

per il biennio 2007-2009, allarga il numero di paesi africani coinvolti e punta alla costruzione di un ambiente culturale, sociale e legale che favorisca l'abbandono della pratica di mutilazione. Aidos, inoltre, in occasione del convegno internazionale organizzato il 6 luglio 2000 a Roma, all'interno di una campagna d'informazione contro le mutilazioni dei genitali delle bambine africane, aveva approntato quattro opuscoli: uno informativo su questa pratica ("che deve finire"); un secondo sul "Trattamento giuridico delle Mgf" (dalle convenzioni Onu alla legislazione italiana); una guida per conoscere, prevenire, curare chi è già stato oggetto di Mgf; infine una bibliografia ragionata, in inglese.

Sezione III - Il sistema dei servizi e degli interventi di prevenzione e di tutela minori : uno sguardo d'insieme

Premessa

Dal punto di vista gestionale un meccanismo chiarificatore e ordinatore delle competenze amministrative e di spesa per alcune prestazioni rilevanti rispetto alla cura e all'assistenza di bambini e adolescenti vittime di violenza è rappresentato dall'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio sanitaria DPCM 14/2/01, che ha definito le tipologie di prestazioni per aree di interventi, regolando i criteri di suddivisione della spesa tra il Sistema sanitario nazionale e i Comuni. Nel DPCM le prestazioni sono distinte in tre grandi categorie:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, di competenza delle ASL, finalizzate "alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite". Esse sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare e nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali;
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, di competenza dei Comuni, con "l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute". Tali attività, di competenza dei Comuni, possono essere prestate con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini e si esplicano attraverso interventi di sostegno economico, di aiuto domestico, di ospitalità alberghiera;
- prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, di competenza congiunta delle ASL e dei Comuni, "in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto nelle fasi estensive e di lungo assistenza". Esse sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare e nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

Ma il percorso non è stato ancora completato perché manca ancora la definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali da parte dello Stato. Infatti, anche se l'assistenza sociale appartiene oggi alla competenza legislativa esclusiva delle Regioni, allo Stato spetta la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale". E rimane alla programmazione nazionale il compito di individuare gli obiettivi da perseguire e determinare le risorse disponibili.

Gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento, sono determinati da ciascuna Regione nell'ambito della programmazione socio-sanitaria secondo i principi di: sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, nonché di continuità assistenziale. La Regione, inoltre, è tenuta a svolgere funzioni di vigilanza e di coordinamento sul rispetto da parte delle aziende sanitarie e dei Comuni delle indicazioni da essa emanate allo scopo di assicurare ai residenti un'adeguata uniformità di prestazioni a livello territoriale.

Diventa, quindi, determinante il ruolo dell'amministrazione regionale, in assenza della definizione dei livelli essenziali, nella scelta delle priorità e della ripartizione per settori delle risorse.

La dimensione socio-assistenziale degli interventi non è stata normata a livello nazionale, il panorama è quindi molto disomogeneo perché dipende da come il settore è stato strutturato dalla legislazione regionale e dai piani sociali e sanitari. Le maggiori differenze interessano sia la definizione della geografia organizzativa territoriale dei servizi sia le forme di coordinamento, se esistono, tra le prestazioni delle ASL e gli interventi dei Comuni. L'art. 8 comma 3 della legge n. 328/2000 stabilisce che la regione deve definire, di concertazione con gli enti locali interessati, gli ambiti territoriali, le modalità e gli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete. Nella determinazione degli ambiti territoriali, le regioni devono incentivare l'esercizio

associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie.

L'architettura attuale del sistema di protezione e sostegno ai minori vittime di violenza si snoda essenzialmente attorno al Comune, ente titolare delle funzioni in materia di assistenza sociale. Le amministrazioni comunali possono gestire i servizi sociali o in forma diretta, oppure in associazione con più Comuni ricompresi nella stessa zona socio-sanitaria mediante convenzione o mediante la costituzione di Consorzi o aziende di servizi, oppure mediante delega alla Azienda sanitaria locale competente per territorio.

Se per i Comuni di maggiori dimensioni la forma prevalente è quella della gestione diretta con l'ambito corrispondente al territorio comunale, dove prevalgono i Comuni di medie e piccole dimensioni l'organizzazione dei servizi comunali in relazione all'ambito può assumere molteplici modalità (Istat, online, L'integrazione socio-sanitaria. Analisi dei piani sanitari e sociali):

- ambiti in cui sono presenti un Comune di notevoli dimensioni e piccoli Comuni. In tal caso, si valuta l'opportunità di affidare al Comune dotato di maggiori potenzialità strutturali la gestione dei servizi oppure di gestirli in forma consortile;
- ambiti in cui sono presenti diversi Comuni tutti di piccole dimensioni. In tal caso, la gestione dei servizi può avvenire in forma consortile o essere attribuita al Comune in grado di potenziare il proprio apparato in funzione della gestione unitaria dei servizi;
- ambiti in cui è presente una sola Comunità montana;
- ambiti in cui sono presenti diverse Comunità montane. In tal caso, i Comuni valutano l'opportunità di gestire i servizi in forma di Consorzio tra le Comunità montane oppure di affidarne la gestione ad una di esse mediante convenzione.

Le differenze risultano particolarmente significative in un confronto tra le Regioni del centro-nord e quelle del sud: “ mentre le Regioni centro-settentrionali già alla fine degli anni '80 gestivano in modo associato i servizi socio-assistenziali attraverso le USL, al sud le competenze restavano prevalentemente ai Comuni. (Regioni e politica socio-assistenziale - 3° Rapporto; 1992 ediz. T.E.R.)”.

Nella ricognizione che segue le informazioni raccolte sono analizzate sia con una prospettiva d'insieme che permette di cogliere tendenze di livello nazionale, sia con una ripartizione territoriale su due macro aree, centro – nord e sud – isole. L'accorpamento non sacrifica il dettaglio dell'analisi perché in effetti nei dieci anni trascorsi dall'approvazione della legge n.269/98 si è andato configurando uno scenario di esperienze che, negli aspetti positivi e in quelli negativi, presenta, sia un continuum sia una cesura che configura due Italie.

III.1. Il contesto: considerazioni generali

L'analisi delle condizioni socio demografiche e del sistema dei servizi, secondo alcuni indicatori omogenei, esempio i livelli di spesa per minori e famiglie come si ricava dalla recente Indagine Istat (2007) permette di individuare alcune importanti elementi di differenziazione, in qualche modo strutturali, tra le regioni del nord e quelle del sud d'Italia di cui è indispensabile tenere conto nell'analisi dei processi di riorganizzazione dei servizi e del sistema degli interventi.

Per quanto riguarda le regioni del Centro – Nord alcuni dati connessi ai *mutamenti demografici e all'emergere di nuove problematiche* influenzano l'intervento dei servizi a tutela dei minori.

1. E' aumentato il numero di **famiglie e persone straniere** abitanti presenti stabilmente sul territorio sia in forma regolare che non. L'incremento dei minori stranieri dato sia dai flussi migratori e i ricongiungimenti familiari (i minori stranieri sono quadruplicati nell'arco di un quinquennio, passano da 128.000 unità nel 2001 a 585.000 nel 2006) sia dall'aumento delle nascite da stranieri. In particolare, nel 2004, nelle regioni del nord si trovava il 63% dei minori

stranieri presenti in Italia¹. Si tratta di persone singole e di famiglie che intendono restare nel nostro paese e che, non potendo fare riferimento alle normali reti di supporto primario, si rivolgono al sistema formale di aiuto. Il nostro sistema dei servizi è profondamente impreparato ad accogliere e integrare famiglie e bambini stranieri in una prospettiva di normalità; si pensi che nel triennio 2003 – 2005 l'incremento dei ragazzi stranieri nelle scuole è stato di 60/70.000 unità all'anno. Il tasso di insuccesso scolastico è molto più elevato per i ragazzi stranieri che per gli italiani e aumenta dalle scuole primarie alle secondarie di 1 e 2 grado² l'inadeguatezza del sistema di accoglienza incrementa le difficoltà dell'impatto migratorio. La percentuale con cui le famiglie straniere sono presenti nella casistica di alcuni centri specialistici, indica come i bambini stranieri siano più esposti ai rischi di maltrattamenti fisici anche gravi, a situazioni di trascuratezza e abbandono, su cui si innestano violenze e abusi sessuali extrafamiliari. È in aumento il numero di minori stranieri non accompagnati. Infine, a questo si aggiunge il *problema dei bambini delle famiglie rom e nomadi*, maggiormente esposti a rischi di *abusi e violenze*, in cui l'intervento protettivo dei servizi è particolarmente difficile.

2. E' in aumento il tasso di **conflittualità familiare**, sia a livello delle separazioni coniugali sia per quanto riguarda la violenza intrafamiliare. Per quanto riguarda le prime, è in aumento il tasso di maltrattamenti psicologici e strumentalizzazione dei bambini nel conflitto. Su queste problematiche i servizi sono chiamati ad intervenire con una funzione di regolazione e protezione dei contatti tra figli e genitori (incontri in luoghi e spazi neutri), con strumenti e risorse spesso inadeguate, al fine di salvaguardare il diritto di relazione con entrambi i genitori, riuscendo a differenziare gli interventi in connessione con lo svelamento e/o la denuncia di abusi sessuali. Si tratta poi di disegnare la linea di confine rispetto alle situazioni di grave **violenza domestica**, al cui trauma i minori sono esposti con consistenti rischi per il loro sviluppo.
3. È incrementato il numero di **nuclei monoparentali**, con un aumento dei fattori di rischio dovuti ad un abbassamento del tenore di vita, ad una riduzione delle risorse materiali e relazionali e un maggior isolamento, dal 1988 al 2003 la percentuale di nuclei composti da madre con figli è passata dal 8,1% al 10,2 % e.
4. Sembra in aumento l'**instabilità** nella composizione delle **famiglie**, che pone la necessità costante di ridefinire e riorganizzare i confini e le responsabilità genitoriali. Il tasso di separazioni e divorzi è, in tutte le regioni del nord superiore alla media nazionale.³ Nel complessivo peggioramento delle condizioni di vita, specialmente nelle grandi città, gli adulti faticano a trovare modi e luoghi per assumere questo compito con sufficiente adeguatezza e faticano ad ascoltare e raccogliere le risorse di adattamento positivo che i figli possono portare. La difficoltà intrinseca di questo processo di riadattamento e riorganizzazione familiare rischia di lasciar soli ed esporre i bambini a situazioni di abbandono e trascuratezza o, viceversa di incrementare le occasioni di conflitto e di violenza. L'elevato numero di nuclei monogenitoriali o ricostituiti nell'utenza dei servizi⁴ testimonia la necessità di un'attenzione specifica a questa dimensione.
5. Aumentano gli episodi di **violenze agite da minorenni**, fisiche, psicologiche, bullismo e sessuali, anche sotto forma di violenza di gruppo.

Gli aspetti socio demografici che caratterizzano le regioni del sud, incidendo sul sistema dei servizi di tutela minori, sono in estrema sintesi i seguenti:

¹ Tratto da "i numeri italiani – Infanzia e adolescenza in cifre – edizione 2007" quaderni del centro nazionale – Fonte Ministero degli interni

² 3,2 nella scuola primaria, 7,9 nella secondaria di 1 grado e 12,8 nella secondaria di 2 grado – dati del ministero dell'istruzione – Micciarelli "nuovi compagni di banco – franco angeli, 2004-

³ fonte Istat cit in "numeri italiani – Infanzia e adolescenza in cifre – edizione 2007

⁴ A titolo indicativo, nelle ultime statistiche delle segnalazioni giunte al Centro per il bambino maltrattato di Milano evidenzia come il 27% delle famiglie sia normocostituita a fronte del 44% di nuclei monoparentali - Rapporto per il Comune di Milano "le segnalazioni di abuso all'infanzia pervenute al CBM 2000 20005"

1. c'è più povertà, sia in generale sia anche perché le famiglie con bambini sono tra quelle più povere. I dati ISTAT segnalano che la situazione più grave è quella delle famiglie campane (l'incidenza delle famiglie in condizioni di povertà è del 27%) e siciliane (30,8%).
2. Esiste una relazione diretta tra numero di componenti della famiglia e incidenza della povertà, a parità di componenti la presenza di figli minori fa aumentare fortemente l'incidenza della povertà. La massima incidenza della povertà riscontrabile nel nostro Paese si registra tra le coppie con tre o più figli minori (27,8%). Per le famiglie con bambini di età inferiore ai diciotto anni, il rischio povertà si innalza vertiginosamente con l'arrivo del secondo figlio, passando da un'incidenza di povertà del 10,1% delle famiglie con figlio unico al 17,2% delle famiglie con due figli.
3. Ci sono più bambini che nelle altre aree del Paese. I dati pubblicati in un recente numero dei Quaderni del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza (n.43/2007) evidenziano come il calo demografico si è arrestato in tutto il Centro-nord mentre continua ad agire, seppure con sempre minore intensità, nelle regioni meridionali dove tuttavia si registrano le quote maggiori di popolazione minorile del Paese. Nel 2005 i minorenni in Italia erano 9.979.005, in lieve ripresa rispetto al minimo storico della popolazione minorile in Italia del 2002 con 9.832.151. Le Regioni che detengono le più alte incidenze di popolazione minorile sul complesso della popolazione residente sono la Campania (21,7%), la Sicilia (20,2%), la Puglia (19,6%) e la Calabria (19,4%), a fronte di un valore medio nazionale del 17,1%. Tra le restanti regioni italiane, invece, la Liguria (13,1%), il Friuli Venezia Giulia (14,2%), la Toscana (14,4%), l'Emilia Romagna (14,5%) e il Piemonte (14,8%) sono quelle che presentano le più basse incidenze percentuali di presenza minorile.
4. Nuzialità precoce. Se a livello nazionale nel breve arco temporale di un decennio, il numero di spose minorenni si è fortemente ridotto passando dalle 1.562 del 1993 alle 456 del 2002, in termini relativi si ha poco più di una sposa minorenne ogni 1.000 matrimoni celebrati. In sostanza, non ci si sposa praticamente più prima dei diciotto anni e ciò è ancor più vero per i maschi minorenni, appena 13 nel corso del 2002. All'estrema esiguità numerica del fenomeno si aggiunge una forte concentrazione territoriale: oltre alla Puglia con 75 minorenni convolate a nozze nel 2002, nella sola Campania si contano più della metà delle spose minorenni del 2002 (233).
5. Si mantiene significativo il numero di **gravidanze nelle minorenni** o di donne in età molto giovane, spesso provenienti da nuclei famigliari lungamente in carico al sistema dei servizi e da esperienze di affidi e collocamenti in Comunità. Sempre in Campania, le neomamme con un'età inferiore a 20 anni ammontano al 3%, con una punta, anche in questo caso, del 4,6% nell'area a Nord di Napoli, del 4,1% nell'area vesuviana e del 2,3% nei Comuni della provincia di Caserta.
6. Il fenomeno dei **bambini rom**, negli ultimi si è assistito ad un aumento non solo della presenza di bambini rom indotti alla prostituzione, ma anche ad una maggiore consapevolezza delle Istituzioni nell'intercettazione e nel contrasto. Negli interventi di tutela e cura vi è la complessità dell'incontro con una cultura diversa, e la difficoltà di coniugare la tutela e l'accoglienza delle piccole vittime con codici arcaici che governano le relazioni interne alla Comunità, a questo si deve aggiungere il rischio cui vanno incontro gli operatori che intervengono poiché sono frequenti le connessioni tra gli sfruttatori e la criminalità organizzata locale ed internazionale.
7. I minori **autori di violenza**, oltre quanto li accomuna alle problematiche ed esperienze degli adolescenti nel Paese, i bambini e preadolescenti sono utilizzati in attività criminali (come lo spaccio, i furti, gli scippi) in quanto non penalmente perseguibili, e quindi già "addestrati", attraverso minacce e violenze, alle aggressioni verso altri soggetti, nei loro contesti tra pari o con adulti, dunque la loro vita si caratterizza per la mancanza di scelta, di riferimenti altri, per la solitudine, l'isolamento, la paura.

Una caratteristica comune a molte parti del territorio italiano è che dal punto di vista **culturale**, molte famiglie continuano a vivere una dimensione di isolamento con legami sociali e reti di supporto particolarmente ridotte e pongono al sistema dei servizi sociali domande molto variegata e complesse, spesso inerenti a problemi molto più generali. In questo quadro la protezione dei bambini sembra scivolare in secondo piano. A questo si aggiunge una percezione negativa dei servizi, in particolare quelli pubblici, che crea una situazione paradossale: da un lato si chiede di farsi carico di un enorme numero di problematiche e dall'altro li si rimprovera di inefficienza e inefficacia. Sul tema dei servizi per la famiglia e minori si innesta poi la diffidenza del mandato di vigilanza e controllo, rendendo particolarmente difficile il percepire il servizio come un alleato per processi di miglioramento⁵

Seppure in questo quadro, cominciano ad emergere alcune aree di consapevolezza che portano a sviluppare processi di confronto e di riflessione per riattivare una sensibilità collettiva e un'assunzione comune della responsabilità verso il benessere dei bambini.

L'analisi del sistema dei Servizi non può prescindere anche da una rapida panoramica **su alcuni dati generali riguardanti la spesa per interventi e servizi sociali**, così come si ricava dalla recente indagine Istat sui Comuni singoli e associati per l'anno 2004.

Il rapporto fra le risorse impegnate e la popolazione residente consente di inquadrare con maggior nitidezza le differenze territoriali che caratterizzano fortemente il fenomeno. La spesa pro-capite nazionale per l'assistenza sociale è di 92,0 euro ed è mediamente più alta nelle regioni settentrionali. In Calabria, con appena 27 euro per abitante, si raggiunge il livello più basso e non molto distante si colloca la Campania, con meno di 37 euro per abitante. Tra le regioni del Mezzogiorno il valore più alto è quello della Sardegna, con una spesa superiore alla media nazionale (101 euro per abitante) e paragonabile a diverse regioni del Centro e del Nord.

Nelle regioni del Mezzogiorno, i servizi socio-assistenziali sono gestiti quasi esclusivamente dai Comuni singoli, con le sole eccezioni dell'Abruzzo e della Campania, dove quote importanti di spesa sono affidate ad enti associativi (il 33% e il 22% rispettivamente). Si tratta di una configurazione di spesa che indebolisce la capacità di programmazione e di diversificazione dei servizi da parte delle realtà territoriali perché le risorse si polverizzano a livello locale senza creare circuiti positivi di sperimentazione e di costruzione condivisa di rete di una più adeguata rete di servizi.

I Comuni del Nord per adempiere alle loro funzioni socio-assistenziali ricorrono maggiormente a varie forme associative intercomunali: i consorzi, i comprensori, le Comunità montane, le unioni di Comuni, gli ambiti sociali, ecc. La quota di spesa impegnata dagli enti associativi, infatti, è superiore al 30% in tutto il Nord Italia, ad eccezione della Lombardia e dell'Emilia Romagna, dove è poco inferiore al 20%.

Fra le regioni del Centro, sono la Toscana e l'Umbria quelle che sembrano aver avviato una gestione dei servizi spesso condivisa fra più Comuni: nella prima, dove si sono sperimentate anche forme associative nuove quali la Società della salute⁶, il 17,5% della spesa è impegnata dai distretti sociosanitari integrati, nella seconda un'analoga quota è spesa dai Comuni associati. Marche e Lazio vedono invece una assoluta prevalenza dei Comuni singoli rispetto alle associazioni: i primi esprimono una quota di spesa pari rispettivamente al 94,6% e al 97%.

⁵ Carbone M. 2004, *La famiglia, i bambini, gli operatori, la giustizia – In prospettive sociali e sanitarie 4/2004* 7-9. Merlini Magistrali 2004 – *un rinnovato patto tra famiglie e servizi - Prospettive sociali e sanitarie 4/2004* 10 – 13

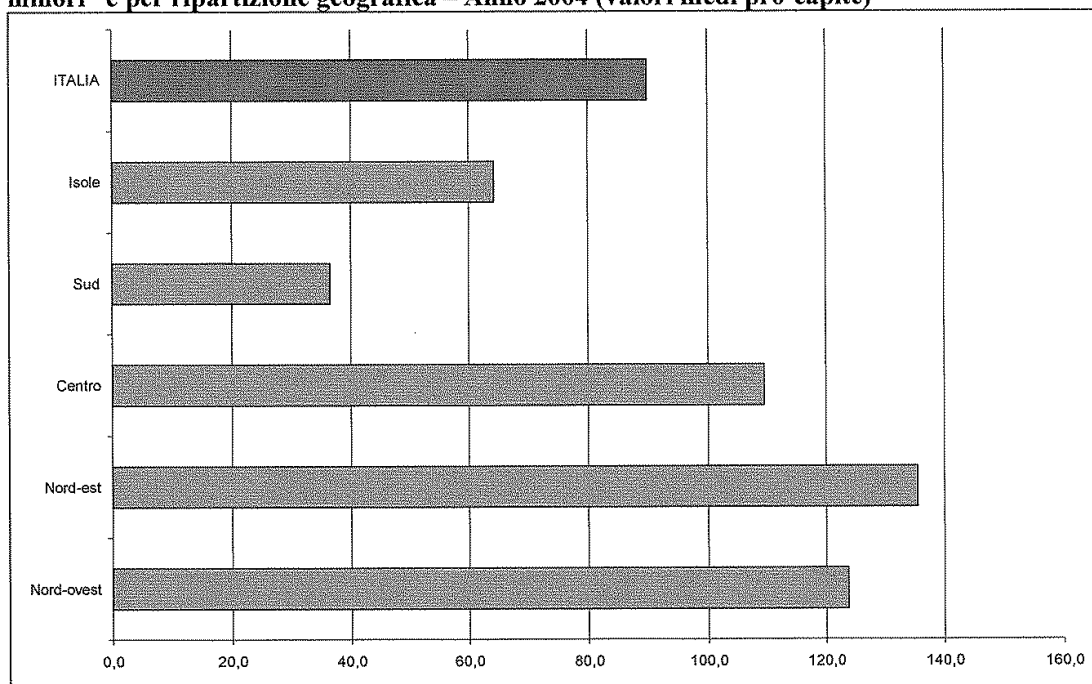
⁶ La Società della Salute è individuata quale consorzio pubblico costituito secondo le norme del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali) per la sperimentazione di forme innovative di governo dei servizi sociali e sanitari extraospedalieri a livello di zona-distretto. (Atto di indirizzo regionale per l'avvio della sperimentazione delle società della Salute, Del.Cons.Reg. n. 155/2003)

Destinatari dell'assistenza sociale dei Comuni

In ogni ripartizione geografica le spese più elevate appartengono all'area "famiglia e minori", al secondo posto ci sono quelle per gli anziani e al terzo posto quelle per i disabili.

Nell'area "famiglia e minori" la spesa media pro-capite di un anno (riferita al numero di componenti delle famiglie con almeno un minore.) è pari a 89,9 euro a livello nazionale, e raggiunge il valore più alto nelle Regioni del nord est (135,5 euro procapite) e il basso nelle Regioni del sud (36,5 euro) con un minimo di 24 euro in Calabria e con punte di 282 euro in Valle D'Aosta e 219 in Emilia Romagna.

Grafico 1 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per "famiglia e minori" e per ripartizione geografica – Anno 2004 (valori medi pro-capite)



Fonte: Istat, 2007, La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni
Anno 2004

Tra gli strumenti impiegati dai Comuni a sostegno dei vari bisogni l'indagine Istat distingue tre principali macro aree:

- 1) i servizi resi direttamente alla persona (ad esempio l'assistenza domiciliare, il supporto fornito dagli assistenti sociali, ovvero il "servizio sociale professionale", attività per l'integrazione sociale di anziani, disabili, immigrati, ecc.);
- 2) i contributi economici per i cittadini bisognosi (sostegno al reddito, contributi per l'alloggio, per i servizi scolastici, ecc.);
- 3) i servizi che presuppongono il funzionamento e la gestione di strutture stabili sul territorio (gli asili nido, i centri diurni, le case di accoglienza per le persone senza adeguato sostegno familiare).

Tra i servizi resi direttamente alla persona, il servizio sociale professionale (SSP) e l'assistenza domiciliare sono molto diffusi sul territorio e assorbono il 16,2% della spesa complessiva. Nella categoria funzionale "servizio sociale professionale" l'Istat ricomprende una serie di prestazioni che sono quelle tipicamente rese ai minori in difficoltà vittime di violenza e ai loro nuclei familiari: interventi di consulenza e di informazione sui servizi; presa in carico gli utenti e aiuto a individuare i propri bisogni nonché ad attivare percorsi atti a risolvere le situazioni di difficoltà. La spesa dei

Comuni per il servizio sociale professionale in Italia è di circa 303 milioni di euro, pari a quasi il 6% della spesa nazionale.

Il 39,8% della spesa nazionale per lo SSP è assorbita dall'area Famiglia e minori, con una quota che cresce in maniera elevata al Sud (50,5%) e nelle Isole (45,5%) dove va a compensare, probabilmente, la carenza di strutture e di interventi integrativi. Nelle regioni del Sud tuttavia non è più elevato il numero di famiglie con minori che vi accedono e sono prese in carico: 264 su 10.000 utenti potenziali rispetto al numero medio nazionale di 305 su 10.000 e a valori nettamente più alti nelle Regioni del Nord ovest e delle Isole, con l'unica eccezione del Nord-ovest.

Tavola 1 – Il servizio sociale professionale nell'area famiglia e minori: indicatori territoriali – Anno 2004

REGIONE RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	E	Percentuale di Comuni coperti dal servizio	Indice di copertura territoriale del servizio ^(a) (per 100 persone) ^(b)	Indicatore di presa in carico degli utenti ^(c) (per 10.000 persone) ^(b)
Nord-ovest		91	94	207
Nord-est		94	93	407
Centro		67	85	337
Sud		47	68	264
Isole		63	61	397
ITALIA		76	80	305

^(a) Popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

^(b) Popolazione di riferimento: persone appartenenti a famiglie con almeno un minore.

^(c) Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

Fonte: Istat, 2007, La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. Anno 2004

La percentuale di Comuni coperti dal servizio e, in particolare, l'indice di copertura territoriale confermano una debolezza strutturale di sistema che produce una disparità di opportunità potenziali di protezione tra bambini che risiedono al nord e al centro e bambini che risiedono al sud, qui, infatti, vi è una minore presenza di servizi diffusi sul territorio e quindi una minore accessibilità a risorse di aiuto: solo il 47% dei Comuni del Sud ha un servizio di assistenza sociale professionale (la percentuale nazionale è del 76%) e il 68% della popolazione risiede in un comune con presente il servizio (61% nelle isole) rispetto all'80% nazionale.

Nell'area "famiglia e minori" più della metà della spesa totale è impegnata per le strutture e in particolare sono i costi di funzionamento degli asili nido ad assorbire la quota più rilevante della spesa totale dell'area (39%). Le differenze territoriali sono molto ampie sia in termini di spesa, sia in termini di offerta e di utilizzo dei servizi, evidenziando ancora una volta la carenza di strutture che caratterizza il Mezzogiorno e in particolare le regioni del Sud: al Sud si evidenzia, oltre alla diminuzione generale della spesa assistenziale in tutte e tre le sue componenti, in particolare la forte diminuzione della spesa per strutture (quali gli asili nido oppure centri di accoglienza o di pronta accoglienza che forniscono assistenza a persone disagiate) rispetto ai servizi e ai trasferimenti in denaro. I bambini tra zero e due anni iscritti agli asili nido comunali sono circa 232 su 10.000 al Sud, salgono a circa 594 nelle Isole, mentre al Centro sono oltre 1.100 e al Nord più di 1.200. A livello regionale, i livelli più bassi di accesso agli asili nido si hanno per i bambini della Campania (105 su 10.000) e della Calabria (139 su 10.000), mentre i livelli massimi si hanno in Emilia – Romagna (2.220 su 10.000).

La spesa per le strutture residenziali è la più elevata ed è pari al 20% della spesa complessiva impegnata dai Comuni e per questo servizio alle famiglie con minori è dedicato più del 31% della

spesa complessiva impegnata. Gli ospiti delle strutture per i minori e le loro famiglie sono in Italia più di 32 mila. La spesa media sostenuta a livello nazionale dai Comuni per l'assistenza residenziale fornita ad ogni utente dell'area "famiglia e minori" è di 10.589 euro, con valori che variano a livello regionale dai 4.235 euro della Calabria ai 20.453 euro di Trento. L'attivazione delle strutture per l'area "famiglia e minori" è differenziata sul territorio nazionale, con una limitata presenza al Sud e una forte presenza al Nord dove anche la presa in carico degli ospiti è più elevata.

Tavola 2 – Le strutture residenziali⁽¹⁾ nell'area famiglia e minori: indicatori territoriali – Anno 2004

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Percentuale di Comuni coperti dal servizio	Indice di copertura territoriale del servizio ^(a) (per 100 persone) ^(b)	Indicatore di presa in carico degli utenti ^(c) (per 10.000 persone) ^(d)
Nord-ovest	78	91	18
Nord-est	83	89	15
Centro	54	84	14
Sud	32	67	9
Isole	35	74	16
ITALIA	62	80	14

⁽¹⁾ Questa voce comprende sia le strutture che le rette per le prestazioni residenziali.

^(a) Popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

^(b) Popolazione di riferimento: persone appartenenti a famiglie con almeno un minore.

^(c) Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

Fonte: Istat, 2007, La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni Anno 2004

III.2. La riorganizzazione dei servizi di tutela in campo agli ambiti comunali – la legge 328/00

Nella realizzazione del sistema dei servizi dedicati al contrasto del maltrattamento e dell'abuso verso i bambini gioca un ruolo cruciale il processo di cambiamento e riorganizzazione attivato dalla legge di riforma 328/00; il progressivo consolidarsi della legge di riforma, insieme alle modifiche nell'organizzazione dell'ambito sanitario, ha prodotto il cosiddetto fenomeno del "ritiro delle deleghe" e l'assunzione in capo ai Comuni delle funzioni di tutela prima gestite dall'azienda sanitaria.

Il passaggio della tutela dei minori agli ambiti territoriali risponde alla filosofia di fondo della 328/00 di avvicinare al territorio la gestione delle principali problematiche sociali, nella convinzione della necessità di favorire così un'assunzione collettiva di responsabilità e lo sviluppo delle risorse esistenti nella rete e nella Comunità. Questo passaggio implica alcuni vantaggi e alcuni rischi in particolare rispetto alla possibilità che la tutela dell'infanzia venga 'diluata' nell'insieme delle altre problematiche di rilevanza locale.

Le Regioni del centro - nord

Per gestire adeguatamente il ritiro delle deleghe e la gestione delle funzioni di tutela dei minori, i Comuni di piccole e medie dimensioni hanno individuato varie forme di gestione associata, in modo da dimensionare adeguatamente l'impegno economico con il bacino di utenza e affrontare il reclutamento dei professionisti necessari alla realizzazione del servizio. In alcune zone (per es. il Piemonte) già consuete alla gestione associata, questo processo si è svolto in modo abbastanza fluido, mentre in altre, in particolare dove non vi è stato accompagnamento e supporto da parte delle regioni, il processo è stato più difficoltoso in relazione all'instabilità dei mutamenti politici di ogni singola amministrazione e alla variabilità delle forme di gestione associata scelte (si va dalle aziende speciali, ai consorzi alle fondazioni ai semplici accordi di programma).

L'assunzione delle funzioni di tutela in capo ai Comuni ha richiesto un complesso lavoro di analisi e di ricostruzione delle connessioni con i servizi forniti dalle Asl, sia quelli dedicati ai bambini che quelli dedicati ai genitori con problemi. Anche qui, le linee guida regionali e i protocolli locali sono state uno strumento utile per costruire le intese sia teoriche e concettuali sia concrete, laddove hanno inciso nella definizione delle prestazioni e risorse messe in campo; sono state meno utili laddove si sono limitate a dare indicazioni di massima, senza supportare il processo in termini organizzativi.

In genere *i servizi comunali per la famiglia e i minori hanno scelto di occuparsi di tutti gli interventi in favore dei minori e della famiglia, senza differenziare tra quelli realizzati in un contesto volontario e quelli a seguito di richieste dell'autorità giudiziaria*, come era spesso avvenuto con la costituzione dei nuclei tutela per i minori presso le ASL. In tal modo salvaguardano un'elevata potenzialità di intervento nella rilevazione precoce, nella promozione rispetto dei diritti dei bambini, (prevenzione primaria) nelle situazioni di rischio, così come nei percorsi di riparazione sociale e ripristino del benessere. I servizi di tutela comunali hanno poi dovuto impegnarsi a connessioni virtuose con gli altri settori dei servizi comunali (i servizi educativi, le politiche abitative e degli inserimenti lavorativi etc) che contribuiscono a potenziare le risorse.

L'ampliamento degli interventi (da quelli giudiziari a quelli di rischio) ha favorito un mutamento di immagine dei servizi tutela da parte della cittadinanza che ha cominciato a percepire il servizio anche come un promotore del benessere dei bambini e delle famiglie, oltre che un protettore dei diritti. I servizi di tutela territoriali sono stati così in grado di intercettare nuove aree di disagio, al centro del sovrapporsi della complessità di nuove problematiche. Ciò ha prodotto un **forte incremento delle richieste** e la sensazione di non riuscire a far fronte ai molteplici problemi.

I servizi di tutela comunali hanno poi dovuto dedicare tempo a ri-costruire connessioni coerenti con i servizi dell'ambito socio sanitari. Ed è questa esigenza alla base del diffondersi dei numerosi protocolli d'intesa tra Comuni e asl.

Un'ulteriore elemento di complessità delle regioni del Centro - nord è poi dato dal diffondersi coerentemente con quanto previsto dal principio di sussidiarietà sia verticale che orizzontale previsto dalla 328/00, della partecipazione del privato sociale nella definizione nella realizzazione delle politiche. Il privato sociale del terzo e quarto settore ha costituito organismi di rappresentanza di secondo livello e ha partecipato in modo attivo ai diversi tavoli di concertazione, contribuendo sia alla rilevazione dei bisogni sia alla programmazione delle risorse. Attraverso la creazione di sistemi di autorizzazione e accreditamento delle strutture del privato, esso partecipa in modo significativo alla realizzazione dei servizi.

La partecipazione del privato sociale trascina con sé la necessità di una riflessione in merito al tema della governance e della relazione che intercorre tra funzione pubblica e ruolo del privato così come sui sistemi di valutazione e controllo.

Nell'area del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia il privato sociale si caratterizza per una presenza "storica", precedente alle linee di indirizzo della 328, composta da molti dei centri leader trainanti dal punto di vista scientifico e clinico, che hanno sempre collaborato con gli enti pubblici ed hanno contribuito alla crescita delle conoscenze sul fenomeno del maltrattamento e dell'abuso infantile

Le regioni del Sud

Elementi diversi si ricavano invece da un'analisi circa lo sviluppo dei Servizi nelle regioni del Sud. L'innovazione introdotta dalla l. 285/97 che afferma in modo pieno la necessità di interventi generali per l'infanzia e l'adolescenza: nella maggioranza delle Regioni meridionali fino a quel momento la prevalenza di interventi nella tutela dell'infanzia era promossa dai Tribunali per i Minorenni, che svolgevano un'azione vicariante sul piano dell'assistenza e della promozione e sul piano normativo in base alla legge n. 216/91 che si caratterizza comunque come contrasto alla

criminalità organizzata e quindi con una connotazione almeno concettuale sul grave disagio e rischio sociale. In questa prospettiva, quindi, la legge n. 285/97 è stata innovativa:

- sul piano normativo, introducendo una generalizzazione sull'infanzia che esprime valori, propone strategie e metodologie per realizzare, vincola risorse;
- sul piano organizzativo, dando input chiari nell'individuazione degli attori, in una metodologia di programmazione partecipata, nel sollecitare azioni e servizi;
- sul piano delle priorità, vi è l'esplicitazione della tutela e del contrasto alla violenza: non ci si sofferma all'agio, al disagio, al rischio sociale, ma sono nominati esplicitamente i maltrattamenti e l'abuso e declinati possibili servizi di tutela per i bambini e di sostegno alla genitorialità (art.4,h).

L'assenza fino al 2000, in alcune Regioni, di una legge quadro sui servizi sociali o sociosanitari integrati, ha significato, diversamente che per altre aree del Paese, un profondo valore innovativo e propositivo della legge n. 328/00 che:

- sul piano normativo offre un quadro; sollecita ulteriormente a normative o almeno linee di indirizzo regionali che orientino al sistema dei servizi. Anche se a tutt'oggi la maggioranza delle Regioni si è limitata a delle linee guida per la programmazione, ciò già rappresenta un impulso ed un approccio differente da una gestione casuale delle risorse;
- sul piano organizzativo: sostiene l'azione di sistema, sollecita e premia la costruzione e manutenzione di reti, intersecandosi con altre normative, ma soprattutto con un pensiero ed una metodologia europea; è vero che non sempre ad un assetto formale di coordinamento corrisponde una reale integrazione, ma ciò è dovuto anche al fatto che i processi di integrazione sono lunghi e complessi perché impegnano dimensioni culturali, metodologiche, di gestione del potere. Tuttavia è molto significativo che sia sollecitata la sussidiarietà, la cooperazione e intaccato il sistema autoreferenziale;
- sul piano delle priorità pone una criticità – rispetto al tema della tutela dei minori: infatti, per come è impostata la legge, vi è uno snodo tra minori e responsabilità familiari che da un lato sollecita positivamente pensieri sugli interventi che devono tenere insieme attenzione al bambino e sostegno alle famiglie, dall'altro può rendere meno incisivi gli interventi in presenza di genitori non protettivi e non recuperabili.

Ciò che oggi accade è ambivalente: se, da un lato, si osserva la presenza di una sperimentazione sufficientemente buona e l'innovazione di alcune prassi di intervento, anche con punte di eccellenza, si pensi ad esempio alla rete di coordinamento territoriale esistente a Napoli dalla fine degli anni Novanta, oppure all'apertura di alcuni servizi del privato sociale in Puglia o ancora all'organizzazione di percorsi formativi estesi e continuativi per gli operatori dei servizi come è avvenuto in Sicilia dove la formazione ha creato il presupposto per la disseminazione di sapere in molti servizi dell'isola. Dall'altro lato, permane però una diffusa precarietà nei flussi di finanziamento che vanifica gli interventi per sospensioni ed interruzioni quando non addirittura chiusure dei Servizi: si sviluppano in un decennio molte esperienze, anche specifiche sul fronte della tutela dell'infanzia e del sostegno alla genitorialità, ma sono legate a progetti, addirittura di durata annuale perché la pianificazione in alcuni casi non consente la triennialità. Ci sono state quindi continue sospensioni dei servizi o un forte turn over degli operatori che hanno generato l'impossibilità di realizzare interventi efficaci perché, soprattutto nelle situazioni di tutela, l'intervento non può essere di breve termine, ma deve avere una prospettiva almeno media per essere protettivo e riparativo.

Un ulteriore elemento di criticità è dato dal prevalere di una mentalità settoriale per cui si moltiplicano i contenitori (ad esempio un' équipe per ogni tema: l'adozione, i minori disabili, l'abuso) che rispondono ad una logica non sempre organizzativa e di risposta ai bisogni, ma di

definizione di ruoli e di posizioni di potere, senza provare a costruire sistema pur nel rispetto delle specifiche e diverse competenze necessarie.

In 10 anni cosa è cambiato nel Sud:

- L'evoluzione della percezione del fenomeno dell'abuso: i dati parlano di un numero significativo di denunce e segnalazioni, sintomo positivo di una maggiore capacità di rilevare e una maggiore propensione a segnalare..
- Le iniziative di sensibilizzazione realizzate hanno portato – almeno in parte – a rompere il silenzio ed a considerare dicibile il fenomeno, nonostante:
 - la presenza ancora forte di una cultura che considera la famiglia come un bunker inavvicinabile,
 - il permanere di una concezione maschilista arcaica,
 - la sfiducia nelle istituzioni.

Il fenomeno dell'abuso emerge e si caratterizza in modo specifico nel Sud per la connessione con un contesto sociale e culturale in cui la violenza è una modalità forte di espressione del potere all'interno delle famiglie e nelle società ad alta pervasione della criminalità organizzata: la cultura e la pratica della criminalità organizzata, mafia, ndrangheta e camorra - ispirata ai valori della sopraffazione e dell'abuso del potere – orienta non solo i comportamenti sociali degli adulti, ma anche le relazioni familiari. Basta pensare che le organizzazioni a volte si chiamano famiglie ed il significato attribuito ai vincoli di sangue costituisce un vincolo esso stesso, per la rigidità che caratterizza una presunta "lealtà familiare" che non consente differenziazioni individuali e che chiama tutti i membri ad un unico codice di condotta e ad una visione univoca dei principi, che restano perciò intoccabili ed immutabili nel succedersi delle generazioni.

Il "familismo amorale" contamina non solo chi si riconosce nella criminalità organizzata ma anche le istituzioni ed altre organizzazioni che operano nella legalità.

Alcuni elementi di una sottocultura tipica dei circuiti di criminalità permea l'atteggiamento delle famiglie rispetto alle istituzioni e ai servizi di tutela:

- la carcerazione è ritenuta esperienza d'onore e i bambini vengono portati in carcere anche piccolissimi per visitare i padri, senza alcuna tutela;
- l'affermazione di sé è perseguita ad ogni costo e con ogni mezzo, lecito ed illecito;
- la regola d'onore del valore del silenzio caratterizza il clima di omertà confondendo la lealtà e la solidarietà con la minaccia e la paura.

I bambini sono testimoni dentro la famiglia - nelle relazioni familiari, tra genitori, sui fratelli, sui parenti stretti- e fuori dalla famiglia, di episodi di violenza fisica, di aggressioni verbali, minacce ed insulti, di omicidi, in cui i familiari sono a volte vittime e a volte autori, trovandosi già molto piccoli a doversi posizionare tra i due ruoli. I bambini assistono alle perquisizioni nelle abitazioni e nelle automobili, agli arresti ed ai fermi, che costituiscono esperienze frequenti e di regola in orari notturni in questi contesti criminali, dove gli adulti di riferimento alimentano nei piccoli le suggestioni di persecuzione in cui i "cattivi" sono rappresentati dalle forze dell'ordine.

Nello svolgimento del loro lavoro, gli operatori devono fronteggiare una maggiore difficoltà nel trattare gli abusi extra familiari quando questi sono legati a circuiti di prostituzione e di pedofilia connessi anche alla criminalità organizzata.

III.3. La produzione e la diffusione di linee guida sul fenomeno – una riflessione

Come è stato descritto nel paragrafo precedente, nell'arco dei 10 anni vi è stata un'ampia produzione di Linee Guida, sia generali sui temi dell'infanzia, sia specifica, di contrasto ad abuso e maltrattamento.

Tavola comparativa su quattro dimensioni funzionali: esempi

	Riferimenti a nuovi modelli di organizzazione dei servizi?	Si individuano funzioni trasversali (monitoraggio, coordinamento, raccolta dati, formazione, ecc.)	Con la deliberazione di approvazione si assegnano fondi specifici?	Riferimento alle attività di programmazione regionale
	Dimensione organizzativa esterna	Dimensione organizzativa interna	Dimensione economica	Dimensione programmatoria
Piemonte	SI - Le équipes multidisciplinari	SI	NO in atti successivi a sostegno della loro diffusione	
Veneto	Si - centri terapeutico-riabilitativi a livello	SI	NO in atti successivi a sostegno della loro diffusione	In atti successivi per la creazione dei centri regionali
Toscana	Solo principi generali di lavoro integrato	In atti successivi	NO	NO
Lazio	Principi organizzativi generali per il lavoro integrato in rete	NO	NO	NO
Molise	Principi generali di integrazione Formazione di équipes sovrazionali specialistiche	SI	NO	Riferimenti rispetto al monitoraggio utile alla programmazione delle politiche
Lombardia	Principi organizzativi	SI	NO	Non chiaramente
Liguria	SI	SI	SI	SI come raccordo locale
Emilia Romagna	No, in atti successivi	SI	No, in atti successivi	NO, in atti successivi relativi ai centri
Campania	SI - équipes specialistica multiprofessionale	SI	NO	SI I referenti dell'Equipe Specialistica
Abruzzo	SI nuclei territoriali provinciali con integrazione socio-sanitaria	SI	NO	SI dall'attuazione del Piano sociale regionale 2007-2009 e dai relativi Piani di zona. Il Piano prevede anche fra gli obiettivi essenziali dell'Area Infanzia il contrasto alla violenza.

Un buon numero di regioni del Nord e del Centro **hanno prodotto linee guida e protocolli d'intesa**, testimoniando così un'accresciuta sensibilità e capacità di lavorare in rete. La diffusione delle linee guida contemporaneamente indica il bisogno di orientare e collocare gli interventi di operatori e servizi in un quadro complessivo che connetta in modo coerente tutti i più importanti 'segmenti' degli interventi di cura e protezione. Questo bisogno andrebbe assunto in un'ottica nazionale dal momento che implica il coinvolgimento del sistema giudiziario e il ruolo che complessivamente il sistema dei servizi gioca nell'ambito della regolazione delle relazioni familiari e la tutela dei suoi membri, nell'intersezione con gli e interventi giudiziari (funzioni di protezione, vigilanza e controllo).

Ancora oggi infatti esistono ampi margini di discrezionalità che rendono gli interventi di protezione eccessivamente esposti alle variabilità settoriali e locali, alla presenza o meno dei protocolli locali, al loro grado di 'riconoscimento' e di obbligatorietà da parte dei vari attori. Ancora oggi, a distanza di tempo, ogni realtà locale, più o meno grande, si trova a ricostruire e ricomporre il 'patchwork' delle normative che organizzano il contesto di tutela dei minori.

Altrettanto appaiono confuse le norme che vincolano gli operatori e i professionisti in merito agli obblighi/doveri di segnalazione e denuncia dei sospetti di abuso sessuale e la tutela del segreto professionale e di ufficio e in alcune zone si stanno ripetendo episodi di denunce degli operatori da parte dei cittadini sia agli albi professionali sia alla magistratura. Questo rischia di avere una ricaduta consistente sul piano della rilevazione del fenomeno e della segnalazione dei reati contro i minori.

Tutte le linee guida affrontano due livelli:

- *la definizione del problema*, per sostenere la funzione di rilevazione e aiutare a distinguere le situazioni di rischio che richiedono interventi in ambito 'amministrativa' dal grave pregiudizio per il quale si richiede protezione giuridica.
- *la relazione tra servizi e Autorità Giudiziaria*, relativamente agli obblighi e modalità di segnalazione sia in ambito civile che penale. In alcuni casi (Emilia Romagna) si occupano della tutela dei minori in qualità di vittime nel corso dei procedimenti penali.

Raramente affrontano lo snodo critico del ruolo e i livelli di responsabilità dei servizi nell'esercizio delle funzioni limitative della potestà nei confronti della famiglia nella formula dell'affido all'ente e la legittimità degli interventi di protezione dei minori in quanto vittime di abusi e di reati. Un altro tema trascurato riguarda l'interazione dei servizi con il sistema degli avvocati.

Spesso le linee guida regionali hanno sostenuto la *creazione degli osservatori* regionali per il monitoraggio del fenomeno e della rete degli interventi, corsi di formazione con l'obiettivo di incrementare la capacità di intervento degli operatori e percorsi di sensibilizzazione.

Alcune linee guida hanno accompagnato processi di *riorganizzazione dell'intera rete dei servizi* creando luoghi di ricomposizione tra gli interventi di ambito sociale e quelli di ambito sanitario (equipe multidisciplinari, centri specialistici, tavoli etc).

Diventa oggi interessante porsi il tema della valutazione **dell'impatto** che le linee guida sono riuscite ad avere. Non risultano studi che abbiano preso in esame il tema in modo specifico, ma alcune regioni (Piemonte, Emilia Romagna, Veneto, Liguria, Molise, Toscana, Campania) hanno previsto azioni specifiche sia di disseminazione sia di monitoraggio dei sistemi organizzativi attivati per gli interventi e la loro progressiva ritaratura.

Per effettuare questo tipo di valutazione in termini rigorosi è cruciale dotarsi di specifici strumenti; la costituzione degli osservatori regionali è un'occasione importante per organizzare sistemi di raccolta dati capaci di 'dar conto' anche di questo livello di valutazione anche se, come si vedrà più avanti, l'eterogeneità del nostro sistema rende l'operazione particolarmente complessa.

In termini generali si può affermare che laddove le Regioni hanno mantenuto un'elevata attenzione istituzionale sul tema e dove sono stati individuati (e attivati) specifici presidi è aumentata la capacità della rete dei servizi di mettere in campo interventi adeguati alla complessità delle situazioni; in particolare la costituzione di equipe specialistiche ha permesso di creare luogo di confronto e di scambio sul tema specifico del maltrattamento e dell'abuso verso i bambini e ha reso possibile focalizzare nuove problematiche emergenti (per es. il tema delle audizioni e del trattamento dei minorenni abusanti o gli abusi extrafamiliari etc.)

Laddove il processo di riorganizzazione non è stato fortemente accompagnato (come per es. in Lombardia) si assiste ad un'elevata eterogeneità e alla diffusione dei diversi assetti organizzativi.

Tale eterogeneità sembra influenzare non tanto le prestazioni e i servizi offerti per la tutela dei minori quanto la qualità complessiva e le possibilità di monitoraggio del sistema a livello regionale.

Per quanto riguarda il Meridione, Abruzzo, Molise e Campania hanno recentemente prodotto delle Linee Guida specifiche.

In Abruzzo e Molise è interessante registrare l'attivazione di un processo di programmazione partecipata che ha coinvolto tutti gli attori istituzionali nell'individuazione degli obiettivi e delle criticità e nella discussione dei possibili modelli organizzativi da adottare con l'idea di costruire un sistema aderente alle specifiche esigenze del territorio. La costruzione delle Linee Guida è stata un'occasione di apertura e confronto sui temi della tutela dell'infanzia.

Sempre in Abruzzo, l'Assessorato alla Sanità della Regione attua da circa 10 anni progetti pilota di interventi sanitari in favore di minori abusati, e gli interventi in materia di abuso sono garantiti dall'attuazione del Piano sociale regionale 2007-2009 e che prevede anche fra gli obiettivi essenziali dell'Area Infanzia il contrasto alla violenza. Lo sforzo quindi è stato di chiarire ed esplicitare connessioni e funzioni tra i diversi attori della rete. Tra i nodi critici che rallentano l'applicazione delle linee guida sono l'integrazione socio-sanitaria necessaria per attivare i NPTM (Nuclei Provinciali Tutela Minori); l'assenza di criteri di accreditamento delle strutture specialistiche; l'inadeguatezza del sistema di segnalazione.

In Campania anche l'elaborazione delle Linee Guida e soprattutto l'applicazione risente delle difficoltà più complessive a far decollare il Sistema integrato dei Servizi.

D'altra parte la Regione ha avuto una ricca produzione normativa orientata a sollecitare sia sul piano culturale sia sul piano organizzativo l'assunzione della tutela dell'infanzia e dell'approccio sistemico.⁷

Inoltre, si è dato uno spazio significativo al tema del sostegno alla genitorialità sia nella linea dell'Educazione degli Adulti⁸ sia con un focus specifico, sulle dipendenze⁹ poi più ampio sul rischio sociale, avviando proprio recentemente una sperimentazione¹⁰.

In Calabria vi è stata una certa produzione normativa: rispetto alla legge n. 328/00 vi sono stati diversi atti¹¹ che hanno mirato a costruire un sistema dei servizi e parallelamente vi è stato il Piano regionale triennale della salute¹² che è stato orientato alla ridefinizione del sistema sanitario

⁷ le Linee guida regionali adozione nazionale ed internazionale del 2002, le Linee d'indirizzo regionali per l'affidamento familiare del 2004; la legge sulla dignità sociale di recente approvazione

⁸ Misura 3.8 del P.O.R. Campania 2000/2006: interventi di istruzione e formazione permanente legati alle tematiche della "Genitorialità" (BURC 22/11/04) rivolte a "genitori verso cui indirizzare interventi di sostegno finalizzati alla consapevolezza delle proprie identità, dei problemi-bisogni, dei rapporti e delle relazioni familiari e sociali, consapevolezza imprescindibile ai fini del percorso di integrazione educativo-formativo.

⁹ Programma 2001 del Fondo di lotta alla droga regionale (BURC 14/3/2004)

¹⁰ il Programma Regionale Europeo Triennale per il sostegno alle famiglie delle bambine e dei bambini dei territori a ritardo di sviluppo (BURC del 14/1/2007), sviluppa la strategia dell'adozione sociale ossia degli interventi precoci di rilevazione del rischio sociale e la promozione di interventi di presa in carico integrata riconoscendo ai Distretti sociali la governance del processo

¹¹ Legge regionale 5 dicembre 2003, n. 23 Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria (in attuazione della Legge n. 328/2000) e, successivamente, anche un atto relativo (Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali e indirizzi per la definizione dei piani di zona 2007 – 2009) .

¹² In particolare il Piano Regionale per la Salute 2004/2006 dà grande impulso al Dipartimento Sanità, a cui fanno capo tutti i servizi sanitari, riveste un ruolo primario nella pianificazione degli interventi e nel controllo della spesa, e dovrà, quindi, avere una struttura organizzativa dinamica in grado di rispondere alle mutate esigenze strategiche e operative. Il Piano Regionale per la Salute 2007-2009 accorpa le aziende Sanitarie per province, pertanto le aziende si riducono da undici a cinque, prevede un maggiore coinvolgimento della famiglia e del volontariato, crea, in via sperimentale, "la casa della salute": un insieme di attività organizzate in aree specifiche ciascuna finalizzata ad offrire al cittadino una risposta immediata ai suoi bisogni di assistenza sanitaria e socio- sanitaria, concentrando in tal modo in un'unica struttura la gran parte dell'offerta di servizi extra-ospedalieri del territorio di riferimento.

regionale nel suo insieme, assumendo la funzione primaria di guida in relazione agli obiettivi di salute da perseguire, al funzionamento dei servizi sanitari, al reperimento delle risorse necessarie. Sul tema specifico del contrasto alla violenza, la Regione ha partecipato al progetto sperimentale¹³ per il monitoraggio dei minori vittime di trascuratezza, maltrattamenti e/o abuso sessuale segnalati e/o presi in carico dai servizi territoriali promosso e coordinato dal Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza: è stato un momento significativo rispetto alla sensibilizzazione ed alla crescita del territorio.

Oltre a ciò, recentemente è stata approvata una specifica legge di contrasto¹⁴ della violenza di genere che si pone l'obiettivo di promuovere, coordinare e stimolare iniziative per contrastare la violenza sessuale, fisica, psicologica e/o economica, i ricatti e i maltrattamenti nei confronti delle donne. Impegna Enti locali singoli o associati ed associazioni operanti nella Regione con competenze specifiche in materie di tutela delle donne e prevede interventi anche per i figli minorenni delle vittime.

Non si può non considerare come esiste un forte divario tra Nord e Sud e come l'assenza di un assetto normativo generale sul sistema dei servizi e specifico almeno nella programmazione sul contrasto alla violenza non faciliti l'emersione del problema nelle sue diverse sfaccettature ed un'adeguata presa in carico.

III.4. Le équipes 'specialistiche multidisciplinari e l'integrazione sociosanitaria

Le linee guida e gli interventi legislativi regionali hanno dovuto posizionare i servizi di contrasto del maltrattamento e l'abuso nel più ampio processo di riorganizzazione dei servizi sociali, cercando di rendere virtuoso lo spazio creato dalla progressiva separazione tra l'area sanitaria, tendente alla specializzazione dei servizi e frammentazione degli interventi, e l'area dei servizi sociali, tendente alla territorializzazione e riduzione delle componenti specialistiche. La costituzione di équipes specialistiche multidisciplinari ha rappresentato un modo interessante per gestire tale divaricazione e affrontare la necessità di attuare, per aiutare i bambini vittime di maltrattamenti e abusi, interventi caratterizzati da un'esigenza di elevata integrazione socio sanitaria.

Le Equipe specialistiche multidisciplinari possono essere suddivise in **due grandi tipologie**:

1) una rappresenta le équipes come luoghi prevalentemente dedicati alla **connessione di rete** e hanno come scopo quello di mettere in Comunicazione i diversi attori coinvolti nelle varie fasi del processo di intervento, ponendosi al servizio degli operatori direttamente responsabili del caso; sono caratterizzate dalla presenza dei rappresentanti dei principali snodi della rete, tipicamente dei servizi sociali comunali e di tutti i diversi servizi dell'ASL (sia quelli rivolti a bambini come i servizi di psicologia per l'infanzia e neuropsichiatria, pediatria di base e ospedaliera, consultori familiari, sia quelli rivolti agli adulti: i servizi per le dipendenze e la salute mentale, le disabilità). Hanno il compito di fornire consulenza sullo snodo della rilevazione e della segnalazione alla magistratura e favorire il coinvolgimento e la buona interazione tra i diversi servizi coinvolti nella fasi di valutazione e trattamento sia del minore che dei suoi genitori; tendenzialmente non fanno interventi diretti con le famiglie e/o i bambini. Il modello è quello adottato dalle Equipe Multidisciplinari del Piemonte, è presente in alcuni distretti e asl della Liguria; spesso assume anche una funzione di monitoraggio del fenomeno. In alcune regioni per rispondere all'esigenza di attivare una rete di interventi socio sanitaria è stata utilizzata la formula dell'UVM (Unità di Valutazione

¹³ Promosso e coordinato dal Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, Istituto degli Innocenti di Firenze per conto della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministro delle Politiche per la Famiglia e Ministero della Solidarietà Sociale.

¹⁴ La Legge Regionale 21 agosto 2007, n. 20 Disposizioni per la promozione ed il sostegno dei centri antiviolenza e delle case di accoglienza per donne in difficoltà.