

## **Come prevenire le violenze nelle strutture residenziali per minori, adulti e anziani**

(Editoriale)

Purtroppo, la vicenda delle comunità per minori Peter Pan e Trilly descritta in questo numero<sup>1</sup>[1], è solamente la punta di un *iceberg* da cui emerge una parte estremamente ridotta delle violenze e degli abusi perpetrati nei confronti dei ricoverati non in grado di autodifendersi (minori, soggetti con handicap intellettuale grave o gravissimo, persone adulte o anziane colpite da patologie invalidanti o da non autosufficienza)<sup>2</sup>[2].

Al fine di ridurre in tutta la misura del possibile il ripetersi di simili gravissimi fatti, proponiamo alcune misure che dovrebbero essere assunte dagli enti interessati, in particolare dalle Regioni e dai Comuni.

Si tratta, com'è evidente, di una azione preventiva svolta a favore delle persone attualmente assistite, dei cui effetti potranno beneficiare non solo i minori, ma anche tutti quei soggetti – compresi noi stessi ed i nostri cari – che in futuro potrebbero essere colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza. Per il conseguimento di questo obiettivo di civiltà invitiamo tutte le organizzazioni e persone che operano nel settore socio-assistenziale ad intervenire, secondo le modalità che vorranno autonomamente assumere, per promuovere iniziative volte alla tutela dell'integrità psico-fisica dei soggetti assistiti, in particolare quelli ricoverati presso centri residenziali.

### **Responsabilità del settore pubblico in materia dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali**

Com'è noto, tutti i cittadini hanno diritto alle cure sanitarie. Ai soggetti privi dei mezzi necessari per vivere dovrebbero, altresì, essere fornite le prestazioni socio-assistenziali. Dunque, è indispensabile che le Asl e i Comuni assumano compiutamente gli obblighi ad essi attribuiti dalle leggi vigenti evitando, come purtroppo spesso avviene, di scaricare sugli utenti e sui loro congiunti parte delle proprie responsabilità e dei relativi oneri finanziari. Infatti – lo ripetiamo per l'ennesima volta – gli interventi sanitari e sociali, rivolti alle persone non autosufficienti a causa di malattie o di handicap, devono essere assicurati in base alle leggi vigenti dal Servizio sanitario nazionale e dai Comuni. Al preciso scopo di attribuire compiti e costi ai familiari degli assistiti, soprattutto se si tratta di anziani colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza, numerosi enti pubblici richiedono, a volte anche con il ricatto (se non firmi, il tuo parente non verrà assistito), che vengano sottoscritti contratti di natura privata con l'ente che gestisce la struttura di ricovero<sup>3</sup>[3].

Compete, dunque, al settore pubblico (e, certamente, non agli assistiti ed ai loro familiari) l'assunzione di tutte le misure, comprese quelle concernenti il controllo e la vigilanza, volte ad assicurare ai cittadini malati e/o assistiti il miglior benessere possibile; ha, quindi, il dovere di predisporre e approvare provvedimenti idonei sia per garantire il corretto funzionamento dei servizi a gestione diretta, sia per definire in modo compiuto le norme riguardanti l'appalto di prestazioni ad altri enti.

Per quanto concerne gli utenti non autosufficienti degenti nelle strutture residenziali<sup>4</sup>[4], è ovvio che le loro condizioni di vita dipendono in larghissima misura dalle capacità professionali<sup>5</sup>[5] e dal numero del

---

[1] Cfr. l'articolo "Agghiacciante violenza subita dai minori assistiti presso due comunità alloggio di Torino".

[2] Sulle violenze subite dai soggetti deboli, gli articoli usciti su *Prospettive assistenziali* sono riportati nell'allegato 1.

[3] Cfr. "L'integrazione delle rette di ricovero assistenziale da parte degli enti pubblici: un altro imbroglio", *Ibidem*, n. 142, 2003.

[4] È evidente che dovrebbero essere messe in atto le iniziative dirette alla prevenzione delle malattie, del disagio, della non autosufficienza, nonché quelle rivolte alla priorità delle prestazioni domiciliari.

personale addetto, dalla localizzazione delle strutture in cui vivono, dalle condizioni fisiche dei locali (igiene, manutenzione, ecc.) e dalle effettive possibilità per i ricoverati di mantenere frequenti rapporti con i propri congiunti.

Una attenzione particolare dovrebbe essere rivolta alle condizioni contrattuali stabilite per l'affidamento di attività ad enti diversi dalle istituzioni (Asl - Aziende sanitarie locali, Aso - Aziende sanitarie ospedaliere, Comuni singoli e associati, ecc.) alle quali la legge attribuisce la responsabilità della programmazione e gestione dei servizi.

Quale riferimento positivo può essere assunta la delibera approvata dal Consiglio comunale di Torino il 9 dicembre 1998[6], che definisce i criteri e le procedure per l'affidamento a terzi, in particolare dei seguenti servizi: assistenza domiciliare; comunità alloggio per minori, per soggetti con handicap, per anziani e per madri con bambini; centri socio-terapeutici; convivenze guidate; case di ospitalità per persone senza fissa dimora; telesoccorso; soggiorni.

In ogni caso gli enti pubblici devono esercitare una attiva e continua azione di vigilanza sul trattamento riservato agli utenti da essi assistiti, anche nei casi in cui la struttura sia situata al di fuori del proprio territorio. Nell'articolo "L'accreditamento delle strutture residenziali: una procedura utilizzabile anche per negare diritti agli utenti"[7] sono stati messi in evidenza alcuni aspetti fondamentali riguardanti la gestione diretta o indiretta dei servizi che, al fine di una effettiva tutela dei soggetti deboli, meritano di essere approfonditi.

### **Obiettivi del servizio**

La definizione esplicita e dettagliata degli obiettivi del servizio è un aspetto centrale e imprescindibile. Ovviamente le finalità dovrebbero essere viste "dalla parte degli utenti".

In materia di strutture per soggetti con handicap intellettivo, nei relativi provvedimenti deliberativi deve essere chiarito che lo scopo non è principalmente quello custodialistico (e pertanto il personale addetto non va previsto per lo svolgimento prevalente di compiti di badanza), ma è educativo (il che richiede una consistente presenza di educatori).

Per quanto riguarda gli anziani cronici non autosufficienti, trattandosi di persone malate, occorre riconoscere la priorità della cura delle loro patologie, nonché la prevenzione degli aggravamenti e il sostegno psico-sociale.

In Piemonte, mentre in tutte le Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) private i vecchi colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza sono ricoverati come persone che necessitano di cure saltuarie affidate ai medici di medicina generale (svolte solo nei giorni feriali, con esclusione di quelli festivi e prefestivi), in quelle gestite dalle Asl vengono giustamente considerati come soggetti malati. Nelle prime la caratterizzazione è sostanzialmente quella alberghiera; nelle seconde la connotazione è *«prevalentemente*

---

[5] A nostro avviso la capacità professionale comprende non solo gli aspetti tecnici, ma anche l'idoneità a stabilire corretti rapporti umani e relazionali con gli utenti, i loro congiunti ed i colleghi di lavoro.

[6] La deliberazione del Consiglio comunale di Torino del 9 dicembre 1998 ha per oggetto "Principi generali, criteri e procedure per l'affidamento a terzi della gestione dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari. Approvazione del capitolato tipo".

[7] Cfr. *Prospettive assistenziali*, n. 148, 2004.

sanitaria di cura e di accoglienza», com'è, ad esempio, previsto nel regolamento della Rsa Latour gestita dall'Asl 8 del Piemonte<sup>8</sup>[8].

Da notare che nelle Rsa gestite dalle Asl piemontesi, i pazienti ricevono non solo maggiori e migliori interventi sanitari, ma anche prestazioni più adeguate di natura sociale e relazionale. Inoltre, vengono correttamente curati nella struttura in cui sono ricoverati anche nelle frequenti situazioni di emergenza, salvo che si tratti di casi di notevole gravità che impongono il ricovero in ospedale<sup>9</sup>[9]. Invece, nelle altre residenze sono molto frequenti i trasferimenti ai pronto soccorsi, con le note gravi conseguenze negative per i vecchi malati.

### **I criteri di accesso ai servizi**

Nei provvedimenti dei Comuni e delle Asl, i criteri di accesso ai servizi sono quasi sempre ignorati, nonostante siano determinanti per gli utenti. Infatti, le relative norme sono direttamente legate al riconoscimento o meno dei diritti dei cittadini in difficoltà. Ad esempio, per l'ammissione alle strutture residenziali degli anziani colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza occorrerebbe tener conto delle norme di legge (e dello stesso buon senso) che non consentono l'interruzione delle cure sanitarie<sup>10</sup>[10]. Ne consegue che il diritto di accesso alle Rsa, salvo diversa decisione del soggetto interessato e/o dei suoi congiunti, dovrebbe essere sancito in tutti i casi in cui non siano praticabili per qualsiasi motivo (compresa la non disponibilità dei familiari) le cure domiciliari.

Per quanto riguarda il "dopo di noi", ricordiamo per l'ennesima volta l'ancora vigente obbligo dei Comuni di garantire il ricovero dei soggetti in situazione di disagio sociale, compresi quelli colpiti da handicap sensoriali, fisici o intellettivi<sup>11</sup>[11].

Circa l'utenza ammissibile nelle strutture residenziali e in quelle diurne, vi è l'assoluta necessità di impedire la compresenza di soggetti aventi caratteristiche personali incompatibili con quelle degli altri utenti, anche al fine di evitare gli episodi di violenza fra i ricoverati, com'è successo nelle comunità Peter Pan e Trilly che, pur essendo comunicanti fra di loro, accoglievano bambini piccoli e adolescenti con gravi problematiche, di cui alcuni aventi rilevanti disturbi comportamentali o com'è accaduto presso l'Istituto "Villa Cora" di Canelli dove A.L., considerato dagli esperti non più un malato, nonostante oltre 40 anni di degenza in strutture psichiatriche, ha ucciso un altro ricoverato<sup>12</sup>[12].

### **La collocazione territoriale delle strutture di accoglienza**

Com'è evidente, vi è l'esigenza inderogabile che le strutture di accoglienza siano inserite nel vivo del contesto sociale di appartenenza degli ospiti e situate in zone che consentano in tutta la misura del possibile i rapporti degli utenti con la comunità circostante.

---

[8] Il regolamento e il progetto di gestione della Rsa Latour sono integralmente riportati nel n. 146, 2004 di *Prospettive assistenziali*.

[9] Cfr. AA.VV, "Le emergenze nelle residenze sanitarie assistenziali", *Ibidem*, n. 148, 2004.

[10] Nell'opuscolo "I servizi dell'Asl 1 per la persona anziana non autosufficiente" è precisato quanto segue: «Quando una persona anziana viene ricoverata in ospedale per una malattia può succedere che guarisca oppure che restino degli esiti tali da determinare una condizione di non autosufficienza. In questo caso l'ospedale non può dimettere la persona se non sono garantite le cure necessarie presso il domicilio oppure presso una casa di cura oppure presso una struttura residenziale (Raf o Rsa)».

[11] Cfr. Massimo Dogliotti, "I minori, i soggetti con handicap, gli anziani in difficoltà...«pericolosi per l'ordine pubblico» hanno ancora diritto ad essere assistiti dai Comuni", *Prospettive assistenziali*, n. 135, 2001.

[12] Cfr. "Tragica conseguenza del trasferimento di pazienti psichiatriche dalla sanità all'assistenza", *Ibidem*, n. 138, 2002.

La collocazione dovrebbe essere scelta in modo da consentire ai familiari di poter mantenere con i loro congiunti la massima intensità possibile dei rapporti. Allo scopo, le sedi devono essere facilmente raggiungibili con i mezzi pubblici. Non bisogna nemmeno dimenticare che vi sono congiunti dei ricoverati anziani cronici non autosufficienti che hanno un'età anche superiore ai novant'anni<sup>13</sup>[13].

Per questi motivi dovrebbe essere consentito, anzi favorito, il ricovero in una struttura situata vicino ai parenti dell'utente, anche se essa è collocata in una zona al di fuori del territorio dell'Asl di residenza dell'assistito.

Molto spesso, invece di individuare la localizzazione dei complessi residenziali partendo dalla loro raggiungibilità con i mezzi pubblici di trasporto, si ristrutturano costruzioni in disuso, magari da molti anni, non convertibili ad altri scopi ed il cui valore commerciale, di conseguenza, è molto basso.

Non è neanche infrequente che vengano edificate Rsa per anziani non autosufficienti in zone disabitate in modo da ottenere dal settore pubblico la messa a disposizione dei servizi concernenti i trasporti, le condutture dell'acqua, della luce e del gas in modo da poter poi adibire le aree adiacenti all'edificazione speculativa.

Per quanto concerne le comunità alloggio per i minori e per i soggetti con handicap intellettuale grave e gravissimo, si dovrebbe far ricorso in tutta la misura del possibile all'articolo 4 della legge 17 febbraio 1992 n. 179 "Norme dell'edilizia residenziale pubblica che stabilisce quanto segue: *«Le Regioni, nell'ambito delle disponibilità loro attribuite, possono riservare una quota non superiore al 15% dei fondi di edilizia agevolata e sovvenzionata per la realizzazione di interventi da destinare alla soluzione di problemi abitativi di particolari categorie sociali individuate, di volta in volta, dalle Regioni stesse»*.

Dunque, da più di dieci anni, c'è una legge che consentiva e consente di predisporre adeguate strutture abitative (alloggi singoli, appartamenti per convivenze guidate di 2-3 soggetti con autonomia limitata, comunità alloggio di 8-10 posti al massimo) per le persone in gravi situazioni di disagio.

Da tener presente che, utilizzando la disponibilità sopra citata, non solo le persone (minori, soggetti con handicap, anziani, ecc.) non vengono isolate dal tessuto sociale, ma una consistente quota degli oneri economici per l'istituzione delle strutture residenziali è posta a carico del settore casa e non di quello preposto all'assistenza.

La qualificazione professionale del personale addetto e la loro consistenza numerica

Com'è evidente la qualificazione professionale degli operatori addetti ai vari servizi dipende dagli obiettivi individuati dalle istituzioni.

Nei casi di appalto della gestione di attività socio-sanitarie o socio-assistenziali, occorrerebbe che i capitolati prevedessero non solo le varie tipologie del personale richiesto, ma anche l'obbligo della trasmissione all'ente pubblico appaltante della documentazione comprovante la preparazione professionale.

Inoltre, dovrebbe essere stabilito che tutto il personale, sia esso dipendente dal settore pubblico o da quello privato, è tenuto a recare sul proprio vestito una targhetta ben visibile con l'indicazione delle

---

[13] Si parla molto dell'apporto positivo dei congiunti, ma spesso vengono posti ostacoli anche rilevanti. Per esempio, per gli anziani colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza non c'è attualmente in tutta la città di Torino una sola casa di cura privata convenzionata con il Servizio sanitario per la lungodegenza dei suddetti soggetti. Essi vengono, quindi, ricoverati in strutture situate in località anche difficilmente raggiungibili con i mezzi pubblici (Pianezza, San Maurizio e San Carlo Canavese, Arignano, Lanzo).

generalità e del ruolo assegnato, di modo che anche gli utenti ed i loro congiunti possano disporre delle necessarie conoscenze sulla professionalità e sulla funzione svolta da ogni singolo addetto.

### **Indispensabile una rigorosa selezione del personale addetto**

Per quanto concerne le strutture a gestione diretta da parte dei Comuni singoli e associati e quelle la cui conduzione è affidata ad enti pubblici (ad esempio le Ipab - Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza) o ad organizzazioni private, è assolutamente necessario evitare che operino addetti con gravi disturbi della personalità.

Infatti, gli utenti (bambini piccoli, soggetti con handicap intellettivo grave e gravissimo, persone colpite da malattie invalidanti e non autosufficienza, ecc.) non soltanto non sono in grado di reagire alle violenze subite, ma molto spesso non hanno nemmeno la capacità di fornire ai loro congiunti e agli altri operatori informazioni in merito agli abusi patiti, per cui tali situazioni possono anche protrarsi per molti anni.

Ne deriva la necessità che tutti gli operatori, prima di essere assunti per lo svolgimento di attività siano sottoposti, con tutte le garanzie di riservatezza del caso, a un esame approfondito della loro personalità.

Allo scopo riprendiamo una proposta avanzata negli anni scorsi, secondo cui<sup>14</sup>[14] *«centri scientificamente riconosciuti validi, scelti di comune accordo dagli enti e dai sindacati dei lavoratori, dovrebbero essere incaricati di rilasciare una dichiarazione attestante che l'operatore è adeguato per le caratteristiche della sua personalità e per la sua professionalità, a svolgere determinate attività con i minori, i soggetti con handicap grave e gli anziani cronici non autosufficienti. Ovviamente dovrebbe essere garantita la totale riservatezza nei confronti di coloro che non ottenessero la suddetta certificazione, riservatezza totale anche nei riguardi dell'ente pubblico e privato che li ha indirizzati, al quale nulla deve essere comunicato né direttamente né indirettamente, ad esclusione di quanto scritto nella certificazione consegnata direttamente a ciascun operatore ritenuto idoneo».*

### **La questione del turnover**

Di estrema importanza, soprattutto nelle strutture a carattere residenziale per minori o soggetti con handicap o anziani cronici non autosufficienti, è la questione del *turnover*.

Al riguardo, occorrerebbe che sui capitolati di appalto questo problema venisse preso in considerazione e che uno dei parametri utilizzati per la valutazione delle offerte riguardasse proprio il limite massimo ammesso per il *turnover* del personale. Potrebbe essere stabilito un punteggio da utilizzare per l'accertamento dell'ammissibilità e della valutazione delle offerte presentate dalle ditte che partecipano alle gare d'appalto. Potrebbero essere previste anche penali economiche e di altra natura da corrispondere nei casi in cui il livello prestabilito venga superato dagli enti a cui è stata affidata la gestione dei servizi.

Dovrebbero, altresì, essere previste norme che consentano all'ente appaltante di verificare se il gestore mette a disposizione tutto il personale indicato nel capitolato d'appalto. Occorrerebbe, pertanto, prevedere l'obbligo di esporre nelle strutture residenziali appositi tabelloni contenenti l'indicazione del personale che deve essere presente durante i vari turni diurni e notturni, con la relativa qualifica professionale degli addetti.

### **Redazione obbligatoria di progetti personalizzati**

Al fine di garantire corrette prestazioni nelle attività domiciliari, diurne e residenziali, bisognerebbe che per ciascun utente dei servizi residenziali o diurni venisse elaborato un progetto individualizzato, da

---

[14] Cfr. Maria Grazia Breda e Francesco Santanera, *Handicap oltre la legge quadro - Riflessioni e proposte*, Utet Libreria.

predisporre con il concorso dell'utente stesso o dell'esercente i poteri parentali o tutelari o di una persona designata dall'interessato. Il progetto individuale è, dunque, il documento a cui devono fare riferimento sia l'utente (o chi per esso), nonché l'ente appaltante e il gestore delle attività.

Questo strumento consentirebbe di verificare, sulla base di scadenze periodiche, la realizzazione degli obiettivi prefissati (ovviamente variabili a seconda delle esigenze dell'utente), nonché i risultati positivi o negativi conseguiti. L'ente competente per l'erogazione della prestazione dovrebbe avere il compito di controllare l'attuazione del progetto, indipendentemente dal luogo in cui la prestazione viene erogata<sup>15</sup>[15]. Troppo spesso, i servizi che hanno disposto il ricovero non si interessano più del loro assistito, soprattutto nei casi in cui la struttura residenziale si trova in una località esterna rispetto al territorio di competenza.

### **La partecipazione delle organizzazioni dell'utenza**

Com'è già stato rilevato *«se gli enti pubblici ed i gestori privati agiscono, come sempre ripetono, per il benessere degli utenti, dovrebbero essere ben lieti che le forze sociali possano prendere atto del loro corretto operato tramite gli accertamenti diretti compiuti da propri rappresentanti»*<sup>16</sup>[16].

A nostro avviso, l'apporto dei gruppi di base dovrebbe essere positivamente accolto, anzi sollecitato, dalle istituzioni per la predisposizione di adeguati criteri in materia di accreditamento, di capitolati di appalto dei servizi e di convenzioni fra istituzioni pubbliche ed enti privati. Riteniamo, altresì, che alle forze sociali dovrebbe essere riconosciuto un ruolo attivo nelle attività di controllo dei servizi, ad esempio inserendo un loro rappresentante nelle commissioni dei Comuni e delle Asl preposte alla vigilanza.

Per quanto riguarda le attività gestite direttamente dai Comuni singoli e associati, dalle Asl e dalle Aso, ricordiamo nuovamente la delibera promossa dal Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) e approvata dal Consiglio comunale di Torino il 28 febbraio 1983<sup>17</sup>[17], tuttora in vigore, in cui è stabilito che *«l'Amministrazione comunale di Torino assicura alle associazioni dell'utenza e ai movimenti di base la facoltà di accesso alle proprie strutture residenziali socio-assistenziali a carattere diurno e permanente, al fine di osservare e verificarne la gestione sia dal punto di vista dell'idoneità delle sedi che della rispondenza delle prestazioni agli attuali principi educativo-assistenziali ed ai criteri affermati da deliberazioni in materia»*<sup>18</sup>[18].

---

[15] L'ente competente in base alla localizzazione della struttura dovrebbe esercitare la vigilanza sul funzionamento della stessa struttura, sulla compatibilità degli assistiti, nonché sul rispetto delle norme concernenti l'idoneità dei locali, la sicurezza degli impianti, l'alimentazione, la presenza del personale previsto dal capitolato di appalto, ecc.

[16] Cfr la nota 7.

[17] Analoghi provvedimenti sono stati approvati dalla Provincia di Torino il 15 ottobre 1978 e dal Cisap - Consorzio intercomunale dei servizi alla persona dei Comuni di Collegno e Grugliasco (Torino) in data 21 novembre 2002. Cfr. l'articolo "Controllo dei servizi socio-assistenziali da parte dei movimenti di base: una valida delibera", *Prospettive assistenziali*, n. 140, 2002.

<sup>18</sup>[18] Premesso che l'accesso alle strutture *«è consentito, in qualsiasi momento, salvo gravi ed eccezionali motivi dipendenti da cause di servizio che l'Amministrazione comunale giustificherà»*, il provvedimento prevede le seguenti modalità:

- a) le visite sono consentite esclusivamente alle persone munite di tesserino rilasciato dall'Amministrazione comunale;
- b) l'accesso è consentito solo a gruppi costituiti da un minimo di due persone e da un massimo di quattro;
- c) gli incaricati delle associazioni di utenti e dei movimenti di base non possono interferire sul lavoro svolto dai servizi, né manifestare durante le visite giudizi di alcun genere; in caso di inosservanza potrà essere ritirato il tesserino;
- d) eventuali giudizi, osservazioni, critiche, proposte sono presentate dalle Associazioni dell'utenza e dai movimenti di base all'Amministrazione comunale con relazione scritta.

Nella delibera istitutiva della Commissione di vigilanza è precisato che le sue attività «*devono essere finalizzate fundamentalmente a consentire alle associazioni ed ai movimenti di base di conoscere meglio e più direttamente l'effettivo stato di andamento dei servizi, allo scopo di formulare le osservazioni critiche e le proposte sui servizi stessi all'Amministrazione comunale cui spetta il potere-dovere sia politico che amministrativo di controllo e vigilanza sulle strutture socio-assistenziali sia pubbliche che private*».

L'approvazione da parte dei Comuni singoli e associati e delle Asl di analoghe iniziative consentirebbe ai gruppi di base di esercitare una azione molto utile per gli utenti dei servizi, in particolare quelli residenziali. Le funzioni delle commissioni di vigilanza potrebbero essere validamente estese agli enti ai quali viene affidata dai Comuni e dalle Asl la gestione di attività socio-assistenziali, socio-sanitarie e sanitarie<sup>19</sup>[19].

Nei provvedimenti dei Comuni e delle Asl dovrebbe, inoltre, risultare che i volontari che operano nei servizi socio-assistenziali non possono per nessun motivo svolgere attività sostitutive rispetto alle funzioni attribuite agli operatori del settore pubblico o privato; inoltre essi dovrebbero sottoscrivere una impegnativa che li vincoli all'osservanza della totale riservatezza in merito alle condizioni personali, familiari e sociali degli assistiti.

### **Compiti della procura della Repubblica presso i Tribunali per i minorenni**

La legge 149/2001 stabilisce all'articolo 9, comma 3, quanto segue: «*Il procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni, che trasmette gli atti al medesimo Tribunale con relazione informativa, ogni sei mesi, effettua o dispone ispezioni negli istituti di assistenza pubblici o privati ai fini di cui al comma 2. Può procedere ad ispezioni straordinarie in ogni tempo*»<sup>20</sup>[20].

L'applicazione corretta e assidua delle norme sopra citate garantirebbe sicuramente un più idoneo funzionamento delle strutture di ricovero di minori e potrebbe anche determinare una riduzione di questo intervento a favore dello sviluppo degli aiuti ai nuclei familiari di origine e/o degli affidamenti, nonché una diminuzione della durata dei ricoveri stessi.

---

Sull'attività svolta dalla Commissione di vigilanza deliberata dal Comune di Torino, si veda l'articolo di Maria Grazia Breda, «Come le associazioni di volontariato possono tutelare gli utenti dei servizi socio-assistenziali», *Prospettive assistenziali*, n. 140, 2002.

[19] Nella citata delibera del Comune di Torino è previsto che «*l'Amministrazione comunale ritiene, inoltre, di doversi impegnare affinché, nei rapporti convenzionali e non, con le istituzioni sia pubbliche che private in cui sono ricoverate o assistite persone a carico del Comune possa essere inserita la condizione che consente alle associazioni dell'utenza e ai movimenti di base l'attività sopraccitata*» di vigilanza.

[20] Il comma 2 dell'articolo 9 della legge 149/2001 è così redatto: «*Gli istituti di assistenza pubblici o privati e le comunità di tipo familiare devono trasmettere semestralmente al procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni del luogo ove hanno sede l'elenco di tutti i minori collocati presso di loro con l'indicazione specifica, per ciascuno di essi, della località di residenza dei genitori, dei rapporti con la famiglia e delle condizioni psicofisiche del minore stesso. Il procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni, assunte le necessarie informazioni, chiede al tribunale, con ricorso, di dichiarare l'adottabilità di quelli tra i minori segnalati o collocati presso le comunità di tipo familiare o gli istituti di assistenza pubblici o privati o presso una famiglia affidataria, che risultano in situazione di abbandono, specificandone i motivi*». L'omessa trasmissione degli elenchi sopra indicati e le errate informazioni sui rapporti fra i minori ricoverati ed i loro congiunti sono puniti con la reclusione fino ad un anno o con la multa da lire 500mila a 5 milioni (articolo 70, comma 2 della legge 149/2001).