

Relazione  
Socio Sanitaria  
della Regione del  
Veneto

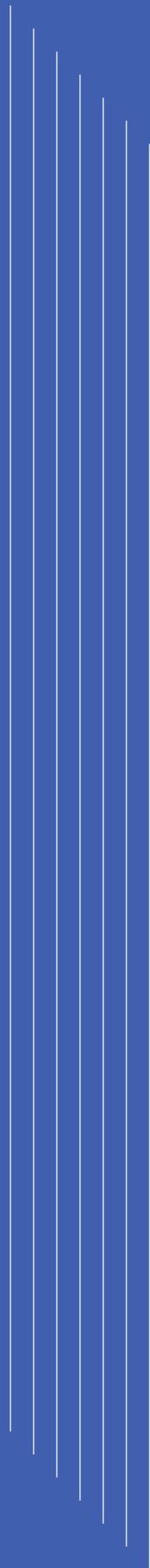


Parte Quarta:

Politiche Sociali  
e Socio Sanitarie

Anno 2011  
(dati 2008-2010)

Questa sezione ha lo scopo di descrivere e analizzare le attività relative ai Servizi Sociali nel periodo considerato



#### 4.1 I Piani di Zona dei Servizi Sociali

---

La rete dei Servizi Sociali e Socio Sanitari è governata dai Piani di Zona dei Servizi Sociali. La legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 definisce, infatti, il Piano di Zona come *lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria*. Il Piano di Zona viene elaborato e approvato dal Sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Azienda ULSS coincida con quello del Comune, o dalla Conferenza dei sindaci, con le modalità previste dal Piano Socio Sanitario Regionale e recepito dall'Azienda ULSS. I titolari sono, pertanto, i Comuni, le Province, la Regione e altri soggetti pubblici. I Comuni, ricompresi negli ambiti territoriali corrispondenti alle Aziende ULSS, partecipano quali enti rappresentativi della comunità locale e titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale. Le Province concorrono all'attuazione dei Piani di Zona nelle materie di propria competenza e con risorse proprie, nonché come parte organica dei fattori determinanti per il buon esito delle politiche di promozione e sviluppo sociale, mentre la Regione interviene nell'elaborazione e realizzazione dei Piani di Zona attraverso le Aziende ULSS, cui competono responsabilità generali di programmazione, coordinamento, vigilanza e controllo sulle materie sanitarie e sociali, nonché quali titolari delle funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera. Infine, gli altri soggetti pubblici coinvolti intervengono per il conseguimento di traguardi comuni di interesse generale. È, inoltre, riconosciuta e agevolata la partecipazione degli organizzazioni non lucrative di utilità sociale (Onlus), degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti privati accreditati, delle organizzazioni sindacali, degli enti riconosciuti, delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore per la programmazione, l'organizzazione e la gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Le nuove linee guida regionali sui piani di zona, approvate con Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 157 del 26 gennaio 2010, prevedono, a riguardo, che è compito dei soggetti titolari del Piano di Zona definire chiaramente i diversi livelli di partecipazione promossi nei confronti degli attori della comunità locale, distinguendo almeno tra:

- azioni di consultazione, finalizzate ad informare i soggetti coinvolti sui contenuti della programmazione per raccogliere indicazioni, proposte e consigli utili a migliorare i contenuti programmati rispetto alle politiche, alle priorità, alle azioni, alle risorse e/o alle strategie di intervento;
- azioni di concertazione, finalizzate a coinvolgere gli attori del territorio in un processo di confronto e di partecipazione attiva alle decisioni che saranno formalmente

individuare dai soggetti titolari del Piano di Zona nel processo programmatico, in merito alle politiche, alle priorità, alle azioni, alle risorse e/o alle strategie di intervento (tale coinvolgimento si configura come instaurazione di un rapporto di partenariato tra il soggetto pubblico e gli attori della comunità locale, che costituiscono la rete sociale nella quale si realizzano le azioni del Piano di Zona).

Nell'ambito del coinvolgimento degli attori locali, gli enti titolari, con particolare riguardo ai Comuni, possono attivare altre strategie di promozione della partecipazione, promuovendo, a puro titolo di esempio, azioni puramente informative rivolte alla cittadinanza o occasioni di co-progettazione degli interventi con attori specificamente selezionati.

Nella programmazione regionale e locale l'integrazione delle responsabilità dei diversi soggetti titolari si sviluppa mediante:

- *l'integrazione istituzionale*, realizzata attraverso documenti di indirizzo, adottati dalla Giunta Regionale, che rappresentano la cornice di riferimento della programmazione locale che declina le politiche e le azioni di intervento in coerenza con le linee strategiche ed i vincoli di risorse definiti dalla Regione;
- *l'integrazione socio-sanitaria*: il Piano di Zona rappresenta la programmazione sociale e socio-sanitaria del territorio e comprende la programmazione delle risorse economiche e degli interventi per tutte le aree sociali e socio-sanitarie (su base territoriale il Piano di Zona viene adottato mediante accordo di programma sottoscritto dalla Conferenza dei Sindaci e dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS, il quale provvede a garantirne l'integrazione con gli altri strumenti di programmazione sanitaria);
- *l'integrazione gestionale*, promossa nel territorio attraverso azioni mirate a garantire la gestione unitaria delle funzioni sociali almeno a livello distrettuale, mediante il ricorso alle diverse modalità gestionali previste dalla normativa nazionale e regionale.

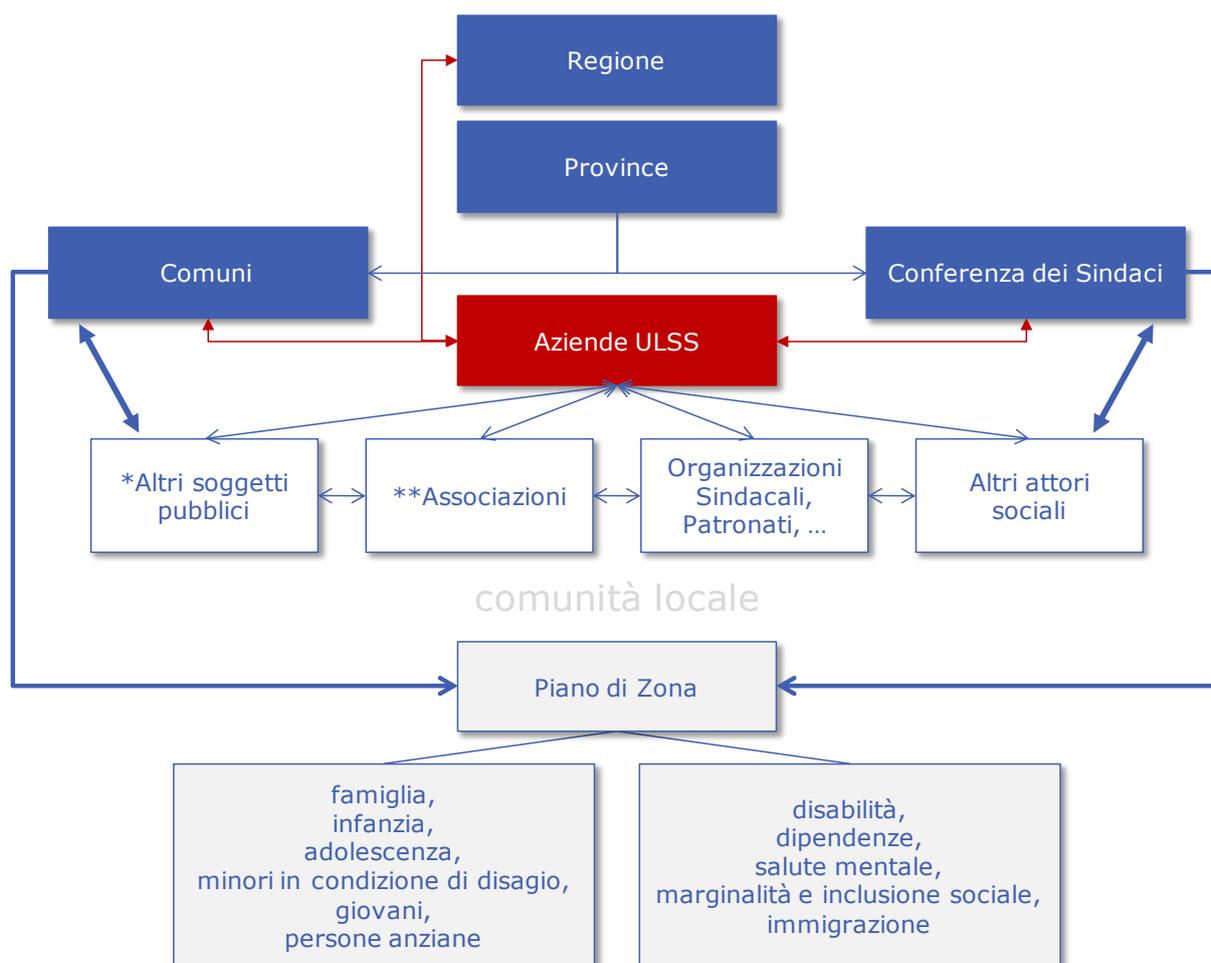
Il Piano di Zona è articolato nelle seguenti aree di intervento:

- famiglia, infanzia, adolescenza, minori in condizione di disagio, giovani;
- persone anziane;
- disabilità;
- dipendenze;
- salute mentale;
- marginalità sociale e inclusione sociale;
- immigrazione.

Esso sono definite per ciclo di vita (infanzia, anziani) o per specificità prevalente (dipendenze, disabilità, marginalità, immigrazione, salute mentale. Di fatto nel Piano di

Zona vengono esplicitate le misure di contrasto alla povertà e di sostegno al reddito familiare, gli interventi economici per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana, gli interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Sono definite, inoltre, le misure di sostegno alle responsabilità familiari, quelle per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare e per sostenere le donne in difficoltà. Sono previsti, poi, gli interventi per la piena integrazione delle persone disabili e anziane, per favorire la loro permanenza a domicilio, le prestazioni integrate di tipo socio-educativo per l'infanzia e l'adolescenza e gli interventi per contrastare le dipendenze. Infine, il Piano di Zona promuove azioni di informazione e consulenza alle persone e alle famiglie, iniziative di auto-mutuo-aiuto e interventi per favorire l'inclusione della popolazione immigrata, nonché misure volte a contrastare la povertà e l'esclusione sociale.

I processi di interazione e le aree di intervento dei Piani di Zona



\* Amministrazioni periferiche dello Stato: scolastiche, della giustizia, del lavoro, IPAB, Comunità Montane, .....

\*\* Onlus, Associazioni di Promozione Sociale, Organizzazioni di Volontariato, ....

## 4.2 Famiglia, Infanzia, Adolescenza, minori e giovani

---

La Regione del Veneto, evidenzia la necessità di potenziare le politiche che accompagnano la famiglia lungo tutto il corso di vita, ed è impegnata a dare impulso ad azioni e opportunità mediante servizi sempre più "relazionali" in cui riconoscere, sostenere, aiutare, promuovere il soggetto e la famiglia senza sostituirsi ad essa con modalità che favoriscano l'emergere delle sue potenzialità e la loro evoluzione. Si sceglie di superare la logica assistenziale, avviando un nuovo corso di politiche pubbliche nei diversi settori d'intervento: casa, lavoro, trasporti, servizi, tempo libero, orari, assistenza, cura, sostegno e protezione, in cui la famiglia diventa di diritto soggetto attivo e propositivo. L'obiettivo principale che si intende perseguire, stimolando un forte coinvolgimento dei diversi Assessorati Regionali, unitamente alle strutture organizzative di riferimento pubbliche e private, è la realizzazione di una programmazione complessiva, in parte già contenuta in alcune proposte di legge regionali. Assumono particolare valore le esperienze di coordinamento organizzativo tra diversi soggetti in cui venga attivato un alto livello di cooperazione tra statuali e non statuali, in reti decisionali di tipo pubblico/privato. Ciò comporta una politica di valorizzazione e sostegno delle diverse "funzioni sociale, riproduttiva, educativa, economica che la famiglia assolve nella società", nell'ambito di una strategia complessiva capace di innovare realmente le politiche per la famiglia e creare i presupposti per un territorio sensibile verso tali tematiche. Da anni ormai la Regione del Veneto nell'attuare le Politiche Sociali ha interpretato e rafforzato il riconoscimento del ruolo fondamentale della famiglia nella struttura e nelle dinamiche sociali. Il focus di questo processo ruota attorno al rinnovamento Culturale orientato al familiare, alla riorganizzazione dei soggetti delle politiche sociali, alla innovazione e sperimentazione nel campo dei servizi alla famiglia, ricordando l'importanza della promozione dell'associazionismo familiare e del privato sociale. Sin dal 2006 con il *Marchio Famiglia* si sono studiate le possibili declinazioni del "sociale" che siano capaci di favorire e attivare tali processi. Su tutto il territorio regionale è attiva la *Certificazione Marchio Famiglia* della Regione del Veneto che ha lo scopo primario di rendere visibili e riconoscibili gli enti, le società, gli esercizi commerciali, i soggetti e le organizzazioni che hanno scelto la famiglia quale target privilegiato e pertanto si impegnano e dedicano spazi, tempo ed energia al fine di particolari necessità di questa, globalmente intesa. Nello specifico, nel riconoscere quale filo conduttore la priorità della famiglia, la Regione sta operando per coordinare e ottimizzare servizi, progetti, iniziative, promozioni e finanziamenti sollecitando le realtà professionali, lavorative e le diverse organizzazioni di categoria a partecipare attivamente a questo disegno di conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare.

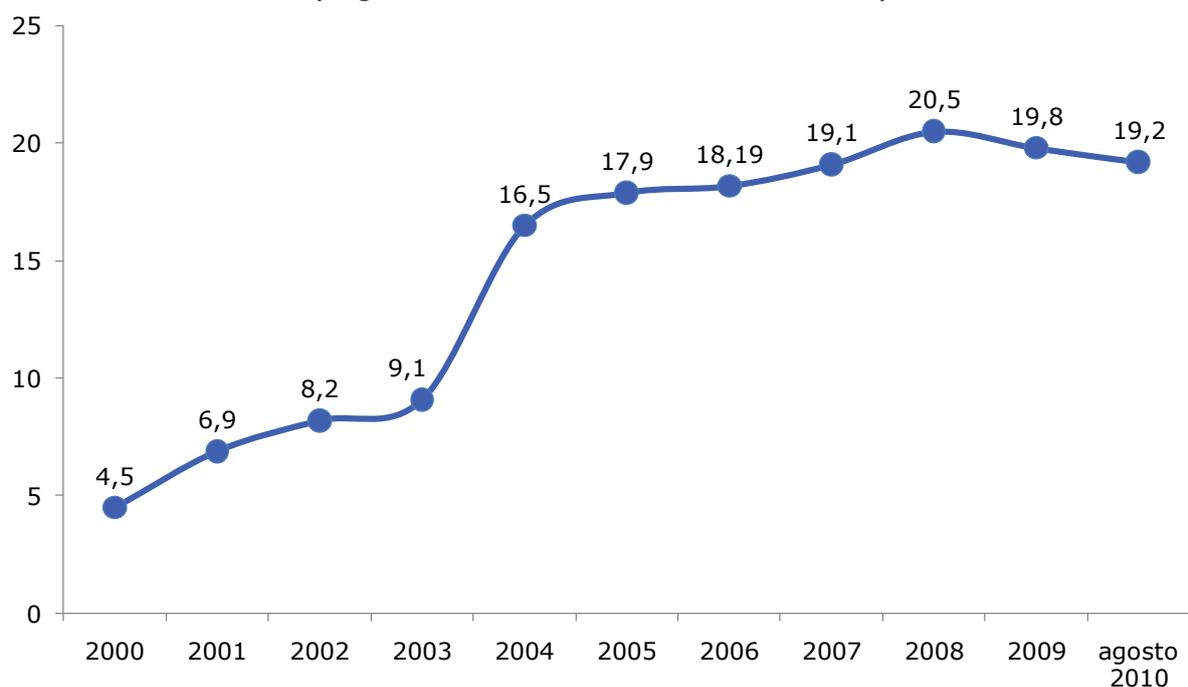
Il Marchio Famiglia è un riconoscimento, una garanzia di qualità, un valore aggiunto certificato, conferito ai soggetti pubblici e/o privati, profit e no-profit che si impegnano a realizzare interventi che pongono la famiglia in primo piano. Il soggetto che riceve il marchio famiglia ha il diritto e si impegna ad utilizzare l'apposito logo "marchio famiglia" per evidenziare l'appartenenza al sistema "Marchio Famiglia"; il cittadino che accede a servizi forniti dai soggetti marchiati ha garanzia della prioritaria attenzione rivolta alle esigenze delle famiglie. Il soggetto in possesso del marchio gode conseguentemente di una comunicazione caratterizzata e di un'utenza informata e motivata all'accesso per la specificità garantita. Nell'anno 2009 le iniziative marchiate sono 23.

#### 4.2.1 I servizi alla prima infanzia

L'attenzione alle condizioni di vita e di benessere delle bambine, dei bambini e delle loro famiglie è cresciuta in questi ultimi anni. Questo processo è avvenuto su piani diversi e tra loro convergenti: una crescente sensibilità sociale e consapevolezza delle esigenze di soggettività e di partecipazione delle nuove generazioni e delle loro famiglie, una produzione legislativa e normativa, inerente ai vari aspetti di promozione di sostegno e tutela, un processo diffuso e profondo che ha prodotto una nuova cultura delle politiche di settore, delle politiche sociali e, solo ultimamente, delle politiche familiari. La Regione del Veneto ha colto fin dall'inizio questo nuovo orientamento delle politiche e dei servizi all'infanzia, all'adolescenza e alla famiglia, che possiamo far risalire alla Convenzione internazionale dell'Onu dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza del 1989 ed al suo recepimento nel nostro Paese nel 1991. È così che la nostra Regione, anticipando, in parte alcuni strumenti innovativi, ha istituito la figura del Pubblico Tutore dei Minori ed ha disposto la realizzazione dei Piani di Zona quali strumenti di programmazione locale delle politiche e dei servizi sociali e sociosanitari sin dal 1994. Da allora numerosi ed articolati interventi hanno costituito nel Veneto la premessa dell'avvio e del consolidamento di un'attenzione diffusa verso i diritti dei cittadini di minore età e della loro famiglia. L'esperienza e gli interventi fino ad oggi realizzati, hanno determinato la convinzione che per il rispetto e l'esigibilità dei diritti dei minori e delle loro famiglie devono maturare politiche per l'infanzia che rispondano a requisiti di unitarietà e globalità. Per questo motivo, gli interventi a favore dei bambini e delle loro famiglie devono necessariamente accompagnarsi a politiche di promozione delle famiglie. Politiche e servizi orientati non solo all'erogazione di prestazioni, opportunità e servizi, bensì tesi a valorizzare e a sostenere le famiglie come soggetti sociali capaci di progettare e creare benessere. Nel comprendere l'importanza dei diversi "mondi di vita quotidiana", per la crescita del benessere di bambini e ragazzi, occorre valorizzare il bambino e il suo percorso di crescita, ossia riconoscere la rilevanza delle relazioni familiari, in quanto includono

corrispondenze generazionali, sociali, socio-educative, culturali, ambientali e di cura. Ora, la Regione del Veneto è impegnata ad aumentare la copertura territoriale dei servizi alla prima infanzia. La rilevazione dà dei risultati in via di consolidamento su un livello superiore al 19%. La media regionale è al 30/6/2010 è pari a 19,2%, con punte sopra la media regionale nelle province di Padova, Rovigo e Verona.

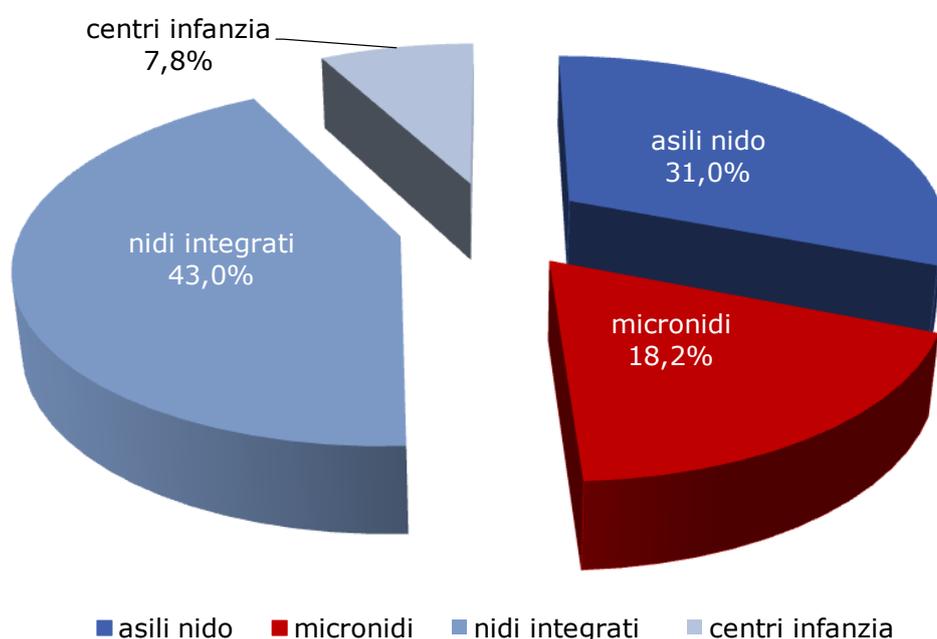
Grado di copertura territoriale dei servizi per la prima infanzia  
(Regione del Veneto - Percentuale media)



Quindi per raggiungere l'obiettivo, nel corso dell'ultimo biennio, nei bandi emanati per i fondi stanziati nei rispettivi anni in conto capitale, è stata proposta l'introduzione di una graduatoria attenta alla programmazione sul territorio, avvantaggiando quei servizi che hanno sede nei Comuni in cui si rilevano le percentuali più basse di copertura. Tale graduatoria tiene conto inoltre delle situazioni territoriali in cui l'offerta dei nidi non risponde comunque all'alta presenza anagrafica, in particolare nei centri urbani ad alta densità demografica (popolazione infantile sopra le 1.500 unità). La copertura territoriale subisce variazioni in ragione dell'andamento o diminuzione delle nascite e dell'immigrazione/emigrazione dei bambini, per questo per garantire il funzionamento dei servizi rivolti alla prima infanzia è fondamentale sviluppare processi di finanziamento caratterizzati da continuità e sistematicità. I servizi rivolti alla prima infanzia affrontano infatti spese ordinarie d'esercizio cospicue. Per tali ragioni si ricerca, pur nel rispetto dei vincoli di bilancio, di sviluppare rapporti sinergici anche con i nidi e le scuole dell'infanzia

non statali. In Veneto nel 2010 sono presenti 716 servizi dedicati a bambini da 0-3 anni che hanno portato a termine l'iter previsto dalla Legge regionale 23 aprile 1990, n. 32 recante: "Disciplina degli interventi regionali per i servizi educativi alla prima infanzia: asili nido e servizi innovativi" ed hanno ricevuto un contributo in conto gestione nell'anno 2010. I servizi risultano composti per il 31% da asili nido, per il 18,2% da micronidi, per il 43% da nidi integrati e per il rimanente 7,8% da centri infanzia.

Servizi dedicati ai bambini di età pari a 0-3 anni  
Veneto 2010



375

Servizi per la prima infanzia attivi del Veneto per tipologia e Provincia, anno 2010					
Provincia	Asilo Nido	Micronido	Nido Integrato	Centro Infanzia	Totale Servizi
BL	5	8	9	2	24
PD	39	21	52	12	124
RO	9	4	19	5	37
TV	28	16	53	22	119
VE	45	13	39	4	101
VI	48	27	58	1	134
VR	48	41	78	10	177
Veneto	222	130	308	56	716
	31,0%	18,2%	43,0%	7,8%	100,0%

Fonte: Banca dati regionale dei servizi per la prima infanzia

#### *Asilo Nido:*

è un servizio educativo per l'infanzia di interesse pubblico, organizzato per accogliere i bambini fino ai 3 anni d'età. L'organizzazione deve prevedere la permanenza del bambino con la possibilità di usufruire del pasto e del riposo.

Finalità: sociale ed educativa

Utenza: bambini da 3 mesi a 3 anni

Capacità ricettiva: minimo 30 massimo 60 bambini

#### *Micronido:*

è un servizio educativo per l'infanzia di interesse pubblico, organizzato per accogliere i bambini fino ai 3 anni d'età. L'organizzazione deve prevedere la permanenza del bambino con la possibilità di usufruire del pasto e del riposo. Purché siano strutturati spazi, distinti da quelli della restante utenza, nonché specificatamente organizzati per i lattanti, è possibile che il servizio accolga i bambini dai 3 mesi d'età.

Finalità: sociali ed educative

Utenza: bambini fino massimo 3 anni d'età

Capacità ricettiva: minimo 12, massimo 32 bambini

#### *Nido Integrato:*

è un servizio diurno strutturato in modo simile ad un asilo nido. È collocato nello stesso edificio della scuola materna e svolge attività socio educativa mediante collegamenti integrativi con le attività della scuola materna secondo un progetto concordato tra soggetti gestori. Può essere aperto solo se la scuola materna esiste già ed è autorizzata e accreditata secondo le procedure previste dal Ministero della Pubblica Istruzione.

Finalità: sociale ed educativa

Utenza: bambini fascia nido: lattanti-divezzi fino massimo 3 anni d'età; bambini: fascia scuola d'infanzia secondo la norma vigente (minimo una sezione).

Capacità ricettiva: minimo 12 massimo 32

#### *Centro Infanzia:*

è un servizio educativo per l'infanzia organizzato per accogliere i bambini fino ai 6 anni d'età. L'organizzazione deve prevedere la distinzione tra la fascia d'età area nido e la fascia d'età scuola d'infanzia. Purché siano strutturati spazi distinti da quelli della restante utenza, nonché specificatamente organizzati per i lattanti, è possibile che il servizio accolga i bambini dai 3 mesi d'età.

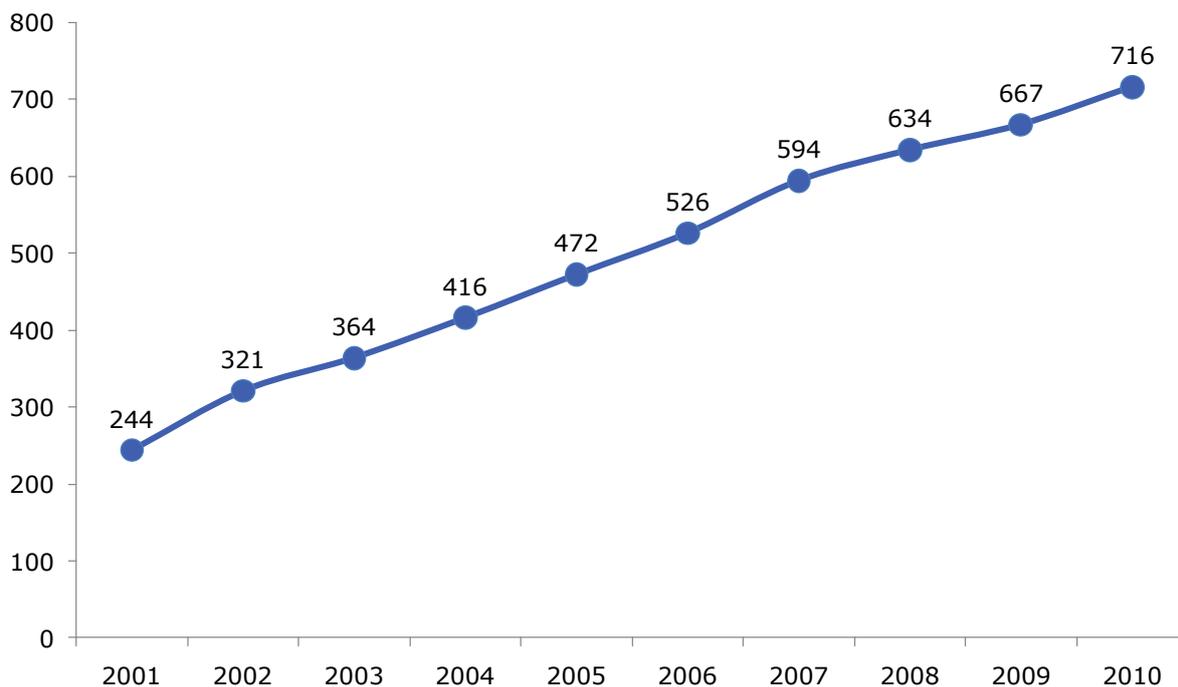
Finalità: sociale ed educativa

Utenza: bambini fascia nido: lattanti-divezzi fino massimo 3 anni d'età; bambini: fascia scuola d'infanzia secondo la norma vigente (minimo una sezione)

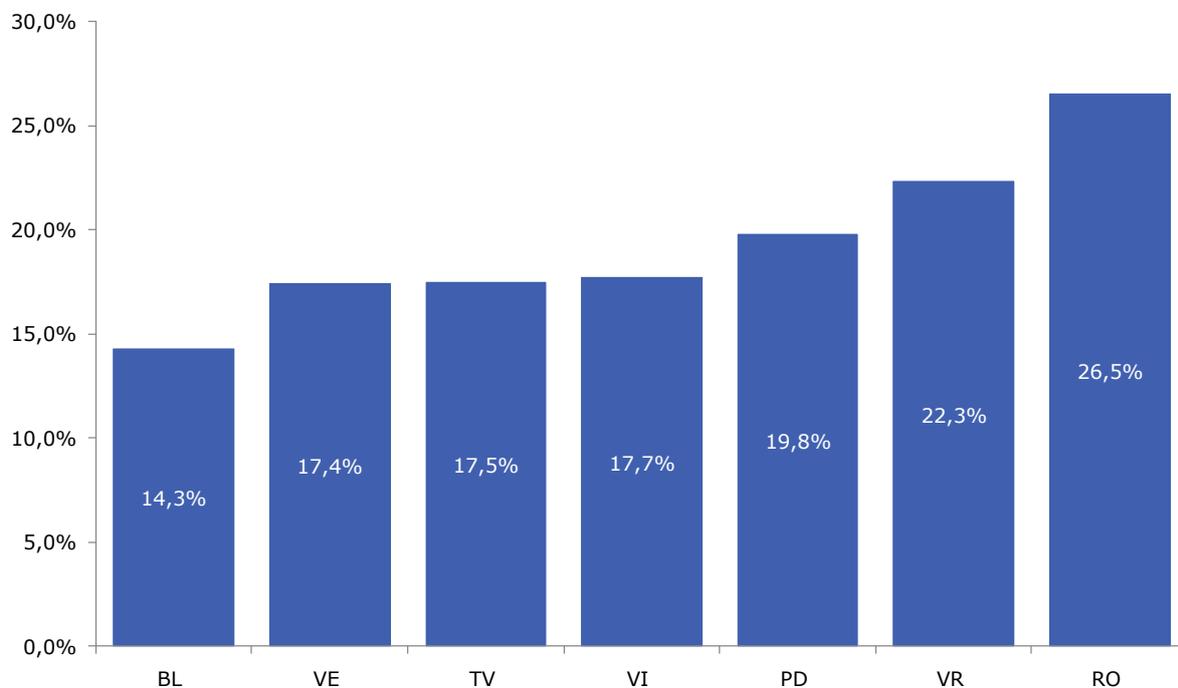
Capacità ricettiva: minimo 12 massimo 60 (da 3 mesi a 3anni)

A conferma del sempre maggiore sforzo di realizzare servizi più vicini ai bisogni delle famiglie, in particolare attraverso la diversificazione e la flessibilità organizzativa dei servizi per la prima infanzia presenti sul territorio regionale, negli ultimi anni si è verificata una crescita esponenziale del numero di strutture attivate. Infatti tra il 2001 e il 2010 l'offerta complessiva di servizi ha registrato un incremento di 472 unità, pari a +193%. L'importante aumento registrato nel corso degli ultimi dieci anni è caratterizzato prevalentemente dall'aumento dei soggetti privati, visto che l'incidenza percentuale di servizi per la prima infanzia a titolarità privata cresce dal 44% del 2001 a quella attuale del 62%. Dal punto di vista della presenza di un'offerta di servizi sul territorio, mediamente il 61% dei Comuni del Veneto è coperto da un servizio, con punte comprese tra il 22% dei Comuni del bellunese e il 75% dei Comuni veneziani.

Servizi per la prima infanzia attivi del Veneto  
Anni 2001-2010



Tasso di copertura provinciale dei servizi per l'infanzia  
Rilevazione 2010 su dati 2009



\* Il tasso di copertura è calcolato come rapporto tra la potenzialità ricettiva e la popolazione residente tra 0 e 2 anni

Il numero di posti disponibili è più che raddoppiato nell'ultimo decennio, passando da circa 8 mila nel 2001 ai circa 22 mila di oggi, pari ad un aumento percentuale del 175%. Tuttavia, sebbene gli sforzi compiuti per incrementare i servizi per la prima infanzia abbiano favorito un generale ampliamento dell'offerta pubblica, la quota di domanda soddisfatta è ancora molto limitata rispetto al potenziale bacino di utenza. La Provincia di Verona ha una offerta potenziale più elevata con circa 6.000 posti disponibili, Venezia ha una rete maggiore di strutture disponibili, ma la Provincia che copre maggiormente la popolazione residente con una percentuale del 26,5% è quella di Rovigo.

Le caratteristiche dell'offerta educativa in Veneto presentano forme e caratteristiche diverse: oltre al nido tradizionale e al micronido caratterizzati da contesti speciali a domanda ridotta, sono presenti nel territorio nidi integrati, centri infanzia, nidi aziendali. Dal 2008 è stato inoltre avviato un modello originale di "nido in famiglia", che è un'unità d'offerta sperimentale con funzioni educative, di cura e socializzazione rivolta a massimo sei bambini di età compresa tra 0 e 3 anni. La titolarità del servizio è per il 38% del Comune, per il 24% di un ente religioso e per l'11% di un'associazione. Per quanto riguarda le modalità di gestione, dei 716 servizi presenti in Veneto nel 2010, la maggior parte degli stessi (75%) è gestita in modo diretto dall'ente titolare.

378

Iscritti totali e iscritti stranieri nei servizi per la prima infanzia del Veneto per Provincia Rilevazione 2010					
Province	Totale iscritti	Variazione percentuale 2008/2009	Di cui totale iscritti stranieri	Percentuale iscritti stranieri sul totale iscritti	
				Anno Scolastico 2009	Anno Scolastico 2008
BL	568	33,10%	25	4%	7%
PD	3.712	17,10%	353	10%	10%
RO	845	0,70%	40	5%	4%
TV	3.176	18,10%	248	8%	6%
VE	3.101	10,00%	191	6%	6%
VI	3.943	6,70%	326	8%	11%
VR	4.565	15,10%	530	12%	14%
<b>Veneto</b>	<b>19.910</b>	<b>13,10%</b>	<b>1.713</b>	<b>9%</b>	<b>10%</b>

### *Il nido in famiglia*

Si tratta di un'unità d'offerta con funzione educativa, di cura e socializzazione che risponde alla crescente necessità delle mamme che devono rientrare nel mondo del lavoro di ricorrere a terzi per la custodia dei propri figli. La singola unità d'offerta è condotta dal "collaboratore educativo", persona professionalmente preparata, che ha

frequentato il percorso di qualificazione specifico. Il collaboratore educativo accudisce ed educa bambini, assicurando loro cure familiari, inclusi i pasti e il riposo. È una nuova tipologia di offerta: i servizi domiciliari all'infanzia. Un servizio "di prossimità" come questo ha il duplice scopo di garantire da un lato l'offerta anche nelle realtà locali più piccole e dall'altro garantire sostegno alle donne che lavorano, salvaguardando le loro esigenze familiari. L'attività di "nido in famiglia" si svolge nel proprio domicilio, in una casa e/o appartamento, classificati come *civile abitazione*, in possesso dei requisiti di igiene ed abitabilità. Esso si rivolge esclusivamente ai bambini di età compresa tra gli 0 e i 3 anni, con un numero massimo di sei bambini seguiti contemporaneamente da ciascun educatore e una durata giornaliera che non può superare le 10 ore consecutive. Dall'inizio del progetto, sono stati 196 i nidi famiglia aperti sul territorio regionale, in gestione a 237 collaboratori educativi per un totale di 901 bambini accuditi. Nel primo semestre 2010 risultano attive 145 unità.

#### *I nidi aziendali*

Un'altra tipologia di servizi educativi alla prima infanzia presenti sul territorio regionale, è rappresentata dai nidi aziendali, intesi come strutture destinate alla cura e all'accoglienza dei figli di dipendenti di una determinata azienda o gruppi di aziende, aventi una particolare flessibilità organizzativa, con finalità di supporto alla gestione familiare delle mamme-lavoratrici. La Regione del Veneto ha riconosciuto la grandissima valenza sociale di questi servizi, in quanto garantiscono:

- la qualità educativa, sia per l'ambiente e l'organizzazione che per la professionalità degli operatori;
- un beneficio organizzativo per l'azienda per la conseguente riduzione della mobilità del personale e la possibilità di anticipo del rientro dalla maternità;
- un sicuro beneficio per le famiglie che in tal modo riescono a conciliare le esigenze di vita e quelle lavorative.

I nidi aziendali autorizzati dalla Regione del Veneto nel 2010 sono complessivamente 11, per un totale di 226 bambini iscritti. I nidi aziendali privati attivati, invece, sono 12 e possono accogliere in totale 344 bambini.

Province	Numero Nidi Aziendali	Totale bambini iscritti
PD	2	64
RO	1	36
TV	4	67
VE	4	59
<b>Veneto</b>	<b>11</b>	<b>226</b>

#### 4.2.2 Il sostegno allo sviluppo delle adozioni in Veneto

L'adozione in Veneto è da sempre un fenomeno sociale molto importante e rilevante da un punto di vista quantitativo, come ci rivelano i numeri. La Regione del Veneto in questi anni ha espresso un impegno particolare in materia di adozione internazionale in linea con la normativa nazionale. Le due norme fondamentali, ovvero: a) la Legge 31 dicembre 1998, n. 476, recante: "Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a L'Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, in tema di adozione di minori stranieri"; b) la Legge 28 marzo 2001, n. 149: "Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante: Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori, nonché al titolo VIII del libro primo del Codice Civile", sono state colte come una grande opportunità. Tali norme hanno consentito l'espansione dell'attività dei Consultori Familiari in materia di adozione e affidi preadottivi. Ad oggi sono 26 le équipe adozioni operanti all'interno dei consultori familiari pubblici, con il compito di:

- informare e sensibilizzare le coppie sull'adozione nazionale e internazionale, sulle relative procedure e sulla preparazione degli aspiranti all'adozione;
- svolgere l'indagine psico-sociale sugli aspiranti genitori adottivi, per la quale si prevede anche la collaborazione degli esperti dei servizi sanitari, su mandato del Tribunale per i Minorenni;
- seguire per un anno e relazionare trimestralmente sugli affidi preadottivi, con il compito di vigilare sugli inserimenti, sempre su mandato del Tribunale per i Minorenni.

L'équipe adozione svolge inoltre funzioni di sostegno anche per le coppie ed i minori per i quali è stato ratificato il decreto di adozione avvenuto all'estero, che hanno scelto di farsi seguire direttamente dall'Ente Autorizzato, per una loro "corretta integrazione familiare e sociale".

I protocolli operativi previsti dalla nuova normativa nazionale si sono succeduti fino ad arrivare all'ultimo che è stato siglato nel 2008 e che vede firmatari la Regione (e quindi i servizi), gli enti autorizzati (16) ed il Tribunale per i Minorenni. Questi protocolli uniti ai Piani territoriali per l'infanzia e l'adolescenza, alla progettualità di "Veneto Adozioni - Nemmeno le Balene<sup>1</sup>" hanno contribuito a costruire il cosiddetto "Sistema Veneto

---

<sup>1</sup> Il progetto, iniziato alla fine del 2005, sostiene le attività di solidarietà internazionale degli enti autorizzati prevedendo il cofinanziamento di interventi nei seguenti ambiti: sostegno ai servizi sociali stranieri, supporti formativi e tecnici all'estero per la tutela dei diritti dei bambini, attività di preparazione psicologica all'adozione a favore dei bambini più grandi destinati in adozione, promozione delle forme di accoglienza familiare (affidamento e adozione) nei paesi di origine. Allo stesso scopo si previsto di realizzare missioni congiunte tra enti autorizzati e la Regione del Veneto in alcuni Paesi ritenuti particolarmente importanti per promuovere azioni di sostegno alle attività degli enti autorizzati. Sono stati infine previste delle azioni di scambio internazionale con

Adozioni". Un sistema che vuole accompagnare e sostenere la coppia in tutto il suo percorso adottivo dall'inizio alla fine in maniera armonica e integrata tra i vari soggetti coinvolti. Un sistema che si è formato in questi anni anche per sostenere l'arrivo del bambino nella sua famiglia e per permettere che l'inserimento e la costruzione della famiglia adottiva risulti il meno traumatico e difficile possibile. Tutti gli attori impegnati nel percorso in questi anni hanno contribuito con passione e competenza in questa opera. La Regione Veneto si è dotata inoltre di un sistema di rilevazione informativo, denominato Adonet, il quale permette di poter monitorare sul territorio regionale i percorsi delle coppie adottive e le diverse fasi del processo adottivo. Un ulteriore fattore è dato dal grande lavoro di informazione e sensibilizzazione svolto dai Servizi preposti prima della dichiarazione di disponibilità con i corsi relativi previsti dal Protocollo regionale. Questi corsi permettono alle coppie di affacciarsi all'adozione ed eventualmente procedere con la dichiarazione di disponibilità con maggiore cognizione di causa e consapevolezza. I dati ci mostrano come nel corso del 2009 siano state raggiunte da questi corsi ben 517 coppie (oltre 1000 persone) e che i servizi hanno ricevuto 816 richieste di studi di coppia e ne abbiano conclusi ben 783.

I corsi di informazione e sensibilizzazione realizzati nel Veneto dalle équipes adozioni nel 2009		
Numero corsi	74	Grazie al protocollo tra la Regione del Veneto e molti Enti Autorizzati, il Veneto si è dotato di uno specifico "sistema veneto adozioni", che prevede la costituzione di tavoli provinciali tra équipes dei consultori e Enti autorizzati per la programmazione e il coordinamento delle attività.
Numero coppie partecipanti	517	
Durata media del corso (in ore)	12	
Attesa media per partecipare (in giorni)	40	
Attesa massima per partecipare (in giorni)	417	

Richieste per studi di coppia e studi di coppia conclusi dalle équipes adozioni nel 2009			
Tipologia	Richieste per studi di coppia	Studi di coppia effettuati	
Studio ex art.44	35	28	L'articolo 44 della Legge 149/2001 è quello che riguarda le cosiddette adozioni speciali, oggi anche chiamate "adozioni miti" nel quale il bambino acquisisce accanto al suo cognome anche quello della famiglia adottiva.
Studio di coppia TM	542	528	
Studio per estensione idoneità	10	9	
Studio per ulteriore indagine	15	15	
Studio per approfondimento	32	33	
Studio per rinnovo adozione nazionale	182	170	
<b>Totale</b>	<b>816</b>	<b>783</b>	

delegazioni dei Paesi di origine per condividere e confrontare le diverse esperienze nell'ambito della protezione e tutela del minore, e, in questo ambito nello svolgimento delle procedure adottive cercando di realizzare accordi volti al miglioramento dell'iter adottivo delle coppie venete.

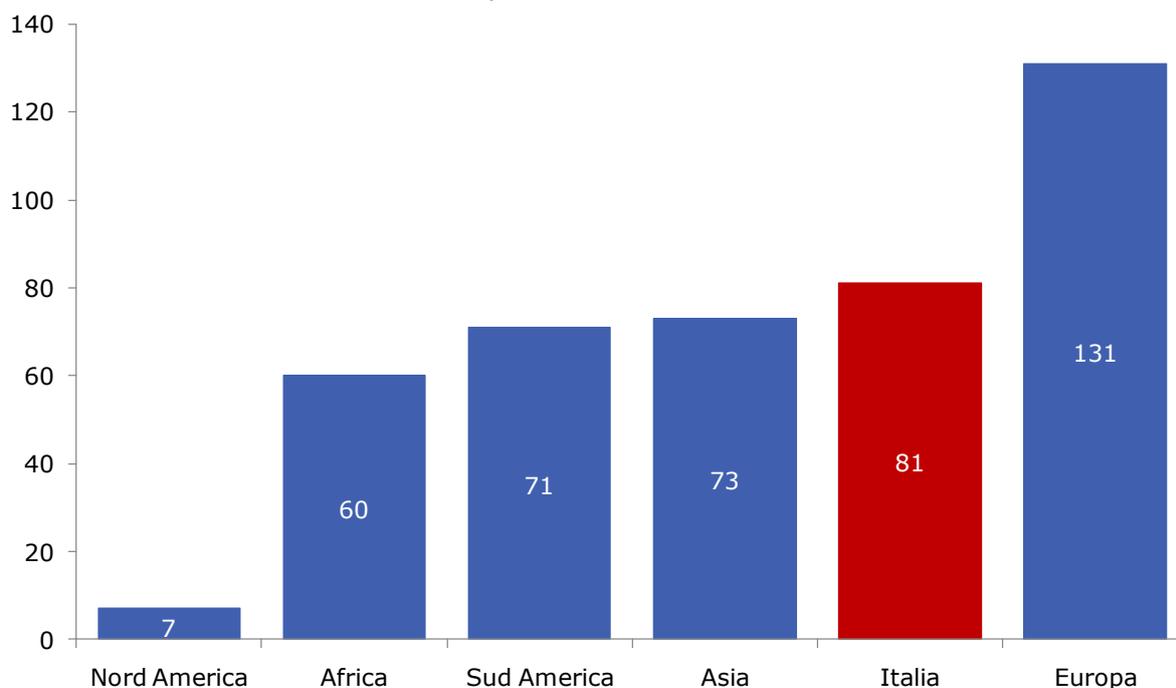
I dati del Tribunale dei Minori ci parlano di 428 decreti di affido preadottivo nazionale, internazionale e di ratifica adozione internazionale rilasciati nel Veneto nel 2009, con un consistente aumento quindi dell'adozione nazionale ed una leggerissima flessione dei decreti di idoneità all'adozione internazionale. Il 2009 conferma inoltre il Veneto come seconda regione d'Italia per numero di coppie adottive con l'adozione internazionale (dietro alla Lombardia). Gli Enti autorizzati firmatari del Protocollo Operativo regionale hanno concluso il 68,4% delle adozioni internazionali complessive concluse in Regione nel 2009.

Decreti di affido preadottivo nazionale ed internazionale, di ratifica adozione internazionale rilasciati nel Veneto nel 2009		Bambini e ragazzi adottati nel Veneto nel 2009 per classi d'età	
Affido preadottivo nazionale	61	Meno di 1 anno	73
Affido preadottivo internazionale	49	1-4 anni	186
Ratifica adozione internazionale	275	5-9 anni	129
Affido di minore a rischio giuridico*	43	10 anni e più	35
<b>Totale</b>	<b>428</b>	<b>Totale</b>	<b>423</b>

\* Per convenzione rientrano nella categoria del decreto di affido di minore a rischio giuridico anche alcune particolari tipologie di decreto del Tribunale dei Minori (ad esempio, decreto di affido temporaneo...)

382

Bambini e ragazzi adottati nel Veneto nel 2009 per cittadinanza



Molti dei bambini provenienti da altri Paesi che vengono adottati hanno bisogno di attenzione, cure anche sanitarie, interventi riabilitativi che possono protrarsi nel tempo. Per questo il protocollo regionale prevede una fase di continuità di presa in carico post adozione per tre anni.

#### *Il procedimento adottivo*

Il procedimento adottivo, può essere suddiviso in quattro fasi distinte e successive:

- informazione-sensibilizzazione;
- presentazione disponibilità all'adozione e studio di coppia;
- abbinamento;
- fase di post adozione e affidamento preadottivo.

In ognuna di queste fasi possono essere individuate e definite le competenze di ognuno dei soggetti che intervengono nel procedimento adottivo (Regione, équipe consultoriali, Tribunale dei Minori, Enti autorizzati).



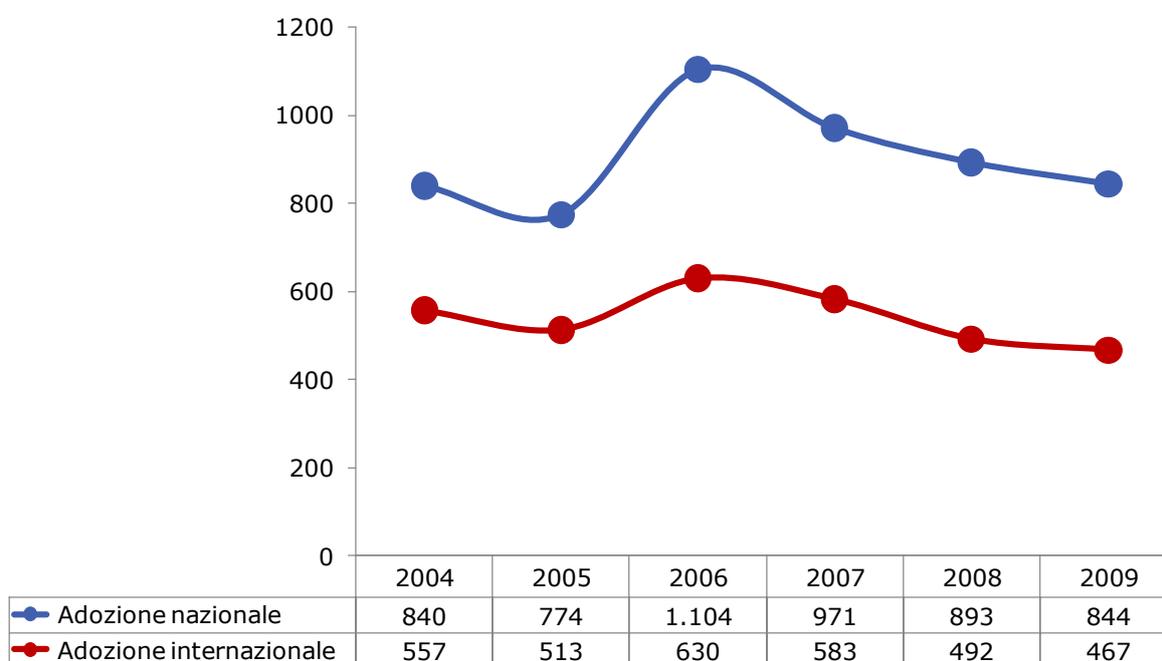
383

*Prima fase (informazione e sensibilizzazione):* il modello utilizzato dalla Regione del Veneto prevede che la coppia, prima di presentare la domanda di disponibilità all'adozione svolga un corso di informazione e sensibilizzazione che ha il fine di promuovere una corretta cultura dell'accoglienza e potenziare la presa di coscienza sulle motivazioni adottive e sulle competenze affettive, educative e sociali richieste per intraprendere il percorso adottivo. Il corso è suddiviso in due parti conseguenti fra di loro: a) la prima parte, di non meno di 8 ore è organizzata dalle équipe adozioni consultoriali; b) la seconda, di non meno di 12 ore è organizzata dagli enti autorizzati firmatari del protocollo regionale.

Corsi di informazione e sensibilizzazione organizzati nel 2009 nel Veneto			
Provincia	Numero Corsi	Numero coppie	Durata media corso in ore
BL	2	13	12
PD	14	100	12
RO	3	23	12
TV	11	98	11
VE	14	73	11
VI	16	129	13
VR	14	81	11
<b>Veneto</b>	<b>74</b>	<b>517</b>	<b>12</b>

*Seconda fase (presentazione disponibilità all'adozione e studio di coppia):* una volta frequentato il corso di informazione e sensibilizzazione, la coppia deve presentare, presso il Tribunale per i Minorenni della Regione di residenza, la dichiarazione di disponibilità all'adozione nazionale, internazionale o ad entrambe. L'adozione è consentita ai coniugi uniti in matrimonio da almeno tre anni oppure che abbiano convissuto in modo stabile e continuativo per un periodo complessivo, tra convivenza e matrimonio stesso, di tre anni. Tra i coniugi non deve sussistere o non deve essere avvenuta, negli ultimi tre anni, separazione personale neppure di fatto. Inoltre, l'età dei genitori adottanti deve superare di almeno 18 anni e non più di 45 l'età dell'adottato.

Domande di disponibilità all'adozione nel Veneto  
Adozione nazionale e internazionale. Anni 2004-2009



A seguito della presentazione della dichiarazione di disponibilità, dopo un esame dei requisiti formali sopra citati, il Tribunale dei Minori incaricherà l'Equipe Adozioni del territorio di residenza della coppia di svolgere l'indagine psicosociale per valutarne l'idoneità ad educare, istruire e mantenere il minore che intende adottare o i minori che si intendono adottare.

*Terza fase (abbinamento):* il Tribunale dei Minori, dopo aver ricevuto la relazione dell'Equipe Adozioni, convoca la coppia di aspiranti genitori per un colloquio con il Giudice onorario. Per quanto riguarda le adozioni nazionali, il Giudice cura l'abbinamento del minore con la coppia, ne segue quindi l'affido preadottivo ed emette infine il decreto con

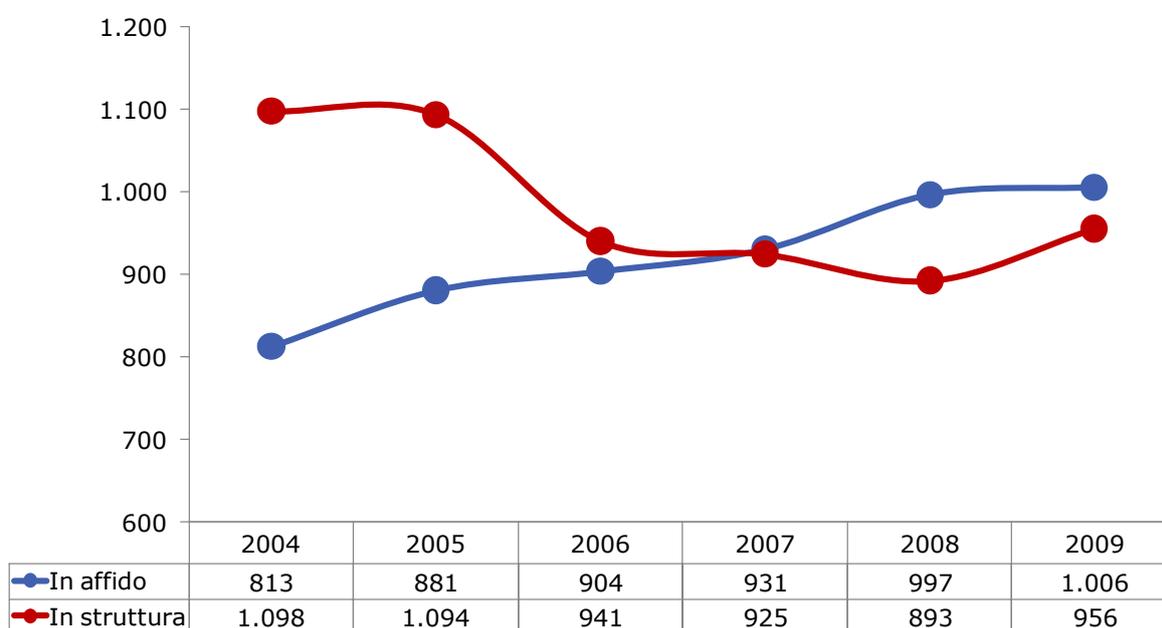
il quale si fa luogo all'adozione. Nel caso di adozioni internazionali, il Tribunale dei Minori emette un decreto di idoneità all'adozione, e successivamente trasmette tutta la documentazione alla Commissione per le adozioni internazionali e all'Ente a cui la coppia ha conferito l'incarico di seguire la procedura di adozione. Successivamente riconosce il provvedimento di affidamento preadottivo oppure trascrive il provvedimento di adozione emesso dal Paese straniero di provenienza del minore.

*Quarta fase (affido preadottivo e post-adozione):* nell'adozione nazionale dal momento dell'ingresso in famiglia del bambino, inizia un anno di affidamento preadottivo nel corso del quale l'Equipe Adozioni, su incarico del Tribunale per i Minorenni, accompagna la famiglia neo-costituita per sostenere il nuovo nucleo e favorire l'inserimento e l'integrazione del bambino nel nuovo contesto familiare e sociale. Gli operatori dei servizi sono tenuti ad inviare delle relazioni di aggiornamento sulla situazione dell'adozione al Tribunale con cadenza quadrimestrale. Al termine dell'affido preadottivo, se l'inserimento del bambino è stato positivo, il Tribunale per i Minorenni emette decreto di adozione definitiva del minore. Nell'adozione internazionale, il Tribunale per i Minorenni ratifica la sentenza di adozione emessa dal Paese straniero, salvo nel caso di Paesi che non hanno ancora sottoscritto la Convenzione dell'Aja, per cui è ancora in vigore l'anno di affidamento preadottivo come l'adozione nazionale. Dopo l'arrivo in Italia del bambino, la famiglia adottiva sceglie liberamente se farsi seguire dall'Equipe Adozioni o dall'Ente Autorizzato per l'accompagnamento post-adottivo. In ogni caso l'Equipe Adozioni viene incaricata dal Tribunale per i Minorenni di vigilare sull'andamento dell'adozione per un anno. L'attività di sostegno svolta nel post-adozione si concretizza mediante la realizzazione di interventi psico-sociali individuali (consulenze) o di gruppo (gruppi di genitori adottivi), di incontri sulle tematiche inerenti l'esperienza adottiva e sulla promozione di iniziative di formazione e aggiornamento agli insegnanti per favorire l'inserimento e l'inclusione scolastica dei bambini adottati.

#### 4.2.3 Lo sviluppo della programmazione e dell'intervento regionale nel campo della tutela

La complessità e la specificità della questione relativa alla protezione ed alla cura dei bambini e dei ragazzi ha portato la Regione del Veneto a ripensare ad un sistema dei servizi capace di garantire risposte sempre più adeguate e qualificate. Tale ripensamento è stato stimolato negli anni sia da ragioni di carattere socioculturale, sia da un'intensa produzione normativa internazionale (Convenzione Internazionale sui diritti del fanciullo – New York 1989, ratificata dall'Italia con Legge n. 176/91, Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli – Strasburgo 1996, ratificata con Legge n. 77, ecc.), nazionale e regionale. L'impegno regionale nell'ambito della protezione e tutela è sempre stato caratterizzato da un coinvolgimento attivo degli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale, con l'intento di rafforzare l'integrazione delle funzioni, la reciproca collaborazione e di affermare una nuova cultura tecnico-professionale. Da questo punto di vista si possono individuare due linee di intervento: a) l'affido residenziale e l'inserimento in comunità; b) la protezione e la tutela dei minori vittime di abuso e maltrattamento.

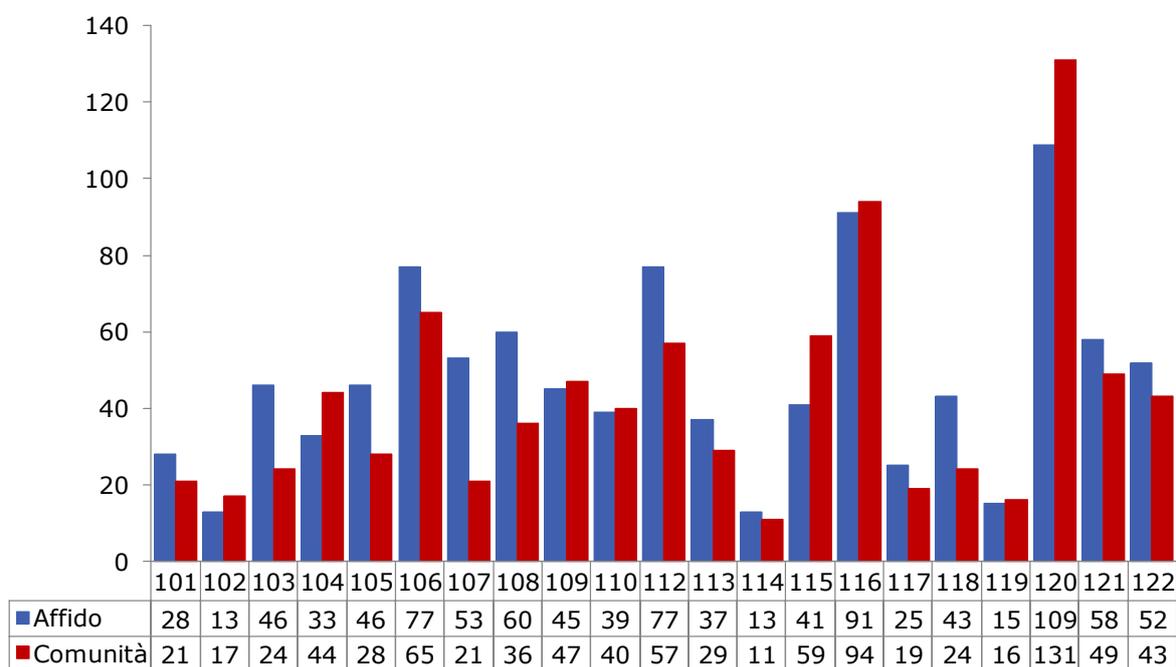
Bambini e ragazzi residenti in affidamento residenziale o inseriti in comunità. Veneto 2004-2009



Sin dal 2006 la Regione ha avviato una politica fortemente orientata al sostegno all'affido familiare sia attraverso finanziamenti specifici per la creazione dei Centri Affidi e Solidarietà Familiare sia attraverso la copertura del 100% della spesa di affido sostenuta

dagli Enti. Tale politica ha permesso, a partire dal 2007, di invertire la percentuale dei minori in comunità rispetto a quelli in affido, per arrivare alla situazione del 2009 nella quale per ogni bambino in struttura ve n'è uno in affido familiare. La progressiva diminuzione dei minori di età fuori famiglia colloca il Veneto nelle Regioni più virtuose relativamente alle politiche di deistituzionalizzazione. Nel 2009 su mille bambini residenti nel Veneto risultavano inseriti in struttura meno del 2 per mille (1,96).

Distribuzione per Azienda Ulss dei minori allontanati nel 2009  
(affido e comunità)



387

Particolarmente significativa a livello statistico la fascia di età superiore ai 14 anni che rappresentano da soli più del 50% del totale. L'età e le storie personali di questi ragazzi rendono particolarmente complesso, e spesso non indicato, il ricorso all'affido. Infatti, l'affido familiare rappresenta una rilevante alternativa al collocamento in comunità, ma non è sempre attivabile. Tuttavia esso rappresenta, ove possibile, una risorsa importante per quei ragazzi che presentano problematiche particolari, anche di carattere relazionale o comportamentale. L'affido è un'esperienza dinamica, è una possibilità di crescita, è una delle opportunità per il bambino o il ragazzo, compreso nel suo universo relazionale, di fortificarsi e sperimentare un legame affettivo "buono", non alternativo, ma complementare a quello con i genitori naturali. È un'opportunità per il bambino o ragazzo e la sua famiglia di origine di scrivere un'altra storia, e deve dunque perdere la connotazione di evento traumatico, da realizzare solo in una situazione di emergenza, nel

senso che può addirittura essere messo in campo per evitare l'allontanamento in quanto può consentire alla famiglia di origine di fare dei passi verso la riqualificazione delle competenze parentali. L'affido può essere utilizzato per promuovere benessere e solidarietà e non solo per curare situazioni disfunzionali. Per quanto concerne la nazionalità, la percentuale dei minori fuori famiglia riguarda in maniera significativa i bambini italiani. Deve essere sottolineato che da questo computo sono esclusi i minori stranieri non accompagnati.

Anno	Comunità		Affido	
	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri
2009	73,0%	27,0%	76,4%	23,6%

### *I bambini e i ragazzi vittime di abuso e maltrattamento*

Nel contesto dei servizi dedicati ai minori è maturata anche la necessità di avviare a livello regionale un grande progetto di prevenzione, di contrasto e presa in carico di situazioni di maltrattamento, abuso, e sfruttamento sessuale di minori. Le motivazioni che hanno sollecitato la realizzazione di tale progetto regionale ed in particolare l'attivazione dei Centri provinciali/interprovinciali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie, sono le seguenti:

- necessità di servizi in grado di supportare e curare la famiglia disfunzionale che è causa di allontanamenti troppo lunghi per il minore dall'ambiente familiare e/o di rientri in un sistema in cui permangono i problemi;
- assenza di una valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno sul territorio regionale;
- disomogeneità della formazione degli operatori socio-sanitari;
- presenza di tipologie organizzative dei servizi molto diversificate;
- carenza di lavoro interprofessionale ed interculturale;
- assenza di linee guida a supporto dell'operatività inerente sia la segnalazione che la presa in carico.

Il Progetto Pilota Regionale di prevenzione, contrasto e presa in carico delle situazioni di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale, le cui prime elaborazioni risalgono al dicembre 2002, ha previsto diverse fasi di realizzazione:

- azioni preliminari (rilevazione dati area giudiziaria, sociale, sanitaria, mappatura risorse); sensibilizzazione (materiale informativo, pubblicizzazione progetto);

- attività di carattere formativo (percorsi formativi per operatori del territorio e per operatori dei Centri);
- elaborazione delle linee guida (procedure e protocolli operativi con altre istituzioni);
- creazione di una banca dati regionale sui minori maltrattati/abusati, alla quale pervengono le schede di monitoraggio delle attività dei centri.

La fase del progetto che ha sollecitato più impegno e investimenti è stata l'istituzione di 5 centri provinciali/interprovinciali di presa in carico e terapia. Due Centri sono di natura giuridica privata (un'associazione ed una fondazione) mentre gli altri tre sono di natura pubblica (Azienda ULSS, Comune).

Centri provinciali/interprovinciali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie	
Ente Gestore	Denominazione Centro
Azienda ULSS n. 6 di Vicenza	L' Arca
Azienda ULSS n. 20 di Verona capofila (Aziende ULSS 20, 21 e 22)	Il Faro
Fondazione Santa Maria Mater Domini Venezia Marghera	Il Germoglio
Associazione Telefono Azzurro Treviso	Il Tetto Azzurro
Azienda ULSS 16 di Padova	I Girasoli

Si tratta di centri specialistici di secondo livello, le cui attività in sintesi sono finalizzate a:

- promuovere azioni di sensibilizzazione, e formazione del territorio di riferimento;
- offrire consulenza agli operatori dei servizi territoriali;
- predisporre e realizzare i necessari interventi terapeutici per i minori che hanno vissuto situazioni di abuso o di grave maltrattamento e per i loro familiari.

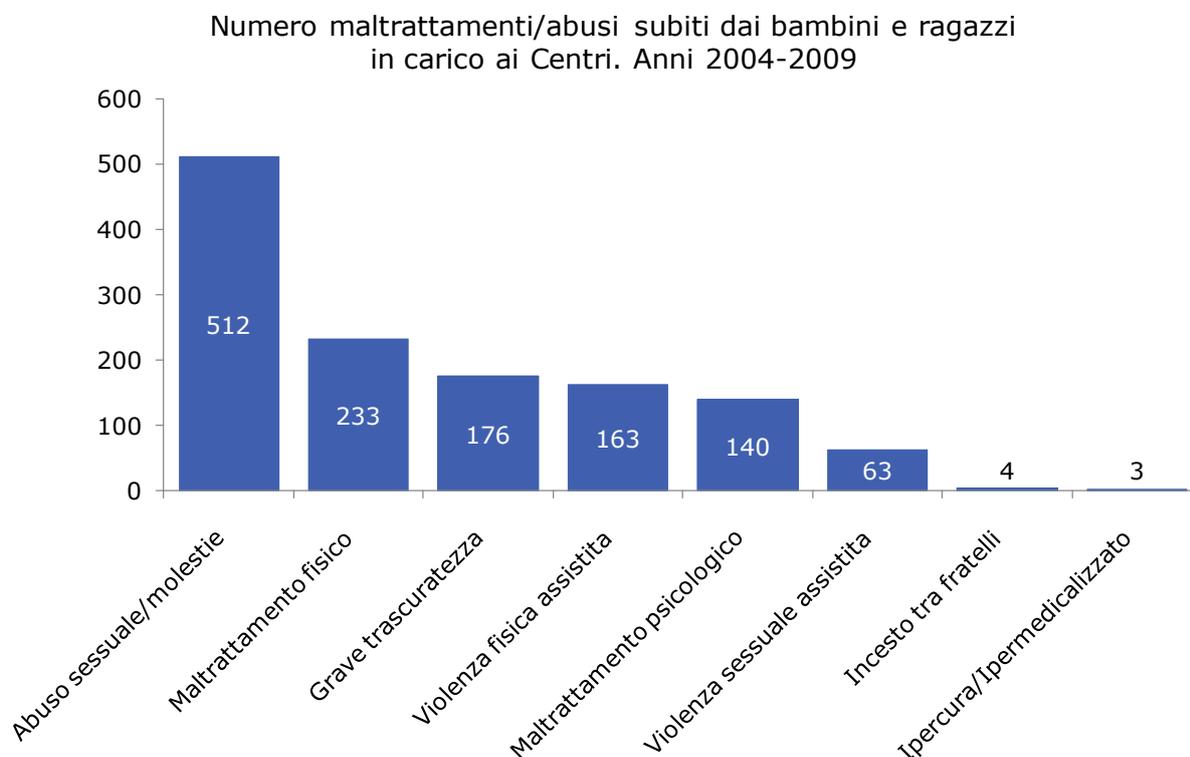
L'accesso ai Centri avviene su richiesta dei servizi sociali e socio-sanitari territoriali. In ogni caso il progetto terapeutico deve essere concordato e monitorato in sede di dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVDM). Titolare del caso è il servizio territoriale che deve essere coinvolto e informato con regolarità dagli operatori dei centri in merito all'andamento del trattamento terapeutico e alle sue eventuali modifiche. Rispetto a ciò la legge individua quali titolari degli interventi sociali i Comuni ed i loro servizi. In Veneto la realizzazione di questi interventi può essere delegata dai Comuni ai servizi delle Aziende ULSS. I centri garantiscono spazi e tempi sufficienti per una valutazione clinica approfondita e la successiva presa in carico terapeutica, generalmente a lungo termine e intensiva, che riguarda l'intera famiglia. Essa è finalizzata ad elaborare il trauma e comprendere le dinamiche interne allo specifico nucleo familiare. L'approccio clinico diventa indispensabile per restituire un significato alle azioni o atteggiamenti "inspiegabili" verso i figli e per garantire quella protezione psicologica che sempre viene a mancare nei casi di maltrattamento e abuso. L'attività di questi centri è stata oggetto in

questi anni di una serie di provvedimenti. Inoltre, nel dicembre 2009 le attività sono state rifinanziate. La banca dati anagrafica relativa ai minori in carico ai Centri, gestita dall'Osservatorio regionale nuove generazioni e famiglia, rileva come questi servizi siano sempre più radicati nel territorio sia in termini di prevenzione che in termini di cura e di sostegno a favore dei minori e delle loro famiglie. I bambini in carico dal primo anno di attività, il 2004, a dicembre 2009, sono stati 1.168. La maggioranza è rappresentata da bambine (circa il 65%) ed è di nazionalità italiana (circa l'81%). Tra gli stranieri prevale la cittadinanza rumena, seguita da quella marocchina e ghanese.

Bambini e ragazzi in carico ai Centri interprovinciali per genere e cittadinanza. Accolti negli anni dal 2004-2009					
2004-2009	Italiana	Straniera	Non rilevato	Totale	Percentuale per genere
Femmine	618	116	26	760	65,1%
Maschi	333	54	11	398	34,1%
Non rilevato			10	10	0,9%
Totale	951	170	47	1.168	100,0%
Percentuale per cittadinanza	81,4%	14,6%	4,0%	100,0%	

Fra i maltrattamenti gravi segnalati la maggior parte riguarda l'abuso/molestie sessuali (circa il 44% dei casi), seguite dal maltrattamento fisico e dalla grave trascuratezza.

390



Nel caso di abuso/molestie sessuali il maggior numero di bambini ha un'età compresa tra i 6 e i 10 anni (oltre il 34% del totale degli abusi sessuali). Sono soprattutto le bambine quelle che subiscono un abuso sessuale (più di 3 femmine ogni maschio), mentre i bambini sono più vittime delle bambine solo nel caso di violenza fisica assistita. La maggior parte degli abusi/maltrattamenti avviene all'interno della dimensione familiare allargata e sono relative a situazioni continuate nel tempo. Solo per quel che riguarda l'abuso sessuale vi è un 36,4% dei casi relativo a situazioni in cui l'autore non appartiene alla famiglia. Rispetto all'autore del maltrattamento, nell'abuso sessuale è in prevalenza il padre (33,8%) oppure i parenti (29,8%). Tra gli autori della cerchia familiare responsabili dell'abuso sono soprattutto i conviventi della madre, i nonni e gli zii. Il maltrattamento fisico e la grave trascuratezza sono attribuite ad entrambe le figure genitoriali con una prevalenza del padre per quel che riguarda il maltrattamento fisico (44,8%) e della madre per la grave trascuratezza (52,4%). Se invece analizziamo gli autori del maltrattamento che non rientrano nell'ambito familiare, predominano nel caso dell'abuso sessuale gli amici di famiglia e i vicini di casa (autori nel 22,2% dei casi). Questa analisi conferma comunque come l'abuso e il maltrattamento dei minori sia comunque un abuso intrafamiliare e in ogni caso perpetrato in maggioranza da figure conosciute e che rientrano nell'ambiente di vita abituale del minore. I soggetti che prevalentemente presentano la segnalazione al servizio territoriale inviante sono i genitori (22,4% dei casi), i pediatri o i medici di medicina generale (12,7%) e altri parenti (10,5%). Le Aziende ULSS ed i Comuni sono invece i servizi che prevalentemente inoltrano la richiesta di intervento ai Centri.

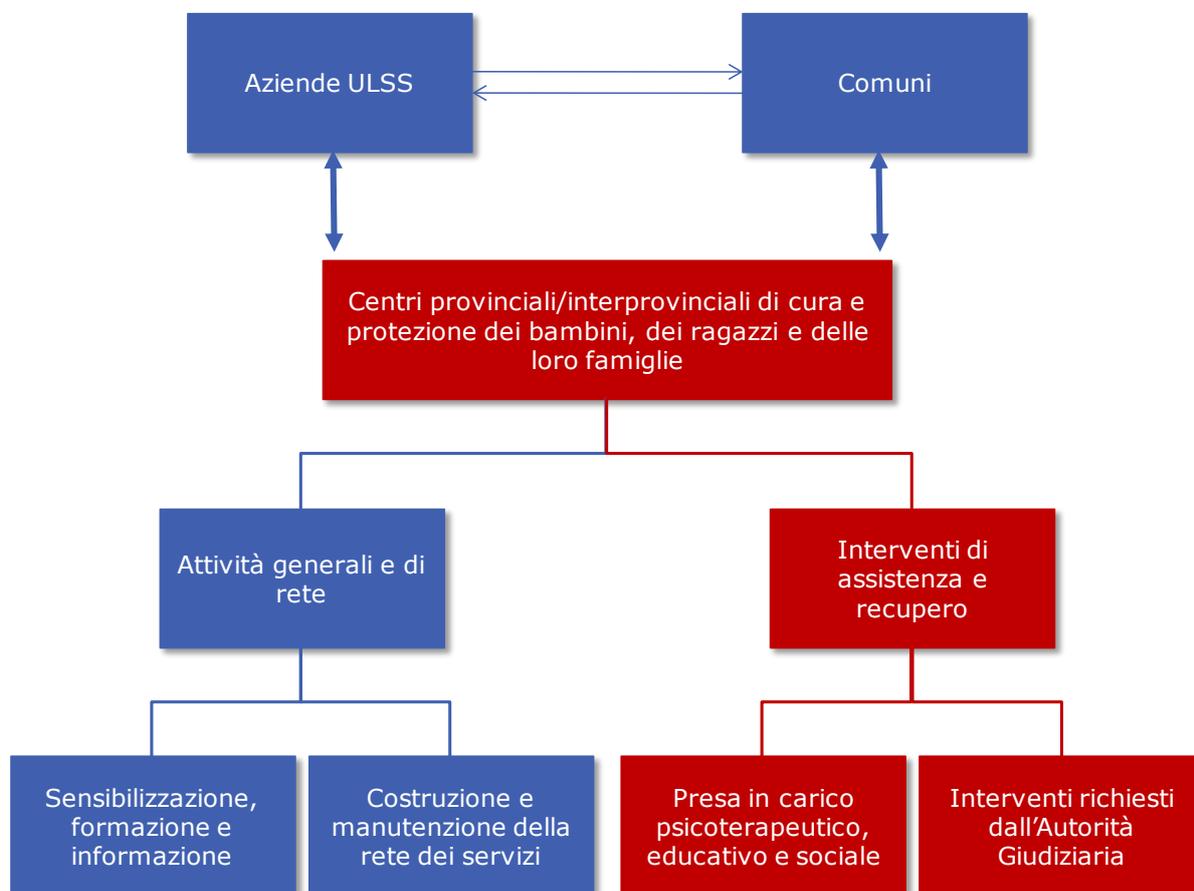
#### *Articolazione dell'attività dei Centri*

Dal 2007 le attività dei Centri provinciali/interprovinciali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie sono distinte in:

- *attività generali e di rete*, ovvero attività di sensibilizzazione, formazione, promozione, costruzione e manutenzione della rete dei servizi ecc. ecc. rivolte al territorio di stretta afferenza dei centri stessi;
- *interventi di assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime d'abuso e della loro famiglia*, riguardanti le prestazioni relative alla diagnosi, alla presa in carico psicoterapeutico, educativo e sociale e gli interventi richiesti dall'Autorità Giudiziaria.

Per quanto concerne questi ultimi la banca dati regionale rileva che, da gennaio 2009 a dicembre 2009, sono state effettuate circa 17.217 prestazioni, con una media di circa 35 prestazioni per minore. Il 63,6% delle prestazioni riguarda la presa in carico psicoterapeutico, educativo e sociale, mentre il 31% riguarda la diagnosi ed il 5,4% gli interventi richiesti dall'Autorità Giudiziaria.

Articolazione dell'attività dei Centri provinciali/interprovinciali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie



392

*Una mappa territoriale del benessere dei minori*

Quando si parla di benessere dei bambini si esprime un concetto molto complesso non solo limitato al livello fisico ma in connessione con gli altri aspetti della vita (emozioni, relazioni, comportamenti). Per questa sua natura multidimensionale, il benessere va inteso come un processo di costruzione sociale dove i protagonisti sono i bambini e ragazzi visti non soltanto all'interno di relazioni sociali ed affettive, soprattutto familiari, ma anche come soggetti inseriti in strutture ed organizzazioni sociali che ne influenzano le opportunità di crescita e di sviluppo. Ma "Come misurarlo?". La consapevolezza della necessità di effettuare indagini sulla qualità di vita dei bambini risale agli anni ottanta quando i primi sociologi italiani segnalavano la scarsità di informazioni e di dati disponibili sui minori italiani. Tuttavia è soprattutto a partire dalla fine degli anni novanta che sono state attivate diverse azioni di ricerca sociale focalizzate sui bambini utilizzate per la promozione di politiche di sostegno e cura dell'infanzia e dell'adolescenza. Si è trattato in prevalenza di indagini di tipo qualitativo, mirate solitamente ad analizzare la condizione

in generale oppure aspetti specifici della popolazione infantile. Nel 2009 è stata pubblicata la prima indagine dell'OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economici) sul benessere dei bambini: uno studio comparato che mette a confronto i 24 Paesi membri, tra cui l'Italia. L'obiettivo dell'indagine è stato quello di misurare l'effettivo grado di benessere dei bambini, di capire quali sono gli investimenti sostenuti per l'infanzia e l'adolescenza dai vari Stati, di individuare quali politiche sociali per la famiglia hanno un maggior impatto nei primi anni di vita. A tal fine sono stati costruiti degli indicatori che si riferiscono a 6 dimensioni:

- il benessere materiale;
- l'alloggio e ambiente;
- l'educazione;
- la salute e la sicurezza;
- i comportamenti a rischio;
- la qualità della vita scolastica.

La Regione del Veneto ha cercato di definire, sin dal 2007, una mappa territoriale del benessere in Veneto con l'obiettivo di descrivere la qualità della vita dei bambini e ragazzi nella Regione, costruire una misura comparativa del benessere per i diversi ambiti territoriali e definire un indice che permetta di stilare una graduatoria della condizione dell'infanzia e dell'adolescenza a livello locale. Tale mappa risulta articolata in sette dimensioni:

- relazioni e legami;
- benessere soggettivo;
- partecipazione sociale;
- salute alla nascita e mortalità;
- inclusione scolastica;
- diffusione ed uso dei servizi;
- sicurezza e pericolo.

Per ciascuna dimensione sono stati individuati degli indicatori semplici di benessere (64) che, mediante una procedura di standardizzazione (metodo degli z-scores), sono stati resi comparabili in modo da permetterne la sintesi in indici complessivi (21) che riassumano lo stato della singola dimensione. Il periodo temporale considerato è compreso tra il 2006 e il 2009. Le sette dimensioni citate, hanno permesso di stilare una graduatoria del benessere dell'infanzia e dell'adolescenza nei diversi territori regionali. Utilizzando come sintesi la media degli indici trovati per ciascuna dimensione, si possono classificare i territori a seconda che presentino un benessere complessivo al di sotto, al di sopra o circa uguale alla media regionale. La mappa che ne scaturisce risente ovviamente degli indicatori utilizzati per la sua costruzione.

Graduatoria delle diverse aree territoriali del Veneto per dimensione del benessere dell'infanzia e dell'adolescenza considerate							
Azienda ULSS	Relazioni e legami	Benessere soggettivo	Partecipazione sociale	Salute alla nascita e mortalità	Inclusione scolastica	Diffusione ed uso dei servizi	Sicurezza e pericolo
101	12	1	21	10	2	21	7
102	7	3	3	1	14	20	10
103	11	9	20	12	9	7	4
104	6	5	2	21	16	17	8
105	15	20	18	20	21	14	1
106	18	12	17	19	10	13	9
107	19	8	7	4	15	11	17
108	14	11	12	14	20	10	2
109	10	2	5	15	12	8	5
110	13	14	16	18	4	16	14
112	8	7	6	11	18	1	20
113	5	17	1	5	6	18	3
114	2	10	8	6	17	9	13
115	20	16	9	13	13	12	11
116	17	13	10	9	19	2	19
117	9	21	19	7	11	19	12
118	1	18	11	3	8	5	6
119	4	19	14	2	1	15	21
120	16	4	13	17	5	3	16
121	21	15	15	8	7	6	15
122	3	6	4	16	3	4	18

Relativamente alle informazioni sulla "salute alla nascita" si sono considerati i dati riferiti al 2006, rientrando questi nel periodo temporale esaminato. Per le informazioni relative al "sentirsi accettati dai compagni di scuola e dai coetanei del proprio quartiere", al "piacere scolastico", al "senso di sicurezza ambientale", alla "partecipazione associativa dei undicenni, tredicenni e quindicenni", che non sono disponibili per ambito Azienda ULSS, sono stati scelti nuovi indicatori per integrare le dimensioni delle relazioni, del benessere soggettivo e della partecipazione sociale.

Superiore alla media regionale		Nella media regionale		Inferiore alla media regionale	
Azienda ULSS	Indice Benessere	Azienda ULSS	Indice Benessere	Azienda ULSS	Indice Benessere
102	105	101	100	105	96
109	104	103	100	106	96
112	105	104	101	110	96
113	105	107	100	115	97
114	103	108	100	116	98
118	104	119	100	117	94
		120	100	121	94
		122	101		

#### 4.2.4 Il Pubblico Tutore dei Minori

Il Pubblico Tutore dei Minori del Veneto è un'autorità indipendente di garanzia dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, istituita dalla Regione con la legge regionale 9 agosto 1988, n. 42, che ne disciplina le modalità di nomina, le funzioni e il loro esercizio. Svolge la sua attività a tutela dei minori di età in piena libertà e indipendenza. È nominato dal Consiglio Regionale. Alla luce dei cambiamenti culturali e sociali intercorsi e dell'evoluzione della normativa internazionale (Convenzione di New York, Convenzione di Strasburgo) e della normativa e giurisprudenza nazionali (legge 149/2001, norme processuali, disposizioni sui minori stranieri non accompagnati), l'intuizione di investire sulla creazione di una risorsa qualificata per rispondere alla nuova e crescente domanda di rappresentanza del minore si è rivelata feconda. Precursore, dunque, di un'esperienza innovativa, che si è sviluppata ed è cresciuta negli anni, il Veneto è divenuto esempio e punto di riferimento per altre realtà regionali e locali. Nondimeno, in ragione delle strategie adottate, dello sviluppo raggiunto dal Progetto, dei risultati conseguiti sia in termini quantitativi che qualitativi, del sistema di monitoraggio e accompagnamento predisposto, dei rapporti collaborativi e degli accordi istituzionali messi in essere, l'esperienza veneta rimane a tutt'oggi unica, risultando nel lungo periodo la più strutturata e completa. Nel corso degli anni l'Ufficio del Pubblico Tutore dei Minori (UPTM) ha attuato le funzioni previste dalla legge regionale 9 agosto 1988, n. 42 attraverso una convenzione con il Centro interdipartimentale di ricerca e servizi sui diritti della persona e dei popoli dell'Università di Padova, e, con la collaborazione, dell'Osservatorio regionale nuove generazioni e famiglia. Tali collaborazioni istituzionali hanno garantito supporto scientifico e tecnico-amministrativo all'UPTM nello svolgimento delle proprie funzioni. L'esperienza realizzata in Veneto si contraddistingue inoltre per essere stata promossa e governata da un'istituzione di garanzia a competenza regionale, d'intesa con altre istituzioni (Regione e Autorità giudiziaria), ma progettata e implementata in stretta collaborazione con il territorio (Enti locali). La rete operativa è stata costruita a partire da una quarantina di professionisti del mondo dei servizi sociosanitari, incaricati dai Direttori sociali e Presidenti delle Conferenze dei Sindaci di svolgere inizialmente il ruolo di promotori del Progetto e poi di referenti territoriali della tutela legale. Con il tempo si sono poi costituite altre reti, attivate e curate dal Pubblico tutore: quella dei partner istituzionali e dei soggetti firmatari degli accordi di collaborazione; quella dei tutori volontari; quella dei servizi pubblici e privati coinvolti nella tutela dei minori. Questa scelta strategica ha consentito di dare al Progetto maggiore concretezza, di creare una risorsa per il territorio, tenendo conto delle specificità locali, lavorando in modo sussidiario e partecipato. Nel corso del 2010 vi è stata una forte riduzione dei finanziamenti, che ha reso necessario il ridimensionamento delle attività. Ciò nonostante,

pur in presenza di difficoltà, l'azione del Ufficio del Pubblico Tutore dei Minori è proseguita negli ambiti di competenza. Il bilancio di dieci anni di attività consente comunque una valutazione positiva.

#### *La formazione*

L'investimento formativo effettuato in dieci anni di attività è stato rilevante ed ha coinvolto sia i referenti territoriali che i volontari aspiranti tutori e i tutori nominati. Per quanto concerne i referenti territoriali, i percorsi formativi regionali che nel complesso hanno coinvolto una cinquantina di persone sono stati i seguenti:

- il primo percorso si è svolto da dicembre 2001 a giugno 2002;
- il secondo percorso si è svolto da ottobre 2007 a febbraio 2008.

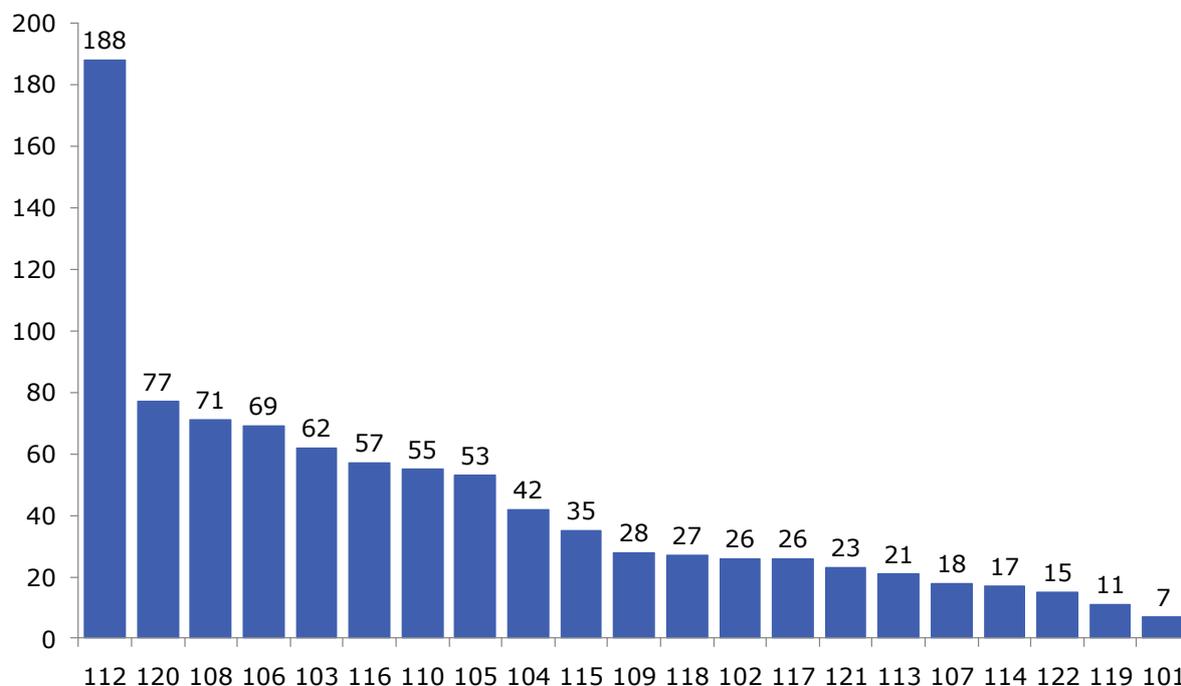
L'attività formativa si è rivelata uno strumento essenziale per tracciare le linee guida per l'implementazione del Progetto, delineare gli orientamenti per la programmazione e realizzazione delle varie fasi operative, quali la sensibilizzazione, il reclutamento dei volontari, la loro formazione e il monitoraggio. Ha rappresentato inoltre l'opportunità per riflettere sulla figura del referente territoriale e sul suo ruolo, per giungere a tracciarne in modo partecipato un profilo dei compiti e delle competenze necessarie per adempiere alle sue responsabilità.

396

Per ciò che attiene i volontari aspiranti tutori, l'impianto dei percorsi di formazione è stato costruito in sede formativa con i referenti territoriali, a garanzia di un'offerta formativa condivisa e uniforme sull'intero territorio regionale. Nel corso degli anni tale impianto ha subito i necessari aggiustamenti. Si è scelto di investire in corsi brevi, di quattro/cinque incontri, privilegiando una formazione sostenibile sul piano dell'impegno richiesto ai frequentanti. I corsi hanno avuto l'obiettivo principale di trasmettere alcuni contenuti fondamentali: le situazioni che possono portare all'apertura di una tutela, la normativa di riferimento per l'esercizio della tutela legale, le responsabilità del tutore, la rete dei soggetti con i quali collabora il tutore e le rispettive competenze. La formazione ha avuto un taglio pratico ed è stata orientata principalmente alla conoscenza del ruolo e delle connesse responsabilità. Le esperienze maturate dai tutori hanno costituito materiale formativo fondamentale (sapere esperienziale). Ai tutori formati sono stati inoltre proposti, in collaborazione con i referenti territoriali, incontri di aggiornamento con riferimento a nuove tematiche e problematiche o a temi che, per la loro complessità, necessitavano di ulteriore approfondimento (i minori stranieri non accompagnati, la rappresentanza del minore nel procedimento giudiziario, le responsabilità nella tutela legale,...). Con queste attività formative si è inteso promuovere una nuova cultura della tutela legale del minore di età centrata nella capacità di assicurare rappresentanza effettiva e personalizzata al minore, ed offrire un servizio alle pubbliche istituzioni e

all'autorità giudiziaria, cui competono la protezione e la tutela dell'infanzia e dell'adolescenza.

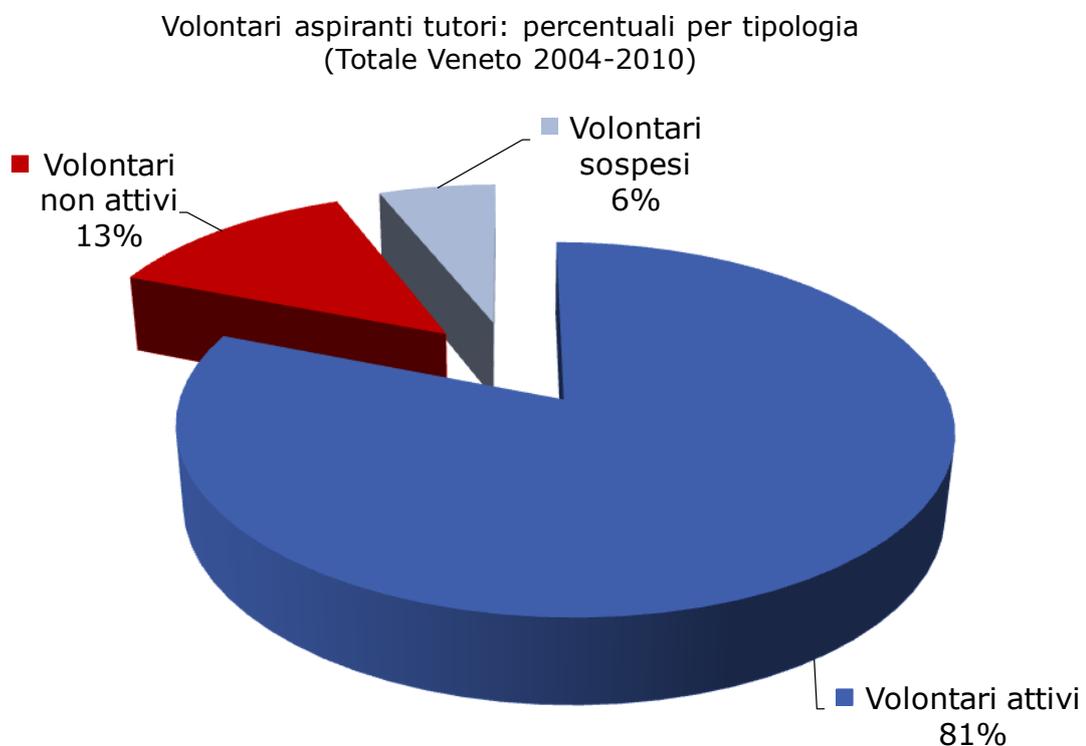
Numero volontari formati che hanno accettato di essere inseriti nella Banca dati dell'Ufficio del Pubblico Tutore (Anni 2004-2010)



397

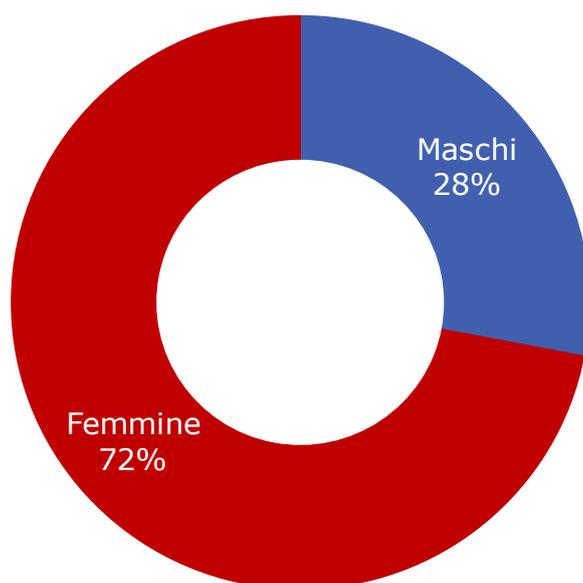
L'attività di formazione dei volontari aspiranti tutori è stata avviata dall'Ufficio nel 2004 e si è concretizzata in percorsi formativi territoriali organizzati per ogni Azienda ULSS o, talvolta, per due Aziende confinanti. Ad oggi sono stati programmati e realizzati 34 corsi di formazione per tutori legali volontari, con il coinvolgimento di tutte le 21 Aziende sociosanitarie del Veneto. In alcune, sono stati realizzati più corsi negli anni, in risposta alla domanda di tutori. Nel corso del tempo, inoltre, a tali corsi base per la formazione dei tutori volontari si sono aggiunti 5 corsi di approfondimento per tutori volontari di minori stranieri non accompagnati. L'Azienda ULSS in cui si è svolto il numero maggiore di corsi ed è presente il più alto numero di volontari aspiranti tutori è l'Azienda ULSS 12 Veneziana. Ad oggi le persone che, dopo aver frequentato il corso di formazione, hanno accettato di essere inserite nella Banca dati dell'Ufficio, rendendosi di fatto disponibili all'assunzione di tutele di minori, sono 928. Nel corso degli anni alcuni volontari, a causa di sopraggiunti impegni personali e/o di lavoro, hanno dovuto revocare la propria disponibilità (questi tutori pur rimanendo all'interno della Banca dati sono stati considerati "volontari non attivi"; in altri casi, la disponibilità è stata solo sospesa per un periodo funzionale alla gestione dell'impegno sopraggiunto ("volontari sospesi"). In

merito al genere dei volontari, possiamo vedere come la gran parte sia di sesso femminile: 665 donne contro 263 uomini.



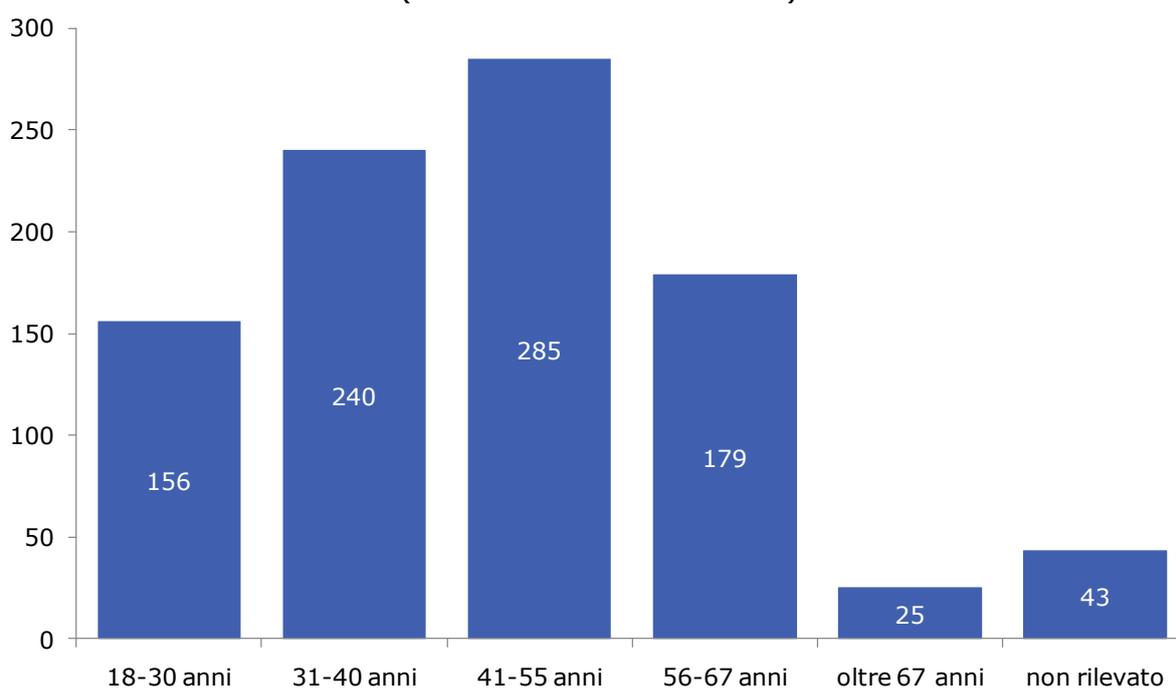
398

Volontari aspiranti tutori: percentuali per genere  
(Totale Veneto 2004-2010)



Questo dato conferma la naturale predisposizione delle donne ad occuparsi della cura dei minori, ma va specificato che negli anni, la fascia di tutori maschi è andata progressivamente aumentando e che la loro presenza è stata fondamentale nella trattazione di alcune tipologie di tutela, per esempio i minori stranieri non accompagnati. Un altro dato importante per capire le caratteristiche del gruppo di volontari è l'età. La fascia di età più rappresentata è quella che va dai 41 ai 55 anni; successivamente si trova quella delle persone che hanno dai 31 ai 40 anni. Quasi la metà dei volontari, dunque, si colloca nella macro fascia delle persone che hanno tra i 31 e i 55 anni, persone che presumibilmente si trovano nel pieno della propria attività professionale e delle responsabilità familiari, ma che pure sono disponibili a dedicare parte del proprio tempo ai minori in difficoltà. Da non sottovalutare è anche l'incremento dei "giovani" volontari, spesso studenti universitari, che hanno dimostrato interesse per queste tematiche.

Volontari aspiranti tutori: numero corsisti per fascia di età  
(Totale Veneto 2004-2010)

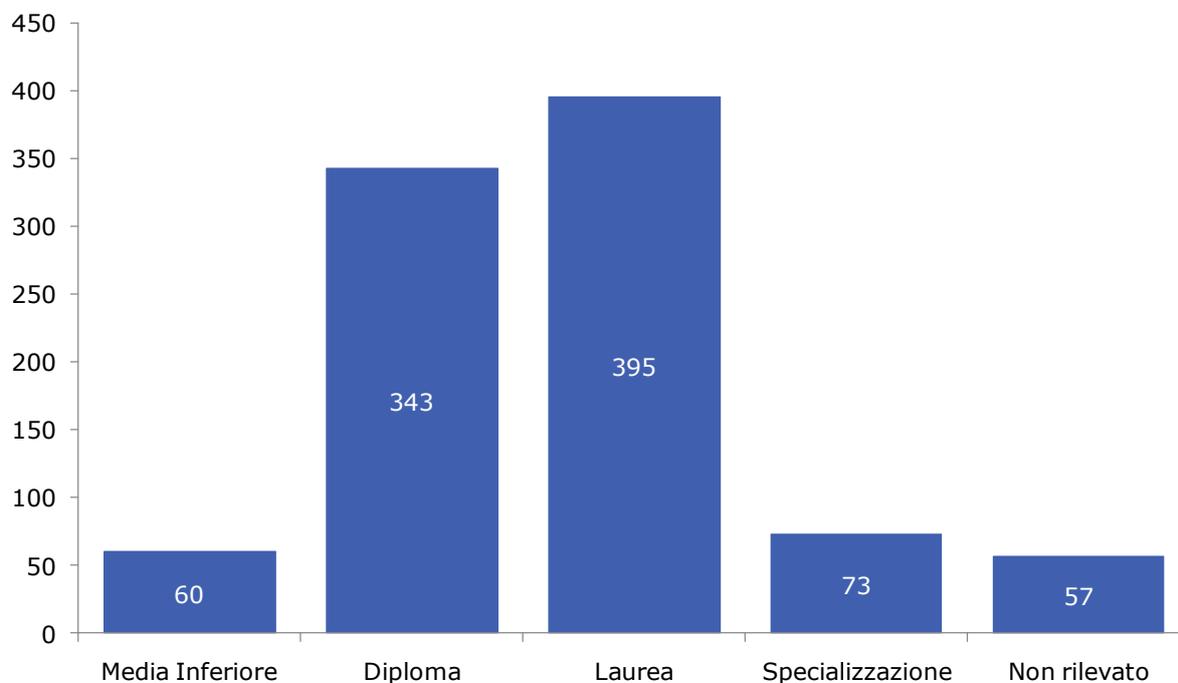


\* Il dato rappresenta la fascia di età nella quale il volontario si colloca al momento della frequentazione del corso

Rispetto al titolo di studio, la metà dei volontari è laureata o ha conseguito una specializzazione post-laurea (51% del totale), mentre un altro 37% ha conseguito un diploma di scuola superiore. Il tutore volontario è, dunque, persona di livello culturale medio alto. Il profilo che emerge dall'analisi delle professioni sembra confermare questo

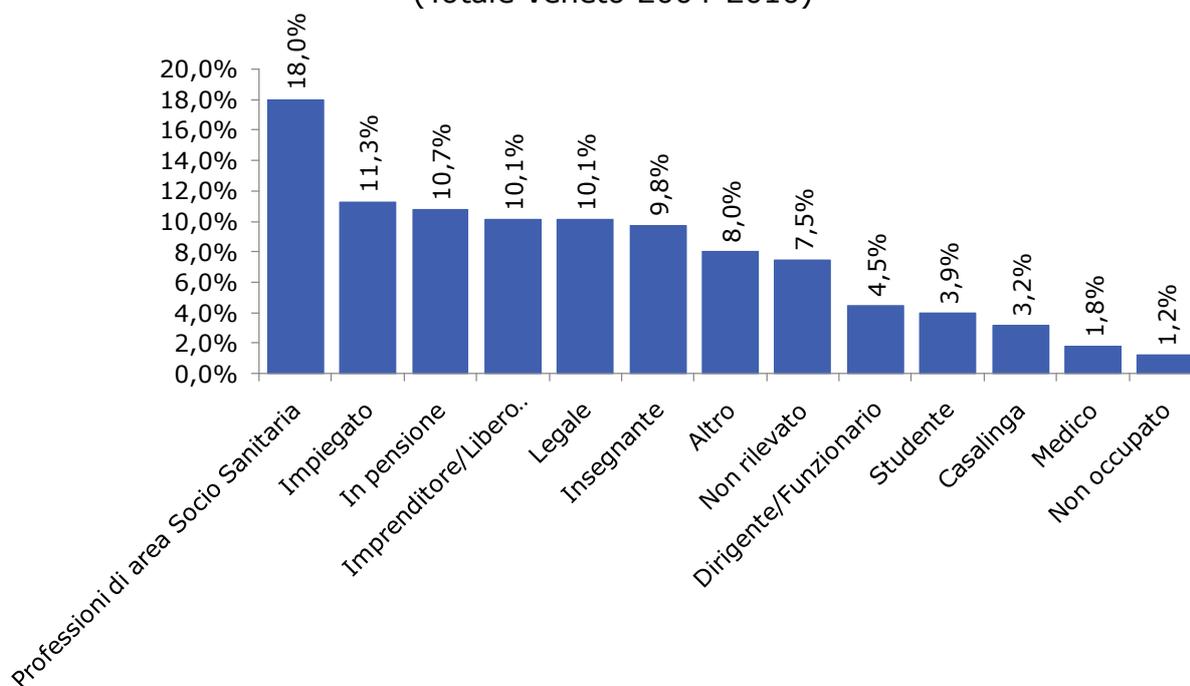
dato. Tra le professioni, rappresentano una fetta importante del totale quelle legate all'area socio-sanitaria (assistenti sociali, operatori socio-sanitari, educatori di comunità, ecc.).

Volontari aspiranti tutori: numero corsisti per titolo di studio  
(Totale Veneto 2004-2010)



400

Volontari aspiranti tutori: percentuali corsisti per professione  
(Totale Veneto 2004-2010)



Segue un secondo gruppo composto da categorie abbastanza omogenee per il peso relativo che hanno (impiegati, insegnanti, legali e pensionati).

#### *La sensibilizzazione*

L'attività di formazione degli interlocutori principali dell'Ufficio – referenti e tutori è stata inizialmente preceduta e, nel tempo, accompagnata, da una continua attività di sensibilizzazione rivolta a diversi soggetti:

- *la società civile*, per "reclutare" gli aspiranti tutori, ma anche per richiamare l'attenzione sul tema della tutela legale e, più in generale, dei diritti e della rappresentanza dei minori più in difficoltà;
- *le istituzioni* (Regione, Enti locali, Magistratura) preposte alla protezione e tutela dei minori, per coinvolgerle nel Progetto in qualità di partner ma, ancor prima, di sostenitori, sulla base della condivisione delle finalità e dei presupposti culturali;
- *i professionisti* dei servizi pubblici e privati, di coloro cioè che si occupano direttamente del minore al fine di migliorare i servizi loro dedicati.

L'azione di sensibilizzazione, continua e mai esaurita, si è esplicata con modalità differenti:

- incontri pubblici di carattere informativo o formativo, principalmente a livello territoriale, con interlocutori mirati e selezionati tra un pubblico sensibile;
- invio a interlocutori privilegiati di documenti informativi e di aggiornamento sul Progetto, sul tutore legale, sui risultati conseguiti, sulle azioni future;
- redazione e diffusione di prodotti editoriali, materiali didattici e materiali divulgativi; incontri di riflessione (focus).

#### *La Banca dati e i Protocolli di collaborazione*

Presso l'Ufficio del Pubblico Tutore dei Minori è stata costituita ed è operativa una Banca dati, costantemente aggiornata e tenuta con le garanzie stabilite dalle norme sulla tutela dei dati personali, contenente:

- i nominativi e i dati dei volontari formati e che hanno dichiarato la propria disponibilità ad assumere una tutela (Banca dati tutori);
- le informazioni sulle tutele attivate e in essere, in modo da disporre di dati aggiornati su quanti e quali siano i tutori impegnati e sull'attività svolta nel tempo, per poterla monitorare tramite l'estrapolazione di dati statistici (Banca dati tutele).

È stata inoltre attivata e sviluppata un'intensa collaborazione con l'Autorità Giudiziaria attraverso la sottoscrizione di Protocolli di intesa e di collaborazione sia con il Tribunale per i minorenni (denominato anche Tribunale dei Minori) di Venezia che con i Tribunali ordinari del Veneto. Il Pubblico tutore ha quindi formalizzato l'attività amministrativa di

supporto all'Autorità Giudiziaria minorile del Veneto. Quando il giudice chiamato alla nomina di un tutore ritiene opportuno avvalersi della risorsa di un volontario, ne inoltra richiesta all'Ufficio. L'Ufficio, per l'individuazione del volontario più adatto alla richiesta pervenuta, si avvale della collaborazione dei referenti territoriali. Ogni richiesta/segnalazione viene istruita amministrativamente e l'Ufficio del Pubblico Tutore ne conserva la relativa documentazione.

#### *Forme di sostegno ai tutori*

A sostegno dell'attività svolta dei tutori, caratterizzata da gratuità, come previsto dal Codice Civile, la Regione del Veneto ha predisposto due forme di sostegno, che rilevano principalmente per il loro implicito valore di riconoscimento formale da parte dell'istituzione regionale a una forma di volontariato strutturata e di alto profilo.

Per i volontari che assumono una tutela sono previsti a partire dal 2010:

- la copertura assicurativa per infortunio, responsabilità civile e tutela delle spese legali;
- un rimborso spese annuo forfetario e la possibilità di richiedere la copertura di ulteriori spese, se rilevanti e documentate.

L'Ufficio del Pubblico Tutore, in collaborazione con l'Osservatorio regionale per le nuove generazioni e la famiglia e con la Direzione regionale Affari Generali, sovrintende e coordina le pratiche amministrative per il riconoscimento delle due forme di sostegno agli aventi titolo.

#### *L'accompagnamento*

Per accompagnamento si intende l'insieme delle azioni realizzate dall'Ufficio del Pubblico Tutore e dai referenti territoriali per sostenere i tutori volontari nell'esercizio delle loro funzioni, fornendo loro informazioni di base, consulenza tecnica su questioni specifiche o sulla corretta interpretazione del loro ruolo e delle connesse responsabilità, supervisione all'attività svolta.

Più specificatamente, l'accompagnamento si concretizza nelle seguenti modalità:

- *il supporto dei referenti territoriali*, che forniscono aiuto nell'assunzione del ruolo e orientamento alla rete territoriale di tutela, con la presentazione/introduzione del tutore agli altri soggetti coinvolti. I referenti, inoltre, offrono ai tutori attivi consulenza di primo livello su questioni specifiche e interventi di mediazione nel caso di situazioni di stallo o conflitto;
- *gli incontri di monitoraggio*, nel corso dei quali viene dato ampio spazio alla presentazione e discussione delle esperienze di tutela. Oltre a essere un'occasione per fornire ai tutori supporto e consulenza, tali incontri consentono di mettere in rete

importanti saperi esperienziali e di facilitare i legami di gruppo e le forme di mutuo aiuto, nelle quali le diverse professionalità possono contribuire alla risoluzione delle criticità che via via emergono.

- *l'attività dell'équipe di consulenza*, operativa presso l'Ufficio per garantire ai tutori sostegno, accompagnamento, orientamento e consulenza legale.

Questa attività si esplica anche nei confronti dei professionisti dei servizi e delle comunità di accoglienza che necessitano di chiarimenti sulla tutela e sulle rispettive responsabilità.

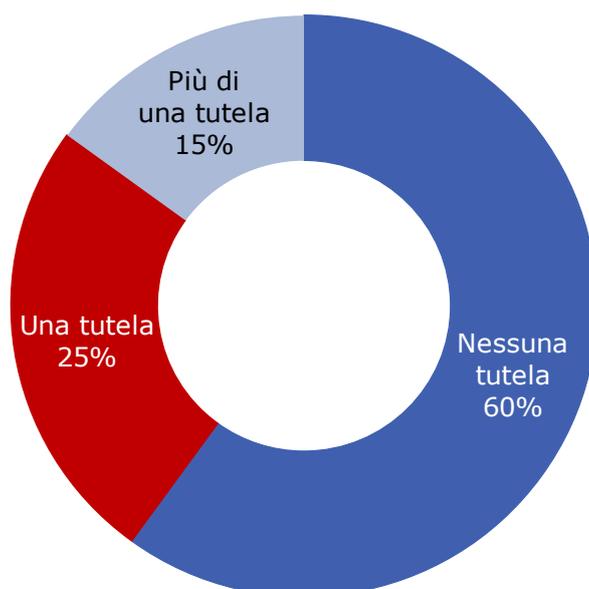
Le principali questioni sottoposte all'équipe tutori:

- condizioni di rilascio, modalità di richiesta, incongruità relative a documenti dei minori (passaporto, tessera sanitaria, codice fiscale, permesso di soggiorno);
- rapporti tra i soggetti della rete di tutele e le rispettive responsabilità (servizi, comunità, famiglie affidatarie, questure, ospedali,...);
- procedure dei procedimenti inerenti la potestà genitoriale e di adottabilità, con particolare riferimento ai compiti e alle responsabilità del tutore;
- rapporto tutore/minore, con particolare riferimento al tema dell'ascolto, della rappresentanza, della valutazione dell'interesse del minore;
- questioni connesse all'amministrazione del patrimonio.

La maggior parte delle richieste proviene dai tutori, ma si rivolgono all'équipe anche avvocati, servizi territoriali, referenti territoriali, operatori di comunità, giudici.

403

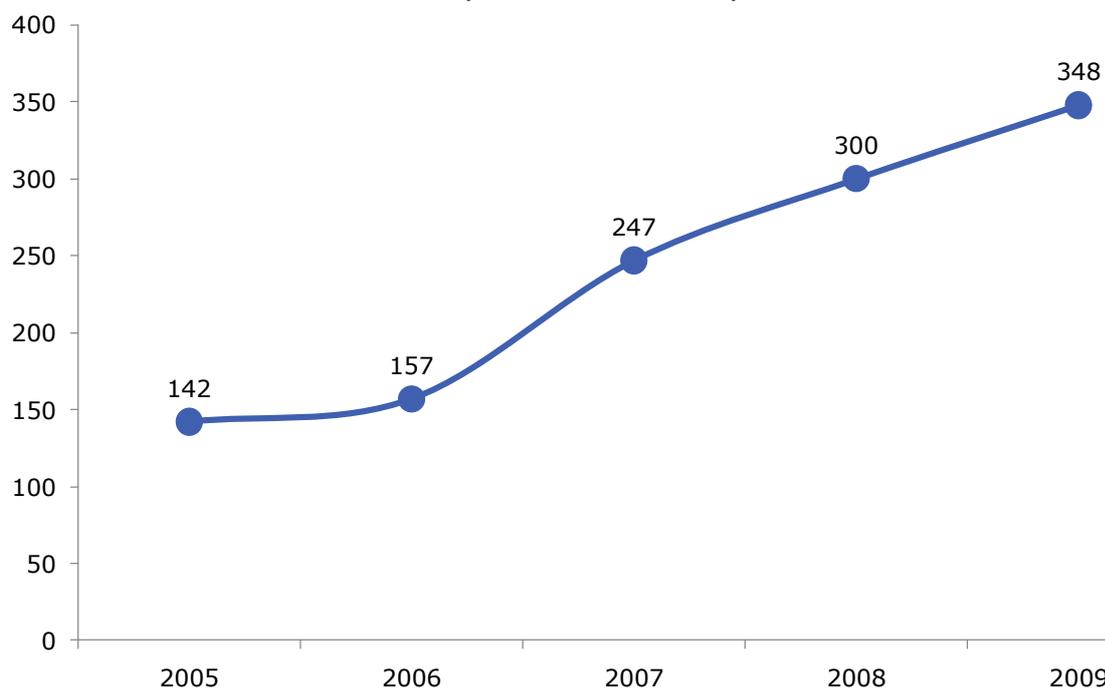
Tutele per singolo Tutore attivo  
(dati aggiornati all'11 novembre 2010)



*I tutori volontari e le tutele in corso*

Dopo aver elencato alcune delle caratteristiche del gruppo dei tutori volontari inseriti nella Banca dati regionale appare significativo anche considerare quale sia il numero dei tutori attualmente nominati dal giudice e quindi con almeno una tutela in carico. Attualmente il 40% dei tutori attivi ha almeno una tutela in corso. Rispetto agli ultimi dati divulgati, si è registrato un calo dei tutori "impegnati". Questo può essere dovuto a due ragioni: a) da un lato, il calo di richieste registrato nel 2010 per la ridotta presenza di minori stranieri non accompagnati; b) dall'altro, il recente inserimento in banca dati dei "nuovi tutori" formati con i corsi che si sono svolti nella prima metà del 2010 e che di fatto non hanno ancora avuto occasione di essere contattati. Potrebbe inoltre esserci una terza ragione indiretta: di fatto, anche se il numero di volontari coinvolti sembra essersi percentualmente ridotto, va considerato che vi è un 15% dei volontari che è stato nominato per più tutele (fino a 7 addirittura). Si tratta di persone che hanno maggiore disponibilità o che stanno gestendo tutele non eccessivamente complesse o di breve durata.

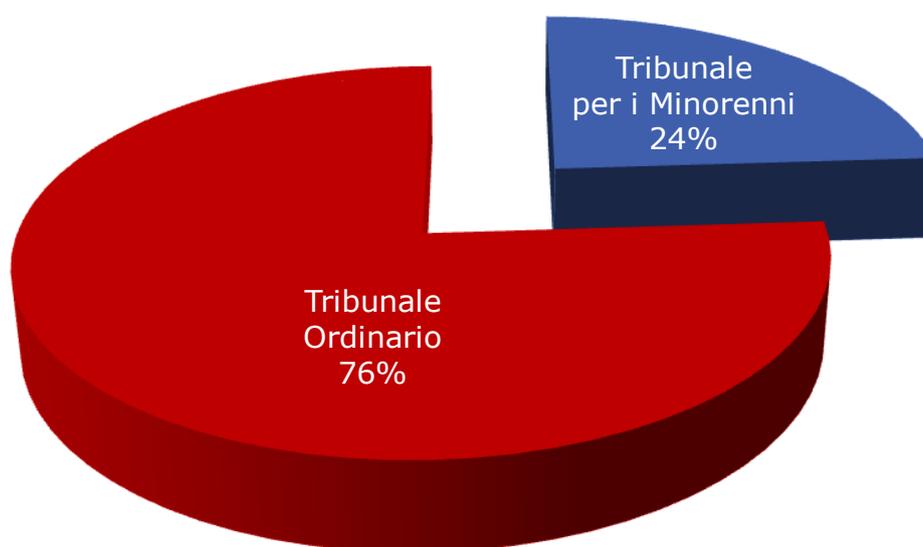
Richieste di nomina di Tutori volontari suddivise per anno  
(Veneto 2005-2009)



La richiesta e l'utilizzo dei volontari sono cresciuti nel tempo proporzionalmente allo sviluppo e alla diffusione del Progetto e alla stipula dei Protocolli di collaborazione con i Tribunali. I tutori volontari hanno quindi progressivamente sostituito i tutori istituzionali. Dal 2005, le richieste di tutori volontari da parte dell'Autorità giudiziaria competente

(Giudice tutelare o Tribunale per i minorenni) sono aumentate costantemente di anno in anno, passando dalle 142 iniziali nel 2005 alle 348 del 2009. Nel primo semestre del 2010 sono pervenute 139 richieste di tutori volontari. Le richieste hanno così raggiunto il numero complessivo di 1.333 richieste (dal 2005 al primo semestre 2010). È probabile che il totale delle richieste nel 2010 non confermerà il progressivo aumento rilevato negli anni precedenti. Ciò è principalmente legato al calo delle richieste di volontari per minori stranieri non accompagnati, la cui presenza è stata sensibilmente modificata dall'entrata in vigore delle norme del cosiddetto "pacchetto sicurezza". Il dato, aggiornato al 30 giugno 2010 non comprende le richieste di protutori (circa una decina all'anno) che provengono principalmente dal Tribunale di Vicenza.

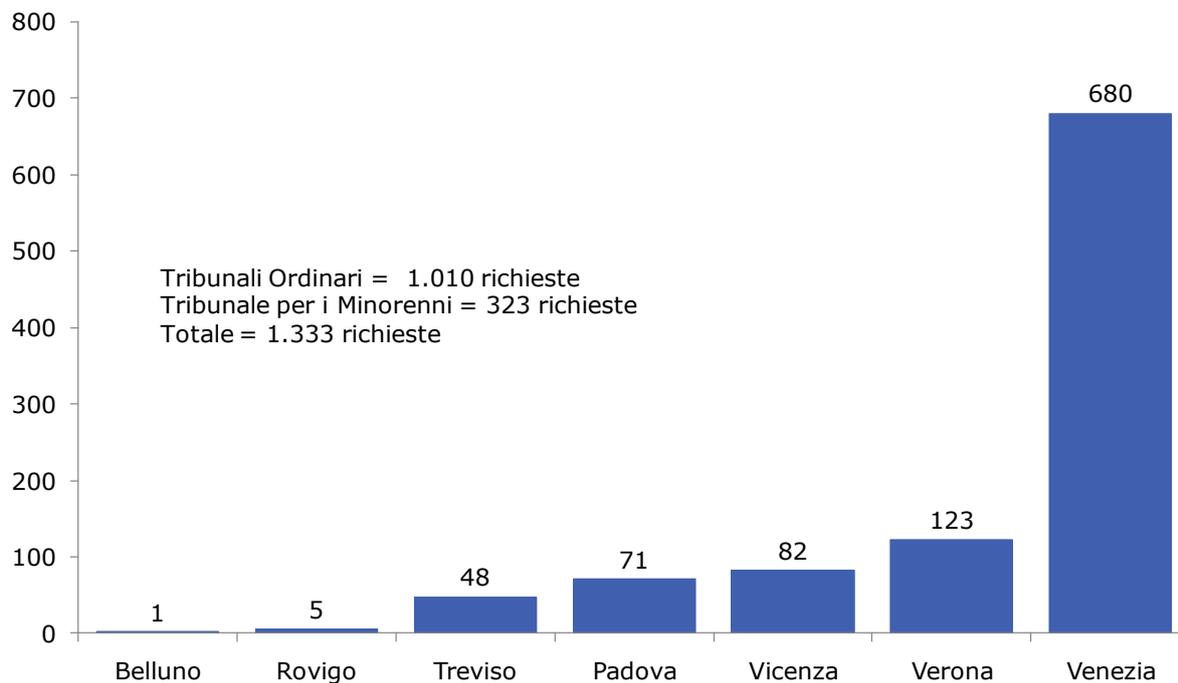
Soggetti richiedenti



405

Delle 1.333 richieste pervenute all'Ufficio dal 2005 al 30 giugno 2011, quelle provenienti dal Tribunale per i minorenni di Venezia rappresentano circa un quarto del totale. Come è possibile notare, il Tribunale che maggiormente ha fatto riferimento all'Ufficio per ottenere il nominativo di un tutore volontario risulta essere il Tribunale di Venezia con 680 richieste sul totale di 1.333 (dato che viene di molto condizionato dalle richieste di tutori per minori stranieri non accompagnati, la cui presenza si concentra quasi interamente nel territorio veneziano). Molto rare, invece, risultano essere le richieste dei giudici tutelari di Rovigo e di Belluno. Il 60% delle richieste inviate dai giudici riguarda minori stranieri non accompagnati.

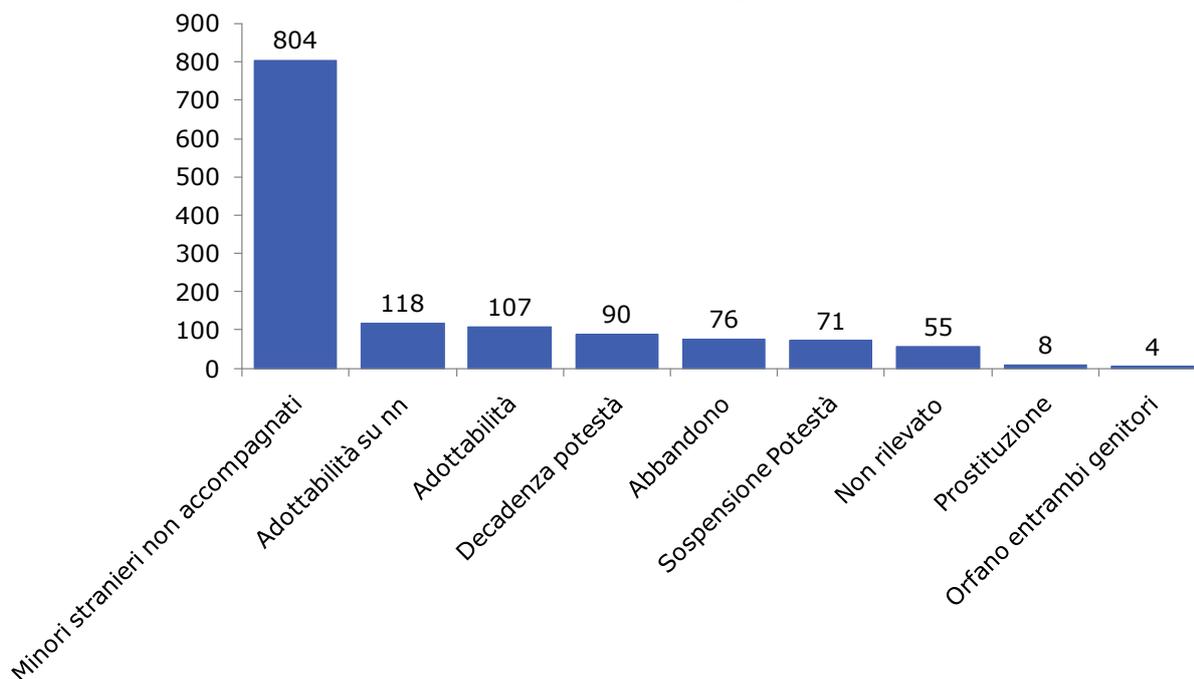
Ufficio del Pubblico Tutore: richieste dei Giudici Tutelari  
(Tribunali ordinari dal 2005 al 30 giugno 2011)



Si tenga presente che il grafico riporta complessivamente i dati relativi alle sedi principali dei Tribunali e alle relative sedi staccate.

406

Cause di apertura delle tutele  
(Veneto dal 2005 al 30 giugno 2011)



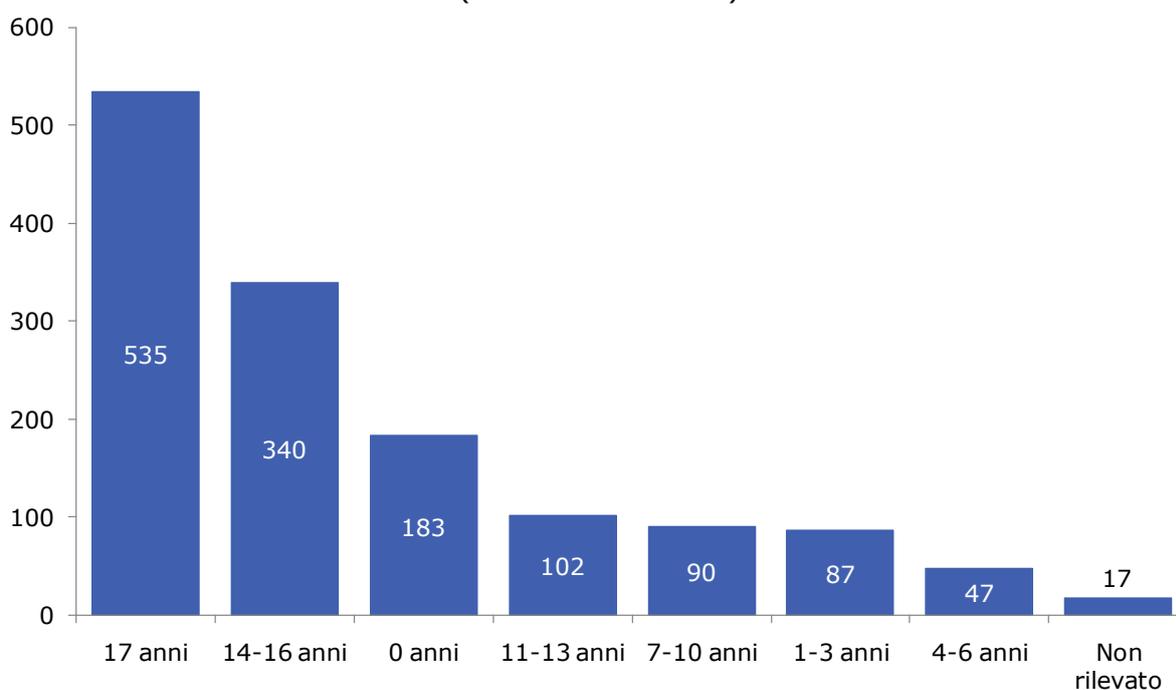
In ordine decrescente, seguono a distanza le procedure di adottabilità aperte in seguito al mancato riconoscimento di un minore alla nascita (tipologia che raggiunge quasi il 10% del totale) e i procedimenti dichiarativi dello stato di adottabilità.

### *I minori interessati*

Le richieste di nomina di volontari inoltrate all'Ufficio del Pubblico Tutore dei Minori da parte dell'Autorità giudiziaria fanno riferimento ai fascicoli di tutela corrispondenti presso i Tribunali Ordinari o il Tribunale per i minorenni. Pertanto, in alcuni casi, accade che le richieste riguardino più minori (fratelli), per i quali a seconda della complessità delle situazioni, l'Ufficio, con la collaborazione del Servizio competente, valuta l'opportunità di nominare uno o più tutori volontari. Dal 2005 ad oggi, i minori per i quali è stata chiesta la nomina di un volontario inserito nella Banca dati sono complessivamente 1.401. Dal dettaglio delle età è possibile notare come risultino più frequenti gli estremi della scala di riferimento: da un lato la fascia dei bambini piccolissimi, che non raggiungono un anno di età (all'interno della quale si collocano per la maggior parte le richieste di nomina di un tutore per neonati non riconosciuti alla nascita), dall'altro la fascia d'età che va dal 14 ai 17 anni (che viene fortemente influenzata dalle richieste per minori stranieri non accompagnati).

407

Età dei minori per i quali è stata richiesta la tutela  
(Veneto 2005-2009)



Relativamente al genere dei minori interessati possiamo dire che la gran parte sono maschi (circa il 75%), poiché maschi sono per lo più i minori stranieri non accompagnati che, come già detto, rappresentano quasi la metà delle richieste pervenute all'Ufficio. L'Ufficio del Pubblico Tutore riceve via fax le richieste di volontari da parte dell'Autorità giudiziaria e, con l'aiuto dei Referenti territoriali, risponde quanto prima (mediamente in 24/48 ore), segnalando il volontario disponibile ritenuto più adatto nel caso specifico. Rispetto alle richieste inviate, nell'89% dei casi l'Ufficio ha segnalato il nominativo di un volontario, mentre nel restante 11% dei casi ciò è risultato non più necessario, per una delle seguenti ragioni:

- la richiesta è stata inviata a ridosso della maggiore età e il minore, nel frattempo, è divenuto maggiorenne;
- il minore, allontanatosi dalla struttura tutelare, si è reso irreperibile;
- il minore è stato formalmente affidato ad un parente entro il quarto grado, perdendo così la connotazione di minore straniero non accompagnato.

Al 30 giugno 2010 il 60% delle tutele risultava chiuso, mentre il 40% delle tutele risultava ancora in corso. Le principali e più frequenti cause di chiusura delle tutele sono:

- compimento della maggiore età;
- adozione;
- sostituzione del tutore (in questo caso sono i tutori stessi a richiederlo in quanto impossibilitati a portare avanti la tutela);
- ripristino della potestà o ricongiungimento familiare (nel caso dei minori stranieri non accompagnati).

#### *L'attività di consulenza dell'équipe tutori*

Le consulenze fornite dall'équipe tutori riguardano quesiti attinenti alle tutele in corso, ovvero ad aspetti prettamente tipici e connessi all'istituto della tutela legale di minori di età. In caso diverso, la richiesta di consulenza potrebbe essere considerata un caso di ascolto e come tale venire istruita dalla competente équipe presso l'Ufficio del Pubblico Tutore dei Minori. Le consulenze si suddividono in:

- richieste scritte di consulenza, che danno luogo all'apertura di un fascicolo di consulenza;
- consulenze telefoniche, se permettono una rapida disamina e risposta e non richiedono interventi formali dell'Ufficio, come comunicazioni scritte e interventi di mediazione. Di queste consulenze si tiene una registrazione informale.

L'attività di consulenza è cresciuta negli anni, man mano che aumentava il numero dei volontari nominati. La registrazione sistematica dell'attività è stata avviata nel 2009. Nel 2009 e nel 2010 si è rilevata una media di 50-60 consulenze telefoniche per anno,

mentre sono stati aperti 19 fascicoli di consulenza nel 2009 e 17 nel 2010. Si sono rivolti all'Ufficio: tutori, servizi territorialmente competenti, referenti territoriali, operatori comunità, avvocati, giudici tutelari.

#### *I minori stranieri non accompagnati di Jesolo*

Nel corso del 2009 e del 2010, l'Ufficio si è occupato direttamente di 45 minori stranieri non accompagnati (prevalentemente di nazionalità egiziana e alcuni nigeriani, somali, eritrei, del Gambia e del Togo) trasferiti da Lampedusa a Jesolo (VE) presso la casa di accoglienza della Croce Rossa, in forza di una Convenzione con il Ministero dell'Interno. Considerata la situazione particolare di tali minori, ufficialmente non in carico ai servizi sociali territoriali, si è ritenuto più opportuno non ricorrere subito all'utilizzo di tutori volontari, ma nominare come loro tutore legale il Pubblico Tutore dei Minori. L'Ufficio si è quindi occupato di seguire tutte le pratiche amministrative e di sovrintendere alla tutela di tali minori. Sono stati fatti i primi accertamenti sanitari, le verifiche sulle richieste di protezione internazionale, gli accertamenti sull'eventuale esistenza di parenti e/o conoscenti sul territorio italiano, disponibili ad un eventuale affidamento. Concluso il periodo di collocamento nella comunità di Jesolo, è emersa la necessità di reperire una soluzione alternativa per i 34 minori rimasti. L'Ufficio ha pertanto partecipato a diversi incontri istituzionali con la Prefettura di Venezia, l'Assessore Regionale alle Politiche Sociali, il Questore di Venezia e il Dirigente dell'Ufficio Immigrazione, il rappresentante del Ministero degli Interni, il Sindaco del Comune di Jesolo, la Presidente del Tribunale per i Minorenni e il Procuratore presso il Tribunale per i Minorenni. A partire dal 1 maggio 2009, i minori sono stati trasferiti in diverse comunità di accoglienza sul territorio regionale e, parallelamente, è stata trasferita la loro tutela con la nomina, nella maggior parte dei casi, di tutori volontari che sono subentrati al Pubblico Tutore dei Minori. Nel frattempo, infatti, alcuni minori si erano resi irreperibili e per altri era stato disposto il ricongiungimento o l'ingresso nella rete Sistema di Protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR). Per i minori collocati presso le comunità del veneziano, l'Ufficio ha continuato a svolgere un forte ruolo di accompagnamento e mediazione. Successivamente alle nuove collocazioni nelle comunità di accoglienza, l'Ufficio ha partecipato, con cadenza più o meno mensile, a riunioni presso la Regione, alla presenza del rappresentante regionale del Servizio Minori e Famiglia e dei rappresentanti delle comunità di accoglienza coinvolte, oltre che degli operatori dei servizi resisi disponibili, per monitorare l'andamento della situazione, gestire eventuali emergenze, concordare soluzioni operative e decidere coralmemente quale fosse la migliore strategia da intraprendere. Ad oggi, dopo le attività di tutela e protezione sopra richiamate, risultano tuttora collocati in comunità soltanto 14 minori.

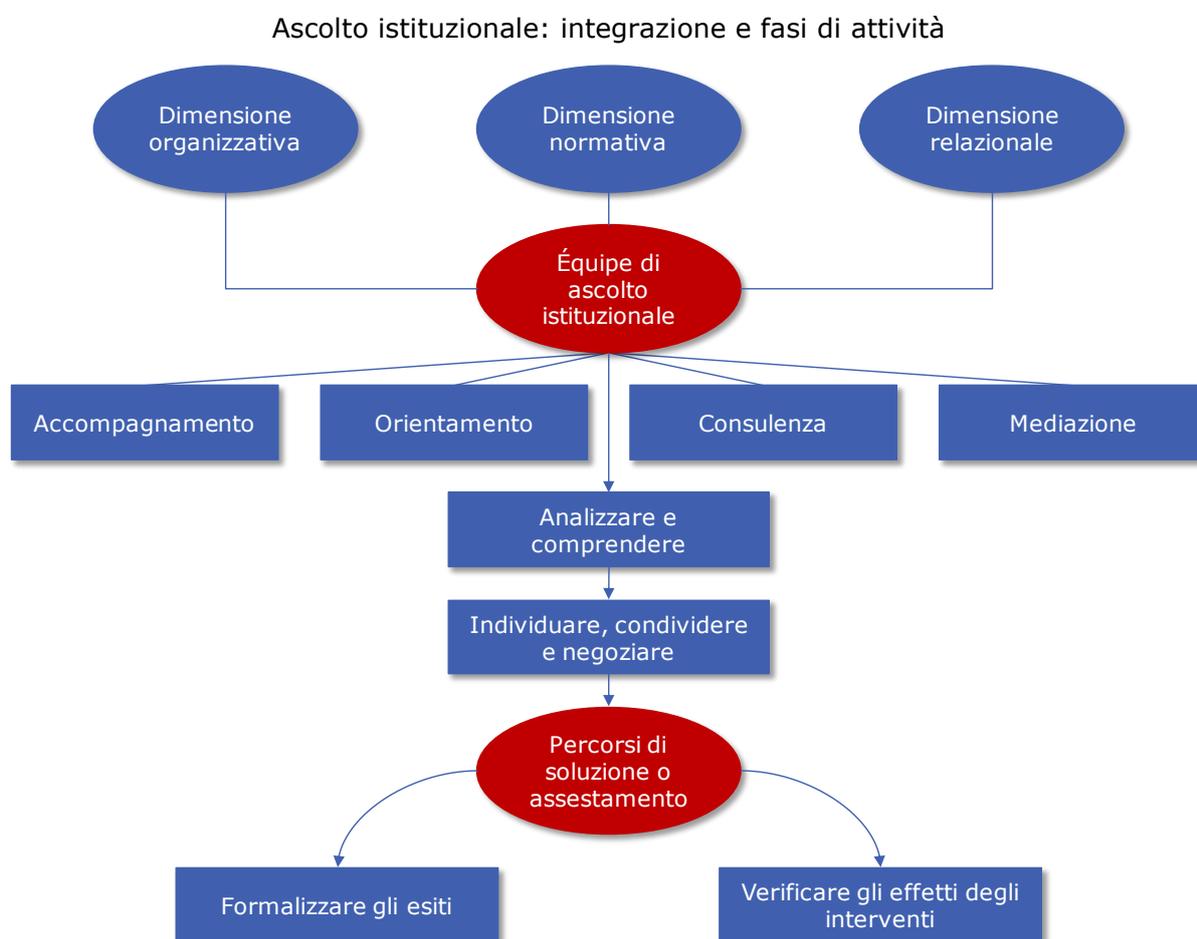
### *Le attività di ascolto istituzionale, mediazione e consulenza*

L'attività di ascolto istituzionale rappresenta un'esperienza interessante, originale e unica, sia a livello nazionale che internazionale, patrimonio specifico della Regione del Veneto. Si è ritenuto infatti di integrare le azioni a tutela e protezione dei diritti dei minori con un dispositivo che potesse svolgere la funzione di accompagnamento e di sostegno a quanti nel territorio si occupano della crescita, della salute e della formazione delle nuove generazioni. L'attività di ascolto è pertanto rivolta ai cittadini, agli operatori dei servizi sociosanitari, agli operatori della scuola, agli operatori delle Comunità educative e alle famiglie affidatarie e a quanti hanno ritenuto di rivolgersi a questo Ufficio per trovare supporto nell'affrontare le complicazioni che incontrano nell'espletare le loro funzioni educative, formative, protettive, di rappresentanza del minore. La peculiarità dell'ascolto istituzionale svolto dall'Ufficio è quella di facilitare la soluzione di difficoltà, di impasse, di conflittualità, di criticità che la complessità della vita e del lavoro sociale comportano, ponendo la garanzia dei diritti e il preminente interesse del minore come punto fermo, cardine intorno a cui sviluppare riflessioni, individuare strategie, promuovere convergenze, tenendo conto del contesto generale in cui si svolgono le azioni. A questo dispositivo è stato attribuito anche il compito di monitorare, attraverso l'analisi delle criticità portate spontaneamente dai soggetti richiedenti consulenza, quindi attraverso uno spaccato molto parziale e particolare, l'applicazione delle Linee Guida 2005-2008 per la protezione e la cura dei minori, le Linee Guida 2008 sull'affido familiare e gli Orientamenti scuola servizi. Tali strumenti di lavoro importanti per gli operatori dei servizi sociali e socio-sanitari, della scuola e del privato sociale, prodotti da un lavoro di sinergia e di intesa tra le istituzioni responsabili della protezione e della tutela dei minori.

### *Il metodo*

La specificità dell'Ufficio ha richiesto nell'attività di ascolto di saper svolgere funzioni di accompagnamento, orientamento, consulenza e mediazione coniugando la dimensione normativa con la dimensione organizzativa e relazionale che ciascun soggetto vive nell'espletamento delle sue funzioni genitoriali, professionali, sociali. L'attività si è pertanto sviluppata attraverso un lavoro di équipe. Il forte intreccio tra l'approccio psico-sociale e quello giuridico rappresenta il punto di forza e di innovazione di questa esperienza. Coniugare la garanzia dei diritti fondamentali dei fanciulli con i vincoli normativi, i vincoli organizzazioni delle Istituzioni, i vincoli delle risorse disponibili, i vincoli dettati dagli approcci soggettivi e differenti di quanti hanno compiti educativi, formativi e protettivi, ha rappresentato, fin dall'inizio dell'attività, il compito fondamentale e avvincente dell'équipe ascolto. La protezione e la tutela dei minori si strutturano e si sviluppano in contesti istituzionali e sociali molto complessi, in cui si

incontrano ed interagiscono molteplici soggetti che fanno riferimento a sistemi di vita, culturali, professionali e istituzionali diversi. L'ascolto è stato quindi organizzato come spazio di accoglienza delle criticità, di analisi delle dinamiche e dei processi che le hanno determinate. Uno spazio in cui poter ripensare insieme gli eventi con l'obiettivo di individuare attraverso il dialogo e la mediazione, percorsi praticabili finalizzati a creare le condizioni per superare le criticità e perseguire il miglior interesse del minore. A questo scopo le istanze sottoposte all'Ufficio sono sempre state analizzate nella loro globalità. L'obiettivo è stato quello di concorrere, attraverso l'approfondimento di tutti gli aspetti di ogni singolo caso, all'individuazione delle soluzioni più idonee a garantire i diritti fondamentali dei minori d'età e contemporaneamente rilevare criticità e risorse presenti nel sistema complessivo di protezione e tutela dei minori dall'ambito giuridico-normativo a quello organizzativo.



411

L'attività si svolge in un processo comprendente più fasi. Le fasi corrispondono alle necessità dell'équipe di conoscere, analizzare, comprendere, individuare, condividere e negoziare percorsi di soluzione o assestamento, formalizzare gli esiti e verificare gli

effetti degli interventi. I soggetti che si rivolgono all'Ufficio sono diversi e ognuno esprime delle richieste che sono in relazione con il ruolo che il richiedente svolge rispetto alla specifica situazione. Di conseguenza l'iter che accompagna l'accoglienza delle richieste non segue un percorso standardizzato, ma è definito in funzione di ogni realtà analizzata, in modo coerente con le finalità e con il metodo di lavoro assunto dall'équipe. Oltre a richieste specifiche su singole situazioni, l'équipe ascolto accoglie e gestisce le richieste di formazione provenienti dagli operatori dei servizi socio-sanitari e dalle associazioni del territorio, per le quali viene utilizzato un metodo formativo interattivo. Dopo una prima relazione frontale viene sempre seguita una fase di discussione di casi specifici, allo scopo di favorire l'emersione dei vincoli e delle risorse del quadro normativo e operativo con cui le azioni professionali di cura, protezione e tutela dei fanciulli devono intrecciarsi per perseguire il miglior interesse del minore.

#### *Gli obiettivi*

L'obiettivo della consulenza giuridica e psico-sociale che l'Ufficio ha offerto è stato quello di promuovere un modo di guardare al minore, agli eventi che lo riguardano e ai bisogni che egli manifesta, in grado di tenere in evidenza i suoi diritti fondamentali. Spesso garantire i suoi diritti non significa agire direttamente su di lui, ma implica, ad esempio, agire sui contesti di vita, sulla modifica delle norme, sull'implementazione di nuovi dispositivi, sulla riorganizzazione del sistema della protezione e della tutela (funzionamento dei servizi sociali e socio-sanitari, dell'Autorità Giudiziaria e della scuola). Gli ambiti degli interventi di mediazione e consulenza attuati dall'équipe di ascolto, finalizzati a porre al centro dell'attività l'interesse del minore e a promuovere un'ottica di osservazione in tale senso, possono essere così riassunti:

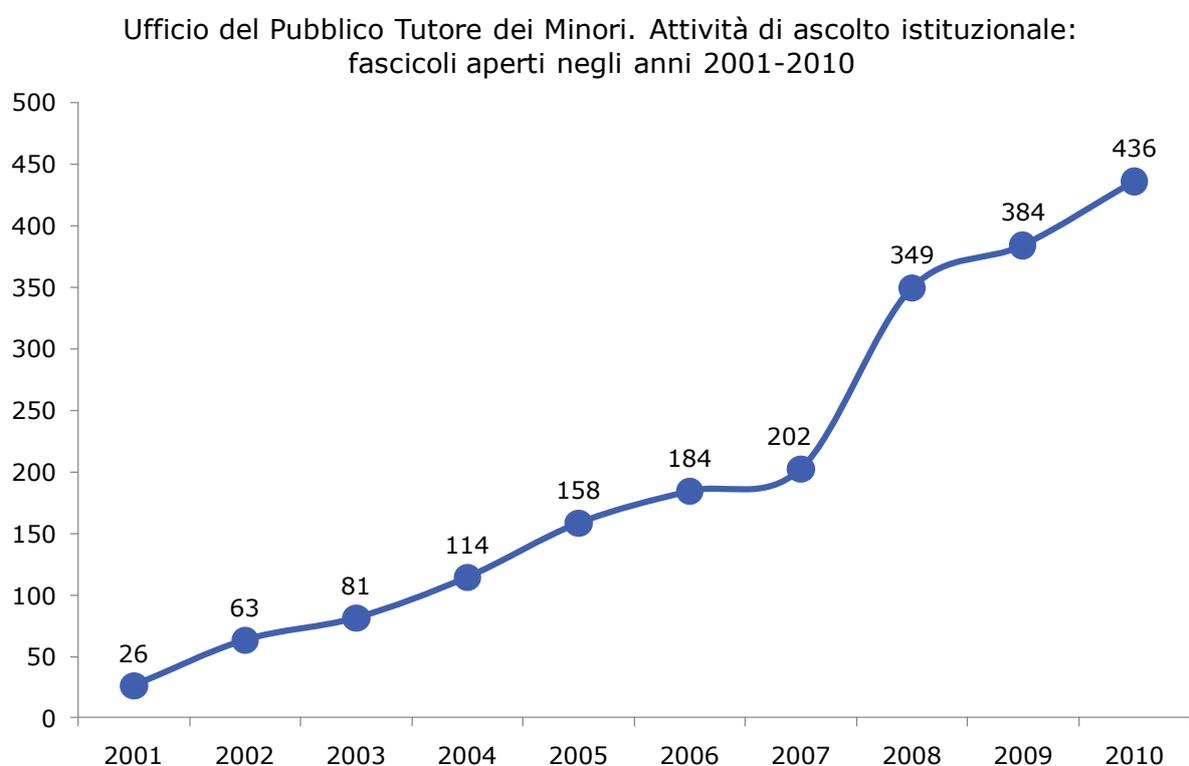
- interventi di consulenza e mediazione in situazioni di conflitto tra cittadino ed istituzioni;
- interventi di consulenza o mediazione in situazioni di conflitto tra privati (solitamente tra parenti o vicini);
- interventi di chiarificazione e orientamento rivolti a soggetti coinvolti in situazioni in cui emergono disfunzionalità che producono impasse operative (tra servizi, tra servizi e comunità, tra servizi e scuola);
- promozione di percorsi di mediazione inter-istituzionali;
- consulenza psico-sociale e giuridico-amministrativa.

Nel corso di questa attività si è rilevato che nelle situazioni di conflittualità e di impasse gli adulti talvolta perdono di vista il minore, in quanto soggetto portatore di diritti esigibili e di bisogni, trasformandolo nell'oggetto delle loro dispute. Ciò non accade solo tra

genitori separati o tra genitori e nonni o altri familiari, ma anche tra professionisti e soggetti istituzionali chiamati a compiti di cura, tutela ed educazione dei minori d'età.

### *I dati*

I dati relativi all'attività di ascolto sono stati rilevati attraverso l'analisi della scheda informativa che l'équipe di lavoro compila prima della chiusura del fascicolo. La scheda, oltre a fornire dati utili a fini statistici, consente una registrazione ordinata e cronologica degli interventi che vengono effettuati. Ad oggi la registrazione avviene su supporto cartaceo e i dati vengono informatizzati successivamente.

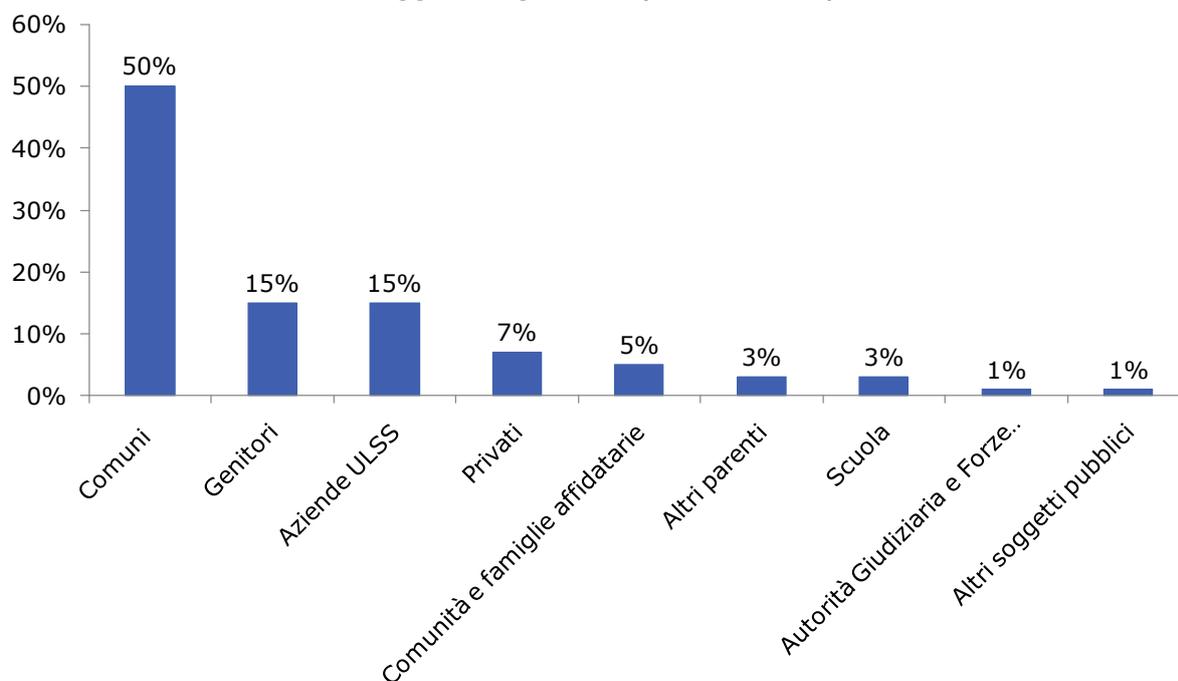


413

Le categorie dei soggetti segnalanti più frequenti sono i Comuni (50%), le Aziende ULSS (15%) e i genitori (15%), seguono i privati cittadini (7%). I Comuni rappresentano la categoria che maggiormente si rivolge all'Ufficio per consulenze. Le richieste pongono questioni diverse che riguardano: la competenza per il pagamento delle rette delle Comunità, la codifica e attuazione di un dispositivo dell'Autorità Giudiziaria, le procedure in caso di abuso o grave maltrattamento, l'opportunità o meno di una segnalazione alla procura minorile, le funzioni del Tutore legale rispetto a situazioni specifiche, gli obblighi di collaborazione tra servizi e le rispettive competenze, limiti e contenuti dell'affidamento al servizio sociale, ecc. La domanda da parte dei servizi comunali è sempre stata

significativa e nel 2008 la domanda è raddoppiata rispetto all'anno precedente, aumentando poi anche negli anni successivi. Le richieste da parte delle Aziende ULSS sono sempre state inferiori rispetto ai Comuni, pur rimanendo significative.

Ufficio del Pubblico Tutore dei Minori. Percentuali relative ai singoli soggetti segnalanti (Veneto 2010)



414

Si è potuto constatare che la domanda proviene maggiormente da quei territori in cui la tutela minori è rimasta in capo al Comune. Altro elemento che forse giustifica la differenza di numero di richieste tra Comune e Aziende ULSS riguarda il fatto che molto spesso nei Comuni ad occuparsi della protezione e della tutela dei minori sono figure monoprofessionali. Infatti, l'assistente sociale spesso rappresenta l'unica figura professionale che nel Comune deve occuparsi di tutte le aree del disagio. A tale limite va aggiunto un frequente turn over di questi professionisti. La Regione del Veneto, attraverso linee guida ed appositi provvedimenti, ha dato un impulso al territorio affinché gli interventi di protezione e tutela si realizzino attraverso un lavoro integrato tra servizi del Comune e servizi delle Aziende ULSS nonché con le associazioni e terzo settore, ritenendo che solo così sia possibile offrire interventi multiprofessionali ed interdisciplinari che tengano conto della globalità della persona. I dati rilevano uno dei principali soggetti segnalanti i genitori (15%). Anche questo è un valore importante che è aumentato progressivamente negli anni. Se al 15% dei genitori si aggiunge il 3% dei parenti, la

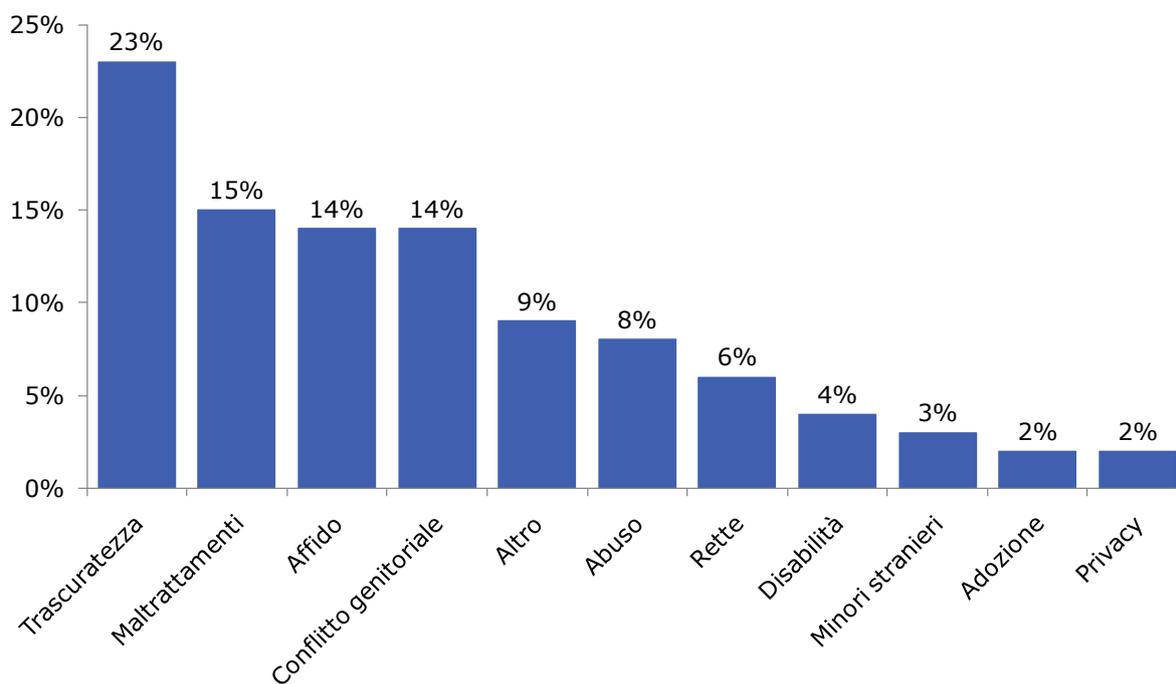
famiglia allargata (i parenti solitamente sono nonni o fratelli, in pochi casi zii) diviene un soggetto significativo.

Fascicoli aperti e soggetti segnalanti negli anni 2001-2010											
Soggetto segnalante	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Totali
Genitori	6	28	19	33	36	39	36	40	58	63	358
Altri privati	5	16	14	18	29	34	33	31	38	43	261
Comunità e famiglie affidatarie	3	0	6	17	10	15	17	25	17	21	131
Comuni	4	6	20	22	39	43	63	155	165	218	735
Aziende ULSS	4	11	16	6	25	40	28	74	79	65	348
Scuola	2	1	3	9	6	9	7	5	12	13	67
Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine	0	2	1	5	9	2	10	7	5	6	47
Altri soggetti pubblici	2	4	2	4	4	1	8	12	10	7	54
<b>Numero segnalazioni</b>	<b>26</b>	<b>68</b>	<b>81</b>	<b>114</b>	<b>158</b>	<b>183</b>	<b>202</b>	<b>349</b>	<b>384</b>	<b>436</b>	<b>2.001</b>

Le tematiche poste da questi soggetti riguardano prevalentemente conflittualità genitoriali o parentali in relazione ai rapporti affettivi e alle funzioni educative nei confronti dei figli o dei nipoti. Spesso queste situazioni implicano anche una relazione difficile con i servizi sociali specialmente quando sono presenti provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria. L'altro dato che merita una lettura riguarda la categoria altro privato. Rispetto a questo dato è interessante rilevare che il 30% dei soggetti privati sono Avvocati. Questo per l'Ufficio è un dato nuovo ed è certamente interpretabile come effetto del lavoro che il Tribunale per i minorenni ha avviato in questo anno con gli avvocati e gli operatori dei servizi sociali e socio-sanitari del territorio: l'Osservatorio Minorile. Il lavoro promosso e coordinato dal Tribunale per i minorenni ha dato impulso ad un processo di riflessione e di rivisitazione del rapporto e della collaborazione tra avvocati e operatori dei servizi.

Per quanto concerne le diverse tipologie di disagio in cui si trova il minore nel momento della segnalazione, la categoria più significativa rimane la trascuratezza. (23%). Se si sommano, in base all'omogeneità rispetto alla gravità della situazione, abuso (8%) e i maltrattamenti (15%), queste due voci assumono lo stesso peso della trascuratezza (23%). Il peso rilevante di queste categorie è giustificato dal fatto che i servizi solitamente si rivolgono a questo Ufficio per problematiche legate a casi complessi, che richiedono particolare attenzione ad una molteplicità di aspetti legati alle procedure. L'altro dato importante riguarda la conflittualità delle coppie separate nell'attuazione della funzione genitoriale. Questo dato è abbastanza correlabile con il dato relativo alla categoria dei soggetti segnalanti genitori e parenti. Nonostante la molteplicità delle categorie considerate la voce altro permane alta (9%), anche se ridotta rispetto gli anni precedenti. Ciò indica che chi compila la scheda ha la necessità di mantenere le categorie utilizzate "pulite" evitando il rischio di far confluire situazioni assimilabili ma non identiche che potrebbero falsare il dato.

Temi centrali nell'attività di ascolto istituzionale nell'anno 2010

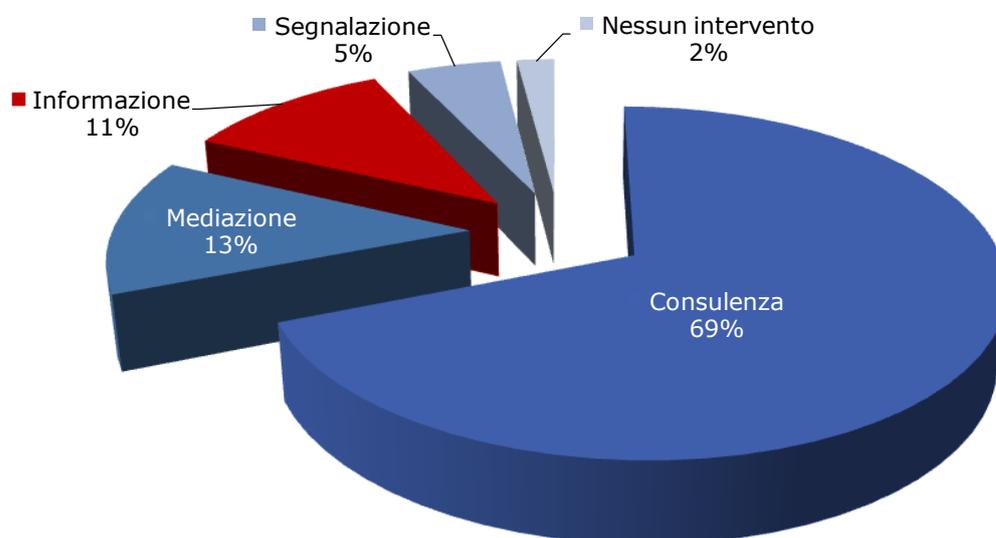


#### Tipologie di intervento dell'équipe ascolto

Le tipologie di intervento effettuate dall' équipe ascolto sono relative a quattro modalità di risposta: consulenza, mediazione, segnalazione, informazione. Sovente le tipologie di risposta per una situazione sono multiple, ad esempio prima una consulenza e

successivamente una segnalazione o una mediazione. Nella voce consulenza si intendono incluse sia le comunicazioni telefoniche che gli incontri presso la sede e le azioni necessarie per chiarire le situazioni. Dai dati emerge che la consulenza è la tipologia di intervento prevalente (69%). Questo valore è aumentato nel corso degli anni. L'incremento si coniuga con l'aumento del carattere preventivo delle richieste che i servizi sociali e sociosanitari inoltrano all'Ufficio. L'intervento di mediazione, che si attua in presenza di situazioni di conflitto conclamato, risulta la seconda tipologia di intervento utilizzata (13%). Nel corso degli anni il valore percentuale di questa voce è rimasto costante a fronte dell'aumento della richiesta. L'altro dato che presenta una sua significatività è relativo alla voce informazione. La progressiva flessione è collegabile alle modalità di lavoro introdotte dall'équipe ascolto. Dalla tendenza a rispondere alla specifica domanda espressa si è passati ad un'analisi complessiva della situazione e alla formulazione di una risposta che tiene conto della molteplicità degli aspetti che la caratterizzano.

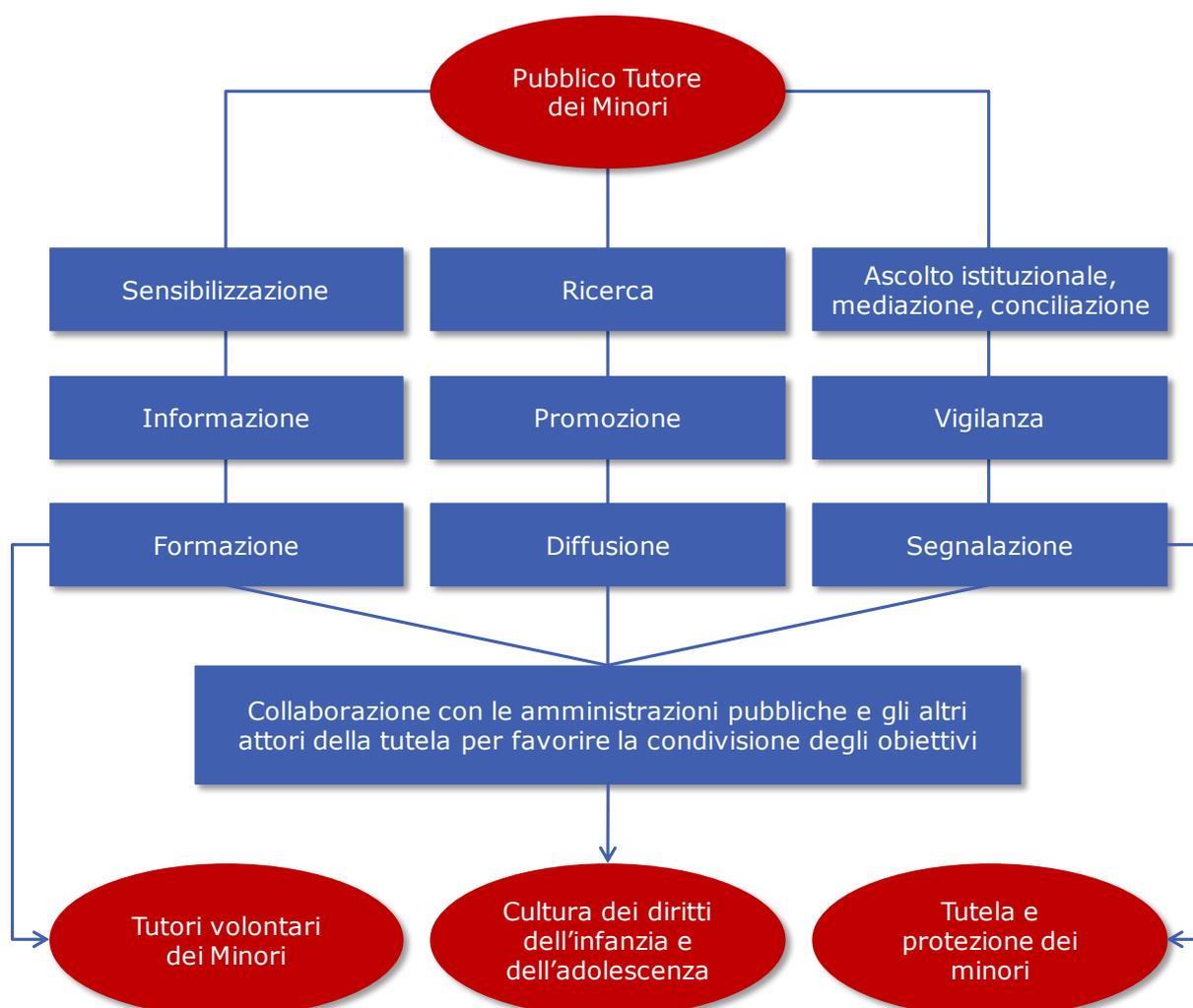
Tipologie di intervento dell'équipe ascolto nell'anno 2010  
(percentuali relative)



Nel corso degli anni 2001-2010 l'équipe ascolto ha valutato oltre 2.000 richieste. Se si considera che il 54% dei fascicoli sono stati aperti a seguito delle richieste pervenute dai Comuni e dalle Aziende ULSS si può considerare questo dato come la testimonianza di

quanto l'attività di ascolto abbia trovato nel sistema regionale dei soggetti che si occupano della protezione dei minori, e dunque della salvaguardia e della promozione dei loro diritti, una chiara collocazione e un apprezzabile riconoscimento. Questo dato conferma la validità dell'ipotesi con cui il dispositivo dell'ascolto è stato implementato. La complessità relazionale, affettiva, normativa e ambientale che caratterizza il contesto lavorativo dei servizi richiede la predisposizione di dispositivi che sostengano e accompagnino l'azione di quanti si trovano nel front-line e devono rispondere ai bisogni emergenti e a volte urgenti dei bambini, dei ragazzi e dei loro ambienti di vita. L'Ufficio del Pubblico Tutore con l'attivazione dell'équipe ascolto ha saputo offrire un servizio di consulenza e mediazione mirato ad affrontare uno dei nodi chiave del lavoro sociale: come coniugare professionalità, protezione/tutela dei minori e vincoli normativi.

### Funzioni del Pubblico Tutore dei Minori



418

#### 4.2.5 Le politiche giovanili della Regione del Veneto

Le politiche giovanili identificano uno degli ambiti nodali di attenzione delle politiche sociali di promozione della persona. Esse si rivolgono ad un segmento della popolazione, i giovani, che rappresenta l'espressione progettuale ed il fulcro potenziale della crescita e dello sviluppo della società, sia dal punto di vista demografico, che sotto gli aspetti culturale, economico, ecc.. Il Veneto rappresenta storicamente e nella dimensione attuale una Regione all'avanguardia nell'intero contesto nazionale sia rispetto alla normativa, perché prima a dotarsi di una legge specifica, la legge regionale 28 giugno 1988, n. 29, recante: "Iniziativa e coordinamento delle attività a favore dei giovani", che ha rappresentato un punto di riferimento importante a livello locale e per le altre Regioni. Lo strumento normativo vigente, la legge regionale 14 novembre 2008, n. 17, recante: "Promozione del protagonismo giovanile e partecipazione alla vita sociale", valorizza nel dettato normativo l'esperienza ventennale Regione del Veneto, integrandola con le prospettive e le indicazioni "viste dalla parte dei giovani", perché costruito assieme ad essi, attraverso un pionieristico percorso di elaborazione in forma partecipata. Lo stimolo e l'obiettivo posti da questa legge si indirizzano a dare contenuto concreto al concetto di giovani come risorsa e motore dello sviluppo sociale attraverso la costruzione di un "sistema di politiche giovanili" non parcellizzato o circoscritto ad ambiti marginali volti ad interventi di prevenzione o di mero utilizzo del tempo libero, ma collocato a pieno titolo nell'ambito delle politiche per la famiglia, in una dimensione di trasversalità che implica una stretta connessione con le politiche del lavoro, della formazione, della cultura, dell'ambiente, e così via. Gli obiettivi perseguiti dalla norma in argomento sono garantiti attraverso una programmazione triennale ed una strutturazione articolata che investe molteplici aree d'intervento quali: informazione, sociale, lavoro, pari opportunità, volontariato e servizio civile, cultura, arte, creatività, sport, tempo libero, mobilità e scambi internazionali, orientamento scolastico, prevenzione e protezione da ogni forma di abuso, disagio ed emarginazione, mettendo in stretta connessione i vari ambiti istituzionali e soggetti diversi interessati alle politiche giovanili. A livello territoriale, inoltre, gli enti locali, i soggetti pubblici e privati, le conferenze dei sindaci attraverso i Piani di Zona, vengono coinvolti, con lo strumento della concertazione, nella definizione del programma triennale, mentre ai giovani stessi, rappresentati nel *Forum regionale dei giovani*, viene affidata la funzione consultiva e di formulazione di proposte sulle questioni di rilevanza per il mondo giovanile. In ambito nazionale il raccordo e la collaborazione diretta con il Ministero della Gioventù, rappresenta un impegno importante, in considerazione anche del fatto che la Regione utilizza parte del Fondo Nazionale per le Politiche Giovanili attraverso l'Accordo di Programma Quadro. Tale Accordo che coinvolge la Regione, il Ministero della Gioventù ed il Ministero per lo Sviluppo Economico, impegna

il Veneto in una programmazione triennale che definisce le singole azioni, strutturando in maniera puntuale le finalità cui vengono rivolte, le modalità attuative, le partnership e l'impatto territoriale. L'Accordo di Programma Quadro Veneto si articola in sei ambiti, costruiti per dare una risposta il più possibile completa a quelle che vengono ad essere le tematiche nodali per le politiche di settore, anche in relazione a quanto indicato dall'Unione Europea. Il primo filone di intervento (azione A) viene a potenziare le capacità creative dei giovani che spaziano dall'arte, alla cultura, alle idee imprenditoriali. Le azioni B-C-E sviluppano l'apertura interculturale, favorendo lo scambio ed il confronto con le realtà straniere e la realizzazione di progetti in ambito europeo (B), il processo di formazione e l'ampliamento dei canali di informazione e conoscenza (C), la promozione della salute, l'attenzione alla fase adolescenziale e la sensibilizzazione al volontariato ed al servizio civile come strumenti di crescita (E). L'azione D, in particolare, evidenzia il ruolo dei giovani come "futuro della sostenibilità", come motore di crescita sociale e rappresenta un'azione "pilota" nel settore delle politiche giovanili in quanto garantisce l'apporto giovanile concreto al contesto decisionale. L'azione F, infine, costituisce la funzione di studio e monitoraggio dell'intero sistema delineato nell'Accordo di Programma Quadro, attuata attraverso specifici centri di ricerca (ad esempio Osservatori e Università). La programmazione regionale in materia di politiche giovanili si incardina sulla strutturazione dell'Accordo di Programma Quadro che stanziava fondi pari ad euro 30.564.000,00 in tre annualità, derivanti dalla "messa a sistema" di leggi di settore che intersecano le politiche giovanili, dal cofinanziamento dei progetti da parte degli enti e delle associazioni e dalla quota annuale di competenza statale, pari ad euro 4.368.000,00, in relazione alla quale la Regione Veneto ha già impegnato la prima annualità di intervento, in attesa di poter procedere all'utilizzo della seconda. L'Accordo di Programma Quadro del Veneto, coordinando in un unico contesto vari interventi del settore sociale aventi rilevanza diretta per i giovani (servizio civile, volontariato, piano infanzia/adolescenza, consultori familiari, scambi socio-culturali, attività di informazione), viene a rappresentare una prima forma di sperimentazione di quanto previsto nella legge regionale 14 novembre 2008, n. 17. La programmazione regionale, sulla base di quanto evidenziato, pone un indirizzo preciso di valorizzazione del "fattore giovani" (che nell'età target 15-30 anni nel 2010 costituisce il 15,5% della popolazione) come leva per lo sviluppo e l'innovazione del Veneto, in una dimensione di arricchimento del presente per una continua progressione nel futuro. Questo processo sta avvenendo in un contesto che, prestando attenzione alla specificità veneta, ne riconfermi il ruolo a livello nazionale e rappresenti un esempio di "buona prassi", secondo l'accezione e nella prospettiva della dimensione europea. Per favorire il protagonismo giovanile sono state sviluppate specificamente: 1) l'azione A, attraverso la realizzazione dei progetti del bando "GPS

Giovani Produttori di Significati”, con il coinvolgimento in maniera attiva di 700 giovani nell’area dei gruppi informali Junior; 2) l’azione D, con l’impegno di 350 ragazzi nella sperimentazione dei Forum territoriali; 3) il Servizio Civile Regionale con la partecipazione attiva di 103 volontari a 33 progetti. Inoltre hanno preso parte attiva a 74 progetti di Servizio Civile Nazionale 650 giovani. La valorizzazione della capacità creative del mondo giovanile, viste come risorsa e progettualità sociale, avviene attraverso il potenziamento di “laboratori”. Nella fattispecie, l’ambito d’azione del progetto “GPS Giovani Produttori di Significati” si esplica nella realizzazione di laboratori e progetti, intesi come:

- *spazi fisici* (dei Comuni o delle Associazioni) che comprendono l’attuazione di corsi ed interventi ad hoc, declinati su tutte le tematiche che rivestono interesse per il mondo giovanile;  
*spazi relazionali* di confronto, attraverso la creazione di gruppi di lavoro e scambio tra giovani, tecnici ed amministratori, la realizzazione di brainstorming tra giovani, dai quali possono scaturire idee imprenditoriali, artistiche, culturali, nuove forme di partecipazione giovanile e momenti di aggregazione;
- *idee progettuali* provenienti dai gruppi informali di giovani, che si esplicano, vengono approfondite e migliorate attraverso la creatività applicata a tutti gli ambiti d’interesse relativi al mondo giovanile.

I Forum hanno invece lo scopo di consentire l’osservazione dei meccanismi decisionali, stimolando da parte dei giovani proposte innovative. Il Servizio Civile Regionale è costituito dalla possibilità messa a disposizione dei giovani dai 18 ai 28 anni di dedicare un periodo (da un minimo di sei mesi fino ad un massimo di un anno) della propria vita a favore di un impegno solidaristico. I giovani beneficiano in termini di esperienza personale e professionale (relazioni significative, acquisizione competenze tecniche, crediti formativi, indennità giornaliera variabile a seconda dell’impegno orario). Gli enti promotori di progetti di servizio civile usufruiscono di risorse umane giovani. L’utenza ha a disposizione maggiori servizi.

#### *Lo studio Health Behaviour in School - aged Children (HBSC)*

Lo studio HBSC sullo stato di salute e sugli stili di vita dei giovani in età scolare è uno studio transnazionale condotto da una rete internazionale di ricercatori in collaborazione con l’Ufficio Regionale Europeo dell’Organizzazione Mondiale della Sanità. Il suo scopo è quello di indagare i comportamenti legati alla salute, gli stili e i contesti di vita dei giovani, in diverse Nazioni e contesti culturali. La ricerca coinvolge attualmente 43 Nazioni di tutto il mondo soprattutto dell’Europa e dell’America del Nord. Tra gli obiettivi specifici dello studio vi è quello di incrementare le conoscenze circa la salute dei giovani,

con particolare attenzione sia alle caratteristiche oggettive, sia alla percezione soggettiva che ne hanno i ragazzi. Inoltre, il progetto nasce con l'intento di migliorare i sistemi nazionali di informazione sulla salute e di creare una rete di ricerca internazionale attraverso lo scambio e la comparazione dei dati, delle esperienze e delle idee. Scopo ultimo dello studio è di fornire dati utili per la promozione e la progettazione di iniziative di educazione e di promozione della salute e di orientare politiche rivolte verso i giovani sia a livello nazionale che internazionale. La ricerca HBSC è stata effettuata per la prima volta nel 1982 da cinque Nazioni e viene ripetuta ogni 4 anni per permettere un monitoraggio continuo dei cambiamenti che avvengono in adolescenza e preadolescenza. Nel 2000 è stata realizzata dalla Regione Veneto, per la prima volta in Italia, come studio pilota per entrare a far parte del gruppo di ricerca internazionale. Nel 2002 è stata effettuata la prima ricerca effettiva in Veneto, in parallelo a tutti i gruppi internazionali. Nel 2006 è stata effettuata la seconda ricerca che si è ripetuta nella nostra Regione, nel 2010 contemporaneamente agli altri Stati e alla ricerca a livello nazionale. La terza ricerca HBSC del 2010 ha visto il coinvolgimento di 361 scuole (450 classi), medie inferiori e superiori. L'indagine del 2010 si è arricchita di una positiva collaborazione con la Dirigenza Scolastica regionale (che ha visionato la ricerca, approvato le modalità e sostenuto il suo svolgimento). Il ripetersi della ricerca ad intervalli regolari (quadriennali) consente non solo di raccogliere nuovi dati, ma anche di monitorare i fenomeni indagati per vedere come si dispiegano nel tempo, in termini di un loro incremento o decremento lungo l'asse temporale. Il fatto, poi, di includere nella ricerca HBSC la fascia degli 11enni (a tutt'oggi mai indagata da altre indagini di popolazione) consente di rilevare l'insorgenza di possibili comportamenti a rischio già ad uno stadio precoce della loro manifestazione. In questo modo, si producono dati preziosi per coloro che, a vario titolo, sono chiamati a progettare interventi o a decidere politiche di promozione della salute in diversi contesti.

422

#### *Il Protocollo di Ricerca*

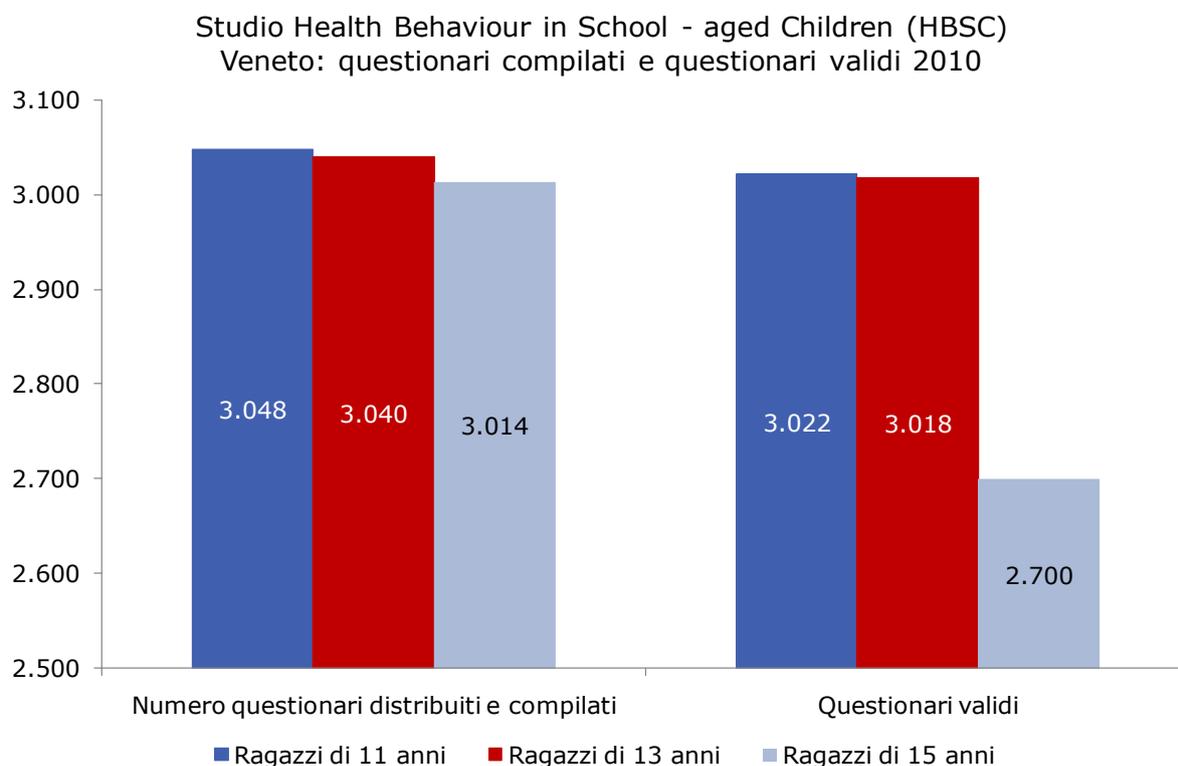
Le Nazioni partecipanti allo studio HBSC devono attenersi ai criteri esposti nel Protocollo di Ricerca, depositato all'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. In questo documento viene descritta l'organizzazione metodologica dello studio. L'aderenza al protocollo di ricerca è fondamentale per la comparazione transnazionale dei dati.

#### *Il Questionario*

Lo strumento scelto per la raccolta dei dati è un questionario standard, differenziato per età (11, 13 e 15 anni), che viene elaborato in collaborazione tra i diversi Paesi e approvato in appositi incontri internazionali.

Ogni Nazione può decidere di aggiungere a questa parte comune una parte "opzionale", per approfondire una tematica ritenuta di particolare interesse. Anche queste parti sono state definite in ambito internazionale sempre nell'ottica di rispettare il vincolo della comparabilità dei dati. Nel corso delle tre indagini, la Regione del Veneto ha approfondito varie tematiche di spiccato interesse per la prevenzione di comportamenti a rischio e la promozione di stili di vita salutari quali:

- l'uso di droghe illecite;
- le motivazioni al consumo di alcol;
- i comportamenti legati ai disturbi alimentari;
- la sintomatologia legata alla percezione del proprio stato di salute;
- la nutrizione;
- il bullismo.

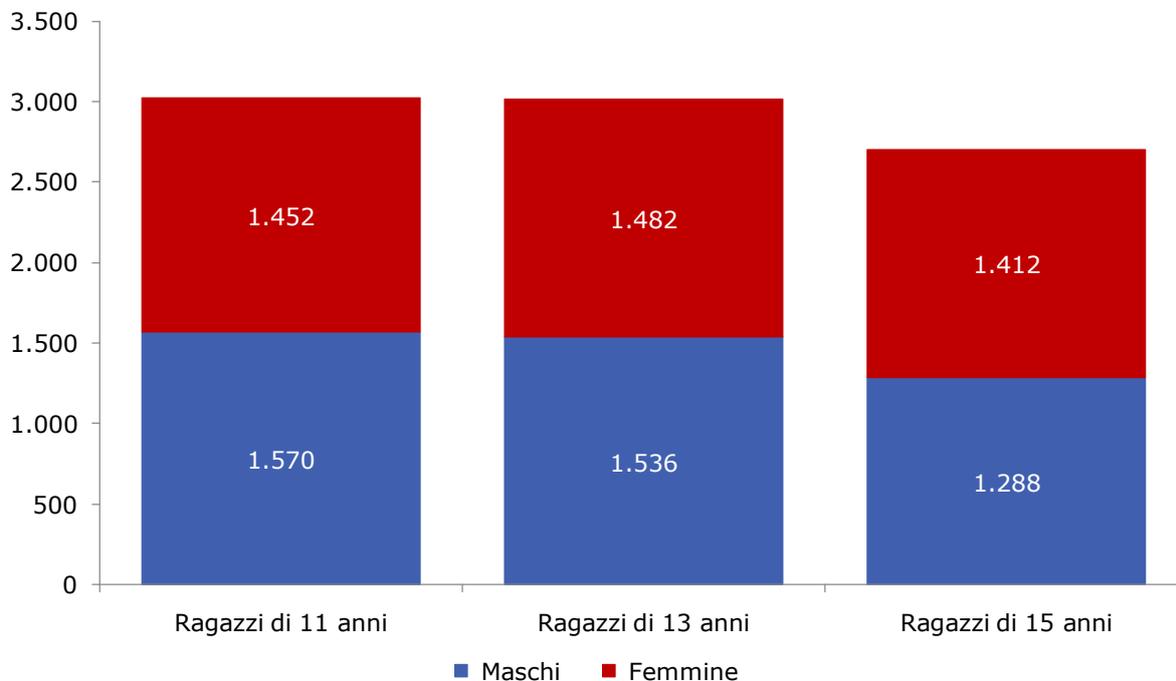


423

Nel Veneto i questionari distribuiti e compilati in classe sotto la supervisione dell'insegnante di riferimento, nel 2010, sono stati complessivamente 9.102. Una volta raccolti, i questionari sono stati controllati per verificare la loro validità. Seguendo i criteri stabiliti dal protocollo di ricerca internazionale, sono stati invalidati ed esclusi dall'analisi 362 questionari (26 per gli undicenni, 22 per i tredicenni e 314 per i

quindicenni), ossia il 4% del campione totale. Il campione finale è stato costituito, quindi, da 8.740 studenti.

Studio Health Behaviour in School - aged Children (HBSC)  
Veneto: struttura del campione 2010



424

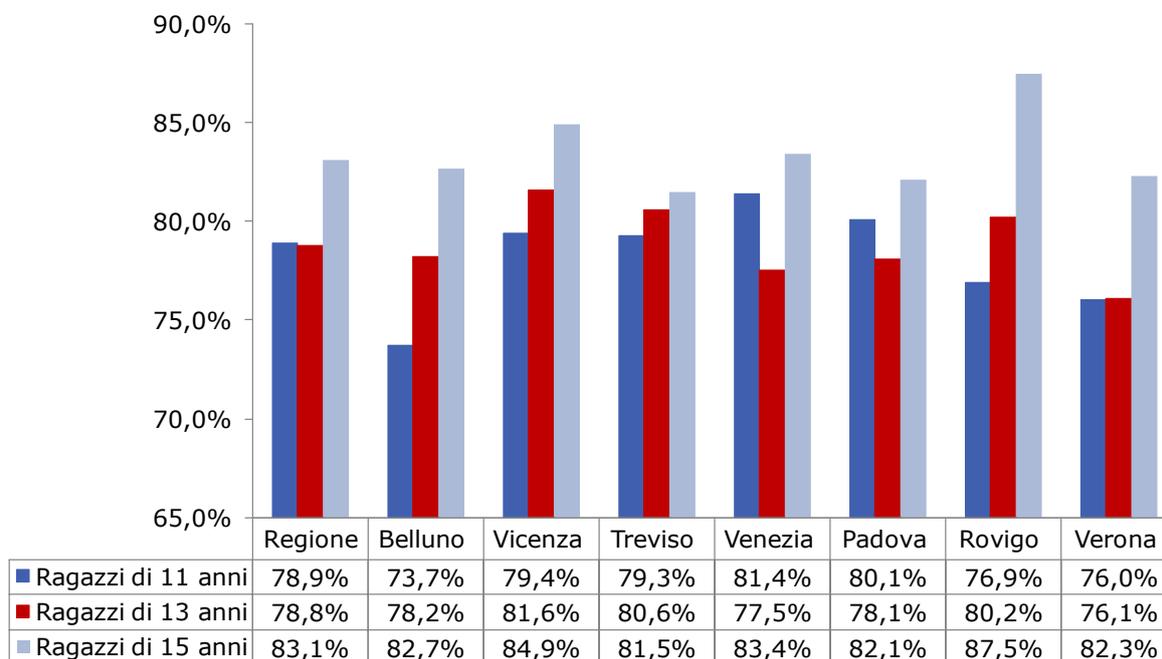
Il questionario 2010, come nelle indagini precedenti, è stato compilato in forma anonima ed era composto da domande standard, obbligatorie per tutte le nazioni coinvolte. In esso sono individuabili le seguenti quattro macroaree principali:

- *background*: indicatori demografici (età, sesso), retroterra sociale (educazione, struttura familiare, status socio economico) e fattori individuali (pubertà). Questa parte permette di conoscere chi sono i ragazzi coinvolti;
- *risorse individuali e sociali*: individuo (immagine corporea, percezione di sé), famiglia, gruppo dei pari, scuola. Questa sezione consente di indagare se la percezione di sé ed il sostegno delle persone che stanno accanto forniscono un punto d'appoggio e di aiuto oppure possono essere considerati ostacoli per la crescita personale;
- *comportamenti legati alla salute*: attività fisica, fumo, alcol, uso di cannabinoidi, sessualità, alimentazione, bullismo/violenza. I comportamenti rilevati dal questionario diventano indicatori degli stili di vita messi in atto dai giovani;
- *stato di salute*: sintomi psicofisici, soddisfazione rispetto alla propria vita, salute percepita, indice di massa corporea. I risultati legati alla salute possono a loro volta innescare circoli viziosi o virtuosi che influenzano le risorse individuali o sociali e la messa in atto di determinati comportamenti.

Su queste basi, le singole tematiche oggetto di indagine possono essere così elencate:

- Famiglia;
- Gruppo dei pari;
- Scuola;
- La salute dei giovani e gli stili vita;
- Salute e benessere psicofisico;
- Consumo di tabacco;
- Consumo di alcol;
- Uso di cannabis e di altre droghe;
- Attività fisica e comportamento sedentario;
- Abitudini alimentari;
- Immagine di sé, controllo del peso e peso corporeo;
- Igiene orale;
- Bullismo e vittimizzazione;
- Infortuni;
- Salute sessuale.

Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che vivono con entrambe i genitori - Percentuali Veneto 2010



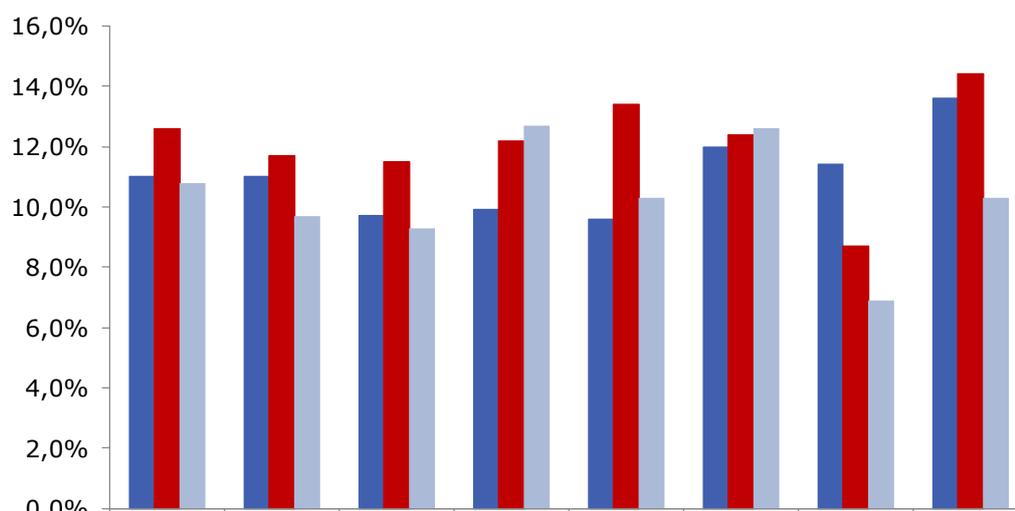
425

### La struttura familiare

Per quanto riguarda la *struttura familiare*, a livello regionale i ragazzi nella maggior parte dei casi vivono con entrambi i genitori e per quanto riguarda la comunicazione con i

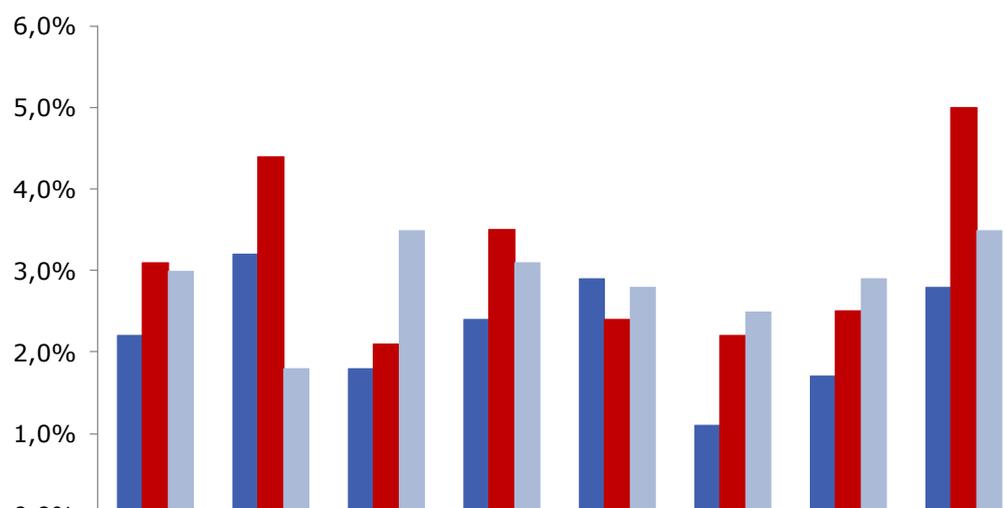
genitori, vi è un rapporto migliore con la madre rispetto al padre, anche se in entrambi i casi il fenomeno tende a decrescere con l'età. Ciò nonostante il 46% degli undicenni dichiara di parlare con entrambi i genitori, rispetto al 41% dei tredicenni e al 37% dei quindicenni.

Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che vivono in una famiglia monogenitoriale - Percentuali Veneto 2010



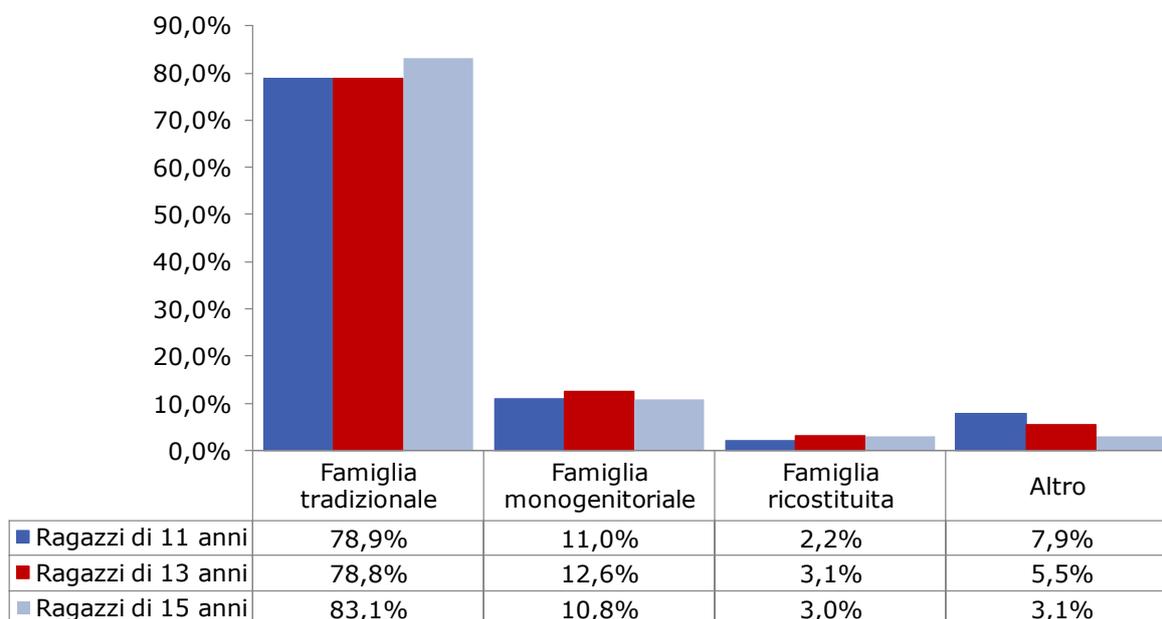
	Regione	Belluno	Vicenza	Treviso	Venezia	Padova	Rovigo	Verona
■ Ragazzi di 11 anni	11,0%	11,0%	9,7%	9,9%	9,6%	12,0%	11,4%	13,6%
■ Ragazzi di 13 anni	12,6%	11,7%	11,5%	12,2%	13,4%	12,4%	8,7%	14,4%
■ Ragazzi di 15 anni	10,8%	9,7%	9,3%	12,7%	10,3%	12,6%	6,9%	10,3%

Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che vivono in una famiglia ricostituita - Percentuali Veneto 2010



	Regione	Belluno	Vicenza	Treviso	Venezia	Padova	Rovigo	Verona
■ Ragazzi di 11 anni	2,2%	3,2%	1,8%	2,4%	2,9%	1,1%	1,7%	2,8%
■ Ragazzi di 13 anni	3,1%	4,4%	2,1%	3,5%	2,4%	2,2%	2,5%	5,0%
■ Ragazzi di 15 anni	3,0%	1,8%	3,5%	3,1%	2,8%	2,5%	2,9%	3,5%

Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni: tipologie di famiglia in cui vivono i ragazzi (la voce altro indica altri tipi di convivenza)  
Percentuali rilevate sull'intero territorio regionale 2010

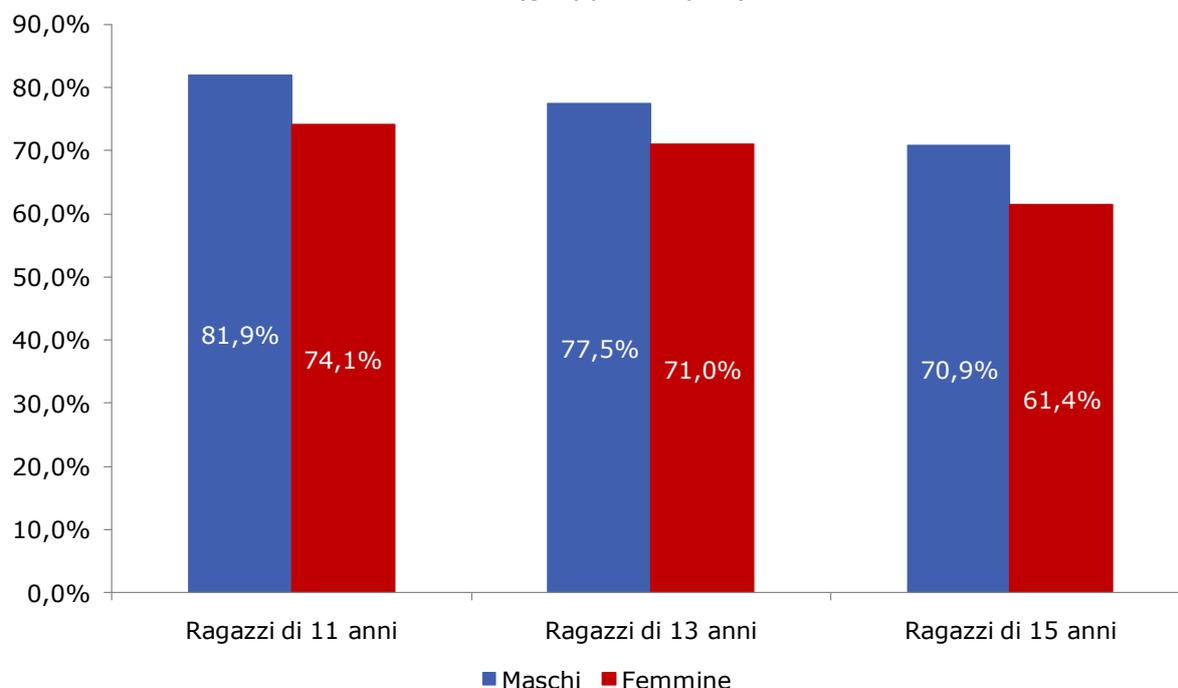


### *Il gruppo dei pari*

Il gruppo dei pari è una forma di aggregazione sociale spontanea tipica dell'età adolescenziale e giovanile che riveste una grande importanza nel processo di crescita degli individui. Nel momento in cui gli adolescenti avvertono il giusto bisogno di prendere le distanze dalla famiglia e dalla scuola per cercare una propria dimensione individuale più autonoma il gruppo offre accoglienza, protezione e riconoscimento per la nuova identità che essi vanno formando: ciò li aiuta a non sentirsi più figli o allievi, ma individui liberi di sperimentare nuove regole, nuovi modi di stare in relazione, nuove dimensioni quali l'autonomia, l'espressività, l'affettività, la sessualità, la creatività, l'affermazione personale. Da un punto di vista evolutivo, il gruppo dei pari è determinante per la crescita, perché in esso si possono realizzare le dinamiche sociali più svariate. Negli adolescenti il gruppo riveste grande importanza perché contribuisce a dare sicurezza, in un periodo in cui si sperimentano molti cambiamenti. Il gruppo dei pari a livello regionale vede un decremento, al variare della fascia d'età. Le femmine che hanno tre o più amiche passano dal 74% relativo alle undicenni al 61% delle quindicenni, mentre i maschi che hanno tre o più amici vanno dall'82% dei ragazzi di 11 anni al 71% degli studenti di 15 anni. Al contrario, la percentuale di ragazzi che passa il tempo libero con gli amici tende ad aumentare al crescere dell'età e così pure la comunicazione con gli amici tramite telefono, sms o e-mail. Per quest'ultimo fenomeno viene in evidenza anche un aumento

tra le stime riscontrate nelle indagini del 2002, 2006 e 2010 con un aumento nella fascia dei quindicenni (i maggiori fruitori di questa modalità comunicativa) dal 2002 ad oggi di quasi 15 punti percentuali arrivando ad una percentuale del 66% in Regione.

Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che hanno tre o più amici dello stesso sesso (gruppo dei pari). Veneto 2010



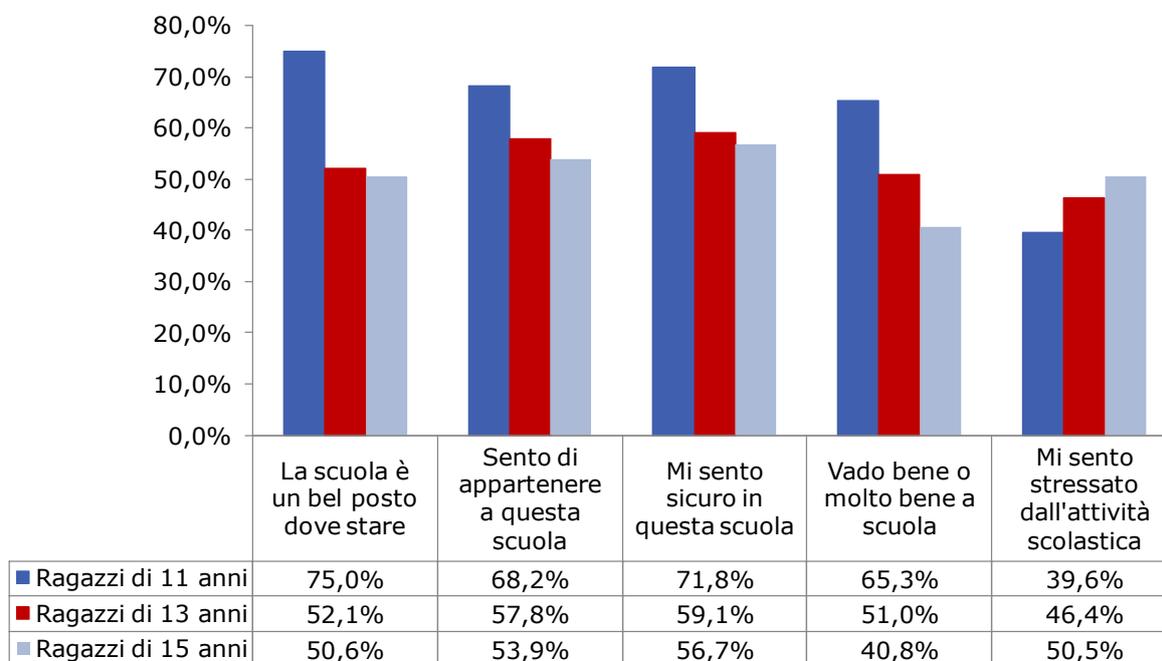
428

### La scuola

Per ciò che riguarda la scuola si registra un calo nel gradimento scolastico in relazione alle diverse età: si passa infatti dal 77% di undicenni che dichiara piacevole l'ambiente scolastico al 57% dei quindicenni. Di pari passo col gradimento, vi è un aumento a livello regionale e provinciale, nelle diverse fasce di età, nella percezione dello stress da carico scolastico passando dal 40% per gli undicenni al 50% per i quindicenni; da sottolineare anche un aumento nelle stime in tutti e tre gli strati di età nel confronto tra l'indagine del 2002, 2006 e 2010. Il divario maggiore si registra tra i quindicenni, passando dal 41% del 2002 al 50% di stress scolastico del 2010. Riguardo al rendimento scolastico la percezione di andare bene a scuola cala con l'età. Infatti dal 65% degli undicenni si arriva al 41% dei quindicenni. Gli adolescenti che frequentano la scuola la vivono come un percorso naturale per la loro formazione, comprendono l'influenza che avrà sul loro futuro, giudicandola un'esperienza difficile da affrontare. Ciò significa che, sebbene la percezione della scuola possa differire in base al sesso e all'età, il suo impatto sulla vita dei giovani rimane rilevante. Peraltro, la percezione del contesto e dell'esperienza

scolastica può esercitare una forte influenza sullo sviluppo emotivo e comportamentale in preadolescenza ed adolescenza.

Ragazzi di 11, 13 e 15 anni di età: gradimento e rendimento scolastico, sicurezza e stress causato dall'attività scolastica. Veneto 2010

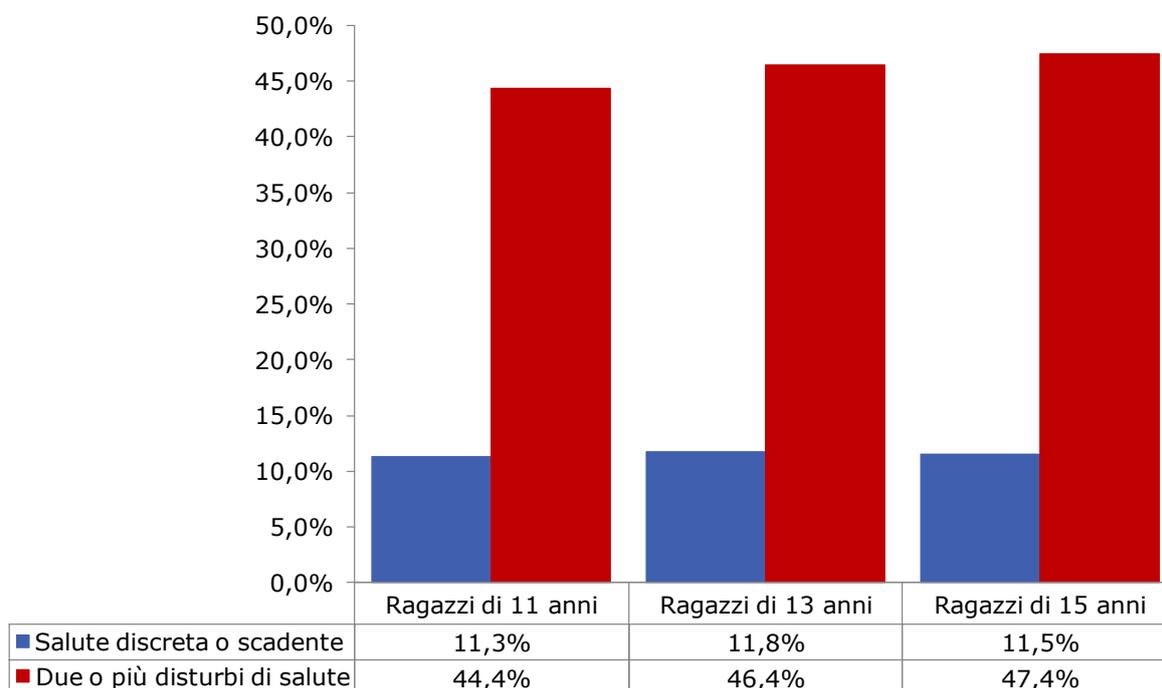


429

#### *La salute dei giovani e gli stili di vita*

Se si considera lo stato di salute autoriferito, in media l'11.5% dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni dichiara, in maniera omogenea e senza differenze statisticamente significative tra gli strati del campione, di avere una salute discreta o scadente, ma con ampie differenze di genere nei gruppi dei tredicenni e dei quindicenni, in particolar modo a carico delle femmine. A dichiarare di soffrire di due o più disturbi di salute percepiti più di una volta alla settimana sono maggiormente le femmine. Nelle femmine quindicenni questa percentuale raggiunge la prevalenza del 60.9%. I disturbi maggiormente lamentati dai quindicenni (specie dalle femmine) rispetto agli altri due strati di età sono l'irritabilità, il nervosismo e il sentirsi giù di morale. Il mal di testa, invece, è un disturbo omogeneamente distribuito tra i tre gruppi di età, mentre la difficoltà ad addormentarsi e la percezione di avere la testa che gira, così come il mal di stomaco, sono sintomi maggiormente avvertiti dagli undicenni (senza differenze percentuali tra maschi e femmine ad eccezione del mal di stomaco, sofferto soprattutto dalle femmine). Rispetto alle rilevazioni del 2002 e del 2006, gli undicenni nel 2010 risultano i più scontenti del proprio stato di salute, passando dal 9,7% del 2002 all'11.3% del 2010.

### Ragazzi di 11, 13 e 15 anni di età: percezione del proprio stato di salute. Veneto 2010



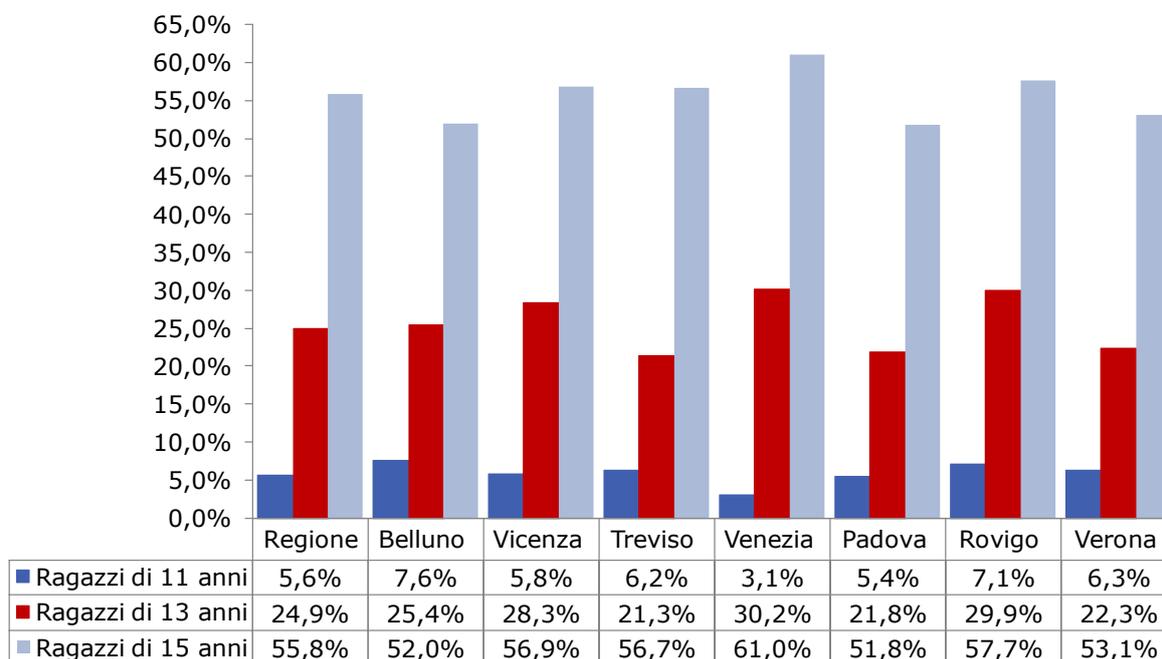
**430** Gli studi in letteratura evidenziano come gli adolescenti siano, infatti, più soggetti a piccoli disturbi e a malesseri che, nel complesso, influenzano la qualità della vita, con una serie di disturbi multipli. Non va dimenticato il sorgere di una patologia in forte espansione, la depressione, che tende a presentarsi a partire dall'età di 6 anni per raggiungere la sua massima espansione in adolescenza e manifestarsi soprattutto tra le femmine. In adolescenza, inoltre, il legame tra diversi aspetti (psico-fisici e sociali) della vita dei ragazzi appare molto più evidente che in altri periodi della vita: il benessere fisico dipende, anche, da variabili soggettive quali l'autostima, l'immagine corporea, la visione che l'individuo ha di sé, la soddisfazione per la propria vita, l'umore, la religiosità e la spiritualità, le relazioni sociali, le attività svolte. Variabili di natura contestuale possono essere ritenute altrettanto importanti nell'influenzare lo stato di salute dei giovani. Recenti studi confermano quanto già sostenuto in letteratura circa la relazione tra la salute mentale e lo status socio economico familiare (SES). Bassi livelli di SES si associano positivamente ad uno scadente stato di salute mentale e a uno scarso rendimento scolastico, così come una struttura familiare monogenitoriale si associa ad un aumento di problemi comportamentali e a una diminuzione delle riuscite scolastiche. Considerando la stretta relazione tra benessere psicologico e fisico in adolescenza, lo studio internazionale HBSC, piuttosto che parlare di disturbi somatici e psicologici, utilizza il termine "disturbi percepiti" come definizione generale: se nella popolazione adulta non

è facile stabilire con certezza se le cause principali di tali disturbi siano di natura biologica o psicologica, in adolescenza tale difficoltà è ancora maggiore. Tuttavia, risulta chiaro come sia importante rilevare la percezione che i ragazzi hanno della propria salute, poiché è da queste narrazioni che sono individuabili le situazioni di malessere a cui noi tutti dobbiamo fare fronte per comprenderle e, il più possibile, per risolverle.

### Consumo di tabacco

Per quanto riguarda l'uso di tabacco, si ha un incremento molto consistente a livello regionale e in tutte le province venete, al crescere dell'età dei ragazzi che riferiscono di aver provato a fumare: si passa dalla media regionale del 6% degli undicenni al 56% nei quindicenni. Questa crescita interessa anche l'abitudine quotidiana al fumo anche se le percentuali sono meno elevate in Regione: 0.6% degli undicenni, 2.6% dei tredicenni e 16% dei quindicenni. Rispetto al consumo di tabacco, il 9% di quindicenni fa un consumo quotidiano di 6 o più sigarette.

Ragazzi di 11, 13 e 15 anni di età: che hanno provato a fumare qualche volta nella loro vita a livello di Regione e Provincia. Veneto 2010

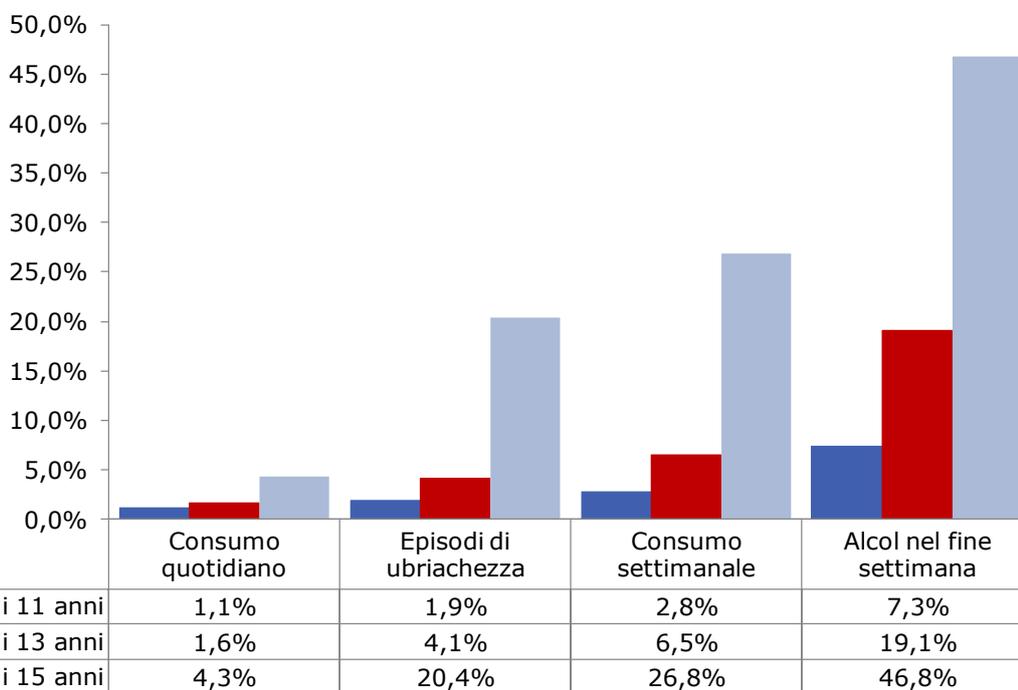


Tuttavia è confortante notare come il fenomeno dell'utilizzo di tabacco quotidiano sia diminuito nel tempo nel gruppo dei quindicenni, con uno scarto regionale di 5 punti percentuali tra il 2002 e il 2010.

### Consumo di alcol

L'assunzione di alcol settimanale vede un importante aumento nelle percentuali tra gli studenti di 11 anni rispetto a quelli di 15: 2,8% nel primo caso e 26,8% nel secondo, però se si considera il consumo quotidiano, dagli undicenni (1,1%) ai quindicenni (4,3%) la differenza è di oltre 3 punti percentuali. Per gli episodi di ubriachezza (2 o più nel corso della vita) si passa dal 1,9% degli undicenni al 20,4% dei quindicenni. Rispetto al consumo di alcol nel fine settimana il divario è ancora maggiore: 7,3% per gli undicenni e 46,8% per i quindicenni.

Ragazzi di 11, 13 e 15 anni di età: consumo di alcolici e stato di ubriachezza. Veneto 2010



\* Il consumo settimanale si intende sistematico

Binge drinking	Ragazzi di 11 anni	Ragazzi di 13 anni	Ragazzi di 15 anni
Maschi	9,9%	15,6%	35,8%
Femmine	3,8%	8,2%	27,6%
Totale	7,0%	11,9%	31,6%

Inoltre sul fenomeno del binge-drinking, il valore legato ai quindicenni è del 31,6%. I giovani a rischio, con modalità binge drinking, sono ragazzi che hanno bevuto in meno di due ore cinque unità alcoliche o più per i maschi o quattro unità alcoliche per le donne. Si tratta della ricerca dello stordimento, dello stato di ubriachezza nel tempo più breve

possibile. Sulle motivazioni dei quindicenni all'uso di alcol nell'ultimo anno, risultano spinti a bere coloro che considerano il consumo di alcol un modo piacevole e divertente per stare insieme al gruppo.

#### *Uso di cannabis e di altre droghe*

Il dato clinico prodotto dai Ser.D. (Servizi per le dipendenze della Regione del Veneto), attraverso la rilevazione dei dati ministeriali, appare in controtendenza rispetto al generale calo nel consumo di sostanze psicotrope in quanto, considerando l'intervallo temporale 2005-2009, si osserva un costante aumento dei pazienti seguiti dai Servizi per tossicodipendenza (sostanza d'abuso primaria eroina, nella maggior parte dei casi, ma anche, sia pur in numero minore, cannabis, cocaina, amfetamine). Tralasciando i minori di 15 anni, che pure sono presenti nei Servizi specialistici del Veneto, anche se in numero contenuto, e considerando l'intervallo di età compreso tra 15 e 19 anni, si nota purtroppo un trend in sensibile crescita. In particolare, aumentano in modo sensibile le persone di sesso femminile seguite dai Ser.D., che passano da 144 del 2005 a 230 del 2009. In particolare per gli anni 2007-2009, risulta evidente non solo l'aumento degli utenti 15-19 anni che per la prima volta si rivolgono ai Ser.D. per un problema di tossicodipendenza, ma anche l'aumentata tenuta dei trattamenti nel tempo sempre per la stessa fascia di età. Nello studio Health Behaviour in School - aged Children (HBSC) l'uso di droghe viene indagato solo nei quindicenni: il 17,3% del campione regionale dichiara di aver fatto uso di Cannabis nel corso della vita, e il 14% lo ha fatto negli ultimi 12 mesi. In entrambi i casi sono più coinvolti i maschi rispetto alle femmine.

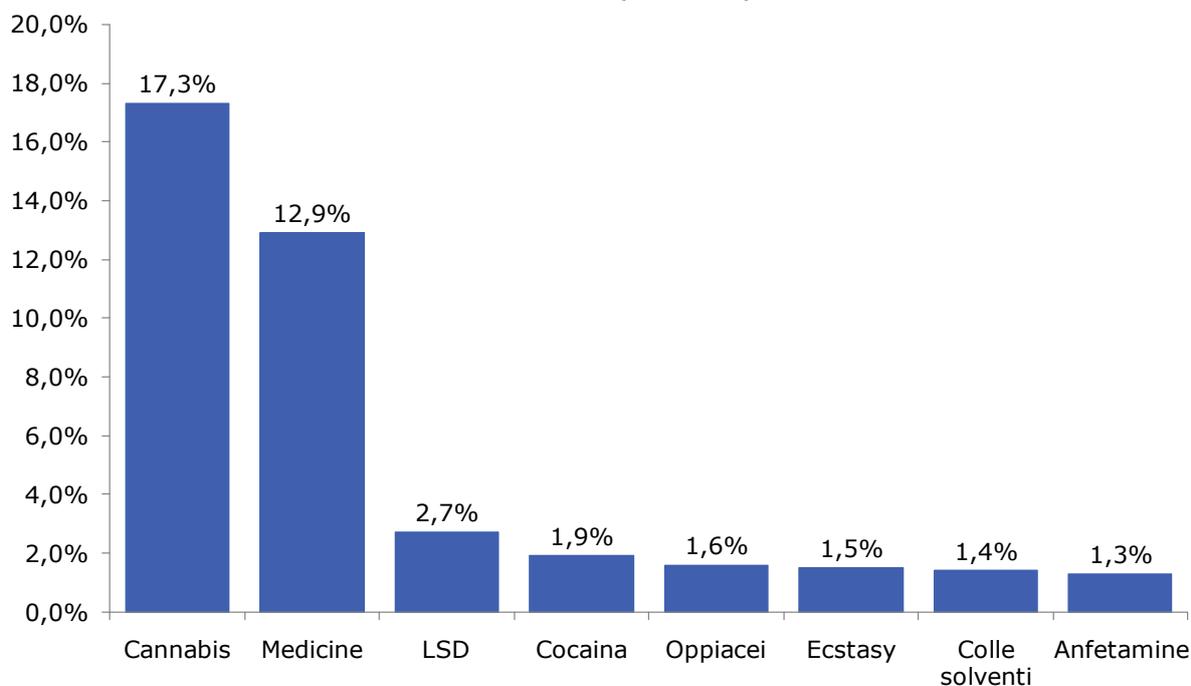
433

Consumo di cannabis negli ultimi 12 mesi nei maschi e nelle femmine di 15 anni (valori percentuali)			
Regione/Provincia	Maschi	Femmine	Totale
Regione	15,6	12,4	14,0
Belluno	16,0	9,3	13,0
Vicenza	13,6	11,2	12,2
Treviso	10,0	15,0	13,0
Venezia	19,5	13,6	16,6
Padova	18,5	14,6	16,7
Rovigo	16,0	12,4	14,1
Verona	15,0	8,0	12,0

Negli ultimi 30 giorni la stima è del 8,9% per Regione, con i maschi nuovamente in testa. Per l'uso di altre droghe nel corso della vita come cocaina e LSD le stime sono

rispettivamente del 2% e del 3% per la Regione. Dal 2002 al 2010 si è registrato un calo nel consumo di Cannabis di 10 punti percentuali in ambito regionale sia per il consumo nel corso della vita che negli ultimi 12 mesi.

Assunzione di cannabis e di altre droghe nei giovani di 15 anni nell'intero corso della vita (life-time). Veneto 2010



434

#### *Attività fisica e comportamento sedentario*

L'attività fisica viene praticata in misura maggiore dai tredicenni, i quali a livello regionale dichiarano nel 29% dei casi di dedicarsi allo sport per almeno un'ora per almeno 5 giorni la settimana, seguiti dal 25% degli undicenni e dal 21% degli studenti di 15 anni. Anche per la sedentarietà (intesa come guardare la televisione più di 4 ore al giorno) la stima è maggiore nei tredicenni sia per l'uso della TV durante i giorni di scuola (18%) che nel fine settimana (31%). Per l'uso di internet (almeno 3 ore al giorno) come indicatore di sedentarietà, la prevalenza maggiore è dei quindicenni (19%) per l'uso fattone nei giorni di scuola, mentre per il fine settimana la stima più alta è dei tredicenni (24%).

#### *Abitudini alimentari*

Per quanto riguarda le abitudini alimentari, fare colazione quotidianamente è un'abitudine che tende a diminuire al crescere dell'età: il 77% di undicenni dichiarano di farla contro il 67% dei tredicenni e il 61% dei quindicenni con stime più basse nelle femmine rispetto ai loro coetanei maschi in tutti gli strati. L'assunzione quotidiana di dolci tende ad

aumentare nei diversi strati con valori del 26% per il primo strato, 31% per i tredicenni e 33% per gli studenti di 15 anni. La frutta o la verdura rientrano nella dieta quotidiana del 51% degli undicenni, del 50% dei tredicenni e del 48% dei quindicenni. Sulla frequentazione nei fast-food almeno una volta alla settimana, i quindicenni risultano i maggiori frequentatori (29%), seguiti dagli undicenni (28%) e dai tredicenni (24%). Dal 2006 al 2010 i dati mostrano un incremento della frequentazione di 9 punti percentuali nei quindicenni e rispettivamente di 6 e 3 punti percentuali negli undicenni e nei tredicenni.

#### *Immagine di sé, controllo del peso e peso corporeo*

Si rileva una crescita in percentuale di ragazzi insoddisfatti del proprio corpo nei diversi strati d'età. A livello regionale si sentono grassi il 20% degli undicenni e tredicenni e il 22% dei quindicenni. Per il senso di magrezza, le stime scendono al crescere dell'età: 11% nei quindicenni, 14% undicenni. Altro dato interessante a livello regionale: il 18% degli undicenni è a rischio sovrappeso, maggiormente i maschi, percentuali che diventano del 16% e 13% per i tredicenni ed i quindicenni. Il rischio di obesità colpisce in percentuale maggiore gli undicenni (3%) e sempre più i maschi rispetto ai tredicenni (2%) ed ai quindicenni (2.3%). Le variazioni temporali sia per il rischio di sovrappeso che per l'obesità indicano una diminuzione nelle stime tra le tre indagini di alcuni punti percentuali che a livello regionale arrivano ad uno scarto di 2 punti in tutti e tre gli strati di età.

#### *Igiene orale*

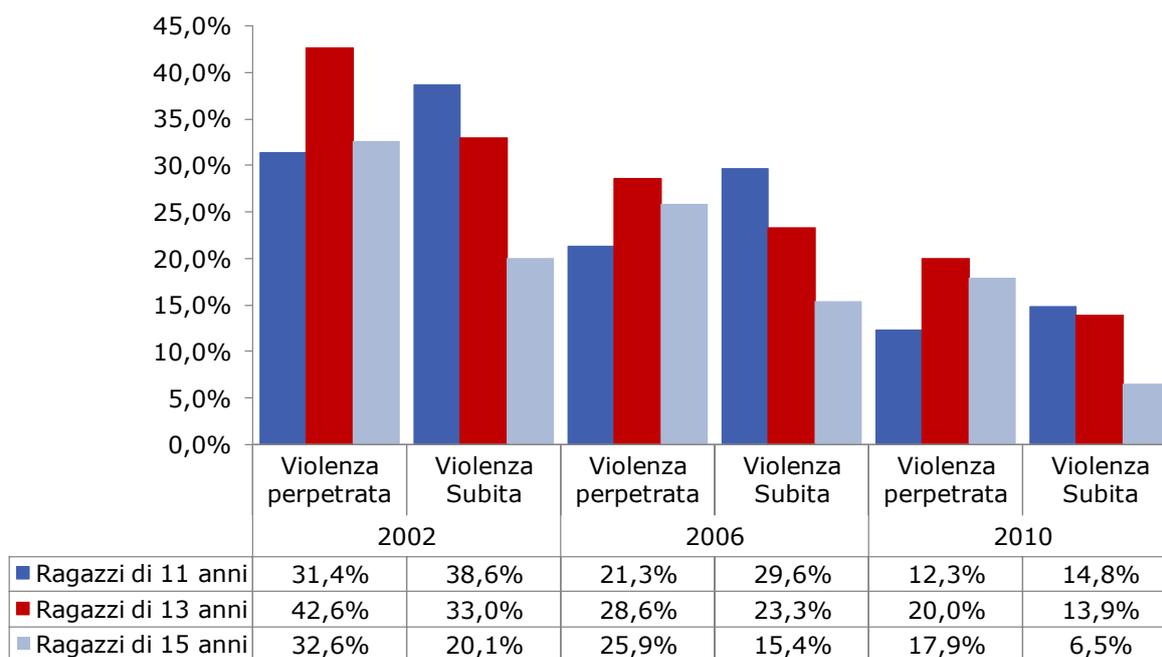
Tra i giovani che dichiarano di lavarsi i denti più di una volta al giorno. Questa abitudine è diffusa in tutti e tre gli strati d'età con percentuali omogenee: 62.2% per gli undicenni, 62.6% per i tredicenni e 64.5% per i quindicenni. Se ci si sofferma ad analizzare i confronti di genere, al contrario, si trovano differenze statisticamente significative in tutti e tre i gruppi d'età e sono sempre le femmine sia di 11 che di 13 e di 15 anni a presentare percentuali più alte di cura dentale rispetto ai maschi loro coetanei. Lo scarto maggiore, pari a 19,1 punti in percentuale, è quello relativo allo strato dei quindicenni, dove a fronte di una prevalenza del 54.8% per i maschi si contrappone quella delle femmine del 73.9%. Le percentuali tra le femmine si differenziano al punto da far risultare le quindicenni (73.9%) le più attente alla propria igiene orale rispetto alle ragazze tredicenni (70.9%) e a quelle undicenni (67.6%). L'andamento che si delinea è quello di una consapevolezza circa l'importanza della propria cura dentale che cresce e si rafforza nelle femmine mano a mano che queste passano dalla preadolescenza all'adolescenza più matura.

### Bullismo e vittimizzazione

A livello regionale il fenomeno sulla violenza fisica evidenzia che la percentuale maggiore di giovani che si sono azzuffati o picchiati con qualcuno almeno una volta negli ultimi 12 mesi si trova nello strato dei tredicenni (33.6%) e in percentuale pressoché uguale tra gli undicenni ed i quindicenni (intorno al 16% per entrambi gli strati). A mettere in atto questo tipo di comportamento aggressivo sono soprattutto i maschi in ogni strato di età, facendo emergere un'ampia differenza (statisticamente significativa) tra i sessi che va oltre i 26 punti percentuali negli undicenni e nei quindicenni per arrivare ai 30 punti di scarto nei confronti tra i maschi e le femmine di 13 anni. Per quanto riguarda il fenomeno del bullismo a scuola, le percentuali di coloro che hanno perpetrato atti di bullismo almeno una volta contro un altro studente, sono più alte tra i tredicenni (20%) rispetto ai quindicenni (18%) e agli undicenni (12%). Aver subito atti di bullismo almeno una volta nella vita, a livello regionale vede coinvolti maggiormente gli undicenni (15%), valore che scende al 14% dei tredicenni fino al 6% nei quindicenni che denota quindi un decremento al variare delle età. Le forme specifiche di bullismo agito come approfondimento a livello regionale del gruppo dei tredicenni dimostra che gli atti di violenza contro i compagni sono perpetrati con insulti, offese e prese in giro (35%). Gli atti di esclusione come modalità di bullismo si attestano al 20%, mentre i commenti di natura sessuale sono dell'8%.

436

Ragazzi di 11, 13 e 15 anni di età:  
atti di bullismo perpetrati e subiti. Veneto 2010



### *Infortuni*

Il gruppo dei tredicenni è quello che si differenzia in maniera statisticamente significativa dagli altri due gruppi di età del campione per aver avuto almeno un infortunio negli ultimi 12 mesi precedenti l'indagine HBSC. Infatti, il 49,9% dei ragazzi di 13 anni riferisce di aver dovuto ricorrere alle cure di un medico o di un infermiere rispetto al 45,0% dei giovani di 11 e di 15 anni. A livello di differenze di genere, i maschi sia di 11 che di 13 e di 15 anni riferiscono di aver avuto più infortuni rispetto alle femmine loro coetanee. La differenza più ampia tra maschi e femmine è presente nello strato degli undicenni, dove più di 16 punti percentuali separano i ragazzi dalle ragazze (52,9% per maschi vs 36,7% per le femmine). Per quanto riguarda, invece, l'aspetto di aver avuto 2 o più infortuni nell'ultimo anno, le percentuali si riducono ad una media del 20% in tutti e tre gli strati di età, senza differenziazioni percentuali statisticamente significative nei gruppi di età del campione di 11, 13 e di 15 anni. Al contrario, nei confronti di genere emergono ampie differenze tra i sessi in ogni strato di età e si delinea lo stesso andamento descritto precedentemente: prevalenze di infortuni maggiori nei maschi rispetto alle femmine.

### *Salute sessuale*

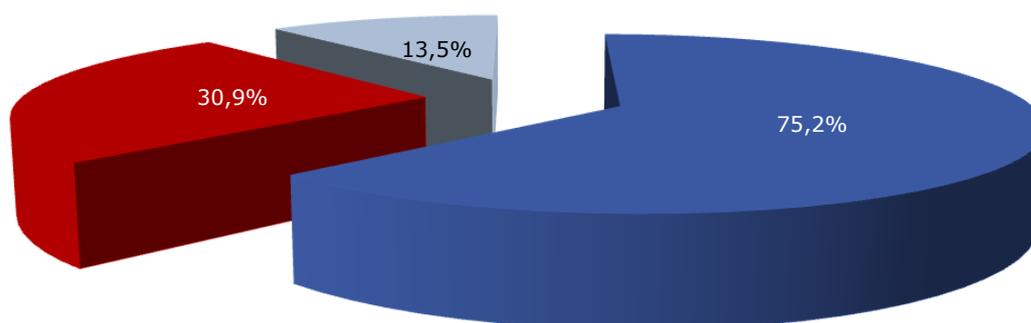
L'inizio della pubertà è caratterizzato da cambiamenti fisici che influenzano tutti gli aspetti del comportamento individuale, gli interessi, i comportamenti sociali, la qualità della vita affettiva e le esperienze sessuali. È in questo periodo, infatti, che i giovani acquisiscono la completa maturità sessuale e la piena consapevolezza della propria sessualità. Questi intensi mutamenti rendono l'adolescente fisicamente capace alle prime esperienze sessuali, ma se non si correlano con una maturazione affettiva e una conoscenza delle proprie emozioni rischiano di portarlo in uno stato di "disagio evolutivo". Questo processo di maturazione sia di natura sessuale che di costruzione di una propria identità vede come tappe principali il distacco dal microcosmo familiare e l'abbandono della fase infantile per il conseguimento dell'autonomia e l'ampliamento dell'immagine di sé e delle relazioni interpersonali. Ed è a partire dalla pre-adolescenza che la maggioranza dei ragazzi preferisce la compagnia dei coetanei per ricevere conforto, sostegno emotivo e per trovare legami di tipo sentimentale e sessuale. Questa ricerca di un legame di coppia pare che si stia gradualmente spostando verso età più precoci con un conseguente incremento di gravidanze in età minorile (8) e una maggiore vulnerabilità verso le infezioni sessualmente trasmesse in concomitanza ad esperienze sessuali non protette. Inoltre, l'uso di alcol e di droghe e il fumo di tabacco innalzano la probabilità di incorrere in una gravidanza in giovane età. Un altro aspetto legato a questo fenomeno è il ricorso sempre più frequente da parte delle adolescenti alla contraccezione d'emergenza, come la "pillola del giorno dopo", in connessione anche con la scarsa

informazione e chiarezza in materia contraccettiva. Lo studio HSBC considera per quanto attiene la salute sessuale la fascia di età relativa ai quindici anni. In tal senso è possibile notare come un quarto dei quindicenni (25,0%) abbia già avuto rapporti sessuali e come questo comportamento sia statisticamente omogeneo tra i maschi e le femmine. Tra i giovani che hanno già avuto esperienze sessuali nella loro vita, l'uso del preservativo rimane il metodo contraccettivo più utilizzato se paragonato a quello del coito interrotto (30,9%) e della pillola (13,5%). Per l'uso del coito interrotto emergono tra i sessi differenze statisticamente significative con un utilizzo maggiore da parte delle femmine (37,2%) rispetto ai maschi (23,9%), mentre per l'uso della pillola, le percentuali di utilizzo tra i sessi non si diversificano.

Giovani quindicenni che hanno avuto rapporti sessuali per Provincia (valori percentuali)			
Regione/Provincia	Maschi	Femmine	Totale
Regione	25,8	24,2	25,0
Belluno	29,6	20,2	25,5
Vicenza	25,4	20,7	22,7
Treviso	24,5	25,5	25,1
Venezia	30,3	26,2	28,4
Padova	25,2	24,9	25,1
Rovigo	22,7	26,0	24,5
Verona	23,3	24,9	24,0

438

Percentuale giovani quindicenni che hanno fatto uso di contraccettivi durante il loro ultimo rapporto sessuale per Provincia. Veneto 2010



\* Nel questionario erano possibili più risposte per cui il totale non corrisponde al 100%

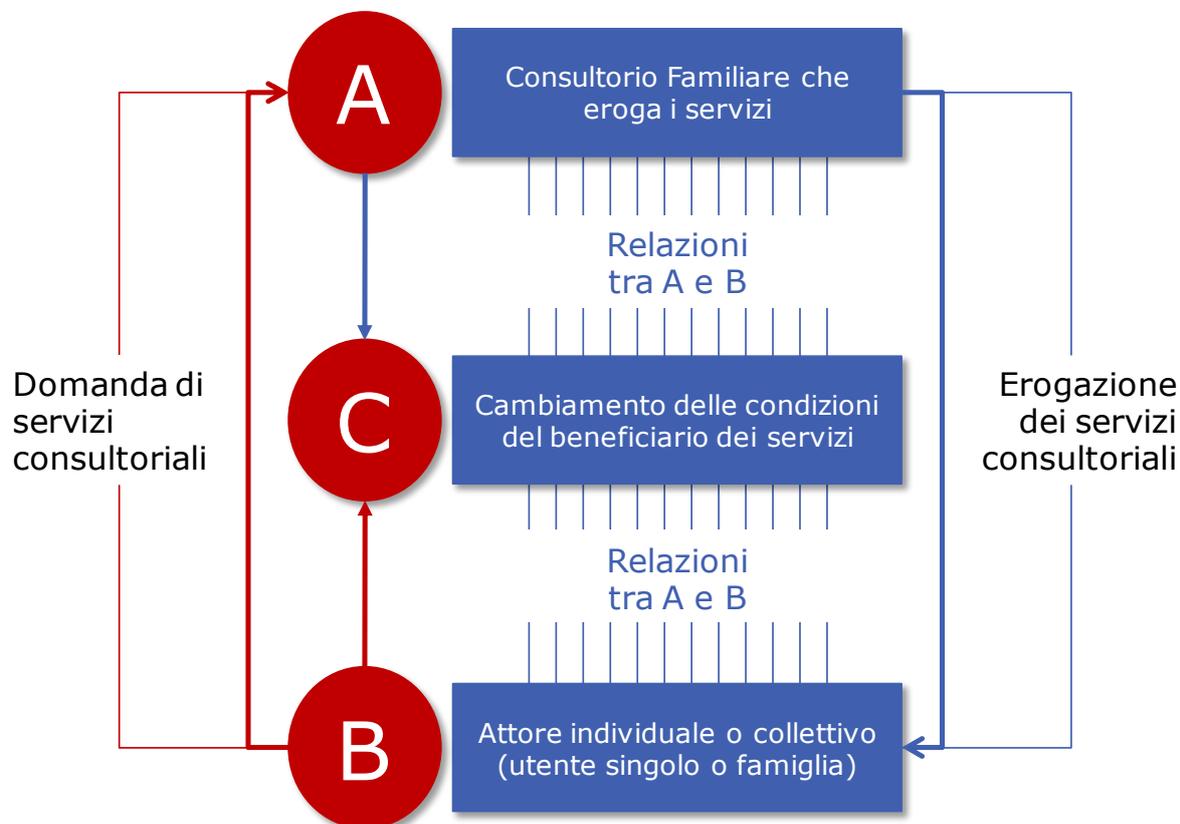
■ Preservativo (condom) ■ Coito interrotto ■ Pillola

#### 4.2.6 I Consulitori Familiari

Il Consultorio familiare è l'unico servizio socio-sanitario offerto alla famiglia nella sua interezza. I rapidissimi cambiamenti economici, sociali e culturali hanno portato a dei mutamenti degli stili di vita, che hanno influito in maniera critica sui diversi nuclei familiari. Le trasformazioni che hanno investito la nostra società, hanno messo in luce profondi cambiamenti di carattere strutturale, anche nell'organizzazione familiare, nei rapporti tra i partners, all'interno delle reti familiari, nella mentalità e negli stili di vita delle persone. Anche nella realtà della nostra Regione, la famiglia ha dovuto far fronte ad una crescita delle attese dei soggetti che la compongono, delle sollecitazioni derivanti dal crescente impegno lavorativo della coppia, delle esigenze di cura e di assistenza derivanti dall'invecchiamento della popolazione, delle attrazioni provenienti dalla sfera del tempo libero e del consumo, delle situazioni di crisi soprattutto presenti nell'età giovanile e nelle circostanze di disgregazione dell'unità familiare, delle difficoltà economiche ed in parallelo al calo delle nascite. Tutto ciò contribuisce a far emergere il bisogno della famiglia di essere sostenuta nelle sue peculiarità di soggetto e capitale sociale relazionale. Già nel 2005 la Regione del Veneto con un atto di indirizzo aveva inteso dare precise e puntuali indicazioni sull'identità del Consultorio Familiare e sulle relative finalità e funzioni, in un'ottica di programmazione territoriale per evitare sovrapposizioni o carenze nell'offerta di servizi, consentendo un uso corretto della spesa sociosanitaria. Dopo alcuni anni nel corso dei quali è stata data attuazione al citato atto di indirizzo, riconoscendone piena attualità, si tratta ora di fare un passo ulteriore volto a consentire che finalità, funzioni e collocazione nell'ambito della programmazione territoriale possano pienamente esprimersi attraverso un Consultorio Familiare che possa operare quale *servizio relazionale*. Il Consultorio Familiare è infatti un Servizio territoriale pubblico di prevenzione, consulenza ed assistenza rivolto al singolo, alla coppia ed alla famiglia. Gli interventi consultoriali possono essere di tipo psicologico, sociale, educativo e/o ostetrico-ginecologico, inerenti la salute dell'età infantile, degli adolescenti, della donna in tutte le fasi della vita e della famiglia. Il lavoro principale dei servizi consultoriali, in effetti, è quello con la relazione, fluttuando continuamente tra diversi livelli di rappresentazioni che riguardano ora la relazione genitoriale, ora la relazione filiale, ora la relazione di coppia, ora la relazione del singolo, in un complesso scambio di relazioni interne ed esterne della famiglia. Quando si prende in carico un singolo, una coppia, in realtà è come se si prendesse in carico tutta la famiglia. Lavorando infatti sui problemi connessi all'affettività, alla genitorialità, ad esempio, si lavora sulla rappresentazione in scena della famiglia, indipendentemente dal fatto che tutti i componenti siano presenti. Occorre, ancora, sottolineare come sia indispensabile investire energie nel sostenere e sviluppare le funzioni genitoriali, oggi sempre più fragili. La fragilità nella genitorialità

porta ad attaccamenti insicuri, a difficoltà nei processi di separazione-individuazione, ad una adolescenza difficile, all'incapacità, diventati adulti, di assumere una vera funzione generativa.

Schema del Consultorio come "servizio relazionale"



440

Molti investimenti in termini economici sono stati indirizzati e lo sono tuttora, all'area più ampia del sostegno alla neogenitorialità ed alla genitorialità, sia in termini di prevenzione che di sostegno e cura, focalizzando gli interventi soprattutto nell'ambito del sostegno alla nascita con percorsi ed attività prima del concepimento, durante e dopo, fino al compimento del primo anno del bambino, e nell'ambito del sostegno alle famiglie soprattutto nello svolgimento delle funzioni genitoriali, nei compiti di cura e di educazione dei figli.

#### *Lo stato attuale dei Consultori Familiari*

Il quadro socio-demografico evidenzia le profonde e radicali trasformazioni che sono avvenute e stanno avvenendo all'interno della popolazione veneta nel corso degli ultimi anni, che inevitabilmente hanno risvolti e devono trovare risposte nella pianificazione degli interventi sociali e sanitari regionali. Il Consultorio Familiare, servizio ad alta integrazione socio-sanitaria, è da sempre considerato dalla Regione del Veneto un

osservatorio privilegiato proprio delle strutture familiari e delle loro problematiche, seguendo la famiglia in tutte le sue fasi del ciclo di vita. Ecco che allora il servizio consultoriale, per rispondere ad una domanda e ad un'utenza molto variegata, mette in atto interventi che vanno dalla diagnosi e cura ginecologica, psicologica e diagnosi e presa in carico sociale, alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria con attività educative. Nel'arco di trentacinque anni, dato che la loro istituzione risale al 1975, i Consultori Familiari pubblici hanno acquisito una posizione considerevole nella rete delle risorse pubbliche disponibili per le famiglie, assumendo un ruolo sempre più importante nella risposta ai nuovi bisogni connessi all'evoluzione della famiglia veneta. Grazie alla rilevazione annuale attuata dalla Regione del Veneto, è possibile avere un quadro sempre aggiornato della situazione, delineando aspetti qualitativi e quantitativi relativi al funzionamento di tali servizi. Considerando sia l'offerta pubblica che quella privata, nel 2010 i Consultori offrono sul territorio veneto un servizio dislocato in ben 141 sedi diverse, con numero medio di abitanti per sede pari a 34.272, decisamente al di sotto dello standard regionale fissato tra i 40.000 e i 50.000 abitanti. In particolare, la rete dei Consultori Familiari pubblici risulta ben radicata nel territorio. Sono 114 le sedi consultoriali presenti nelle 21 Aziende ULSS venete, per un totale di 42.389 abitanti per ciascuna sede. L'orario di apertura al pubblico settimanale è di circa 37 ore, per un totale di 5 giorni alla settimana, compresi 3 pomeriggi. Poco più di un quinto delle sedi apre anche al sabato mattina, mentre meno di un quarto anche in orario serale.

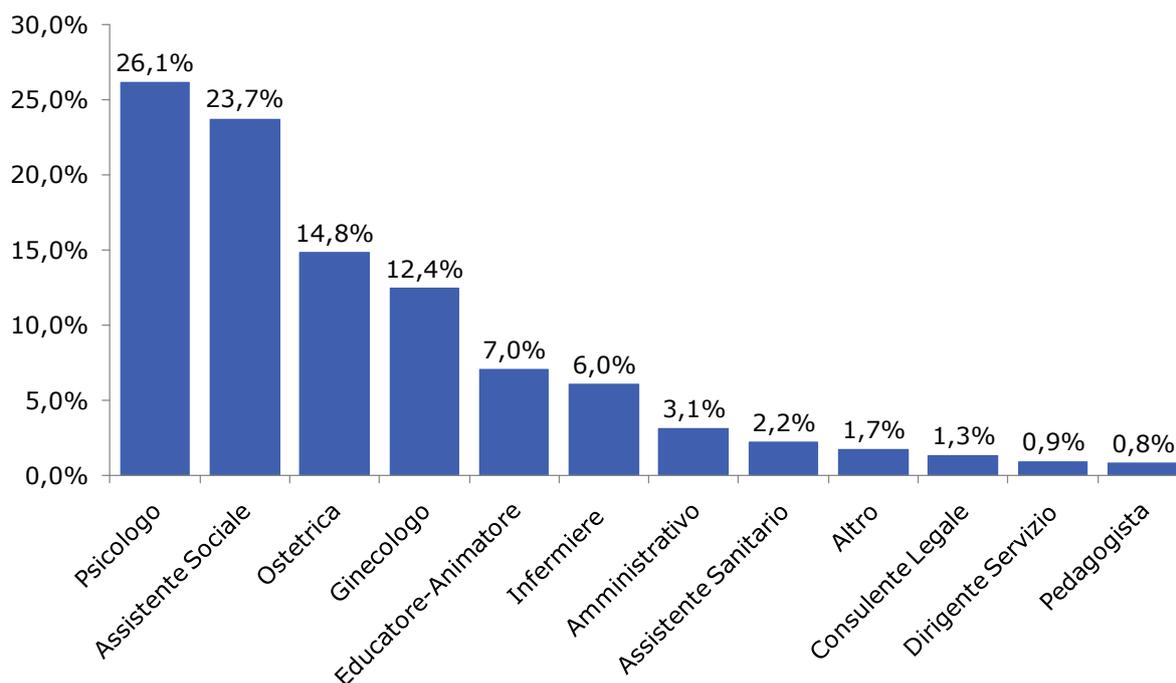
441

### *Il Personale*

Il personale operante presso i Consultori Familiari pubblici nell'anno 2009, consta di 744 professionisti (ossia a 540 operatori equivalenti), la maggior parte dei quali sono Psicologi (26,1%) e Assistenti Sociali (23,7%); la categoria delle ostetriche rappresenta il 14,8% e quella dei medici- ginecologi il 12,4%. Il peso del profilo professionale degli psicologi e degli assistenti sociali è uno degli effetti della sempre maggior richiesta da parte dell'utenza di prestazioni finalizzate al sostegno di problematiche connesse alle relazioni psicologiche e sociali. I medici ginecologi, le ostetriche e gli infermieri, invece, sono andati via via diminuendo in peso percentuale ma non in numero assoluto. Decisamente aumentato risulta anche il numero di figure quali l'educatore, l'addetto all'assistenza, il pedagogo, così come, anche se in misura inferiore, il personale amministrativo di supporto. Del numero totale di operatori, il 19% circa si occupa della tutela minori. Ciò significa che ogni operatore che rientra in questa percentuale, mediamente, spende circa la metà delle proprie ore settimanali in tale ambito lavorativo. Per quanto concerne le attività di prevenzione e di sostegno, negli anni 2008-2009, in tutte le Aziende ULSS i Consultori Familiari hanno svolto attività di prevenzione e di

sostegno, con una prevalenza negli ambiti dell'educazione socio affettiva e sessuale, del percorso nascita e del percorso 0-3 anni. Nel 2009 i Consulteri Familiari hanno erogato complessivamente 731.384 prestazioni, delle quali oltre il 60% nell'area sanitaria, il 19,2% nell'area psico-sociale a mandato istituzionale, il 17,8% sempre nell'area psico-sociale ma senza mandato.

Personale operante presso i Consulteri Familiari pubblici nel Veneto nell'anno 2009

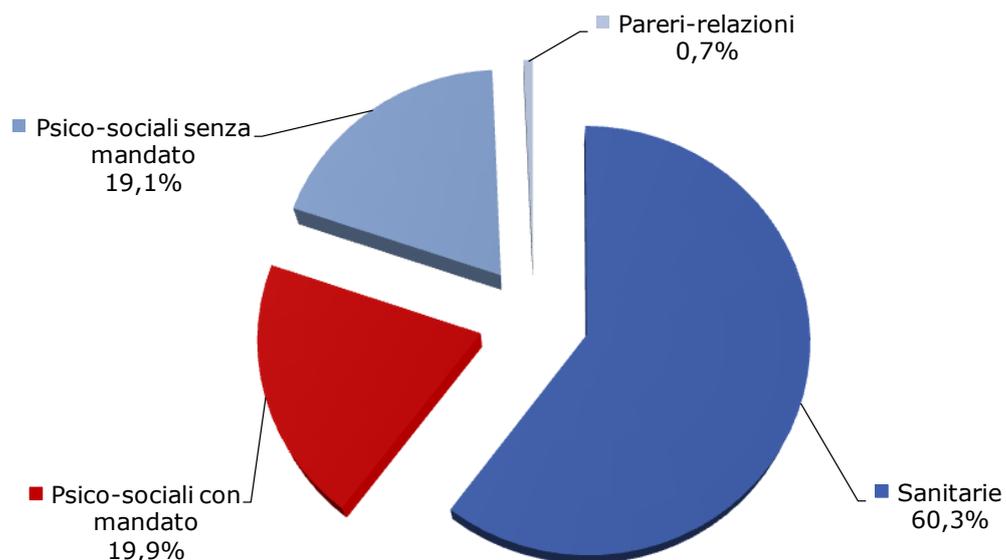


442

Nel 2009, come negli anni immediatamente precedenti, la maggior parte delle prestazioni a carattere sanitario afferiscono all'area della procreazione (47,4%) e della contraccezione (28,5%). L'area ostetrico-ginecologica che richiede il maggior numero di prestazioni per utente è quella della procreazione. Seguono l'area della contraccezione e della menopausa. Le prestazioni a carattere psicologico-sociale hanno subito un ulteriore e marcato aumento rispetto all'anno precedente. La maggioranza delle prestazioni a carattere psico-sociale, pari al 52,7% ha riguardato le prestazioni a mandato istituzionale, soprattutto nell'ambito delle problematiche minorili e dell'affido. Nelle prestazioni senza mandato istituzionale prevale invece l'area delle difficoltà relazionali della famiglia, 34,3% e dell'individuo 25,2%. In media i casi dell'area psico-sociale richiedono un trattamento più intenso rispetto all'area sanitaria, in particolare nel caso in cui vi sia un mandato istituzionale, come nel caso delle problematiche minorili e della disponibilità all'affido e agli affidi etero familiari. Come si evince dai dati perciò, ai

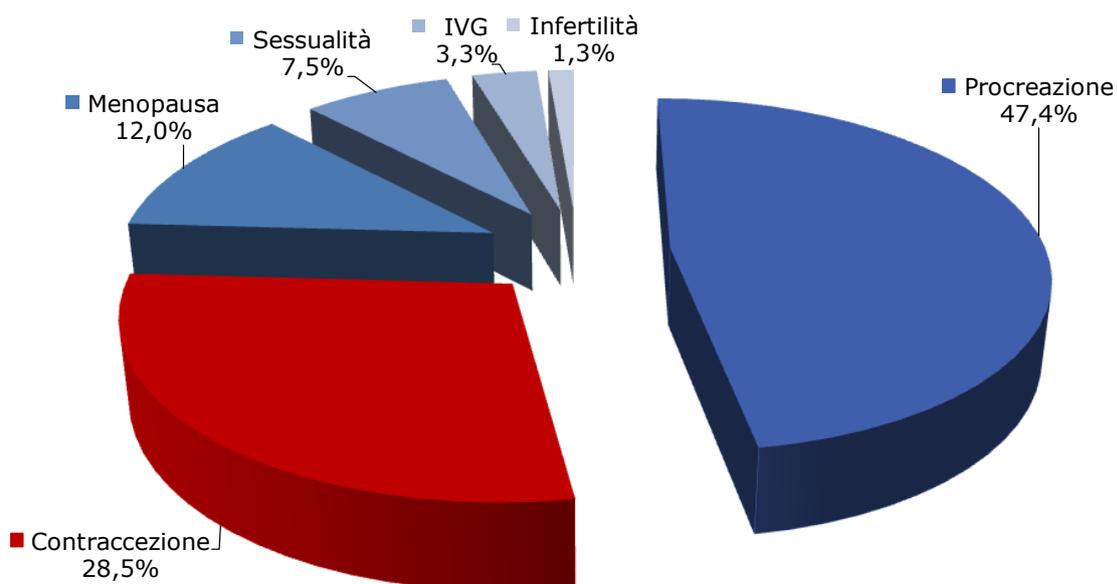
Consultori Familiari è stato chiesto un sempre maggiore impegno orientato a comprendere e sostenere le famiglie rispetto a problemi emergenti di particolare complessità, proprio sul fronte emotivo-relazionale.

Consultori Familiari nel Veneto: prestazioni per area (anno 2009)

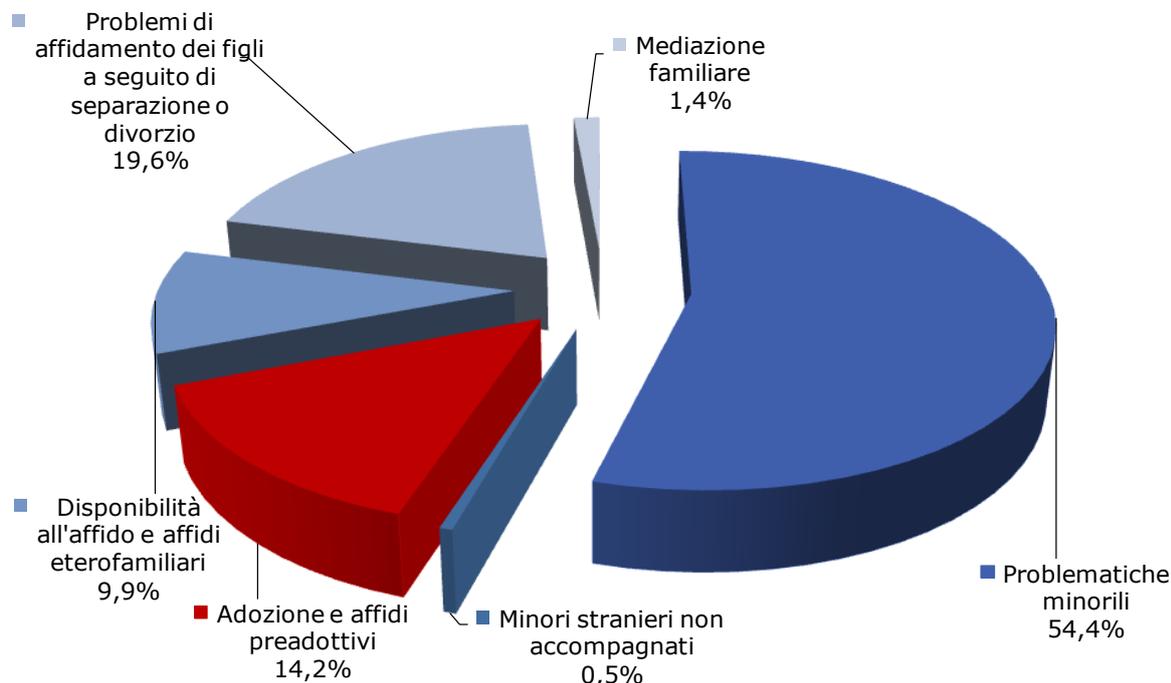


443

Consultori Familiari nel Veneto: prestazioni ostetrico-ginecologiche (anno 2009)



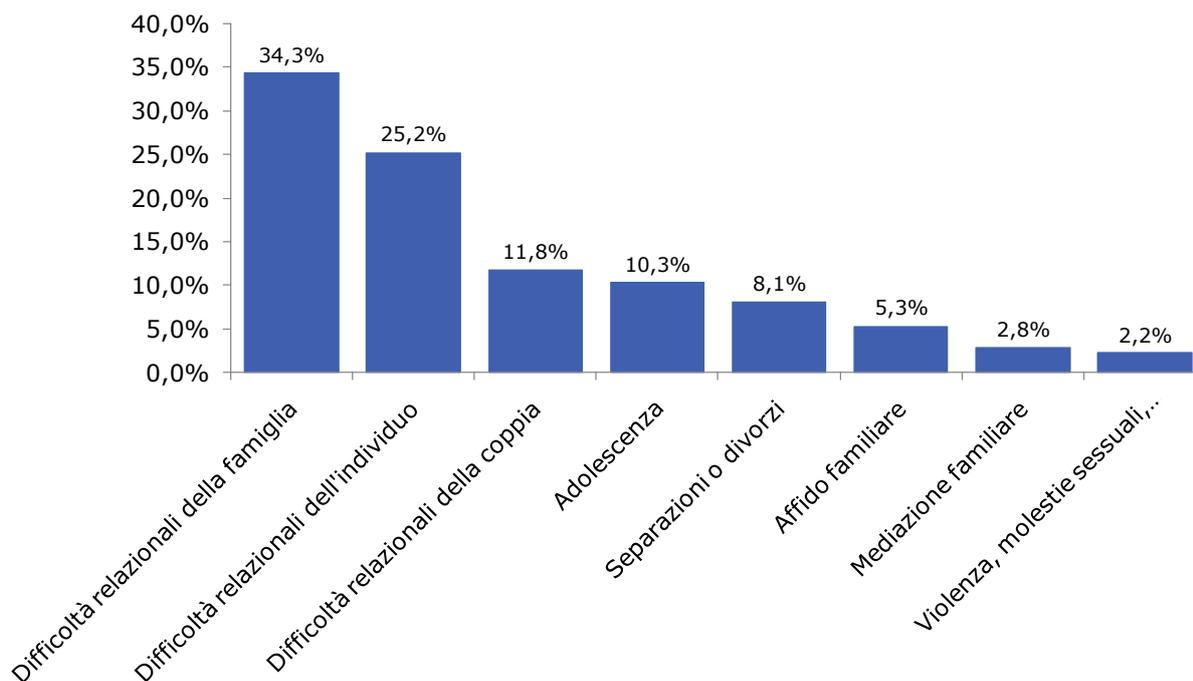
Consultori Familiari nel Veneto: prestazioni psico-sociali.  
Area con mandato (anno 2009)



444

Da rilevare che circa l'88% degli utenti dei Consultori Familiari proviene dai Comuni della medesima Azienda ULSS in cui è collocato il servizio.

Consultori Familiari nel Veneto: prestazioni psico-sociali.  
Area senza mandato (anno 2009)



*I Consultori Familiari Privati autorizzati*

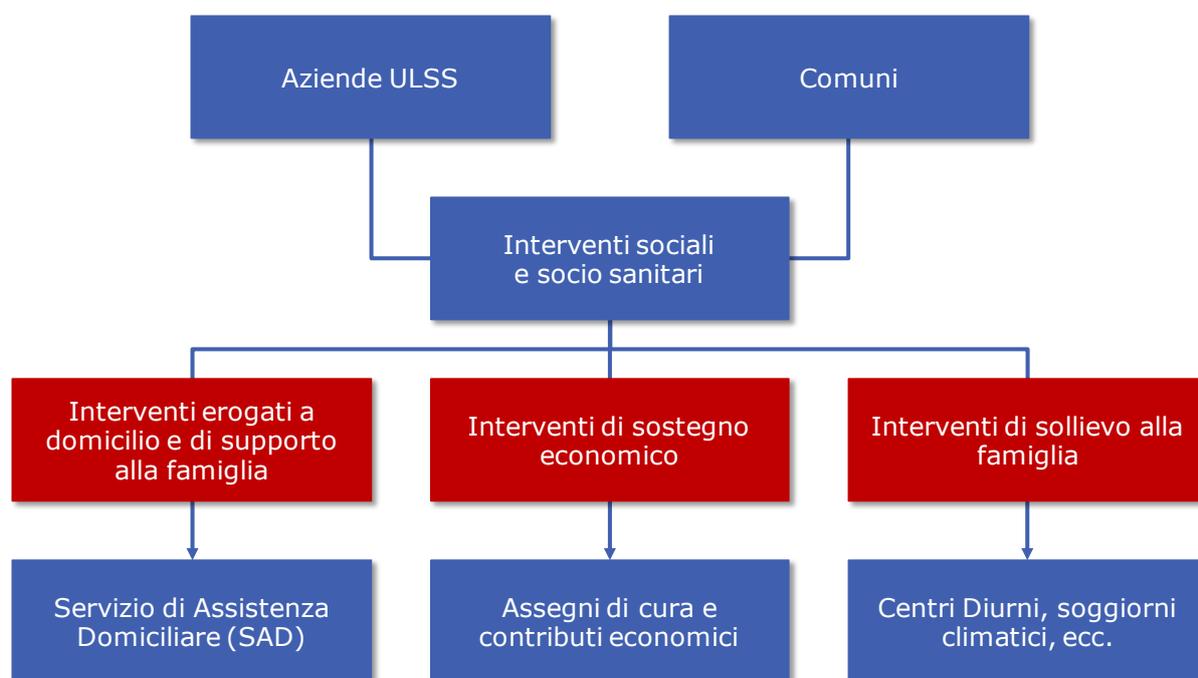
I 27 i Consultori Familiari Privati autorizzati e attivi sul territorio del Veneto sono gestiti prevalentemente da associazioni del privato sociale. Le attività svolte dai Consultori Privati sono prevalentemente di carattere formativo ed educativo e riguardano soprattutto l'ambito psicologico e relazionale del singolo, della coppia e della famiglia. Il Consultorio Familiare Privato si affianca a quello pubblico quindi, strutturandosi nel tempo come servizio rivolto alle famiglie per accompagnarle nelle tappe di crescita evolutiva e per sostenerle nei momenti di particolare criticità, anche con strumenti di mediazione familiare. La maggior parte dei Consultori Familiari Privati in Veneto ha collaborazioni formalizzate con Enti e associazioni del territorio di pertinenza, in particolare con i Comuni, le Aziende ULSS e il mondo della scuola.

### 4.3 Anziani e disabili

#### *Persone anziane*

Nel Veneto viene attentamente considerata l'importanza di mantenere l'anziano nel proprio ambiente familiare e nel proprio contesto abitativo e sociale. Nel nostro territorio si rileva infatti una tendenza diffusa delle famiglie ad accudire in casa le persone in condizione di non autosufficienza. La Regione del Veneto ha perciò facilitato questo orientamento, in considerazione del suo alto valore umano e civile, assecondando la permanenza della persona anziana al proprio domicilio e riservando l'accoglienza residenziale alle persone non altrimenti assistibili, garantendo allo stesso tempo la qualità e l'appropriatezza degli interventi, nonché l'accessibilità e la sostenibilità economica dei servizi.

Non autosufficienti: interventi sociali e socio sanitari nel Veneto



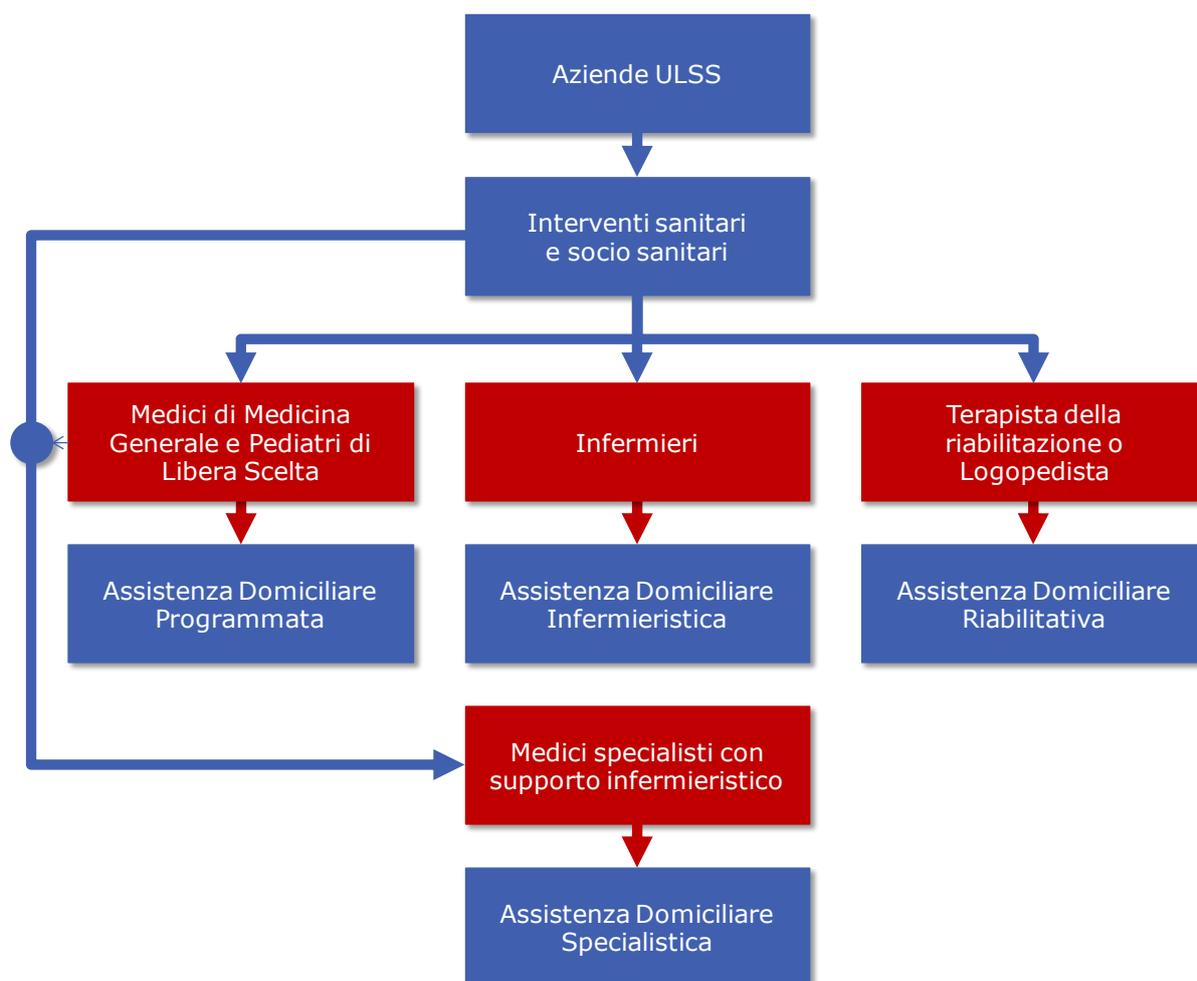
Le politiche di promozione della domiciliarità si fondano in una visione unitaria dei bisogni e delle esigenze delle persone e sono costituite da un insieme di opportunità date ai cittadini e alle famiglie di accedere a interventi di natura sociale, socio-sanitaria e sanitaria, per sostenere la scelta della permanenza a domicilio della persona in condizione di dipendenza assistenziale. Si tratta di un sistema di offerta nel quale l'integrazione tra le diverse componenti si realizza nell'incontro tra diverse responsabilità. Sotto il profilo istituzionale l'integrazione si fonda sulla messa in rete di risorse economiche, di servizi, di professionalità, di percorsi diagnostici e assistenziali di tipo

sanitario e di tipo socio-assistenziale. L'insieme di politiche di sostegno della domiciliarità si caratterizza nell'offerta ai cittadini anziani e alle loro famiglie di tre aree di intervento: a) interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia; b) interventi di sostegno economico; c) interventi di sollievo alla famiglia.

#### *Interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia*

Tra gli interventi erogati a domicilio il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), ha l'obiettivo di aiutare la persona nel disbrigo delle attività quotidiane sollevando in parte la famiglia dal carico assistenziale (ad esempio: igiene degli ambienti, servizio di lavanderia, preparazione dei pasti, igiene della persona, disbrigo di commissioni, trasporto, ecc.). Si tratta di un Servizio che rientra negli ambiti sociale e socio sanitario e non va confuso con l'Assistenza Domiciliare Integrata che fa parte invece degli interventi sanitari e socio sanitari secondo lo schema sotto rappresentato.

#### Assistenza Domiciliare: interventi sanitari e socio sanitari per tipologia di professionisti



Con assistenza domiciliare integrata (ADI), vengono erogate prestazioni domiciliari da parte di figure professionali sanitarie e sociali integrate fra loro (medico di medicina generale, infermiere, fisioterapista, assistente sociale, medico specialista ecc.), secondo un intervento personalizzato definito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVM) competente per territorio (Ad esempio: servizio di riabilitazione, servizio infermieristico, servizio medico - visite programmate, ecc.).

Tipologie di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)				
Profilo A	Profilo B	Profilo C	Profilo D	Profilo E
Assistenza domiciliare riabilitativa eventualmente integrata con intervento sociale	Assistenza domiciliare infermieristica eventualmente integrata con intervento sociale	Assistenza domiciliare programmata eventualmente integrata con intervento sociale	Assistenza domiciliare ad altra integrazione sociosanitaria (ADIMED)	Assistenza Ospedaliera a domicilio ADI-HR
ADI Profilo A	ADI Profilo B	ADI Profilo C	ADIMED	ADI-HR
Altre tipologie di Assistenza Domiciliare				
Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)		Cure Palliative domiciliari		Assistenza domiciliare ventilatoria

Tornando all'ambito sociale, presupposto dell'intervento è la presa in carico sociale, che comporta interventi di valutazione, consulenza, orientamento, raccordo con le risorse solidaristiche pubbliche e private del territorio, attivazione di prestazioni proprie, indicazioni per l'accesso ad altre risorse.

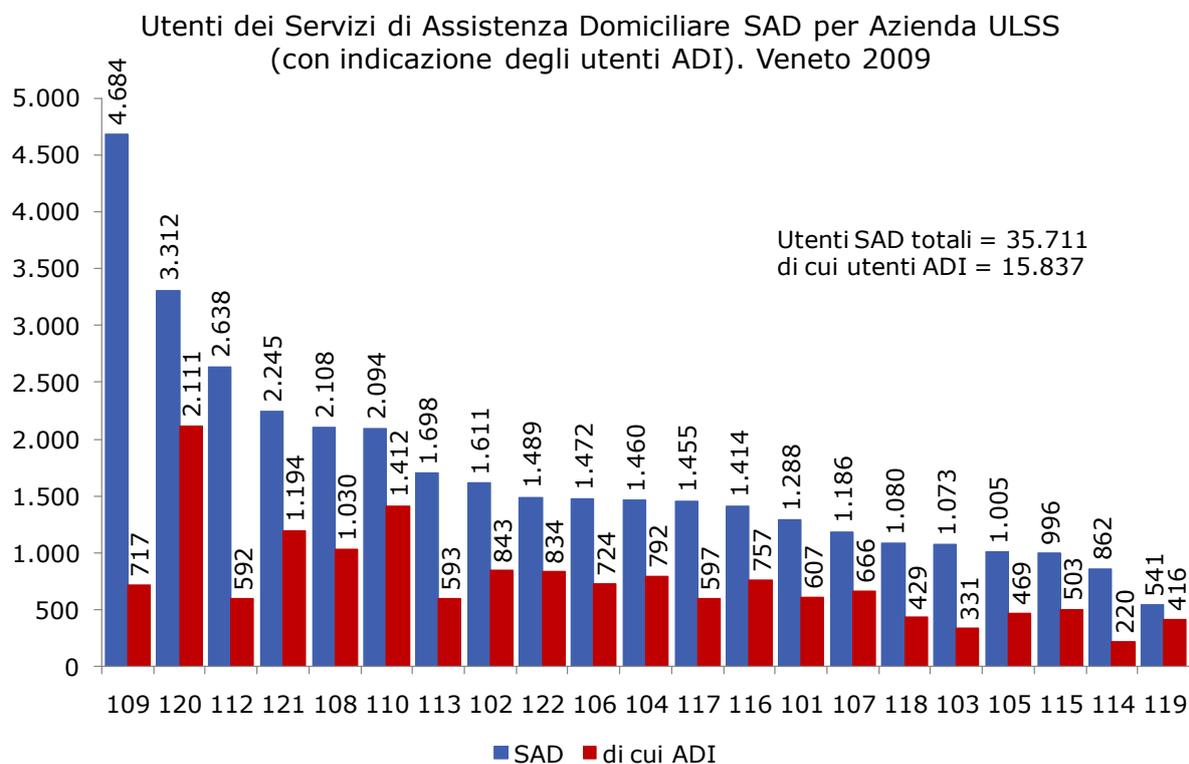
448

Trend del numero degli utenti (compresi disabili) del Servizio di Assistenza Domiciliare. Veneto 2004-2009.  
Fonte: ARSS Agenzia Regionale Socio Sanitaria



\* I numeri sotto agli anni sono i riferimenti deliberativi da cui sono stati estratti i dati (escluso 2007).

La presa in carico è esercitata dal Servizio Sociale Professionale, la cui funzione appartiene al Servizio sociale dei Comuni (gestito in forma diretta o delegata a Aziende ULSS, Comunità montane o Unioni di Comuni). Il Servizio sociale professionale esercita la funzione di raccordo degli interventi e delle risorse sociali, socio sanitarie e assistenziali attivabili nella definizione del progetto individualizzato. In tale ambito i Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD) sono servizi di carattere socio-assistenziale in senso stretto, di competenza istituzionale e finanziaria dell'Ente Locale (con possibilità di delega all'Azienda ULSS secondo il contenuto del Piano di Zona) di natura assistenziale non collegati a condizioni patologiche e pre-patologiche a rischio di alterazione permanente sia fisica che psichica. Questi servizi sono finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel contesto di relazione. Vengono anche forniti servizi di sostegno al caregiver (persona che si prende cura del soggetto ammalato o non autosufficiente).



Le prestazioni che si erogano sono fornite direttamente dal Comune (salvo la delega all'Azienda ULSS) ed in genere comprendono: fornitura pasti, aiuto domestico, trasporto, sostegno psico-sociale e di ri-socializzazione.

#### *Interventi di sostegno economico*

L'Assegno di Cura è lo strumento unitario di sostegno economico alle persone prive di autonomia assistite in famiglia, e alle loro famiglie. L'Assegno di Cura, a partire dal 2007,

ha riunito i precedenti interventi economici, ovvero: a) il sostegno delle famiglie che assistono congiunti affetti da malattia di Alzheimer o altre gravi demenze; b) il contributo alle famiglie che si fanno in carico di assistere a casa persone non autosufficienti ricorrendo all'aiuto di assistenti familiari (Badanti); c) il contributo riconosciuto tramite i Comuni e complementare al servizio domiciliare al centro diurno.

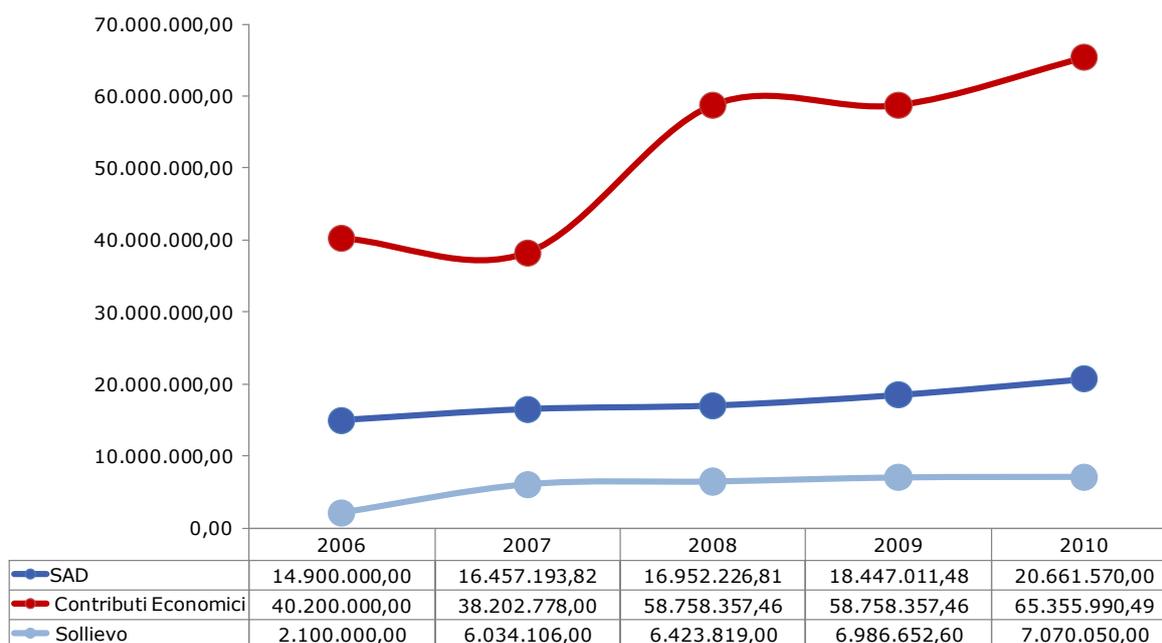
Azienda ULSS di riferimento	2008			2009		
	Beneficiari Assegno di cura			Beneficiari Assegno di cura		
	Totale	di cui con assegno "Alzheimer"	di cui con maggiorazione "badanti"	Totale	di cui con assegno "Alzheimer"	di cui con maggiorazione "badanti"
101	485	45	79	460	124	131
102	460	70	82	405	78	120
103	728	115	92	670	183	129
104	629	81	91	656	133	132
105	754	88	66	738	196	100
106	1.121	152	143	1.147	297	252
107	1.138	204	149	1.111	301	255
108	1.152	179	107	1.180	356	170
109	1.808	326	216	1.837	508	333
110	1.459	330	180	1.459	502	306
112	1.785	324	255	1.803	537	454
113	1.670	258	174	1.594	416	277
114	1.259	157	97	1.166	218	131
115	1.873	227	200	1.831	328	316
116	1.833	279	256	1.818	441	463
117	1.582	97	119	1.411	75	179
118	1.785	297	124	1.752	406	219
119	838	88	40	850	209	69
120	1.859	256	187	1.972	339	347
121	1.061	188	66	985	298	128
122	1.024	180	99	1.066	275	191
<b>Totale</b>	<b>26.303</b>	<b>3.941</b>	<b>2.822</b>	<b>25.911</b>	<b>6.220</b>	<b>4.702</b>

#### Interventi di sollievo alla famiglia

Dal 2001 la Regione del Veneto ha dato avvio ad un percorso sperimentale finalizzato all'introduzione nel Veneto di particolari forme di sostegno a favore delle famiglie impegnate nell'assistenza in casa di persone (anziane o disabili) in condizione di non autosufficienza. Tali formule, qualificate come "buono servizio" e "buono sollievo"

consentono alle famiglie di ricorrere a ricoveri temporanei dal proprio congiunto assistito ovvero di fruire di servizi integrativi rispetto a quelli garantiti dal sistema assistenziale della domiciliarità. Questa tipologia di intervento, che nasceva con la ratio di rispondere con tempestività a bisogni urgenti, viene oggi realizzata in modo diverso da Azienda ad Azienda, anche in considerazione delle diverse caratteristiche territoriali.

Finanziamento dei servizi sociali per la domiciliarità.  
Trend 2001-2010 (Fonte ARSS Agenzia Regionale Socio sanitaria)



451

### *Telesoccorso e telecontrollo*

La Regione del Veneto ha attivato da tempo un sistema di telesoccorso e telecontrollo, in accordo con i Comuni e le Aziende ULSS. Il servizio funziona a mezzo telefono mediante Centro Operativo funzionante 24 ore su 24. Con il telecontrollo, il Centro si mette in contatto con l'utente, anche più volte alla settimana, per conoscere le sue condizioni e per accertare che l'apparecchio sia funzionante. A sua volta ogni utente può mettersi in contatto con il Centro per qualsiasi necessità. Ad ogni chiamata, previo controllo, il Centro provvede, con immediatezza, ad interessare la competente struttura, sia che si tratti di necessità mediche, infermieristiche, domestiche o sociali. Con il telesoccorso ogni utente è dotato di un mini-apparecchio provvisto di un pulsante che, se premuto, fa scattare un segnale d'allarme al Centro Operativo. Il Centro, in questo caso, è in grado di agire immediatamente e attivare tempestivamente un intervento urgente. Tra il 2006 e il 2009 gli utenti collegati in corso d'anno sono aumentati da 26.040 a 28.161, con un incremento di circa l'8% in 3 anni.

*Non autosufficienza: residenzialità e semiresidenzialità*

Negli ultimi dieci anni si è sviluppata una complessa rete di offerta residenziale e semiresidenziale caratterizzata da un'elevata integrazione socio-sanitaria, una significativa diffusione a livello territoriale e un'alta qualificazione nel rispetto di requisiti strutturali e qualitativi definiti a livello regionale. Dal primo luglio 2007 le Aziende ULSS rilasciano l'impegnativa di residenzialità alle persone non autosufficienti. Queste sono inserite nella graduatoria del Registro Unico di residenzialità, articolata secondo il Centro di Servizio prescelto dalla persona e secondo il livello di intensità assistenziale definito nel progetto individuale approvato dalla Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale. L'emissione dell'impegnativa di residenzialità per l'accesso ai livelli assistenziali comporta il riconoscimento della quota di rilievo socio-sanitario regionale così come determinata con apposito provvedimento annuale della Giunta Regionale, e deve essere richiesta all'Azienda ULSS di residenza del cittadino e in ogni caso da quella in cui risulta iscritto nei registri anagrafici al momento dell'ingresso in struttura. Sulla base di un fabbisogno stimato sulla base della popolazione residente sono state programmate e assegnate complessivamente alle Aziende ULSS 23.496 impegnative per l'anno 2008, 23.768 per l'anno 2009 e 23.825 per l'anno 2010. Tali impegnative vengono distinte in: a) impegnative di 1° livello, ossia relative all'assistenza di intensità sanitaria ridotta/minima, che costituiscono circa il 83% delle impegnative; b) in impegnative di 2° livello, ossia relative all'assistenza di intensità sanitaria media, che costituiscono il restante 17%.

452

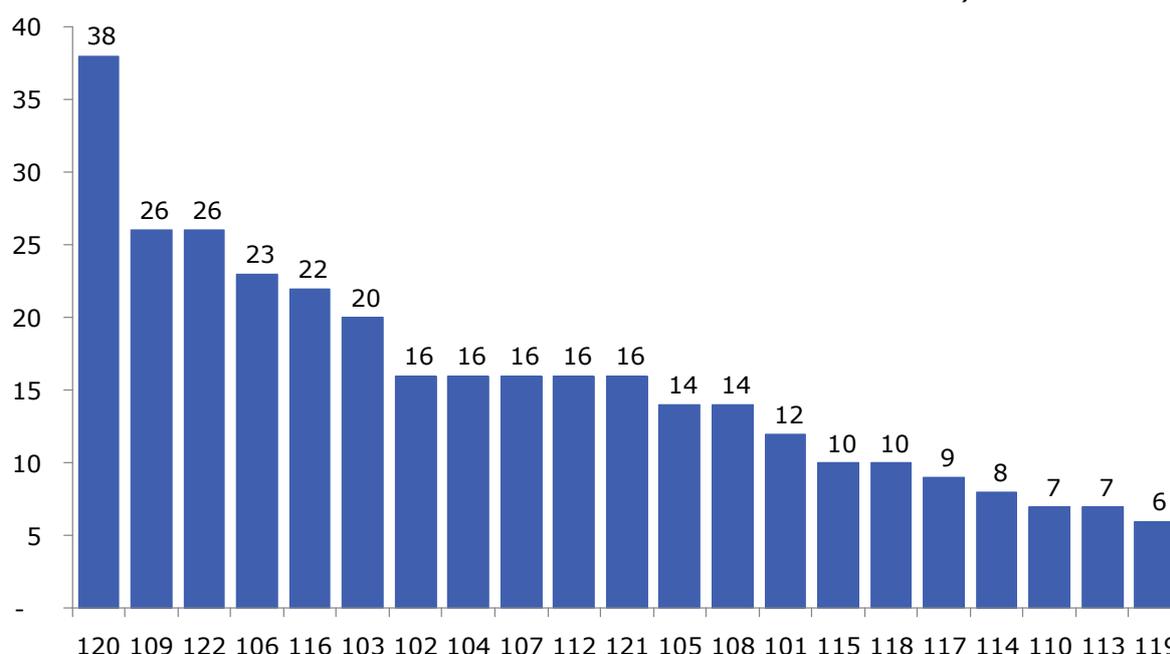
Assegnazione impegnative di residenzialità nel Veneto				
Tipologia impegnativa	2007	2008	2009	2010
1° Livello	19.197	19.530	19.802	19.859
2° Livello	3.851	3.966	3.966	3.966
Totale	23.048	23.496	23.768	23.825

Ai fini della programmazione locale, ogni ambito territoriale dispone di una dotazione di posti autorizzati all'esercizio per l'accoglienza delle persone non autosufficienti, in Centri di Servizio, che con formule temporali differenziate sono in grado di assicurare diversi livelli di risposte assistenziali a carattere socio sanitario. Tali posti sono oggetto di

accreditamento secondo la normativa regionale. Il Centro di Servizio è un servizio residenziale socio-sanitario, che offre a persone non autosufficienti, di norma anziani, assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera organizzate in base alla specifica Unità di Offerta (U.d.O.). All'interno dei Centri di Servizio l'assistenza socio-sanitaria può essere organizzata in due Unità di Offerta ben distinte in base all'intensità del carico assistenziale di cui gli ospiti necessitano:

- la prima è definita Unità di offerta per persone anziane non autosufficienti con ridotto-minimo bisogno assistenziale;
- la seconda è definita Unità di offerta per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale. Vi fanno riferimento anche gli ospiti affetti da patologia Alzheimer.

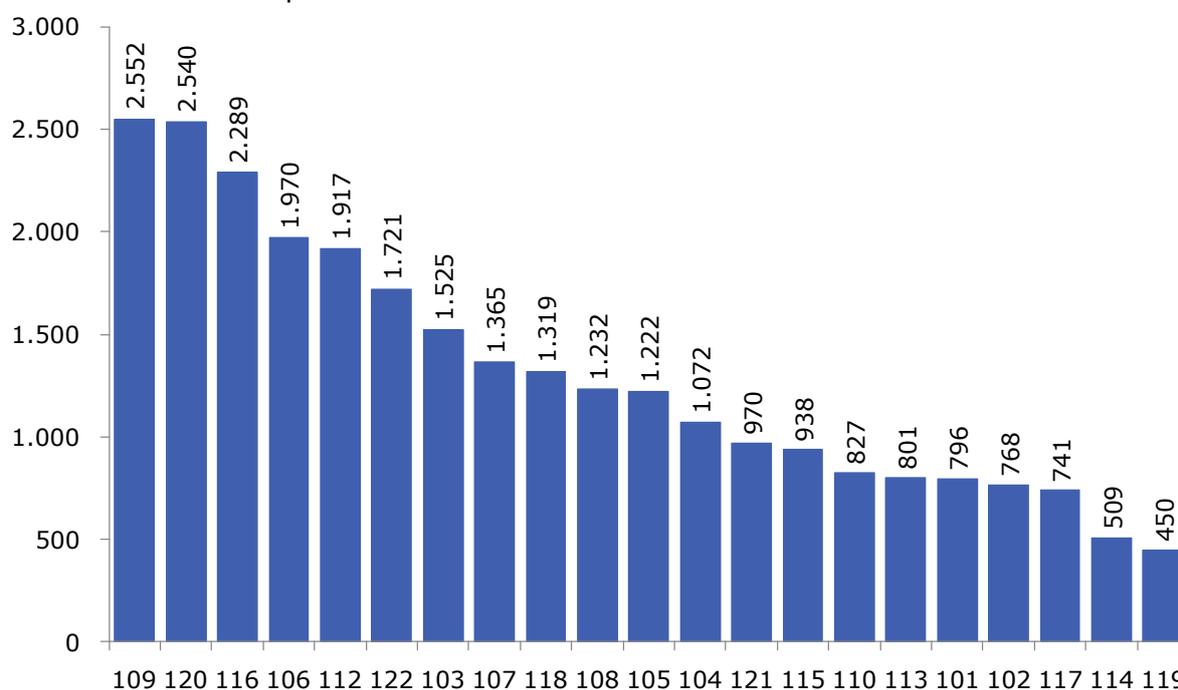
Numero Centri di Servizio per Azienda ULSS del Veneto nell'anno 2009. (N.B.: Sono state conteggiate come "Centro di Servizio" anche le strutture con una sola Unità di Offerta attiva)



Secondo i dati più recenti, riferiti al 2009, sono complessivamente 332 i Centri di Servizio autorizzati nella Regione del Veneto, per un totale di 27.524 posti letto. Dal punto di vista organizzativo i Centri di Servizio di residenzialità territoriale si articolano in moduli organizzativi, in funzione della tipologia di servizio erogata, atti ad assicurare efficienza ed efficacia nella organizzazione della risposta assistenziale. I posti dedicati alla residenzialità territoriale devono essere realizzati secondo gli standard strutturali ed organizzativi in relazione alla tipologia di servizio e sono fruibili per le seguenti funzioni:

- Accoglienza di lungo periodo di persone anziane non autosufficienti per interventi assistenziali di intensità di primo e/o secondo livello;
- Accoglienza per interventi assistenziali finalizzati alla realizzazione del servizio Alta Protezione Alzheimer;
- Accoglienza per interventi assistenziali finalizzati alla realizzazione del servizio Stati Vegetativi Permanenti;
- Accoglienza temporanea per interventi di sollievo alle famiglie e per situazioni di emergenza sociale.

Numero posti letto in Centri di Servizio per Azienda ULSS del Veneto nell'anno 2009.



454

Dai dati rilevati nel 2009 presso i Centri di Servizio di ciascun ambito territoriale risultano complessivamente disponibili nel sistema di offerta residenziale 31.865 posti letto distribuiti nelle seguenti tipologie di offerta:

- 305 Unità di Offerta relative all'assistenza di intensità ridotta/minima (1 livello), con 21.939 posti letto;
- 121 Unità di Offerta relative all'assistenza di intensità media (2 livello), con 5.270 posti letto;
- 14 Sezioni Alta Protezione Alzheimer, con 150 posti letto;
- 24 Sezioni di Stati Vegetativi Permanenti, con 165 posti letto.

Distribuzione dei Centri di Servizio e dei relativi posti per anziani non autosufficienti. Veneto Anno 2009									
Azienda ULSS	Residenzialità di 1° Livello		Residenzialità di 2° Livello		Sezione Alta Protezione Alzheimer (SAPA)		Stati Vegetativi Permanenti (SVP)		Totale
	Numero Unità di Offerta	Posti letto	Numero Unità di Offerta	Posti letto	Numero Unità di Offerta	Posti letto	Numero Unità di Offerta	Posti letto	
101	12	738	2	48	1	10	0	0	796
102	16	734	1	24	1	10	0	0	768
103	18	1.172	6	345	0	0	1	8	1.525
104	14	810	6	246	1	10	1	6	1.072
105	14	934	7	272	1	10	1	6	1.222
106	20	1.623	8	337	0	0	1	10	1.970
107	15	1.153	5	192	1	10	2	10	1.365
108	13	990	9	222	1	10	2	10	1.232
109	26	1.824	7	701	1	15	2	12	2.552
110	7	589	3	218	1	10	1	10	827
112	15	1.387	14	503	1	15	3	12	1.917
113	7	734	3	63	0	0	1	4	801
114	7	413	3	90	0	0	1	6	509
115	10	710	6	192	2	20	2	16	938
116	17	1.890	6	375	0	0	1	24	2.289
117	6	531	6	200	1	10	0	0	741
118	10	940	5	365	1	10	1	4	1.319
119	6	398	2	48	0	0	1	4	450
120	32	2.004	14	525	0	0	2	11	2.540
121	16	912	2	48	1	10	0	0	970
122	24	1.453	6	256	0	0	1	12	1.721
<b>Totale</b>	<b>305</b>	<b>21.939</b>	<b>121</b>	<b>5.270</b>	<b>14</b>	<b>150</b>	<b>24</b>	<b>165</b>	<b>27.524</b>

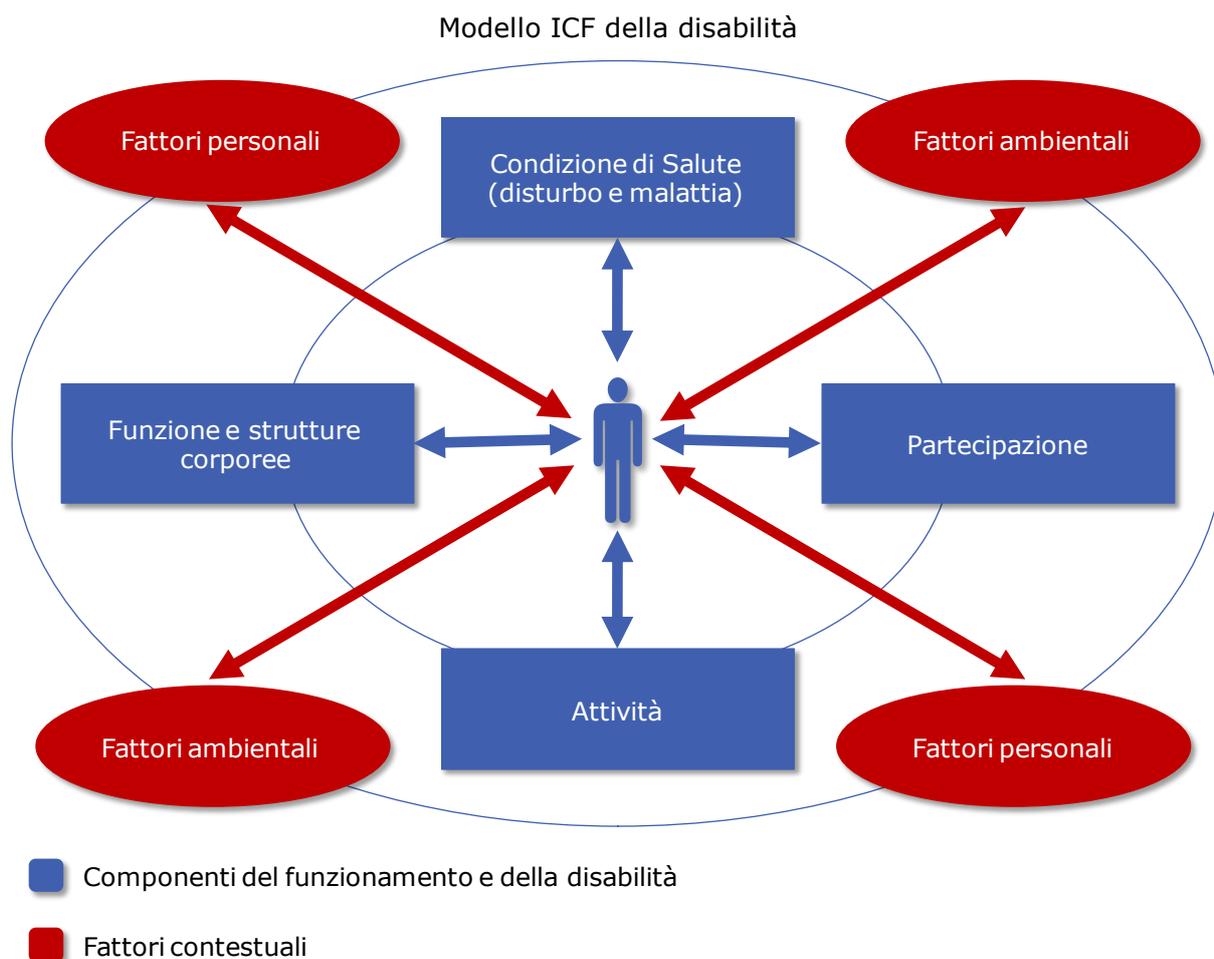
A queste unità di offerte si aggiungono inoltre 4.341 posti letto relativi alle "Case per autosufficienti" e destinati ad anziani autosufficienti. Il dato comprende solo le "Case per autosufficienti" attive in Centri di Servizio con altre Unità di Offerta per non autosufficienti. Tale sistema risponde alla programmazione regionale che viene annualmente ridefinita tenendo conto dei cambiamenti intervenuti nei bisogni espressi dal territorio e nelle risorse economiche a disposizione a livello locale e regionale. Il sistema di offerta residenziale ha quindi incrementato la disponibilità dei posti letto di circa l'1,3%, in particolare rispetto all'assistenza di 1° livello e all'assistenza degli Stati

Vegetativi Permanenti. Accanto allo sviluppo del sistema di offerta residenziale sono stati ridefiniti anche i servizi semiresidenziali per le persone anziane non autosufficienti attraverso i Centri Diurni Socio-Sanitari. Nel 2009 si contano 75 Centri Diurni per un totale di 1.191 posti disponibili.

Distribuzione dei Centri Diurni socio-sanitari e dei relativi posti per anziani non autosufficienti. Veneto anni 2008-2009				
Azienda ULSS di riferimento	2008		2009	
	Numero Unità di Offerta	Posti letto	Numero Unità di Offerta	Posti letto
101	5	49	5	49
102	2	24	2	24
103	2	34	2	34
104	2	35	2	35
105	3	26	3	26
106	4	98	4	98
107	6	110	5	90
108	4	44	4	44
109	8	96	8	108
110	3	10	3	10
112	4	98	4	98
113	4	45	4	63
114	4	65	4	65
115	3	46	3	46
116	6	162	6	162
117	2	45	2	45
118	0	0	0	0
119	0	0	0	0
120	4	80	4	80
121	2	8	2	8
122	8	106	8	106
<b>Totale</b>	<b>76</b>	<b>1.181</b>	<b>75</b>	<b>1.191</b>

## Disabili

A seguito dell'entrata in vigore della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 recante: "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" si è sviluppato nel nostro Paese un processo di sensibilizzazione sociale che gradualmente ha modificato l'approccio alla disabilità. La concezione attuale della disabilità è fondata sulla *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)* approvata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2001.



457

Secondo questo modello l'approccio alla disabilità è multidimensionale. Lo stato di una persona in uno specifico contesto è dato da un'interazione complessa fra le componenti del funzionamento e della disabilità e dei fattori contestuali. La relazione tra i fattori riportati nel modello determina il livello e il grado di "abilità" di una persona in rapporto a una condizione di salute. Le componenti vengono misurate attraverso codici numerici che danno un peso ai diversi fattori, consentendo di valutare la gravità della disabilità e permettendo di evidenziare il grado di incidenza dei fattori ambientali (ad esempio ostacoli o barriere) e dei fattori personali.

In tale ambito, la disabilità viene definita come una condizione della vita, riaffermando nel contempo il valore centrale della persona umana, delle sue attività e delle sue possibilità di partecipazione attiva alla vita sociale. In linea con questa definizione, la

Regione del Veneto nel costruire un sistema di servizi e di interventi a favore delle persone con disabilità, ha ricompreso in una logica unica una molteplicità di interventi monodimensionali, attraverso la messa a fuoco di due esigenze prioritarie, da temperare: struttura e flessibilità. Negli anni scorsi, attraverso il Piano Locale della Disabilità, si è dato inizio ad una programmazione unitaria che ha visto coinvolti tutti i soggetti istituzionali e della comunità, in un'ottica di integrazione e di valorizzazione delle opportunità e delle risorse, definendo gli obiettivi e le finalità del sistema dei servizi e degli interventi territoriali a favore delle persone con disabilità. Oggi, i Piani Locali della Disabilità, avviati con un provvedimento del 2006, continuano a rimanere i cardini entro cui si sviluppano le politiche regionali in favore delle persone disabili, secondo i seguenti indirizzi:

- centralità della persona e della famiglia;
- attenzione alle condizioni di gravità;
- sostegno all'integrazione socio sanitaria;
- programmazione territoriale degli interventi;
- attenzione al processo di presa in carico;
- implementazione e diffusione della Scheda di Valutazione Multidimensionale Disabili (S.Va.M.Di/ICF);
- progettazione individuale degli interventi approvata dall'Unità Valutativa Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD).

458

#### *La Scheda di Valutazione Multidimensionale Disabili*

Va detto, peraltro, che nell'ambito di tali orientamenti la Scheda di Valutazione Multidimensionale Disabili (S.Va.M.Di.) è costruita sulla struttura e sull'organizzazione concettuale della *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute* (ICF). La S.Va.M.Di. costituisce una checklist, una lista di controllo, delle principali categorie dell'ICF e rappresenta uno strumento per la raccolta coerente di informazioni e per la conseguente stesura del progetto individuale per le persone con disabilità in età adulta o comunque post-scolare. La Scheda non prevede l'abbandono dei sistemi di lavoro e di valutazione propri di ciascuna professione, ma chiede a ciascun professionista di sintetizzare nella scheda le informazioni in suo possesso. La S.Va.M.Di. si compone di:

- *Copertina* (quattro facciate): contiene i quadri per la raccolta dei dati identificativi della persona, unitamente ad alcune notizie di carattere generale e alla codifica diagnostica delle attuali principali condizioni di salute della persona con disabilità, la definizione del giudizio complessivo per singolo item, la sintesi dei bisogni rilevati, il verbale dell'UVMD con valutazione complessiva in ordine all'autosufficienza, la codifica

del progetto individuale, il referente del progetto e il termine temporale indicato per la verifica del progetto individuale;

- *Parte 1a* Menomazioni delle funzioni corporee (due facciate): raccoglie informazioni sintetiche sullo stato di salute;
- *Parte 1b* Menomazioni delle strutture corporee (una facciata): raccoglie informazioni sintetiche sulla struttura corporea;
- *Parte 2* Limitazioni dell'attività e restrizioni della partecipazione (due facciate): sintetizza le difficoltà di azione ed interazione della persona;
- *Parte 3* Fattori ambientali (una facciata): sintetizza l'azione dell'ambiente sulla persona;
- *Parte 4* Altre informazioni sul contesto (una facciata). contiene gli elementi di relazione con la famiglia, anche allargata, e con la comunità di appartenenza e i fattori personali ritenuti significativi;
- *Valutazione Sociale* (quattro facciate): contiene elementi sullo stato civile, il livello di istruzione, l'esperienza e la situazione lavorativa, le certificazioni, le restrizioni della capacità giuridica, la situazione familiare, le persone attive, i servizi attivati, la domanda di intervento, la persona di riferimento, la situazione abitativa e la situazione economica.

Ogni parte fotografa lo stato della persona nel suo ambiente, in base alle conoscenze del compilatore, alla documentazione acquisita e agli esiti della visita e/o dei colloqui effettuati, negli ultimi trenta giorni che precedono la compilazione. L'attivazione dei singoli professionisti per la compilazione delle diverse parti di S.Va.M.Di. rientra nei compiti del responsabile dall'Unità Valutativa Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD). L'UVMD può decidere il coinvolgimento di altre figure professionali per effettuare ulteriori indagini, esami, approfondimenti, qualora li ritenga necessari per una migliore definizione del progetto individuale. Inoltre, la S.Va.M.Di. può essere corredata da ulteriori pagine descrittive di situazioni rilevanti.

In questi anni la Scheda è stata sperimentata in alcune Aziende ULSS. Gli esiti della sperimentazione hanno confermato positivamente l'attendibilità della S.Va.M.Di. per discriminare i diversi livelli di bisogno in relazione alla condizione di disabilità, ma nel contempo hanno evidenziato la necessità di revisione di alcune parti della Scheda, rispetto alla versione approvata nel 2007. La Regione del Veneto ha quindi disposto l'utilizzo a partire dal 2010, da parte delle Aziende ULSS in tutto il territorio regionale, della nuova S.Va.M.Di., sia per la valutazione che per la presa in carico delle persone con disabilità e di predisporre una serie di misure per assicurare il coordinamento delle ricadute organizzative e gestionali.

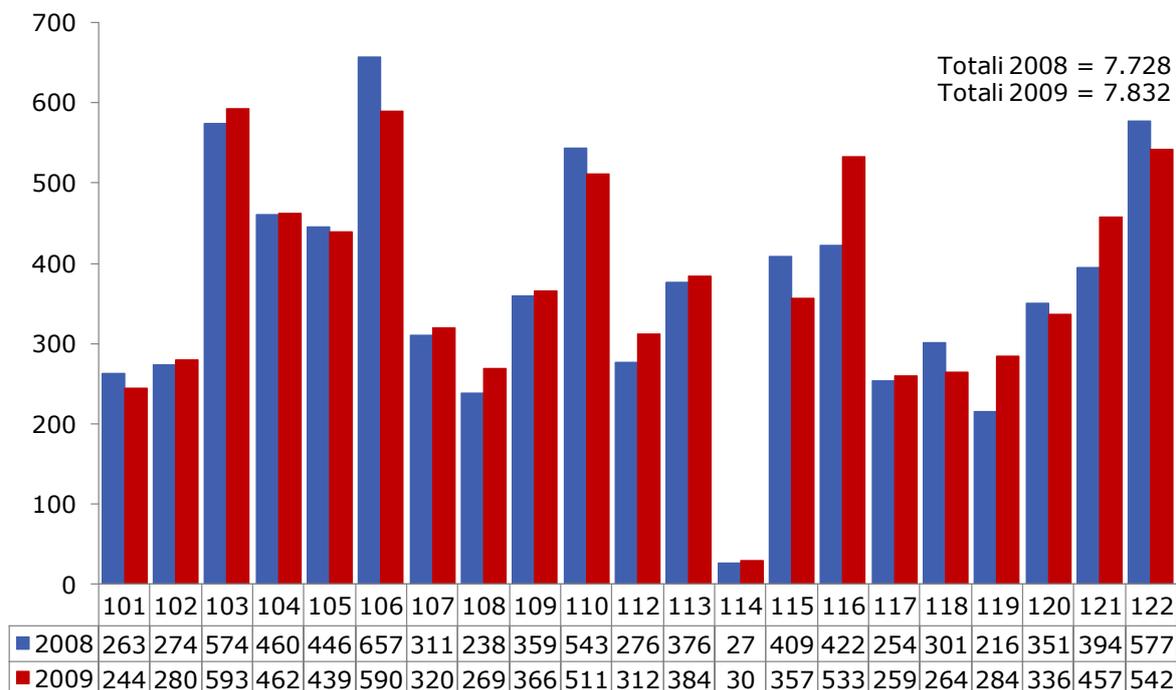
### *Integrazione scolastica, integrazione lavorativa, indipendenza*

Riassumendo, i Piani Locali della Disabilità tracciano i percorsi della domiciliarità e della residenzialità, con riferimento alle prestazioni e agli interventi, che i servizi territoriali delle Aziende ULSS e dei Comuni dovranno realizzare e rendere praticabili. Tali percorsi si basano sulla valutazione multidimensionale (di cui la S.Va.M.Di costituisce uno strumento), quale metodo di lavoro multiprofessionale e interistituzionale utilizzato dalle Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali per la definizione di progetti di intervento individuali. L'obiettivo è quello di potenziare i servizi per le persone con disabilità e di promuovere iniziative per migliorare l'integrazione scolastica, l'integrazione lavorativa, l'indipendenza, la residenzialità. In tale contesto:

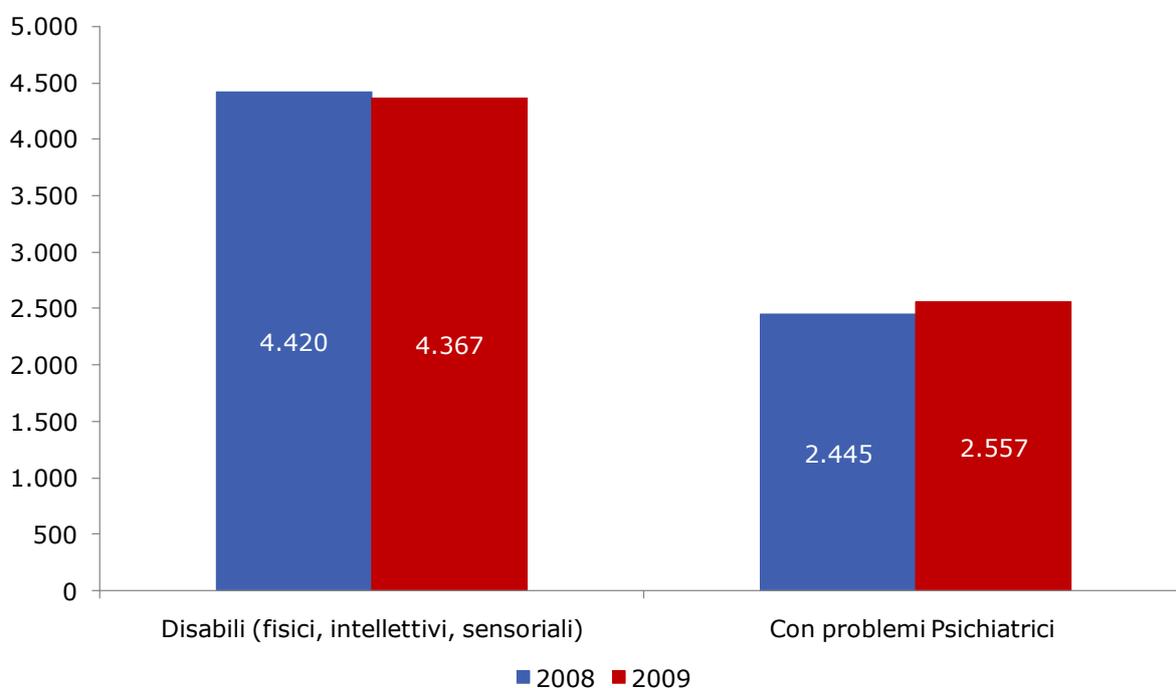
- *il Servizio di Integrazione Scolastica* è un servizio che si incarica di affiancare ai soggetti disabili in età scolare, operatori qualificati per il loro inserimento ed integrazione in ambito scolastico e per facilitare, in collaborazione con i docenti, lo sviluppo delle autonomie personali e il percorso di maturazione affettiva, relazionale, cognitiva;
- *il Servizio di Integrazione Lavorativa* è un articolato sistema di servizi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità istituito presso le Aziende Ulss per programmare e realizzare l'integrazione lavorativa e sociale delle persone con disabilità. Tali servizi hanno come scopo il miglioramento della qualità della vita della persona e ricostruzione della propria identità tramite un'attività lavorativa, mantenimento il più a lungo possibile della persona nel proprio contesto di vita;
- *il Centro Diurno* è un servizio territoriale a carattere diurno, rivolto a persone con disabilità, in età post scolare e con diversi profili di autosufficienza che fornisce interventi a carattere riabilitativo, educativo, di socializzazione, di aumento e/o mantenimento delle abilità residue, inserito nella rete dei servizi socio sanitari, con i quali è funzionalmente collegato. La capacità ricettiva massima prevista è di circa trenta persone organizzate in gruppi. Il Servizio è rivolto a persone con disabilità che abbiano assolto l'obbligo scolastico, alle quali garantisce, mediante la definizione di progetti individuali, una gamma di interventi finalizzati al benessere globale della persona e della famiglia. Il Centro Diurno ha la funzione di promuovere, con specifiche attività e programmi: a) il mantenimento e lo sviluppo dell'autonomia personale; b) le relazioni interpersonali e sociali con l'ambiente interno ed esterno; c) il conseguimento di capacità occupazionali e la professionalizzazione, in rapporto alle potenzialità e attitudini individuali.

La diffusione di una cultura di inclusione sociale, nel mondo della scuola e del lavoro, e la capillare distribuzione nel territorio di servizi di supporto alla famiglia, hanno permesso di rispondere in modo sempre più adeguato ai bisogni delle persone con disabilità.

Persone con disabilità in carico al Servizio Integrazione Lavorativa per Azienda ULSS. Veneto 2008-2009



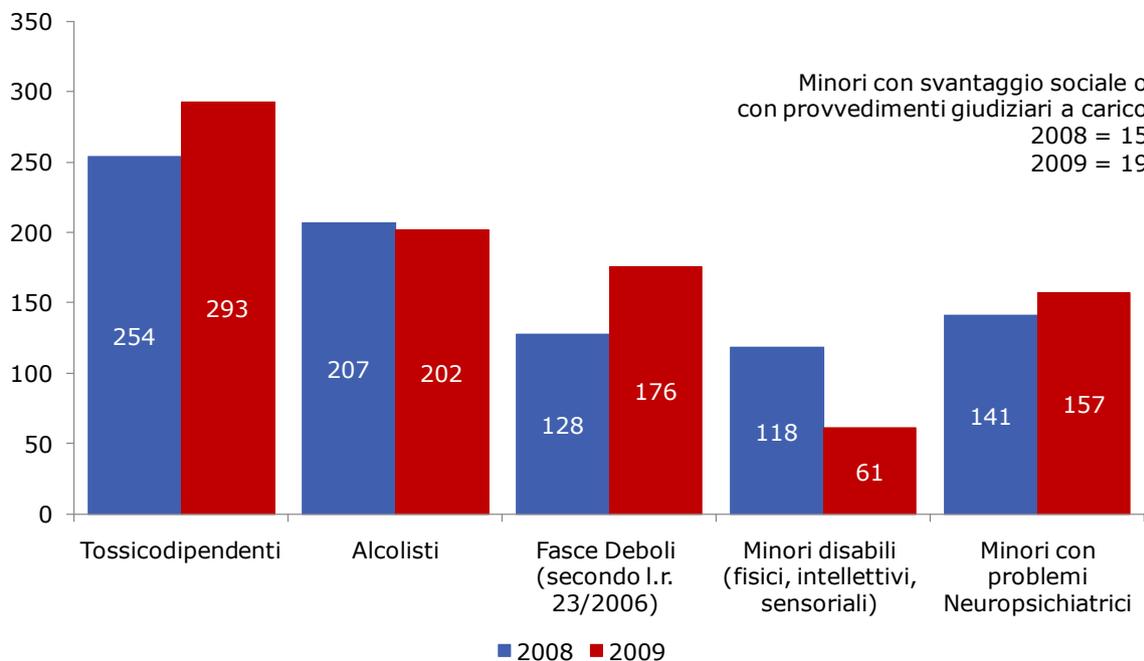
Persone con disabilità in carico al Servizio Integrazione Lavorativa. Veneto 2008-2009



La programmazione regionale e locale è accompagnata, inoltre, da iniziative progettuali che per la loro specificità costituiscono ulteriori opportunità per le persone con disabilità,

per le famiglie, per il sistema dei servizi sociali e socio sanitari della Regione, sperimentano soluzioni innovative e sviluppano la rete integrata dei servizi sul territorio.

Persone con disabilità in carico al Servizio Integrazione Lavorativa.  
Veneto 2008-2009



462

A.ULSS di riferimento	Persone con disabilità frequentanti i Centri Diurni	
	in data 31.12.2008	in data 31.12.2009
101	149	145
102	76	86
103	180	182
104	213	214
105	290	305
106	522	541
107	320	337
108	397	399
109	548	571
110	282	283
112	226	225
113	260	267
114	167	72
115	376	376
116	611	617
117	238	247
118	143	142
119	37	36
120	671	660
121	197	202
122	351	351
<b>Totale</b>	<b>6.254</b>	<b>6.258</b>

*I progetti individuali di sostegno alla domiciliarità delle persone con disabilità grave*

La Regione del Veneto in materia di disabilità grave ha strutturato un complesso di interventi integrativi rispetto alle prestazioni ordinarie dei servizi territoriali, domiciliari e residenziali, implementando un sistema di interventi basato sulla personalizzazione e quindi sul progetto individuale, approvato dall'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale di competenza.

Numero utenti disabili coinvolti nei progetti individuali. Veneto Anni 2008-2009								
Azienda ULSS	Progetti individuali di Aiuto Personale		Progetti individuali Vita indipendente		Progetti individuali di Autonomia Personale		Totale Progetti Individuali	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
101	53	53	53	50	6	5	112	108
102	11	11	31	35	1	1	43	47
103	207	228	42	41	16	4	265	273
104	106	226	55	64	8	23	169	313
105	109	116	39	28	119	132	267	276
106	168	197	62	72	121	21	351	290
107	329	348	27	27	7	8	363	383
108	235	345	58	15	43	42	336	402
109	132	178	54	60	7	8	193	246
110	176	108	59	58	32	28	267	194
112	36	51	76	84	18	11	130	146
113	45	46	57	64	5	6	107	116
114	76	77	25	25	4	4	105	106
115	38	92	73	57	5	5	116	154
116	80	58	74	78	34	4	188	140
117	78	66	49	58	8	7	135	131
118	28	40	26	24	23	10	77	74
119	53	57	68	32	10	10	131	99
120	86	214	86	78	80	25	252	317
121	66	55	21	21	18	3	105	79
122	162	208	15	51	45	13	222	272
<b>Totale</b>	<b>2.274</b>	<b>2.774</b>	<b>1050</b>	<b>1022</b>	<b>610</b>	<b>370</b>	<b>3.934</b>	<b>4.166</b>

463

Come abbiamo detto nella precedente Relazione Socio Sanitaria, le tre principali linee di intervento riguardano:

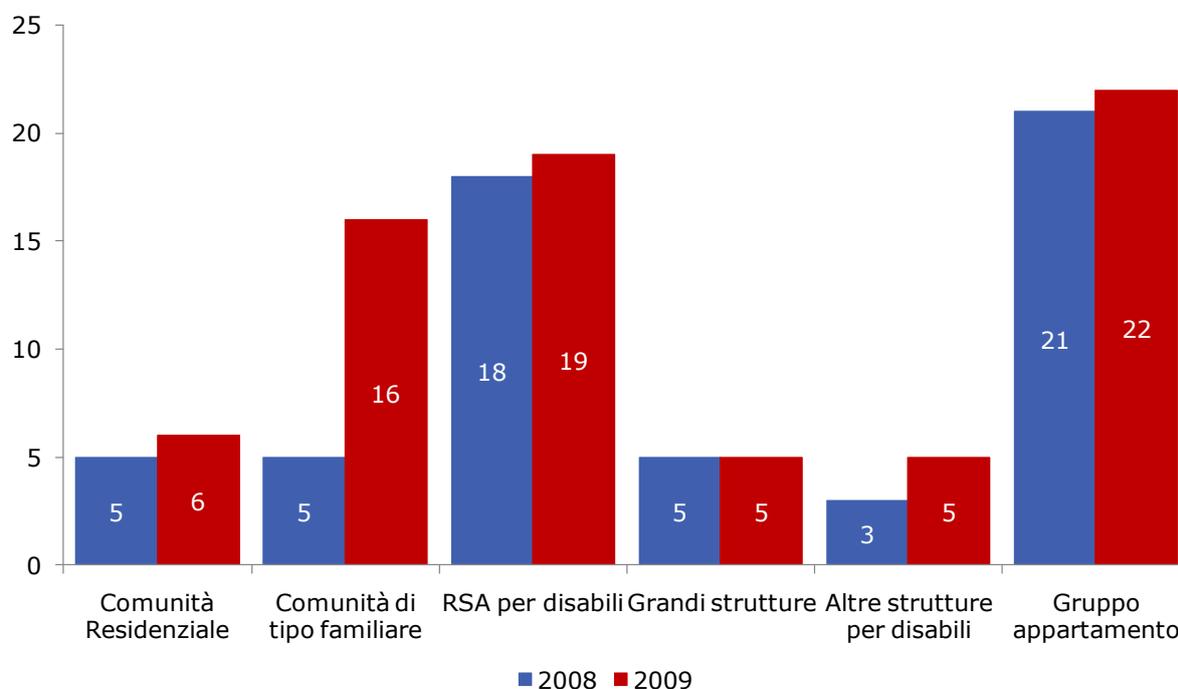
- *gli interventi di aiuto personale*, ossia programmi di intervento a sostegno della persona e della sua famiglia quali interventi domiciliari assistenziali, interventi educativi, accompagnamento della persona con disabilità, e così via;
- *gli interventi per la vita indipendente*, consistenti in progetti di aiuto personale, gestiti direttamente dalle stesse persone con grave disabilità fisico motoria con capacità di agire e di esprimere coscientemente la propria volontà di rimanere nel proprio domicilio e che intendono realizzare il proprio progetto di vita individuale. Il

- titolare del progetto diviene pertanto "regista" dei processi assistenziali;
- gli interventi di promozione dell'autonomia personale, ovvero programmi di intervento finalizzati alla acquisizione e al mantenimento di autonomia personale che permetta di migliorare le capacità di relazione e di partecipazione alla vita sociale e lavorativa.

### Il sistema della residenzialità

Il sistema della residenzialità per persone con disabilità ha trovato una propria recente specifica connotazione nell'ultimo decennio in quanto servizio finalizzato all'accoglienza delle persone nelle situazioni in cui non risulta più possibile protrarre la permanenza nel proprio domicilio.

Distribuzione delle strutture per persone disabili.  
Veneto anni 2008-2009



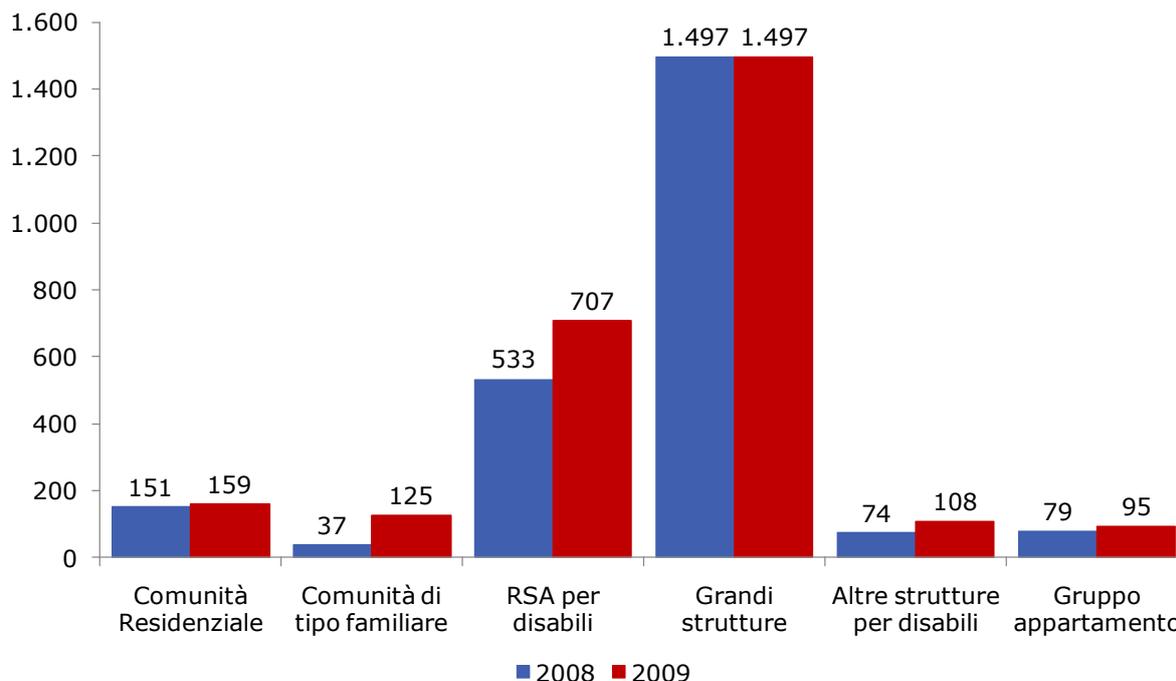
Il sistema dei servizi residenziali, articolato a livello regionale, si compone delle seguenti unità di offerta socio sanitarie, così come definite nei provvedimenti attuativi della normativa regionale in materia di autorizzazione e accreditamento:

- RSA, Residenza Sanitaria Assistita;
- Comunità Residenziale;
- Comunità Alloggio.

Compongono inoltre il sistema della residenzialità in Area Disabili le strutture sociali, denominate: Gruppo Appartamento e Comunità di Tipo Familiare. Queste sono rivolte

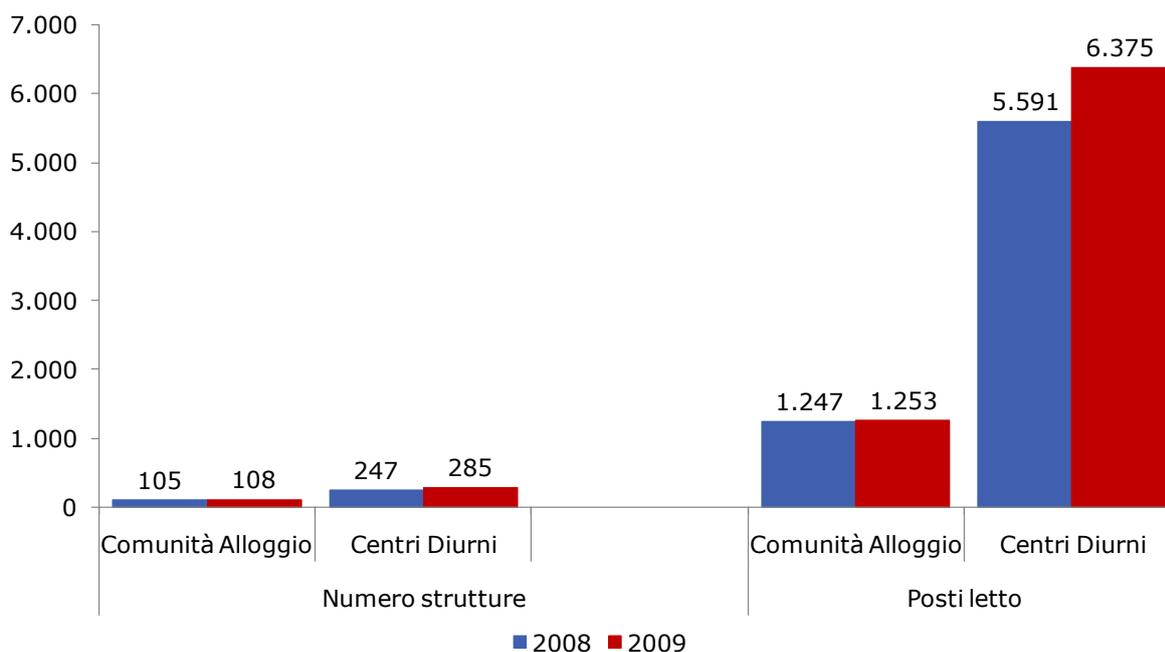
all'accoglienza di persone con parziale autonomia, consentono di assicurare livelli assistenziali minimi e permettono alle persone assistite di continuare a vivere nel proprio contesto sociale di riferimento. Tali strutture hanno tutte le caratteristiche di un'abitazione civile e non sono soggette a standard organizzativi e professionali.

Distribuzione dei posti letto nelle strutture per persone disabili.  
Veneto anni 2008-2009



465

Distribuzione strutture e posti letto per persone disabili:  
Comunità Alloggio e Centri Diurni per disabili.  
Veneto anni 2008-2009



Il Piano di Zona in Area Disabili rileva le unità di offerta socio sanitarie presenti in ciascun territorio, secondo la loro qualificazione di autorizzate all'esercizio, accreditate e convenzionate e rileva il fabbisogno reale (eventuale lista di attesa in essere, numero di persone con disabilità per le quali è prevedibile l'ingresso in struttura nel triennio, tipologia di strutture necessarie). L'inserimento nella programmazione locale è inoltre condizione indispensabile per l'accesso ai finanziamenti in conto capitale previsti dalla normativa regionale per la realizzazione/adeguamento di strutture, per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento delle nuove strutture e per il riparto ed assegnazione del Fondo per la Non Autosufficienza.

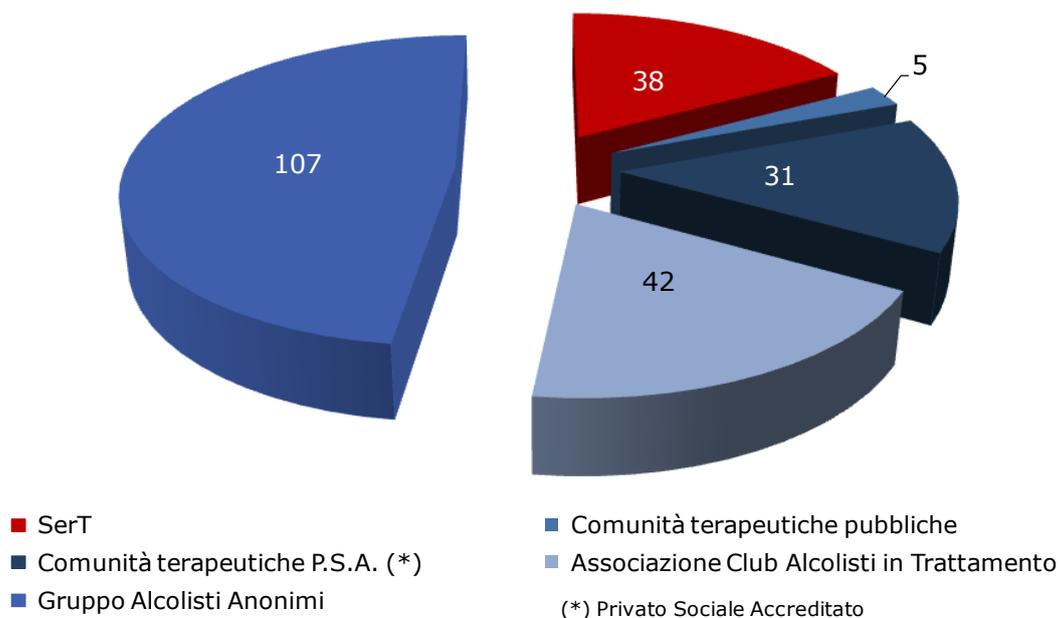
#### Lo Sportello Integrato

Un ulteriore servizio che viene erogato alla cittadinanza è lo Sportello Integrato. Si tratta di un elemento qualificante della rete dei servizi per la domiciliarità, per agevolare l'accesso dei cittadini alle informazioni sulle opportunità e alle prestazioni del sistema della domiciliarità. È un punto di accesso unitario, a livello almeno distrettuale. La sua attivazione incrementa e misura l'efficacia, l'efficienza e la qualità dell'intero sistema della domiciliarità. A questo scopo, dal 2008 viene erogato un contributo in forma fissa per ciascuna Azienda ULSS. Le medesime funzioni sono svolte nell'ambito della disabilità, integrando, ove costituiti, gli informa handicap.

#### 4.4 Dipendenze

Il sistema delle Dipendenze nella Regione del Veneto consta di 21 Dipartimenti delle Dipendenze (uno per ogni Azienda ULSS), 38 servizi pubblici (Servizi SerT), 31 Comunità terapeutiche del Privato Sociale Accreditato, 5 Comunità Terapeutiche Diurne Pubbliche. La rete alcolologica è costituita dai Servizi di Alcologie presenti nei SerT oltre ai reparti di medicina interna e gastroenterologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. Le Associazioni Club Alcolisti in trattamento sono 42 e 107 sono i Gruppi Alcolisti Anonimi.

Strutture del Sistema delle Dipendenze per tipologia.  
Regione del Veneto Anno 2010

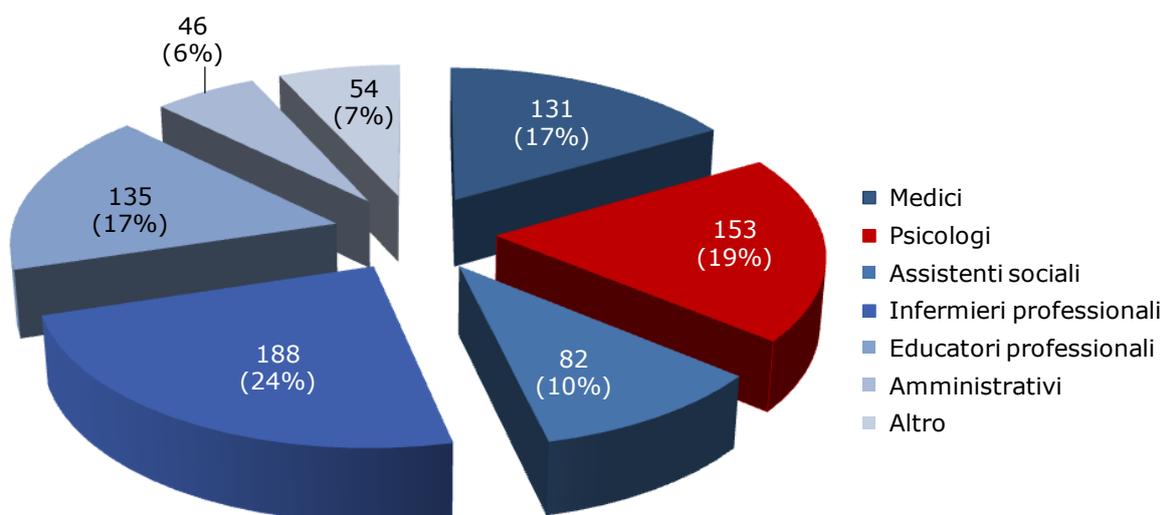


#### Organici

Per ciò che attiene alle dotazioni organiche il sistema regionale dei servizi ambulatoriali per le tossicodipendenze (SerT) annovera 789 operatori con vari profili professionali: di questi il 16,6% sono medici, il 19,4% sono psicologi, il 10,4% sono assistenti sociali, il 23,8% sono infermieri professionali, il 17,1% sono educatori professionali, il 5,8% sono amministrativi e il 6,8% altre figure professionali. In termini equivalenti la dotazione organica è costituita da 636 unità con uno scostamento positivo dallo standard regionale dell'1,6% (10 unità di personale equivalente sopra lo standard). Va segnalato inoltre che il 15,2% del personale equivalente si riferisce a personale convenzionato e quindi non

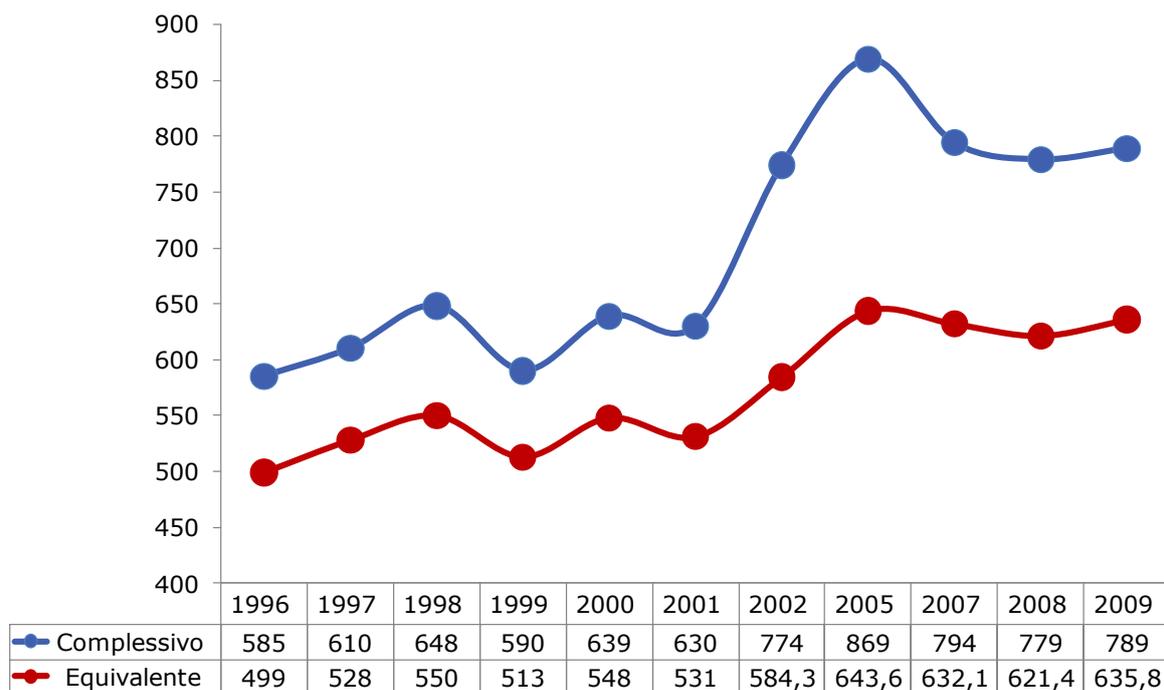
assunto a tempo indeterminato. Si osserva, inoltre, che mentre il numero degli operatori rimane costante nel tempo il numero degli utenti cresce progressivamente, nel tempo, inoltre, sono aumentate le attività preventive spesso svolte dagli stessi operatori deputati alla clinica.

Dotazione organica complessiva (dipendente e convenzionato) dei SerT per profilo professionale. Regione del Veneto Anno 2009



468

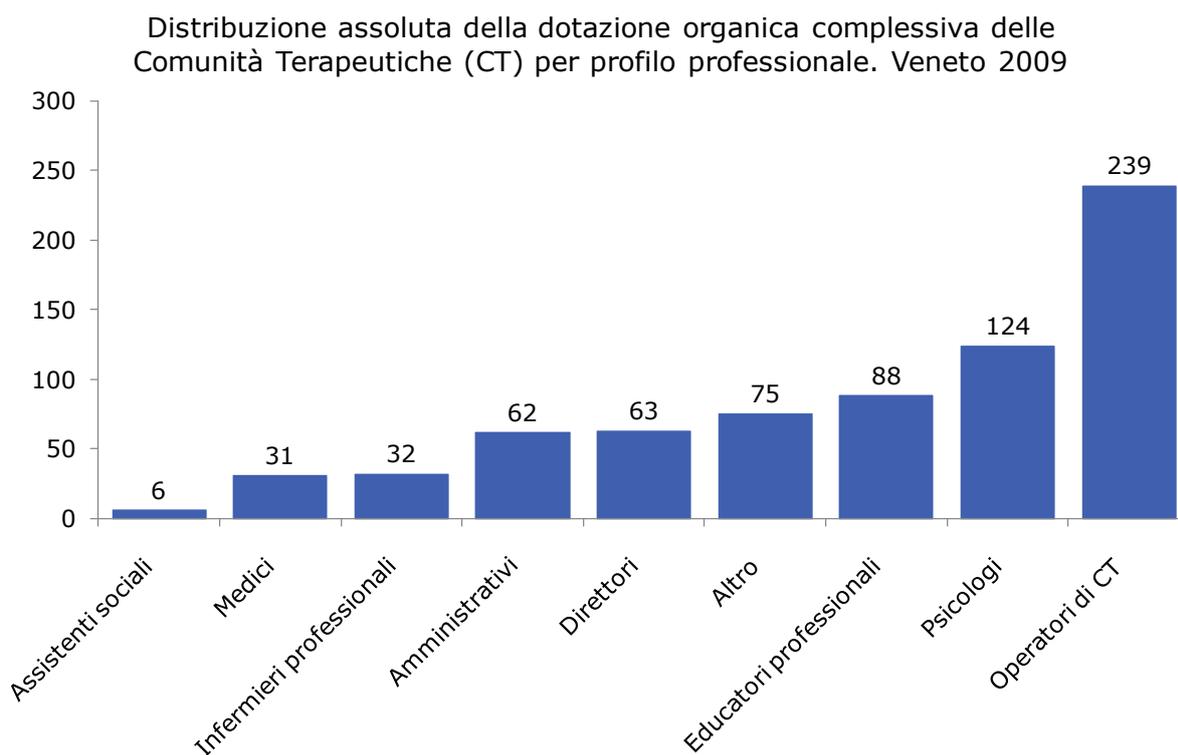
Dotazione organica complessiva ed equivalente dei SerT. Veneto 1996-2009



L'andamento temporale della dotazione organica equivalente evidenzia una tendenziale stabilità nei periodi 1996–2001 e 2005–2009, intervallato da un aumento del 21% nel quadriennio 2001–2005 che ha determinato il superamento dello standard regionale. La distribuzione del personale equivalente per profilo professionale non evidenzia differenze sostanziali nel tempo.

### *Comunità Terapeutiche*

Il sistema regionale delle Comunità Terapeutiche annovera 720 operatori con vari profili professionali: la componente più consistente, in termini percentuali, è rappresentata da operatori di comunità (33,2%), seguiti dagli psicologi (17,2%) e dagli educatori professionali (12,2%). Il 4,3% sono medici, lo 0,8% assistenti sociali, il 4,4% infermieri professionali, l'8,6% amministrativi, e altre figure professionali 10,4%. Rispetto alle 720 unità di personale complessive, gli operatori "equivalenti" sono 547,1, di cui il 15,8% con contratto di convenzione con la struttura (in particolare per il personale medico, 59,4%).



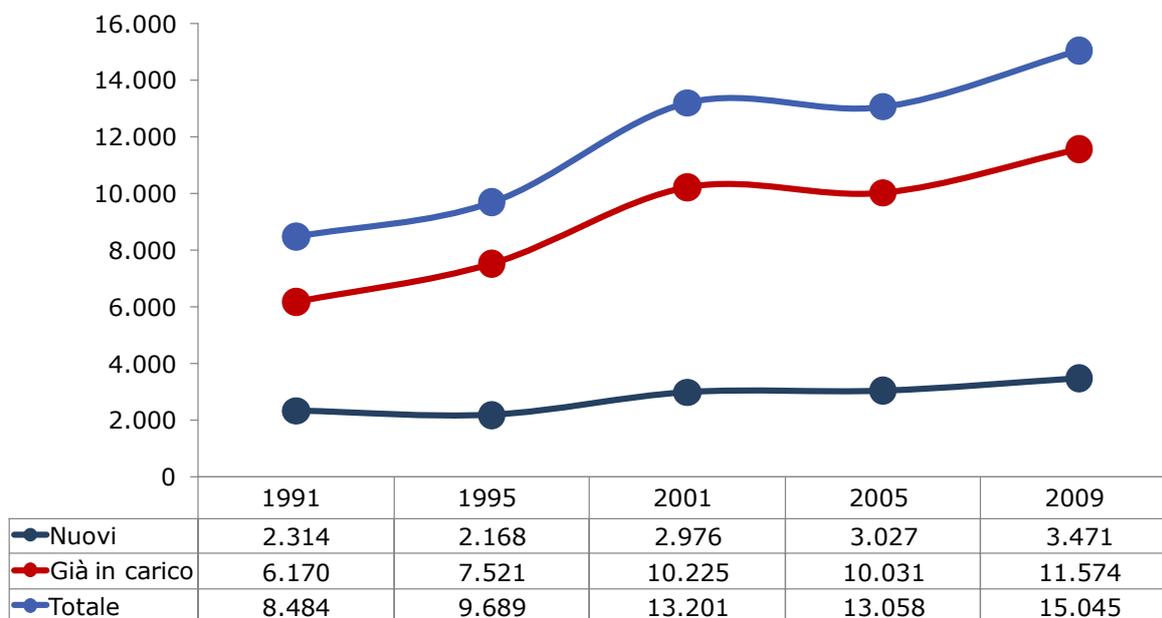
469

### *Offerta dei Dipartimenti delle Dipendenze*

Dal 1991 al 2009 si osserva un costante aumento delle persone tossicodipendenti assistite dalla rete dei servizi pubblici della Regione Veneto passando da 8.484 utenti nel 1991 a 15.045 nel 2009, sebbene la propensione all'aumento si sia stabilizzata dal 2000

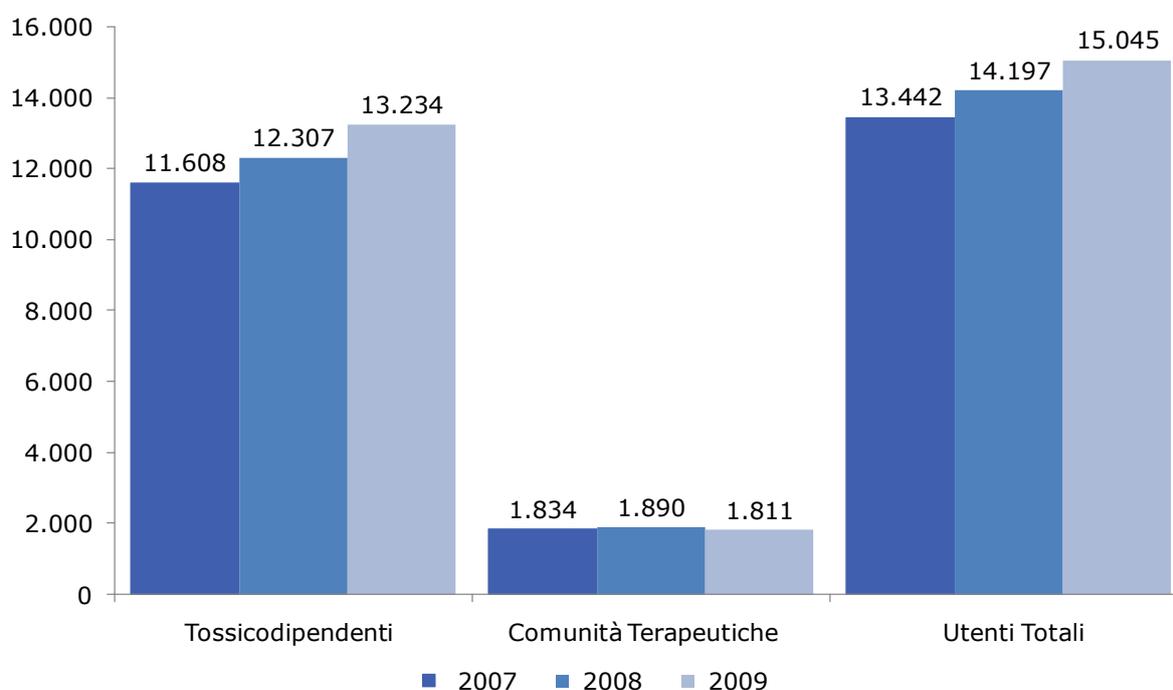
in poi. In modo particolare ciò che si osserva nel 2009 è l'aumento degli utenti già in carico che significa un reingresso di persone già conosciute.

Distribuzione assoluta delle persone assistite dai SerT  
Regione del Veneto Anni 1991-2009



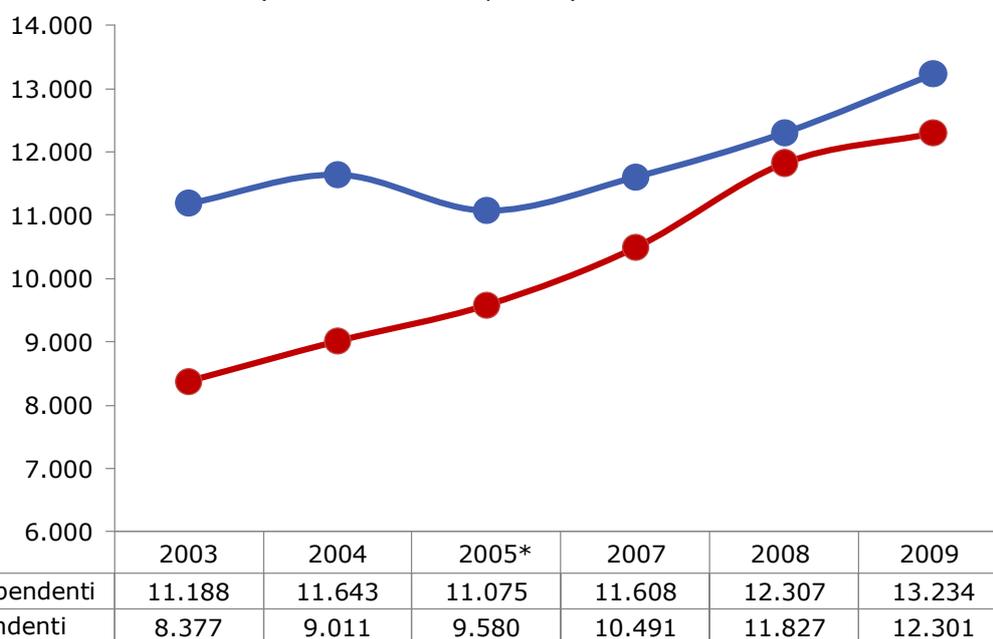
470

Numero utenti assistiti dai SerT e dalle Comunità Terapeutiche  
Veneto 2007-2009

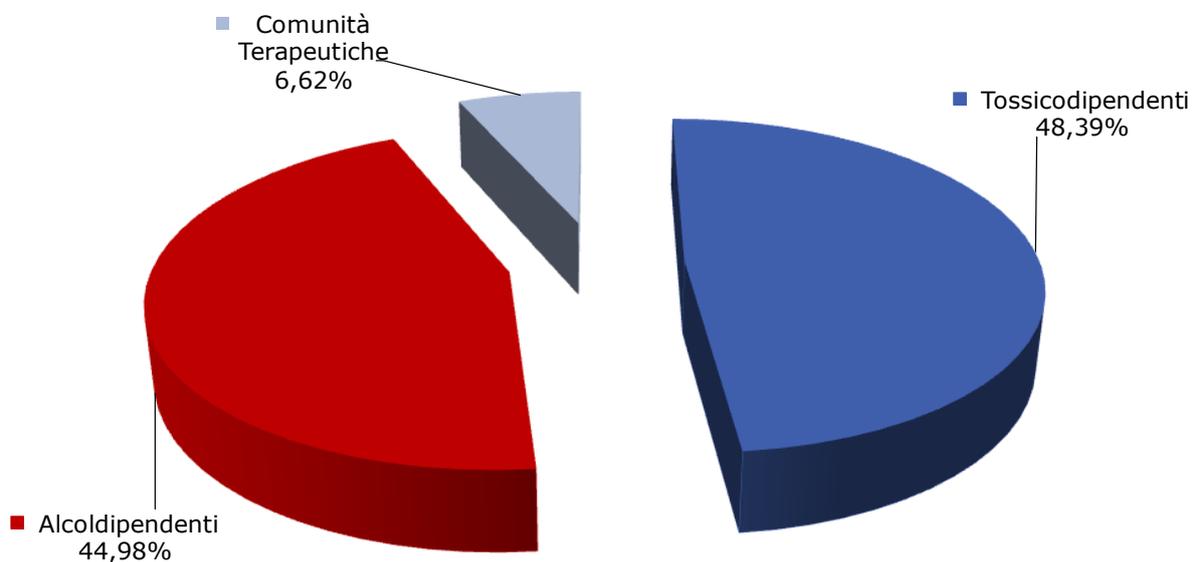


Trend utenti tossicodipendenti e alcoldipendenti assistiti nelle Aziende ULSS negli anni 2003-2009

(\*dati 2006 non disponibili)



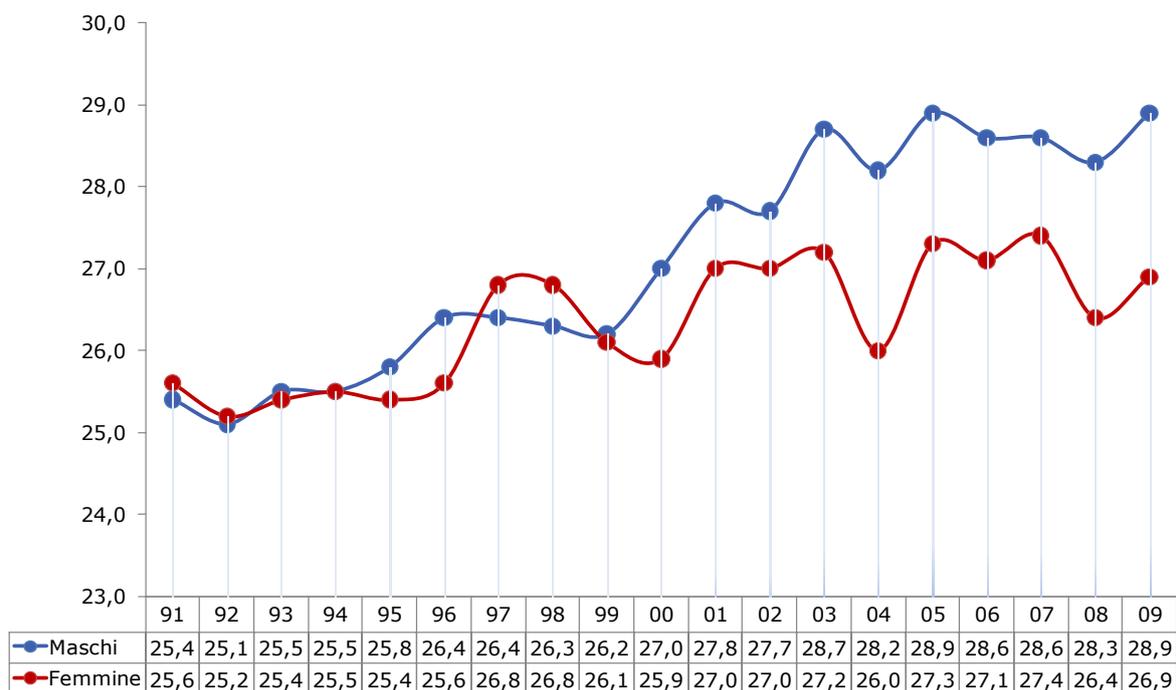
Distribuzione percentuale delle persone assistite dal sistema regionale delle Dipendenze - Veneto anno 2009



In rapporto alla popolazione i soggetti assistiti nel 2009 risultano pari a 4,7 soggetti ogni 1.000 residenti di età 15-64 anni, con valori oscillanti tra 7,7 e 1,5 rispettivamente per

gli assistiti di sesso maschile e femminile. Il rapporto tra persone assistite in precedenza e nuove persone assistite dalle unità operative evidenzia un andamento crescente dal 1991 al 1994 (da 2,7 persone assistite in precedenza per ogni nuovo utente a 3,8), seguito successivamente da un trend oscillante tra i valori 3,8 e 3,3 utenti già in carico per ogni nuovo assistito nell'anno. La classe di età più rappresentata tra le nuove persone assistite dai servizi, per entrambi i generi, è quella compresa fra i 20 e i 24 anni, mentre per le persone già conosciute è quella degli over 40. Questo dato va interpretato tenendo conto che la maggior parte dell'utenza utilizza eroina con un uso iniettivo e che quindi, per quanto riguarda le nuove persone assistite, è verosimile pensare che questi abbiano iniziato ad utilizzare la sostanza d'abuso tra i 15 e i vent'anni. Il dato va interpretato anche considerando che in questi anni i Dipartimenti per le Dipendenze hanno incrementato e diversificato la gamma delle persone assistite rientrando in tale gruppo anche persone che utilizzavano sostanze quali la cannabis, la cocaina, le varie forme di anfetamine, i comportamenti addittivi, eccetera.

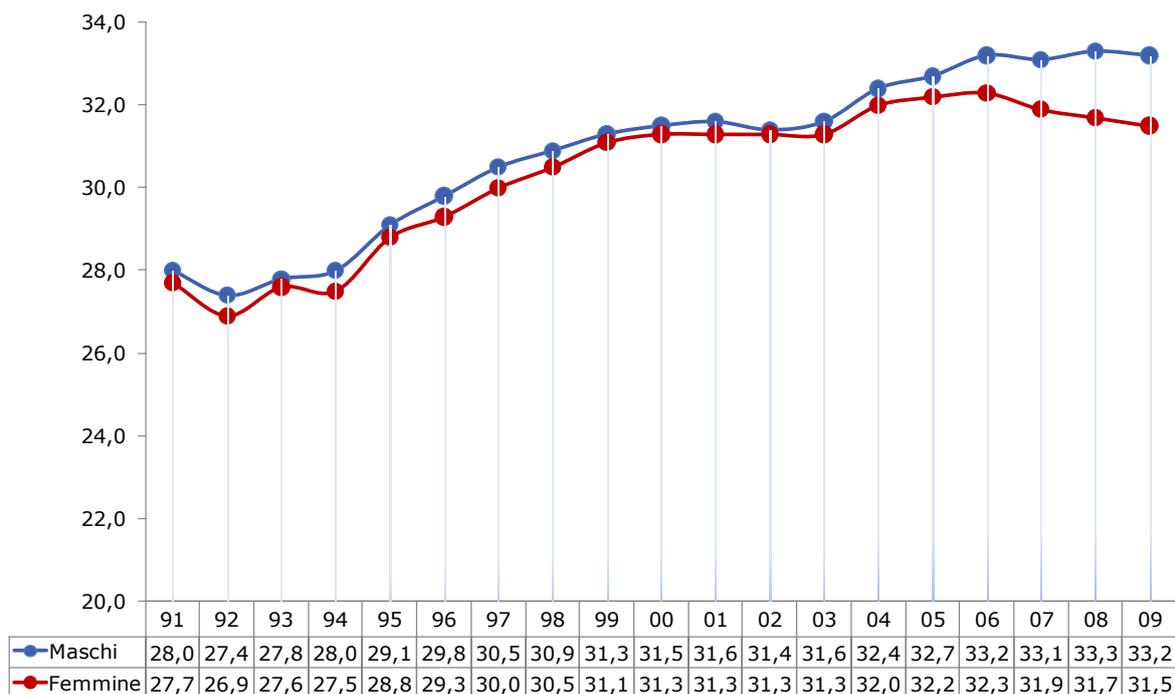
Età media delle nuove persone assistite secondo il sesso  
Veneto 1991-2009



Dal 1991 al 2009 si osserva un trend in aumento dell'età media delle nuove persone assistite. Tenendo conto che da più parti si osserva un abbassamento dell'età di primo uso di sostanze questo significa che verosimilmente si sta assistendo ad un aumento del periodo tra "primo uso" e "primo accesso" ai servizi creando in questo modo anche un

aumento dei rischi e dei danni derivanti dalle tossicodipendenze non trattate. Per le persone già assistite si evince un aumento dell'età media che segue un trend costantemente crescente dal 1994 per entrambi i sessi, maschile e femminile. Le persone già assistite in precedenza continuano ad essere assistite negli anni "invecchiando" all'interno del centro di cura, come conseguenza della minore mortalità e del prolungamento dei trattamenti.

Età media delle persone già assistite secondo il sesso  
Veneto 1991-2009



473

#### Assunzione di sostanze stupefacenti

Tra le persone complessivamente assistite nel 2009 dai SerT della Regione del Veneto, il 69,9% ha riferito l'eroina quale sostanza d'abuso di uso prevalente, seguita da cannabis (13,8% del totale assistiti) e da cocaina (11,9% dell'utenza complessivamente assistita). Pur mantenendosi a livelli elevati, la percentuale di assistiti che riferisce l'eroina quale sostanza stupefacente di uso prevalente ha seguito un andamento progressivamente decrescente dal 1991 al 2004 (passando da circa il 90% a circa il 70%) il timido segnale di ripresa del fenomeno osservato nel 2006 e nel 2007 non si conferma nell'anno in osservazione. A fronte di una diminuzione dell'uso di eroina come sostanza primaria si osserva un incremento del consumo di cocaina (dallo 0,7% al 12,0%) che in questo ultimo anno ha evidenziato un lieve rialzo. La cannabis è la sostanza che nel 2009 mostra il maggiore aumento rispetto alle altre sostanze, mostrando una ripresa dei consumi. Vale la pena, quindi, sottolineare che il consumo di cannabis e cocaina oltre a destare un

continuo e crescente interesse da parte degli assistiti come uso prevalente, costituisce anche la preferenza da parte degli assistiti che ne fanno un uso secondario. L'assunzione di altre sostanze quali allucinogeni, anfetamine, barbiturici, crack, metadone, morfina, altri oppiacei, inalanti ed altre sostanze, si attesta negli ultimi quattro anni attorno a valori percentuali attorno al 3%. Da segnalare che il consumo di ecstasy in aumento dal 1997 al 2003 nell'ultimo quinquennio si è ridotto attestandosi ai livelli del 1997. Relativamente a questo profilo è utile ricordare che i soggetti che usano queste sostanze difficilmente arrivano ai servizi per le tossicodipendenze, riguardando solo una piccola frazione delle persone che in realtà utilizzano tali droghe, probabilmente solo coloro con gravi complicanze. Queste variazioni devono essere valutate anche in relazione alle attività delle forze dell'ordine e conseguentemente della Prefettura in relazione alle segnalazioni che generano un flusso di persone in afferenza ai Dipartimenti delle Dipendenze.

Distribuzione assoluta delle persone assistite dai SerT secondo la sostanza d'abuso primaria – Veneto 1991–2009						
Anno	Eroina	Cannabis	Cocaina	Ecstasy	Benzodiazepine	Altro
1991	8.328	884	70	2	26	45
1992	6.910	406	92	0	50	29
1993	8.111	437	144	0	37	119
1994	8.652	549	112	0	32	216
1995	8.455	576	144	0	42	293
1996	7.907	839	234	0	74	946
1997	8.883	1.027	264	76	65	467
1998	9.092	1.145	363	143	92	588
1999	7.971	1.021	435	177	91	487
2000	9.765	1.413	821	188	105	469
2001	10.156	1.494	741	193	93	425
2002	9.871	1.819	824	221	79	448
2003	9.795	1.638	922	235	81	416
2004	9.194	1.956	1.479	223	91	466
2005	9.344	1.830	1.189	151	101	402
2006	9.456	1.570	1.427	105	71	466
2007	9.575	1.463	1.506	104	84	455
2008	9.957	1.763	1.597	100	86	503
2009	10.344	2.035	1.764	77	76	449

\* Non tutte le persone assistite dichiarano la sostanza di abuso primaria e secondaria (va inoltre considerato il poliabuso)

Fin dal 1997 si è potuto notare un incremento relativo dell'uso di cocaina come sostanza secondaria passando dal 16% al 28% nel 2009. Resta fortemente presente l'abuso di alcol con una percentuale media che nel periodo 1991-2009 oscilla tra il 28,1% ed il 18,5%. Si osserva, infine, una riduzione del ricorso alle benzodiazepine come sostanza secondaria in associazione all'uso di una sostanza prevalente, con una stabilità attorno al 5%. Leggermente in calo rispetto al 2008 la cannabis come sostanza secondaria.

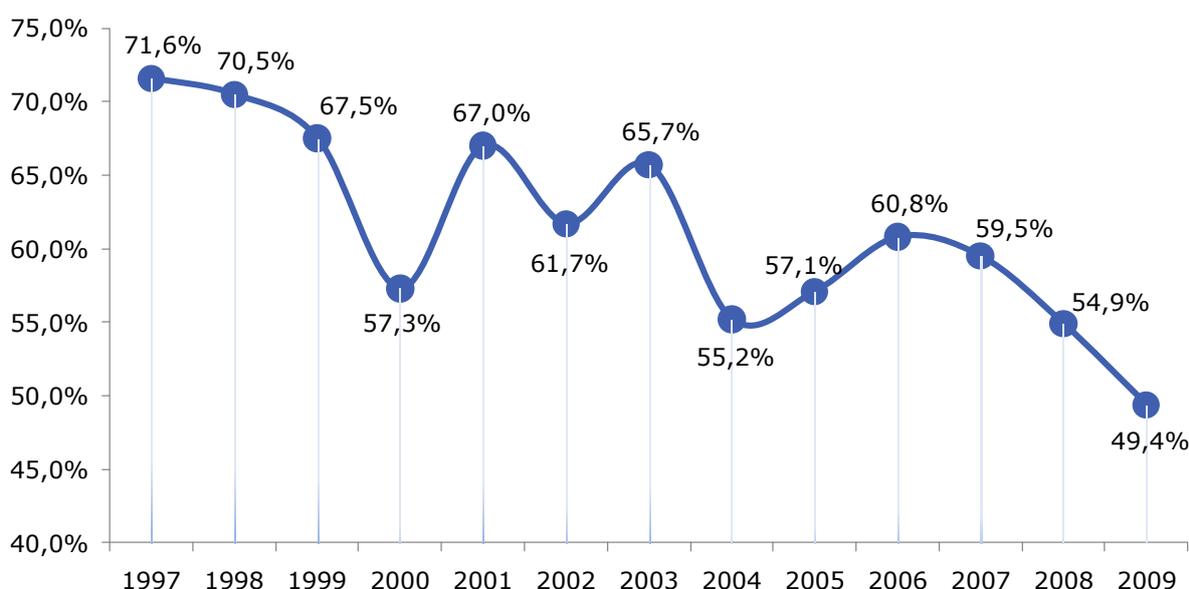
Distribuzione assoluta delle persone assistite dai SerT secondo la sostanza d'abuso secondaria – Veneto 1991–2009						
Anno	Cannabis	Cocaina	Benzodiazepine	Alcol	Altro	Totale
1991	2.488	489	2.045	2.199	616	7.837
1992	2.537	445	1.588	1.695	312	6.577
1993	2.359	480	1.810	1.943	532	7.124
1994	2.937	578	1.668	2.317	738	8.238
1995	2.489	747	1.393	1.933	862	7.424
1996	2.975	785	1.062	1.414	1.208	7.444
1997	2.022	863	1.260	2.003	973	7.121
1998	2.527	1.382	1.303	2.072	1.165	8.449
1999	2.199	1.431	1.190	1.353	913	7.086
2000	2.843	1.901	1.231	2.016	1.259	9.250
2001	2.772	1.852	1.170	1.766	945	8.505
2002	4.030	2.331	961	2.392	1.095	10.809
2003	2.433	1.986	424	1.642	1.194	7.679
2004	3.954	3.018	511	2.528	2.281	12.292
2005	3.580	2.616	384	1.846	1.310	9.736
2006	3.638	3.153	403	2.073	1.681	10.948
2007	3.039	3.143	531	1.746	1.473	9.932
2008	3.389	3.117	521	1.862	1.865	10.754
2009	3.781	3.509	557	2.300	2.317	12.464

\* Non tutte le persone assistite dichiarano la sostanza di abuso primaria e secondaria (va inoltre considerato il poliabuso)

L'assunzione di sostanze stupefacenti per via iniettiva evidenzia una diminuzione nel tempo, sebbene contraddistinto da un andamento oscillante (nel 1997 il 71,6% degli assistiti che hanno riferito la sostanza di abuso primaria aveva un comportamento iniettivo, mentre nel 2009 tale percentuale è scesa al 49,4%). Questa flessione delle persone che hanno dichiarato un uso iniettivo della sostanza primaria è osservabile nella

sua fase più rilevante intorno al 2000 probabilmente in relazione ad un aumento percentuale relativo di persone che utilizzavano droghe quali la cannabis, la cocaina, e le anfetamine per altre vie e per i timori suscitati dal fenomeno AIDS. Sempre intorno all'anno 2000 si è verificata una tendenza ad utilizzare l'eroina anche per via non iniettiva. Un altro fattore che potrebbe spiegare tale calo riguarda l'accesso al servizio negli ultimi anni di soggetti stranieri in particolare nordafricani che tendenzialmente non fanno un uso iniettivo. L'uso iniettivo della cocaina, a parte il picco osservato nel 2001 di difficile spiegazione, ha evidenziato un trend in crescita dal 2004 al 2008 (rispettivamente 6% e 23%) seguito da un brusco calo nel 2009 (15%). Andamento simile si osserva nel 2009 anche per le altre sostanze (benzodiazepine, altre sostanze).

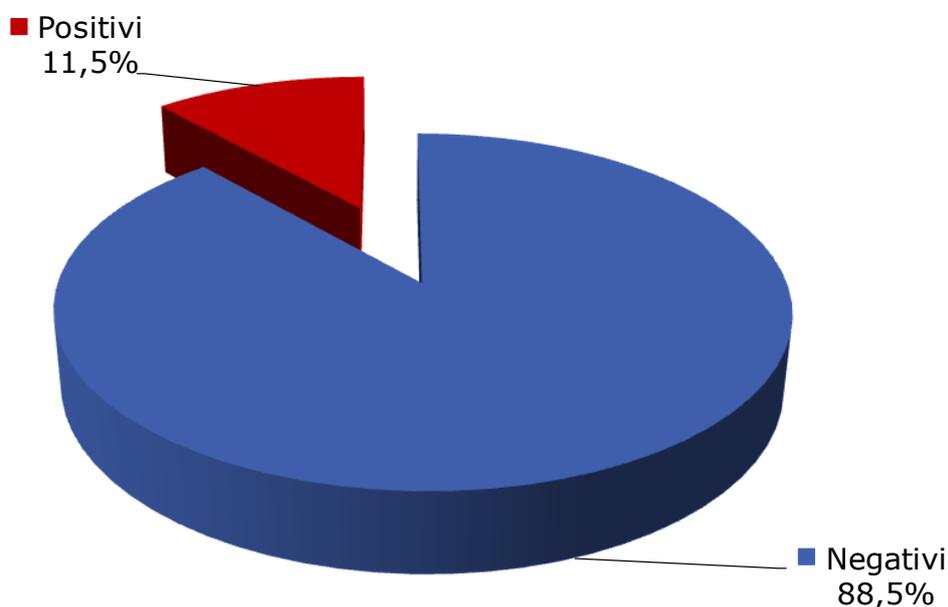
Distribuzione percentuale delle persone assistite dai SerT che fanno uso iniettivo della sostanza primaria (sul totale persone che hanno indicato una sostanza primaria iniettabile). Veneto 1997-2009



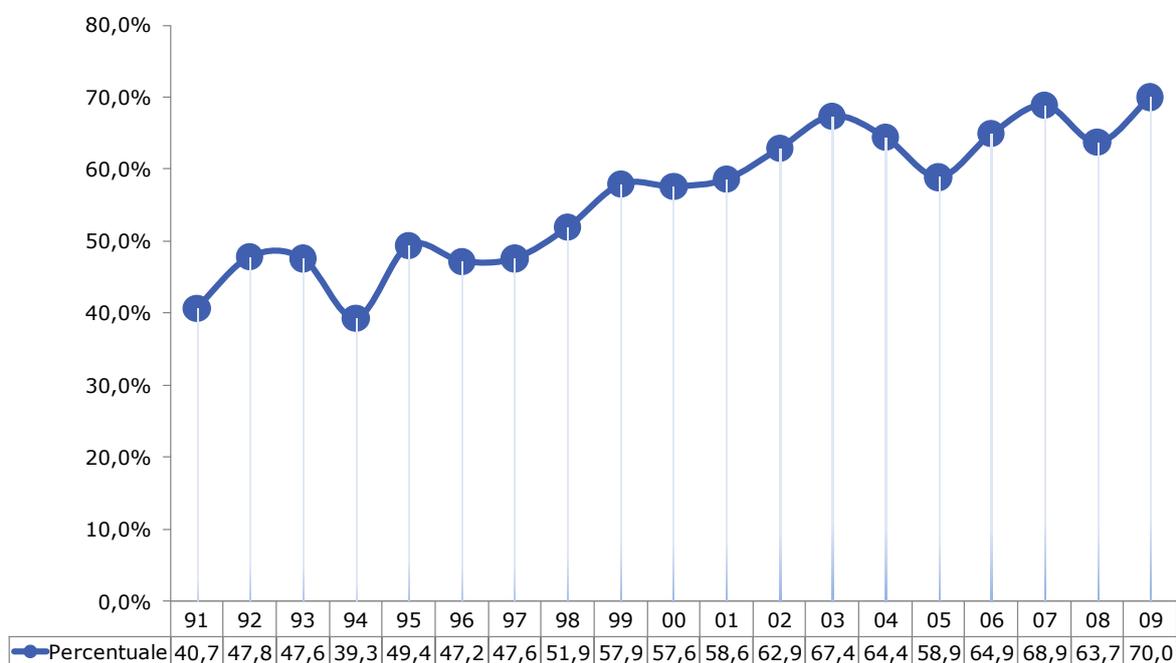
#### *Infezione da HIV e attività di testing*

Un aspetto particolarmente preoccupante del 2009 riguarda il calo nella verifica della presenza di patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti nelle persone assistite dai SerT, dopo un temporaneo rialzo del 2008. Con riferimento all'infezione da HIV, la percentuale di soggetti sottoposti a test sierologico nel 2009 è pari a circa il 30%, valore dimezzato rispetto al 1991, anno nel quale il 60% dei soggetti in carico era sottoposto a screening per l'HIV. Rimangono comunque oltre 10.000 soggetti a rischio di infezione da HIV che non sono stati testati. Rispetto al contingente di persone sottoposte a test sierologico HIV nel 2009, 521 pari al 11,5% sono risultate positive al test.

Distribuzione percentuale dell'esito del Test HIV effettuato dalle persone assistite. Veneto Anno 2009



Distribuzione percentuale delle persone assistite dai SerT che **non** hanno eseguito il test sierologico HIV (sul totale assistiti) Veneto 1991-2009



477

Nei nuovi utenti, nell'ultimo quinquennio, il fenomeno sembra interessare in ugual misura maschi e femmine, mentre in quelli già in carico si osserva una sostanziale differenza per il sesso femminile che appare molto più interessato dal fenomeno del sesso maschile.

Questa differenza è plausibilmente imputabile ad un maggior rischio di esposizione anche per via sessuale del genere femminile rispetto a quello maschile. Da altre osservazioni si è potuto notare infatti che spesso i maschi hanno partner femminili non tossicodipendenti mentre la quasi totalità delle femmine tossicodipendenti presenta partner maschili tossicodipendenti. Parallelamente alla riduzione di soggetti sottoposti a test sierologico HIV si osserva nell'ultimo quadriennio una tendenziale stabilità della percentuale di persone testate e risultate positive al test (casi incidenti), sia con riferimento alla nuova utenza che rispetto alle persone già note ai servizi.

#### *Virus dell'epatite*

La prevalenza del virus dell'epatite B tra i tossicodipendenti nel 2009 si attesta complessivamente al 34,3%, con un andamento in diminuzione sebbene con discreta variabilità nell'ultimo decennio. Tra i nuovi utenti si registra una percentuale di positività pari al 7,3% percentuale che sale al 40% per le persone già assistite. Nel 2009 non si assiste all'andamento dell'ultimo quadriennio dove la popolazione maschile dei nuovi utenti sembrava maggiormente interessata di quella femminile. Nell'utenza già in carico il fenomeno interessa in ugual misura entrambi i generi. Rimane sostanzialmente invariata e preoccupante la situazione relativamente alla prevalenza di test positivi per il virus dell'epatite C dove si osserva una percentuale del 67% sul totale delle persone testate, diversificato nelle nuove persone, casi incidenti (16,3%), rispetto alle persone già assistite in precedenza (75,0%). Su 15.045 soggetti in carico, di cui 6.200 con uso iniettivo (41,2%), con una prevalenza di positivi al virus dell'epatite C pari a circa al 37% si può stimare che una quota di 107 persone non sia stata diagnosticata come positiva. Nell'ultimo quadriennio scompare la differenza tra i generi che caratterizzava gli anni precedenti. Inoltre, l'aumento nel 2009 registrato complessivamente e negli utenti già in carico va monitorato nel tempo prima di parlare di un aumento nella prevalenza dell'HCV. Anche per questa infezione resta elevato il numero di soggetti in cui non è stato eseguito il test sierologico.

#### *Tipologia di trattamento erogato dai SerT*

Ad una prima analisi della distribuzione dei soggetti assistiti per tipo di trattamento è possibile rilevare che alla maggior parte dei soggetti seguiti presso il SerT viene erogato un trattamento farmacologico (70,3%), prevalentemente metadone (42,9%); una quota pari al 29,7% viene sottoposta ad un trattamento psicosociale e/o riabilitativo. Oltre ai soggetti seguiti presso i SerT, vi è poi una parte inserita in comunità terapeutica (1.704 persone) che viene seguita direttamente dai SerT presso le strutture riabilitative, sia con trattamenti farmacologici (64,4%) che psico-sociali (35,6%). Questo gruppo di persone

rappresenta il 50% di tutti i soggetti presenti all'interno delle comunità terapeutiche (3.370). Altre 1.112 persone sono seguite in carcere con trattamenti farmacologici di tipo non sostitutivo nel 36% dei casi. In totale pertanto la percentuale di trattamenti farmacologici è del 66%. Ad una più attenta analisi del tipo di trattamento erogato è possibile vedere negli anni un aumento dei trattamenti farmacologici con metadone fino al 2004 seguito da una certa stabilità nel quadriennio successivo (circa il 40%) a fronte di altri trattamenti farmacologici quali il Naltrexone, la Clonidina che hanno subito una decisiva contrazione (con percentuali nel 2009 che non superano l'1%). Dal 2005 sono poi disponibili i dati sulla buprenorfina erogata complessivamente al 11% circa degli assistiti. Analizzando più nel dettaglio i trattamenti psicosociali/riabilitativi, si osserva che nel 36,1% dei casi si tratta di un sostegno psicologico, nel 15,8% di psicoterapia e nel 48,1% di interventi di servizi sociali. Il maggior tasso di ricorso alla psicoterapia (16,8%) viene riscontrato all'interno dei servizi pubblici. Lievi variazioni si sono avute nel corso degli anni (a partire dal 1997 al 2009) relativamente al ricorso al sostegno psicologico con oscillazioni che variano dal 41,4% al 36,1% e nell'ambito degli interventi di servizi sociali aumentati dal 39,3% al 48,1% a fronte di un calo di interventi di psicoterapia (passata da 19,2% a 15,8%). Rispetto al trattamento farmacologico con metadone, in relazione anche alla sede di erogazione, è possibile evidenziare come sul totale dei trattamenti complessivi quello più frequente è il metadone a lungo termine (55,5%) seguito dal medio termine (27,5%) e dal breve termine (17,0%). Con riferimento al trattamento farmacologico con buprenorfina e alla sede di erogazione, emerge che sul totale dei trattamenti complessivi il più frequente è quello a lungo termine (60,3%) seguito dal medio termine (24,2%) e quindi dal breve termine (15,6%).

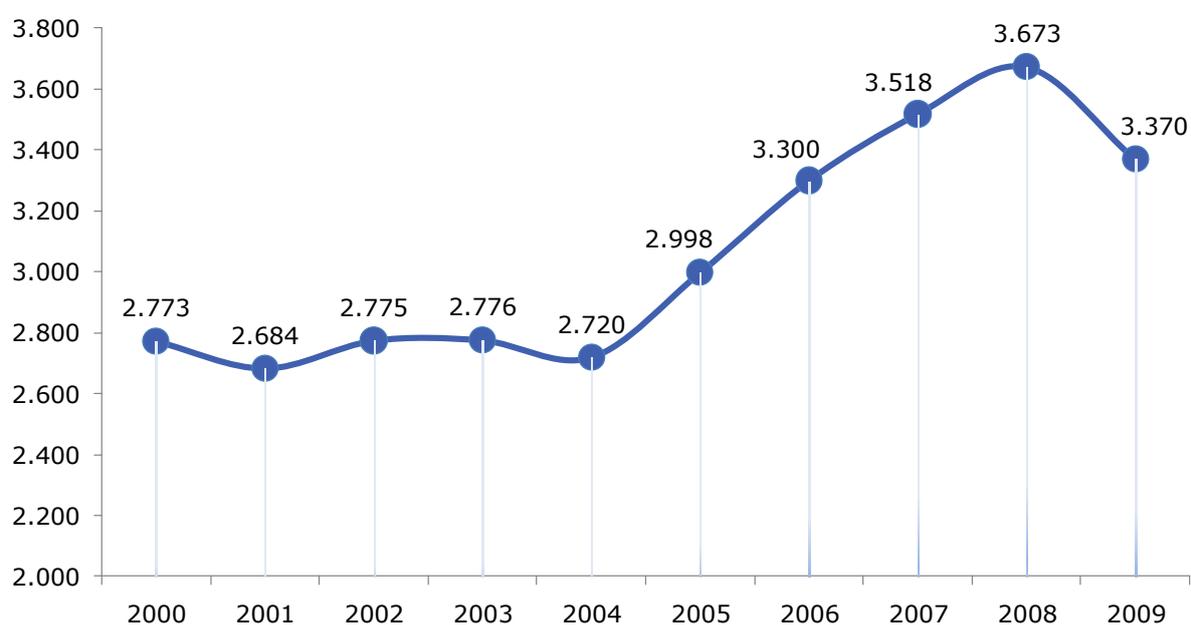
479

#### *Personae assistite dalle strutture riabilitative*

I dati forniti dalle strutture riabilitative si riferiscono ad utenti residenti sia nella Regione Veneto che extra regione. Il trend temporale evidenzia un flusso costante del contingente di soggetti assistiti nelle comunità terapeutiche dal 2000 al 2003 pari a circa 2.700 persone annue e un successivo aumento dal 2003 al 2008 che supera i 3.600 assistiti. Nel 2009 la quota complessiva di utenti è pari a 3.370, in calo rispetto all'ultimo biennio. Tale aumento è sostenuto dalla nuova utenza in continua crescita fino al 2006, stabile nel 2007 ed in diminuzione nel 2008 controbilanciata da un aumento dell'utenza già in carico da periodi precedenti. Nel 2009 aumentano nuovamente i nuovi utenti. Per quanto riguarda invece il numero di persone tossicodipendenti inviate dai SerT Veneti in comunità terapeutica, è da registrare un calo nell'anno in osservazione. Nel 2009 sono stati 1.811 i pazienti inviati in Comunità Terapeutica e rappresentano il 12% dell'utenza in carico ai servizi. La fonte prevalente di invio delle persone tossicodipendenti in

Comunità Terapeutica resta il SerT con una percentuale del 98%. La possibilità di arrivare ad un completamento del trattamento (con esito positivo) risulta proporzionale alla durata stessa del trattamento. Le percentuali maggiori di "trattamento completato" le troviamo infatti nella classe di durata del trattamento tra i 18 e i 24 mesi e oltre 24 mesi (oltre il 55%) e analogamente la percentuale massima di interruzione dei trattamenti si rileva nei primi sei mesi (ben il 52% dei trattamenti finisce in modo non positivo entro i primi sei mesi).

Utenti (residenti e non residenti) assistiti dalle Comunità Terapeutiche. Nel numero sono compresi anche utenti non inviati dai SerT. Anni 2000-2009



### *Mercato della Droga*

Padova nel 2009 è stata la città dove si sono verificati il maggior numero di sequestri ma soprattutto si è verificato un maxi sequestro di cocaina (429 kg) e di hashish (171 kg). Complessivamente in Veneto sono stati sequestrati 509 kg di cocaina, 472 kg di hashish, 154 kg di marijuana e 130 kg di eroina. Le segnalazioni per articolo 73 (spaccio di sostanze) sono 2.354, il 92% di questi soggetti sono maschi. 1.017 soggetti (43,2%) sono italiani, tra gli stranieri i nordafricani sono quelli più rappresentati (37,2%). Per 1.868 soggetti la segnalazione è esitata in arresto (79,4%).

### *Decessi Droga correlati*

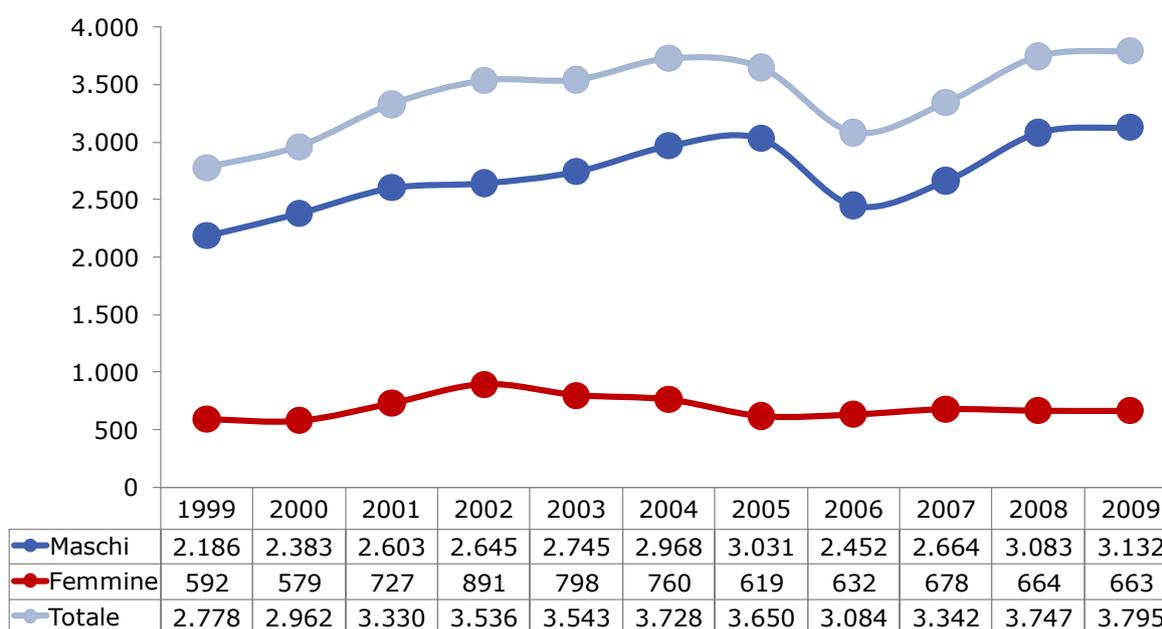
Il flusso dati sui decessi proviene dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno. Nell'anno 2009 si sono registrati 30 decessi per droga in

diminuzione rispetto ai 35 dell'anno precedente. L'analisi per Provincia evidenzia che Verona, Venezia e Vicenza sono le città con maggiore frequenza di tali eventi. L'83,3% dei soggetti è di nazionalità italiana, e la fascia d'età nella quale si verificano la metà di questi eventi è quella compresa tra i 35-45 anni (53,3%) e oltre i 45 anni (23,3%). Il 60% degli eventi infausti si verifica in abitazione, più del 13% locali pubblici. Un aspetto da rilevare è il tipo di sostanza legata al decesso che risulta imprecisata per circa il 30% dei casi, quando viene indicata la tipologia l'eroina è quella riferita a quasi il 72% dei casi.

### Alcoldipendenze

Nel 2009 sono state assistite dai SerT e dalle unità di alcolologia 3.795 nuove persone, più 6% rispetto al 2008, di cui l'82,5% erano maschi e il 17,5% erano femmine. Nei nuovi utenti la classe di età più rappresentata sia per i maschi che per le femmine è quella compresa fra i 40 e i 49 anni (26,3% e 30,6% rispettivamente).

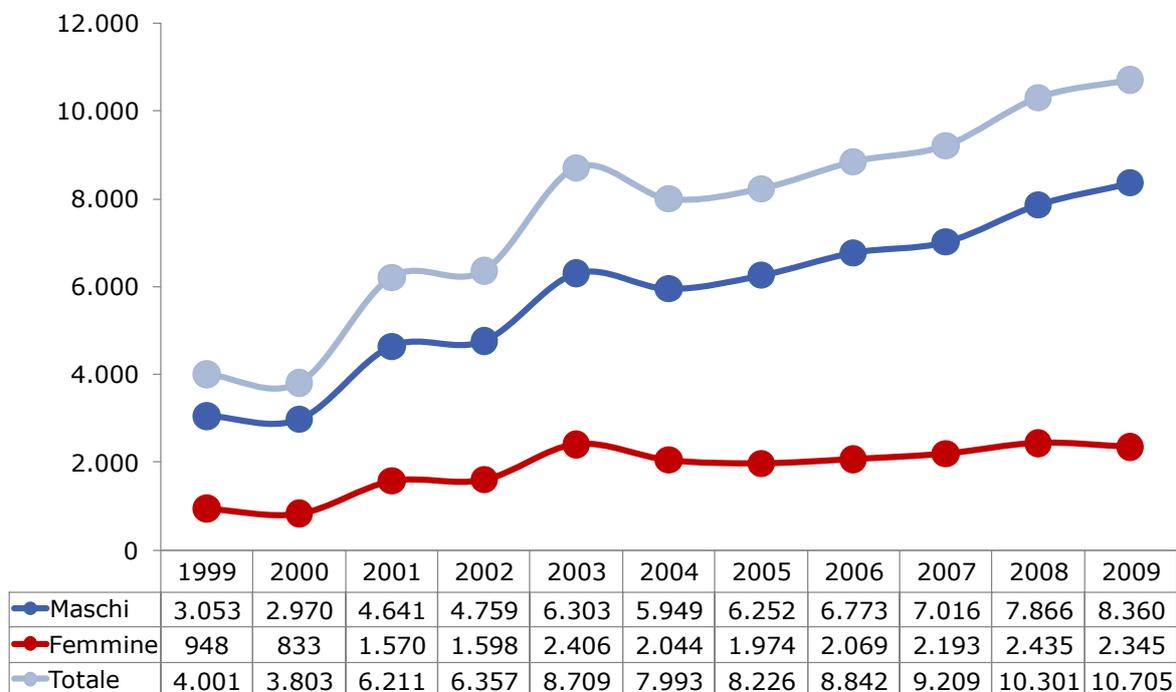
Distribuzione assoluta dei nuovi assistiti dai SerT e dalle U.O. di Alcolologia secondo il sesso. Veneto 1999-2009



Altre 10.705 persone già conosciute sono state assistite nello stesso periodo di tempo, per un totale di 14.500 persone. Come è possibile notare, dal 1995 al 2009 si è assistito ad un costante aumento delle persone assistite, nuove e già note, per dipendenza da alcol passando dalle 4.542 unità complessive alle 14.500. L'incremento maggiore si è

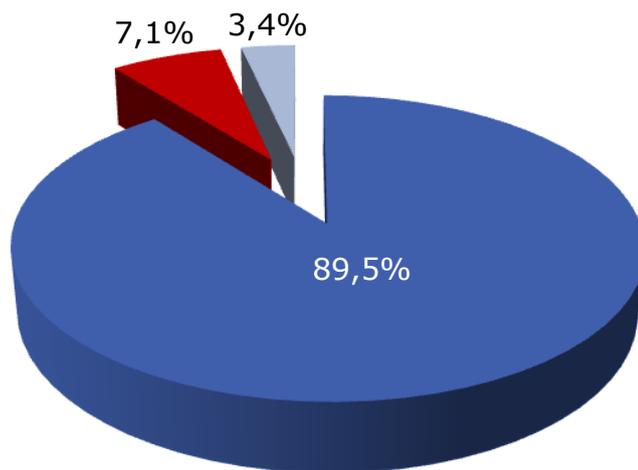
avuto tra il 2000 e 2003 per il rientro in trattamento di persone già conosciute, sia di genere maschile che femminile.

Distribuzione assoluta delle persone già assistite dai SerT e dalle U.O. di Alcologia, secondo il sesso. Veneto 1999-2009



482

Percentuale delle persone assistite dai SerT e dalle U.O. di Alcologia che, oltre all'alcoldipendenza, fanno uso di sostanze stupefacenti o che abusano di farmaci. Veneto 2009



- Persone che abusano di alcol
- Persone che fanno anche uso di sostanze stupefacenti e psicotrope
- Persone che abusano o fanno uso improprio di farmaci

*Tipologia di trattamento erogato*

Relativamente al trattamento erogato si è potuto notare che quello più frequentemente utilizzato (26,4%) è il counseling erogato all'utente o alla famiglia seguito dal trattamento medico farmacologico ambulatoriale (26,3%) e dall'inserimento nei gruppi di auto mutuo aiuto (11,2%). Nello specifico dei trattamenti psicoterapeutici, il 53,7% era individuale, mentre il 46,3% era di gruppo o familiare. Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri o di day hospital il 65,8% era dovuto a sindrome da dipendenza da alcol e il 34,2% da altre patologie alcol correlate.

Distribuzione assoluta dei soggetti assistiti e dei trattamenti erogati dai SerT e dalle U.O. di Alcologia. Veneto Anno 2009			
Tipologia di trattamento	Persone assistite	Trattamenti	Numero medio trattamenti per assistito
Trattamento medico-farmacologico ambulatoriale	7.072	13.131	1,9
Trattamento psicoterapeutico individuale	1.298	3.574	2,8
Trattamento psicoterapeutico di gruppo o familiare	1.121	3.238	2,9
Counseling all'utente o alla famiglia	7.090	14.977	2,1
Inserimento nei gruppi di auto/mutuo aiuto	3.009	13.014	4,3
Trattamento socio-riabilitativo	2.593	5.730	2,2
Inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale	518	588	1,1
Ricovero ospedaliero o Day Hospital per sindrome di dipendenza da alcol	727	1.808	2,5
Ricovero ospedaliero o Day Hospital per altre patologie alcol correlate	378	389	1,0
Ricovero in casa di cura privata convenzionata per sindrome di dipendenza da alcol	57	57	1,0
Ricovero in casa di cura privata convenzionata per altre patologie alcol correlate	27	29	1,1
Altro	2.982	4.373	1,5
<b>Totale</b>	<b>26.872</b>	<b>60.908</b>	<b>2,3</b>

#### 4.5 Carceri e marginalità sociale

---

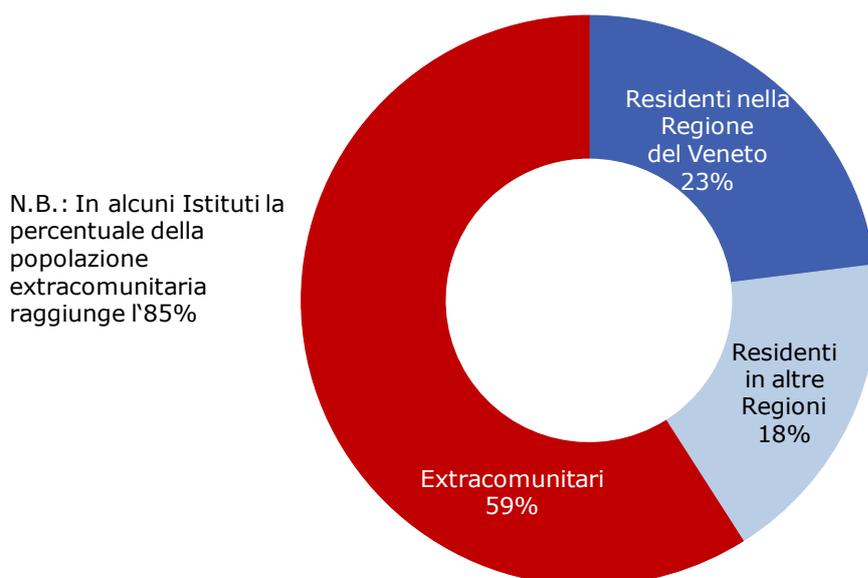
L'articolo 1 del Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230 stabilisce che "i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci e appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale, nei Piani Sanitari Regionali e in quelli locali". In base al contenuto di tale decreto, lo Stato, le Regioni, i Comuni, le Aziende Sanitarie Locali e gli Istituti Penitenziari uniformano le proprie azioni concorrendo responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati. Dal 14 giugno 2008 (con DPCM 1° aprile 2008) sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale (e quindi anche alle Regioni e alle Aziende Sanitarie) tutte le competenze sanitarie della medicina generale, specialistica, i rapporti di lavoro e le risorse economiche e strumentali prima in capo al Ministero della Giustizia. Detto trasferimento costituisce un processo particolarmente impegnativo per tutte le istituzioni interessate. Alle Regioni e alle Province Autonome è assegnato il compito di organizzare i servizi sanitari in rapporto alla tipologia degli istituti di pena, per garantire risposte appropriate, efficienti ed efficaci ai bisogni di salute della popolazione carceraria e dei minori sottoposti a provvedimento penale. Altrettanto importante, quale documento di coordinamento, è l'Accordo 20 novembre 2008 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile. In tale Accordo sono individuate le aree e le tematiche che necessitano di specifici Protocolli di collaborazione tra le Amministrazioni sanitarie e quelle della Giustizia, sia a livello regionale che tra Aziende sanitarie e singoli istituti e servizi, tenendo conto delle rispettive competenze istituzionali. Nel Veneto il passaggio completo ed effettivo della Sanità Penitenziaria alle Aziende ULSS è avvenuto il 15 giugno 2009.

##### *Presenze negli Istituti Penitenziari del Veneto*

Nel Veneto al 31 dicembre 2009 nei 10 Istituti di Pena (uno per capoluogo di provincia, due a Padova e tre a Venezia), aventi complessivamente una capienza regolamentare 1.782 posti e una capienza tollerabile pari a 2.728, erano presenti 3.202 detenuti, con un tasso di sovraffollamento del 180%. Nell'Istituto Penale per Minorenni di Treviso, alla stessa data erano presenti 19 detenuti. Gli ultimi dati ufficiali disponibili mostrano che nel 2009 il 59% della popolazione detenuta negli Istituti Penitenziari della Regione Veneto erano di origine straniera (1.877), 2.879 sul totale erano di genere maschile, 820 in

attesa di giudizio, 576 appellanti, 1.651 con una sentenza definitiva. Inoltre 977 erano le persone detenute tossicodipendenti. Anche in Veneto il provvedimento di indulto del luglio 2006 ha ridotto sensibilmente la popolazione detenuta, ma allo stato attuale il tasso di sovraffollamento è tornato ai valori registrati nel periodo di preindulto.

Persone incarcerate nel Veneto: percentuali per provenienza.  
Anno 2009



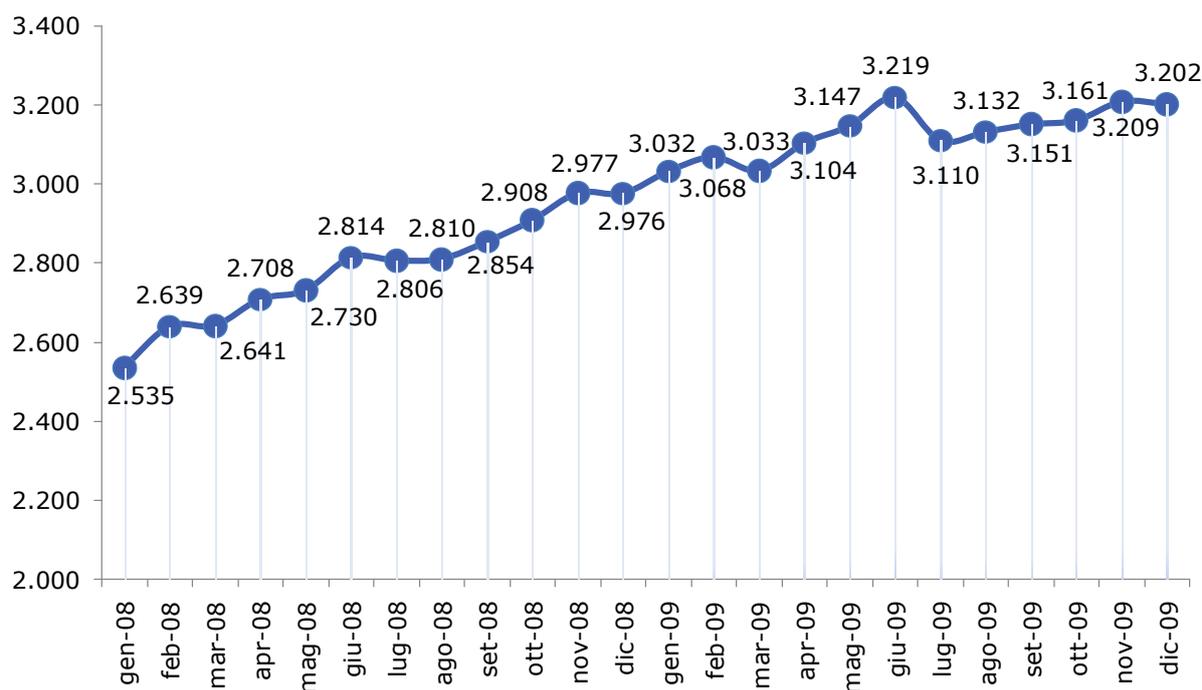
485

Presenza e capienza delle carceri del Veneto al 31/12/2009			
Istituto di Pena	Presenze	Capienza regolamentare	Tasso di sovraffollamento
Casa Circondariale Belluno	151	84	180%
Casa Circondariale Padova	232	98	237%
Casa di Reclusione Padova	789	446	177%
Casa Circondariale Rovigo	128	66	193%
Casa Circondariale Treviso	293	128	229%
Casa Circondariale Venezia Santa Maria Maggiore	317	111	286%
Casa di Reclusione Femminile Venezia Giudecca	87	111	78%
Casa Circondariale Venezia Giudecca	0	38	0%
Casa Circondariale Verona	875	564	155%
Casa Circondariale Vicenza	330	136	243%
<b>Totale</b>	<b>3.202</b>	<b>1.782</b>	<b>180%</b>

Le difficoltà create dalla situazione di sovraffollamento rendono più complesso perseguire gli obiettivi di prevenzione e cura. Uno dei problemi maggiori del sovraffollamento è che

trovandoci in un particolare contesto, non è possibile provvedere ad un ampliamento parallelo delle strutture sanitarie carcerarie che sono state pensate e modellate per la capienza regolamentare degli Istituti di Pena. Inoltre, bisogna ricordare che anche le risorse economiche destinate alla Sanità per i detenuti sono state dimensionate per un numero di presenze che di certo non è quello attuale con una previsione di aggravio sulle risorse regionali che non è possibile quantificare dato il costante aumento del numero dei detenuti.

Presenza mensile nelle carceri del Veneto  
Anni 2008-2009



486

Numero e suddivisione Professionisti della Salute all'interno degli Istituti di Pena				
Sede	Personale medico	Infermieri e Coordinatori Infermieristici	Psicologi	Totale
Belluno	5	1	0	6
Padova	31	2	0	33
Rovigo	7	2	1	10
Treviso	15	4	0	19
Treviso Minorile	1	2	3	6
Venezia	16	5	0	21
Verona	19	8	0	27
Vicenza	12	1	0	13
<b>Totale</b>	<b>106</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>135</b>

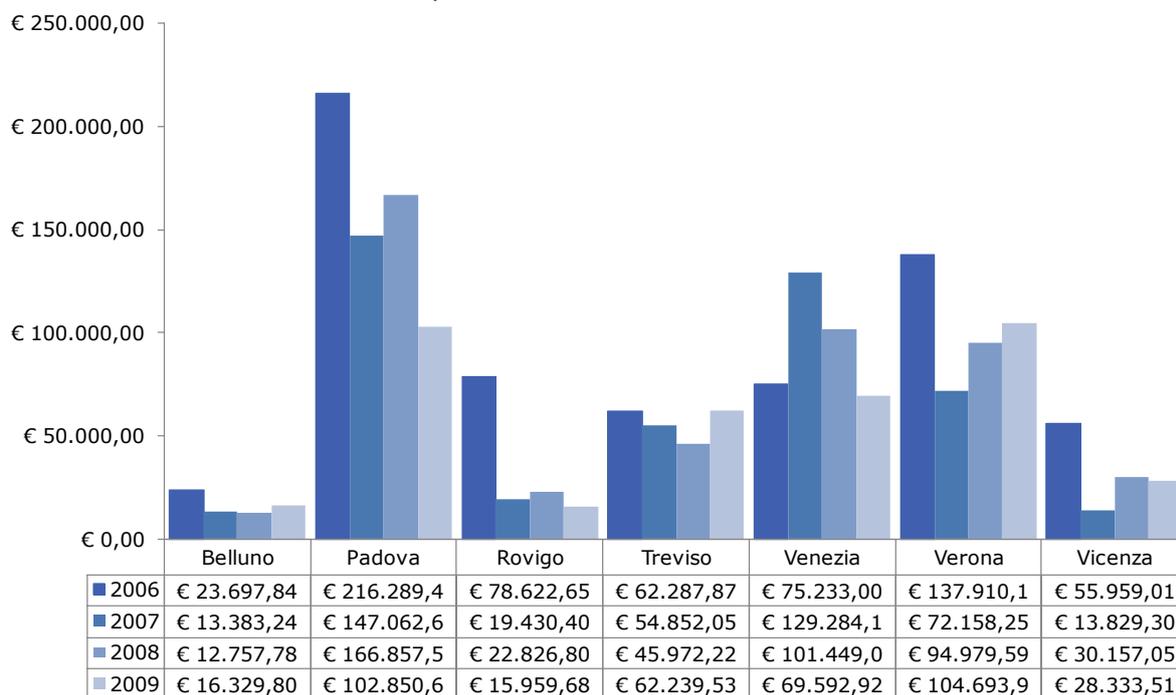
Con riferimento alle presenze nelle carceri, va ricordato che anche nel Veneto una quota significativa dei detenuti sono tossicodipendenti (31%). I Sert forniscono la necessaria assistenza all'interno degli Istituti di Pena sin dal 2000 sul piano funzionale e dal 2003 sul piano anche amministrativo. Il tasso di presenza di detenuti che hanno usato sostanze stupefacenti impone una attenzione particolare a questo tipo di assistenza. Vi è infatti bisogno di integrazione tra i Servizi delle Aziende ULSS e la Magistratura di sorveglianza per un corretto reinserimento e per eventuali alternative alla detenzione ai fini dell'attuazione di un programma terapeutico. Inoltre la gestione medica, tossicologica e psicologica è particolarmente delicata quando la condizione giuridica del detenuto non permette l'attuazione di alternative alla carcerazione.

Interventi a favore della popolazione detenuta ed in area penale esterna				
Ambito provinciale	N. destinatari anno 2006	N. destinatari anno 2007	N. destinatari anno 2008 (1)	N. destinatari anno 2009 (1)
Belluno	172	105	42	74
Padova	3.160	1.445	1.323	1.164
Rovigo	690	88	40	30
Treviso	545	365	182	149
Venezia	822	540	322	300
Verona	2.310	1.095	1.228	411
Vicenza	385	180	130	255
<b>Totale</b>	<b>7.699</b>	<b>3.818</b>	<b>3.267</b>	<b>2.383</b>

(1) il dato è relativo ai destinatari presunti determinato in sede di presentazione del progetto

Progetti a favore della popolazione detenuta ed in area penale esterna				
Ambito provinciale	Numero Progetti anno 2006	Numero Progetti anno 2007	Numero Progetti anno 2008	Numero Progetti anno 2009
Belluno	2	2	1	2
Padova	16	13	11	8
Rovigo	6	2	1	1
Treviso	4	4	3	4
Venezia	8	11	6	6
Verona	10	6	5	7
Vicenza	3	1	2	2
<b>Totale</b>	<b>49</b>	<b>39</b>	<b>29</b>	<b>30</b>

Finanziamenti relativi a progetti a favore della popolazione detenuta ed in area penale esterna. Veneto 2006-2009



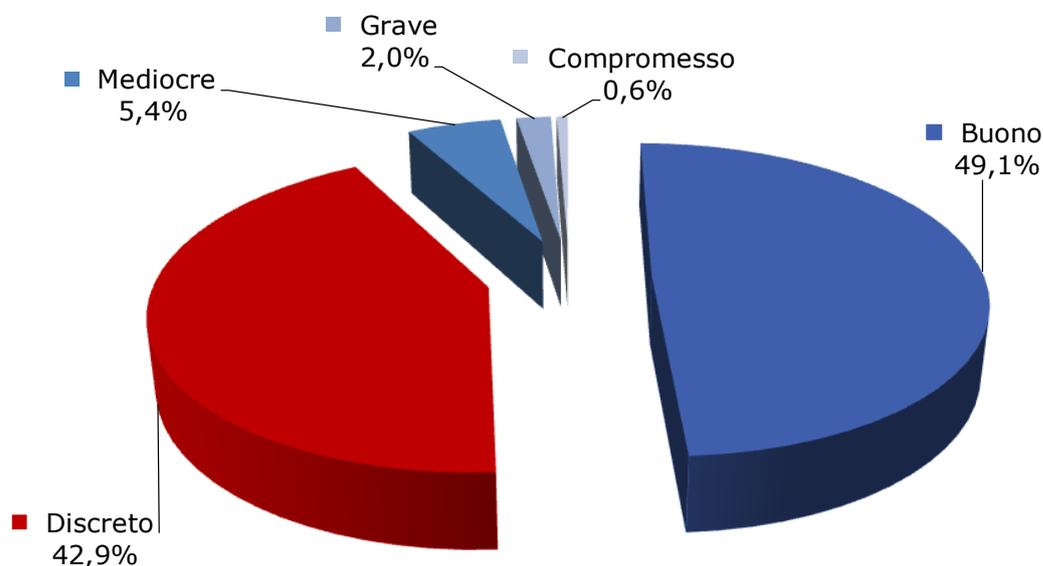
488

Collocazione della Sanità Penitenziaria nelle Aziende ULSS del Veneto		
Azienda ULSS	Denominazione	Collocazione
Azienda ULSS 1 Belluno	Ufficio per la Sanità Penitenziaria	Distretto
Azienda ULSS 6 Vicenza	Unità Operativa Complessa di Sanità Penitenziaria	Coordinamento dei Direttori di Distretto
Azienda ULSS 9 Treviso	Unità Operativa Semplice di Sanità Penitenziaria	Distretto
Azienda ULSS 12 Veneziana	Unità Operativa Semplice di Sanità Penitenziaria	Distretto
Azienda ULSS 16 Padova	Ufficio per la Sanità Penitenziaria	Distretto
Azienda ULSS 18 Rovigo	Ufficio per la Sanità Penitenziaria	Distretto
Azienda ULSS 20 Verona	Unità Operativa Semplice di Sanità Penitenziaria	Distretto

Il sovraffollamento delle carceri aggrava le condizioni igienico-sanitarie. Gli Istituti di Pena sono spesso collocati, a seguito di riconversione, in vecchie caserme o in strutture risalenti alla prima metà del secolo scorso, quando non in periodi precedenti. Da questo

punto di vista, tutti le carceri venete presentano significativi problemi da un punto di vista igienico-sanitario.

Condizioni di salute della popolazione carceraria nel Veneto  
(Fonte: Dipartimento Amministrazione Penitenziaria)



I dati fanno riferimento ad uno studio, l'unico di questo genere, realizzato dall'Ufficio Sanità del DAP (Dipartimento Amministrazione Penitenziaria) con riferimento al dicembre 2005. Dalle interviste realizzate nel 2010 con i responsabili degli Uffici della Sanità Penitenziaria delle Aziende ULSS del Veneto il parere che emerge circa lo stato di salute generale dei detenuti è in linea con le rilevazioni del DAP: i medici considerano infatti i ristretti in una condizione di salute buona.

I detenuti prima del trasferimento di competenze godevano a livello sanitario di prestazioni superiori a quelle concesse ai cittadini liberi con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Venivano loro riconosciute gratuitamente prestazioni odontoiatriche, farmaci off-label quali terapie ormonali a detenuti transessuali internati e trasporti sanitari in ambulanza con finalità non sanitarie. In tal senso la Regione Veneto ha preso una posizione precisa, e nel febbraio 2009 ha stabilito la piena parità di trattamento in tema di assistenza sanitaria e quindi di LEA, degli cittadini liberi e delle persone detenute.

#### *Patologie maggiormente caratterizzanti la popolazione detenuta*

La tipologia di patologie presenti tra i detenuti attualmente ristretti presso gli istituti penitenziari del Veneto si caratterizza per la presenza di tre categorie che possiamo così definire: di natura generale, di natura psichiatrica e legate alla tossicodipendenza. Questa grossolana distinzione in realtà mette in evidenza come la patologia più fortemente presente nelle carceri sia la tossicodipendenza, con una percentuale che attualmente si

attesta attorno al 30-32% dei detenuti, con implicazioni non solo di tipo tossicologico e psico-riabilitativo ma anche di tipo internistico, infettivologico e psichiatrico. Infatti l'incidenza dell'epatite C, nella popolazione detenuta, è stimata essere superiore rispetto a quella dei tossicodipendenti non detenuti, mentre la sieropositività è accertata solo in alcuni casi in quanto non è possibile, allo stato attuale, saperne con esattezza l'incidenza poiché il test non viene effettuato a tutte le persone ristrette. Al 30 settembre 2009 erano 977 i tossicodipendenti ristretti nelle carceri del Veneto su un totale di 3.151 detenuti, molti dei quali (una percentuale che secondo gli studi varia dal 30% al 60% a seconda delle carceri) oltre alle patologie sopra descritte, di tipo internistico, riscontrano anche problemi di doppia diagnosi. Tra le patologie a valenza specialistica, definite di natura generale, troviamo patologie di tipo internistico, dermatologico, otorino e cardiologico. Tuttavia, si deve rilevare che l'alta percentuale di detenuti stranieri ha comportato, non solo nelle carceri del Veneto ma in tutta Italia, una presenza rilevante di tubercolosi. L'andamento di questo fenomeno è attualmente sotto osservazione ed è riscontrabile in tutte le carceri del Paese. Infine, le patologie di natura psichiatrica sono una costante tra i detenuti. Troviamo forme che vanno genericamente classificate tra le sindromi ansiose-depressive di natura reattiva fino a forme propriamente depressive e di tipo psicotico. Ogni carcere ha al proprio interno un Medico Psichiatra di riferimento che provvede ai necessari collegamenti con i Dipartimenti di Psichiatria del territorio.

490

### *Marginalità sociale*

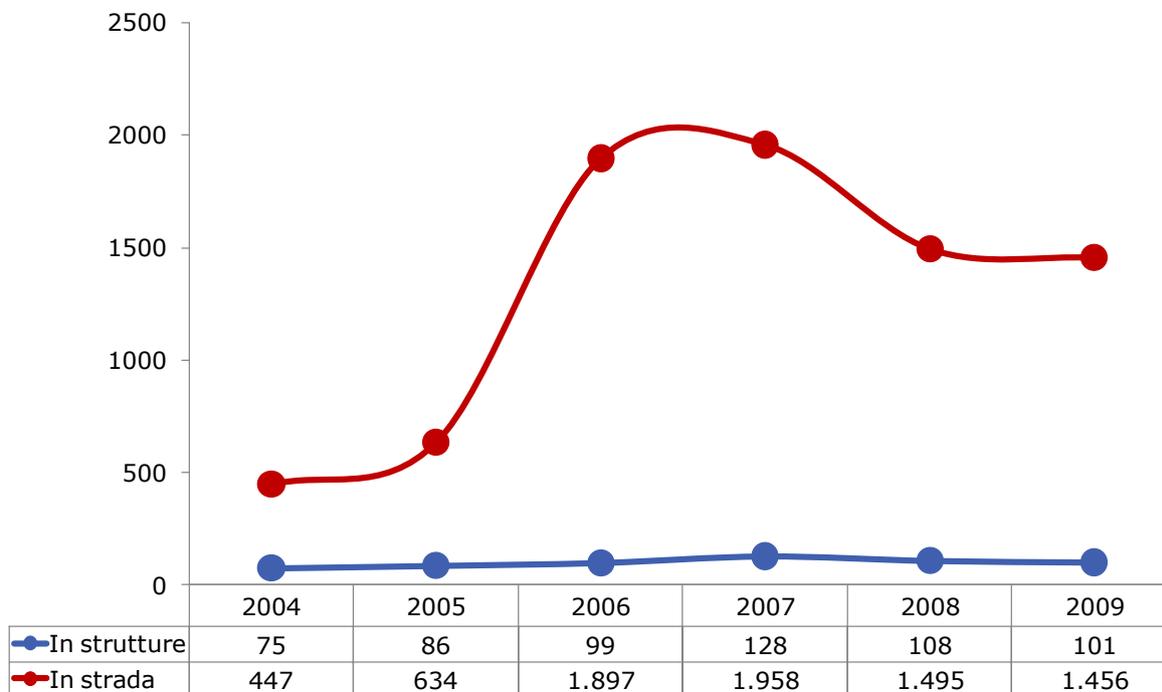
Per offrire risposte ai fenomeni sociali maggiormente caratterizzati da condizioni di marginalità sociale, la Regione del Veneto ha elaborato linee di indirizzo che individuano due aree specifiche di intervento: l'ambito relativo alle persone vittime di abuso e sfruttamento sessuale e l'ambito delle persone in povertà estrema e senza dimora. La scelta strategica regionale è quella di promuovere modelli di intervento che realizzino partnership e integrazione tra soggetti pubblici e privati e favoriscano l'avvio, a livello locale, processi di implementazione degli interventi. Infatti, ai problemi posti dalle persone che vivono la condizione di esclusione sociale vanno date risposte articolate.

### *Area relativa alle persone vittime di abuso e sfruttamento sessuale*

La Regione del Veneto ha favorito la costruzione e lo sviluppo di reti territoriali, capaci di attivare interventi sociali volti a contrastare il fenomeno della prostituzione e della tratta, ponendo al centro dell'azione, la promozione umana e sociale delle persone oggetto di sfruttamento. I progetti territoriali, realizzati nel periodo 2002-2008, hanno assicurato: a) il contatto e l'aggancio delle vittime ed il successivo accompagnamento in percorsi di uscita dalla condizione di sfruttamento; b) il lavoro

educativo sulla comunità e sui clienti; c) la collaborazione fra gli Enti Pubblici e le Forze dell'Ordine, per garantire sinergia e integrazione fra l'intervento socio-educativo e quello di repressione.

Vittime di tratta e di abuso e sfruttamento a fini sessuali rilevate nel Veneto (Comuni capoluogo). Anni 2004-2009



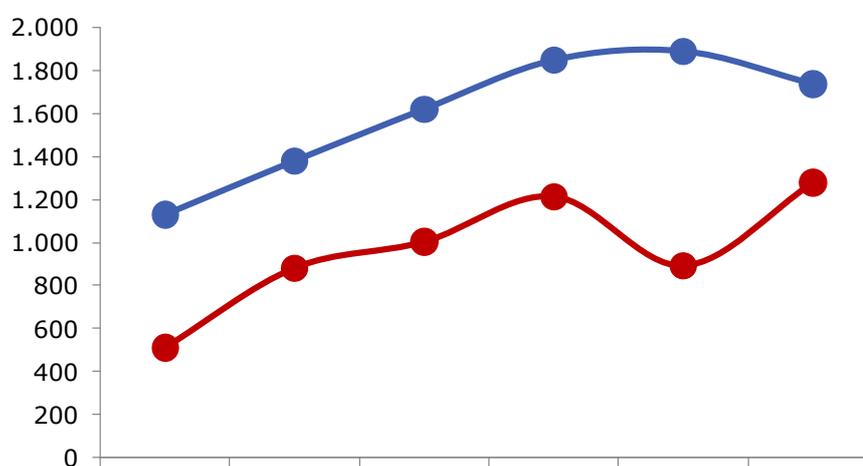
Interventi per contrastare il fenomeno della prostituzione e della tratta				
Provincia	Progetti anno 2006	Progetti anno 2007	Progetti anno 2008	Progetti anno 2009
Padova	1	1	1	1
Rovigo	1	1	1	1
Treviso	2	2	1	1
Venezia	3	3	1	1
Verona	2	2	1	1
Vicenza	1	2	1	1
<b>Totale</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>6</b>

Finanziamento interventi per contrastare il fenomeno della prostituzione e della tratta				
Provincia	Finanziamento 2006	Finanziamento 2007	Finanziamento 2008	Finanziamento 2009
Padova	€ 125.016,06	€ 92.407,61	€ 69.069,27	€ 29.234,83
Rovigo	€ 11.977,67	€ 7.085,65	€ 9.912,72	€ 8.478,15
Treviso	€ 34.680,74	€ 33.704,41	€ 28.368,39	€ 14.953,82
Venezia	€ 158.092,43	€ 127.820,55	€ 93.622,25	€ 37.849,91
Verona	€ 118.229,55	€ 109.790,16	€ 81.121,18	€ 33.463,57
Vicenza	€ 52.003,55	€ 79.191,62	€ 59.906,19	€ 26.019,72
<b>Totale</b>	<b>€ 500.000,00</b>	<b>€ 450.000,00</b>	<b>€ 342.000,00</b>	<b>€ 150.000,00</b>

*Area relativa alle persone in povertà estrema e senza dimora*

La Regione del Veneto ha promosso e sostenuto un modello territoriale di progettazione e realizzazione degli interventi destinati alle persone in povertà estrema e senza dimora che ha visto la sperimentazione, nei territori dei sette Comuni capoluogo di Provincia, di un modello di governance, improntato al partenariato e alla coprogettazione. L'Amministrazione Comunale, in tal modo, ha assunto la funzione di regista delle politiche sociali del proprio territorio valorizzando, per quanto concerne la realizzazione e gestione dei servizi, le conoscenze, la cultura e l'esperienza dei diversi soggetti del terzo settore e del volontariato.

Persone senza dimora rilevate nel Veneto (Comuni capoluogo). Anni 2004-2009

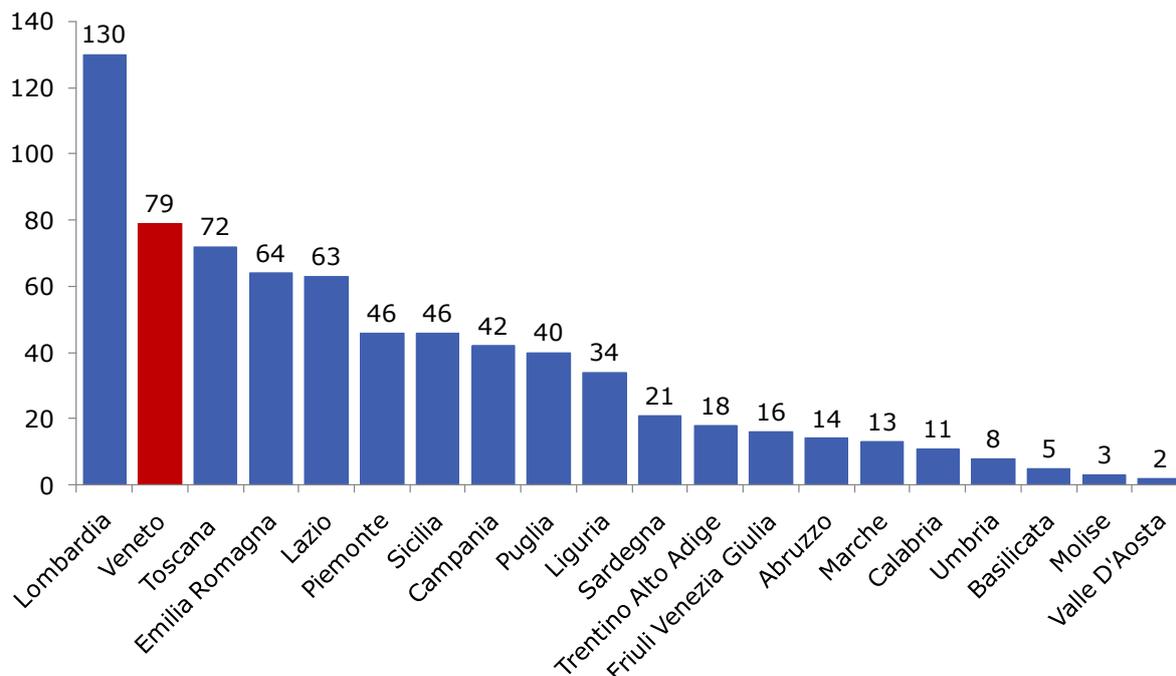


	2004	2005	2006	2007	2008	2009
● Persone senza dimora accolte in dormitori	1.130	1.380	1.620	1.848	1.889	1.737
● Persone senza dimora in strada	510	881	1.003	1.214	892	1.278

Interventi a favore delle persone in stato di povertà estrema e senza dimora				
Comune	Finanziamento 2006	Finanziamento 2007	Finanziamento 2008	Finanziamento 2009
Belluno	10.697,62	21.481,00	20.252,13	€ 16.991,39
Padova	146.161,82	130.000,00	97.300,00	€ 62.611,84
Rovigo	45.481,28	41.240,00	34.280,69	€ 25.297,78
Treviso	87.650,07	52.601,53	42.347,09	€ 30.073,93
Venezia	155.469,63	173.622,40	128.271,90	€ 80.950,47
Verona	155.906,87	194.368,82	143.001,86	€ 89.672,16
Vicenza	98.632,71	86.684,97	66.546,33	€ 44.402,43
<b>Totale</b>	<b>700.000,00</b>	<b>700.000,00</b>	<b>532.000,00</b>	<b>€ 350.000,00</b>

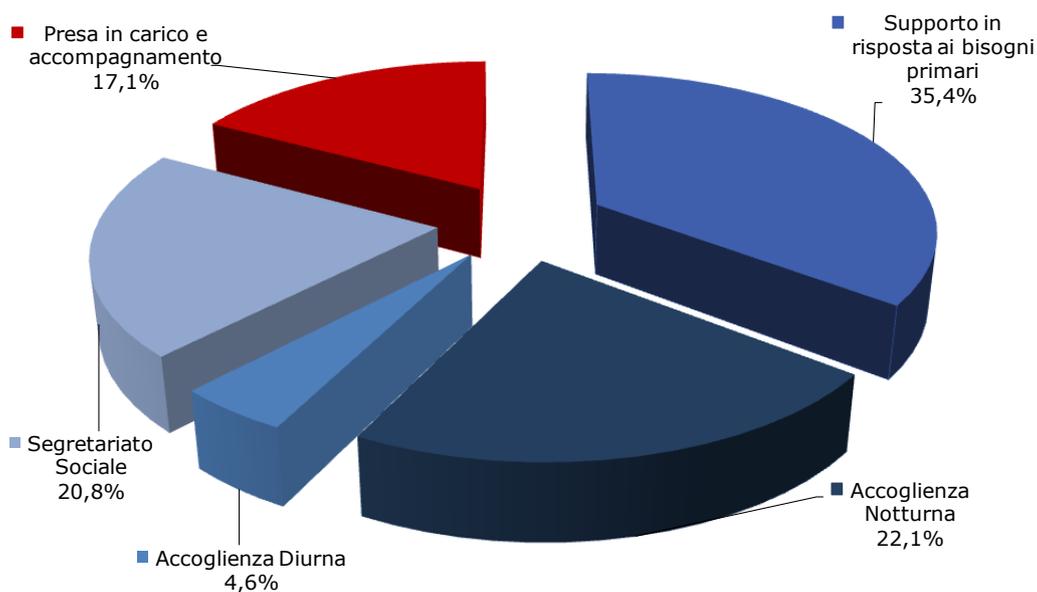
Ogni territorio, grazie ad un'azione di sistema, ha saputo esprimere reti articolate in grado di offrire risposte ai complessi bisogni delle persone in povertà estrema e senza dimora, attraverso la realizzazione di interventi di sostegno, accoglienza e di accompagnamento al reinserimento sociale.

Organizzazioni che operano nel territorio per Regione  
 Servizi alle persone senza dimora 2010 (Fonte: ISTAT)



L'attività di "Segretariato Sociale" riguarda le attività di informazione e supporto finalizzate ad orientare le persone che ne hanno bisogno verso i servizi più idonei alle loro necessità. I dati del grafico sono estratti dalla pubblicazione *I servizi alle persone senza dimora - Anno 2011*, ISTAT.

Servizi alle persone senza dimora per macrotipologia.  
 Regione del Veneto 2010 (Fonte: ISTAT)



## 4.6 Volontariato e Promozione Sociale

---

Le Organizzazioni di Volontariato e le Associazioni di Promozione Sociale sono soggetti che qualificano il Terzo Settore e che operano per sostenere la collettività sotto molteplici aspetti. Nel corso di questi ultimi anni si è assistito ad un proliferare di piccole associazioni impegnate a garantire servizi leggeri per favorire l'inclusione sociale, la valorizzazione e l'assistenza alla persona. La logica che sta alla base del loro operare è quella della condivisione e della collaborazione in rete sul territorio, ponendo particolare attenzione alle persone e alle relazioni, alle emergenze sociali, alla promozione umana.

### *Le Organizzazioni di Volontariato*

La legge quadro sul volontariato 11 agosto 1991, n. 266 ha dettato norme fondamentali per la valorizzazione delle organizzazioni di volontariato e stabilito i principi cui le Regioni devono attenersi nel disciplinare i rapporti fra le istituzioni pubbliche e le stesse. Il Veneto in attuazione alle disposizioni normative, con Legge 30 agosto 1993, n. 40 ha istituito il Registro Regionale disciplinandone i relativi procedimenti di iscrizione, cancellazione e revisione. In seguito ad un'attenta analisi delle realtà presenti sul territorio, le attività del volontariato veneto sono state raggruppate mediante apposito provvedimento in quattro ambiti, ferma restando la necessità che l'attività sia prestata in modo diretto, concreto, spontaneo, gratuito ed esclusivamente per fini di solidarietà. Successivamente la Regione del Veneto, per rispondere in maniera puntuale alle diverse e nuove realtà comparse sul territorio e supportare la gestione del registro regionale, in sintonia con i Centri di Servizio per il Volontariato, è intervenuta in merito agli obiettivi del registro, integrando e precisando alcune modalità di iscrizione. I Centri di Servizio promuovono il volontariato, in tutte le sue forme, operando in maniera capillare sull'intero territorio regionale e la loro attività ha prodotto un evidente risultato, verificabile nel numero delle organizzazioni presenti in tutte le Province e in quello delle organizzazioni che richiedono l'iscrizione ai registri regionali.

Su queste basi le Organizzazioni di Volontariato possono operare all'interno di quattro ambiti di intervento, individuate dal registro regionale:

- *Ambito sociale*: rientrano in questo ambito le attività dirette immediatamente ed in via prevalente alla valorizzazione della persona e della famiglia come nucleo fondamentale della società; l'assistenza al soggetto nei momenti di bisogno, per le necessità e disagio sia fisico che psicologico; l'educazione e la prevenzione volte al reinserimento sociale della persona, anche attraverso la tutela dei diritti civili nei confronti di soggetti svantaggiati e delle famiglie disagiate.

- *Ambito socio-sanitario*: rientrano in questo ambito le attività dirette immediatamente ed in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsecano in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti.
- *Ambito tutela dei beni culturali e ambientale*: Rientrano in questo ambito le attività direttamente e concretamente rivolte alla tutela, salvaguardia e valorizzazione dell'ambiente e dei relativi processi ecologici a garanzia dell'equilibrio naturale; il recupero alla collettività dei beni culturali e artistico-monumentali in stato di abbandono; la tutela, la salvaguardia e la valorizzazione del patrimonio delle zone di interesse archeologico; la salvaguardia e la protezione di specie animali in via di estinzione e soccorso di altri animali dall'attività dei quali possano derivare effetti benefici sull'uomo.
- *Ambito soccorso e protezione civile*: rientrano in questo obiettivo le attività rivolte al trasporto malati, al pronto soccorso, di pronto intervento in caso di calamità naturali e tutte quelle attività comprese nel concetto più ampio di "Impegno e Protezione Civile".

Al 31 dicembre 2009 risultavano iscritte nel registro regionale le seguenti Organizzazioni di Volontariato (OdV):

Organizzazioni di Volontariato, raggruppate per obiettivo di appartenenza e divise per provincia, regolarmente iscritte al registro regionale della Regione del Veneto al 31.12.2009					
Province	Ambito Sociale	Ambito Socio-Sanitario	Ambito soccorso e Protezione Civile	Ambito Cultura e Ambiente	Totale
Belluno	56	79	40	8	183
Padova	240	168	16	13	437
Rovigo	69	107	12	6	194
Treviso	177	151	55	18	401
Venezia	178	130	25	21	354
Vicenza	174	97	70	13	354
Verona	193	164	40	36	433
<b>Totale</b>	<b>1.087</b>	<b>896</b>	<b>258</b>	<b>115</b>	<b>2.356</b>

#### *Le Associazioni di Promozione Sociale*

La legge 7 dicembre 2000, n. 383, ha disciplinato le Associazioni di Promozione Sociale (APS), riconoscendo il valore sociale dell'associazionismo liberamente costituito e delle sue molteplici attività, come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo. La Legge suddetta ha dettato altresì i principi fondamentali e le norme per la valorizzazione dell'associazionismo di promozione sociale e ha stabilito i principi cui le Regioni devono attenersi nel disciplinarne i rapporti. Sono considerate Associazioni di Promozione Sociale

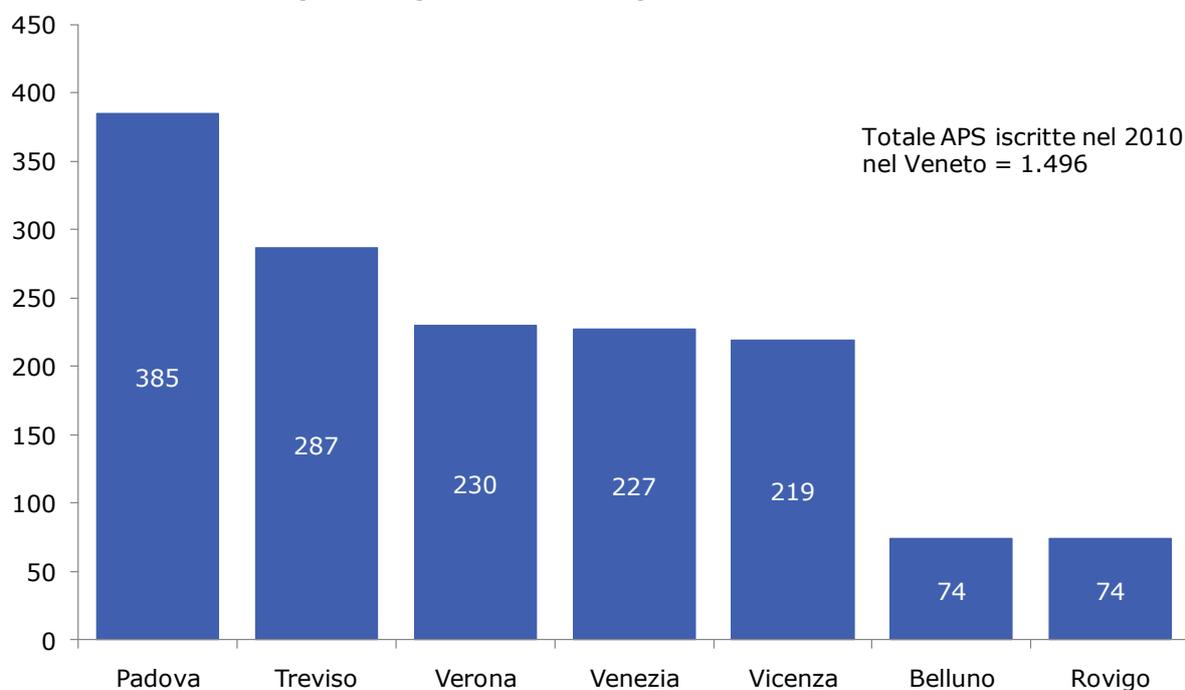
le associazioni riconosciute e non riconosciute, i movimenti, i gruppi e i loro coordinamenti o federazioni costituiti al fine di svolgere attività di utilità sociale a favore di associati o terzi senza finalità di lucro e nel pieno rispetto della libertà e dignità degli associati. La Regione del Veneto ha quindi istituito, sin dal 2001, il registro regionale delle Associazioni di Promozione Sociale. Su queste basi gli ambiti di operatività in cui è diviso il registro regionale sono: ambientale, assistenziale, culturale, educativa-ricreativa, sportiva, turistica, tutela dignità umana.

Al 31 dicembre 2009 risultavano iscritte nel registro regionale le seguenti Associazioni di Promozione Sociale (APS):

Associazioni di Promozione Sociale, raggruppate per obiettivo di appartenenza e divise per provincia, regolarmente iscritte al registro regionale della Regione del Veneto al 31.12.2009								
Materia	Belluno	Padova	Rovigo	Treviso	Venezia	Vicenza	Verona	Totali
Educativa-Ricreativa	19	146	29	121	108	92	128	643
Culturale	32	130	22	103	65	51	42	445
Sportiva	3	18	4	4	10	6	10	55
Turistica	12	10	2	14	5	40	9	92
Assistenziale	5	29	5	24	25	21	18	127
Ambientale	2	11	1	2	1	2	7	26
Tutela Dignità Umana	3	12	3	1	5	3	2	29
<b>Totale</b>	<b>76</b>	<b>356</b>	<b>66</b>	<b>269</b>	<b>219</b>	<b>215</b>	<b>216</b>	<b>1.417</b>

496

Associazioni di Promozione Sociale, raggruppate per Provincia, iscritte al registro regionale della Regione del Veneto al 14.12.2010



## Fonti

---

Direzione Servizi Sociali

afferre alla Segreteria Regionale per la Sanità

Rio Novo - Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE)

Telefono: 041 2791420 - Fax: 041 2791369

E-mail: [dir.servizisociali@regione.veneto.it](mailto:dir.servizisociali@regione.veneto.it)

Sito Internet: <http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sociale/>

Commissario per la non autosufficienza

Rio novo Dorsoduro 3493 - 30123 Venezia (VE)

Telefono: 041 2791400 - Fax: 041 2791369

E-mail: [nonautosufficienza@regione.veneto.it](mailto:nonautosufficienza@regione.veneto.it)

Sito Internet:

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sociale/Non+autosufficienza.htm>

Unità Complessa programmazione terzo settore e non autosufficienza

Rio novo Dorsoduro 3493 - 30123 Venezia (VE)

Telefono: 041 2791420 - Fax: 041 2791369

E-mail: [nonautosufficienza@regione.veneto.it](mailto:nonautosufficienza@regione.veneto.it)

Sito Internet:

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sociale/Non+autosufficienza.htm>

Osservatorio Regionale Politiche Sociali

Rio novo Dorsoduro 3493 - 30123 Venezia (VE)

Telefono: 041 2791738 - Fax: 041 2791369

E-mail: [osservatorio.politichesociali@regione.veneto.it](mailto:osservatorio.politichesociali@regione.veneto.it)

Sito Internet:

<http://www.osservatoriopolitichesociali.veneto.it/sezioni/osservatorio/contatti.php>

L'Osservatorio Regionale Politiche Sociali è un organismo di supporto tecnico-scientifico per l'elaborazione delle politiche sociali e socio-sanitarie della Regione del Veneto. Si propone come strumento conoscitivo, valutativo, adottando approcci trasversali e multidisciplinari e utilizzando piani di lettura e di analisi multidimensionali dei fenomeni

sociali. Pone una costante attenzione all'evoluzione dei fenomeni sociali e socio-sanitari attraverso attività di studio, ricerca, monitoraggio e valutazione a supporto di processi di programmazione e governance regionale e locale.

Ufficio di Protezione e pubblica tutela dei minori del Veneto

(Pubblico Tutore dei Minori del Veneto)

via Longhena, 6 - 30175 Marghera (VE)

Telefono: 041 2795925 - Fax: 041 2795928

E-mail [pubblicotutoreminori@regione.veneto.it](mailto:pubblicotutoreminori@regione.veneto.it)

Sito Internet: <http://tutoreminori.regione.veneto.it/>