

cation, *The Graduate Education of Physicians*, American Medical Association, Chicago, 1966.

Davis K., Schoenbaum S. C., Audet A. M., "A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care", *J Gen Intern Med*, 2005; 20:953-957.

De Maeseeneer J. et al., *Primary health care as a strategy for achieving equitable care, a literature review commissioned by Health Systems Knowledge Network*, Who, 2007.

Delbanco, Berwick D. M., Boufford J. I., Edgman-Levitan S., Ollenschlager G., Plamping D., Rockefeller R. G., "Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me", *Health Expectations*, 2001, 4, pp.144-150.

Doshi J. A., Polsky D., Chang V. W., "Prevalence and trends in obesity among aged and disabled U.S. Medicare Beneficiaries 1997-2002", *Health Affairs*, 2007; Vol. 26; N. 4, 1111-17.

Federazione italiana medici di famiglia, *La rifondazione della Medicina generale*, Roma, 2007.

Green A., Ross D., Mirzoev T., "Primary Health Care and England: The coming of age of Alma Ata?", *Health Policy*, 80, 2007, 11-31.

Kassirer J. P., "Managed Care and the Morality of the Marketplace", *NEJM*, 1995; 333:50-52.

Klein R., "Big Bang Health Care Reform - Does It Work?: The Case of Britain's 1991 National Health Service Reform", *The Milbank Quarterly*, 1995, Vol. 73, N.3, p. 299-337.

Mackenbach J. P., Bos V., Andersen O., Cardano M., Costa G., Harding S., Reid A., Hemström Ö., Valkonen T., Kunst A. E., "Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries", *International Journal of Epidemiology*, 2003;32:830-837.

National Commission on Community Health Service, *Health is a Community Affair*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1966.

Olshansky S. J. et al., "A potential decline in life expectancy in the United States in 21st century", *N Engl J Med*, 2005; 352: 1138-45.

Royal College of General Practitioners, *The Future Direction of General Practice. A roadmap*. London, 2007. http://www.rcgp.org.uk/PDF/Roadmap_embargoed%2011am%2013%20Sept.pdf

Vuori H., *Health for All. Primary Health Care and General Practitioners*, *Journal of the Royal College of General Practitioner*, 1986, 36, 398-402.

White K. L. et al., "The Ecology of Medical Care", *New England Journal of Medicine*, 1961.

Whitehead M., Dahlgren G., *Levelling up (part 1 & part 2): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*, Who Europe, Copenhagen, 2006.

Who, *Innovative care for chronic conditions, Building blocks for action*, World Health Organization, Geneva, 2002.

Who, Unicef, *Alma-Ata 1978 Primary Health Care*, "Health for all" Series, No. 1, Who, Geneva, 1978.

Amministrazione di sostegno e dipendenze

IL CONTRIBUTO OFFRE UNA RIFLESSIONE TEORICO-PRATICA SULL'APPLICAZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO NELL'AMBITO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE, CON L'INTENTO DI AVVICINARE OPERATORI E FAMIGLIE COINVOLTE, VALORIZZANDONE IL POTENZIALE CREATIVO, LA FLESSIBILITÀ E LA PROSPETTIVA DI EVOLUZIONE.

Silvia Mismetti,* Rosanna Taberna**

Assistenti sociali

* Coordinatore Struttura Hiv, Asl TO3

** Responsabile Disabilità e tutele,

Conisa Valle di Susa

A QUALI AMMINISTRAZIONI DI SOSTEGNO CI RIFERIAMO

La legge sull'Amministratore di sostegno (l. 6/04), entrata in vigore il 19 gennaio 2004, ha modificato alcuni articoli del Codice civile, integrando con il nuovo strumento il precedente sistema di tutele per le persone non pienamente capaci di provvedere a se stesse, con l'attenzione al miglioramento della qualità della vita futura della persona in tutto o in parte incapace, e non alla semplice salvaguardia del patrimonio.

È importante provare a mettere a fuoco le rappresentazioni reali e simboliche che questi termini evocano.

Per l'amministratore proponiamo alcune definizioni:

- c'è sicuramente concordanza nel definirlo una figura di sostegno e tutela temporanea o permanente della persona non autosufficiente, che agisce in modo rispettoso della salvaguardia delle sue autonomie; un amministratore di sostegno che vede l'amministrato come persona che può e deve vivere nel mondo di relazione, conservando e sviluppando al massimo le proprie capacità e potenzialità ed esercita il proprio ruolo come sostegno e non sostituzione;
- è stato proposto da associazioni e Centri di servizio per il volontariato emiliani il progetto "Tutore del cuore"; Parlare di tutore del cuore, trasponendolo all'amministratore, che diventa "amministratore del cuore", evoca l'attenzione alla persona da parte di qualcuno che sappia guardarla con un "occhio affettuoso";
- Cendon,¹ in un recente seminario, ha descritto l'amministratore di sostegno come una figura a metà tra amministratore delegato e angelo custode,

precisando che si tratta di un angelo custode dinamico, che promuove, fa muovere, mette in moto.

Sui possibili beneficiari, li immaginiamo come persone che, a un certo punto della loro vita, fanno fatica a mantenere il controllo di tutto, a gestire se stessi, a garantirsi una qualità di vita soddisfacente.

IL PUNTO DI OSSERVAZIONE DEI SERVIZI

La legge afferma due principi importanti che riguardano i servizi, a proposito di ciò che devono fare e ciò che non possono fare. Principi la cui traduzione pratica solleva alcuni dubbi interpretativi e, soprattutto, difformità nei diversi Tribunali italiani.

Una funzione obbligatoria si colloca nella fase precedente alla nomina dell'amministrazione di sostegno: l'art. 406 c.c., comma 3, prevede che "I responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e nell'assistenza della persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a porre al giudice tutelare il ricorso di cui all'art. 407 o a fornire comunque notizia al PM".

Se è vero che, così prescritto, l'obbligo di segnalare non è un *optional*, tanto che l'omissione comporta il rischio di una condanna risarcitoria in sede civile, è altrettanto vero che la segnalazione era una prassi già consolidata per quei servizi che si occupano di minori, anziani, disabili; diversa è la situazione nei servizi per le dipendenze, laddove il confine tra capacità e incapacità è molto variabile in funzione dell'utiliz-

Prospettive Sociali e Sanitarie
la newsletter

La newsletter di Prospettive Sociali e Sanitarie.

PSS.irs-online.it/newsletter

TAVOLA 1 Tipologie caratterizzanti generali

Una tipizzazione delle persone che possono beneficiare dell'Amministrazione di sostegno è solo esemplificativa e criteri definiti non possono utilizzarsi se non per motivi di semplificazione, mai sostitutivi della realtà singola di ogni persona e delle sue esigenze.

In questi limiti possono essere indicati quali esempi possibili (sempre da valorizzarsi e valutarsi in relazione alle necessità ed esigenze vitali del singolo):

- a. Portatori di handicap fisici (mobilità, gestualità) anche correlati ai luoghi ove vivono.
- b. Analfabeti o persone scarsamente alfabetizzate, in relazione a particolari esigenze di vita e/o rapporti giuridici/economici/sociali.
- c. Persone che hanno subito conseguenze di traumi, interventi e/o con malattie in corso o situazioni di indebolimento/perdita di arti, organi e funzioni.
- d. Situazioni conseguenti a malattie e/o eventi naturali (per esempio, stati vegetativi, ictus), in particolare relazione a specifiche necessità (per esempio, dichiarazione redditi; riscossione stipendi o pensioni; ma anche consenso ad atti terapeutici).
- e. Anziani.
- f. Tossicodipendenti.
- g. Alcolisti.
- h. Portatori di patologie psichiatriche e intellettive.
- i. Coloro che non riescono ad amministrare i propri beni (anche i prodighi), funzionalmente alla realizzazione piena della propria personalità.
- l. Coloro che non sono in grado di curarsi adeguatamente, o di "tenersi" dignitosamente nella vita quotidiana (pulizie, mangiare, medicine), nei limiti in cui si possono superare con l'Ads i condizionamenti personali, funzionalmente alla valorizzazione piena della persona.

A cura di: Sergio Trentanovi, Presidente 3^a sezione civile, Tribunale di Venezia, Giudice tutelare.

zo o meno delle sostanze, l'obbligo di segreto professionale ha molti vincoli, la costruzione della relazione di aiuto implica fiducia e riservatezza.

Queste riflessioni conducono al secondo interrogativo: quali sono i "fatti tali" che potrebbero motivare l'apertura del procedimento? È lo stato di bisogno di per sé, la situazione di pregiudizio, la dipendenza, l'assenza di motivazione alla cura? E ancora: sono fatti a rilievo economico, a rilevanza sanitaria, a ripercussione sociale? Certo la valutazione dell'opportunità è rimessa all'ambito della conoscenza, dei poteri e delle responsabilità proprie di ogni operatore, è la competenza professionale, meglio se multidisciplinare, che permette di valutare le condizioni in cui vive la persona, i possibili progetti e gli strumenti necessari.

La condizione di dipendenza può comportare in alcuni casi uno stato di impossibilità parziale, ma anche stabile, della persona di provvedere ai propri interessi o di compiere quegli atti essenziali per il suo equilibrio esistenziale e per un'oculata gestione dell'eventuale patrimonio. Vi sono casi in cui la persona con problemi di dipendenza, seppure apparentemente orientata nel tempo e nello spazio, non può espletare autonomamente gli atti necessari per la propria vita e quella degli eventuali figli minori, a causa di anomalie comportamentali patologiche, di stato di difficoltà grave e concreta. Per questi motivi, una spiccata propensione per il consumo di sostanze stupefacenti o per il gioco d'azzardo possono costituire una disabilità tale da escludere un'equilibrata possibilità di attendere autonomamente ai propri interessi, con conseguente opportunità della nomina di un amministratore di sostegno (al

quale può essere altresì demandato l'incarico di reperire un posto di lavoro dignitoso, remunerativo e consono alla professionalità del beneficiario).

La seconda prescrizione che la legge offre è rappresentata dall'art. 408: gli operatori dei servizi pubblici o privati che hanno in cura o in carico il beneficiario non possono ricoprire la funzione di amministratore di sostegno.

Fin dal momento dell'emanazione della legge, questo articolo ha creato molto fermento fra gli operatori.

A distanza di quattro anni, possiamo rintracciare tre differenti orientamenti:

- una posizione rigorosa intende escludere tutto il servizio, sia il singolo operatore, sia il responsabile del servizio/gruppo, sia il direttore dell'ente/associazione;
- una seconda posizione differenzia gli operatori, escludendo quelli direttamente coinvolti nella specifica situazione e nominando colleghi o responsabili dello stesso servizio;
- l'orientamento ravvisabile nella pratica del Tribunale di Torino prevede l'attribuzione della nomina al legale rappresentante dell'ente, lasciando agli operatori del territorio e dei servizi la presa in carico e la relazione d'aiuto nei confronti della persona.

Ma qual è il coinvolgimento degli enti socio-assistenziali o sanitari nel sistema degli strumenti di tutela? A che titolo intervengono?

È possibile individuare tre tipologie di azioni che, con stili e modalità diverse, gli enti si trovano a mettere in pratica.

1. Enti che sono "nominati" e che si trovano a esercitare la funzione di tutore e amministratore, attrezzandosi per garantire sia le competenze amministrative, sia le competenze sociali.

Un'esplorazione poco sistematica

realizzata con la collaborazione di alcuni colleghi ha permesso di individuare alcuni modelli organizzativi ricorrenti:

- ufficio dedicato alle tutele, che si avvale di dipendenti impegnati in via esclusiva (esperto legale, esperto contabilità, ragioneria, esperto sociale, educativo) e ausilio di consulenti (propri delle persone oppure facenti parte della rete dell'ufficio);
- ufficio che, tra le altre competenze spesso prevalenti, si occupa anche delle tutele; le funzioni sono svolte da impiegati/funzionari amministrativi in raccordo e collaborazione con operatori e servizi del territorio;
- ufficio che si avvale di consulenti/collaboratori esterni per un monte ore settimanale dedicato alle tutele.

Il Tribunale decide di privilegiare gli enti sociosanitari quando le persone risultano prive di familiari vicini, attenti e disponibili oppure, in presenza di familiari, ritiene di dover evitare la commistione "affetti-interessi", per le conflittualità relazionali, oppure per veri e propri conflitti di interessi.

A seconda della patologia o problema prevalente, si sceglie l'ente, che risulta essere, per le funzioni socio-assistenziali, il Comune o il Consorzio che gestisce tali funzioni su delega dei Comuni e, per le funzioni sanitarie, le Asl.

2. Operatori che seguono con progetti individuali le persone tutelate o amministrate:

- dipartimenti salute mentale per compromissioni psichiatriche, dipartimenti dipendenze patologiche per alcolismo, tossicodipendenza, gioco;
- servizi sociali di Comuni e Consorzi per minori e anziani;
- vari per adulti in difficoltà e persone temporaneamente in difficoltà a gestire se stesse.

Si tratta degli operatori e dei servizi che seguono le persone con progetti individualizzati, mentre la nomina può essere posta in capo al legale rappresentante dell'ente, ai familiari oppure a professionisti (avvocati, ragionieri, geometri).

3. Funzione promozionale per reperire tutori/amministratori, supportandoli nell'esperienza; rientrano sia le attività di sensibilizzazione, pubblicizzazione, formazione rivolte a chi già svolge volontariamente a una popolazione *target*, sia il lavoro concreto nella gestione delle tutele come la fornitura di modulistica e la collaborazione relativamente agli aspetti relazionali, la costruzione di rapporti con la rete, il confronto sul progetto.

Note

1 Paolo Cendon, Docente di Istituzioni di diritto privato, Università di Trieste.

Dobbiamo aggiungere che la legge regionale n. 1 dell'8 gennaio 2004, all'art. 5, attribuisce alle Province l'obbligo di istituire gli Uffici provinciali di Pubblica tutela, con compiti di supporto a favore dei soggetti ai quali è conferito l'esercizio delle funzioni di tutore.

LE POSSIBILI APPLICAZIONI DELLA NUOVA LEGGE

Fin dall'emanazione, la nuova legge ha determinato nuovi scenari, creando fra gli operatori tre differenti aspettative.

- Sostituire alla logica dell'incapacità quella della capacità: non i limiti, ciò che non funziona, l'handicap, la non autosufficienza, la dipendenza patologica, ma le capacità, le risorse, i desideri, le aree di autonomia.
- Creare misure di sostegno su misura, con interventi solo ed esclusivamente laddove la persona non ce la fa da sola, accettare la persona così com'è, rispettarla, accoglierla.
- Trovare modi adeguati per quelle situazioni metà e metà: le persone non sono sane al 100% o malate al 100%, alcuni riescono a occuparsi dei propri interessi "così così", consapevoli per un verso e disimpegnati per l'altro, energici, attivi, ma anche dipendenti e passivi, presenti e assenti al tempo stesso.

In sintesi, si può affermare che il criterio da utilizzare per decidere in relazione alla segnalazione non è più la patologia, ma è il bisogno di rappresentanza/protezione. Tale bisogno può essere ridotto in presenza di pochi rischi per la salute e per il patrimonio, oppure in presenza di un sistema di protezione dato dalla famiglia, dai servizi, dalla struttura residenziale.

Quali indicatori considerare allora, per definire il bisogno di rappresentanza?

L'esperienza depone a favore di alcuni indici di rischio:

- presenza di un patrimonio consistente;
- destinazione dell'unico reddito personale (anche se derivante da pensione) a usi differenti dal mantenimento del titolare;
- conflittualità di rapporto tra i familiari normalmente impegnati nell'assistenza e cura;
- tendenza ad adottare comportamenti maladattivi o di danno diretto per la propria salute;
- assenza di figure con funzioni di consiglio e sostegno e, al bisogno, di rappresentanza;
- condizione di non autosufficienza, con impossibilità, anche parziale, nel provvedere direttamente ai propri interessi e necessità di avvalersi di terzi per l'espletamento di alcune funzioni.

Dopo il primo quadriennio di applicazione, l'esperienza ci permette ora di evidenziare alcune riflessioni, fare bilanci che, seppur provvisori e incompleti, sono ricchi di sperimentazioni reali con protagonisti veri. Il bilancio contempla ambiti di conferma delle aspettative e altri in cui c'è ancora lavoro da fare. Di seguito elenchiamo gli aspetti nei quali l'esperienza ha confermato le aspettative.

- L'amministrazione di sostegno è davvero un vestito fatto su misura per una persona che si autodetermina, senza la connotazione di incapace. Il beneficiario, infatti, pur non avendo il potere di compiere gli atti che formano oggetto di amministrazione di sostegno, mantiene la piena capacità con riguardo agli atti per i quali non è stata prevista una specifica limitazione e in ogni caso per quelli necessari a soddisfare le esigenze della propria vita quotidiana (art. 409 c.c.).

- La persona è posta al centro del suo progetto, che viene costruito in modo condiviso, attraverso dialogo alla pari, valutazione dei costi/benefici, analisi delle possibili scelte; per poter decidere, le figure di sostegno devono anzitutto conoscere; conoscere, a sua volta, significherà essenzialmente comprendere, o almeno cercare di farlo: chi è in effetti l'interessato, da dove viene, cosa vorrebbe realizzare nel futuro, con quali mezzi finanziari.

- Il progetto non è relativo solo al patrimonio, ma alla qualità di vita, tenendo conto dei desideri, degli orizzonti, delle motivazioni che lo guidano; occorre non solo parlare, ma ascoltare, comprendere, interpretare il linguaggio non verbale, possedere capacità relazionali; l'amministratore discute e informa l'assistito sui passaggi importanti, il tenore di vita commisurato al reddito, le vendite di beni, come e quanto investire risparmi, dove vivere, gli esiti degli accertamenti clinici, l'aggravamento di invalidità, il rapporto con i parenti.

- Rapporto diretto e sinergico fra Tribunale e persona, Tribunale e servizi: le persone sono ascoltate in tribunale e con i servizi si tende alla collegialità e interdisciplinarietà.

- Non ci sono più solo automatismi: per creare il vestito su misura il giudice deve poter disporre di flessibilità e gradualità, a lui è demandata, infatti, la valutazione delle residue capacità del soggetto e l'individuazione della soluzione più idonea per contemperare le esigenze di tutela da un lato e la minor invasività possibile della misura protettiva dall'altro.

LA RELAZIONE INDIVIDUO/SOSTANZA

Nell'ultimo decennio, l'atteggiamento dei consumatori nei confronti

delle sostanze psicoattive è andato modificandosi radicalmente, per quanto riguarda sia le sostanze consumate, sia gli stili di consumo, sia la tipologia dei consumatori. In passato, da qualsiasi versante lo si prendesse in considerazione (consumatori o risposte attivate dai servizi), il mondo dei consumi di sostanze stupefacenti era dominato dalla tossicodipendenza da eroina, essendo anche il mondo dell'alcol (che come fenomeno non è mai stato di scarse dimensioni) marginale all'insieme di questo comparto di risposte strutturate. Il passaggio dall'utilizzo di eroina all'uso di altre sostanze, e specialmente al poliabuso, ha comportato la necessità, evidenziata anche dal sociologo Alain Ehrenberg (1991), di acquisire una visione nuova del tossicodipendente, che rompe con l'immaginario della devianza. Nel considerare la condizione di tossicodipendenza, si parte dall'idea che questa non è soltanto un modo del singolo per esprimere disagio (cosa da cui conseguirebbe che in cambio dell'agio si potrebbe rinunciare alla droga), ma è una vera e propria patologia che interviene con profonde trasformazioni della (e nella) persona. L'esperienza di lavoro nei Servizi per tossicodipendenti permette di osservare diverse modalità con cui gli individui si relazionano alle sostanze. L'incrocio tra soggetto e sostanza, in uno specifico contesto, può determinare diverse possibilità di relazione: dal punto di vista clinico se ne schematizzano quattro tipi (*Dsm-IV*, 2002).

- "Uso": l'assunzione di sostanza non viene evidenziata come problema dall'individuo, dal contesto relazionale, e neppure dal punto di vista giuridico o sanitario.

- "Abuso": l'assunzione è un problema per il contesto in cui avviene (conflitti relazionali, compromissione del proprio ruolo sociale, problemi giuridici o sanitari).

- "Dipendenza": l'assunzione diventa una modalità obbligata che è messa in atto per colmare una disfunzione neurobiologica, emotiva, cognitiva indotta dall'assunzione ripetuta della sostanza stessa.

- "Mania": l'assunzione peggiora nel tempo il funzionamento neurobiologico, emotivo, cognitivo, comportamentale dell'individuo, allontanando la possibilità della ripresa di un equilibrio utile a un funzionamento normale.

GLI INDICATORI DI RISCHIO: DALLA RAPPRESENTAZIONE TEORICA ALLE STORIE DI VITA

Di seguito sono illustrate le storie di persone che rappresentano casi emblematici per alcuni indicatori di rischio.

Demenza correlata a immunodeficienza acquisita

Gaspere ha 42 anni, vive con la madre (75 anni) ed è il primo di due figli, il fratello è sposato.

Ha avuto riscontro di positività Hiv nel 1997 e si presenta in una grave condizione di deterioramento neurologico, afasia e demenza in Aids, è stato dichiarato invalido civile totale permanente ed è titolare di pensione di invalidità civile e, dal 2007, anche di indennità di accompagnamento.

Dal gennaio '98 è stato seguito presso l'ospedale delle malattie infettive ed è tuttora in trattamento con terapia antiretrovirale; fino all'estate 2006 assumeva i farmaci sotto il controllo della madre. Con il ricovero della madre in clinica, la gestione familiare è passata interamente al fratello, che in un primo momento è stato individuato come tutore per entrambi.

Sotto il profilo clinico, Gaspere presenta un quadro di deficit di autonomia conseguente alla complessa condizione clinica, così da necessitare di accudimento e sorveglianza, sia per la corretta assunzione delle diverse terapie farmacologiche, sia per il compimento di alcune azioni igieniche come radersi o tagliarsi le unghie.

Dopo l'ingresso al Centro diurno Hiv, gli operatori hanno subito rilevato che a casa non venivano garantiti quel livello di attenzione e accuratezza che le condizioni del paziente richiedevano.

In generale, i bisogni espressi riguardavano, da un lato, la sfera sanitaria e, dall'altro, l'area dell'autonomia e del senso di autoefficacia, in un'esistenza fortemente menomata dalla malattia.

La condizione di trascuratezza veniva rilevata quotidianamente dagli operatori del Centro diurno, che in molte occasioni si sono trovati a dover affrontare sia le emergenze sanitarie dovute alla mancata somministrazione delle terapie per il diabete, sia le improcrastinabili cure igieniche non eseguite a casa. Anche la condizione psicologica di Gaspere risentiva del clima di trascuratezza e dei maltrattamenti morali e fisici subiti, che si manifestavano con crisi di pianto e stati di profonda prostrazione.

A tutto ciò si aggiungeva una generale preoccupazione per la gestione della pensione di invalidità da parte del fratello, che prelevava l'intero importo mensile dal libretto senza provvedere adeguatamente alle derrate alimentari. Da un lato esisteva una domanda di tutela, dall'altro si temevano ripercussioni da parte del fratello.

Dopo che il servizio ha segnalato il caso al Giudice tutelare, l'incarico

di tutela provvisoria è stato revocato, con passaggio della tutela all'Azienda sanitaria.

Ciò ha determinato l'apertura di un conto corrente intestato all'interessato presso la Banca d'appoggio dell'Asl, ove versare la pensione, e l'autorizzazione al tutelato di prelevare, accompagnato dagli operatori della Struttura di convivenza guidata, un cifra mensile da destinare liberamente alle spese personali e un'ulteriore quota per generi alimentari a titolo di contributo all'economia domestica.

La scelta di restituire al tutelato la gestione di parte della pensione ha rappresentato per lui uno stimolo di ripresa, uno slancio verso il recupero di un poco dell'autonomia perduta con la malattia e con la gestione infantilizzante e strumentalizzante del fratello.

La capacità di declinazione a "spettro ampio" dell'istituto giuridico della Tutela mostrata dal funzionario dell'Ufficio tutele ha aperto la via a un "progetto di sostegno" che rompe con la logica dell'interdizione. Ne è derivata un'esperienza che ha in comune con l'amministrazione di sostegno la caratteristica di "sostenere progetti esistenziali", dove si individuano obiettivi educativi su misura e che possono restituire anche a individui più incapaci una prospettiva evolutiva prima inconcepibile.

Stato di coma temporaneo

Roberto ha 38 anni, vive solo, ha una diagnosi di Hiv, un lungo trascorso di tossicodipendenza, in trattamento dal 1998 presso un Ser.T., mantiene uno stile di vita ancora irregolare, svolge lavori saltuari, non ha una rete amicale stabile; trascorre il tempo libero, in particolare le serate, nei locali pubblici dove incontra persone sempre diverse. In una di queste sere subisce un'aggressione che gli procura gravi lesioni cerebrali. Ricoverato in ospedale, i sanitari rilevano l'esistenza di uno stato di coma non ancora definibile come permanente seppure con basse possibilità di recupero. I sanitari dell'ospedale coinvolgono la famiglia e il Ser.T. per formulare il progetto di assistenza, ipotizzando di reperire un posto in una struttura residenziale di lungodegenza. Emerge l'esigenza di avviare le pratiche previdenziali per il riconoscimento dell'invalidità civile, di regolamentare i rapporti bancari in essere, risolvere il contratto di locazione, sgomberare l'alloggio, avendo cura di custodire tutti i beni materiali e affettivi. Agli operatori coinvolti appare necessaria la segnalazione per l'attivazione di una misura protettiva. La scelta depone a favore dell'amministrazione di

sostegno, valutando l'esigenza di intervenire rispetto agli atti necessari in questa fase della vita.

L'amministratore si attiva fin da subito per:

- presentare la richiesta per la pensione di invalidità e seguirne l'*iter* correlato alle provvidenze economiche;
- individuare la struttura residenziale più idonea rispetto alla situazione clinica, alle potenzialità prognostiche, al mantenimento dei rapporti con le persone significative (familiari, operatori);
- reperire una sistemazione provvisoria per il mobilio e i beni personali e risolvere i contratti aperti (locazione, utenze);
- decidere in merito alle sorti dell'automobile di proprietà.

Disponibilità di denaro

Il terzo indicatore di rischio è individuato nella consistente disponibilità di denaro, laddove questa sia causa di interruzione e fuga dai trattamenti terapeutici. È immediato qui il collegamento al concetto di "prodigabilità o abuso abituale di bevande alcoliche o stupefacenti" non in quanto tali, ma quando "espongono sé o la famiglia a gravi pregiudizi economici" che l'art. 415 del Codice civile prevedeva come condizioni di possibile inabilitazione.

Sono tante le situazioni che si presentano nell'immaginario degli operatori in cui l'attenzione alla riservatezza e il timore di interruzione della relazione d'aiuto sono prevalse rispetto allo sgretolamento di patrimoni consistenti, in alcol, droga, condotte correlate.

Vulnerabilità psicologica ad alto rischio

Per meglio illustrare il quarto indicatore di rischio, si cita un'importante decisione del Tribunale di Modena² che, riconoscendo la tossicodipendenza come una forma di disabilità che può comportare la mancata possibilità di attendere autonomamente ai propri interessi, ha disposto la nomina di un amministratore di sostegno per una ragazza tossicodipendente. Il ricorso finalizzato alla nomina di un amministratore di sostegno è stato proposto dai nonni di una ragazza tossicodipendente, rimasta sola e madre di due figli. Le motivazioni che sottolineavano che la signora era tossicodipendente, lavorava *part-time* dal modestissimo stipendio, era madre di due figli minori, separata dal marito, nonché nuda proprietaria di un consistente patrimonio immobiliare che la stessa

Note

² Decreto dell'8 febbraio 2006, pubblicato da Anna T. Paciotti in *studiodilegalelaw.it*

aveva ereditato dai genitori, entrambi recentemente scomparsi, presentava un comportamento e uno stile di vita instabile, in relazione sia alla coltivazione di relazioni extraconiugali con uomini inaffidabili e talora occasionali, sia a causa dell'uso abituale di sostanze stupefacenti. Su queste basi, i ricorrenti hanno posto in evidenza lo stato di impossibilità parziale, ma attualmente stabile, della persona di provvedere ai propri interessi e, per l'effetto, la necessità di suo sostegno per affiancarla e/o sostituirla nel compimento di atti essenziali per il suo equilibrio esistenziale e per un'oculata gestione di un patrimonio destinato a un significativo rilievo anche per la vita dei due figli minori della persona. Il Tribunale, a seguito dell'esame della beneficiaria del provvedimento, ha rilevato che la stessa, "pur apparentemente orientata nel tempo e nello spazio, si trova, a causa delle motivate e constatate anomalie comportamentali patologiche, in uno stato di difficoltà grave e concreta, di compiere in modo autonomo gli atti di cui in premessa" ed ha accolto il ricorso, nominando un amministratore di sostegno. Inoltre, il Magistrato ha affermato che la nomina di un amministratore di sostegno fosse individuabile, necessariamente e a fronte della palese inesistenza di parenti idonei (troppo anziani i ricorrenti e non affidabile il compagno attuale della beneficiaria), nella figura di un professionista di fiducia del Giudice Tutelare, al fine di predisporre e realizzare un progetto di sostegno a tutela della salute e degli interessi esistenziali della persona, prima ancora che del suo patrimonio (per certo non insignificante) e della tranquillità economica di un percorso di vita che è, allo stato, di prevedibile lunga durata.

CONCLUSIONI

L'amministrazione di sostegno può essere positivamente adottata a favore delle persone con problemi di dipendenza patologica.

Nell'esperienza lavorativa si è evidenziato che la misura di protezione può essere promossa in presenza di alcune condizioni di rischio:

- presenza di demenza correlata all'immunodeficienza acquisita o a diagnosi di grave dipendenza alcolica;
- stato di coma temporaneo, conseguente all'abuso di sostanze o a incidenti correlati allo stile di vita tossicomane;
- disponibilità di denaro che interferisce con il buon esito del trattamento riabilitativo;
- situazione di vulnerabilità psicolo-

gica con rischio di attaccamento patologico a persone distruttive (spacciatori, protettori), collegate al consumo di sostanze.

La ricerca di questi indicatori di rischio rappresenta un'iniziale riflessione teorico-pratica per l'applicazione della nuova normativa nell'ambito delle dipendenze patologiche, per nulla esaustiva, proposta con l'intento di far avvicinare gli operatori e le famiglie coinvolte a uno strumento nuovo, caratterizzato da un potenziale creativo e flessibile, capace di recuperare una prospettiva evolutiva.

Bibliografia

AA. VV., *L'amministrazione di sostegno. Una nuova legge per nuove opportunità. Vademecum per gli operatori*, Regione Emilia Romagna, 2004-2005.

AA. VV., *Tutela, curatela e amministrazione di sostegno. La centralità della Persona nell'approccio multidisciplinare alla fragilità*, Giappichelli, Torino, 2008.

Associazione Tutori Professionisti Egida, *Misure di protezione delle persone prive in tutto o in parte di autonomia. Amministrazione di sostegno, curatela e tutela*, Raccolta Atti del Seminario, Torino, marzo-maggio 2004.

Associazione Tutori Professionisti Egida, *L'amministratore di sostegno: una figura a supporto delle persone fragili*, Seminario formativo-informativo, Provincia di Biella, 2005.

Associazione Tutori Professionisti Egida, *Amministrazione di sostegno*, Regione Piemonte.

Associazione Tutori Volontari, "Sulla proposta di abolizione dell'interdizione e dell'inabilitazione", *Prospettive Assistenziali*, 155, 2006.

Bonavolontà L. M., *Formulario dell'amministrazione di sostegno*, Giuffrè, Milano 2005.

Bortoluzzi A., *L'amministratore di sostegno. Applicazioni pratiche e giurisprudenza*, Utet, Torino, 2005.

Cassano G., *L'amministrazione di sostegno*, Halley, Matelica (MC), 2006.

Cendon P., *Amministrazione di sostegno e combinazioni antropologiche*, articolo consultabile su www.altalex.com

Cendon P., *Applicare la Legge sull'Amministratore di Sostegno*, R.E.R., Comune di Bologna, Istituzione "G. F. Minguzzi", 2005, articolo consultabile su www.filodiretto.it

Cendon P., "Tutela legale e patrimoniale. Finalmente l'amministratore di sostegno", *Mobilità*, 31, VI.

Condò G. F., *L'attività negoziale dell'amministratore di sostegno*, relazione al Convegno "L'attività negoziale dell'amministratore di sostegno", Milano, 18 giugno 2004, <http://www.federnotizie.org/2005/marzo/amminisostegno.htm>

Dsm-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano, 2002.

Ehrenberg A., *Le culte de la performance*, Hachette, 1991.

Ferrando G., *L'amministratore di sostegno*, Giuffrè, Milano, 2005.

Ferrando G., Lenti L. (a cura di), *Soggetti deboli e misure di protezione: amministrazione di sostegno e interdizione*, Giappichelli, Torino, 2006.

Giacco L., "L'amministratore di sostegno a protezione delle persone prive di autonomia", *Servizi sociali oggi*, 3, 2004.

Maravita L. (a cura di), *Amministratore di sostegno*, Vita e Pensiero, Milano 2005.

Mauri F., "Amministrazione di sostegno: una nuova cultura della tutela", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 6, 2005.

Napoli E. V. (a cura di), *Gli incapaci maggiorenni. Dall'interdizione all'amministratore di sostegno*, Giuffrè, Milano, 2005.

Nocera S., "Amministratore di sostegno: ora la legge c'è", *Rivista del volontariato*, 4, 2004.

Patti S. (a cura di), "L'amministrazione di sostegno", *Famiglia quaderni*, 4, 2005.

Pini M., *Amministrazione di sostegno e interdizione*

zione: la riforma del sistema di protezione delle persone prive di autonomia, Il sole-24 ore, Milano, 2004.

Selleri G., "Nasce l'amministratore di sostegno", *Sempre*, 4, 2004.

Trentanovi S., "L'istituto giuridico dell'amministratore di sostegno", *Polis*, 112, 2004

Vitolo F., Marchi L. (a cura di), *Per esserti d'aiuto. Una guida per conoscere l'amministratore di sostegno*, Fondazione dopo di noi, Bologna, 2006.

Vitolo F., "L'amministratore di sostegno", *Terzo settore*, 11, 2004.

Vitolo F., *L'ABC per l'amministratore di sostegno*, Progetto "Tutore del cuore" C.S.V., Modena.

SEGNALAZIONI

Isae, Ires Piemonte, Irpet, Srm, Irer

LA FINANZA LOCALE IN ITALIA

Franco Angeli, Milano, 2007

Come tradizionalmente accade negli ultimi mesi dell'anno, il tema della finanza degli enti locali assume caratteri di grande attualità – per la coincidenza con l'approvazione della Legge Finanziaria – ma anche di grande problematicità. La finanza locale italiana è infatti oggi, forse più che in ogni altro momento, stretta fra le opportunità (ma anche i costi politici) dell'autonomia e le necessità di controllo macroeconomico dei saldi della finanza pubblica. La "via italiana al federalismo" è oltretutto resa più ardua dalla presenza di forti divari territoriali che rendono più difficili sia la concessione che l'esercizio dell'autonomia. È sembrato pertanto opportuno, a partire da questa seconda edizione 2006 del Rapporto su "La Finanza Locale in Italia", estendere il gruppo degli istituti promotori ad un qualificato Centro Studi del Mezzogiorno che contribuirà a fornire anche questo particolare punto di vista sui fenomeni della finanza locale. Nella prima parte del volume sono descritte le tendenze più recenti della finanza di Province e Comuni, mentre nella seconda parte sono analizzati con maggior dettaglio alcuni aspetti ritenuti fondamentali per il futuro delle autonomie locali: i nuovi criteri di determinazione dei trasferimenti, le potenzialità che si aprono per la tassazione immobiliare, le innovazioni nei sistemi informativi e nelle forme di gestione dei servizi. Come è tradizione del Rapporto, ad ogni trattazione generale di un tema seguono l'esposizione e la valutazione di un'esperienza concreta che è risultata particolarmente significativa. Infine, una rassegna europea dei metodi di determinazione dei trasferimenti erariali agli enti pubblici conclude il Rapporto.