

## PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2019-2023

### OSSERVAZIONI DEL TAVOLO “UN WELFARE PER I MINORI”

#### PREMESSA

Il principio per cui l'interesse del minore, c.d. **best interest of the child**, deve prevalere sugli altri interessi con cui si trova in bilanciamento è ormai acquisito nella normativa e nella giurisprudenza a livello nazionale ed europeo. Tale assunto prende le mosse dalla Convenzione sui diritti del fanciullo, redatta a New York il 20 novembre 1989, e ratificata in Italia con la Legge 27 maggio 1991, n. 176, che all'art 3 recita:

“ART 3.

1. *In tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente*

2. *Gli Stati parti si impegnano ad assicurare al fanciullo la protezione e le cure necessarie al suo benessere, in considerazione dei diritti e dei doveri dei suoi genitori, dei suoi tutori o di altre persone che hanno la sua responsabilità legale e a tal fine essi adottano tutti i provvedimenti legislativi e amministrativi appropriati.*

3. *Gli Stati parti vigilano affinché il funzionamento delle istituzioni, servizi e istituti che hanno la responsabilità dei fanciulli e che provvedono alla loro protezione sia conforme alle norme stabilite dalle Autorità competenti in particolare nell'ambito della sicurezza e della salute e per quanto riguarda il numero e la competenza del loro personale nonché l'esistenza di un adeguato controllo.”*

Dal 1991 pertanto la suddetta Convenzione è diventata Legge anche in Italia e obbliga il Legislatore a operare le scelte necessarie alla sua effettiva esecuzione.

A rafforzare l'obbligo di tutelare efficacemente i diritti dei Minori subentra nel 2000 anche la Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, che dispone con l'art 24:

#### Articolo 24 --- Diritti del minore

1. *I minori hanno diritto alla protezione e alle cure necessarie per il loro benessere. Essi possono esprimere liberamente la propria opinione. Questa viene presa in considerazione sulle questioni che li riguardano in funzione della loro età e della loro maturità.*

2. *In tutti gli atti relativi ai minori, siano essi compiuti da autorità pubbliche o da istituzioni private, l'interesse superiore del minore deve essere considerato preminente.*

3. *Il minore ha diritto di intrattenere regolarmente relazioni personali e contatti diretti con i due genitori, salvo qualora ciò sia contrario al suo interesse.”*

A questi principi si allineano anche le pronunce della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo e della Corte di Giustizia dell'Unione Europea. Entrambe le Corti sono intervenute per denunciare e stigmatizzare la violazione di tale obbligo da parte del nostro Paese, evidenziando come alle dichiarazioni di intenti spesso non seguono efficaci misure di tutela dei diritti dei fanciulli e degli adolescenti. Di norma a tali interessi sono anteposte ragioni di opportunità ovvero di bilancio. Tale atteggiamento denuncia una visione assai miope delle conseguenze socio --- economiche che la mancanza di un adeguato sistema di tutela dei minori può produrre, sia in termini di problemi di salute, che di devianza, che di disgregazione del tessuto sociale; senza contare le conseguenze immediate che derivano dalle sanzioni erogate in danno al nostro Paese dalla Corte di Strasburgo e

dalle censure delle Corti di Giustizia Europea.

Si richiama pertanto l'attenzione del Legislatore Regionale Veneto sulla necessità di dare concreta e fattiva esecuzione alla regola che impone la prevalenza del best interest of the child sugli altri interessi in competizione, fornendo al sistema del welfare regionale gli strumenti e le risorse indispensabili per la gestione e presa in carico dei problemi dei più piccoli.

Particolarmente significativa, ad avviso del Tavolo, è la garanzia dei c.d. LEA ovvero Livelli Essenziali di Assistenza, così come individuati dal **DPCM del 12 gennaio 2017**. Il Decreto in questione individua una serie di servizi essenziali --- quindi basilari e inderogabili --- per i minori che si trovano in uno stato di fragilità personale e familiare, fra cui Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie (art 24), Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo (art 25), Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo (art 32) e delega alle Regioni (v. Norme transitorie e finali) il compito di rendere tali servizi non solo effettivi, ma uniformi su tutto il territorio, senza discriminazione o eccezione alcuna.

**Il DPCM del 12 gennaio 2017 impone quindi già alcune linee guida essenziali da cui il Legislatore Regionale non deve discostarsi nel dare seguito agli obblighi imposti dalla Legge.**

## OSSERVAZIONI

**A. Con le presenti Osservazioni richiamiamo integralmente quanto proposto con le comunicazioni**

**a. del 20 Nov. 2017: "Protezione e cura dei minori maltrattati/abusati e tutela/sviluppo soggetti in età evolutiva, Anno 2018";**

**b. del 2 maggio 2018: "Richiesta incontro/audizione per proposte in merito al Piano Sociosanitario regionale" con la quale vengono puntualizzate le criticità-bisogni- proposte per il nuovo Piano S.S. 2019.**

**B. In considerazione dei contenuti troppo riduttivi ed insufficienti relativi al punto 9.3 "L'infanzia, l'Adolescenza e La Famiglia", si chiede di integrare questo capitolo,**

**a. Emendamento N.1 - con quanto più appropriatamente riportato nei capoversi secondo e terzo del precedente PSSR - capitolo 3.5.3. "Area famiglia, infanzia, adolescenza, giovani", da inserire dopo il 5° capoverso del cap. 9.3;**

**b. Emendamento N.2 - 8° capoverso "Rif. Integrazione- obiettivi strategie", nel terzo punto sostituire le parole "interventi di programmazione e consolidamento" con le parole "interventi di sostegno e potenziamento..." così come previsto nel precedente Piano e nel D.E.F.R.2018-Programma 12.05;**

**c. Emendamento N.3 - al punto successivo "Particolari azioni da sostenere..." nella settima azione togliere le parole "servizio di didattica territoriale" e aggiungere "interventi domiciliari e psicoeducativi" (v. LEA).**

La nostra comunicazione del 2 maggio, sopra citata, è supportata da una serie di riferimenti normativi che stanno alla base delle nostre **Proposte** che vengono ora meglio precisate:

**N.1 a) Piano Regionale per la Tutela e lo Sviluppo dei Soggetti in età evolutiva, (precedente P.I.A.F. concluso nel 2008), stanziamento di 5 milioni di euro: rif. Piano Nazionale, D.C.R. n. 183/2017--- D.E.F.R. 2018--Programma p.12.01, DPCM 12.gen.2017--LEA, Rapporto C.R.C. nov. 2017;**

**Emendamento N.4 - "Particolari azioni da sostenere..."**

**Aggiungere " in riferimento al Piano Nazionale per la Tutela e lo Sviluppo..., si procederà ad adottare un nuovo Piano Regionale di Azione per la Tutela e Sviluppo dei Soggetti 0-17 anni così come previsto dal D.E.F.R. 2018--Programma 12.01;**

**v. Ob. Strategici cap.4 OS4, cap.9 OS3, OS9.**

**N.1 b) Contribuzione/finanziamento ai Comuni/AULSS per oneri derivanti da accoglienza residenziale o diurna in strutture educative/ed. riabilitative/case famiglia per minori con Provvedimento del T. M. o Giudice Tutelare; stanziamento annuale di 5 milioni di euro;**

consolidamento del finanziamento per l'affidamento familiare e per il sostegno alle Reti di Famiglie. L. n.176/1991, L. n.184/1983, L. n.149/2001, DPCM – LEA del 14.2.2001 (quota sociale-sanitaria), DGRV n. 569 del 2008 Linee Guida per la Protezione e Tutela; Piano di Azione Nazionale 2016; Rapporto C.R.C (Convenzione ONU) nov. 2017;

**Emendamento N. 5 - aggiungere di seguito al n.4**

“incrementare la contribuzione finanziaria per le accoglienze in strutture educative, educative riabilitative, familiari dei minori con provvedimento dell’Autorità G. e quindi sia Tribunale dei Minorenni che Tribunale Ordinario (Collegiale, Monocratico, Giudice Tutelare); consolidamento del finanziamento per l'affidamento familiare e per il sostegno alle Reti di Famiglie.

v. Ob. Str. cap.4 OS7-OS8, cap. 9 OS7 e OS10.

**N.2 Programmazione/stanziamento Pluriennale per stabilizzazione 5 Centri Specialistici** T. Protezione e Cura dei bambini vittime di abuso o grave maltrattamento, al fine di evitare precarietà annuali; a seguito della riapertura avvenuta nel 2017; v. Norme sopra citate in particolare L.149/2001 e DPCM gen. 2017-LEA

**Emendamento N.6**

“Programmazione/stanziamento Pluriennale per stabilizzazione dei 5 Centri Specialistici per la Protezione e Cura dei minori in situazione di maltrattamento/abuso”.

v. Ob.Str. cap. 4 OS11 e OS7, cap.9 OS10-OS7.

N.3 a) Con la pianificazione delle U.O.C. distrettuali “Infanzia---Adolescenza---Famiglia---Consultorio Familiare” Sono state previste due U.O.S, una di Età Evolutiva e una di Neuropsichiatria infantile e questo diversamente e in contraddizione con quanto stabilito dalle **Linee Guida del Servizio di Età Evolutiva** così bene disciplinato dalla DGR n.1533 del 2011 (v. allegato lettera del dr. Mantoan); tali Linee Guida erano state appositamente approvate al fine di integrare gli ambiti socio-sanitari e applicare

appropriatamente il modello di intervento multidisciplinare; chiediamo, per evitare danni a bambini e genitori, in primis che il Piano riprenda quanto stabilito dalla DGRV n. 1533 del 2011, in subordine che i Direttori Generali possano unificare le due Unità Semplici; si evidenzia l'insufficienza di risorse di queste U.U.O.O. e la **NON** erogazione di prestazioni di cura stabilite dal **DPCM 12.1.2017 art. 24-25-27; LR. N.23/2012 PSSR, L.R. n.19/2016- Riforma art.15 lettere a) e i), L. n.176/1991;**

**Emendamento N.7**

“Nell’ambito della UOC I.A.F.Cons., come da Linee Guida DGR 1533/2011, si indica in via prioritaria l’unificazione delle UOS Età Evolutiva e UOS Neuropsichiatria infantile e la necessità di ripristinare--adeguare il personale nel rispetto dei LEA art.24, artt.25, 27”

v. Ob. Str. cap.4 OS4-OS7-OS9, cap.8 OS8-OS9-OS10, cap.9 OS3-OS5-OS7-OS10

**N.3 b) le U.O.S. di Consultorio Familiare**, nell’ambito della UOC-IAFC, diversamente da quanto previsto dal PSSR (“interventi di programmazione e consolidamento dei consultori familiari e dei servizi socio-sanitari in materia di abuso e grave maltrattamento..” 9.3), devono avere un organico minimo così come da standard e, a fronte di una decurtazione di personale avvenuta negli ultimi anni, necessitano di un potenziamento per poter erogare le prestazioni stabilite dai LEA-2017, soprattutto nell’ambito della presa in carico e cura anche rispetto alle situazioni di violenza intra-familiare e Tutela Minori; a questo proposito si sottolinea che le risorse per la “Tutela” devono essere aggiuntive a quelle dei Consultori e dei Servizi di Età Evolutiva come da DGRV n. 215/2010 e DGRV n. 1533/2011; altri rif. **L.R. N. 23 del 2012-PSSR, DPCM-LEA 2017 art.24-25, L.R. n.19/2016-Riforma art.15 lett. a) i), DGRV n. 1306 Allegato A pag.12 (standard personale dei Consultori Familiari e dei Servizi distrettuali di Età Evolutiva), L.R. n. 28/1977, Pr. Ob. Mat.inf. 1998-2000, DGRV n.3791/2008-Affido familiare;**

**Emendamento N.8**

“ **Emend.n.2; (aggiungere) come da Linee Guida le risorse per gli interventi di Tutela Minori devono essere aggiuntive rispetto a quelle dei Consultori Familiari e**

delle UOS Età Evolutiva- Neuropsichiatria infantile”

v. Ob.Str. cap. 4 OS1-OS2-OS3-OS4-OS7-OS11,cap.8 OS5-OS10, cap. 9 OS3-OS5-OS7-OS9-OS10

#### N.4 Livelli Essenziali di Assistenza DPCM 12.gen. 2017

E' urgente e indifferibile un aggiornamento della Programmazione in quanto i Servizi sociosanitari Distrettuali, anche per i motivi sopra esposti, **NON** erogano delle prestazioni necessarie per "l'Assistenza Sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie", "ai minori con disturbi in ambito neuro psichiatrico", "alle persone con disabilità", **soprattutto rispetto alla presa in carico globale e alla cura. Negando le cure previste normativamente, la Regione e gli Enti pubblici interessati si espongono sia a censure di tipo politico istituzionale sia a richieste di risarcimento del danno; è notorio il proliferare negli ultimi anni di vertenze aventi ad oggetto richieste risarcitorie per errori ovvero omissioni nell'ambito dell'erogazione dei servizi pubblici, che hanno avuto una vasta eco mediatica (Es. Cass. Civ., Sez. III, 16/10/2015, n. 20928).**

Questa proposta costituisce una **PRIORITA'** assoluta in ottemperanza di leggi e norme vigenti; rif. DPCM/2017 art.4,24,25,27; L. n.176/1991 ( Convenzione Onu), L.R. n.23/2012-PSSR, L.R. n.19/2016 art.15-Riforma AULSS, DGR n.569/2008-Tutela, DGR n.215/2010 L.G. Consultori F.,DGR n.1533/2011 L.G Servizi di E.E., DGR n.1306/2016 L.G. Atti Aziendali, IV Piano Nazionale d'Azione per la Tutela e lo Sviluppo dei Soggetti in Età Evolutiva, D.E.F.R. n.183/2017-P. 12.01;PSSR-2019 pagg. 54,58.

#### Emendamento N.9

**“E' necessario ripristinare ed adeguare le risorse di personale nei Servizi sociosanitari dell'U.O.C.-I.A.F.Cons. al fine di rendere erogabili le prestazioni di trattamento e cura, come da LEA 2017”.**

#### Emendamento N.10

**alla fine del cap. 9.3 aggiungere “In conformità agli obiettivi strategici del cap.4 - OS5, OS7, OS8, OS9, OS11 e cap.9 - OS3, OS7, OS9, OS10, il sistema sociosanitario implementerà i LEA del**

**DPCM-2017(artt.24,25,27) così come previsto al cap. 3.2-primo capoverso; in tal modo potranno essere realizzate le previste prestazioni atte a curare e prevenire l'evoluzione psicopatologica dei disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza”.**

#### N.5 Interventi per L'Integrazione Scolastica Disabili (l. 104/1992)

Gli interventi vengono effettuati nella quasi totalità da Operatori Socio-sanitari (O.S.S.) e sono necessari per garantire l'integrazione/frequenza dei minori disabili, soprattutto gravi e medio/gravi; è evidente che le relative prestazioni svolte sono di tipo socio-sanitario, si tratta di attività funzionali alle condizioni primarie di salute e partecipazione (v. ICF), necessarie anche per esigenze igieniche, per l'autonomia, l'alimentazione, ecc.; la valenza è quindi socio-sanitaria ma gli oneri, sulla base dei LEA del 2001, ricadono completamente nei costi sociali con finanziamento a carico esclusivo dei Comuni; questa attribuzione deve essere rivista e caricata in parte al bilancio sociale ed in parte al bilancio sanitario, così come per l'assistenza domiciliare.

Rif. L. 104/92, L.R.n.55/82, L.R. n. 20/2001 (Op. socio-sanitario), ICD 10 Cl. OMS > Infanzia-Adolescenza, Classificazione Internazionale ICF-OMS, DGR per UVMD e SVAMDI, DPCM 12.1.2017 art. 27.

#### N.6 Osservatorio Regionale

##### Emendamento N.11

**Si chiede di “riattivare L'osservatorio regionale su “minori”, “famiglia”, “tutela minori” per evidenti ragioni di poter effettuare una programmazione aggiornata sulla base di dati e conoscenze attuali”.**

Nel frattempo si chiede:

- di aggiornare l'analisi epidemiologica dei Servizi di Età Evolutiva del 2015, molto valida e articolata,
- di procedere alle elaborazioni dei dati annuali dei Consultori Familiari,
- di avere un'analisi dei soggetti in situazione di “tutela” v. DGR Linee Guida.

#### N.7 Ser.D.

Ad una corretta analisi epidemiologica che

evidenzia il forte incremento del consumo di alcol, l'uso improprio di farmaci e uso di altri tipi di sostanze, tabacco compreso, associati all'abbassamento dell'età di primo consumo, nonché di nuove forme di dipendenza come quella da gioco e da nuove tecnologie, corrispondono nel piano, in via prioritaria, corretti obiettivi sia nella prevenzione che per quanto riguarda la cura e la riabilitazione. **Al punto in cui viene detto che va favorita la presa in carico territoriale di un'utenza in forte crescita, e il più precocemente possibile, non corrisponde un significativo incremento del personale, tradizionalmente dedicato a questo,** che nei Ser.D. è già carente (soprattutto psicologi ed educatori) in gran parte a causa delle mancate sostituzioni negli ultimi anni. Per quanto riguarda le dipendenze in età adolescenziale dev'essere identificato uno **specifico organico dedicato e con specifica formazione** così da poter curare con appropriatezza e mantenere una forte sinergia con i servizi dell'età evolutiva (è un'evidenza che quasi tutti gli adolescenti con disturbo del comportamento, se la cosa viene appropriatamente indagata, fanno anche uso di alcol e di altre sostanze). Non esiste un parametro di costi standard per un fenomeno relativamente ancora nuovo e così complesso, che investe rituali "sociali" diffusi, rivelatosi in così forte e forse inarrestabile crescita. Ciò nonostante, il piano deve proporre e finanziare azioni efficaci anche sulla base del monitoraggio epidemiologico dei dati dell'osservatorio regionale minori da riattivare.

#### Emendamento N.12

**“In considerazione degli obiettivi esposti, in via prioritaria, va riassegnato il personale cessato e non sostituito negli ultimi anni”; va rivalutata la necessità di potenziamento delle risorse alla luce degli obiettivi di cura (v. PAI-LEA) ; si rende indispensabile del personale formato-dedicato per gli adolescenti; v. ob. strategici cap.9 OS6, OS7, OS8”.**

#### **SI RICORDA CHE SOLO LA COMUNITA' DEGLI ADULTI PUO' DAR VOCE E RISPOSTE AI BISOGNI DEI "MINORI"**

Padova, 20 Agosto 2018  
**Il Tavolo veneto *Un Welfare per i Minori*.**



<http://www.unwelfareperiminori.org/>



<https://www.facebook.com/unwelfareperiminori/?fref=ts>

