

# Prendersi Cura, Costruire futuro

*Gaetano De Mattia*  
*Direttore DSM ASL Caserta*

Caserta 30 ottobre 2025



# Introduzione

- Riferimento: PN Equità nella Salute 2021-2027
- Obiettivo: attuare il pilastro europeo dei diritti sociali

---

## Programma Nazionale Equità nella Salute

Obiettivo è rafforzare i servizi sanitari e renderne più equo l'accesso in sette Regioni:

Basilicata, Calabria, **Campania**, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia

### **Cos'è il Programma Nazionale Equità nella Salute**

Il [Programma Nazionale Equità nella Salute](#), previsto nell'[Accordo di Partenariato dell'Italia sulla Programmazione della politica di coesione 2021-2027](#), è stato approvato con [Decisione di esecuzione della Commissione Europea C \(2022\) 8051 del 4 novembre 2022](#).

Il Programma interviene per rafforzare i servizi sanitari e renderne più equo l'accesso, anche nell'ottica di sviluppare un'azione di sistema e di capacitazione dei sistemi sanitari regionali, in sette Regioni del Paese ([Decisione di esecuzione della Commissione \(UE\) 2021/1130 del 5 luglio 2021](#)):

- Basilicata
- Calabria
- **Campania**
- Molise
- Puglia
- Sardegna
- Sicilia.

- Il Programma individua pertanto **quattro aree** per le quali è più urgente intervenire ed è necessaria un'iniziativa nazionale a supporto dell'organizzazione regionale e locale dei servizi sanitari e sociosanitari:
- **Prendersi cura della salute mentale**
- Maggiore copertura degli screening oncologici
- Il genere al centro della cura
- Contrastare la povertà sanitaria.

# Contesto e Obiettivi

- Promozione di PTRP: Progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati
- Focus su: domiciliarità, deistituzionalizzazione, inclusione lavorativa
- Target: giovani, persone con disturbi dello spettro autistico, migranti

# Ambiti d'Intervento PTRP

- 1. Casa/Habitat: co-housing, housing first, IESA
- 2. Formazione/Lavoro: tirocini, modello IPS, ESP
- 3. Affettività/Socialità: attività culturali e di inclusione sociale

# Sperimentazione e Modello di Intervento

- Collaborazione tra DSM, Comuni, ETS
- Approccio basato sulla solidarietà e la sussidiarietà
- Percorsi integrati verso un vero “Progetto di Vita”

# Finalità della Co-programmazione

- Coinvolgimento attivo di ETS e stakeholders
  - Costruzione condivisa dei servizi
- Governance multilivello e relazionale



# Prender si cura della salute mentale

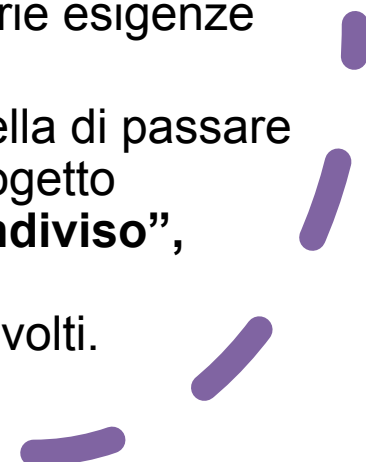
- Storicamente, i PTRI/BdS nascono con l'obiettivo di ridurre l'istituzionalizzazione e favorire l'inserimento sociale e lavorativo dei pazienti psichiatrici. Tra le prime in Italia, l'ASL di Caserta ha sperimentato già nel decennio 2002-2012 l'utilizzo di suddetti percorsi, riscontrando in fase di applicazione alcune difficoltà, non solo relative agli adempimenti e alle procedure amministrative, ma anche e soprattutto alla necessità di modificare l'approccio culturale degli operatori e le modalità di collaborazione con il privato sociale. Attualmente, la gestione del PTRI rischia di venire meno ai suoi principi ispiratori, al punto da vedere inficiata l'efficacia stessa del trattamento.



# Prender si cura della salute mentale

Al fine di affrontare tali criticità, il DSM della ASL CE intende promuovere una diversa e innovativa modalità, **sperimentale, in aggiunta ai percorsi di PTRI/BdS, già consolidati**, basata sulla coprogrammazione e coprogettazione di tutti gli interventi e da realizzare attraverso la creazione di **Tavoli di Lavoro multidisciplinari, che includano, oltre agli utenti e alle famiglie, operatori della salute mentale, partner dell'associazionismo e della società civile, Ambiti, Comuni, imprese sociali, cooperative sociali e onlus**. Questi Tavoli saranno finalizzati, all'analisi dei dati per ciascun territorio, allo sviluppo di un linguaggio comune e di una operatività' condivisa, per la creazione di una rete integrata di Welfare di Comunità che valorizzi ogni persona e le sue proprie esigenze di vita.

La scelta del DSM di Caserta è quella di passare dal Progetto "individualizzato" al Progetto **"personalizzato partecipato e condiviso"**, centrato sulla piena e consapevole partecipazione di tutti i soggetti coinvolti.

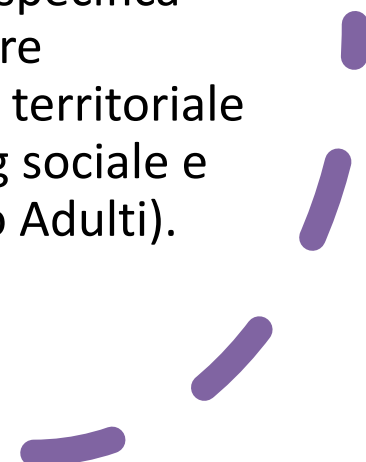


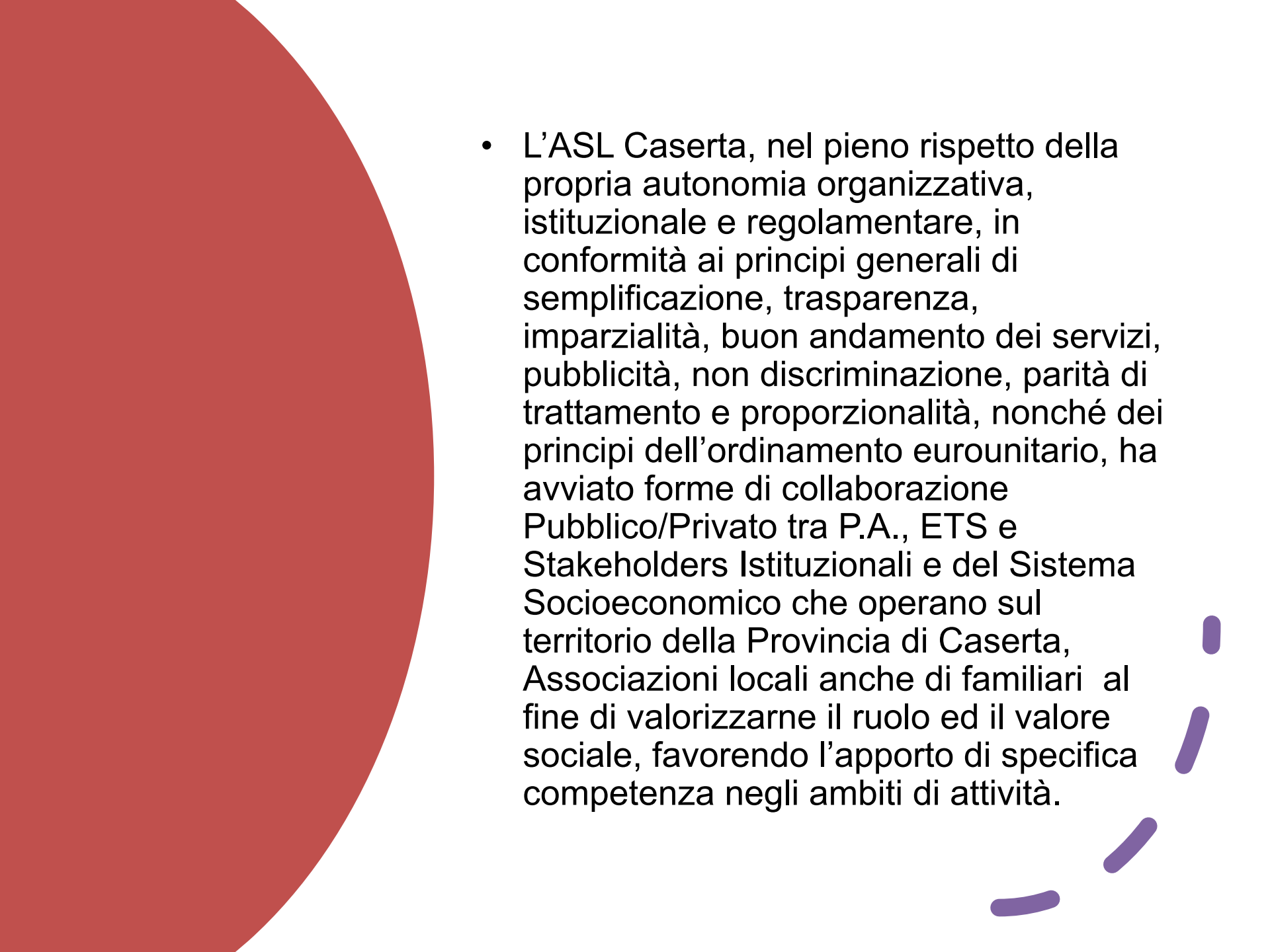


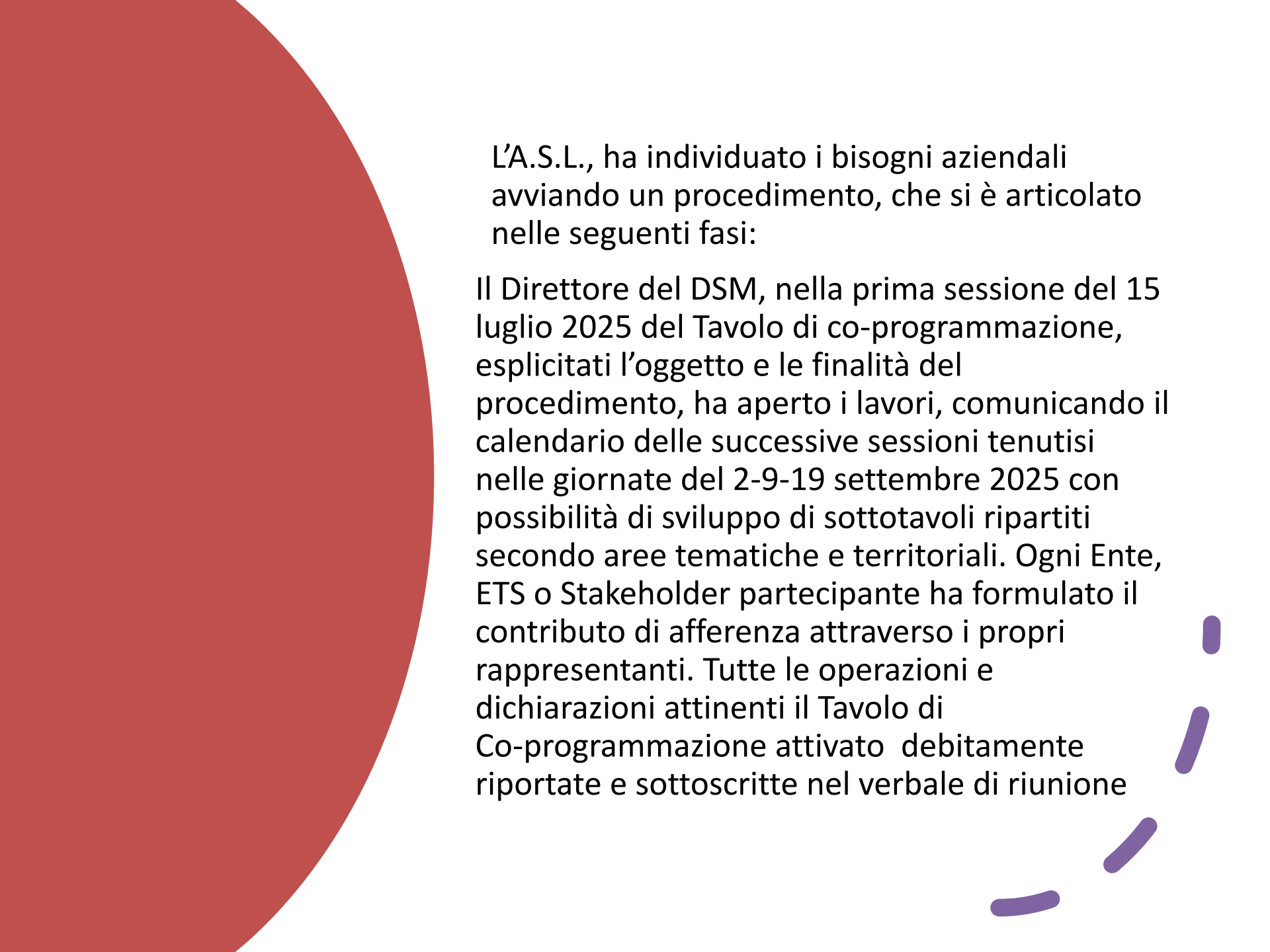
# Prender si cura della salute mentale

Sarà sperimentato un modello d'intervento improntato alla **domiciliarità, alla deistituzionalizzazione e all'inserimento lavorativo**, mirato a **gruppi target specifici quali i giovani, le persone affette da disturbo autistico grave e, in alcuni territori, i migranti**. Per lo svolgimento del presente progetto, si prevede di impiegare sia personale interno che esterno (Cogestori, Manager esperti in politiche e servizi sociali, ESP e IPS).

Inoltre per alcuni operatori si prevede di organizzare anche una formazione specifica teorico-pratica, finalizzata ad attivare concretamente nel nostro contesto territoriale progetti di Housing First, Cohousing sociale e IESA (Inserimento Etero Supportato Adulti).




- 
- L'ASL Caserta, nel pieno rispetto della propria autonomia organizzativa, istituzionale e regolamentare, in conformità ai principi generali di semplificazione, trasparenza, imparzialità, buon andamento dei servizi, pubblicità, non discriminazione, parità di trattamento e proporzionalità, nonché dei principi dell'ordinamento eurounitario, ha avviato forme di collaborazione Pubblico/Privato tra P.A., ETS e Stakeholders Istituzionali e del Sistema Socioeconomico che operano sul territorio della Provincia di Caserta, Associazioni locali anche di familiari al fine di valorizzarne il ruolo ed il valore sociale, favorendo l'apporto di specifica competenza negli ambiti di attività.




L'A.S.L., ha individuato i bisogni aziendali avviando un procedimento, che si è articolato nelle seguenti fasi:

Il Direttore del DSM, nella prima sessione del 15 luglio 2025 del Tavolo di co-programmazione, esplicitati l'oggetto e le finalità del procedimento, ha aperto i lavori, comunicando il calendario delle successive sessioni tenutisi nelle giornate del 2-9-19 settembre 2025 con possibilità di sviluppo di sottotavoli ripartiti secondo aree tematiche e territoriali. Ogni Ente, ETS o Stakeholder partecipante ha formulato il contributo di afferenza attraverso i propri rappresentanti. Tutte le operazioni e dichiarazioni attinenti il Tavolo di Co-programmazione attivato debitamente riportate e sottoscritte nel verbale di riunione

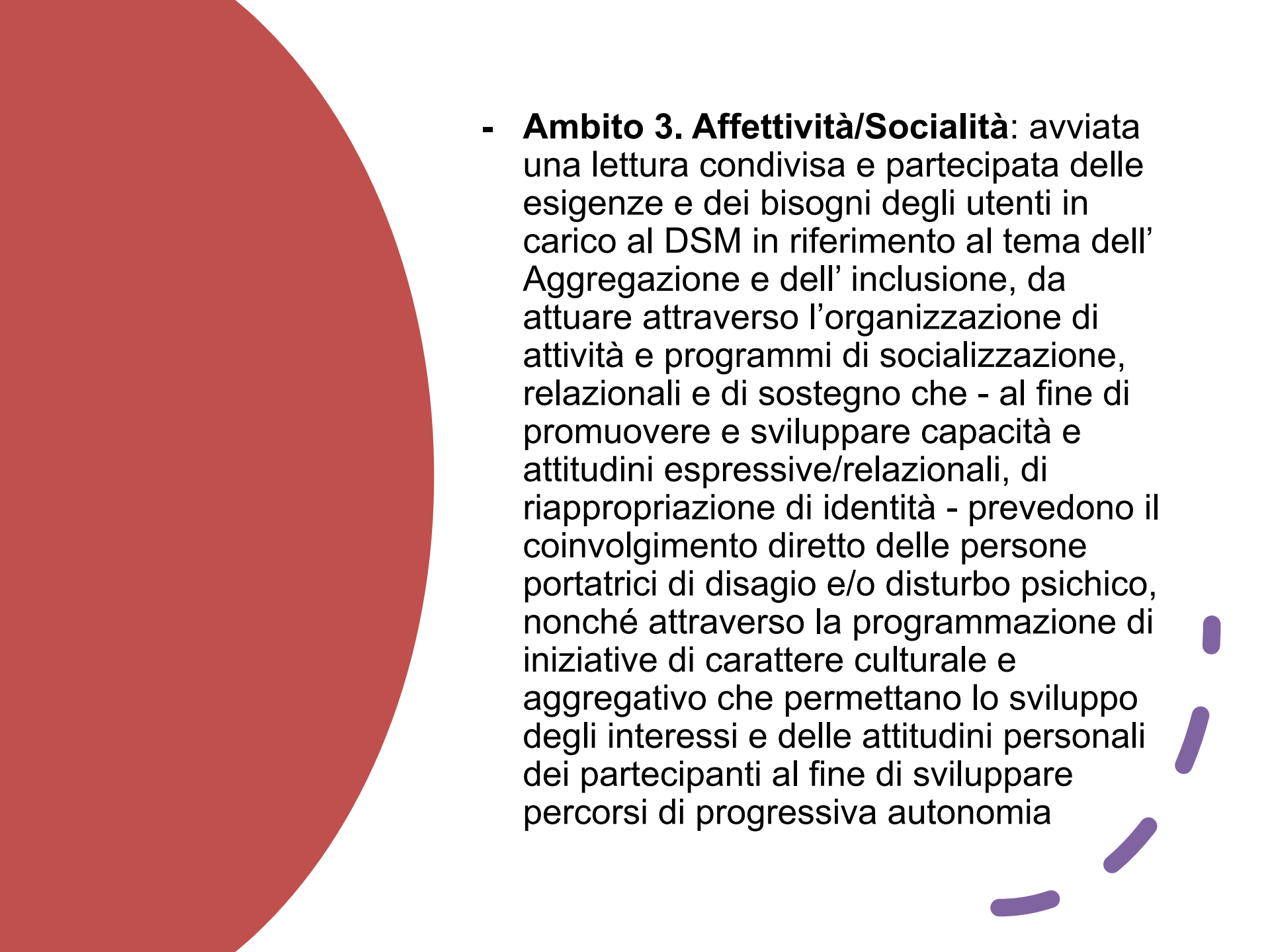


- L'Azienda Sanitaria Locale di Caserta, con l'ausilio dei soggetti che hanno preso parte ai su citati Tavoli di Co-programmazione, implementerà l'utilizzo dei Piani Terapeutici Riabilitativi Personalizzati (non più semplicemente "individualizzati", ma "personalizzati, partecipati e condivisi") per gli utenti del Dipartimento di Salute Mentale, in conformità con quanto disposto dal recente D.Lgs. n.62/2024 (Riforma della Disabilità) e la Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con disabilità, negli ambiti che realizzano il cd. "Progetto di Vita", funzionalizzati all'attuazione delle tre determinanti della Salute Mentale (Casa, Lavoro e Famiglia) come segue

- 
- **Ambito 1. Casa/Habitat:** avviata una lettura condivisa e partecipata delle esigenze e dei bisogni degli utenti in carico al DSM in riferimento al tema dell'abitare autonomo ed indipendente, anche attraverso forme di Co-Housing, Housing First e IESA ("Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti con disagio psichico"), in quanto "l'abitare" risulta essere un fattore fondamentale di vita per le persone con gravi disturbi psichiatrici. L'acquisizione, il recupero e il mantenimento delle abilità necessarie alla vita indipendente è strettamente legato al miglioramento delle capacità di funzionamento personale, affettivo e sociale, andandosi ad intersecare con i successivi ambiti

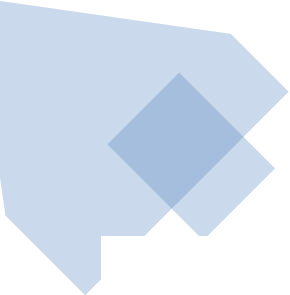
- **Ambito 2. Formazione/Lavoro:** avviata una lettura condivisa e partecipata delle esigenze e dei bisogni degli utenti in carico al DSM in riferimento al tema della Formazione e dell'inserimento lavorativo, attraverso l'attivazione di percorsi individualizzati di formazione e di inserimento lavorativo. Tali percorsi saranno finalizzati allo sviluppo di abilità e di competenze relazionali e lavorativi in molteplici settori di attività. Il lavoro, come determinante sociale della salute, è elemento essenziale su cui costruire progettualità orientate alla Recovery.
- Saranno incentivati progetti di formazione (secondo le esperienze formative promosse dal Ministero della Salute, come ad es. il modello Ex-In) per utenti esperti per esperienza (ESP), anche detti "esperti in supporto tra pari", i quali dovranno, a seguito di tale percorso formativo, supportare coloro che ancora abbisognano di PTRP, avvalendosi della propria esperienza di rinascita.
- Rilevanza hanno ottenuto le proposte utili all'attivazione di tirocini formativi/progetti d'inclusione lavorativa e di formazione per l'avvio del modello IPS "Individual Placement and Support": modello che, a mezzo di uno specialista, fornisce aiuto necessario nella ricerca, ottenimento e svolgimento di un impiego all'interno del mercato del lavoro)

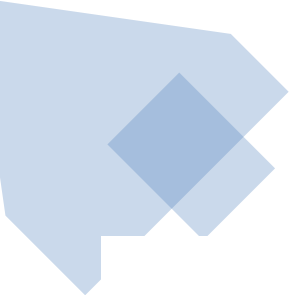


- 
- **Ambito 3. Affettività/Socialità:** avviata una lettura condivisa e partecipata delle esigenze e dei bisogni degli utenti in carico al DSM in riferimento al tema dell'Aggregazione e dell'inclusione, da attuare attraverso l'organizzazione di attività e programmi di socializzazione, relazionali e di sostegno che - al fine di promuovere e sviluppare capacità e attitudini espressive/relazionali, di riappropriazione di identità - prevedono il coinvolgimento diretto delle persone portatrici di disagio e/o disturbo psichico, nonché attraverso la programmazione di iniziative di carattere culturale e aggregativo che permettano lo sviluppo degli interessi e delle attitudini personali dei partecipanti al fine di sviluppare percorsi di progressiva autonomia


# Principi Guida e Normativa

- L. 241/1990
- D.Lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore)











**il comma 4** individua  
**l'accreditamento** come una  
delle forme con cui attivare il  
partenariato– oltre che  
l'istruttoria di coprogettazione –  
previa definizione, da parte della  
PA, degli obiettivi generali e  
specifici dell'intervento, della  
durata e delle caratteristiche  
essenziali dello stesso, nonché  
dei criteri e delle modalità per  
l'individuazione degli enti  
partner.

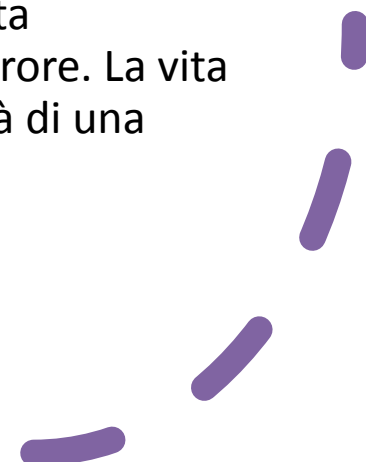




•I principi attivi sono la **capacitazione e la personalizzazione**.

•**Danilo Dolci** definisce la «capacitazione come un processo in cui persone o gruppi che si trovano in una situazione di impotenza apprendono modalità di pensiero e azione che permettano loro di agire per soddisfare i propri bisogni fondamentali e incamminarsi lungo un processo di sviluppo: chi non aveva potere lo acquisisce, o meglio scopre di possederlo.»

•**Ciro Tarantino**: «Vita indipendente è avere la possibilità di sbagliare: in essenza, la vita indipendente è proprio un diritto all'errore. La vita indipendente, è dunque, la disponibilità di una compossibilità.»



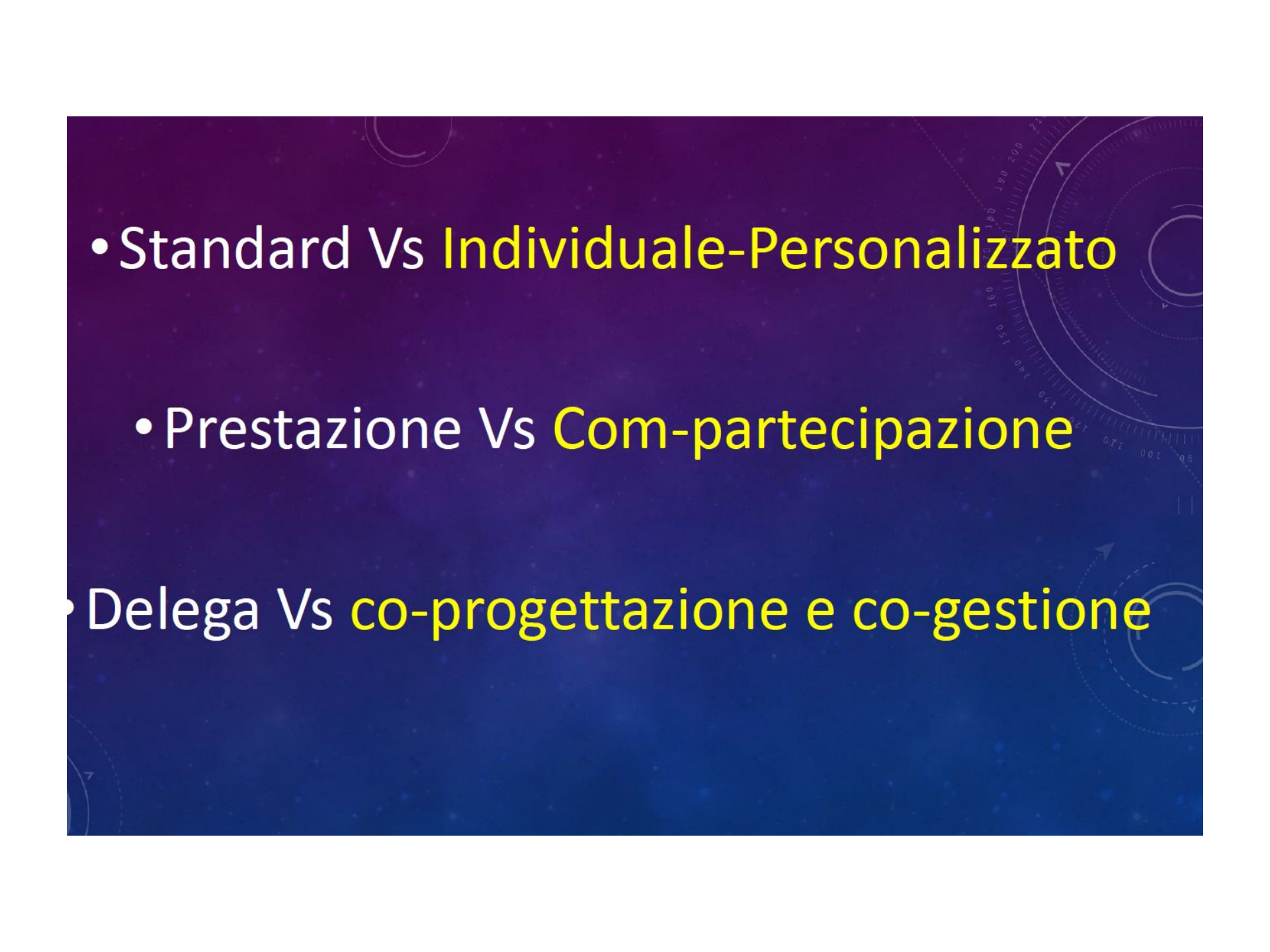
# Elementi costitutivi del modello BdS

<b>Modello Biomedico</b>	<b>Modello "BdS"</b>
<b>Paternalismo</b>	<b>Reti negoziali multiple</b>
<b>Solidarietà</b>	<b>Sussidiarietà</b>
<b>Cittadino assistito</b>	<b>Cittadino protagonista</b>
<b>Aiuto e sostegno</b>	<b>Promozione e protezione</b>
<b>Responsabilità centrale</b>	<b>Responsabilità diffusa</b>



## Elementi costitutivi del modello BdS

<b>Modello Biomedico</b>	<b>Modello "BdS"</b>
<b>Paziente</b>	<b>Persona (soggettività)</b>
<b>Valutazione individuale</b>	<b>Valutazione multidimensionale multiprofessionale</b>
<b>Diagnosi</b>	<b>Funzionamento</b>
<b>Sintomo</b>	<b>Determinanti di salute</b>
<b>Prestazione riparativa</b>	<b>Progetto Personalizzato</b>
<b>Intervento contenitivo</b>	<b>Inclusione sociale</b>
<b>Assistenza Sanitaria</b>	<b>Promozione della Salute e Sviluppo Economico-Sociale</b>

- 
- Standard Vs Individuale-Personalizzato
  - Prestazione Vs Com-partecipazione
  - Delega Vs co-progettazione e co-gestione

## The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations

James B. Kirkbride<sup>1</sup>, Deidre M. Anglin<sup>2,3</sup>, Ian Colman<sup>4</sup>, Jennifer Dykxhoorn<sup>1</sup>, Peter B. Jones<sup>5,6</sup>, Praveetha Patalay<sup>7,8</sup>, Alexandra Pitman<sup>1,9</sup>, Emma Soneson<sup>10</sup>, Thomas Steare<sup>7</sup>, Talen Wright<sup>1</sup>, Siân Lowri Griffiths<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Division of Psychiatry, University College London, London, UK; <sup>2</sup>City College, City University of New York, New York, NY, USA; <sup>3</sup>Graduate Center, City University of New York, New York, NY, USA; <sup>4</sup>School of Epidemiology and Public Health, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; <sup>5</sup>Department of Psychiatry, University of Cambridge, Cambridge, UK; <sup>6</sup>Cambridgeshire & Peterborough NHS Foundation Trust, Cambridge, UK; <sup>7</sup>Medical Research Council Unit for Lifelong Health and Ageing, University College London, London, UK; <sup>8</sup>Centre for Longitudinal Studies, Social Research Institute, University College London, London, UK; <sup>9</sup>Camden and Islington NHS Foundation Trust, London, UK; <sup>10</sup>Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK; <sup>11</sup>Institute for Mental Health, University of Birmingham, Birmingham, UK

*People exposed to more unfavourable social circumstances are more vulnerable to poor mental health over their life course, in ways that are often determined by structural factors which generate and perpetuate intergenerational cycles of disadvantage and poor health. Addressing these challenges is an imperative matter of social justice. In this paper we provide a roadmap to address the social determinants that cause mental ill health. Relying as far as possible on high-quality evidence, we first map out the literature that supports a causal link between social determinants and later mental health outcomes. Given the breadth of this topic, we focus on the most pervasive social determinants across the life course, and those that are common across major mental disorders. We draw primarily on the available evidence from the Global North, acknowledging that other global contexts will face both similar and unique sets of social determinants that will require equitable attention. Much of our evidence focuses on mental health in groups who are marginalized, and thus often exposed to a multitude of intersecting social risk factors. These groups include refugees, asylum seekers and displaced persons, as well as ethnic/racial minoritized groups; lesbian, gay, bisexual, transgender and queer (LGBTQ+) groups; and those living in poverty. We then introduce a preventive framework for conceptualizing the link between social determinants and mental health and disorder, which can guide much needed primary prevention strategies capable of reducing inequalities and improving population mental health. Following this, we provide a review of the evidence concerning candidate preventive strategies to intervene on social determinants of mental health. These interventions fall broadly within the scope of universal, selected and indicated primary prevention strategies, but we also briefly review important secondary and tertiary strategies to promote recovery in those with existing mental disorders. Finally, we provide seven key recommendations, framed around social justice, which constitute a roadmap for action in research, policy and public health. Adoption of these recommendations would provide an opportunity to advance efforts to intervene on modifiable social determinants that affect population mental health.*

**Key words:** Mental health, mental disorder, social determinants, social risk factors, prevention, marginalized groups, population mental health, social justice

(*World Psychiatry* 2024;23:58–90)

REVIEW ARTICLE **OPEN**

# Addressing social determinants of health in individuals with mental disorders in clinical practice: review and recommendations

Dilip V. Jeste <sup>1✉</sup>, Jeffery Smith<sup>2</sup>, Roberto Lewis-Fernández <sup>3,4</sup>, Elyn R. Saks<sup>5</sup>, Peter J. Na <sup>6,7</sup>, Robert H. Pietrzak<sup>8,9</sup>, McKenzie Quinn<sup>10</sup> and Ronald C. Kessler <sup>11</sup>

© The Author(s) 2025

Social determinants of health have been shown to have a greater impact on overall health than traditionally considered medical risk factors, especially in people with mental disorders. It is the primary responsibility of healthcare providers to ensure that persons with psychiatric disorders are actively helped in reducing the adverse effects of SDoMH on their health and healthcare. Yet, the current clinical psychiatric practice in the U.S. does not have any standardized guidelines for evaluating or addressing these critical factors even among individuals who are receiving psychiatric and other medical treatment. Although there are several barriers to implementing such interventions, there are also practical approaches to address selected social determinants of mental health and improve the well-being of our patients. In this article, we review the literature on the assessment of relevant social factors and pragmatic psychosocial strategies at the individual, family, and community levels to help reduce their adverse impact. We offer guidelines for psychiatric clinicians and case managers to improve the health and quality of life of persons with mental disorders, using sustained inter-professional collaborative efforts.

*Translational Psychiatry* (2025)15:120; <https://doi.org/10.1038/s41398-025-03332-4>



### Perché si può considerare innovativo:

- Rispetto al metodo, rispetto alla tecnologia, rispetto al contesto sociale ed istituzionale.
- I **Servizi pubblici** non delegano la gestione di una parte delle proprie competenze al privato e non accreditano strutture, ma ricercano partner per la costruzione di contesti ove siano presenti le determinanti sociali, “prodotti flessibili”, predittive delle prognosi positive, e che, come ha affermato in un recente documento l’OMS, “devono essere parte integrante del trattamento medico” (welfare-mix).
- Obiettivo prioritario è la **trasformazione delle rette** corrisposte per l’assistenza in strutture residenziali o semiresidenziali in progetti individuali sostenuti attraverso Budget di Salute, mediante specifico atto contrattuale per ogni utente.
- Il ruolo del partner privato **non è di gestire strutture**, più o meno protette, ma di fornire occasioni di apprendimento/espressività, formazione/lavoro, casa/habitat sociale e socialità/affettività opportune per la cogestione di Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati.
- Al centro del sistema vi è quindi **la persona**, con un nome e un volto unico e irripetibile, portatrice di un valore, e non una struttura e un’organizzazione (anche se non profit).

## Criticità

### Operatività

Investire maggiormente sulla formazione e sulla cultura degli operatori testimoniata anche dal **linguaggio (ad es. utilizzato nella compilazione di alcuni progetti)**, che ha fatto emergere una forte difficoltà nel rappresentare ciò che viene realizzato o ciò che è la storia e il percorso della persona (turnover);


### Snellimento procedure formali

Rimane necessario, in collaborazione con l'U.O. Coordinamento Socio-Sanitaria, approfondire le possibilità formali di superamento delle procedure di affido dei budget di salute attualmente proposte con particolare attenzione alla metodologia relativa alla "Negotiorum gestum" (Diritto Privato) che permetterebbe di contrattare in maniera più diretta con le diverse compagini sociali modalità, tempistiche ed economie dei diversi progetti personalizzati. (Ambiti/Comuni/Cittadino/utente; fatturazione disgiunta, determina di affido, CIG, DURC, liquidazione, NSO, ecc.);



## **Propositività Privato Sociale**

Stimolare ulteriormente, in termini di propositività e rete di iniziative comunitarie l'operatività ed il coinvolgimento del Privato Sociale attraverso anche la valutazione e l'individuazione di ulteriori forme, anche giuridiche, che sanciscano il partenariato con l'ente pubblico e prevedano una maggior collaborazione tra la cooperazione di tipo A e A/B;



**Competitività tra servizi da superare in favore di una relazione di collaborazione e fiducia reciproca;**



**Qualità delle risposte e servizi mai sufficiente o comunque sempre migliorabile;**

**Mancata aderenza alle linee guida e, di conseguenza, risorse non utilizzate e cure che non aderiscono ai bisogni dell'utente (*Alakeson et al., 2016*);**

**Rischio di dipendenza a lungo termine e di creare nell'utenza un senso di diritto al sostegno (*Alakeson et al., 2016*);**

**Incremento della burocrazia e dei costi (*Alakeson et al., 2016*);**

**Lavorare a progetto, introducendo innovazioni.**



## Valutazione del Budget di Salute

Dovrebbe essere:

- **multidimensionale**: aspetti clinici, cognitivi, funzionali, sociali, motivazionali, di benessere, della qualità della vita, di espressione soggettiva del bisogno di cura, di carico personale e familiare, di soddisfazione per le proprie condizioni di vita e per gli interventi ricevuti
- **multiassiale**: assi della casa-lavoro-socialità
- **multidisciplinare/multiesperenziale**: conoscenze e il punto di vista dei professionisti, e della loro diversa tipologia, del paziente e del familiare

→ Approccio HELP:

- **Health**
- **Environment**
- **Life**
- **Psychopathology**



Situazione attuale:  
sistema di co-gestione  
che evidenzia la  
compresenza di  
elementi  
“concorrenziali” (cfr. per  
tutti “affidamento di  
prestazioni”) e germi  
“collaborativi” (albo dei  
co-gestori).



Co-gestori: soltanto  
cooperative sociali di  
tipo b



Vincolo istituzionale:  
disposizioni regionali  
che definiscono le  
tariffe che ASL ed  
Ambiti devono  
riconoscere ai soggetti  
gestori



ASL Caserta: ha definito  
un regolamento  
“minimo” che potrebbe  
risultare quale base di  
elaborazione di un  
successivo documento  
“macro” sia per il DSM  
(e forse meglio ancora  
per l'intera ASL, così da  
essere anche pilota per  
altre ASL della Regione  
Campania)



NOTA: quest'ultimo  
spunto potrebbe  
collegarsi con il lavoro  
da farsi a livello  
regionale

Formazione: si potrebbe pensare ad un percorso formativo rivolto sia alla P.A. sia agli ETS (tutti e non solo alle cooperative sociali presenti in sala) sulla legge delega e d. lgs. disabilità, con specifico riferimento al budget di progetto



Proposte di lavoro futuro: “riconciliare” i percorsi del BdP e del BdS nell’ambito delle attività e azioni dell’ASL



Verificare le procedure in essere per verificarne:

- Compatibilità con le sopravvenute normative nazionali
- Compatibilità con le procedure tout court
- Combinazione



Anno 2022

200 PTRI/BdS: 80 presentano forme di tutela  
(A.G.; Tutore o AdS)

20 PTRI/BdS >65 anni

40% dei PTRI/BdS > 36 mesi, il 50% di  
questi sono persone sottoposte a forme varie  
di tutela


Solo il 15% Asse Formazione/Lavoro

Il 65% in gruppi di civile convivenza diverso  
dal luogo originario di vita della persona

«Art. 2. — La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale».

«Art. 3. — Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese».



ART.4. Diritto al lavoro. La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società.

ART.32 Diritto alla salute, La Repubblica tutela la Salute come fondamentale diritto individuo e interesse della Comunità.

ART.34 Diritto alla Istruzione. La Scuola è aperta a tutti. L'Istruzione di base di almeno 8 anni è obbligatoria e gratuita

ART.38 Diritto alla Previdenza e all'assistenza sociale. Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza. Sociale.

ART.47 La Repubblica favorisce l'accesso del risparmio popolare alla proprietà della abitazione.

ART.29/31 Diritto alla tutela della famiglia. La repubblica riconosce i diritti della famiglia come società naturale fondata sul Matrimonio e tutela la Maternità, l'Infanzia e la Gioventù.

ART.9/41 l'Ambiente è Persona. Biodiversità, Ecosistema, Paesaggio, Patrimonio Storico Artistico, Salute sono attributi della Persona.

## ***Aspettando Godot***

Vivo tutti i miei giorni aspettando Godot  
Dormo tutte le notti aspettando Godot  
Ho passato la vita ad aspettare Godot  
Sono invecchiato aspettando Godot, ho  
sepolto mio padre aspettando Godot, ho  
cresciuto i miei figli aspettando Godot.

La morte mi ha preso le mani e la vita,  
l'oblio mi ha coperto di luce infinita, e ho  
capito che non si può coprirsi le spalle,  
aspettando Godot.

Non ho mai agito aspettando Godot, per  
tutti i miei giorni aspettando Godot, e ho  
incominciato a vivere forte, proprio  
andando incontro alla morte, ho  
incominciato a vivere forte, proprio  
andando incontro alla morte.

*“LOVE IS THE LIFE FORCE, THE SOUL, THE IDEA. THERE IS  
NO DIALOGICAL RELATION WITHOUT LOVE, JUST AS  
THERE IS NO LOVE IN ISOLATION. LOVE IS DIALOGIC”*

(PATTERSON, D.1988, “LITERATURE AND SPIRIT: ESSAY ON BAKHTIN AND HIS  
CONTEMPORARIES”, P. 142)