli che prevengono e rimuovono cause che possono provocare situazioni di bisogno sociale o fenomeni di emarginazione negli ambienti di vita, di studio e di lavoro. Sembra poco, ma a ben considerare si è in un certo senso, circondato il soggetto in ogni possibile manifestazione della sua vita personale e relazionale.

Inoltre l'intervento reticolare è quello che realizza il benessere del singolo e della comunità in cui vive: è evidente la penetrazione dell'ottica della *community care* e dell'approccio ecologico sistemico, a cui s'è accennato. Da ultimo⁶⁹, l'approccio di rete si rivolge alla famiglia per ristabilirne, ove carente, un più idoneo e diretto esercizio delle funzioni e per favorire il processo di deistituzionalizzazione, promuovendo e sostenendo il mantenimento ed il reinserimento delle persone in stato di bisogno nel proprio, o in altro, nucleo familiare o ambiente comunitario idoneo. Il quadro si completa definendo a tutto tondo lo stato di bisogno che attiva il circuito, non limitato alle circostanze di insufficienza reddituale o di incapacità totale o parziale di provvedere ai propri bisogni, bensì esteso a qualunque situazione di bisogno, non astrattamente prevedibile, di carattere affettivo-educativo (art. 4).

Si insiste in più punti circa il coinvolgimento della famiglia nella realizzazione degli obiettivi della legge; ora, considerandola soggetto attivo del sistema socio-assistenziale (art. 6), ora destinataria degli interventi, rispettivamente di prevenzione e promozione sociale (art. 22), di aiuto e sostegno (art. 24), integrativi o sostitutivi (art. 25): il tutto all'insegna della più ampia territorializzazione.

Una componente essenziale degli interventi di rete a cui più volte si è fatto cenno è la partecipazione, su cui sono destinate ad incidere recenti esperienze normative. Infatti, nella misura in cui cresce il numero degli apparati amministrativi e si trasforma il modo di concepire l'amministrazione, sempre più frequentemente intesa come centro erogatore di servizi, è giocoforza che muti il rapporto cittadino-pubblica amministrazione. Mercé la convergenza di tre indirizzi culturali, la democrazia partecipativa e la riforma del procedimento amministrativo, la protezione del consumatore utente ed il penetrare delle esperienze nordamericane e svedesi, il legislatore italiano con due recenti leggi, la n. 142 e la n. 241 del 1990, ha ridefinito la qualità di cittadino in ambito locale, fornendo un quadro normativo di riferimento per le finalità di collaborazione e partecipazione. I punti chiave della riforma si raccolgono sostanzialmente attorno a tre aspetti fondamentali: diritto all'informazione, all'accesso ed alla partecipazione al procedimento amministrativo, sia con iniziative dirette – cioè istanze, petizioni, interrogazioni, proposte referendarie – sia mediante procedure volte ad esprimere esigenze, operare controlli preventivi e successivi, sia attraverso gruppi, convenzioni, spiegazioni orali, sia con la presenza di servizi pubblici gestiti in modo efficiente, anche con la partecipazione degli utenti.

In più occasioni si è sottolineato come la legislazione regionale sia più sensibile e pronta ad attuare la strategia di rete.

Ora, fatto questo breve ed incompleto *excursus* sulla legislazione regionale, si vuol richiamare l'attenzione sulle formule adoperate non per metterle a confronto, né per rilevarne la cogenza, bensì per enuclearne lo stampo sociologico: in altri termini, per mettere in risalto come il diritto si sia appropriato di espressioni che non gli sono congeniali, a causa, probabilmente, della difficoltà di fronteggiare situazioni non nuove, anzi al diritto ben note nel loro concreto prospettarsi, ma assolutamente «inedite» nelle soluzioni proposte. Un ulteriore esempio valga per tutti: il Progetto obiettivo per l'assistenza ai tossicodipendenti della Regione

Puglia (1987). Di esso giova, in particolare, citare la definizione di *day hospital*: struttura alternativa da inserire nella gamma di possibilità di risposte da dare al paziente ed alla sua famiglia, che consente una presa di carico del problema senza disarticolarlo dal contesto di provenienza, mantenendo gli interessati nella rete relazionale all'interno della quale si è formato il disagio, per innescare, utilizzando la stessa, i necessari processi di cambiamento (...). In particolare nell'ambito del trattamento della dipendenza si ritiene fruttuosa l'offerta di un tempo prolungato che offre alla famiglia la possibilità di riconoscere da un lato la malattia psicofisica della dipendenza e dall'altro di riconoscersi quella potenzialità misconosciuta su cui far leva per innescare il reale processo di cambiamento. Ed al Punto 3, in tema di interventi curativi e riabilitativi, sono previste strutture alternative al *day hospital* che si avvalgono di metodologie di acquisizione di abilità relazionali, di *problem solving* e gestione emozionale attraverso moduli operativi a prevalente connotazione occupazionale.

8. Famiglia e procreazione

La famiglia, *rectius* la coppia, è il referente soggettivo della L. 29 luglio 1975, n.405, relativa alla istituzione dei consultori familiari, con compiti di assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità e paternità responsabile, per i problemi della coppia e della famiglia, per la problematica minorile, per la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento, per l'informazione relativa alla gravidanza (art. 1); ed altri compiti sono stati aggiunti dalla legislazione successiva (L. 1978, n. 194 sull'interruzione della gravidanza, L. 1975, n. 685 sulla tossicodipendenza)⁷⁰. Il consultorio, nelle intenzioni del legislatore, doveva essere un servizio a favore della collettività in un determinato territorio che necessitava, per il suo funzionamento, di collegamento con i comitati di quartiere, con gli organi scolastici, con i sindacati. In sostanza, così come congegnato, si presentava come un servizio di rete, di esso contenendo i tratti peculiari: territorialità, coinvolgimento delle famiglie, coordinamento con le istituzioni scolastiche, raccordo con i distretti socio-sanitari. Tuttavia, al pari di analoghe esperienze di lavoro di équipe a livello territoriale, può considerarsi a tutt'oggi un fallimento, atteso che, laddove esiste, funziona al più da poliambulatorio⁷¹.

A parte le leggi regionali di attuazione dei consultori familiari, a cui si rinvia⁷², merita di essere segnalata, data la sua capacità di avvicinare la famiglia in una rete dalle maglie oltremodo fitte, la LR Emilia Romagna, 14 agosto 1989, n. 27 concernente la realizzazione di politiche di sostegno alle scelte di procreazione e di impegni di cura verso i figli.

In essa sono previsti multiformi tipologie di intervento (non sarebbe azzardato dire ogni forma di intervento possibile) a sostegno della famiglia nelle scelte riproduttive. Si va dalla promozione di attività di formazione e consulenza, a forme di cooperazione con gli organi collegiali della scuola, a forme di mutuo aiuto, alla assistenza domiciliare variamente prevista al puerperio, a tecniche di allentamento del carico familiare quali potenziamento di asili nido, centri ricreativi; al coinvolgimento delle strutture sanitarie e socio assistenziali locali con le organizzazioni di famiglie, con famiglie singole, e soggetti non istituzionali che non svolgono attività di lucro.

Se ne ricava la sensazione che, pur nel *mare magnum* servizi introdotti, il legislatore regionale sia riuscito a procedere in modo tutt'altro che caotico e disordinato; e ciò a differenza di molte altre leggi contenitore in cui si rende possibile tutto, ma che lasciano perplessi per il sovraccarico di competenze attribuito a strutture già abbondantemente oberate, lasciando la netta sensazione che si sia voluto fare molto e tutto in un colpo solo, con previsioni di carattere programmatico e di mera facciata, in quanto di difficile realizzazione per la mancata adozione e previsione degli strumenti per renderle poi possibili.

Lasciando da parte il primo titolo, che enuncia i principi generali, particolarmente denso di spunti appare già il secondo: sessualità, procreazione, nascita.

Qui si ha la conferma dell'intenzione di promuovere iniziative, la cui realizzazione, pur restando affidata a soggetti istituzionali particolarmente sovraccarichi di competenze e responsabilità, quali i famigerati consultori familiari, sia stata congegnata in modo tale da farla apparire possibile.

Mentre con l'art. 4 si rimane nell'ambito dei compiti istituzionali dei consultori, specificando funzioni ed attività già loro devolute istituzionalmente, quali l'informazione sui temi della sessualità, il sostegno della responsabilità procreativa, insistendo meritoriamente sulla massima personalizzazione degli interventi e sulla multidisciplinarietà degli approcci; all'art. 5 il consultorio esce da sé, per così dire, calandosi nella rete circostante, attraverso iniziative di sensibilizzazione ed informazione da attuarsi presso sedi di aggregazione giovanile, forme di collaborazione con gli organi collegiali della scuola, con i comitati di gestione sociale dei centri di formazione, finalizzati all'aggiornamento degli insegnanti, al confronto educativo con i genitori, alla formazione degli studenti. Ed inoltre, si dà sostegno ad iniziative particolarmente innovative e qualificanti poste in essere da gruppi, organismi, associazioni giovanili e dei genitori.

In questa legge si ha un chiaro esempio di ciò che significa connettere a rete, integrare il formale con il c.d. informale: i giovani, che sono i destinatari di questi specifici interventi, vengono avvinti in quella sorta di ragnatela di cui si parlava prima (v. *supra* Premessa), costituita dal consultorio familiare (agenzia formale) che coopera con le reti primarie, quelle affettivamente ed emotivamente più vicine, i genitori, allargate fino a comprendere gli organi collegiali della scuola, le aggregazioni gio-

vanili, le associazioni di genitori.

Inoltre il legislatore regionale si fa carico di un sistema articolato di prestazioni denominato «percorso nascita», in grado di fornire, secondo criteri di massima integrazione, fruibilità e coordinamento tra i diversi servizi socio-sanitari coinvolti, un complesso di interventi afferenti alla gravidanza, alla nascita ed al puerperio. A questo riguardo si registra e si guarda favorevolmente alla previsione di non meglio specificati appositi protocolli di collaborazione (art.8.3), onde garantire il coordinamento degli interventi territoriali ed ospedalieri. In aggiunta, il raccordo e la continuità dei diversi interventi devono essere documentati mediante un'apposita scheda a disposizione della donna. Sembra, insomma, che nonostante la laconicità della disposizione, siano stati previsti gli strumenti giuridici attraverso cui realizzare l'auspicata integrazione e continuità dei servizi. In assenza, ci si sarebbe trovati in presenza di ennesime enunciazioni di principio, che ad un esame attento avrebbero prestato il fianco a critiche di astrattezza o quantomeno di vaghezza.

Interessante risulta altresì la previsione di iniziative, anche a carattere sperimentale, che potenzino gli asili nido, attivino, attraverso le strutture esistenti, attività ludiche e socio educative rivolte all'infanzia ed ai genitori stessi, avvalendosi delle iniziative disposte dai gruppi di volontariato e famiglie autorganizzate. Al contempo si favoriscono e riconoscono iniziative sociali di mutuo aiuto, con la promozione di supporti organizzativi e tecnici ed erogazione di contributi economici a loro favore. Anche in questo caso si dà contenuto concreto a queste iniziative delegando la Giunta ad emanare direttive di attuazione, criteri organizzativi e di intervento.

Quando ci si riferisce ai gruppi di mutuo aiuto si pensa a delle reti artificiali in grado di produrre aiuto, cioè sostegno sociale. Le maglie di questi gruppi sono costituite da soggetti individuali (o gruppi, ad es. famiglie) che condividono una medesima situazione, un medesimo carico sociale, ma che a loro volta possono vantare una propria rete naturale di riferimento, grazie alla quale hanno affrontato, o affrontano, la propria situazione esistenziale. Lo scopo della aggregazione è quello di creare un punto di risocializzazione e collaborazione, traendo forza e stimoli dalla condivisione del medesimo problema⁷³: gruppi di famiglie con bambini ritardati, con figli tossicodipendenti, con anziani a carico, gruppi di ex detenuti, ex ammalati psichici, o ancora gruppi di soggetti che abusano di

sostanze alcoliche o stupefacenti⁷⁴.

E queste esperienze di rete sono penetrate nel contesto normativo conservando, almeno in qualche caso, la stessa denominazione con cui sono conosciute dalle discipline sociologiche: l'art.11 L.R Emilia, ult.cit.; l'art. 3 delle L. prov. Trento, 12 luglio 1991, n. 14; l'art. 2.3 della LR Lombardia, 18 maggio 1990, n. 62 (Norme per la prevenzione, cura e riabilitazione delle alcooldipendenze).

Con formule analoghe si allude alle stesse esperienze quando si fa riferimento a famiglie organizzate o gruppi di famiglie che si impegnino a favore della lotta alla droga e al reinserimento sociale dei tossicodipendenti ed alcoolisti: ad esempio, l'art. 99 della L. 26 giugno, 1990, n. 162, l'art. 8, LR Campania 7 gennaio 1988, n. 1 (Interventi in materia di tossicodipendenza e di alcoolismo), l'art. 12, LR Piemonte 23 ottobre 1989 n. 61 (Disposizioni per l'assistenza dei malati di mente e per la riorganizzazione di servizi psichiatrici); art. 1 LR Liguria 8 novembre 1988, n. 59 (Interventi sociali e sanitari per la prevenzione delle tossicodipendenze e per il trattamento dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicotrope).

9. Famiglia e compito educativo

Nell'ottica della connessione a rete rientrano anche quelle normative che aiutano la famiglia nel compito educativo: vi rientrano ad esempio gli asili nido, in ordine ai quali si veda la l. 6 dicembre 1971, n. 1044 (Piano quinquennale per la istituzione di asili nido con il concorso dello Stato)⁷⁵. Il legislatore del '71 sembra avere anticipato il linguaggio della rete quando all'art. 1 definisce un servizio sociale di interesse pubblico, nel quadro di «una politica della famiglia», la creazione di asili nido. Il loro scopo è quello di provvedere alla temporanea custodia dei bambini (da 0 a 3 anni) per assicurare una adeguata assistenza alla famiglia e per facilitare l'accesso della donna al lavoro nel quadro di un completo sistema di sicurezza sociale. Ed abbandonate le affermazioni di principio, l'ottica di rete emerge anche quando si prevede, all'art. 6, che essi siano realizzati in modo da rispondere «sia per la localizzazione, sia per le modalità di funzionamento», alle esigenze della famiglia e che siano gestiti con la partecipazione delle famiglie e delle rappresentanze delle formazioni sociali organizzate nel territorio.

Nel progetto di integrazione famiglia scuola si inserisce altresì la l. 30 marzo 1971, n. 118 (già citata), che all'art. 28 dispone il trasporto gratuito a carico dei patronati scolastici o dei loro consorzi o degli enti gestori dei corsi, l'accesso alla scuola mediante opportuni accorgimenti per il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche che ne impediscono la frequenza.

Ed all'art 1 del dpr 31 maggio 1974 n. 416 (istituzione e riordinamento di organi collegiali della scuola materna, elementare, secondaria ed artistica) si legge: al fine di realizzare la partecipazione nella gestione della scuola dando ad essa il carattere di una comunità che interagisce con la più vasta comunità sociale e civica, sono istituiti... gli organi collegiali... Segue la previsione che il distretto scolastico di cui all'art. 9, una sorta di comprensorio territoriale, realizza la partecipazione democratica della comunità locale e delle forze sociali alla vita ed alla gestione della scuola, in vista... della crescita culturale e civile della comunità locale e del migliore funzionamento dei servizi scolastici. Nello stesso ordine di idee si inseriscono i progetti di scuola a tempo pieno, in tal senso la legge

24 settembre 1971, n. 820. La scuola assume un ruolo sempre più determinante nella comunità locale allorché si tratti di prevenire e recuperare il tossicodipendente, come disposto dalla recente l. 26 giugno 1990, n.162 (aggiornamento e modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n.685, recante disciplina degli stupefacenti, sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza) al titolo IX, ove si dispone in ordine agli interventi informativi ed educativi, coinvolgendo gli insegnanti, gli organi della scuola, le famiglie, i giovani.

10. Inserimento e recupero dei portatori di handicap

Ma è la recente legge-quadro sull'handicap che realizza in maniera organica il fin qui delineato sistema di rete. La famiglia, che è il luogo primario di erogazione dei servizi verso il portatore di handicap, è a sua volta destinataria di un'attività di informazione di carattere sanitario, perché comprendendo l'handicap, possa cooperare all'integrazione sociale della persona handicappata (art. 5, lett. d).

Ogni intervento rivolto al portatore di handicap risulta più efficace se è avviato con la collaborazione della famiglia e della comunità locale (*ibidem*, lett. e); l'impulso al processo di cultura del territorio è dato dall'attuazione del decentramento territoriale dei servizi e degli interventi che rischierebbero l'insuccesso ove non fossero avviati il coordinamento e l'integrazione con gli altri servizi territoriali di base (lett. g) ed iniziative permanenti di informazione e partecipazione della popolazione (lett. g). L'ottica meramente assistenzialistica cede il passo a misure di sostegno di stampo psicologico, psicopedagogico, servizi di aiuto personale e familiare, strumenti e sussidi tecnici: tutti da assicurarsi alla persona colpita da handicap ed alla sua famiglia. I sussidi economici, pur essendo previsti, sono relegati ad un ruolo subalterno, stante che sono espressamente limitati nella misura (a quelli strettamente necessari), nella durata (per il periodo indispensabile) e nelle finalità (favorire l'integrazione sociale del portatore di handicap) (lett. h). La frequenza con la quale si cerca il coinvolgimento della famiglia e della comunità locale cresce nelle norme successive: art. 7 (cura e riabilitazione), art. 8 (interventi di carattere sociopsicopedagogico), art. 12 (diritto all'educazione ed all'istruzione), art. 15 (creazione di gruppi di lavoro per l'integrazione scolastica). Altrettanto frequenti appaiono i richiami a forme di sostegno alternative a quelle economiche e più orientate verso la socializzazione: oltre agli artt. 7 ed 8 citati, l'art. 9 (servizio di aiuto personale), art. 10 (comunità alloggio e centri socioriabilitativi).

La recente L. 8 novembre 1991, n. 831, recante la disciplina delle cooperative sociali si colloca nella politica della rete, per così dire, più in alto (nella rete verticale: soggetto debole, famiglia, sostegno alla famiglia, integrazione nella società) rispetto alle normative finora esaminate.

L'art. 1 definisce le cooperative sociali come quelle aventi lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini, attraverso la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi, o lo svolgimento di attività diverse finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate: *id est*, invalidi fisici, psichici e sensoriali, ex degenti in istituti psichiatrici, soggetti in trattamento psichiatrico, tossicodipendenti, alcoolisti, minori di età in situazioni di difficoltà familiare, condannati ammessi alle misure alternative alla detenzione ed i soggetti indicati con DPCM nei modi all'uopo previsti (art. 4). Potrebbe dirsi che il soggetto «svantaggiato», curato ed assistito, aiutato a costruire, o ricostruire, valide relazioni familiari e sociali, venga ora riabilitato ed inserito socialmente attraverso l'impiego delle proprie energie e capacità in un lavoro produttivo ed accettabilmente remunerato, attraverso soprattutto un lavoro che si svolga entro un contesto socializzante, a diretto contatto con altri lavoratori ⁷⁶.

11. Famiglia: carcere domiciliare

Fin qui s'è vista la famiglia «sanatorio», la famiglia «manicomio», la famiglia «variamente coinvolta nel processo educativo», ma la famiglia può essere anche «carcere domiciliare», come dispone il DPR 22 settembre 1988 n. 448, contenente le nuove disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni.

I genitori, oltre ad essere indispensabili per garantire l'assistenza affettiva e psicologica di cui il minore ha bisogno (art. 12), vigilano sul suo comportamento quando venga disposta la misura della permanenza in casa. Tuttavia, in questo compito non sono da soli, bensì coadiuvati (e controllati) dai servizi di cui all'art. 6 (art. 21. Punto 3). Alla comunità si guarda quando si debba decidere se sostituire la pena detentiva (non superiore a due anni) con la sanzione della semidetenzione o della libertà condizionata: il minore che non possa contare su valide relazioni familiari ed il cui ambiente sociale appaia «a rischio», cioè incidente negativamente (in quanto conflittuale o generatore di comportamenti devianti), non potrà evidentemente godere della sanzione sostitutiva; viceversa, la individuazione nel contesto relazionale ed ambientale del minore di elementi di valutazione positivi comporterà la loro massima valorizzazione per consentire il più rapido recupero del deviante⁷⁷.

In funzione preventiva si veda la l. 19 luglio 1991, n. 216 (Primi interventi a favore dei minori soggetti a rischio di coinvolgimento in attività criminose) e la circolare 10 febbraio 1992⁷⁸. Vi si fa riferimento a varie tipologie di interventi: allontanamento temporaneo dall'ambiente familiare, su segnalazione dei servizi sociali, enti locali, istituti scolastici, autorità di p.s., ex Art. 1, comma 2, realizzato, aggiunge la circolare, in modo da recuperare i rapporti familiari attraverso il mantenimento di contatti tra minori, genitori e familiari; sostegni alla famiglia, che ne rispettino l'autonomia, e ne prevedano la collaborazione in modo da favorire la nascita di una rete di solidarietà e controllo sociale sul territorio; attuazione di centri di incontro e di iniziative di presenza sociale nei quartieri a rischio, coerentemente con il nuovo *trend* della già ricordata *community care*.

12. Reti sociali primarie e secondarie

Muovendoci lungo l'ultima linea direttrice (v., *supra* Premessa) si rivela opportuno occuparsi delle modalità attraverso cui il legislatore ha connesso a rete le strutture di solidarietà primaria con quelle secondarie.

I rapporti con le associazioni di volontariato e gli interventi assistenziali informali possono considerarsi in termini di sostituzione, sostegno, rafforzamento⁷⁹. In altri termini esse non sono, né devono essere un *alter ego* dello Stato, bensì suoi collaboratori. Come già accennato (*supra* Premessa) le forme utilizzate per regolare questi rapporti sono varie e non sempre equivalenti.

Certamente deve evitarsi che lo Stato abdichi alle proprie funzioni istituzionali a favore delle associazioni di volontariato, ma non deve incorrersi neppure nel rischio opposto, che lo Stato, cioè, riconosca ad esse un ruolo subalterno, occasionale e meramente duplicativo rispetto alle funzioni istituzionali pubbliche.

Lo Stato deve, invece, fare da filtro e da collegamento. Perciò non si condivide la formula usata ad esempio all'art. 5 della citata legge regionale del Lazio in tema di assistenza domiciliare agli anziani (LR 2 dicembre 1988, n. 45), ove si prevede la possibilità di avvalersi, per realizzare gli obiettivi della legge, di società cooperative e di associazioni di volontariato appositamente convenzionate, «solo in caso di comprovata impossibilità da parte delle Ussil di provvedere con proprio personale allo svolgimento di prestazioni assistenziali».

Su questa limitazione varrebbe la pena di riflettere. In caso di comprovata impossibilità, dice la norma citata: sicuramente si fa riferimento ad una impossibilità tecnica, cioè di mezzi, di far fronte ad un esorbitante numero di richieste da parte della Usl, e per giunta provata. Solo ricorrendo e documentando siffatta impossibilità sarà possibile avvalersi delle reti secondarie: una intenzione chiaramente enunciata di non voler abdicare alle proprie funzioni istituzionali, ed un ruolo subalterno, sussidiario riservato alle associazioni di volontariato.

Ciò significa che solo a fronte dell'incapacità dell'apparato istituzionale possa ricorrersi al volontariato: il che porterebbe il volontariato non solo ad assumere un ruolo sostitutivo dell'apparato pubblico, inaccettabi-

le, ma altresì a negare la rete (nell'accezione che se n'è accolta), ed a contrastare la possibilità di utilizzare la solidarietà esistente nella comunità, così perpetuando la concezione di uno Stato assistenziale ed accentratore, solo parzialmente attenuata dall'accoglimento delle istanze di deistituzionalizzazione.

Un intervento efficace, sistemico ed ecologico nell'accezione di cui sopra, comporta invece l'avvalersi delle forme di solidarietà esistenti sul territorio, al punto da avviare un processo di «slatentizzazione». Si veda a proposito, l'Art. 2.3 LR Molise, 2 maggio 1990, n. 2, ove si prevede che i Comuni, per realizzare le finalità proprie della legge, favoriscano «la collaborazione del volontariato» ed attuino una politica di incentivi in favore delle iniziative di tipo innovatore e sperimentale.

Si veda altresì, la recente LR Calabria, 5 maggio 1990, n. 46 (Norme per la valorizzazione del volontariato e la regolamentazione dei rapporti con gli Enti Pubblici), la quale, all'art.1, afferma che la Regione riconosce e valorizza le attività delle organizzazioni di volontariato per contrastare l'emarginazione, prevenire e rimuovere le situazioni di bisogno, migliorare la qualità della vita e delle relazioni umane «concorrere» al perseguimento dei fini istituzionali del SSN.

L'art.43 della LR Sardegna, 25 gennaio 1988, n. 4 (Riordino delle funzioni socio-assistenziali), al punto 1, dice che la regione riconosce e valorizza la funzione del volontariato come espressione di solidarietà sociale, momento di partecipazione dei cittadini alla vita della comunità, manifestazione di impegno civile, pluralismo e «strumento» per il raggiungimento di finalità di pubblico interesse; al successivo punto 2, si legge che all'interno dell'organizzazione dei servizi socio-assistenziali la regione riconosce il valore del volontariato, ne favorisce l'autonoma formazione, ne agevola l'impiego e lo sviluppo.

Si aggiunga l'art. 1.2 lett.a) della LR Liguria, 6 giugno 1988, n. 21 (Riordino e programmazione dei servizi sociali) che, enunciando gli obiettivi dei servizi sociali, fa riferimento alla cooperazione partecipativa dei soggetti, famiglie e comunità interessate, in collegamento con i servizi sanitari ed alla collaborazione con altri servizi preposti all'educazione ed al lavoro, per prevenire, rimuovere le cause di ordine economico, psicologico, culturale, ambientale e sociale che possono provocare situazioni di bisogno e fenomeni di emarginazione; in aggiunta, alla lett. f), la norma fa riferimento alla più ampia partecipazione della collettività per ri-

muovere le cause generatrici del disagio giovanile.

A queste norme si aggiunga altresì la recente legge provinciale di Trento, 12 luglio 1991, n.14, citata, per realizzare le cui finalità è opportuno passare attraverso lo sviluppo qualitativo e quantitativo dei servizi, la razionalizzazione della rete delle strutture esistenti (lett. c), lo sviluppo e l'utilizzazione di servizi in grado di coinvolgere l'utente nelle prestazioni (lett. d), la promozione, il sostegno ed il coordinamento degli interventi realizzati dalle organizzazioni di volontariato e del privato sociale (lett. e), la promozione, la valorizzazione ed il riconoscimento della solidarietà familiare (lett. f). La stessa legge tra i soggetti del sistema socio-assistenziale prevede oltre alla provincia, alle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e agli enti pubblici che realizzano attività socio-assistenziali, le associazioni, le fondazioni, le cooperative di solidarietà sociale e le altre istituzioni private che realizzano, senza fini di lucro, attività socio-assistenziali, anche il volontariato e la famiglia (art. 6).

Razionalizzazione all'intera materia ci si augura possa derivare dalla recente approvazione della legge quadro sul volontariato n. 266/1991, con cui si riconosce il valore sociale e la funzione dell'attività del volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà, pluralismo, se ne promuove lo sviluppo salvaguardandone l'autonomia e se ne favorisce l'originale apporto per le finalità di carattere sociale, civile, culturale individuate dallo Stato, Regioni, Province autonome, Enti locali.

In sostanza, si riconosce al volontariato non un ruolo subalterno rispetto ai soggetti istituzionali, né esclusivo e di supplenza, «riparatore» rispetto a funzioni pubbliche⁸⁰, bensì la natura di soggetto con il quale avviare forme di collaborazione su un piano di parità. Le parole chiave sono partecipazione e pluralismo, con la prima si allude, appunto, alla gestione comune dei servizi e con la seconda al riconoscimento normativo dello Stato di benessere pluralista. Perplexità rimangono tra quanti operano nel mondo del volontariato in ordine ai rischi di una possibile manipolazione politico-statuale della solidarietà: la legge, all'art. 3, garantisce l'autonomia del volontariato e lascia libere le organizzazioni di volontariato di assumere la forma giuridica che ritengano più adeguata al perseguimento dei loro fini, salvo il limite della compatibilità con lo scopo solidaristico⁸¹, ma poche norme dopo all'art.6, prevede che l'iscrizione nei registri delle organizzazioni di volontariato è condizione necessaria per accedere ai contributi pubblici, nonché per stipulare le convenzioni e per beneficiare

delle agevolazioni fiscali, di seguito disposte. L'impressione che per questa via si voglia imbrigliare il volontariato sembra più apparente che reale. Difatti, fermo restando che l'associazione è libera di darsi la forma più consona (associazione riconosciuta, non riconosciuta, di fatto), l'iscrizione nei suddetti registri non comporta affatto l'obbligo di passare attraverso il riconoscimento. La condizione richiesta per l'iscrizione è la rispondenza dell'organizzazione ai requisiti posti all'art. 3, cioè l'espressa previsione dell'assenza di fini di lucro, la democraticità della struttura, l'elettività e la gratuità delle cariche associative, la gratuità delle prestazioni fornite dagli aderenti, i criteri di ammissione e di esclusione di questi ultimi, i loro obblighi e diritti, l'obbligo di formazione del bilancio, le modalità di approvazione dello stesso da parte dell'assemblea degli aderenti. Dal punto di vista formale se l'associazione vuole esercitare il diritto all'iscrizione deve conferire all'accordo tra gli associati almeno la forma della scrittura privata di data certa. In sostanza, un'associazione riconosciuta potrebbe vedersi negata l'iscrizione nei registri se priva dei requisiti di cui all'art. 3, ed un'associazione non riconosciuta avente i requisiti necessari potrà ottenere l'iscrizione, l'una e l'altra potranno continuare a svolgere liberamente la propria attività senza l'iscrizione nei registri, in quanto che l'iscrizione non è un obbligo, ma da un punto di vista strettamente giuridico, è un onere, a cui l'associazione si sottopone se vuol godere di vantaggi fiscali e contributi pubblici⁸². Vero è che la legge riconosce e favorisce solo una parte delle azioni volontarie compiute per fini esclusivamente di solidarietà: quelle delle associazioni organizzate. Ne restano fuori l'attività del volontario singolo ed, apparentemente, quelle delle associazioni di mutuo aiuto, dei gruppi di *self help*, delle famiglie autorganizzate⁸³. Relativamente ai gruppi di *self help*, tuttavia, l'esclusione è tutt'altro che pacifica, stante la «stretta contiguità e sostanziale comunanza di problematiche e di prospettive» con il volontariato in senso stretto⁸⁴. La questione appare risolta dal documento approvato dall'Osservatorio Nazionale per il Volontariato⁸⁵, contenente le indicazioni interpretative ritenute utili per l'istituzione e la formazione dei registri regionali del volontariato, che, al punto B) lett. b), stabilisce che nei registri regionali possono essere iscritti anche i gruppi di auto-tutela o di *self help* quando dagli statuti o atti costitutivi o accordi e dalle attività svolte si evidenzia l'apertura dei servizi prestati all'esterno del gruppo e al territorio.

NOTE

- 1) Circa la difficoltà di approccio del giurista a tematiche quali quella de qua, v. LIPARI, PIEPOLI, TAVAZZA, *Volontariato, società e pubblici poteri: la legislazione nazionale e regionale e le convenzioni con gli enti pubblici*, in AA.VV. *Volontariato, società e pubblici poteri*, Bologna, 1980, 121.
- 2) Almeno, secondo un'accezione lata ed in un certo senso onnicomprensiva di rete, atteso che si lamenta un vuoto conoscitivo in tema di reti familiari e di supporto e che si è soliti fare riferimento in maniera pressoché interscambiabile a reti sociali primarie, di solidarietà, di supporto e settore informale.
Per un quadro dettagliato dei molteplici settori in cui la rete viene in considerazione (*network analysis*, *social support*, famiglia estesa modificata, terzo settore), v., DI NICOLA, *Famiglia, reti sociali, servizi di welfare state*, in *La Ricerca sociale*, n. 45, 1991, 9-15.
- 3) V., *La riscoperta delle reti di aiuto, oggi!*, in *Animazione sociale*, Giugno 1990, 22.
- 4) Tendenzialmente, i tipi di azione possibili affinché il diritto positivo inserisca le reti sociali nell'ordinamento in tutta la sua complessità si riducono a tre: a) rafforzamento delle solidarietà associative autonoma, id est gruppi primari, associazioni di volontariato, gruppi di *self-help* e *mutual help*, con cui i governi locali dovrebbero avviare forme di collaborazione, anziché considerarli qualcosa di indifferente, ed in competizione con i servizi istituzionali; b) previsione di meccanismi di raccordo tra operatori formali ed informali; c) sviluppo di interventi di rete, ad esempio attraverso la connessione di famiglie che si aiutano le une con le altre.
Sul punto, v., DONATI, *Nuove politiche sociali e nuovi servizi alla famiglia in Europa*, in AA.VV. *Community care. Teoria e pratica sociale di rete*, a cura di FOLGHERAITER, DONATI, Trento, 1991, 76-77 e 123.
- 5) Lo stesso Consiglio Superiore della Sanità in un documento del 12 marzo 1971 (richiamato da BUSNELLI, *Note introduttive. Commentario alla L. 23 dicembre 1978, n. 833*, in *Le nuove leggi civ. comm.*, 1979, 1190), sostiene la necessità di tutelare l'uomo nella sua «nicchia ecologica».
- 6) V., FOLGHERAITER, *Operatori sociali e lavoro di rete. Saggi sul mestiere di altruista nelle società complesse*, Trento, 1990, 188; cui adde JAMES, *Il sostegno alla famiglia con handicap nell'ottica della community care*, in *Community care*, cit., 147.
- 7) FOLGHERAITER, *Il lavoro di rete*, op. ult. cit., 195-196.
- 8) Sembra opportuno precisare che il «censimento» della legislazione (nazionale e regionale) non ha la pretesa di essere esaustivo.
- 9) Sul punto v., CAFAGGI-GALLONI, *Disciplina e tutela delle situazioni soggettive afferenti agli handicappati*, in *Riv. crit. dir. priv.*, 1986, 170.

- 10) E questo se ci si limiti ad assumere la famiglia come referente della rete.
- 11) Al riguardo si rimanda a COTTURRI, *Volontariato e crisi dello Stato sociale*, in *Democr. dir.*, 1982, 33; LIPARI, *Il volontariato: una nuova dimensione culturale e giuridica del Welfare state*, in *Riv. dir. civ.*, 1982, II, 820 ss; PARACONE, *Il volontariato degli anni '80: realtà e contraddizioni di un fenomeno di rilevanza culturale e politica*, in AA.VV. *Volontariato, società e pubblici poteri*, Bologna, 1980, 27 ss; CAFERRA, *Famiglia ed assistenza: Il diritto di famiglia nel sistema della sicurezza sociale*, Bologna, 1984, 8 ss; COLOMBO, *Principi ed ordinamento dell'assistenza sociale*, Milano, 1959, 5 ss.
- 12) GIUGNI, *Quale avvenire per il Welfare State*, in *Mondoperaio*, 1981, n.4, 33.
- 13) Secondo la definizione di Lord Beveridge, autore del rapporto intitolato *Social Insurance and Allied Services*, pronunciato al Parlamento Inglese nel 1942.
- 14) ROSAVANLLON, *Perché è saltata l'equazione Keynesiana*, in *Mondoperaio*, 1981, n.4, 54-55.
- 15) FOLGHERAITER, *Solidarietà di base ed autoaiuto nel lavoro sociale*, op. ult. cit., 64.
- 16) PERLINGIERI, *La dignità dell'handicappato*, in *Rass. dir. civ.*, 1986, 86-87.
- 17) JOHNSON, *Volontariato e associazionismo familiare nel settore sanitario*, in AA.VV. *Studi interdisciplinari sulla famiglia. Famiglia e salute*, Milano, 1987, 107.
- 18) DONATI, op. cit., 77.
- 19) V., Dichiarazione dell'ONU del 9 dicembre 1975 sui diritti della persona handicappata; la Risoluzione del Parlamento europeo dell'11 marzo 1981 sull'integrazione economica, sociale e professionale dei minorati della Comunità europea; la Convenzione di New York del 30 marzo 1981 relativa ai tossicodipendenti; Risoluzione del Parlamento europeo del 14 maggio 1986 e del Consiglio d'Europa dell'85 relativa alla condizione giuridica dell'anziano.
- 20) Sull'argomento, v., CAFERRA, op. cit., 6 e ss; DONISI, *Verso la depatrimonializzazione del diritto privato*, in *Rass. dir. civ.*, 1980, 644; PERLINGIERI, *Norme costituzionali e rapporti di diritto civile*, ibidem, 95.
- 21) DONISI, op. cit., 684.
- 22) Basti pensare alla insufficienza ed univocità degli strumenti di tutela che (quasi) si esauriscono nella forma del risarcimento del danno, con tutte le difficoltà insite nella individuazione della misura e della natura del danno risarcibile tutte le volte in cui i parametri patrimonialistici della *differenztheorie* mal si attagliano alle situazioni in concreto configurabili: molte e sicuramente destinate a moltiplicarsi.
- 23) La depatrimonializzazione del diritto privato avviene, infatti, attraverso la frantumazione del blocco monolitico costituito dal codice civile ad opera di leggi cosiddette speciali o di settore. V. DONISI, op. cit., 645.
- 24) A testimonianza di quanto siano reali l'apertura e l'attenzione verso le relazioni inter-

personali si noti la frequenza con cui la materia è oggetto dei contributi della dottrina: *ex plurimis*, v., DOGLIOTTI, *La condizione giuridica dell'anziano*, in *Dir. fam.*, 1988, 1856; LISELLA, *Rilevanza della condizione di anziano nell'ordinamento giuridico*, in *Rass. dir. civ.*, 1989, 794; PERLINGIERI, *Diritti della persona anziana, diritto civile e Stato sociale*, in *Rass. dir. civ.*, 1990, 80; PANUNZIO, *Il cittadino handicappato psichico nel quadro costituzionale*, in *Rass. dir. civ.*, 1986, 359; CENDON, *Infermi di mente ed altri disabili in una proposta di riforma del codice civile*, in *Pol. dir.*, 1987, 62.

- 25) Non sembra questa la sede per aprire una parentesi sulla portata delle norme appena citate. Pertanto, si rinvia alla copiosa letteratura sull'argomento: BARBERA, *Principi fondamentali*, sub art.2, in *Commentario alla Costituzione*, a cura di Branca, Bologna-Roma, 1975, 82; PERLINGIERI, *La personalità umana nell'ordinamento giuridico*, Camerino-Napoli, 381.
Sull'art. 32, v., COVIELLO, *La tutela della salute dell'individuo concepito*, in *Dir. fam. pers.*, 1978, 225; POLETTI DI TEODORO, *Il diritto alla salute dallo Stato liberale alla riforma sanitaria*, in *Il diritto alla salute*, a cura di BUSNELLI, BRECCIA, Zani-chelli, Bologna, 1979; CHERUBINI, *Diritto alla salute*, in *Digesto delle discipline privatistiche (sez. diritto civile)*, VI, Torino.
- 26) MORO, *Adozione, affidamento ed affiliazione nel quadro della riforma del diritto di famiglia*, in *Il diritto del minore alla famiglia*, Studi Sassaresi, VII, Napoli, 1979-1980.
- 27) DOGLIOTTI, op. cit., 1856-1857.
- 28) Le scienze sociologiche da tempo sottolineano che la famiglia può essere vista *as a field or as a perspective*, cioè come criterio per orientare le scelte generali di politica sociale. V., DONATI, *Famiglia e politiche sociali*, Milano, 1981, 183; SAGRESTI, *La politica familiare in Europa*, in *La Famiglia*, 1991, 21.
- 29) DONATI, op. ult. cit., 184, cui adde, SACCHETTI, *Tribunale per i minorenni e politica della famiglia*, in *Dir. fam.*, 1990, 621.
- 30) BESSONE, ALPA, D'ANGELO, FERRANDO, *La famiglia nel nuovo diritto*, Bologna, 1977, 37.
- 31) SACCHETTI, op. cit., 623.
- 32) In Europa essa indica tutte le forme organizzate, formali ed informali, che operano per il *welfare state* in un dato contesto locale, mentre negli USA è sinonimo delle cure messe in atto dalla famiglia, parentela, gruppi amicali, vicini, cioè solo da forme spontanee legate da vincoli affettivi primari. V. P. DONATI, op. cit., 74. Sul significato di *community care* si veda anche FOLGHERAITER, *Quale community care? Una teoria ed un modello organizzativo per l'innovazione*, in *Community care*, cit. 11 e ss.
- 33) Sul punto GIOVANARDI, *Dalla riqualificazione del distretto al rilancio della L.n.833*, in *Il bene salute tra politica e società*, suppl. a *Democr. dir.*, 6, 1988, 38-39.
- 34) Tra i secoli XVI e XVIII la famiglia evocava sia l'insieme di parenti non coresidenti,

sia l'insieme di coresidenti non necessariamente legati da vincoli di sangue o giuridici (matrimonio).

Ed il concetto di famiglia allargata spesso si diluiva in quello della comunità circostante, apparendo il concetto di parente fondato più sull'appartenenza alla comunità paesana che non sui legami di sangue: una sorta, insomma di coincidenza tra ambiente sociale e parentela in ambito popolare

Al contempo la parentela «di sangue», anche lontana – e lontana non solo per grado, ma anche per collocazione geografica – rappresentava «un'isola familiare in un mondo esterno considerato estraneo» ed i legami di sangue erano avvertiti dalla comune coscienza sociale come fonte di responsabilità. V., FLANDRIN, *La famiglia. Parentela, casa, sessualità nella società preindustriale*, Milano, 1979, 29, 63-65, 79, 70, 81.

35) BIANCA, *Diritto civile*, 2, Milano, 1985, 4.

36) PERLINGIERI, *Riflessioni sull'unità della famiglia*, in *Dir. giur.*, 1970, 7-8.

37) BARCELLONA, *Famiglia (dir. civ.)*, in *Enc. dir.*, XVI, Milano, 1967, 780. Sulla nozione di famiglia allargata o ristretta, v., PERLINGIERI, *op. ult. cit.*, 7 ss.

38) Di famiglia estesa modificata parla per la prima volta LITWAK, *Occupational mobility and extended family cohesion*, in *American Sociological Review*, n. 1, 1960.

39) BUTELLI, *Volontariato opera di pace*, in *Vol. oggi*, dic. 1991, 2. SANTANGELO, *Alcuni aspetti della riforma del diritto di famiglia particolarmente significativi sul piano giuridico-sociale*, in *Dir. fam.*, 1976, 1266.

40) RODOTÁ, RODOTÁ, *La famiglia nel diritto*, in AA.VV., *Ritratto di famiglia degli anni '80*, Bari, 1981, 159.

41) Parlare *sic et simpliciter* di ritorno alla famiglia parentale potrebbe creare equivoci, dal momento che del ruolo assunto in passato dalla parentela si vuole recuperare solo quello dettato da ragioni «solidaristiche». Invece, la grande famiglia che ha caratterizzato il passato era ispirata da ragioni prevalentemente, se non esclusivamente, economiche.

42) In questo senso, BRUSCUGLIA, *L'interdizione per infermità di mente*, Milano, 1983, 12-16; SCARPULLA, *Competenze e professionalità del giudice tutelare*, in *Dir. fam.*, 1992, 16; ma in senso contrario LISELLA, *Interdizione «giudiziale» e tutela della persona: Gli effetti dell'incapacità legale*, Napoli, 1984, 49 ss; cui adde FORCHIELLI, *Infermità di mente interdizione e inabilitazione*, in *Commentario al Codice civile*, a cura di SCIALOJA.BRANCA, Milano-Roma, 1988 7-8, il quale ritiene che un indirizzo ermeneutico che estendesse la tutela ad interessi extraeconomici metterebbe in crisi lo stesso concetto di incapacità, sebbene nulla impedisca che nella ricostruzione della personalità dell'interdicendo il giudice debba valutare la complessità dei suoi interessi economici e non.

43) Sul punto, V., CENDON, *Infermi di mente ed altri «disabili» in una proposta di riforma del codice civile*, in *Pol. dir.*, 1987, 623 ss.

44) Si veda, invece, la più duttile disciplina francese: il provvedimento ablativo della capacità è l'*extrema ratio*, giacché è prevista la più morbida protezione rappresentata dalla *sauvegarde de justice*, ad attivare la quale è sufficiente che un medico segnali alla Procura la necessità che un proprio paziente, menomato in alcune sue facoltà fisiche o mentali, sia assistito nel compimento di certe attività. E l'assistenza copre l'intera sfera patrimoniale ed esistenziale del soggetto, comprendendo il compimento degli atti di vita quotidiana, quali il pagamento di bollette, riscossione di pensioni ecc. Sul punto, VENCHIARUTTI, *La protezione giuridica del disabile* in Francia, Spagna, Austria. *Prospettive di riforma nel sistema italiano*, in *Dir. fam.*, 1988, 1455; EBENE COBELLI, *La riforma in Francia delle leggi sulle persone e sulla famiglia*, in *Riv. dir. civ.*, 1976, I, 430 e ss; AUSILI, *Incapacità naturale e tutela degli interdetti*, in *Dir. fam.*, 1992, 52 e ss.

45) La scarsità di letteratura scientifica in tema di obbligazione alimentare (rilevata da AULETTA, *Alimenti e solidarietà familiare*, Milano, 1984, 15), la consolidazione delle posizioni assunte dalla dottrina sulle questioni più spinose, ma soprattutto l'erosione dei compiti assistenziali della famiglia in concomitanza con la crescente estensione del sistema di sicurezza sociale, giustificano l'uso dell'espressione «impulso» con riguardo all'istituto de quo.

46) Al punto che ci si domanda che significato abbia la sopravvivenza dell'obbligazione alimentare in un sistema sempre più avviato nel senso della sicurezza sociale. Sull'argomento che evoca la questione della natura dell'obbligazione alimentare si rinvia a AULETTA, *op. cit.*, 15; BIANCA, *op. cit.*, 1985, 355 e ss.; VINCENZI AMATO, *Gli alimenti*, Milano, 1973, 221.

47) AULETTA, *op. cit.*, 16-17.

48) In argomento VINCENZI AMATO, *Gli alimenti*, in *Tratt. di dir. priv.*, diretto da RESCIGNO, vol. IV, Torino, 1982, 828 e ss.

49) V., MANERA, *L'affidamento familiare*, Città di Castello, 1989; AA.VV., *Commentario alla L.n.184 del 1983*, in *Le nuove leggi civ. comm.*, 1984, 6 ss; CENCI, *Minori, parenti ed adozione legittimante*, in *Dir. fam.*, 1990, 1346.

50) L'espressione «parenti tenuti a provvedervi» suscita per più versi perplessità. Infatti, se l'art.148 c.c., anteriormente alla riforma del diritto di famiglia imponeva agli ascendenti l'obbligo di mantenere, educare, istruire la prole in caso di mancanza di mezzi sufficienti da parte dei genitori, la riforma fa obbligo agli ascendenti legittimi o naturali di fornire ai genitori stessi i mezzi necessari affinché possano adempiere ai loro doveri verso la prole.

Sul punto v., FINOCCHIARO, FINOCCHIARO, *Diritto di famiglia*, vol.I, Milano, 1984, 400 e ss. Gli autori negano che la norma sia fonte di un particolare rilievo giuridico attribuito alla famiglia al di là dello stretto rapporto c.d. nucleare, dal momento che, proprio dalla circostanza dell'attribuzione al genitore del potere di pretendere *iure proprio* dagli ascendenti la contribuzione agli oneri in caso di necessità, si deve ritenere che la disposizione sottolinea che, per provvedere al mantenimento, all'istru-

zione ed educazione dei figli e a tutti gli oneri economici della famiglia soltanto i membri di essa (intesa nell'accezione più ristretta) possono ben operare ed imprimere ai cespiti degli ascendenti la destinazione che appare più idonea per perseguire quegli scopi.

51) Sul punto, UBALDI, *Art. 8*, in AA.VV., *Commentario*, cit., 58 e ss.

52) Questo appare l'orientamento più seguito dalla dottrina. Sul punto, tuttavia, si registrano non pochi contrasti. C'è chi sostiene che la categoria dei parenti tenuti a provvedere al minore si identifichi con quella dei soggetti tenuti agli alimenti (BAVIERA, I parenti dei minori in stato di abbandono, in *Dir. fam.*, 1983, 237), o che coincida con quella dei nonni o con quella dei fratelli e delle sorelle (maggioresni) (UBALDI, *op. cit.*, 56). Per una ricostruzione delle varie posizioni della dottrina, v., per tutti, ANSALDO, *Legge sull'adozione e legge sulla cittadinanza. Stato di abbandono del minore e individuazione dei parenti tenuti a provvedere alla sua assistenza. Nota a Cass. civ.*, 27 giugno 1986, n. 4276, in *Giur. it.*, 1987, I, 1873.

53) SCHIPANI, *Art. 1*, in AA.VV., *Commentario*, cit., 4-6.

54) E' l'OMS che, ad Alma Ata, nel 1978 lancia un programma quantomai ambizioso di revisione del sistema sanitario che dovrebbe portare non alla mera estensione dei macro apparati di sicurezza sociale – lenti, burocratici e vieppiù costosi –, bensì all'autocontrollo della comunità.

55) La centralità e l'esclusività del ricovero in ospedale possono aversi per varie cause: sociali, economiche e sanitarie. Tra quelle sociali – ove il sistema di rete si propone principalmente di intervenire – possono annoverarsi la carenza di assistenza domiciliare, familiare, di vicinato e di volontariato.

Esemplare a questo proposito la l. R Piemonte, 10 marzo 1982, n. 7, che, nell'all. 1, dopo aver individuato i diversi servizi territoriali, al par. 25 prevede che le indicazioni di cui ai precedenti punti (...) costituiscono linee di indirizzo in base alle quali operare per procedere al riordino dei servizi socio-assistenziali; laddove l'obiettivo finale è quello di eliminare i ricoveri per motivi esclusivamente economici e sociali.

Le alternative concrete alla istituzionalizzazione selvaggia vengono individuate dalla legge di riforma sanitaria, cit., nei servizi territoriali del distretto sanitario, nel medico di base e nel volontariato: l'ospedale, nella nuova concezione viene ad essere inserito nell'ampia rete di servizi ed interventi orientati al recupero della dimensione sociale della persona, al contempo se ne introduce una accezione più flessibile e meno «istituzionalizzante», quale il *day hospital*.

Almeno nel disegno programmatico, insomma, il medico di base era di importanza fondamentale al pari del distretto che avrebbe dovuto collocarsi tra il primo e l'ospedale. A quasi 15 anni dalla riforma il distretto, relegato a poliambulatorio, non si è mai emancipato dall'ospedale, segnando il fallimento del tentativo di territorializzazione dei servizi. Sul punto, v., BELLETTI, *Il processo di distrettualizzazione. Innovazioni ed esperienze di interventi socio-sanitari*, in *La Ricerca Sociale*, nn. 43-44, 1990, 105.

56) BRUSCUGLIA, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori* (l. 13 maggio 1978, n. 180,) in *Le nuove leggi civ. comm.*, 1979, 192.

57) SCOCA, *L'assistenza psichiatrica nel Servizio sanitario nazionale*, in *L'assistenza psichiatrica dopo la l. n. 180 del 1978, Atti del Convegno nazionale di Roma, 13-14 ottobre 1980*, Milano, 1981, 6-7; GENTILI, *Lo psichiatra di fronte alla legge*, ivi, 2.

58) Numerosi sono i provvedimenti che riguardano i lungodegenti: la legge 4 agosto 1955, n. 692 che assicura la tutela della salute senza limiti di durata alle persone colpite da malattie specifiche della vecchiaia. Preoccupato dalla tendenza alla facile deistituzionalizzazione, dettata unicamente dalla carenza di posti letto – il legislatore del 1968 (L. 12 febbraio n. 132) impone alle regioni di programmare i posti letto degli ospedali tenendo conto delle esigenze dei malati acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti, stabilendo, inoltre che le dimissioni dagli ospedali (e le ammissioni) devono essere decise in base alle necessità dei pazienti.

La l. 23 dic. 1978, n. 833, art. 2, obbliga le Ussl a provvedere alla tutela della salute degli anziani anche al fine di prevenire le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione, indipendentemente dalla causa, dalla fenomenologia, dalla durata delle malattie, le prestazioni devono essere fornite a tutti i cittadini.

La legge 23 ottobre 1985, n. 595 fissa una dotazione media di posti letto di 6,5 per mille ab., l'uno per mille dei quali deve essere riservato per le funzioni di riabilitazione e lungodegenza, con d.m. 13 settembre 1988 si prevede l'istituzione di reparti di lungodegenza per pazienti con forme croniche stabilizzate o anziani ultrasessantacinquenni abissognevole di trattamenti protratti. Il piano poliennale di investimento previsto dalla legge 11 febbraio 1988, n. 67 prevede uno stanziamento di trenta mila miliardi per la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e per la realizzazione di ben 140000 posti letto in strutture residenziali per anziani non autosufficienti che non possono essere curati a domicilio. Con dm 29 agosto 1988 n. 321 2670 miliardi (su 10000) sono destinati alla realizzazione di strutture residenziali per soggetti non autosufficienti, anche di minore d'età. Il Procuratore Generale della Corte dei Conti, nel capitolo riferito alla Sanità, facente parte del giudizio sul rendiconto generale dello Stato per l'esame finale del 1990, ha sottolineato che il diritto alla salute spetta in pari misura a tutti i cittadini e va salvaguardato sull'intero territorio nazionale, senza che l'esigenza di pari trattamento possa essere condizionata da mere norme finanziarie di contenimento, tali da incidere sulle spese farmaceutiche e sui ricoveri ospedalieri.

59) Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni e delle Province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali, emanato in ottemperanza alla legge 11 marzo 1988, n. 67, citata.

60) Si veda una ricerca sull'attività del medico di base da cui risulta che solo il 21,6% delle visite effettuate avviene al domicilio del paziente ed il 78,4% avviene ambulatorialmente; dalla stessa analisi emerge che la frequenza del ricorso al medico cresce in maniera uniforme a partire dalla classe di soggetti aventi età compresa tra i 10 ed i 19

anni, raggiungendo la punta massima tra i soggetti di età compresa tra i 70 e 79 anni. Parallelamente cresce sia il ricovero ospedaliero che la durata del ricovero e che entrambi aumentano nei piccoli centri, probabilmente a causa della minore offerta di servizi specialistici senza degenza. V., *Il medico generico nella medicina di base. Le caratteristiche degli utenti e degli operatori* (a cura di PIPERNO, RENIERI), Milano, 1982.

- 61) Approvato il 15 luglio 1989. Vedine il testo in *Riv. it. med. leg.*, 1989, 1345.
- 62) L. 2 dicembre 1988, n. 80 Norme per l'assistenza domiciliare-.
- 63) L. 2 maggio 1990, n. 21. Interventi a favore delle persone anziane.
- 64) Circa la distinzione tra gruppi di mutuo aiuto e *rap group*, v., SILVERMAN, *I gruppi di mutuo aiuto*, Trento, 1989.
- 65) In tal senso dispone l'art. 54 della LR Liguria 6 giugno 1988, n. 21, Riordino e programmazione dei servizi sociali della regione Liguria.
- 66) L. 25 gennaio 1988, n. 4, Riordino delle funzioni socio-assistenziali.
- 67) Così come previste dalla LR Toscana 31 marzo 1990, n. 35 Attività di telesoccorso e telecontrollo, ma altresì dall'Art. 11 della LR Sicilia, 7 agosto 1990, n. 27 Modifiche, integrazioni ed ulteriori disposizioni per attuare la LR 6 maggio 1981, n.87 e LR 25 marzo 1986, n. 14, recanti interventi e servizi a favore degli anziani e LR 9 maggio 1986, n. 22 di riordino dei servizi socio-assistenziali.
- 68) La LR Liguria 8 novembre 1988, n. 59, che modifica ed integra la LR 12 marzo 1984, n. 14, prevede che il Comitato di cui all'art. 4, comma 2, della legge dell'84 sia composto, tra gli altri, da tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali dei lavoratori maggiormente rappresentative a livello regionale, da un rappresentante degli imprenditori, da un rappresentante del CONI, tre rappresentanti delle confessioni religiose. In questo modo si realizza la più completa rappresentanza di tutti i soggetti istituzionali e non presenti in ambito regionale, consentendo la tessitura di un sistema reticolare dalle maglie oltremodo fitte.
- 69) Il legislatore, anziché partire dagli interventi di rete più vicini al soggetto, ha fatto il percorso, in un certo senso inverso; per questo il sostegno alla famiglia (rete sociale primaria) nell'elencazione delle finalità, quindi della tipologia di interventi, figura all'ultimo posto.
- 70) V., PROTETTI', PROTETTI', *I consultori familiari*, Padova, 1980; LOJACONO, *I consultori familiari pubblici e privati nella legge quadro e nelle leggi regionali*, in *Dir. fam. pers.*, 1977, 1313.
- 71) BELLETTI, *op. cit.*, 105.
- 72) V., PROTETTI', PROTETTI', *op. cit.*, 167 ss.
- 73) E' la funzione terapeutica (o psicoterapeutica) del gruppo di auto aiuto, a cui si aggiungono la funzione di prevenzione, di *advocacy* (o di tutela). Circa le funzioni del *self help*, v., PERA, *Le ragioni ed i problemi di una ricerca nazionale sui gruppi di*

self-help, in AA.VV., *I gruppi di self help. Aspetti e problemi di definizione teorica. Relazioni al seminario di studio* (Firenze, 15 dicembre 1990, Quaderni del Centro Nazionale per il volontariato, Lucca, 13-14).

- 74) FOLGHERAITER, *Lavoro sociale e gruppi di mutuo aiuto*, in *op. cit.*, 88-90.
- 75) La legge è stata applicata solo in parte e solo in poche realtà regionali: dai dati forniti dal Ministero della Sanità (risalenti al 1987) risulta che solo il 5% dei bambini fruisce dell'asilo nido, con intere regioni dove questo servizio non esiste ed altre dove, invece, si sono raggiunte percentuali del 30% di bambini al nido.
In tema di asili nido giova citare la Proposta di legge n. 4169, del 3 agosto 1989. All'art. 1 la proposta considera l'asilo nido come un servizio di supporto per rispondere ai bisogni sociali delle famiglie, per affiancarle nel loro compito educativo, per facilitare l'accesso della donna al lavoro. Temi ricorrenti sono quelli dell'integrazione e raccordo con gli altri servizi educativi, sanitari, sociali rivolti all'infanzia (art.1, punto 3, art.5, art.8), della partecipazione attiva (art.5, lett. d) e del coinvolgimento (art.5 lett.e) delle famiglie. La vera novità è la possibilità, prevista all'art.6, di attuare servizi integrativi al nido. In pratica, per rispondere in maniera più flessibile ai bisogni differenziati delle famiglie sul piano sociale ed educativo si prevede il finanziamento di attività integrative, con modalità strutturali, di accesso e di finanziamento diversificate che consentano anche fruizioni parziali da parte degli utenti, spazi di aggregazione e socializzazione con carattere ludico, culturale ed educativo per bambini ed adulti con bambini, favorendo anche l'attivazione di soggetti non istituzionali, quali gruppi di famiglie, volontariato, cooperative di servizi.
- 76) V., GAUDINO, *Le cooperative finalizzate*, in *Riv. trim. dir. proc. civ.*, 1986, 565 e ss.
- 77) Sul punto, si veda, l'interessante analisi sistemico-relazionale, realizzata attraverso l'uso di un'ecomappa, di casi giudiziari minorili. Vi si sostiene che tracciando, mediante l'ecomappa, la rete relazionale che si sviluppa attorno al minore, l'operatore giudiziario possa agevolmente individuare gli elementi positivi (da valorizzare) e negativi (da recidere), utili per il recupero sociale dell'imputato. PALMA, *Interesse del minore e difesa sociale: un modello di analisi del sistema di relazioni che si costituiscono intorno all'imputato nel nuovo processo minorile*, in *Dir. fam.*, 1990, 1060-1066.
- 78) Circ. Ministero degli Interni e degli Affari sociali n.238/MR.32.
- 79) JOHNSON, *op. cit.*, 109.
- 80) Si veda l'intervento dal titolo «Dagli impegni di Assisi 1 alle realizzazioni e alle prospettive di Assisi 2» del Ministro per gli Affari Sociali alla II Conferenza Nazionale sul Volontariato «Solidarietà e sviluppo» (Assisi, 14, 15 e 16 febbraio 1992), i cui atti sono in corso di pubblicazione, .
- 81) E' di tutta evidenza che non potrebbero assumere la veste di società, in quanto lo scopo lucrativo di queste sarebbe in contrasto con lo scopo non lucrativo delle organizzazioni di volontariato (art.2).

- 82) Sul punto, BRUSCUGLIA, *Gli aspetti privatistici della Legge 266/91*, in AA.VV., *La Legge sul volontariato. Problemi & prospettive. Seminario di Studio* (ROMA, 19 novembre 1991). Quaderni del Centro Nazionale per il Volontariato, Lucca, 1992, 14 e ss.
- 83) Sul punto v., l'intervento del Ministro Iervolino alla Conferenza di Assisi, citata, che ritiene applicabile la legge sul volontariato anche alle associazioni di mutuo aiuto, atteso che la varietà delle realtà sociali sottostanti al fenomeno della solidarietà non consente di distinguere tra gruppi che esprimono la propria attività all'esterno e gruppi la cui attività ricade all'interno. Sull'argomento v., altresì, la compiuta analisi di ARDIGÓ, *Il volontariato nel quadro del pluralismo associativo e di solidarietà e la legge n.266/91*, Intervento alla Conferenza di Assisi, citata.
- 84) BIOCCHI, *Introduzione*, in AA.VV., *I gruppi di self help*, cit., 9.
- 85) Il documento è stato approvato nel corso delle riunioni tenutesi il 6 marzo ed il 16 aprile 1992 ed è pubblicato in *Volontariato oggi*, 1992, n.4, 16-17.

* Questo lavoro è stato realizzato, sotto la direzione scientifica del Prof. L. BRUSCUGLIA, nell'ambito della Ricerca su «Famiglia, Emarginazione sociale e Volontariato» - Convenzione tra il CNR ed il Centro Nazionale per il Volontariato di Lucca 1990-1994.

Atti dei Convegni promossi dal Centro Nazionale per il Volontariato

VOLONTARIATO ED ENTI LOCALI	Lucca, 1984 - a cura di L. Tavazza (Edizione Dehoniane - Bologna, 1985)
PROMOZIONE E FORMAZIONE DEL VOLONTARIATO PER CAMBIARE SOCIETÀ E ISTITUZIONI	Lucca, 1986 - a cura di L. Tavazza (Edizione Dehoniane - Bologna, 1987)
POVERTÀ E MARGINALITÀ: IMPEGNO DI SOLIDARIETÀ E COSCIENZA CRITICA DEL VOLONTARIATO NELL'OTTICA DELLA PREVENZIONE	Lucca, 1988 (Edizione Formez - Roma, 1988)
DAI DOVERI DI SOLIDARIETÀ AL DIRITTO A COMUNICARE: VOLONTARIATO E MASS-MEDIA	Lucca, 1990 (Volontariato Oggi, n. 9/90 e n. 10/90)

Pubblicazioni del Centro Nazionale per il Volontariato

VOLONTARIATO OGGI (1985-1991)	Agenzia mensile di informazione Redazione Lucca.
A DIECI ANNI DAL PRIMO CONVEGNO NAZIONALE DI STUDI SUL VOLONTARIATO	Sintesi dei Convegni Nazionali promossi dal C.N.V. - stampa in Italiano, Francese ed Inglese (1990/91)
IL VILLAGGIO SOLIDALE	Ricerca sui Periodici del Volontariato di Ruggero Valentini - (1990)
I GRUPPI DI SELF-HELP: ASPETTI E PROBLEMI DI DEFINIZIONE TEORICA	Relazioni al Seminario di Studio, Firenze, 15 Dicembre 1990
PARTECIPAZIONE ED EFFICIENZA: IL RUOLO DEL VOLONTARIATO NEGLI STATUTI DEI COMUNI E DELLE PROVINCE	Atti del Seminario - Roma, 6 Febbraio 1991
ADOZIONE ED AFFIDAMENTO VERSO LA RIFORMA	Atti del Seminario - Lucca, 13 Aprile 1991
LA LEGGE 266/91 SUL VOLONTARIATO: PROBLEMI E PROSPETTIVE	Atti del Seminario - Roma, 19 Novembre 1991
IL VOLONTARIATO IN EUROPA	Lucca, 1992
VOLONTARI PER I BENI CULTURALI	Firenze, 1992
IL FONDAMENTO GIURIDICO DELLE RETI	Lucca, 1993
IL BAMBINO ABBANDONATO	Lucca, 1993

Stampa:
NUOVA GRAFICA LUCCHESI
(Lucca)

Copertina:
AGF Comunicazione s.r.l.
(Lucca)

Fotocomposizione
LA BOTTEGA DELLA COMPOSIZIONE
(Lucca)

