

procedurale - il ricorso ai principi generali del diritto amministrativo e a procedimenti atipici, comunque rispettosi dell'evidenza pubblica.

Le pubbliche amministrazioni e i soggetti del terzo settore che sono interessati a stringere rapporti di *partnership* non tarderanno ancora molto a comprendere che attraverso la concessione e non con l'appalto tali rapporti di collaborazione possono trovare le forme negoziali appropriate per esprimere al meglio le potenzialità. Se, poi, il provvedimento di concessione viene visto in rapporto a quanto stabilito dall'articolo 11 della legge n. 241/90 a proposito degli accordi integrativi o sostitutivi dei provvedimenti amministrativi, le opportunità offerte dalla concessione di servizi/interventi sociali a soggetti *no profit* si rivelano ancor più interessanti. La possibilità - prevista in senso generale - per pubbliche amministrazioni e privati di stipulare accordi circa il contenuto dei provvedimenti con i quali si concludono i procedimenti amministrativi, ovvero, limitatamente ai casi previsti da norme di legge, sostitutivi dei provvedimenti finali, introduce il principio di consensualità nell'azione amministrativa, di fondamentale importanza quando il provvedimento non potrà produrre effetti positivi se non con la collaborazione del destinatario; e ciò avviene sistematicamente nei servizi e negli interventi sociali, in particolare quando le motivazioni valoriali sono di fondamentale importanza nella decisione del privato di assumere responsabilità legate all'esercizio di una pubblica funzione sociale, come avviene nel caso delle funzioni sociali relative alla tutela dei minori dall'abuso sessuale e dalla violenza, ora in esame.

È, quindi, auspicabile che gli attori del sistema integrato di interventi e di servizi sociali prendano coscienza dell'utilizzabilità dell'istituto della concessione anche per gli interventi in questione e delle sue varie, possibili caratterizzazioni, quali l'accreditamento e i rapporti di collaborazione previsti dall'articolo 119 del T.U. delle autonomie locali e dall'articolo 43 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, dal primo richiamato.

1.2.2 Il tema dell'accreditamento

Quello dell'accreditamento è uno dei temi oggi maggiormente di attualità tra le realtà che hanno rapporti di appalto o convenzionali con le amministrazioni per la gestione di servizi nel settore della protezione e dell'assistenza ai minori e alle loro famiglie in situazioni di difficoltà.

Si corre però il rischio di concentrare le riflessioni su particolari aspetti tecnici e in buona parte trascurare proprio quelli che dovrebbero essere considerati gli elementi fondamentali del concetto di accreditamento, in modo particolare la sua natura giuridica e le sue finalità. Ne deriva un significato non ben definito dell'istituto (sempre che di istituto giuridico si possa parlare) che viene talvolta adattato a proprio uso e consumo da parte di vari commentatori, invero spesso portatori di interessi di non poco conto. Sotto il profilo lessicale, il termine "accreditamento" è sinonimo di "dare fiducia", "avvalorare", "dare credito". In tali diverse accezioni pare essere presente una costante, costituita da una certa "dinamicità" del concetto, proiettato in un certo senso, verso il futuro. Infatti, si "dà credito" a seguito di una valutazione del passato e del presente, ma in funzione di rapporti futuri. Nel mondo normativo, limitando la ricerca agli ultimi 20 anni, l'espressione "accreditamento" è contenuta nell'epigrafe o nell'intestazione di articoli di 26 leggi o altri provvedimenti normativi nazionali; se, poi, si escludono le norme in cui "accreditamento" è preso in considerazione in un'accezione di tipo contabile (come l'accreditamento di somme su conti, ecc.), restano soltanto 9 occorrenze:

- 1) Accreditamento delle sedi formative e delle sedi orientative (D.M. 25 maggio 2001)
- 2) Norme sui criteri per l'accreditamento dell'attività di ricerca e selezione del personale e di supporto alla ricollocazione professionale (D.M. 18 aprile 2001)
- 3) Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (L. 8 novembre 2000, n. 328)
- 4) Corsi di formazione di cui all'art. 34, commi 2 e 3, del C.C.N.L.(contratti collettivi nazionali di lavoro) e all'art. 49 del C.C.N.I. (contratti collettivi nazionali integrativi) ai fini dell'attribuzione del profilo di direttore dei servizi generali ed amministrativi e di responsabili amministrativi con rapporto di lavoro a tempo indeterminato (D.M. 27 dicembre 1999)
- 5) Schema di atto di intesa Stato-regioni, su proposta dei Ministri della sanità e per la solidarietà sociale, recante: «Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso» (Prov. conf. Stato-Regioni 5 agosto 1999)
- 6) Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419 (D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229)

- 7) Regolamento per le audizioni periodiche delle formazioni associative di consumatori e utenti, delle associazioni ambientaliste, delle associazioni sindacali delle imprese e dei lavoratori e per lo svolgimento di rilevazioni sulla soddisfazione degli utenti e l'efficacia dei servizi. (Deliberazione autorità indipendente energia elettrica n. 56, 7 maggio 1999).
- 8) Regolamento recante norme per l'istituzione ed il funzionamento del Comitato per l'Ecolabel e l'Ecoaudit in tema di igiene del suolo e dell'abitato (D.M. 2 agosto 1995, n. 413)
- 9) Disposizioni relative alla richiesta di accreditamento per la certificazione CE prevista dalla direttiva n. 93/42 per il riavvicinamento delle legislazioni degli Stati membri concernenti dispositivi medici e relativi accessori (D.M. 10 novembre 1994)

Come può essere facilmente riscontrato dalla lettura dei provvedimenti normativi sopra citati, i significati attribuiti dal legislatore al termine "accreditamento" possono essere suddivisi in quattro grandi categorie:

- A) accreditamento come riconoscimento in capo ai soggetti accreditati dell'esercizio di funzioni pubbliche;
- B) accreditamento quale semplice autorizzazione allo svolgimento di attività;
- C) accreditamento quale presupposto per la consultazione da parte di Enti pubblici;
- D) accreditamento quale presupposto per l'erogazione di contributi pubblici o per la stipula di contratti con pubbliche amministrazioni.

Qualsiasi discussione sull'accreditamento e sui suoi aspetti tecnici non può prescindere dal concreto contenuto che si intende attribuire all'istituto; ben diverso, quindi, è affrontare le problematiche dell'accreditamento con riferimento all'uso di tale strumento per creare una sorta di "albo fornitori" dal trattare di tali temi interrogandosi su quali possano essere i criteri per l'ammissione ad un albo di soggetti che intendono essere consultati da pubbliche amministrazioni su tematiche rispetto alle quali essi siano portatori di particolari competenze professionali o di interessi rilevanti, ecc.

Può essere interessante fare qualche breve riflessione sull'accreditamento quale strumento per l'affidamento (o, in una logica di sussidiarietà, per il riconoscimento) dell'esercizio di pubbliche funzioni/servizi in capo a soggetti privati. Tale, infatti, è il

significato dell'accreditamento nei tre provvedimenti normativi più significativi rispetto ai temi trattati: il D. Lgs. n. 229/99 (meglio noto come decreto Bindi, o riforma sanitaria ter) di riforma del D. Lgs. n. 502/92, la legge quadro sui servizi sociali n. 328/00 e il Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 5 agosto 1999 in tema di servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso. Tale ultimo provvedimento fa integralmente proprio il concetto di accreditamento del decreto Bindi e, dunque, la nostra attenzione si può limitare a due soli provvedimenti: il D. Lgs. n. 229/99 e la legge n. 328/00.

Il decreto legislativo n. 229/99, di modifica ed integrazione del D. lgs. n. 502/92 delinea il significato ed il contenuto dell'accreditamento dei servizi sanitari ed ospedalieri (e, per esplicita norma inserita nel decreto, anche per i servizi sociosanitari).

Come la Corte di Cassazione a Sezioni Unite ha avuto modo di chiarire, l'accreditamento nei servizi sanitari, ospedalieri e sociosanitari, ora in esame, ha natura di concessione amministrativa: infatti, l'articolo 8 *bis* del D. Lgs. n. 502/92 (così come modificato ad opera del D. Lgs. n. 29/99) afferma che «La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'articolo 8-ter, dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies».

Per la legge, quindi, nei servizi sanitari e sociosanitari vi è corrispondenza tra:

- 1) realizzazione di strutture sanitarie, esercizio di attività sanitarie ed autorizzazione
- 2) esercizio di attività sanitarie per conto del servizio sanitario pubblico ed accreditamento
- 3) remunerazione dei servizi a carico del fondo sanitario pubblico ed accordo contrattuale.

In ogni caso, va chiaramente evidenziato che l'accreditamento è direttamente collegato al diritto di libera scelta degli utenti; in caso contrario non avrebbe senso parlare di accreditamento, almeno con il significato che a tale istituto è attribuito dalla legge. Ciò non significa, ovviamente, che l'utente debba essere "lasciato solo" nell'esercizio del diritto di libera scelta, né che non vi possano essere regole per disciplinare e, eventualmente, per selezionare l'accesso al servizio.

Appare, inoltre, chiaro che il concetto di base, i principi e le regole fondamentali dell'accREDITAMENTO per i servizi sanitari e sociosanitari non possono non valere anche per quelli sociali che gestiscono o potranno essere destinati a gestire interventi di assistenza, cura e reinserimento sociale dei minori vittime di violenza, anche se la legge n. 328/00 non è del tutto chiara sul punto e se in tema di servizi sociali le Regioni godono, dopo la legge costituzionale n. 3/01, di autonomia legislativa pressoché totale, a differenza che in tema di sanità (materia, com'è noto, ancora in parte "ripartita" fra la potestà legislativa dello Stato e quella delle Regioni).

Dalla semplice lettura dell'articolo 8 *bis* citato e del successivo articolo 8 *quater* emerge con chiarezza come il legislatore abbia fatto propria la logica che aveva portato, agli inizi del secolo scorso, l'Ordine professionale dei medici americani ad individuare l'accREDITAMENTO come un strumento di tipo dinamico (non statico, quale l'autorizzazione), finalizzato ad un continuo processo di perseguimento dell'eccellenza nel miglioramento della qualità dei servizi prestati. Se tali valori sono stati fatti propri dal legislatore italiano, non va dimenticato che la logica dell'accREDITAMENTO quale strumento per la concessione a privati della produzione ed erogazione di servizi pubblici (e, implicitamente, dell'esercizio di pubbliche funzioni in senso lato), non può ridursi a regole per il miglioramento della qualità e all'imposizione di un qualche tipo di "certificazione di qualità" (che può essere, eventualmente, solo una componente, o meglio, uno dei presupposti per l'accREDITAMENTO, se adeguatamente strutturata).

Ma l'accREDITAMENTO dei servizi ora in questione non può essere "ridotto" al perseguimento della migliore qualità. L'accREDITAMENTO dei servizi sanitari e sociosanitari, e, in misura ancor maggiore, se possibile, di quelli sociali (anche a prescindere dalle questioni di carattere finanziario) deve comportare uno stretto rapporto fra soggetto accREDITANTE e soggetto accREDITATO: quest'ultimo è, infatti, (secondo l'insegnamento della Suprema Corte) concessionario del primo e, dunque, l'accREDITAMENTO non può ridursi ad una (sia pur qualificata) verifica del possesso di caratteristiche qualitative nell'organizzazione e nei mezzi del soggetto accREDITATO/concessionario al momento dell'accREDITAMENTO e in successivi momenti periodici di verifica, e neppure alla pur necessaria verifica sui risultati oltre che sui processi. Come già visto parlando della concessione di pubblici servizi in generale, di cui l'accREDITAMENTO non è che una specificazione, i poteri dell'autorità pubblica devono

continuare ad investire il ruolo del concessionario anche nello svolgimento del servizio, e tale ultroneo esercizio del potere si potrà concretizzare attraverso accordi o provvedimenti unilaterali sulle caratteristiche dello stesso: inoltre, la natura pubblica del servizio erogato dai soggetti accreditati fa sì che questi debbano - ovviamente, limitatamente al/ai servizio/i oggetto di accreditamento, e fatta salva la loro piena autonomia quali soggetti privati - integrarsi sotto il profilo delle finalità perseguite, dell'uso degli strumenti, dei criteri per l'accesso, dell'organizzazione e della comunicazione, ecc. con tutti gli altri soggetti (pubblici e privati accreditati) esattamente come se anch'essi avessero natura pubblica. È ciò che, in buona parte, fa la differenza fra un rapporto contrattuale privatistico di appalto ed uno pubblicistico di accreditamento e, dunque, di concessione amministrativa.

Non vi è chi non veda come nei numerosi servizi sociali e sociosanitari connessi alle azioni per la prevenzione delle situazioni di abuso e violenza sui minori e di cura delle conseguenze (sostegno psicologico, educativo e sociale domiciliare, servizi di cura e recupero, altri servizi di sostegno, ecc.) vi sia amplissimo spazio per l'applicazione dell'istituto dell'accreditamento, previa, ovviamente, la consapevole individuazione delle caratteristiche concrete che si ritenga opportuno conferire al rapporto fra le pubbliche amministrazioni, titolari prime delle funzioni relative alla prevenzione dell'abuso e delle violenze sui minori, ed i soggetti privati che con le stesse entrino in rapporto.

Tale scelta non ha natura giuridica, ma tecnica e politica: sarebbe un rischio attribuire solo nella forma il contenuto dei rapporti fingendo che la realtà si modelli sulle caratteristiche dei teorici modelli giuridici utilizzati. Come la giurisprudenza amministrativa ha ben evidenziato, ciò che conta non è il *nomen iuris* attribuito ad un rapporto, ma la sua sostanza.

Nel caso in cui si ritenga di dar vita ad un rapporto in cui il privato si presenti come produttore/erogatore di un pubblico servizio in regime di concessione avrà senso riferirsi all'istituto giuridico dell'accreditamento (e in tal caso l'accertamento della qualità - eventualmente attraverso la certificazione - sarà solo uno dei presupposti per l'instaurarsi di rapporto; viceversa, laddove si ritenga di individuare contenuti concreti diversi per il rapporto (ad esempio, appalto, contributo, sostegno, ecc.), questo non potrà essere definito "accreditamento".

Ulteriore problema, oggetto di frequenti discussioni relativamente ai servizi sociali destinati alla prevenzione ed alla cura delle situazioni di abuso e violenza su minori, è quello dei relativi finanziamenti.

Pare evidente la diretta connessione fra il sistema di finanziamento ed il tipo di rapporto intercorrente fra i soggetti privati e le pubbliche amministrazioni. Ben diverso è, ovviamente, il finanziamento in un rapporto di appalto dall'erogazione di fondi in un rapporto di accreditamento (vedasi quanto detto a proposito della concessione amministrativa), o in una relazione finalizzata alla promozione, al sostegno, ovvero alla collaborazione.

Le questioni, nell'ambito della sanità, non hanno ancora trovato una stabile soluzione a livello nazionale e nei diversi livelli regionali, anche se le posizioni "di punta" di alcune regioni sembra si siano recentissimamente attenuate alla luce della concreta esperienza.

Il problema di fondo è legato alla circostanza che la quantità "aperta" nell'offerta di servizi sanitari induce - di fatto - un aumento della relativa domanda; ciò è evidentemente strettamente collegato al tipo di bisogni, ma, ancor più, ai meccanismi di accesso ai servizi ed alle prestazioni.

Se ciò, alla luce dell'esperienza, vale per i servizi sanitari, se ed in quale misura potrà valere anche per quelli sociali? Una risposta è impossibile, se non attraverso un'attenta disamina delle caratteristiche dei bisogni e dei servizi che a tali bisogni intendano dare risposta. In ogni caso, si tratta di problematiche squisitamente tecniche e politiche e quella giuridica è semplicemente una ricaduta di tali problematiche.

Pare evidente che per prestazioni e servizi l'accesso ai quali sia fondamentalmente libero e non presidiato direttamente dalle strutture pubbliche, sia inimmaginabile ipotizzare che gli accordi contrattuali, che possono innestarsi sull'accreditamento ponendo i relativi costi in tutto o in parte a carico delle finanze pubbliche, possano prescindere da un solido rapporto con la programmazione pubblica. Bisogna però essere consci che in tal caso non sarà semplice assicurare un reale diritto di libera scelta e, comunque, che dovranno essere attuate procedure ad evidenza pubblica per garantire la necessaria trasparenza nell'assegnazione dei *budget* ai diversi soggetti che si propongono. Ma, pensare ad un identico sistema per quei servizi sociali l'accesso ai quali sia direttamente presidiato dall'ente pubblico attraverso operatori legati ad esso da un rapporto di diretta dipendenza, pare in buona parte inappropriato e fonte di limitazioni alla libera scelta sul lato della domanda e di mancanza di sana competizione su quello dell'offerta, con gravi rischi per la stessa qualità dei servizi. Non si

vede peraltro come in tale contesto, la regolazione non possa intervenire attraverso la selezione (anche economica) sulla domanda (nel rispetto, ovviamente, dei livelli essenziali) e non sull'offerta.

L'applicazione dell'accREDITamento ai servizi relativi alle problematiche dell'abuso e della violenza sui minori rappresenta una interessante forma fra quelle possibili attraverso le quali i soggetti del terzo settore possono integrare la loro azione con quella delle pubbliche amministrazioni titolari prime della funzione; e, in tal caso, queste ne delegano l'esercizio ai soggetti partner. Ciò che conta è che la scelta di tale forma sia la conseguenza diretta ed appropriata della sostanza che i partner intendono dare al rapporto e che contenuti, procedure e contratti siano attentamente e coerentemente predisposti.

1.2.3 La programmazione partecipata per ottimizzare il conseguimento degli obiettivi

Tornando al tema costituito dalle "collaborazioni", va subito chiarito che, come autorevoli commenti confermano, gli accordi di collaborazione fra pubbliche amministrazioni e soggetti non aventi finalità di lucro finalizzati a «favorire una migliore qualità dei servizi prestati», e a fornire «consulenze e servizi aggiuntivi» (come afferma l'articolo 119 del T.U.) e a «favorire l'innovazione dell'organizzazione amministrativa» (come afferma l'articolo 43 della legge n. 449/1997) hanno di regola natura concessoria e che le disposizioni che li disciplinano ben si integrano con le norme di cui all'articolo 11 della legge n. 241/1990, cioè con gli accordi procedimentali.

Certo, le collaborazioni di cui sopra sono state "pensate" in senso generico e non solo specificamente per le collaborazioni nel sociale, e ancora meno con specifico riferimento alle collaborazioni per la prevenzione e la cura di situazioni di abuso e di violenza su minori; ma il richiamo contenuto nell'articolo 43 della legge n. 449/97 all'assenza della finalità di lucro quale caratteristica dei *partner* delle Amministrazioni dimostra che il legislatore aveva quanto meno preso in particolare considerazione l'ambito sociale quale naturale contesto nel quale tali collaborazioni avrebbero potuto svilupparsi.

Ecco, allora, che nelle politiche sociali per la tutela dei minori dall'abuso sessuale e dalla violenza, l'opportunità di un'integrazione fra volontà e risorse pubbliche con volontà e risorse private (al di fuori dal più strutturato rapporto di accREDITamento di cui *supra*) trova

conferma e indicazione di concreti strumenti operativi: non si tratta, è forse inutile precisarlo, di integrare soltanto le risorse finanziarie pubbliche con le energie del volontariato e delle altre organizzazioni *no profit*, ma di realizzare nel pieno senso la collaborazione, cioè l'integrazione progettuale ed operativa sulla base di intenti condivisi, sistematicamente organizzati negli strumenti della programmazione partecipata. Tale ultima considerazione induce a ricordare le opportunità offerte dall'apertura dell'ordinamento a forme di programmazione concertata nelle quali pubblico e privato possono integrarsi con riferimento ai settori più disparati: fra le forme di collaborazione nella programmazione vanno ricordati gli "accordi" previsti dal comma 203 dell'articolo 2 della legge finanziaria per il 1997, opportunamente richiamato dalla legge quadro n. 328/00, che «coinvolgono una molteplicità di soggetti pubblici e privati ed implicano decisioni istituzionali e risorse finanziarie a carico delle amministrazioni statali, regionali e delle province autonome nonché degli enti locali». D'altra parte, tale norma non è che un'applicazione del più generale principio di consensualità nell'azione amministrativa, che non può non trovare applicazione anche nella più importante delle attività pubblicistiche della P.A.: quella programmatoria (fatte salve, ovviamente, le norme di settore nel rispetto dell'articolo 13, primo comma, della legge n. 241/90).

Gli istituti giuridici e le norme richiamati nelle brevi riflessioni che precedono, dimostrano più che a sufficienza non solo che le pubbliche amministrazioni, in un quadro di sussidiarietà orizzontale devono assumere un nuovo ruolo nel sistema degli interventi sociali finalizzati alla prevenzione dell'abuso sessuale e delle violenze sui minori, ma anche che tale ruolo può esprimersi compiutamente attraverso l'utilizzo di strumenti giuridici altrettanto nuovi.

È necessario che le pubbliche amministrazioni (non solo quelle locali, ma anche quelle nazionali soprattutto attraverso i propri organi decentrati) e le organizzazioni *no profit* che si occupano della protezione dei minori elaborino strategie consone agli obiettivi comuni, individuando processi e procedure finalizzate all'individuazione dei possibili spazi di collaborazione ed alla valorizzazione delle energie private disponibili a fondersi con quelle pubbliche nell'esercizio di pubbliche funzioni così importanti e delicate come quelle ora in esame.

Ciò dovrebbe avvenire non in modo settoriale, ma in forma integrata con le più ampie politiche per l'infanzia e l'adolescenza e, in una prospettiva ancor più ampia, con le politiche

per la famiglia e sociali in genere; ma ciò non presenta difficoltà insormontabili, stante l'unicità del modello di riferimento, che è quello della sussidiarietà e della partecipazione.

Gli accordi fra pubbliche amministrazioni e fra queste e i soggetti del terzo settore relativi agli interventi per la prevenzione degli abusi e delle violenze sui minori non sono che un capitolo dello strumento generale di programmazione sociale partecipata costituito dal piano di zona, nel quale è ormai confluito anche il "piano territoriale" previsto dalla legge n. 285/97. Non si tratta, ovviamente, di livellare ed omologare iniziative e contenuti ma di eliminare le complicazioni e le contraddizioni derivanti dall'inutile sovrapposizione di strumenti programmatori e di concertazione, preservando la specificità dei diversi contesti.

L'impianto di base dovrebbe articolarsi nei tre momenti della programmazione, della progettazione e della realizzazione dei servizi e degli interventi.

Nel primo dei tre momenti, la programmazione, dovrebbero essere individuate le problematiche e le risorse (pubbliche e comunitarie) disponibili, definiti gli obiettivi, individuati in linea di massima i progetti; il tutto in modo partecipato, così come prescritto dalla legge n. 328/00 e come, peraltro, logico in sé. In tale momento, fra i soggetti partecipanti dovrebbero essere concordate anche le procedure sulla base delle quali individuare le *partnership* nella fase successiva: quella della progettazione degli interventi e dei servizi; e, in stretta consequenzialità, le possibili collaborazioni nella fase della realizzazione. In tal modo, nel rispetto dei principi ineludibili dell'azione amministrativa, potrebbe essere valorizzata in misura massima la fondamentale funzione delle istituzioni pubbliche nel sistema integrato di interventi e di servizi ispirato al principio di sussidiarietà solidale: quella di garanzia e di promozione dell'assunzione di pubbliche funzioni da parte delle formazioni sociali (nuovo articolo 118 della Costituzione); in tal modo, nell'ambito delle politiche per la tutela dei minori dall'abuso sessuale e dalla violenza, la distanza fra la realtà sociale ed il modello preso quale riferimento dall'ordinamento (attraverso anche gli strumenti della programmazione) potrebbe essere la più contenuta possibile e l'azione penale, ai sensi della legge 3 agosto 1998 n. 269 e delle altre norme poste a tutela dei minori, della loro libertà e dignità, divenire veramente intervento residuale.

2. I centri di prevenzione e protezione dall'abuso nel nuovo contesto normativo dei servizi sociali e sanitari italiani

Il processo di riorganizzazione dei servizi sociali e sanitari italiani, accanto all'introduzione di nuovi strumenti giudiziari che richiedono un alto livello di integrazione fra "polo clinico" e "polo giudiziario", è destinato a mutare profondamente anche i modelli organizzativi dei servizi per la prevenzione, l'assistenza e la cura dell'abuso sui minori.

Il quadro normativo generale di riforma e gli strumenti regolativi del nuovo sistema dei servizi sociali e sanitari hanno riconosciuto alla prevenzione e alla cura dell'abuso e del maltrattamento dei minori una propria specializzazione, riservando a tali servizi una particolare attenzione rintracciabile in più di un atto o provvedimento. Le innovazioni introdotte nel sistema dei servizi di tutela e cura contro l'abuso, su un **asse verticale** (politiche di livello nazionale), possono essere identificati in tre segmenti:

- Segmento sanitario

Le politiche sanitarie hanno progressivamente riconosciuto la materia dell'abuso fra le proprie competenze specifiche. Già il Piano sanitario nazionale 1998-2000 prevedeva espressamente, *all'Obiettivo IV: Rafforzare la tutela dei soggetti deboli*, la prevenzione dei «casi di disagio psichico e sociale dovuto a problematiche scolastiche, familiari e relazionali, anche in riferimento ad abuso e maltrattamento». Il successivo *Progetto-obiettivo materno infantile*, approvato con D.M. 24 aprile 2000, ha implementato, al punto 11, una specifica area di intervento e di azione contro gli abusi, i maltrattamenti e lo sfruttamento sessuale dei bambini.

Tuttavia, soltanto con l'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001), si è posta chiaramente anche la competenza di spesa al 100% a carico del Servizio Sanitario Nazionale per quanto concerne «le prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostica sui minori e le famiglie adottive e affidatarie» per «la protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni» e «gli interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi», di cui alle L. 66/96, L. 269/98 e al D.M. 24 aprile 2000. Con il medesimo atto lo Stato ha riconosciuto, confermando i precedenti orientamenti, come *prestazioni esclusivamente sociali*, e

quindi con attribuzione di spesa al 100% a carico dei Comuni, sia il supporto sociale ed economico alle famiglie, che il supporto educativo territoriale e domiciliare e l'accoglienza in comunità.

La recente introduzione dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) ha, infine, previsto, fra i livelli essenziali dell'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare (macrolivello), l'assistenza sanitaria e sociosanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie (microlivello), riconfermando la natura sanitaria delle prestazioni medico-specialistiche, psicoterapeutiche, psicologiche, di indagine diagnostica del DPCM 14.02.2001 in favore dei minori vittime di abusi, dei minori in stato di abbandono, nonché delle famiglie, ma aggiungendo significativamente anche le «prestazioni riabilitative e socio-riabilitative a minori ed adolescenti».

- Segmento sociale

È detto, in altra sezione della Relazione, sulla prima serie di interventi di contrasto all'abuso disegnati dalla legge n. 285/97, già previsti in alcuni strumenti programmatori.

Il Piano sociale nazionale, riprendendo l'art. 22 della legge n. 328/00, che inserisce il sostegno dei minori in stato di disagio fra i livelli essenziali delle prestazioni sociali, enuncia una serie di azioni, riconducibili a livelli minimi per ogni ambito territoriale, che colgono numerose specificità, e che dovranno essere specificamente regolate in ciascun piano locale dei servizi sociali. L'obiettivo 2 del Piano sociale nazionale *Rafforzare i diritti dei minori*, sulla base del presupposto che lo strumento strategico per la costruzione delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza è costituito dal Piano territoriale d'intervento di cui alla legge n.285/97, affida ai piani di zona la previsione dello sviluppo di misure e servizi per quanto concerne l'abuso ed il maltrattamento dei minori, e precisamente:

- sostegno psicologico e sociale per i nuclei familiari a rischio di comportamenti violenti e maltrattamenti, attraverso interventi di prevenzione primaria e a forte integrazione sociosanitaria;
- servizi di cura e recupero psicosociale di minori vittime di maltrattamenti e violenze, anche sessuali, attraverso interventi con caratteristiche di forte integrazione tra i settori sociale, sanitario, giudiziario e scolastico;
- servizi di sostegno per i minori sottoposti ad abusi.

Tali servizi dovranno fare anche riferimento alle esperienze già avviate nell'applicazione della legge n. 285/97, consolidandone gli obiettivi e la metodologia e perfezionandone la qualità, anche attraverso la conoscenza e la valutazione delle sperimentazioni effettuate.

Occorre, infine, citare, nel riordino normativo innescato dalla legge n. 328/00, il regolamento, approvato con Decreto 21 maggio 2001, n. 308, recante *Requisiti minimi strutturali ed organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale*, già entrato in vigore.

- Segmento giudiziario

È importante notare come il legislatore, nel disegnare il quadro degli interventi a carattere sociale e sanitario per la protezione dagli abusi, abbia più volte fatto riferimento a norme specifiche introdotte negli ultimi anni nel settore giudiziario, sancendo di fatto una profonda integrazione fra “polo clinico”, “polo sociale” e “polo giudiziario”. Oltre a ricordare l'assistenza al minore e l'audizione protetta della legge n. 66/96 e i programmi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico delle vittime di abusi e degli autori di reato (art. 17, legge n. 269/98 e il successivo regolamento), occorre aggiungere sia la previsione dell'art. 1, comma 3, della legge n. 149/01, che impegna lo Stato, le regioni e gli enti locali a prevenire l'abbandono, integrando così l'intervento amministrativo con quello preventivo pre-giudiziario, e dell'art. 2, che impone l'inserimento del minore in comunità di tipo familiare, sia il disposto dell'art. 2, che ha introdotto l'art. 342-ter del Codice civile e che al comma 2 prevede l'intervento dei servizi sociali e delle associazioni a sostegno dell'ordine di protezione emanato dal giudice nel caso di violenza familiare.

Gli scenari aperti dal quadro normativo sintetizzato presentano alcuni evidenti punti di forza:

- il legislatore ha riconosciuto ai servizi contro l'abuso un'importanza rilevante nell'organizzazione del sistema, cogliendo la specificità e la specializzazione degli interventi in tale materia e delle relative prestazioni;
- i servizi di prevenzione, diagnosi e cura dell'abuso, che erogano prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, psicologiche, di indagine diagnostica, rientrano nel

Sistema sanitario nazionale e costituiscono un livello essenziale nell'ambito dell'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare:

- i servizi di contrasto all'abuso che erogano prestazioni di supporto educativo e sociale alla famiglia e al minore, sia territoriali che domiciliari, e le comunità per minori sono ricompresi fra i livelli minimi di servizio del *Sistema Integrato di Interventi e Servizi sociali* della legge n. 328/00 e sono implementati nei piani locali di zona dei servizi sociali;
- l'intervento amministrativo, sociale e sanitario, possiede forti livelli di integrazione al suo interno e all'esterno con l'intervento giudiziario.

2.1 Lo sviluppo spontaneo dei servizi contro l'abuso in Italia e la situazione attuale

È evidente che gli scenari descritti sono il risultato di un processo culturale, scientifico e sociale, ottenuto anche grazie allo sviluppo in Italia di una serie di servizi, progetti, interventi contro l'abuso, che, dal basso e in assenza di strumenti regolativi sovraordinati, hanno dato vita ad esperienze tanto variegate quanto sperimentali e sofferte nella loro precarietà normativa, le quali, sebbene quantitativamente poco numerose e basate su risorse limitate o su progettualità "a scadenza", hanno imposto metodi, modelli ed approcci clinici e terapeutici originali e di grande validità scientifica, poi successivamente imitati e trasferiti in altre realtà italiane. Nel 2002, come si sa, si celebra il 40° anno dalla pubblicazione del saggio di Henry Kempe *The Battered Child Syndrome* e il 30° anno dell'apertura del *Kempe Children's Center*, anniversari che coincidono con due pietre miliari della storia scientifica e clinica dell'abuso e del maltrattamento dei bambini: l'articolo del Dr. Kempe, che per primo identificò e diagnosticò la sindrome del bambino abusato e le conseguenze e i danni sulla sua salute psicofisica, e il primo modello autonomo di un centro di diagnosi e protezione dall'abuso con *équipe* e programmi clinici specialistici per la diagnosi e il trattamento dell'abuso. A parte singoli episodi circoscritti ad alcuni studiosi o ai primi centri privati di terapia familiare, è sul finire degli anni Settanta, che in Italia la sindrome del bambino abusato, la sua diagnosi, la cura, cominciano ad essere elaborate e sperimentate con un approccio clinico-scientifico. Attraverso una positiva interazione fra il mondo della ricerca, l'esperienza clinica e la comunità per minori, prendono vita agli inizi degli anni '80 i primi

“esperimenti” clinici di diagnosi e presa in carico, in appoggio a strutture di accoglienza o a strutture ospedaliere. Se fra gli anni Settanta e i primi anni Ottanta, il trattamento dell’abuso, ancora di difficile lettura ed identificazione, è una prestazione indistinta e generica all’interno di un servizio sociale e sanitario di carattere generale, è soltanto negli anni Ottanta che un servizio organizzato viene sperimentato in forma autonoma (con proprie *équipes* e protocolli clinici: Centro aiuto all’infanzia, Centro bambino maltrattato, Centro Studi Hansel e Gretel, Ospedale “Bambino Gesù”. ecc.). In Italia il servizio specializzato per la diagnosi e protezione dall’abuso nasce pienamente negli anni Novanta, grazie a quelle significative esperienze pilota che vengono replicate anche in altri contesti del Paese. La costituzione di un Coordinamento di questi centri/servizi, il Cismai, nato nel 1993 e presentato in occasione dell’importante congresso europeo dell’*International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect* (ISPCAN) che si svolse a Padova, sancisce questa progressiva autonomia organizzativa e specializzazione clinica ed educativa dei centri contro l’abuso (in prevalenza servizi sociosanitari e comunità di accoglienza). Accanto a questo quadro di diagnosi e terapia specialistica, che elabora modelli, reti, percorsi di collaborazione con i servizi sociali e sanitari e con l’autorità giudiziaria, viene progressivamente implementata, già dai primi anni Ottanta, un’attività notevole di sensibilizzazione dell’opinione pubblica, con l’attivazione di strumenti per la rilevazione e l’aiuto telefonico attraverso il modello delle *hot-line*, che tra i principali attori vede in Italia Telefono Azzurro. Tali esperienze si sono diffuse in Europa e in Italia dando vita a due diverse tipologie: la *hot-line* come attività complementare di supporto ad un servizio/centro istituzionale, a garanzia e copertura della fase di rilevazione e segnalazione degli abusi (come accade, ad esempio presso il Centro Bambino Maltrattato di Milano che gestisce una *hot-line* con operatori, attiva 24 ore su 24), e la *hot-line* di utilità generale (l’esempio principale è Telefono Azzurro), spesso finanziata con sistemi di *fund raising* innovativi o gestita da associazioni, che, accanto alla semplice prestazione di rilevazione, intendeva affiancare anche un aiuto, spesso solo di tipo psicologico a distanza. Oggi la seconda tipologia o è scomparsa o si è ulteriormente sviluppata organizzandosi anche per la gestione di altre fasi dell’intervento di protezione (diagnosi, terapia, ecc.); anche in questo caso è utile ricordare l’attività di Telefono Azzurro che dalla fine degli anni Novanta ha ulteriormente arricchito i propri servizi con l’apertura di centri territoriali di assistenza diretta, ad esempio a Roma con l’apertura del Centro Provinciale Giorgio Fregosi per la diagnosi, il trattamento e l’accoglienza del bambino maltrattato - Tetto Azzurro e a Treviso

con l'avvio di un'equipe sperimentale, denominato "Team di Emergenza", preparata ad intervenire, 24 ore su 24 per tutto l'anno, nelle situazioni di emergenza che coinvolgono bambini e adolescenti vittime, testimoni o autori di violenza, sia intrafamiliare sia extrafamiliare, al fine di tutelarli fin da subito dagli effetti psicopatologici del trauma subito.

La possibilità di operare in modo autonomo, istituendo anche centri/servizi privati specializzati di prevenzione e protezione dell'abuso e lo sfruttamento sessuale, viene colta negli anni '90 sia attraverso la legge n.285/97, già richiamata, che attraverso singoli finanziamenti da parte di enti locali o di aziende sanitarie, mentre nei servizi sociosanitari pubblici si rafforzano vieppiù la specializzazione degli operatori e l'adozione di modelli clinici, rispetto ad una effettiva strutturazione di un servizio specialistico. Una forte azione di sviluppo, che ha innescato una specifica domanda di servizi specializzati per la prevenzione e protezione, è venuta dall'autorità giudiziaria, anche per effetto della legge n. 66/96 e della legge n. 269/98, contestualmente all'attivazione di sezioni specializzate nelle Questure.

È indubbio che, se sovrapponiamo, da un lato, il quadro della riforma sociale e sanitaria, con le normative specifiche di tutela già esistenti o innovative (legge n. 66/96, legge n. 269/98, legge n. 149/01, legge n. 154/01), e dall'altro il progressivo sviluppo che è venuto assumendo in Italia il servizio specializzato contro l'abuso e la violenza, è possibile intravedere una prima possibilità di sistematizzazione della rete di centri e di esperienze, basata su una richiesta comune di alta specializzazione sia dei servizi che delle comunità.

A livello nazionale si è cercato, in passato, di dare alcune indicazioni, tuttavia più di carattere descrittivo che prescrittivo, per la regolazione dei servizi specializzati integrati contro la violenza all'infanzia, che nel frattempo si andavano attivando. Già il Provvedimento 13 luglio 1995 *Documento di linee guida per la realizzazione di interventi urgenti a favore della popolazione minorile* della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, aveva posto l'attenzione sulle politiche di integrazione e raccordo fra i Ministeri e le Regioni per il recupero e reinserimento dei minori. In seguito, oltre ai Piani d'azione per l'infanzia, il documento, predisposto nel 1998 dalla disciolta Commissione Nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori, recante *Linee-Guida per un percorso mirato alla conoscenza del fenomeno del maltrattamento e della violenza sessuale nel nostro Paese*, non è riuscito a divenire un atto amministrativo o di orientamento normativo della Conferenza Stato-Regioni, nonostante i tentativi di lavorare ad una modifica della bozza proposta. Se lo