



In Italia sono 30mila i bambini allontanati dai genitori: il business vale oltre un miliardo

Il far west delle case famiglia

Provvedimenti frettolosi e controlli assenti - Ed è allarme psicofarmaci

DI FLAVIA LANDOLFI
E MANUELA PERRONE

Vivono lontani dalla propria famiglia, sradicati spesso in tenera età e a tempo indeterminato. È l'esercito dei quasi 30mila bambini e adolescenti che, per effetto di un provvedimento giudiziario, finiscono nelle case di famiglie affidatarie o nelle comunità. Con procedimenti spesso frettolosi e privi di istruttoria, lasciati all'arbitrio di giudici, periti e assistenti sociali.

Secondo l'indagine «Bambine e bambini temporaneamente fuori dalla famiglia di origine» commissionata dal ministero del Welfare all'Istituto degli Innocenti di Firenze, alla fine del 2010 in Italia c'erano 14.528 minori in affidamento familiare e altri 14.781 in comunità residenziale o casa famiglia. Con un aumento del 24% rispetto al 1999. Il rapporto tace sul numero delle strutture, difficilmente mappabile anche per la velocità con cui aprono e chiudono. Una stima non recente parla di 1.800 centri con alcune Regioni (Emilia Romagna, Lazio, Lombardia e Sicilia) che registrano una concentrazione di 300 strutture.

«In Italia non esiste alcun database per monitorare il fenomeno del disagio minorile e delle strutture che ospitano i minori allontanati», dice **Vincenza Palmieri**, presidente dell'Istituto nazionale di pedagogia familiare e autrice con **Antonio Guidi**, ex ministro della Famiglia, e l'avvocato **Francesco Miraglia** del volume «Mai più un bambino»

(Armando Editore). «La parola giusta è "reclusi" - continua la pedagoga - perché quella nelle comunità è nella maggioranza dei casi una reclusione ingiustificata, una frattura grave tra il bambino e la famiglia». Bando alle generalizzazioni, ripetono gli esperti, ricordando che ci sono strutture che funzionano e operatori eccellenti. Però concordano su due evidenze: la mancata presa in considerazione di soluzioni alternative all'allontanamento e l'esistenza di un giro d'affari che fa gola. I dati del ministero parlano chiaro: a fronte di un assegno medio mensile di 404 euro concesso alle famiglie affidatarie, lo Stato eroga alle comunità (che in base al Dpcm 308/2001 dovrebbero essere autorizzate dalle Regioni ma che, in assenza di discipline regionali, continuano a essere autorizzate dai Comuni) la bellezza di 79 euro al giorno a bambino nel caso di retta giornaliera unica. Per le rette differenziate, si va da 71 a 99 euro. Significa che ogni mese per ciascun minore lo Stato paga dai 2.130 ai 2.970 euro. Un tesoretto che forse potrebbe essere utilizzato per lavorare sulle famiglie d'origine, soprattutto quelle in difficoltà economiche sempre più spesso colpite da provvedimenti simili.

Ha molto da raccontare in proposito **Francesco Morcavallo**, già giudice del Tribunale dei minori di Bologna, protagonista di un duro scontro con i colleghi proprio sul "disinvolto" ricorso agli allontanamenti dei bambini in uso nei tribunali minorili. «I giudici - rileva - dovrebbero decidere sulla base di fatti provati, incompatibili con la permanenza dei bambini nelle proprie famiglie. Fatti che determinano un pericolo conclamato e gravissimo. Invece nella stragrande maggioranza di casi si decide sulla base di giudizi di personalità dei genitori, spesso superficiali, indotti da relazioni delle amministrazioni sociali quando non dalle segnalazioni delle scuole o addirittura dei vigili urbani».

Morcavallo denuncia un difetto anche nelle procedure: «Nel 99% dei casi le motivazioni dei giudici riproducono testualmente la domanda di allontanamento, disponendolo senza istruttoria e fissando la prima udienza solo dopo mesi». È così che i decreti provvisori - che Morcavallo chiama «provvedimenti al buio» - diventano di fatto definitivi. Comunque lunghi, troppo lunghi, per chi si ritrova stritolato in questo meccanismo a pochi anni di vita o in piena adolescenza.

«Il business non torna», aggiunge Palmieri. «Si usano soldi pubblici. Ma perché spendere di più e peggio con un risultato non pedagogicamente ottimale? I dubbi vengono». Alimentati anche dall'assenza di controlli, come osserva Miraglia, esperto di diritto minorile: «Il problema è chi controlla i controllori: nel fitto reticolato di competenze che avvolge il mondo delle strutture per minori non si capisce chi debba vigilare, la Regione, il Comune o alcune commissioni locali istituite proprio per gestire le convenzioni. Io stesso mi sono fatto portavoce di una richiesta di verifica su una comunità e a distanza di mesi ancora sto aspettando una risposta».

È la cronaca, periodicamente, a squarciare il velo di questo far west. Che nasconde abitudini inquietanti. «È prassi comune - racconta Palmieri - sospendere la patria potestà dei genitori quando non vogliono che i figli allontanati dalla famiglia assumano psicofarmaci. I bambini e i ragazzi allontanati sono portatori di un disagio personale che non può e non deve essere trattato come una malattia. Una mamma e un papà non darebbero mai un farmaco a un bambino perché sbatte una porta o rompe un giocattolo. La comunità scientifica si deve interrogare».

Gli esperti concordano: quasi tutti i bambini che oggi finiscono in una struttura potrebbero essere aiutati diversamente. Con soluzioni diurne e con un progetto educativo che riguardi l'intero nucleo familiare. «Il metodo attuale - conclude Palmieri - non risolve alcun problema. Anzi: costruisce non un futuro ma un curriculum di devianza».

L'attenzione è alta. Lo dimostra l'interrogazione presentata il 28 giugno da **Roberta Angelilli** (Ppe) alla Commissione di Bruxelles, chiamata a chiarire se la situazione italiana viola la Carta dei diritti fondamentali dell'Ue e la Convenzione europea dei diritti dell'uomo. «Allo stato attuale - scrive l'euro-parlamentare - non si riesce a distinguere gli allontanamenti realmente necessari da quelli che potrebbero essere evitati».



© RIPRODUZIONE RISERVATA

GLI ACCESSI AL PS TRA COMPORTAMENTI STRATEGICI DEI PAZIENTI E COPERTURA DI STRANIERI «STP»

Analisi di inappropriatazza al Galliera: quel pronto soccorso «tappabuchi»

DI MARTA AMERI *, PAOLO CREMONESI **, ELIANO DELFINO *** E MARCELLO MONTEFIORI *

Nel nostro sistema sanitario stanno via via assumendo un ruolo di sempre maggiore importanza i Dipartimenti di emergenza (Ps). Essi, infatti, sono ormai chiamati a fronteggiare una vasta domanda di prestazioni, spesso rivolte a pazienti che non versano in condizioni di urgenza o emergenza e quindi inappropriati. Il rischio è che si possa compromettere, a causa del sovrappollamento, la qualità dei servizi offerti con un aumento dei tempi medi di attesa, in particolare per i pazienti più critici.

Alle inevitabili inefficienze organizzativo-gestionali, devono poi essere aggiunti i maggiori costi che il Ps si trova a dover sostenere per rispondere a una domanda di assistenza che non dovrebbe essere a esso rivolta.

Al fine di indagare il fenomeno dell'inappropriatezza, è stato condotto uno studio sui dati

relativi ai pazienti che nel 2010 si sono rivolti al Ps dell'Ospedale Galliera di Genova.

Una prima indicazione della rilevanza del fenomeno è ottenuta guardando alla composizione degli accessi in Ps per codice triage. Nel 2010 i pazienti con codice d'ingresso bianco o verde sono stati circa l'81% degli accessi totali, mentre i pazienti con codice giallo o rosso hanno rappresentato solo il 19% degli accessi complessivi (figura 1).

Considerando sicuramente impropri tutti gli accessi con codice bianco (condizione di non urgenza), e sicuramente propri tutti gli accessi con codice rosso (condizione di emergenza), è possibile definire alcune peculiarità del comportamento degli accessi impropri confrontando la distribuzione percentuale degli accessi di codici bianchi e rossi sul totale rispetto al giorno della

settimana in cui l'accesso avviene e rispetto alla fascia oraria dell'assegnazione del triage.

Si rileva che gli accessi dei codici rossi sono sostanzialmente distribuiti in modo uniforme nei diversi giorni della settimana, mentre gli accessi dei codici bianchi subiscono un forte decremento durante il week end, registrando una diminuzione di ben 10 punti percentuali tra il valore minimo della domenica e il valore massimo del lunedì (tabella 1).

Anche la composizione percentuale degli accessi per fascia oraria (figura 2) mostra una sostanziale omogeneità nella distribuzione degli accessi con codice rosso, a fronte, invece, di una distribuzione degli accessi dei codici bianchi fortemente sbilanciata verso i valori centrali (la maggior incidenza dei codici bianchi sul totale si verifica dalle 8.00 alle 14.00, mentre i valori più bassi sono registrati nelle ore notturne).

Da un'attenta analisi dei dati, emerge che i codici bianchi rappresentano, almeno in parte, la domanda di prestazioni sanitarie di persone "non regolari" (Stp-Stranieri temporaneamente presenti o Eni-Europei non iscritti) che non possono cioè accedere ad altre forme di assistenza territoriale. Per queste persone i codici bianchi sono il

15% degli accessi totali, contro il 7% di italiani e stranieri "regolari" (tabella 2).

È tuttavia necessario perfezionare il criterio di definizione degli accessi impropri sin qui adottato: se infatti resta valido che tutti i codici bianchi sono accessi impropri, sono da ritenersi tali anche tutti gli accessi relativi a codici verdi con esito dimissione o abbandono e che effettuano come unica prestazione la visita di Ps. Adottando questa impostazione (e utilizzando i dati a tal proposito raccolti nel corso di una "settimana di sperimentazione"), risulta che gli accessi impropri sono circa il 16% degli accessi totali. Questo valore non tiene però conto di tutti quei pazienti che hanno abbandonato il Ps dopo il triage, ma prima di ricevere la prima visita: se aggiungessimo anche questa componente, la percentuale di inappropriatezza salirebbe al 18,8 per cento.

Alla luce delle considerazioni finora esposte, due sostanzialmente sembrerebbero essere le cause che portano all'accesso improprio: da un lato il «comportamento strategico» dei pazienti che utilizzano il Ps, anche in assenza di patologie di particolare criticità, quale canale privilegiato per ricevere prestazioni mediche e diagnostiche; dall'altro il fatto che esso rappresenta l'unica struttura di assistenza sanitaria garantita a cittadini Stp e Eni che non hanno accesso ad altre forme di assistenza territoriale. In questo senso, allora, sembrerebbero perdere forza proposte che ipotizzino il potenziamento della medicina territoriale solo attraverso l'apertura degli studi dei medici di base tutti i giorni della settimana e 24 ore al giorno. Potrebbe, invece, essere di maggior efficacia la creazione di piccoli ambulatori dislocati in modo strategico sul territorio, per i quali sia garantita l'universalità dell'accesso, e capaci di fronteggiare la domanda di visite generiche e/o di prestazioni "non urgenti" anche attraverso l'offerta di alcune prestazioni diagnostiche di base (ecografie, esami del sangue ecc.).

* Dipartimento di Economia
Università degli Studi di Genova

** Struttura complessa di Medicina e chirurgia
d'accettazione e d'emergenza - Eo Ospedali Galliera

*** Azienda sanitaria locale I (Asl I) Liguria

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Figura 2 - Percentuale degli accessi con codice bianco e rosso sul totale per fascia oraria

