# MOSAII CO

## notiziario di collegamento

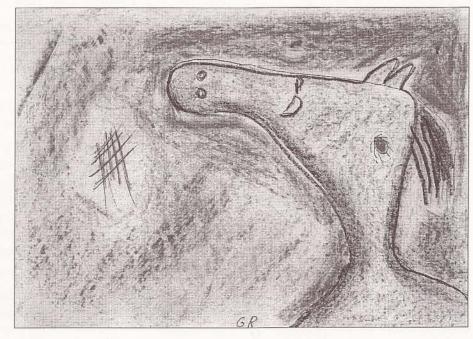
#### **EDITORIALE**

In questi ultimi mesi l'argomento che ha dominato il panorama politico-economico del nostro Paese è stato quello della Riforma dello Stato Sociale, che, com'è noto, riguarda il sistema di sicurezza allestito dagli stati moderni con i tre grandi pilastri della previdenza, della sanità e dell'assistenza. Il problema è sorto negli anni '90 in seguito al fatto che la diminuzione del ritmo di crescita economica pone vincoli economici all'espansione della spesa sociale.

Di converso, i bisogni sociali crescono: mentre continuano ad emergere i cosiddetti bisogni postmaterialisti (il problema della solitudine, del senso della vita, dell'inserimento sociale che investe giovani, anziani, tossicodipendenti, sofferenti psichici...) si riaffaccia con drammaticità l'antico problema, che sembrava destinato a scomparire nel mondo occidentale, della povertà. Tra il 1985 e il 1995, tre successivi rapporti sulla povertà in Italia, redatti dall'apposita Commissione istituita presso la Presidenza del Consiglio, hanno costatato una costante crescita dell'incidenza della povertà, attestata circa sull'11% dei cittadini italiani, e particolarmente concentrata al Sud e nella fascia degli anziani. Un nuovo preoccupante dato emerge da una recente

ricerca curata per conto del Servizio Studi della Banca d'Italia: la povertà tende a spostarsi soprattutto nelle famiglie con minori a carico, in cui ci sia un solo genitore oppure un solo reddito, tanto che ormai si calcola che nel nostro Paese un bambino su tre è povero.

Di fronte a questi dati contrastanti, il vincolo di spesa e l'aumento delle diseguaglianze sociali, chi governa il Paese deve evitare due rischi: da una parte occorre che lo Stato contrasti le spinte neoliberiste e mantenga il proprio ruolo di regolazione del mercato, difendendo i più deboli, dall'altra occorre che modifichi l'attuale sistema di protezione, che si occupa soprattutto di chi già è inserito nel lavoro e tralascia le fasce più marginali. La commissione di tecnici costituita dal Governo (Commissione Onofri), ha proposto, oltre a meccanismi di controllo dell'espansione della spesa per le pensioni, un importante nuovo istituto di tipo assistenziale, previsto nella maggior parte degli stati europei: il minimo vitale, consistente in un assegno, (segue a pag. 8)



da "Mosaico Andersen": Lo scarabeo

## IL "TERZO SETTORE"

Da alcuni anni, in concomitanza con la crisi dello stato sociale, la contrazione delle risorse disponibili e il diffondersi di disagio e povertà, si è diffuso nel mondo politico, economico e nella società civile l'interesse per il cosiddetto "terzo settore".

Vediamo innanzitutto di precisare che cosa si intende con questo termine. Accanto al settore pubblico (lo Stato e le sue articolazioni) e a quello privato, soggetto alle regole del mercato, esiste un terzo settore, le cui caratteristiche non rientrano nell'antinomia pubblico/privato: si tratta di tutti quei soggetti che, pur avendo una fisionomia giuridica di diritto privato, perseguono una finalità di pubblico interesse (per questo si parla di non profit).

Appartengono a quest'area:

- le organizzazioni di volontariato (normate dalla legge 266 del '91);
- le cooperative di solidarietà sociale (normate dalla legge 381 del '91);
- fondazioni, associazioni e altri enti.

I confini non sono tuttavia ancora chiariti, e, secondo alcuni pareri, possono essere inclusi in quest'area anche partiti, sindacati, associazioni di categoria e professionali.

È possibile delineare le caratteristiche essenziali che consentono ad un determinato ente stabilmente organizzato e formalmente costituito, avente o meno personalità giuridica, di qualificarsi come non profit:

- lo svolgimento di un'attività di utilità sociale;
- il divieto di azioni finanziarie quali la distribuzione di utili tra i membri;
- la determinazione nello statuto dell'ente al quale devono essere devoluti i beni in caso di scioglimento (per evitare usi strumentali);
- elezione democratica delle cariche (non richiesta a fondazioni ed enti religiosi);
- una presenza (più o meno significativa) di lavoro volontario e di finanziamento autonomo.

Questa ultima caratteristica è presente in modo alquanto variegato, per cui possiamo osservare tipologie di organizzazioni molto diverse: andiamo da servizi 'leggeri', con una alta quota di volontari e di entrate private, a cooperative di servizi con alta percentuale di lavoro retribuito e finanziamento pubblico; da enti con molti volontari ed entrate prevalentemente pubbliche (come le pubbliche assistenze, Croce Rossa ecc.) ad altri con personale prevalentemente retribuito ed entrate soprattutto private (come le scuole 'private').

Occorre infatti sottolineare che il "terzo settore" abbraccia altre aree oltre a quella dei servizi sociosanitari (che pure è la più consistente): il settore culturale e ricreativo, quello scolastico, l'area della tutela dell'ambiente e del patrimonio artistico, la tutela dei diritti e la protezione civile, le attività di solidarietà internazionale.

Si può calcolare che in totale il "terzo settore" occupi in Italia più di 400.000 lavoratori (l'1,8% dell'occupazione nazionale) ed abbia una spesa complessiva pari all'1,9% del Prodotto Interno Lordo. Si tratta di una percentuale inferiori rispetto ai principali Stati Occidentali (Francia 3,3; Germania 3,6; Gran Bretagna 4,8; Stati Uniti 6,8), probabilmente perché nel nostro Paese il non profit spende meno per le retribuzioni, impiegando maggiormente volontari e obiettori di coscienza. Sull'argomento sono state pubblicate numerose cifre, a volte anche gonfiate; stime attendibili comunque parlano di oltre 11 milioni di cittadini iscritti ad associazioni, di cui oltre 5 milioni sono volontari effettivi (includendo in questo numero tutte le forme di impegno sociale, politico, religioso, sportivo). Le organizzazioni di volontariato più forti a livello nazionale, operanti soprattutto nel settore sociale, hanno dato vita ad un "Forum del Terzo Settore", costituitosi nell'ottobre 1994, allo scopo di poter rappresentare con più forza i diritti dei cittadini più deboli ed affermare istanze di giustizia e solidarietà. Analoghe iniziative sono sorte a livello regionale ed anche in Liguria.

Gli ultimi governi italiani si sono prefissi

il compito di studiare misure a favore del finanziamento del "terzo settore", allo scopo di coniugare fiscalità e nuovo stato sociale, esigenze di mercato e solidarietà per mezzo del prelievo tributario. Durante il Governo Dini una commissione di esperti presieduta dal prof. Zamagni ha elaborato una serie di proposte, in buona parte recepite dall'ultima Legge Finanziaria per il 1997, che contiene una delega al Governo per emanare un decreto legislativo in materia.

Al riguardo, si introduce la denominazione di Organizzazioni Non Lucrative di Utilità Sociale (*ONLUS*), che grosso modo corrisponde alle aree sopra descritte. La filosofia di fondo è che nell'attuale fase di necessaria contrazione della spesa pubblica, queste organizzazioni debbano puntare con decisione sul finanziamento privato, opportunamente stimolato e favorito dalle misure fiscali.

In modo sintetico queste sono:

- deducibilità ai fini fiscali delle erogazioni effettuate da privati a favore delle ONLUS;
- previsione di regimi agevolati, ai fini delle imposte sui redditi, per i proventi derivanti dall'attività di produzione di beni o servizi nei confronti di enti che svolgono attività commerciali entro determinati limiti;
- altre agevolazioni fiscali (riguardanti l'imposta sugli spettacoli, sugli atti amministrativi ecc.).

Un altro campo in rapida evoluzione è quello relativo a favorire le condizioni di accesso al credito, necessario per quelle organizzazioni che svolgono significative attività commerciali e hanno consistenti spese di investimento. Si è voluto sottolineare la specialità di carattere etico delle attività finanziarie per il settore non profit: a questo scopo si è pensato alla nascita di una Banca Etica a livello nazionale, e si stanno moltiplicando gli sforzi, anche sul nostro territorio, per costituire Istituti Creditizi che operino a favore della cooperazione.

Per concludere, vorrei notare che in tutto questo movimento, che contiene certa-

mente elementi innovativi, positivi dinamismi, realizzazioni di più vaste sinergie, si nascondono però anche diversi rischi, a cui tutta l'area in questione deve porre molta attenzione:

- il rischio della mitizzazione e della delega: se è vero che questa area rappresenta uno dei principali fattori di coesione sociale nella nostra società attraversata da tante inquietudini e spinte disgreganti, non si può dimenticare che il non profit non ha né il compito né gli strumenti per garantire i diritti dei cittadini; non bisogna finire ad accettare deleghe e volersi sostituire a quelli che sono gli inderogabili compiti dello Stato;
- il rischio del controllo e dell'egemonia: bisogna evitare che con le sempre più numerose disposizioni legislative il non profit finisca per essere imbrigliato in convenzioni, accordi, perdendo la propria autonomia (da qualunque schieramento politico!) e rinunciando alla propria funzione di stimolo e, quando necessario, di denuncia;
- il rischio del ritorno alla logica dell'elemosina: i servizi sono un diritto e non una elargizione discrezionale; se è vero che il terzo settore deve coinvolgere sui propri progetti più vaste forme di solidarietà comunitaria,

ciò non deve avvenire (come così spesso vediamo!) con forme che stimolano pietà e compassione, e mettono in evidenza la 'benemerenza' delle proprie opere.

Queste consapevolezze, che ci vengono continuamente ricordate da persone autorevoli come Giovanni Nervo, debbono spingerci ad attuare un volontariato sempre più schierato dalla parte dei soggetti deboli, e impegnato per la propria parte (e soltanto per quella) a costruire una convivenza sociale più equa e solidale.

Mario Marini

## I CENTRI DI SERVIZIO PER IL VOLONTARIATO

che cosa sono

strumenti per il sostegno, la promozione e la valorizzazione del volontariato

chi li ha previsti

la legge quadro nazionale sul volontariato (n°266 del 1991) all'art. 15 e il susseguente Decreto Ministeriale del 21/11/91

servizi forniti

- consulenza fiscale e amministrativo-contabile
- consulenza legale
- consulenza su organizzazione, sviluppo e consolidamento delle organizzazioni di volon-
- formazione alla cultura della solidarietà
- ricerca, documentazione, allestimento di biblioteca ed emeroteca
- informazione sulle associazioni esistenti e sulle possibilità di finanziamento (a livello regionale, nazionale, europeo)
- aiuto alla realizzazione di progetti, programmi ed iniziative delle associazioni di volon-
- supporti organizzativi e consulenze alla realizzazione di convegni, seminari, corsi

chi li gestisce

le stesse associazioni di volontariato che, singolarmente o associate, vogliano concorrere al bando di costituzione dei Centri emanato dal Presidente della Giunta Regionale

come sono finanziati fondi speciali a livello regionale alimentati da una quota non inferiore ad un quindicesimo dei proventi delle Fondazioni delle Casse di Risparmio ed altri Enti sorti dagli Istituti di Credito di diritto pubblico (istituite con legge 218 del 1990, con fini di interesse pubblico, di utilità sociale e di assistenza alle categorie più deboli)

importanza

- sono un supporto formativo e informativo teso a favorire l'elevamento culturale dei quadri dirigenti e della base dell'associazionismo, a qualificare l'operatività e la progettualità, come richiesto dalla crescente complessità sociale
- sono un aiuto necessario soprattutto alle organizzazioni più piccole e meno attrezzate, erogato in servizi e non nei tradizionali finanziamenti a pioggia
- sono un modello innovativo che potrebbe essere utilmente esteso ad altri settori (per esempio potrebbe essere istituito anche a favore dei partiti politici sostituendo il finanziamento pubblico)

situazione in Liguria la Regione ha emanato il bando per l'istituzione il 9/4/97, l'istituzione è prevista per la fine del 1997; risulta che i fondi finora accantonati, relativi ai bilanci 1991/92 e 1992/93, assommino a circa 840 milioni

## COSA È L'S.P.D.C.

In queste brevi note cercheremo di delineare le estensioni dell'attività e le opportunità del volontariato nell'ambito del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Svolgeremo il nostro argomento in quattro parti:

- Che cosa è il Servizio di Diagnosi e Cura;
- 2) Che cosa non è il Servizio di Diagnosi e Cura, altrettanto importante;
- Quali sono di fatto le aree di cui il Servizio si occupa, cioè l'epidemiologia del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura;
- L'estensione dell'intervento del volontariato al Servizio di Diagnosi e Cura.

## 1) Cosa è il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

Intanto è qualcosa che ha le sue origini, in Italia, nel 1978 ed è in realtà una creazione abbastanza specifica italiana, non esiste in Europa e nemmeno fuori d'Europa.

È nato nel 1978 con una legge che si poggiava su una ipotesi ideale, in cui l'assistenza psichiatrica doveva oscillare tra un servizio ospedaliero per acuti e la comunità in cui il paziente vive.

Di fatto nasceva da concetti americani, Californiani, in cui il concetto di open door o porta aperta, da cui il paziente poteva entrare od uscire, si collegava al Community Mental Center, cioè al Centro di Psichiatria Comunitaria.

Di fatto la grande novità, il grande merito del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura fu quello di introdurre il ricovero psichiatrico ed i servizi per degenza psichiatrica all'interno dell'ospedale civile, dando alla psichiatria finalmente la dignità di disciplina specialistica, come le altre discipline specialistiche, elevando quindi automaticamente la considerazione ed il rispetto per l'ammalato psichico. Che cosa è dunque oggi l'SPDC?

A – È l'unica struttura di ricovero per acuti e per le urgenze acute. Non ce ne sono altre. In Italia il malato acuto oggi può essere ricoverato solo in SPDC o in servizi equipollenti, che sono rari, come possono essere alcune strutture universitarie che funzionano in questo senso.

 $B-\dot{E}$  una struttura in teoria di breve degenza e quindi una struttura di cerniera tra i servizi e la comunità. È la struttura che garantisce il momento in cui il paziente

non può essere gestito dai Servizi all'esterno e neppure nei teorici o, speriamo, presenti servizi intermedi, comunità terapeutica, case famiglia e strutture di semidegenza.

C - E l'unica struttura che può funzionare per il ricovero coatto; questo è legato ad una esigenza di garanzia bilaterale: da un lato garanzia per il paziente perché non venga ricoverato per motivi diversi da quelli delle sue reali esigenze psichiatriche (la cosa non ci deve stupire perché in alcuni paesi per anni i pazienti sono stati ricoverati in modo coatto per esigenze politiche invece che mediche), dall'altro lato garanzia per la comunità, che vede presente una struttura capace di ricoverare il paziente nel momento in cui mette in crisi la comunità stessa, quindi il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è ancorato al principio del Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Ricordiamo che il TSO, in Italia, è legato a tre concetti:

- la necessità di cura
- il rifiuto da parte del paziente di curarsi per motivi psicopatologici
- la non possibilità di eseguire la terapia altrove.

Tutto ciò esclude come si vede le funzioni custodialistiche. L'SPDC non è struttura custodialistica, non esiste più nella legge italiana il principio del ricovero in base alla pericolosità a sé e agli altri; in teoria non c'entra affatto coi problemi di ordine pubblico: l'ammalato non si ricovera quando è pericoloso, ma quando necessita di cure e rifiuta di curarsi. È chiaro che poi la cosa diventa tautologica, perché il paziente che accetta di curarsi e può essere curato dovrebbe in teoria non essere più pericoloso ed essere pericoloso solo il paziente che rifiuta le cure.

D – È il luogo di intervento psico-farmacologico intensivo e rapido.

Detto questo abbiamo definito la struttura ed abbiamo definito in altre parole che cosa è un SPDC nei punti fondamentali.

2) Cosa non è l'SPDC, altrettanto importante perché l'SPDC viene talora usato o contrabbandato per qualcosa che non è e per qualcosa per cui non ha la possibilità di funzionare.

A – Non è una struttura per lungodegenza.

Se questo accade, è per un malfunzionamento del sistema, perché in altre parole i servizi non hanno spazio per i pazienti che devono essere tenuti lungodegenti, il che fa soffrire intanto i pazienti, che si devono trovare costretti, in casi di lungodegenza, in spazi necessariamente limitati perché sono servizi intraospedalieri negli ospedali psichiatrici e quindi non hanno spazi per muoversi, non hanno giardini, non hanno aree. È però una struttura per ricoveri intermittenti, questo sì. Molto spesso il ricovero psichiatrico è intermittente, è necessario il ricovero per certi periodi, e con questo gioco dentro-fuori il paziente può essere curato a lungo ben meglio di quando era chiuso in un ospedale psichiatrico e non veniva dimesso per molto tempo.

B-L'SPDC non è un pronto soccorso: è sì una struttura per malati urgenti psichici, ma non è un pronto soccorso, il quale ci deve essere per gestire tutta una serie di situazioni organiche e psicorganiche (basta pensare all'alcoolismo) che, se gestite in un SPDC, lo intaserebbero in breve tempo. L'SPDC serve per spalleggiare l'attività del pronto soccorso e cioè per dare spazio a quei pazienti mentali acuti che devono e possono essere curati in un servizio di breve degenza, ma il pronto soccorso come struttura agile ed elastica immediata deve esserci sempre alle spalle dell'SPDC e funzionare con il servizio di consulenza psichiatrica presente continuamente.

C – Non è se non parzialmente una holding structure, cioè non è una struttura di contenimento; questo avviene solo per quei casi in cui il contenimento è reso necessario dalla imprevedibilità della patologia, ma non una struttura in cui il contenimento sia reso necessario per esempio dalla carenza della famiglia, dalla carenza delle strutture esterne atte a mantenerlo, dal fatto che la famiglia rifiuta il paziente. Se l'SPDC funziona a questo modo, ovviamente perde il suo senso e la sua natura di reparto per acuti e mette in crisi l'assistenza degli acuti.

D – Non è un luogo di accertamento diagnostico generale: il malato psichico che non ha caratteristiche di necessità di terapia acuta della malattia psichica, che deve subire accertamenti di medicina generale o di altro tipo di accertamenti specialistici deve andare nei corrispondenti reparti con la consulenza dello psichiatra, che in questi casi sarà lo psichiatra dei servizi o lo psichiatra ospedaliero a seconda delle scelte locali.

#### 3) Epidemiologia dell'SPDC.

Quali sono le aree di cui di fatto l'SPDC si occupa.

A – L'area dell'eccitamento psicomotorio: eccitamento psicomotorio maniacale, eccitamento psicomotorio schizofrenico, eccitamento psicomotorio psicorganico. Queste sono le tre aree fondamentali per l'intervento dell'SPDC, che vanno dalla mania acuta incontenibile fuori alla situazione schizofrenica quando produca elementi di eccitamento di tipo catatoniforme o catatonico o l'eccitamento psicorganico nei momenti in cui è necessario instaurare una terapia che determini poi una possibile fase di mantenimento che può essere effettuata al di fuori dell'SPDC.

B – Area del rallentamento psicomotorio, dove si pongono gravi problemi di gestione per esempio alimentari o di accudimento generale. Ricordiamo qui il rallentamento psicomotorio melancolico e catatonico.

C – L'area delirante-allucinatoria che nella fase acuta deve essere gestita nell'SPDC, non fosse altro per gli impatti che crea nell'ambiente e per l'esigenza di trovare un equilibrio farmacologico giusto.

D – L'area depressiva grave per il pericolo di suicidio che in certi momenti può essere gestito solo nell'ambito intramurale.

E – L'area psicorganica acuta (non si intendono qui i quadri demenziali che vanno invece gestiti altrove), soprattutto gli stati confusionali acuti.

F – Le nevrosi anche gravi dovrebbero essere rigorosamente escluse dall'SPDC anche se taluni pazienti, per esempio gravi ossessivi, vengono ricoverati in SPDC. La nevrosi dovrebbe avere un'altra area terapeutica al di fuori dell'SPDC.

G – Le aree improprie sono quelle tipicamente legate all'intolleranza o all'inefficienza familiare o della comunità reale. Questa dovrebbe essere un'area dei servizi intermedi o della comunità terapeutica, mai un'area dell'SPDC.

## 4) Quale è la possibile estensione dell'intervento del volontariato nell'SPDC?

Il volontariato ha un'ampia area di azione nell'SPDC, area di azione che deve essere sempre strettamente concordata e che soprattutto deve essere mirata e deve essere eseguita ricordando che è un'area di azione che avviene all'interno di un servizio ospedaliero per acuti e deve quindi avere certi indirizzi specifici.

A – Credo che il primo punto sia che il volontariato può fare da cerniera tra la comunità e la famiglia ed il paziente, il che diventa un'attività preziosa per il reintegro e per diminuire i ricoveri impropri. Non c'è niente di meglio del volontariato, che può calarsi nella comunità senza tutte quelle remore e tutte quelle deformazioni professionali che il professionale porta con sé e soprattutto senza sollevare nell'ambiente e nella comunità quella diffidenza che il tecnico tende a sollevare, per reintegrare il paziente nella sua comunità e quindi diminuire i ricoveri impropri.

B – Il volontariato può funzionare da cuscinetto non tecnico, ma umano, per diminuire l'impatto che può essere negativo, del paziente con il reparto psichiatrico e rappresentare quindi una modalità di recezione per molti pazienti se non per tutti attraverso cui il paziente può capire che è recepito prima di tutto in termini umani ed emotivi, e non solamente in termini strettamente medici.

C – Il volontariato può rappresentare una importante mediazione tra la comunicazione medica e quella familiare, direi meno la comunicazione tra il paziente ed il medico perché questa il medico non può delegarla, fa parte del rapporto medico-paziente, fa parte del suo mestiere, è un problema suo, ma la comunicazione tra il medico ed il familiare può essere bene mediata, in qualche modo incoraggiata ed aiutata dal volontariato.

D – Il volontariato può rappresentare un ottimo raccordo con i servizi esterni diminuendo il gravame di lavoro a tutto il personale, da quello medico a quello infermieristico, che spesso è assorbito da lavori inerenti l'urgenza dei casi, le necessità terapeutiche, le necessità medico-infermieristiche specifiche.

E – La fornitura di presenza col paziente anaclitico è fondamentale. Il paziente anaclitico, cioè quello bisognoso d'appoggio, carente di appoggio, ha spesso bisogno di una fornitura di presenza spesso abbastanza continuativa o comunque prolungata che, a causa della scarsità del personale nell'SPDC, né il medico né l'infermiere può fornire, perché la vedrebbe sottratta a compiti che sono altrettanto importanti e forse ancora di più, come quello degli esami medici, dell'accudimento dei pazienti allettati,

delle terapie farmacologiche e psicologiche. Il momento della fornitura di presenza è quindi di grande importanza per il paziente e di grande diminuzione di peso per quanto riguarda lo staff.

F – Il favorire la mobilizzazione del paziente. Il paziente spesso ha bisogno di muoversi, di girare per l'ambito ospedaliero, di uscire, di cercare di iniziare a fare una vita di comunità, fare compere, in altre parole di reinserirsi, ed ha bisogno di compagnia per fare questo, compagnia che il personale dell'SPDC non ha tempo di fargli.

G - Seguire il paziente nella sperimentazione delle dimissioni. Talora è necessario fare dimissioni sperimentali che durino due o tre giorni prima di reintegrare il paziente e reimmetterlo all'esterno. Questo lavoro di seguire il paziente nel suo mondo esterno, vedere cosa succede, vedere come si svolgono i rapporti con i familiari, vedere quali sono i punti di impatto negativo, può essere fatto molto bene da un personale abbastanza preparato che abbia una certa capacità ed abitudine a seguire gli ammalati psichici come si suppone un personale dedito al volontariato in reparto psichiatrico debba sempre avere una certa esperienza specifica in questo.

H – Molto importante è l'azione che il volontariato può svolgere nel coinvolgimento di enti e di comunità nella soluzione di problemi pratici, da quelli pensionistici a quelli documentali, rappresentando un ottimo appoggio all'attività dell'assistente sociale che spesso è inadeguata e non può seguire questi problemi pratici che rappresentano un elemento terapeutico fondamentale perché il paziente si senta spalleggiato e confortato.

I - Occorre ricordare che in reparto psichiatrico i pazienti costretti a letto sono relativamente pochi: si tratta spesso di pazienti senili con quadri demenziali, quadri che necessitano di accudimento, ma molti sono i pazienti soli, non seguiti dai parenti per i vari motivi che è inutile qui approfondire, ma che sono abbastanza chiari ad ognuno, e per questo pazienti non bene accuditi, inaccuditi anche se non a letto. Dove in altre specialità è necessaria la presenza di un aiuto fisico qui è necessaria una presenza emotiva che conta e che ritengo sia l'elemento più qualificante del lavoro del volontariato nell'SPDC.

> dott.ssa Augusta Priori primario S.P.D.C. A.S.L. nº 4

## I NOSTRI GIOCHI

Al "Mosaico" si gioca a briscola ed a scala quaranta: sono giochi che piacciono a tutti.

Quasi ogni pomeriggio si fanno verso le cinque tornei di briscola ma anche giochi di società, quali Forza 4, tombola, gioco dell'oca, domino e giochi all'aperto con le bocce.

Il gioco che coinvolge più di tutti è briscola. Il gioco si anima quando inizia la partita, che si svolge in due squadre da due persone ciascuna.

Le coppie più affiatate sono un po' competitive: molti ci tengono a vincere. Giuseppe, ad esempio, quando vince è contento.

C'è anche chi preferisce il gioco delle bocce tipo: Marisa, Massimo, Giampaolo, Enzo e Leslie. A Marisa piace perché è un po' una prova di forza.

Qualche volta abbiamo giocato a "Non ti arrabbiare" e a scopa, gioco preferito da Gian Mario.

Il momento del gioco (oltre quello della

merenda) è il più atteso della giornata. Parlare del gioco che si fa al "Mosaico" ci ha fatto ricordare come ci divertivamo da bambini.

Giuseppe si ricorda che quando viveva negli Stati Uniti giocava a baseball, calcio americano, e basket; di questi sports conosceva bene i regolamenti, giocava nella palestra della scuola.

Dice che l'aver cominciato a fumare gli ha impedito di continuare con profitto l'attività sportiva; si divertiva molto invece ad andare a pescare nel laghetto vicino a S. Francisco con Carmelo. Altri amici di cui si ricorda sono Jim, David, Wayne e Bob.

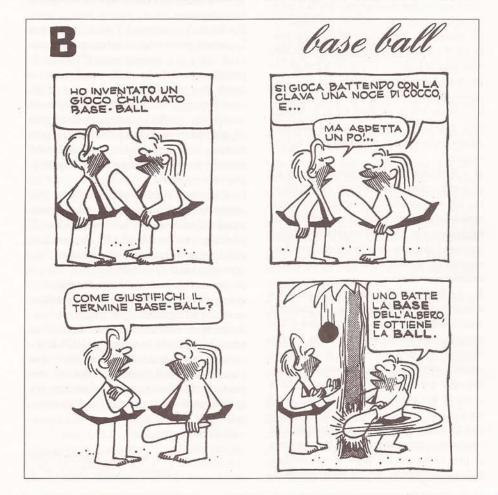
Marisa ricorda che da bambina si divertiva in giardino con le bambole, i fornelli e a fare il bucato. Con gli amici Rosetta, Franco e Nadia andava a scuola e lì giocava a nascondino e a bandiera; non era tanto veloce, nonostante allora fosse magra.

Ricorda anche il gioco dei "ciappaio-

li", che consiste nel fare costruzioni con pezzetti di ardesia; i suoi giochi preferiti erano guardie e ladri (a Marisa piaceva di più fare la guardia) e indiani e cowboys (dove preferiva fare la cowgirl). Giuseppe, invece, interviene dicendo che la sua ammirazione va tutta agli indiani.

Aldo, quand'era in collegio a Bogliasco, fra i suoi giochi ricorda: una macchinina rossa, di cui non giravano le ruote, l'amico Ivo che lo spingeva sull'altalena, la bicicletta nera da donna, sulla quale sapeva andare soltanto dritto, la pista delle macchinine e il salto delle sedie come una corsa ad ostacoli. Ricorda che con i fratelli Remo e Franco giocava a biglie vicino a casa. Giocava anche a calcio, era il capitano della squadra e stava in difesa, ma un brutto giorno, dopo aver perso la partita decise di abbandonare la sua breve carriera di calciatore.

Aldo Giuseppe Marisa



B come "base ball" dall'Alfabeto Preistorico di B.C. di Johnny Hart

## **MOSAICO ANDERSEN:**

### le attività del laboratorio di arteterapia

"Questa mostra è il mistero profondo dell'espressione dell'animo umano".

Prendo spunto da queste righe, trovate accanto ad una firma tremolante di un signore sul registro delle presenze, per parlare della Mostra Itinerante "Mosaico Andersen".

L'esposizione ha peregrinato tra Sestri Levante e Lavagna, toccando Zoagli, Cogorno, Rapallo e Chiavari. Si potrebbe parlare del fatturato della mostra, delle presenze, anche di personaggi di spicco tra pittori e scultori del nostro comprensorio che l'hanno visitata ed apprezzata, ma mi pare svalutante per la mostra in sé e per gli artisti (gli ospiti del Centro Diur-

no), in quanto tutto è stato reso possibile grazie alle opere esposte.

Gli elaborati sono puro frutto di fantasia degli artisti che, dopo la lettura – breve – delle fiabe di Hans Christian Andersen, hanno sprigionato sulla tela seguendo la loro ispirazione naturale, aiutati dall'elaborazione del contenuto delle fiabe proposte.

Liberando completamente tutto ciò che di intimo e personale affiorava dalla lettura, e mescolandolo con il proprio vissuto, gli artisti hanno eseguito vari studi e quindi l'opera vera e propria realizzata con colori energici e vitali stesi con pennellate nervose e scattanti. Per ogni artista è stato, almeno credo, un mettersi continuamente in discussione sulle scelte da fare. I risultati non potevano che essere positivi. Visitare la mostra è stato un po' andare alla sorgente del fare artistico, viaggiando in un mondo fantastico che ti rigenera continuamente.

Concludo con due pensieri trovati sempre scartabellando sul registro:

"Fermarsi qui, tra fiabe, colori e antiche mura, oasi silenziosa nella città, fa bene agli occhi e al cuore...".

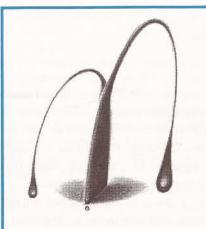
"Scoprire l'universo in pochi centimetri".

Credo però che le parole scritte mai si sostituiranno alle immagini dei quadri che, ancora fresche, dissetano la mia fantasia.

Gabriele Brusco



"Mosaico Andersen" - L'esposizione a Chiavari presso l'ex-chiesa S. Francesco



#### IN QUESTO NUMERO:

L'Editoriale

Il "Terzo Settore"

I Centri di Servizio per il Volontariato

Cosa è l'S.P.D.C.

I Nostri Giochi

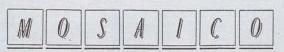
Mosaico Andersen

(segue da pag. 1)

di entità calcolata in base alla situazione di ognuno, destinato a qualsiasi cittadino che per ragioni indipendenti dalla sua volontà si trovi in una condizione di indigenza. Tale assegno costituirebbe una rete di protezione universalistica che gradualmente andrebbe a sostituire misure attualmente destinate solo ad alcuni settori (integrazioni al minimo, pensioni sociali, indennità di accompagnamento, assegni familiari).

Un aspetto importante da rilevare è che tale assegno dovrà prevedere, ove possibile, misure contemporanee di reinserimento nella formazione professionale e nel lavoro, onde evitare che l'individuo si adagi in una dipendenza dall'assistenza pubblica. A questo scopo, diventa centrale il ruolo dei servizi ai cittadini, del Comune e dell'intera comunità locale, in modo da trasformare l'attuale Welfare State (Stato Sociale) in un Welfare Municipale, che, recependo istanze di autonomia locale e federalismo, preveda un'opera coordinata a livello locale di servizi sociali, sanitari, volontariato, privato sociale con un ruolo attivo e strategico del Comune, chiamato oggi più che mai ad occuparsi delle persone e dei loro bisogni, prima che di cose (strade, giardini...).

È in questa direzione il lavoro che compie, nel proprio ambito, la nostra Associazione. Anche in questo notiziario presentiamo un' attività svolta nel Centro Diurno, inoltre la Mostra Itinerante di Grafica e Pittura "Mosaico Andersen" comprendente le opere realizzate dagli ospiti del Centro nel Laboratorio di Arteterapia, evidenzia la volontà di apertura al contesto sociale suscitando sviluppo di collaborazioni e solidarietà. Mentre il servizio pubblico è chiamato a svolgere con competenza ed efficienza il proprio servizio ai cittadini (vedasi la stimolante relazione della Dott.ssa Priori), importante è l'integrazione che, anche nel campo psichiatrico, può essere apportata dal volontariato (che fa parte del più vasto terzo settore, su cui ci soffermiamo in questo numero). Deve ormai sparire ogni residuo di competizione e diffidenza tra i diversi soggetti, perché unico è l'obiettivo: il servizio alla persona in difficoltà.



## notiziario di collegamento

Direttore responsabile: Anna Maria Rolleri Registrato presso il Tribunale di Chiavari al n. 3/95 del 16.10.1995 Stampato presso la Tipolitografia Emiliani - Rapallo

ASSOCIAZIONE "MOSAICO" Sede: Salita San Michele, 34/A - Ri Alto 16043 - Chiavari - tel. 0185/312.355

cod. fisc. 90009230104 - c/c postale n° 20144168 c/c bancario n° 13208/80 CA.RI.GE. ag. di Chiavari

Internet: HTTP://www.look.it/Asso/MOSAICO

### MOSAICO:

Un armonico
comporsi
degli aspetti
che costituiscono
la personalità
degli individui
che con la loro
originalità
formano
la comunità umana.