



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

DELIBERAZIONE N° X / 116

Seduta del 14/05/2013

---

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali **MARIO MANTOVANI** *Vice Presidente*  
VALENTINA APREA  
VIVIANA BECCALOSSI  
SIMONA BORDONALI  
PAOLA BULBARELLI  
MARIA CRISTINA CANTU'  
CRISTINA CAPPELLINI

ALBERTO CAVALLI  
MAURIZIO DEL TENNO  
GIOVANNI FAVA  
MASSIMO GARAVAGLIA  
MARIO MELAZZINI  
ANTONIO ROSSI  
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Marco Pilloni

Su proposta dell'Assessore Maria Cristina Cantù

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'ISTITUZIONE DEL FONDO REGIONALE A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DEI SUOI COMPONENTI FRAGILI: ATTO DI INDIRIZZO

Il Dirigente Giovanni Daverio

Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 24 pagine

di cui 15 pagine di allegati

parte integrante



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

**VISTO** l'articolo 2 dello "Statuto d'Autonomia della Lombardia", approvato con legge regionale statutaria 30 agosto 2008, n.1;

**VISTA** la legge regionale 6 dicembre 1999, n. 23 "Politiche regionali per la famiglia" che dispone il perseguimento, da parte della Regione, della tutela della salute dell'individuo nell'ambito familiare ed il benessere di tutti i componenti della famiglia, con particolare riguardo alle situazioni che possono incidere negativamente sull'equilibrio fisico e psichico di ciascun soggetto;

**VISTO** altresì l'articolo 4 della legge sopracitata che prevede l'erogazione, da parte della Regione, di contributi economici alle famiglie al fine di garantire prestazioni assistenziali di rilievo sanitario;

**VISTI** gli articoli 1 e 2 della legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario" che individuano, tra i principi di governo della rete, quello della libertà di scelta, della personalizzazione delle prestazioni ai fini di una effettiva e globale presa in carico della persona e della promozione degli interventi a favore dei soggetti in difficoltà;

**VISTA** la legge regionale 3 luglio 2012, n. 11 "Interventi di prevenzione, contrasto e sostegno a favore delle donne vittime di violenza" ed in particolare l'articolo 2 che individua tra gli obiettivi della Regione quello di tutela della donna, sola o con minori, vittima di violenza o di minaccia di violenza, garantendo soccorso, accoglienza e protezione;

**VISTA** la legge regionale n. 34/2004 "Politiche regionali per i minori";

**RICHIAMATO** il Programma elettorale per la X legislatura "La nostra Lombardia" che costituisce riferimento per l'impostazione dell'azione di governo della Giunta regionale;

**CONSIDERATA** la deliberazione n. X/37 del 16 aprile 2013 "Presenza d'atto della comunicazione del Presidente Maroni avente oggetto: "Prime linee programmatiche per la redazione del programma regionale in ambito sociale e socio-sanitario e determinazioni conseguenti alle DDGR nn. 4574 del 19/12/2012, 4672 del 9/1/2013, 4696 del 16/1/2013, 4756 del 23/1/2013 e 4757 del 23/1/2013"";



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

**RICHIAMATE** altresì le seguenti deliberazioni:

- DGR n. 3850/2012 “Determinazione in merito allo sviluppo del sistema sociale regionale” che, tra l'altro, propone interventi per un'adeguata presa in carico del minore abusato;
- DGR n. 4334/2012 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2013” che individua come obiettivo primario la costruzione di un sistema di pianificazione e di programmazione centrato sul reale bisogno di servizi espresso dal territorio;

**VISTA** l'attuale situazione di crisi economica che caratterizza il contesto sociale e produttivo, nazionale e regionale;

**CONSIDERATO** che tale situazione di crisi colpisce molte famiglie lombarde, particolarmente quelle al cui interno vi sono soggetti in condizione di fragilità, o per disabilità o per non autosufficienza e cronicità, o soggetti minori con problematiche familiari, tutte persone a rischio di emarginazione ed esclusione sociale;

**CONSIDERATO** che l'attuale sistema della rete delle unità di offerta regionale non sempre è in grado di rispondere puntualmente ai bisogni che nel tempo si sono modificati a seguito della crisi socioeconomica e per l'evoluzione del quadro socio demografico ed epidemiologico;

**CONSIDERATO** che in questo contesto debbano essere prioritariamente sostenute le persone e le famiglie con fragilità, che non trovano risposte adeguate ai loro bisogni nella rete delle unità di offerta sociosanitaria, o che trovano risposte solo parziali a fronte di situazioni economiche precarie, di gravi fragilità, di disabilità o per stato di non autosufficienza, per stato psico-fisico alterato da eventi di violenza o abuso. In particolare, come emerge dalle schede A), B), C) e D), allegate al presente atto, parti integranti e sostanziali dello stesso, si evidenzia che:

- la rete di unità di offerta residenziale e semiresidenziale per le persone con disabilità non è sufficiente a rispondere al fabbisogno espresso dal territorio ed è distribuita in modo non omogeneo a livello di Aziende Sanitarie Locali e di Distretto;
- la rete di unità di offerta residenziale socio-sanitaria sia per disabili che per anziani (RSA e RSD) non è adeguata ad accogliere persone con patologia psichica in fase di cronicità, persone che peraltro difficilmente trovano



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

accoglienza nella rete d'offerta sanitaria;

- la rete di unità di offerta socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale per persone anziane fragili e non autosufficienti comporta per le stesse persone e le famiglie forme di compartecipazione che, anche in considerazione della crisi economica, con sempre maggiore difficoltà può essere da queste sostenuta. Ciò comporta, pur in presenza di disponibilità di unità di offerta, una diminuzione di accessi alla rete ed un aumento della permanenza a domicilio, con rischio di inappropriatazza delle cure, di aggravamento dello stato di salute e di aumento dei ricoveri ospedalieri;
- la rete delle unità di offerta per le donne vittime di violenza è insufficiente e poco adeguata per fornire risposte a bisogni di sostegno e cura prevalentemente di tipo psicologico;
- la rete delle unità di offerta residenziale per i minori vittime di abuso o violenza, in presenza della limitata disponibilità di risorse dei Comuni, è oggi poco utilizzata, con una preferenza del ricorso all'affidamento familiare. I costi delle cure per i bambini già vittime di violenza ed in affido familiare sono a carico della famiglia affidataria;
- la rete delle unità di offerta per le dipendenze non è strutturata per le cure e la prevenzione della ludopatia, fenomeno in rapida espansione;

**RAVVISATA**, quindi, la necessità di intervenire in maniera incisiva a favore della famiglia e dei suoi componenti fragili affinché siano istituite nuove forme di sostegno per prevenire situazioni che possano comportare fenomeni di esclusione sociale;

**RITENUTO**, pertanto, di istituire un apposito Fondo regionale a favore della famiglia e dei suoi componenti fragili, adeguatamente commisurato alla domanda rilevata sul territorio, attraverso il quale saranno promossi interventi, anche di natura economico finanziaria, finalizzati a:

- valorizzare i compiti che già la famiglia svolge, offrendo ad essa una rete di supporto e aiuto, in un'ottica sussidiaria;
- tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, agevolando e sostenendo armoniose relazioni familiari, pur in presenza di problematiche complesse derivanti da fragilità;
- tutelare la salute delle persone fragili, non autosufficienti e/o con patologie cronico-degenerative, che, in ragione anche della crisi economica in atto,



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

sono in situazione di povertà che non consente adeguata assistenza e cura;

**RITENUTO**, alla luce di quanto fin qui espresso, di individuare, in ordine di priorità, le seguenti quattro categorie di destinatari degli interventi del Fondo regionale a favore della famiglia e dei suoi componenti fragili:

- persone con gravi disabilità, rispetto alle quali particolare attenzione deve essere posta a:
  - minori con gravi e gravissime disabilità o con patologie in fase terminale;
  - minori con disturbi pervasivi dello sviluppo (es. autismo, etc) e/o con problemi comportamentali gravi;
  - minori e adulti in stato vegetativo, di minima coscienza, Locked In;
  - minori e adulti con malattie neurologico-degenerative (es. Corea di Huntington, forme gravi di distrofia o di miopatia, etc);
  - minori o adulti con malattie del motoneurone in fase avanzata (es. SMA, SLA, sclerosi multipla, etc);
  - persone con patologia psichica in fase di cronicità;
- persone affette da ludopatia;
- persone anziane fragili e non autosufficienti, rispetto alle quali particolare attenzione deve essere posta a:
  - anziani con demenza in fase avanzata (Alzheimer, demenze vascolari, etc);
  - anziani con pluri-comorbidità;
  - anziani in fase terminale della vita;
- persone vittime di violenza, rispetto alle quali particolare attenzione deve essere posta a:
  - minori allontanati, con provvedimento del Tribunale Minorenni, dal nucleo familiare di origine per maltrattamenti e/o abusi;
  - donne vittime di violenza intra-famigliare in presenza di minori;

**RITENUTO** di individuare, quali interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili, l'erogazione dei seguenti titoli:

- buoni socio-sanitari per consentire alla persona fragile di compensare economicamente le prestazioni di cura che vengono rese dai famigliari o dagli stessi acquistati;



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

- *voucher sociosanitari* per accedere alla rete di offerta residenziale/semiresidenziale o a quella ambulatoriale, sia per periodi di sollievo della famiglia sia per assistenza diretta alla persona;

#### **VALUTATO:**

- che per l'attivazione degli interventi sopra descritti si renderà necessaria la presa in carico globale ed integrata delle famiglie e dei suoi componenti fragili da parte degli Enti territoriali competenti - ASL e Comuni - che sarà realizzata anche attraverso una valutazione multidimensionale e condivisa del bisogno;
- che al fine di realizzare una presa in carico integrata, saranno valutate modalità organizzative finalizzate, in particolare, alla presa in carico soprattutto dei soggetti che incontrano difficoltà nell'accesso ai servizi così come rimodulazioni/riformulazioni della attuale rete della residenzialità e dei servizi domiciliari per persone anziane o con disabilità;

**DATO ATTO** che la Direzione competente, a seguito di analisi dei flussi socio sanitari delle Unità d'offerta, dei database regionali ed in relazione alla popolazione residente di riferimento, così come specificato nelle schede A), B), C) e D), allegate al presente atto e parti integranti e sostanziali dello stesso, stima le risorse economiche ottimali necessarie per dotare il Fondo in circa 330 milioni di euro su base annua;

**RAVVISATA** l'opportunità a seguito della costituzione del Fondo di consultare le Associazioni rappresentative dei Comuni e delle Comunità Montane per la definizione dei criteri di funzionamento del Fondo regionale a favore della famiglia e dei suoi componenti fragili ed i criteri per l'accesso agli interventi di cui al punto precedente (buoni socio-sanitari e voucher socio-sanitari);

**RITENUTO** di rinviare a successivi provvedimenti l'attuazione di quanto definito dal presente atto;

**VISTA** la l.r. 20/2008 nonché i provvedimenti organizzativi della X Legislatura;

**All'unanimità** dei voti espressi nelle forme di legge;



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

### DELIBERA

Per tutto quanto espresso in narrativa:

1. di istituire il Fondo regionale a favore della famiglia e dei suoi componenti fragili, quale strumento attraverso il quale saranno promossi interventi, anche di natura economico finanziaria, finalizzati a:
  - valorizzare i compiti che già la famiglia svolge, offrendo ad essa una rete di supporto e aiuto, in un'ottica sussidiaria;
  - tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, agevolando e sostenendo armoniose relazioni familiari, pur in presenza di problematiche complesse derivanti da fragilità;
  - tutelare la salute delle persone fragili, non autosufficienti e/o con patologie cronico-degenerative, che in ragione anche della crisi economica in atto, sono in situazione di povertà che non consente adeguata assistenza e cura;
  
2. di individuare, in ordine di priorità, le seguenti quattro categorie di destinatari degli interventi del Fondo regionale a favore della famiglia e dei suoi componenti fragili:
  - persone con gravi disabilità, nei termini meglio specificati nella scheda allegato A) quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, rispetto alle quali particolare attenzione deve essere posta a:
    - minori con gravi e gravissime disabilità o con patologie in fase terminale;
    - minori con disturbi pervasivi dello sviluppo (es. autismo, etc) e/o con problemi comportamentali gravi;
    - minori e adulti in stato vegetativo, di minima coscienza, Locked In;
    - minori e adulti con malattie neurologico-degenerative (es. Corea di Huntington, forme gravi di distrofia o di miopatia, etc);
    - minori o adulti con malattie del motoneurone in fase avanzata (es. SMA, SLA, sclerosi multipla, etc);
    - persone con fragilità psichica in fase di cronicità;
  - persone anziane fragili e non autosufficienti, nei termini meglio specificati nella scheda allegato B) quale parte integrante e sostanziale del



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

presente provvedimento, rispetto alle quali particolare attenzione deve essere posta a:

- anziani con demenza in fase avanzata (Alzheimer, demenze vascolari, etc);
- anziani con pluri-comorbidità;
- anziani in fase terminale della vita;
- persone affette da ludopatia, nei termini meglio specificati nella scheda allegato C) quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- persone vittime di violenza, nei termini meglio specificati nella scheda allegato D) quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, rispetto alle quali particolare attenzione deve essere posta a:
  - minori allontanati, con provvedimento del Tribunale Minorenni, dal nucleo familiare di origine per maltrattamenti e/o abusi;
  - donne vittime di violenza intra-famigliare in presenza di minori;

3. di individuare i seguenti interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili:

- buoni socio-sanitari per consentire alla persona fragile di compensare economicamente le prestazioni di cura che vengono rese dai famigliari o dagli stessi acquistati;
- voucher socio-sanitari per accedere alla rete d'offerta residenziale/semiresidenziale o a quella ambulatoriale sia per periodi di sollievo della famiglia sia per assistenza diretta alla persona;

4. di disporre che per l'attivazione degli interventi sopra descritti si renderà necessaria la presa in carico globale ed integrata delle famiglie e dei suoi componenti fragili da parte degli Enti territoriali competenti - ASL e Comuni - che sarà realizzata, anche attraverso una valutazione multidimensionale condivisa del bisogno;

5. di disporre che per la realizzazione della presa in carico integrata saranno valutate modalità organizzative finalizzate in particolare alla presa in carico, soprattutto dei soggetti che incontrano difficoltà nell'accesso ai servizi, così come rimodulazioni/riformulazioni della attuale rete della residenzialità e dei





# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

servizi domiciliari per persone anziane o con disabilità;

6. di stimare in euro 330 milioni su base annua le risorse economiche ottimali necessarie per dotare il Fondo regionale a favore della famiglia e dei suoi componenti fragili. Lo stanziamento iniziale del Fondo sarà costituito in sede di assestamento. La costituzione di tale Fondo non comporterà in ogni caso maggiori oneri a carico dei cittadini;
7. di stabilire che, a seguito della costituzione del Fondo, saranno consultate le Associazioni rappresentative dei Comuni e delle Comunità Montane per la definizione dei criteri di funzionamento del Fondo regionale a favore della famiglia e dei suoi componenti fragili ed i criteri per l'accesso agli interventi di cui al punto precedente (buoni socio-sanitari e voucher socio-sanitari);
8. di rinviare a successivi provvedimenti l'attuazione di quanto definito dal presente atto.

IL SEGRETARIO  
MARCO PILLONI

## Scheda A PERSONE CON GRAVE DISABILITA'

### **Definizione**

Nella presente scheda vengono presi in esame gli aspetti relativi alle persone con disabilità con età compresa tra 0 e 64.

In Lombardia il numero di persone con disabilità è stimato in circa 310.000, corrispondenti al 3,1% della popolazione residente, di cui circa 26.000 minori (fonte: elaborazione su popolazione lombarda 2012, assumendo dato prevalenza disabilità da "Indagine multiscopo" ISTAT 2005). Rispetto al totale delle persone con disabilità, il numero di persone con **grave/gravissima disabilità** è stimabile, sulla base dei dati INPS, in **37.825 di cui 4.831 minori**.

Il complessivo quadro relativo alle persone con "grave disabilità" richiede, al di là della definizione giuridico amministrativa di tale termine, la preventiva declinazione del significato che lo stesso assume in merito ai bisogni socio sanitari delle persone e delle famiglie ed alle relative risposte che il complesso del sistema sociale e socio sanitario deve garantire. Si definisce quindi in tale contesto "persona con grave disabilità" la persona che dipende, in toto o in parte, da un accudente per veder assicurate:

- le funzioni "vitali" : respirazione, nutrizione, evacuazione/minzione;
- le funzioni "primarie": "cura del sé" qui intese come capacità di accudire sé stesso (es. mobilitazione, alzarsi, vestirsi, lavarsi, muoversi nello spazio circostante, alimentarsi, comunicare con altri);
- la vita di relazione: "cura dell'ambiente di vita" e "vita sociale", qui intese come capacità di gestire l'ambiente di vita (es. far da mangiare, pulizie domestiche) e stabilire relazioni con l'ambiente circostante (es. gestione degli acquisti, gestione economica) e con le persone (es. appartenere ad un gruppo, vita attiva, inserimento sociale).

Il grado di dipendenza dall'accudente e l'intensità del bisogno di cura, per le singole funzioni e per il loro complesso, costituisce elemento fondamentale per determinare la "grave disabilità".

Sulla base delle definizioni sopra descritte la valutazione della "grave disabilità" assume significati diversi e si "modifica" nel corso del ciclo di vita di un individuo, del suo contesto familiare e sociale di riferimento e delle patologie che ne hanno determinato l'insorgenza e ne determinano l'evoluzione.

In termini concreti l'insieme delle diverse condizioni sopradescritte determina la peculiare disabilità di quella persona, ne identifica gli specifici bisogni e le aspettative rispetto alla "qualità della vita" vissuta ed attesa.

### **L'offerta**

La rete dei servizi presente in Lombardia si articola in una serie di Unità d'Offerta articolate per "intensità" di cura e per "tipologia di offerta":

1. *Rete dei servizi domiciliari*: possono accedere persone senza limiti di età e sostanzialmente dedicata ad integrare le abilità del singolo disabile e/o supportare funzioni di cura assunte dai familiari e/o da accudenti non familiari. Tale rete oggi appare distinta in:

- 1.1. assistenza domiciliare (SADH), tradizionalmente gestita dai Comuni singoli o associati, destinata a rispondere ad un bisogno "sociale";
- 1.2. assistenza domiciliare integrata (ADI) gestita, tramite le ASL da Enti Accreditati, volta a rispondere ad un prevalente bisogno di "cura socio-sanitaria" nelle aree delle funzioni "vitali" e delle funzioni "primarie".
2. *Rete dei servizi diurni*: dedicata ad accogliere durante la giornata persone disabili di norma con età maggiore di 16 anni ed inferiore ai 65. Tale rete è distinta in:
  - 2.1. Centri socio-educativi (C.S.E.) e Servizi di Formazione all'Autonomia (SFA) di prevalente contenuto sociale e socio educativo, volti ad assicurare, ad una fascia di popolazione giovane, una risposta in termini di sviluppo e di mantenimento delle autonomie. Sul territorio lombardo, insistono 166 CSE e 91 SFA ;
  - 2.2. Centri Diurni Disabili (C.D.D.) a prevalente contenuto socio-sanitario volti ad assicurare la presa in carico di persone che necessitano di un elevato grado di protezione. Sul territorio regionale sono presenti 261 CDD accreditati.
3. *Rete dei servizi residenziali*: dedicata ad accogliere stabilmente o temporaneamente persone disabili, di norma di età non inferiore ai 16 anni e non superiore ai 65, che in ragione dei loro bisogni non possono essere assistite nell'ambito del contesto familiare. Tale rete oggi è distinta in:
  - 3.1. Comunità Alloggio (CA) a prevalente contenuto "sociale", volta ad assicurare una risposta residenziale a persone disabili che hanno buone autonomie, una vita di relazione esterna e bisogni sostanzialmente riferibili alla gestione dell'ambiente di vita. Sul territorio lombardo insistono 200 CA, di cui 176 anche con accreditamento sociosanitario per ogni persona con grave disabilità;
  - 3.2. Residenza Sanitaria per persone Disabili (R.S.D.) ad alto contenuto socio-sanitario volta ad assicurare una risposta residenziale a persone con gravi e gravissime disabilità che necessitano di una elevata intensità di cura, anche nelle aree delle funzioni vitali e primarie. In Lombardia insistono 87 R.S.D accreditate.

### **Le Aree di attenzione**

La rete complessiva delle unità d'offerta sopra descritta, per le sue particolari caratteristiche e tipologia di prestazioni, non sempre risponde adeguatamente ai bisogni delle persone con gravi disabilità e delle loro famiglie.

In particolare emergono le seguenti criticità:

- Non esiste nella rete delle Unità d'Offerta una particolare tipologia di servizio dedicata all'accoglienza residenziale e diurna di minori, di età inferiore ai 16 anni, con disabilità grave e gravissima che conseguentemente vengono esclusivamente accuditi dalle loro famiglie;
- Particolari disabilità conseguenti a patologie neurodegenerative, post traumatiche e a disturbi pervasivi dello sviluppo –indipendentemente dall'età- non trovano oggi una risposta, che sarebbe più appropriata, all'interno della rete di unità d'offerta per la grave disabilità per carenza di posti e disomogenea distribuzione territoriale.

## **Gli utenti della rete**

Di seguito le persone che hanno avuto accesso nel corso del 2012 alla rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie:

- Servizi Assistenza Domiciliari sociali (SADH) : 4.242 utenti, di cui circa 500 minori di 18 anni (fonte: flussi regionali servizi sociali anno 2012);
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): 24.000 utenti di cui circa 800 minori di 18 anni (fonte: flussi regionali sociosanitari anno 2012);
- Centri socio-educativi (C.S.E.): 3.333 utenti, di cui circa 83 minori, (fonte: flussi regionali servizi sociali anno 2012);
- Servizi di Formazione all'Autonomia (SFA): 1.227 utenti di cui circa 20 minori (fonte: flussi regionali servizi sociali anno 2012);
- Centri Diurni Disabili (C.D.D.): 7.225 utenti (fonte: flussi regionali sociosanitari 2012);
- Comunità Alloggio (CA): 1.762 persone di cui 15 minori (fonte: flussi regionali servizi sociali, 2012) e 1395 disabili gravi (fonte: flussi regionali sociosanitari 2012);
- Residenza Sanitaria per persone Disabili (R.S.D.): 4.273 utenti (fonte: flussi regionali sociosanitari).

**Totale utenti** che trovano collocazione nella rete dei servizi sociosanitari: **36.893 di cui 800 minori di 18 anni.**

Come emerge dai dati sopra riportati nella rete dei servizi sociosanitari trovano accoglienza le persone con disabilità in età adulta ed in particolare trovano risposte di carattere domiciliare.

Emerge con evidenza che non trovano accoglienza nella rete tutte le problematiche di presa in carico continuativa dei minori con gravi/gravissime disabilità e delle loro famiglie, infatti solo 800 minori su 4.831 sono seguiti in percorsi di assistenza domiciliare.

Risulta pertanto prioritario ed urgente investire su queste famiglie.

## **Le Aree di intervento**

Al fine di agire con interventi che garantiscano ai minori ed alle loro famiglie un percorso, di cura e assistenza, flessibile, continuativo e integrato occorre:

- Potenziare le funzioni consultoriali (anche alla luce degli esiti delle sperimentazioni in corso) con l'apertura di uno spazio dedicato alle famiglie con minori con gravi disabilità che possa non solo coprogettare, con le famiglie ed i gestori dei servizi gli interventi integrati più adeguati, ma anche realizzare con le associazioni già presenti sul territorio interventi finalizzati all'auto mutuo aiuto.
- Potenziare le risposte domiciliari in termini quali - quantitativi capaci di rispondere non solo ai bisogni di cura socio sanitaria del minore, ma anche alle necessità di supporto e sostegno delle famiglie (integrazione tra servizi sociali e sociosanitari con ricomposizione delle risorse).

- Potenziare la rete di riabilitazione anche attraverso il riordino delle attuali IDR, attivando unità d'offerta dedicate ai minori disabili gravi e gravissimi.
- Attivare unità d'offerta diurne dedicate, in grado di rispondere al criterio inclusivo delle problematiche familiari, anziché orientati al solo percorso di cura/accudimento del minore.
- Attivare risposte residenziali, temporanee o di lungo termine, coerenti con il percorso di presa in carico.

Con riferimento agli adulti con disabilità grave e gravissima, seppur in un contesto i cui dati quantitativi evidenziano una buona capacità di risposta, emerge, dal punto di vista dell'analisi qualitativa, l'esigenza di riorientare l'offerta rispetto ad una domanda oggi più diversificata, sia in termini di problematiche da affrontare, sia in termini di flessibilità della risposta attraverso:

- La definizione di una modalità unitaria di presa in carico integrata e dei conseguenti interventi ad essa dedicati, in una logica di collaborazione pubblico privato e di superamento dell'attuale frammentazione e sovrapposizione, anche in esito alle sperimentazioni/attività in corso (CEAD, Centri vita autonoma indipendente, PUA, sportelli fragilità e quant'altro).
- La realizzazione di percorsi di presa in carico integrata e flessibile, prevedendo la possibilità di attivare, nell'ambito dei servizi residenziali in una logica di centro multiservizi, progetti centrati sulla "persona" e sulle sue aspettative ottimizzando il complesso delle risorse e delle competenze presenti (es. possibilità di una RSD di "prendersi in carico" una persona assicurando a seconda del bisogno del singolo "momento", risposte domiciliari, accoglienza diurna modulata sulle esigenze del disabile e della sua famiglia piuttosto che accoglienza residenziale "temporanea").
- L'incremento o la riorganizzazione dell'attuale rete dell'offerta diurna prevedendo servizi dedicati a specifiche problematiche (es. autismo).
- L'incremento della capacità di risposta al bisogno di vita autonoma ed indipendente attivando forme di residenze "assistite" (es. mini alloggi e alloggi "protetti") o prevedendo buoni volti ad acquistare prestazioni di assistenza personale.
- Il potenziamento della rete residenziale (CSS, RSD) volto a garantire una migliore distribuzione territoriale delle unità d'offerta ed una maggiore appropriatezza nella risposta a favore di persone con particolari fragilità che oggi sono impropriamente accolte in RSA.

Con questi interventi verrebbe raggiunto un target di circa 3.400 minori e oltre 30.000 adulti con gravi e gravissime disabilità.

## **Misure**

Per la realizzazione degli interventi sopra descritti, alcuni dei quali sono da intendersi isorisorse, saranno adottate le seguenti misure:

- Buono sociosanitario alle famiglie per autosoddisfacimento dei bisogni di accudimento della persona con grave o gravissima disabilità.
- Voucher per l'acquisto di prestazioni, per minori con gravi e gravissime disabilità, presso strutture / unità specifiche dedicate ai minori, derivanti anche da rimodulazione / riconversione dell'attuale offerta.
- Voucher per l'acquisto di prestazioni flessibili come sopra definite ed erogate dalla rete residenziale.

Il volume di spesa è quantificabile in circa 180 milioni di euro su base annua.

## **Scheda B**

### **PERSONE ANZIANE FRAGILI E NON AUTOSUFFICIENTI**

#### **Definizione**

Nella presente scheda vengono prese in esame le problematiche dell'area degli anziani fragili e/o non autosufficienti. A livello regionale si può stimare che le persone anziane (maggiori di 65 anni) non autosufficienti e/o fragili siano circa 380.000.

Coerentemente con quanto previsto dalle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), si considerano non autosufficienti le persone che hanno subito una perdita permanente parziale o totale dell'autonomia delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto determinante di altre persone, considerando i fattori ambientali e personali.

Si definisce invece con il termine di "Fragilità" la condizione dello stato di salute caratterizzata da una rigidità delle capacità adattative dell'organismo ad eventi avversi clinici e/o sociali. In caso di scompenso, un soggetto fragile va incontro ad un rapido deterioramento dello stato di salute spesso non completamente correlabile con l'entità dell'evento che lo ha generato.

Le persone anziane non autosufficienti e/o fragili sono quelle che hanno raggiunto la condizione sopra descritta, dopo una vita condotta in modo attivo.

Sulla base di queste definizioni, gli indicatori utilizzati per caratterizzare la non autosufficienza e la fragilità nell'anziano possono essere gli stessi utilizzati per la disabilità:

1. Indicatori riferiti alle funzioni "primarie", quindi la "cura del sé";
2. Indicatori riferiti alla vita di relazione, quindi "cura dell'ambiente di vita" e "vita sociale".

L'analisi dell'attuale sistema socio-sanitario fa emergere l'esistenza di alcune criticità correlate essenzialmente a due fattori sociologicamente rilevanti:

- l'aumento delle condizioni di disabilità e non autosufficienza prevalentemente nelle fasce di età più avanzate, dovuto al progressivo invecchiamento della popolazione,
- l'incremento di fasce "fragili" di utenti dovuto alla cronicizzazione delle malattie e alle modificazioni della struttura sociale.

#### **L'offerta**

Il sistema regionale sociale e sociosanitario dei servizi oggi presente si articola in una serie di Unità d'Offerta articolate per "intensità" di cura e per "tipologia di offerta":

1. *Rete dei servizi domiciliari*: sostanzialmente dedicata ad integrare le abilità del singolo anziano e/o supportare funzioni di cura assunte dai famigliari e/o da accudenti non famigliari. Tale rete oggi appare distinta in:
  - 1.1. assistenza domiciliare (SAD) tradizionalmente gestita dai Comuni singoli o associati destinata a rispondere ad un bisogno "sociale";
  - 1.2. assistenza domiciliare integrata (ADI) gestita, tramite le ASL da Enti Accreditati, volta a rispondere ad un prevalente bisogno di "cura socio-sanitaria" nelle aree delle funzioni "vitali" e delle funzioni "primarie";

2. *Rete dei servizi diurni*: dedicata ad accogliere persone anziane durante la giornata, sviluppando interventi di tipo rieducativo/riabilitativo e/o di socializzazione. Tale rete oggi è distinta in:
  - 2.1. Centri diurni anziani: a prevalente contenuto sociale, sono presenti sul territorio 73 strutture, con 4.526 posti (fonte: flussi regionali servizi sociali anno 2012), cui vanno ad aggiungersi innumerevoli centri sociali per anziani, spesso autogestiti da Associazioni di persone anziane stesse, e non soggetti ad autorizzazione;
  - 2.2. Centri Diurni Integrati (C.D.I.): a prevalente contenuto socio-sanitario, rivolto ad anziani non autosufficienti o ad alto rischio di perdita dell'autonomia, portatori di bisogni non facilmente gestibili a domicilio, anche per assenza diurna dell'accudente. Sono presenti sul territorio 291 strutture accreditate, con 5.961 posti (Data Base regionale 2012);
3. *Rete dei servizi residenziali*: dedicata ad accogliere stabilmente o temporaneamente persone anziane fragili che in ragione dei loro bisogni non possono essere assistite nell'ambito del contesto familiare. Tale rete oggi è distinta in:
  - 3.1. Alloggi Protetti: a prevalente contenuto sociale, sono volti ad assicurare una risposta residenziale a persone anziane autosufficienti che, prevalentemente, presentano una vita di relazione esterna e bisogni saltuari sostanzialmente riferibili alla gestione dell'ambiente di vita e alla gestione delle funzioni della cura del sè. Sono presenti 23 strutture;
  - 3.2. Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.): ad elevato contenuto socio-sanitario, sono volte ad assicurare una risposta residenziale ad anziani non autosufficienti che necessitano di una elevata intensità di protezione in ragione delle elevate esigenze di cura. Sono presenti 650 strutture, con 57.483 posti (fonte Data Base regionale 2012).

### **Le Aree di attenzione**

La rete complessiva delle unità d'offerta sopra descritta, per le sue particolari caratteristiche e tipologia di prestazioni, non sempre risponde adeguatamente ai bisogni delle persone anziane non autosufficienti e fragili e delle loro famiglie. In particolare emergono le seguenti criticità:

- le persone fragili e non autosufficienti non hanno una presa in carico integrata e la ricomposizione del percorso di cura ed assistenza è lasciato in carico alle famiglie. I servizi domiciliari non vedono una costante ed omogenea integrazione tra il livello sociale e sociosanitario;
- relativamente all'analisi della composizione dell'utenza di tali reti di Unità d'offerta si evidenzia che le RSA gestiscono una casistica sempre più anziana (età media di ingresso 82,5) e complessa, con una prevalenza di persone con un'alterazione dello stato della coscienza e/o con un grado di demenza significativo che, sulla base dei flussi regionali, corrisponde circa al 70% degli ospiti delle RSA;
- le RSA vengono talora utilizzate come Unità d'Offerta volta a favorire il processo di dimissione dalla rete ospedaliera delle persone anziane, le cui condizioni cliniche rendono tale ricovero non sempre appropriato;
- i servizi semi-residenziali non sono vissuti come una risposta adeguata al bisogno della famiglia, infatti il tasso di saturazione medio regionale è di circa il



70%. Tale dato è determinato anche da una scarsa prossimità del servizio alle famiglie;

- la crisi economica in atto, così come gli impatti sulla famiglia derivanti da una diversa struttura sociale (occupazione, cassa integrazione, etc) determinano una riduzione della domanda di servizi residenziali a valenza sociosanitaria, soprattutto per le persone con una minore fragilità o non autosufficienza ed un'età più bassa, considerata la presenza di una quota di compartecipazione che le famiglie fanno fatica a garantire. La tendenza a mantenere a domicilio le persone da parte delle famiglie non trova sempre risposta nel sistema di offerta. Ad esempio, la possibilità di ricoveri brevi di sollievo viene messa a disposizione dalle strutture solo in presenza di disponibilità di posti letto.

In conclusione si può affermare che il sistema sociosanitario e sociale della residenzialità e semi-residenzialità è troppo rigido, poco integrato e non è in grado di rispondere ad un insieme di bisogni che è profondamente mutato negli anni. Se è importante avere servizi di residenzialità in grado di prendersi carico di anziani non autosufficienti complessi da un punto di vista clinico, sanitario e funzionale, è altrettanto importante dare una risposta capillare alle famiglie che devono gestire situazioni di non autosufficienza a domicilio.

### **Gli utenti della rete**

A livello regionale ci sono oltre 2 milioni di anziani con più di 65 anni. Si può stimare che le persone anziane (maggiori di 65 anni) non autosufficienti e/o fragili siano circa 380.000.

Le persone anziane non autosufficienti o fragili che accedono alla rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitari:

- Assistenza domiciliare sociale (SAD): 22.078 utenti (fonte: flussi regionali servizi sociali anno 2012);
- Assistenza domiciliare integrata (ADI): 72.000 sono anziani con più di 65 anni (fonte: flussi regionali sociosanitari anno 2012);
- Centri diurni anziani: 4.526 utenti (fonte: flussi regionali servizi sociali anno 2012);
- Centri Diurni Integrati (C.D.I.): 10.990 utenti (flussi regionali sociosanitari anno 2012);
- Alloggi Protetti: 405 utenti (fonte: flussi regionali servizi sociali anno 2012);
- Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.): 93.162 utenti (flussi regionali sociosanitari anno 2012).

Complessivamente, hanno trovato risposta, nel corso del 2012, nella rete dei servizi sociosanitari e sociali 203.161 persone anziane ultra 65enni fragili e non autosufficienti, che tuttavia possono aver usufruito di più servizi. Per esempio, l'Assistenza Domiciliare, sociale e sociosanitaria integrata, ha una percentuale di utenti sovrapposti, che beneficiano di entrambi i servizi.

Agli utenti della rete dei servizi, si aggiungono coloro che presso il proprio domicilio sono accuditi e seguiti attraverso il supporto di propri famigliari o della rete informale degli assistenti famigliari (badanti), che risultano essere stimati in 126.000 tra lavoratori in regola e in nero. Anche queste persone hanno potuto utilizzare Assistenza Domiciliare Integrata in modo non continuativo.

Pur nella difficoltà di un conteggio dei beneficiari di servizi formali ed informali, si può stimare che almeno 60.000 persone non autosufficienti o fragili fanno riferimento per la loro assistenza ai soli famigliari.

### **Le aree di intervento**

Una rimodulazione del sistema di offerta di servizi residenziali, in una logica di multi-servizio, semiresidenziali e domiciliari si rende necessaria per offrire risposte ai nuovi bisogni dell'anziano fragile e non autosufficiente e della sua famiglia. In particolare è necessario:

- attivare un servizio di presa in carico globale ed integrata per la persona anziana fragile e non autosufficiente e della sua famiglia, capace di rispondere ai bisogni informativi, orientare all'interno dei servizi ed assicurare funzioni di supporto e di sostegno agli accudenti;
- favorire percorsi di auto mutuo aiuto capaci di sostenere i famigliari nel loro ruolo di accudenti e di migliorare, da parte del sistema familiare, la capacità di leggere i bisogni dell'anziano sia in termini di cura che in termini di tutela;
- realizzare nuovi interventi che vanno a supportare i soggetti fragili, con l'obiettivo di favorire la loro permanenza a domicilio, in modo da rispondere al recente trend evolutivo della domanda, sempre meno rivolta ai tradizionali servizi di RSA. Le soluzioni proposte sono attuabili, in termini di risorse, con una trasformazione in termini di flessibilità dell'attuale sistema di erogazione di prestazioni e servizi delle RSA;
- rivedere i vincoli attualmente previsti a livello di "strutture fisiche" in ottica estensiva, rendendo possibile la fruizione di una varietà di servizi aggiuntivi utilizzando i medesimi "luoghi", anche in ottica di rete;
- definire un nuovo modello per l'assistenza residenziale, flessibile in funzione dei bisogni mutevoli della popolazione.

### **Le misure**

Gli interventi di cui sopra saranno garantiti attraverso le seguenti misure:

- Buono sociosanitario alle famiglie per autosoddisfacimento dei bisogni di accudimento della persona anziana non autosufficiente o fragile;
- Voucher per agevolare un utilizzo flessibile delle RSA;
- Voucher per l'acquisto di prestazioni erogate a domicilio della persona, derivanti anche da rimodulazioni / riconversione dell'attuale offerta socio sanitaria e sociale in servizi territoriali innovativi, sfruttando la capillarità sul territorio della rete di RSA;
- Voucher per l'accesso a servizi di cure intermedie, sviluppando in fase di dimissione ospedaliera un progetto di continuità che accompagni la persona nei servizi sul territorio.

Il volume di spesa è quantificabile in circa 100 milioni di euro su base annua.

## **Scheda C**

### **PERSONE AFFETTE DA LUDOPATIA**

#### **Definizione**

Il gioco d'azzardo patologico è un disturbo del comportamento che, anche se rientra tuttora nella categoria diagnostica dei disturbi ossessivo-compulsivi, ha in realtà una grande attinenza con la tossicodipendenza, tanto da rientrare nell'area delle cosiddette "dipendenze senza sostanze".

Il giocatore patologico, infatti, mostra una crescente dipendenza nei confronti del gioco, aumentando la frequenza delle giocate, il tempo passato a giocare, la somma spesa nel tentativo di recuperare le perdite, investendo più delle proprie possibilità economiche e trascurando i normali impegni delle vita per dedicarsi al gioco.

Dal 2002, il gioco d'azzardo in Italia è gestito legalmente da AAMS (Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato) ed è diventato di fatto legale. Il fenomeno del gioco d'azzardo legale in Italia sta assumendo dimensioni amplissime che investono ogni sfera del vivere delle famiglie. Si è passati dal 17,32 miliardi di euro giocati nel 2002 a ben 61,4 miliardi di euro giocati nel 2010, a fronte di una contrazione dei consumi in tutti gli altri settori, e in un periodo difficile di crisi economica, disoccupazione, ecc.

In Italia i dati disponibili segnalano una prevalenza di gioco patologico nel corso della vita pari all'1%, mentre il 5% della popolazione appare a rischio di sviluppo della patologia.

Nella popolazione studentesca la percentuale di soggetti con gioco d'azzardo problematico appare maggiore (10%) come anche la presenza di forme già patologiche (5%). (Fonte: Relazione annuale al Parlamento 2011 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle dipendenze in Italia).

La Lombardia si colloca, all'interno del panorama nazionale, tra i primi posti per diffusione di questa patologia fra i suoi abitanti: si cita il caso più eclatante della provincia di Pavia, che con € 2.125 giocati pro capite, è al primo posto in Italia.

#### **L'offerta**

Non esiste una rete di offerta strutturata per le ludopatie. Gli utenti affetti da ludopatie oggi si rivolgono alla rete dei Servizi ambulatoriali per le dipendenze (Ser.t.), che conta 83 strutture pubbliche. Dai flussi regionali, risulta che nessun trattamento per ludopatie è prestato in struttura riabilitativa o in altra struttura.

I trattamenti prestati si sono sostanziati in visite, colloqui, psicoterapie, programmi di reinserimento e eventualmente somministrazione farmaci.

Presso questi centri sono state erogate in un anno 13.074 prestazioni complessive, di cui:

- 2.043 visite
- 9.137 colloqui
- 1.797 psicoterapie
- 94 interventi di reinserimento
- 423 somministrazione di farmaci

## **Le Aree di attenzione**

Le ludopatie, come ogni altra forma di dipendenza richiedono interventi di contrasto, di prevenzione e di cura. Se per quanto concerne il contrasto occorrono interventi di carattere normativo sia statale che locale, tanto resta da attuare sul piano culturale e preventivo. Non sono diffusi in modo adeguato interventi che inducano i cittadini ad una maggiore consapevolezza dei meccanismi comportamentali che inducono questa dipendenza

Ad oggi questo tipo di patologia non rientra nei Livelli essenziali di assistenza (LEA), quindi le prestazioni erogate dai servizi sono totalmente a carico del cittadino, anche se è in corso a livello nazionale un esame della problematica per un loro eventuale inserimento nei LEA, come previsto dal Piano Nazionale Antidroga 2010-2012.

Gli operatori dei Servizi ambulatoriali per le dipendenze (Ser.t.) non sono tutti formati per il trattamento della ludopatia e si sottolinea la necessità di un'organizzazione specifica di interventi organizzativi dedicati a questo fenomeno.

## **Gli utenti della rete**

I dati mostrano un fenomeno in rapido e consistente incremento. Infatti, in soli due anni, gli utenti seguiti per gioco d'azzardo dai Servizi ambulatoriali per le dipendenze (Ser.t.) sono passati da 866 a 1.477, con un incremento del 70% circa (flussi sociosanitari regionali, dati 2012). Da sottolineare che il 71% degli utenti sono uomini ed il 29% donne ed il 53% degli si colloca nella fascia d'età tra i 30 ed i 54 anni. Si evidenzia che la fascia d'età più numerosa per le donne è quella superiore a 65 anni.

## **Le aree di intervento**

L'emergenza costituita da questo tema porta a ipotizzare interventi su più fronti:

- Interventi di prevenzione costituiti da azioni educative efficaci nei confronti della fascia di età adolescenziale e giovanile, secondo modelli validati scientificamente ed indicatori di risultato.
- Realizzazione di attività dedicate che prevedano interventi di presa in carico delle ludopatie, basati sul sostegno ai famigliari del giocatore d'azzardo e che prevedano la consulenza legale e finanziaria
- Formazione specifica degli operatori dei servizi ambulatoriali

L'esito delle sperimentazioni in atto (13 progetti in 10 ASL) forniranno elementi utili per la definizione delle nuove Unità d'Offerta.

## **Le misure**

Gli interventi di cui sopra saranno garantiti attraverso le seguenti misure:

- Voucher sociosanitari per l'acquisto di pacchetti di prestazioni presso soggetti accreditati, commisurati alle specifiche necessità dei bisogni ed ai percorsi personalizzati.

Il volume di spesa è quantificabile in circa 5 milioni di euro su base annua.

## **Scheda D**

### **PERSONE VITTIME DI VIOLENZA**

#### **Definizione**

Il Parlamento Europeo, con la decisione n.803/2004/CE, ha stabilito che “la violenza fisica, sessuale e psicologica contro i bambini, i giovani e le donne, ivi comprese la minaccia di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che nella vita privata, lede il loro diritto alla vita, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità e all'integrità fisica e emotiva e costituisce una minaccia grave per la salute fisica e psichica delle vittime di tale violenza. Gli effetti di tali atti di violenza sono così diffusi in tutta la Comunità da costituire un'autentica minaccia per la salute e un ostacolo al godimento del diritto a una cittadinanza sicura, libera e giusta”.

La violenza contro le donne rappresenta un problema di assistenza pubblica, ma anche un'emergenza sociale che si riflette negativamente non solo sulla condizione psicologica e fisica delle vittime, ma anche sulle persone che vivono a contatto con loro. L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2002 nel “World Report on Violence and Health” ha definito la violenza sessuale un problema che riguarda tutto il mondo e uno dei principali problemi per la pubblica assistenza. E' un costo molto alto per tutti: per le vittime, che vivranno una vita di isolamento e di menomazioni; per le aree in cui avvengono, con maggiori spese per i servizi medici, per i tribunali e per il sistema della sicurezza. A questi va aggiunto il prezzo pagato dalle future generazioni in termini di disagio e sviluppo.

La Regione Lombardia, nel rispetto dei diritti fondamentali sanciti dall'Unione Europea, dalla Costituzione, dallo Statuto d'autonomia e dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale, condanna e contrasta ogni forma di violenza contro la donna (fisica, sessuale, psicologica, economica, ecc.) e di maltrattamento e abuso sui minori, esercitati in qualsiasi contesto di vita (familiare, sociale, lavorativa, scolastica, ecc.), come espresso nella LR 3/2012.

#### **L'offerta**

Gli interventi rivolti alle donne vittime di violenza, sole o con figli minori o familiari, vengono erogati a livello regionale:

- da servizi dedicati: centri antiviolenza, presenti anche nelle strutture di pronto soccorso delle aziende ospedaliere, dei presidi ospedalieri e case di accoglienza gestiti prevalentemente dal mondo dell'Associazione e Terzo Settore. Complessivamente sono operativi sul territorio regionale 21 centri antiviolenza (di cui 8 presenti nella provincia di Milano)<sup>1</sup>;
  - da servizi non dedicati: la rete dei consultori famigliari pubblici e privati accoglie anche la domanda delle vittime di violenza e fornisce eventualmente sostegno.
- I soggetti che compongono l' offerta svolgono, anche in modo disgiunto, interventi destinati a:
- offrire ascolto, accoglienza, consulenza e assistenza legale, supporto psicologico e specialistico, anche al fine di consentire percorsi di uscita dalla violenza, inserimento o reinserimento sociale e lavorativo;

---

<sup>1</sup> Fonte dati: “Guida ai centri antiviolenza”, anno 2012.

- garantire protezione e ospitalità e le diverse forme di residenza a donne in difficoltà, sole o con figli minori;
- prestare aiuto e assistenza psicologica in raccordo con le strutture ospedaliere;
- svolgere attività di raccolta e analisi di dati e di informazioni sul fenomeno della violenza, in particolare contro le donne.

Per quanto concerne i minori allontanati, con provvedimento dell’Autorità Giudiziaria Minorile, dal nucleo familiare di origine per motivazioni riconducibili a fenomeni di abuso, violenza e/o maltrattamento, l’attuale rete dei servizi si articola su due fronti:

- gli affidi familiari, che prevedono l’erogazione di interventi sociosanitari e/o sanitari presso famiglie affidatarie;
- la rete delle Comunità Educative, che conta 409 strutture per 3.397 posti autorizzati<sup>2</sup>, nell’ambito della quale alcune sono dedicate in modo esclusivo all’accoglienza di minori vittime di abuso / violenza / maltrattamento. Per questi casi, le comunità assicurano l’accoglienza in pronto intervento, erogano interventi di carattere educativo e garantiscono l’accompagnamento del minore nelle fasi processuali e talora l’assistenza psicologica.

### **Le Aree di attenzione**

Dall’analisi dell’attuale rete di offerta emerge come, da un lato, i servizi per le donne vittime di violenza sono insufficienti e poco adeguati per fornire risposte a bisogni di sostegno e cura prevalentemente di tipo psicologico e legale e, dall’altro, vi è la mancanza di una rete di offerta dedicata ai minori vittime di violenza, maltrattamenti e/o abusi.

### **Gli utenti della rete**

Nel 2012 si contano 2.119 minori vittime di violenza, maltrattamenti e/o abusi che sono stati oggetto di affido familiare<sup>3</sup>

I minori vittime di violenza, maltrattamenti e/o abusi presenti nell’anno 2012 in comunità sono pari a 2.306<sup>4</sup>.

Di seguito, per facilitare la comprensione della diffusione del fenomeno della violenza / abuso / maltrattamento sui minori, si riportano alcuni dati relativi ai provvedimenti del Tribunale minorenni Milano, relativi all’anno 2012.

---

<sup>2</sup> Fonte dati: Flusso regionale “Minori Web”, anno 2012.

<sup>3</sup> Fonte dati: Flusso regionale “Scheda D”, anno 2012.

<sup>4</sup> Fonte dati: Flusso regionale “Scheda C”, anno 2012.

<b>Provvedimenti di urgenza</b>	<b>di</b>	<b>Accoglimento</b>	<b>Rigetto</b>	<b>Revoca</b>	<b>Archiviazione</b>
2.37 Provvedimenti di urgenza a protezione del minore ai sensi dell'art.336 u.c. c.c.		1.194	7	6	12
2.37.1 di cui provvedimenti di allontanamento del minore dalla residenza familiare		41	-	-	-
2.38 Provvedimenti di urgenza a protezione del minore (art. 10 l. adoz)		228	-	-	2
2.38.1 di cui provvedimenti di allontanamento del minore dalla residenza familiare		-	-	-	-

Non sono disponibili dati affidabili sulle donne vittime di violenza che si rivolgono ai servizi. Secondo un'indagine condotta dall'ISTAT su un campione di donne fra i 16 e i 70 anni, sono stimate in 6 milioni 743 mila le donne vittime di violenza fisica e sessuale nel corso della vita (il 31,9% della classe di età considerata). 5 milioni di donne hanno subito violenze sessuali (23,7%), 3 milioni 961 violenze fisiche (18,8%), circa 1 milione di donne ha subito stupri o tentati stupri (4,8%). Nella quasi totalità dei casi le violenze non sono denunciate. Il sommerso è elevatissimo e raggiunge circa il 96% delle violenze da un non partner e il 93% di quelle da partner. Anche nel caso degli stupri la quasi totalità non è denunciata (91,6%). Il 62,3% delle vittime di violenza si rivolge al Pronto Soccorso ed il 36% ad un MMG. Ciò suggerisce la necessità di un potenziamento del collegamento tra i servizi specialistici e di una maggiore sensibilizzazione e preparazione degli operatori che per primi entrano in contatto con la vittima.

### **Le aree di intervento**

La priorità è mettere a sistema la rete dei centri antiviolenza: rimodulando la distribuzione territoriale, promuovendo la formazione degli operatori dei centri e degli operatori di Pronto Soccorso e dei MMG sugli aspetti psicologici, sociali e legali. E' necessario inoltre favorire un raccordo dei centri antiviolenza con i servizi di Pronto Soccorso e con i MMG per far emergere il fenomeno sommerso.

In un'ottica di evoluzione della rete dei servizi si potrebbe pensare ad una definizione e messa a regime di nuove unità d'offerta per le donne vittime di violenza, quali:

- case rifugio, ovvero strutture di ospitalità temporanea per le donne sole o con minori che si trovino in situazioni di pericolo per l'incolumità psichica e/o fisica propria e/o dei minori, volte a garantire ai propri ospiti, insieme a un domicilio sicuro, in ogni caso di carattere temporaneo, un progetto personalizzato complessivo teso all'inclusione sociale degli stessi;
- strutture alloggiative temporanee di II livello, individuali e/o collettive, nelle quali possono essere ospitate donne sole o con minori che, passato il pericolo per l'incolumità propria e/o dei minori, necessitano di un periodo limitato di

tempo prima di rientrare nella precedente abitazione o per raggiungere l'autonomia abitativa.

Per quanto riguarda i minori, è necessario accreditare in termini sociosanitario le strutture che possono ed intendono accogliere i minori vittime di violenza / abuso / maltrattamento.

### **Le misure**

Per la realizzazione degli interventi sopra descritti, saranno adottate le seguenti misure:

- voucher sociosanitario per le donne vittime di violenza, per l'accesso ai servizi di protezione;
- contributo erogato alle Comunità che prendono in carico minori vittime di abuso / maltrattamento / violenza per garantire le prestazioni sociosanitarie.

Il volume di spesa é quantificabile in circa 26 milioni di euro per i minori e in 12 milioni di euro per le donne di violenza su base annua.