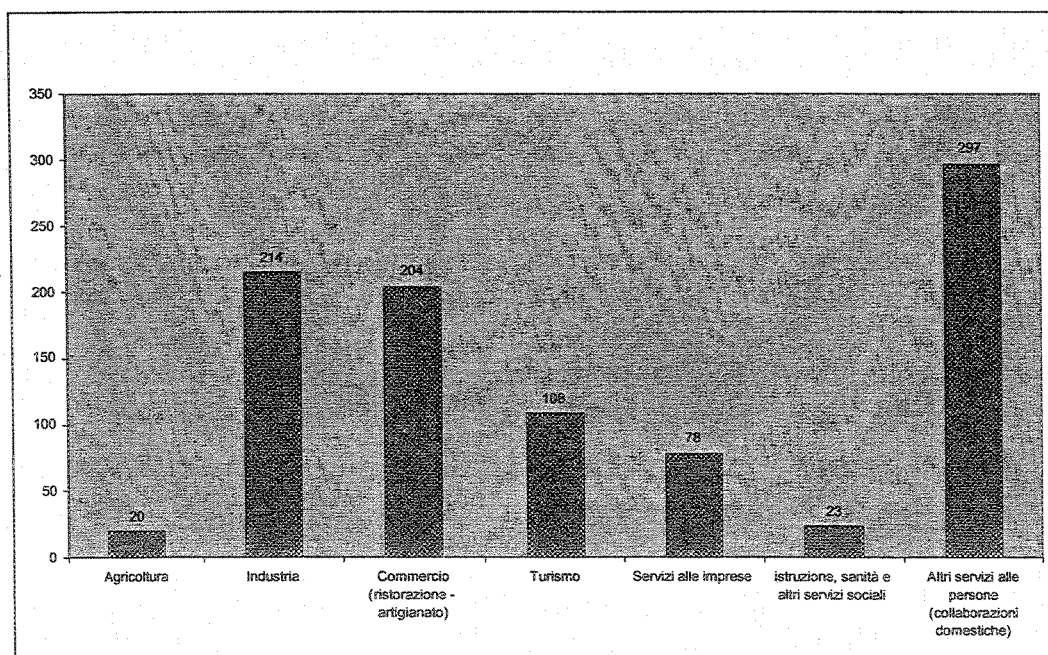


una sistemazione alloggiativa indipendente si è rivelato una soluzione adeguata per persone che hanno già un certo livello di autonomia grazie all'esistenza di una rete di legami sociali già strutturati sia di tipo sentimentale che con i servizi territoriali.

Sul fronte del reinserimento socio-lavorativo, le donne e le ragazze che hanno ricevuto una formazione professionale e/o scolastica e hanno usufruito di borse lavoro sono in totale 1.484. Le persone avviate al lavoro sono state 994. Le ragazze provenienti dall'Est Europa possiedono in genere un grado di scolarizzazione medio-alto (scuola superiore), mentre le nigeriane hanno spesso una formazione che si ferma alla scuola dell'obbligo.

Se la formazione professionale e l'apprendimento della lingua italiana sono opzioni possibili e accessibili, gli operatori incontrano maggiori difficoltà nel riuscire a inserire le persone in un circuito occupazionale "normale". Purtroppo, la stessa relazione lo esplicita: nella realtà molte persone vengono "parcheeggiate" in lavori di tipo assistenziale non regolarizzati.

Grafico 3 - N. di soggetti suddivisi per settore di inserimento lavorativo



Le difficoltà lavorative sono talvolta il fattore che può spingere al rientrare nel circuito prostituzionale, specialmente se la donna, o la minore, rappresenta l'unica fonte di reddito per i familiari (anche figli) rimasti nel Paese di origine.

Esercita una spinta analoga anche il condizionamento dovuto a modelli di vita occidentali che mal si conciliano con la precarietà di lavori, non raramente fortemente sottopagati, che le donne riescono a trovare.

Progressi e criticità

I punti di forza della progettualità realizzata sono stati individuati in:

- il lavoro svolto dalle unità di strada, come primo contatto con le vittime nei luoghi della prostituzione;
- il contributo alla diffusione dell'informazione da parte della rete informale creatasi negli anni tra le varie associazioni e gli enti locali;
- il buon funzionamento della rete nazionale dei progetti ex art. 18, sia per l'azione di diffusione dell'informazione sui vari servizi sia per la cooperazione operativa che si può rendere necessaria in quei casi in cui occorre allontanare le ragazze per porle al riparo dai pericoli di ritorsione dalle organizzazioni criminali;
- l'informazione e la consulenza al cliente e/o cittadino che si attiva per la fuoriuscita dal giro della prostituzione coatta della donna o della minore.

Il maggior punto critico è la lentezza dei tempi di rilascio del permesso di soggiorno, che spesso sono diversi a seconda della regione, tanto che da più parti viene sollecitato un intervento chiarificatore da parte del Ministero dell'Interno.

Tavola 5 Dati sui permessi di soggiorno

	Avviso n. 1	Avviso n. 2
Permessi di soggiorno richiesti	1.148	1.386
Permessi di soggiorno ottenuti	833	1.062

Il numero di permessi di soggiorno ottenuti è aumentato tra il primo e il secondo Avviso, ma si mantiene uno scarto tra numero delle richieste e risposte positive. Il problema principale è la tempistica delle procedure.

Dal momento della richiesta al momento dell'ottenimento del permesso di soggiorno passano in media dagli otto ai dodici mesi, se non di più.

La lentezza nelle procedure può interferire con il percorso di protezione sociale. Gli operatori dei progetti hanno sollecitato interventi di semplificazione poiché l'attesa del parere da parte del pubblico ministero ostacola la normale gestione dei progetti, soprattutto quando il nullaosta viene concesso dopo la valutazione dell'incidente probatorio o è legato all'effettuazione di indagini più articolate che si protraggono nel tempo. Il cammino della vittima di tratta verso l'autonomia rischia, in questa situazione, di interrompersi, non potendo accedere, ad esempio, ad una attività lavorativa.

C. Il Numero verde antitratta

Il Numero verde antitratta è un'azione di sistema³¹ avviata alla fine del luglio 2000, finanziata dal Ministero per le Pari opportunità con fondi nazionali di cui all'art. 18 (DLGS n. 286/98).

Il servizio è attivo 24 ore su 24 e si compone di una postazione nazionale e di 14 postazioni locali.

Il Numero verde riceve richieste di informazioni e di aiuto direttamente dall'utenza, vaglia e seleziona le chiamate ritenute attendibili e avvia le procedure per mettere in contatto le vittime con le postazioni locali e successivamente con gli operatori dei progetti.

Dal luglio 2000 a marzo 2003 il Numero verde ha ricevuto 520.936 chiamate e ne ha gestite 194.350, di cui da:

³¹ Il decreto ministeriale 23 novembre 1999 (emanato ai sensi dell'art. 25 del DPR n. 394/99), che stabilisce i criteri e le modalità di selezione dei programmi di assistenza ed integrazione sociale, individua due tipologie di programmi ammissibili a finanziamento: i programmi di protezione sociale, finalizzati ad assicurare un percorso di assistenza e protezione alle vittime della tratta; e le azioni di sistema, quale il Numero verde, dirette a supportare tali programmi attraverso campagne di sensibilizzazione, indagini, ricerche, ecc.

- vittime del traffico: n. 21.945 (11.29%);
- clienti: n. 14.151 (7.28%);
- parenti: n. 16.912 (8.70%);
- cittadini: n. 119.733 (61.61%);
- Pubblica Sicurezza: n. 13.664 (7.03%);
- persone sospette: n. 2.632 (1.35%);
- vittime prostituzione: n. 5.313 (2.73%).

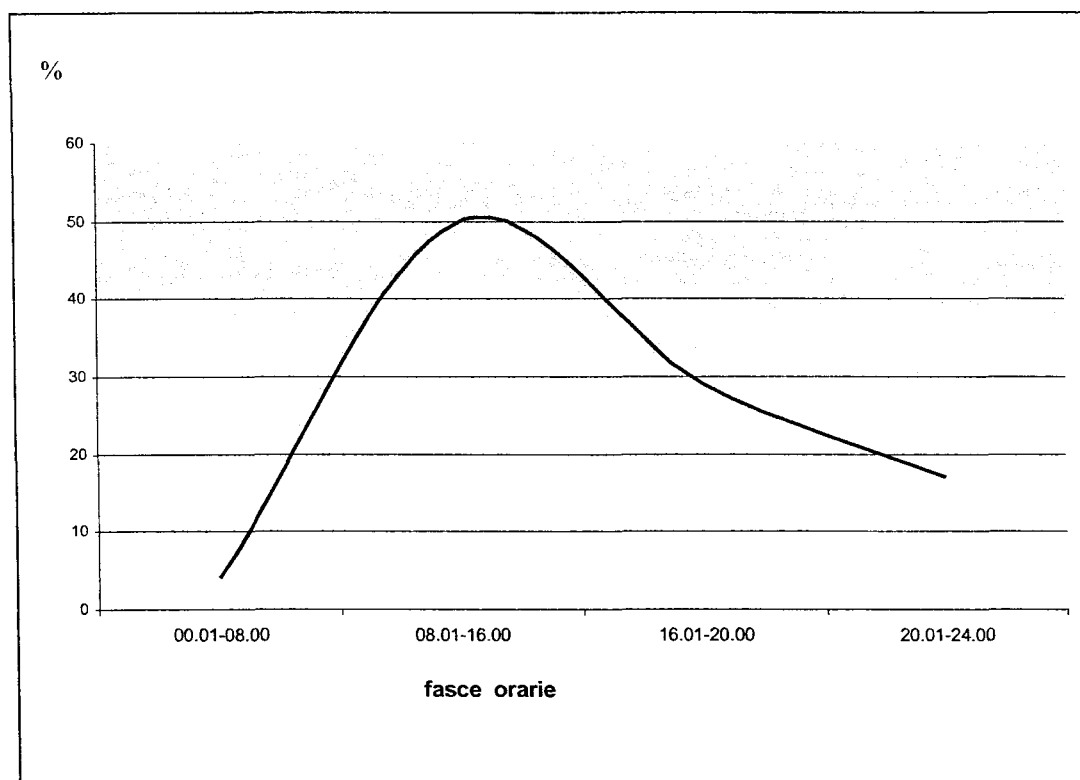
I cittadini allarmati dalla presenza di donne su strada e dal rischio di criminalità, o desiderosi di dare un aiuto, sono il gruppo più numeroso di utenti del Numero verde (61.61%), seguono le vittime della tratta e della prostituzione coatta, che coprono complessivamente una quota pari a circa il 14% delle telefonate.

Per il periodo gennaio-marzo 2003 sono disponibili dati più dettagliati cui è interessante guardare per enucleare alcune informazioni aggiuntive sull'utenza del Numero verde.

Le chiamate da parte di vittime minorenni infraquattordicenni è pari all'1% dei contatti avuti fra gennaio e marzo 2003. E' invece più alta la percentuale dei minori tra i 14 i 17 anni, pari al 7% del totale dei chiamanti. Rispetto all'età, non è da escludersi che il picco nella fascia 19-25 (35% del totale) nasconda in verità anche ragazze minorenni che dichiarano una maggiore età perché è stato imposto loro dagli sfruttatori.

Le fasce orarie di maggiore richiesta d'informazioni rimangono quelle della mattina, ma un servizio attivo anche in orario notturno consente una sinergia con il lavoro delle unità di strada, che escono di notte, e tiene conto anche degli orari del settore rispetto ai clienti, che in genere avvicinano le donne e le ragazze all'imbrunire.

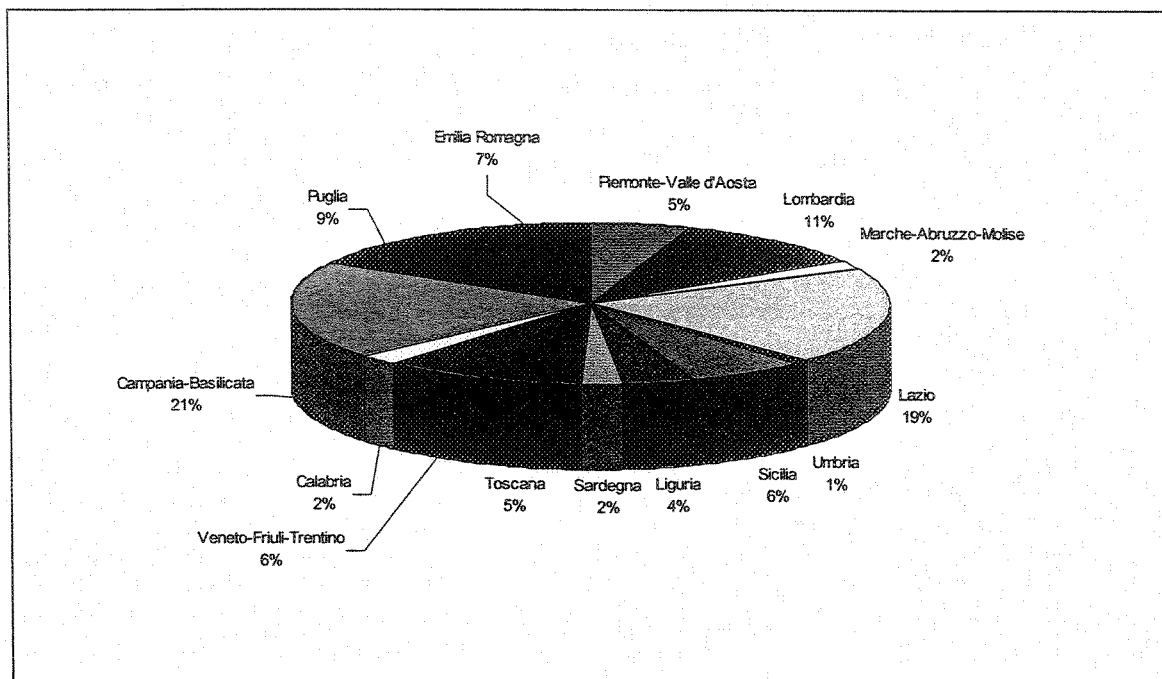
Grafico 4 - Distribuzione delle chiamate delle vittime del traffico per fasce orarie (periodo di osservazione luglio 2000 - marzo 2003)



La quota di telefonate in ore serali e notturne è invero di tutto rispetto, con picchi di oltre il 25%, testimoniando l'utilità di una linea di consulenza e *help line* attiva su tutto l'arco della giornata.

Dalla distribuzione di chiamate per regione di provenienza si evince che la quota prevalente è provenuta dall'area della Campania-Basilicata (21%), segue il Lazio con il 19% e, tra le Regioni del Nord, la Lombardia è quella che ha un peso maggiore sul totale, pari all'11%.

Grafico 5 - Distribuzione totale delle chiamate per regione di provenienza (periodo di osservazione gennaio-marzo 2003)



All'interno delle azioni di sistema il Ministero per le Pari opportunità ha finanziato due progetti:

- *Monitoraggio nazionale dell'attività dei risultati conseguiti dalle Procure della Repubblica nelle inchieste scaturite dalle denunce contro i trafficanti* coordinato dal Ministero della Giustizia;
- *Azione di sistema per assicurare il ritorno volontario e la reintegrazione delle vittime di tratta nei Paesi di origine*, coordinato dal Ministero dell'Interno, con l'assistenza dell'Organizzazione internazionale per le migrazioni (OIM). Questo progetto ha l'obiettivo di rendere disponibile e praticabile l'opzione del ritorno volontario assistito nei Paesi di origine delle beneficiarie dell'azione di sistema. Dalla data di inizio del programma, luglio 2001, sono state assistite donne di diversa provenienza geografica: Moldavia, Ucraina, Romania, Bulgaria, Ungheria, Polonia, Repubblica

Ceca, Repubblica Slovacca, Repubblica Federale di Jugoslavia, Albania, Estonia, Bielorussia.

Altre azioni di sistema sono le campagne di sensibilizzazione e pubblicizzazione del Numero verde antitratta, promosse sia dalla Commissione interministeriale sia dallo stesso Ministero.

Una delle più recenti è la campagna di comunicazione *Operazione via d'uscita* presentata dal Ministro per le Pari opportunità in occasione del convegno *Inferno tratta – Il dovere di reprimere, l'impegno per salvare* (Roma, dicembre 2002). La campagna, finanziata anche con fondi della Comunità europea e realizzata in accordo col Ministero dell'Interno, prende forma attraverso uno spot televisivo che è stato diffuso sulle principali emittenti televisive pubbliche e private, cartelloni stradali e adesivi. Con questi strumenti si è inteso potenziare la conoscenza del Numero verde che costituisce un ponte tra le donne e i minori vittime e adeguate risorse di aiuto e protezione. I servizi che stanno a monte del Numero verde possono dare, infatti, una possibilità concreta di uscita dalla condizione di schiavitù alle vittime della tratta.

Nell'anno 2002 sono stati organizzati, o hanno visto la partecipazione del Ministero per le Pari opportunità, incontri di studio sul tema della tratta. Tra gli altri si segnalano per la loro significatività:

a. la prima Conferenza europea sulla tratta delle donne, tenutasi a Siracusa il 5 e 6 dicembre 2002, organizzata dalla Commissione europea, che ha offerto l'occasione per un bilancio sulle politiche contro la tratta e per fare il punto su:

- le disposizioni di legge esistenti in Europa per la prevenzione e la lotta al traffico degli esseri umani e delle donne in particolare;
- le misure esistenti per fornire assistenza alle vittime della tratta;
- il ruolo del network europeo nella lotta contro la tratta;
- le prospettive di intervento per il futuro.

L'incontro ha voluto anche dare risalto a quanto sinora fatto dall'Unione europea sul fronte della lotta contro la tratta, la violenza e lo sfruttamento degli esseri umani, con uno sguardo particolarmente attento sulla condizione femminile.

La Conferenza ha riunito rappresentanti di governo, ONG, Eurogol e operatori impegnati attivamente nelle azioni di contrasto alla tratta degli esseri umani.

- b. il sopra menzionato convegno *Inferno tratta – Il dovere di reprimere, l'impegno per salvare*, organizzato dal Ministero per le Pari opportunità, che è stato un'occasione per fare una verifica sulle esperienze realizzate in Italia e analizzare gli elementi di criticità che, sia sul piano legislativo che su quello operativo, si frappongono al conseguimento di risultati efficaci nella lotta al fenomeno.

2.2.5. Una rete contro la violenza alle donne, che aiuta anche i bambini

Alcune iniziative che si collocano alla periferia degli interventi contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale possono avere indubbie ricadute positive in termini di rafforzamento delle misure specifiche; si fa riferimento, per esempio, alle politiche sociali di sostegno alla famiglia, alle campagne di sensibilizzazione per l'affermazione dei diritti dell'infanzia, al rafforzamento del sistema dei servizi territoriali sociosanitari, ecc.

Non sembri quindi un'interpretazione troppo estensiva se si valuta che anche il progetto pilota *Rete antiviolenza tra le città Urban Italia*, coordinato dal Ministero per le Pari opportunità, sia un'azione in grado di dare un contributo fattivo all'attuazione della legge n. 269/98 (e della legge n. 66/96) e, quindi, pertinente al tema trattato.

Il progetto pilota viene da lontano: nel 1994 la Commissione delle Comunità europee decise di istituire una "iniziativa comunitaria" rivolta alle

zone urbane problematiche. Si creò quindi il programma di iniziativa comunitaria *PIC Urban 1994-1999* rientrante, come altri 12 PIC, tra le azioni che rivestivano un interesse particolare per la Comunità allo scopo di promuovere il miglioramento delle infrastrutture metropolitane (ristrutturazione di zone industriali dismesse, recupero di quartieri degradati, ecc.) in sinergia con altri aspetti di tipo più qualitativo, quali il miglioramento della qualità della vita e delle condizioni di sicurezza. La stessa iniziativa Urban prevedeva la possibilità di realizzare un'ampia gamma di misure finalizzate a fornire opportunità di sviluppo e fuoriuscita dall'emarginazione alle popolazioni residenti nei quartieri più disagiati delle aree urbane.

Grazie al PIC Urban è stato possibile realizzare un progetto di lungo periodo denominato *Rete antiviolenza tra le città Urban* finalizzato ad accrescere la consapevolezza e l'attenzione attorno al problema della violenza contro le donne e, più in generale, in ambito domestico, attraverso attività di ricerca, di scambio e di sviluppo delle buone pratiche.

Gli attori principali dei progetti sono le amministrazioni comunali, soggetti beneficiari e attuatori del programma, che agiscono con la cooperazione di associazioni e altre realtà del privato sociale.

La finalità di sperimentare strategie di risposta al problema della violenza contro le donne, sia all'interno che all'esterno della famiglia, rende il progetto Urban un'azione di sistema capace di rafforzare le risorse di protezione per le piccole vittime di abuso e sfruttamento sessuale. Ricerche nazionali e internazionali hanno confermato, infatti, l'esistenza di una relazione positiva tra maltrattamento sulla madre e abuso sessuale dei minori. Inoltre, condizioni di violenza, degrado delle relazioni familiari e isolamento producono nei bambini vissuti di abbandono che possono renderli particolarmente vulnerabili rispetto alle modalità di adescamento da parte dei pedofili che, come da loro stessi teorizzato, ricercano bambini indifesi e

desiderosi di attenzione e cure perché più facilmente avvicinabili e riducibili al silenzio tramite ricatti affettivi e vantaggi secondari, anche di tipo economico.

Tornando al progetto, la Rete nazionale, avviata nel 1998, ha coinvolto inizialmente otto città italiane: Venezia, Roma, Napoli, Foggia, Lecce, Reggio Calabria, Palermo e Catania come contesti di particolare degrado urbano e sociale ed è stata finanziata con fondi FESR del sottoprogramma Assistenza tecnica del programma Urban Italia concessi al Ministero per le Pari opportunità dal Ministero dei Lavori pubblici, titolare del programma Urban.

Il progetto ha reso possibile condurre una ricerca-azione in aree particolarmente degradate per indagare la percezione della violenza da parte di uomini, donne, operatori sociali e sanitari, testimoni privilegiati residenti in aree urbane prive di servizi *ad hoc*.

Il lavoro delle prime otto città coinvolte ha preso forma in un rapporto di ricerca sui risultati locali e a livello nazionale; nella creazione di un sito Internet; nella pubblicazione di un manuale di buone pratiche; e nello svolgimento di seminari locali di aggiornamento per gli operatori che lavorano in servizi specializzati rivolti a donne vittime di violenza domestica.

Nel settembre 2001, il Ministero per le Pari opportunità ha scelto di sostenere il progetto utilizzando una quota delle risorse di FSE a disposizione del Ministero nella programmazione 2000-2006. La Rete antiviolenza è stata ampliata mediante il coinvolgimento dapprima delle città Urban rimaste escluse dall'iniziativa comunitaria nel periodo 1994/1999 (Genova, Trieste, Salerno, Bari, Catanzaro, Cosenza, Siracusa, Cagliari) e, successivamente, nel 2002, sono state coinvolte le città di Brindisi, Caserta, Crotone, Misterbianco, Mola di Bari, Taranto, Carrara, Milano, Torino e Pescara, con le quali, tra aprile e settembre 2002, il Ministro per le Pari opportunità ha sottoscritto la convenzione per i finanziamenti. Inoltre, con il Programma Operativo Nazionale *Sicurezza per lo sviluppo del Mezzogiorno*, sono state finanziate ulteriori convenzioni con le amministrazioni comunali di Salerno, Bari, Catanzaro,

Cosenza, Siracusa, Cagliari, Brindisi, Caserta, Crotone, Misterbianco, Mola di Bari e Taranto.

Ad oggi, gli obiettivi del progetto sono:

- ampliare la Rete antiviolenza costituita nell'ambito del PIC Urban 1994/99 a tutte le città Urban dell'attuale e precedente programmazione (potenzialmente a 26 centri) situati in prevalenza nelle regioni Obiettivo 1;
- promuovere la conoscenza della problematica della violenza intra ed extrafamiliare, specialmente nei contesti disagiati ed acquisire informazioni sulla percezione del fenomeno da parte delle donne e degli uomini, degli operatori sociali e sanitari, delle forze dell'ordine e di testimoni privilegiati;
- sostenere e rafforzare le politiche locali contro la violenza sulle donne.

Le azioni sostenute si snodano attorno a tre filoni operativi fondamentali:

- identificazione ed analisi di ambienti a rischio rispetto alla violenza sulle donne;
- definizione di protocolli comuni di intervento sul fenomeno della violenza in famiglia e fuori famiglia all'interno della rete tra le città;
- individuazione di metodologie orientate alla ristrutturazione ed organizzazione del lavoro nei diversi servizi territoriali che a vario titolo si occupano dei problemi in questione.

Il programma di attività del progetto pilota *Rete antiviolenza tra le città Urban Italia* si articola in:

- a. analisi, su ciascun territorio di riferimento, del fenomeno della violenza sulle donne e dei servizi e istituzioni a vario titolo interessate;
- b. messa in rete delle metodologie di raccolta e valutazione dei dati e delle informazioni raccolte;

- c. diffusione dei risultati e scambio di informazioni e di esperienze tra operatori antiviolenza delle varie città;
- d. progettazione comune di una banca dati e delle sue future possibili “implementazioni” anche attraverso la costituzione di un sito nazionale della Rete antiviolenza in cui rendere disponibili i prodotti del lavoro.

A livello nazionale sono state realizzate cinque ricerche. La prima ha risposto ad una necessità di conoscenza del territorio Urban di ciascuna città. Questa ricerca ha previsto anche una descrizione delle caratteristiche strutturali della popolazione residente nelle aree Urban e ha costituito la base per l'interpretazione delle successive indagini sul campo.

La seconda è consistita in una rilevazione in tutti i servizi presenti sui territori Urban per comprendere la struttura del personale operante e il grado di conoscenza del problema della violenza contro le donne, oltre alla quantificazione dell'utenza di ogni servizio sospettata o accertata vittima di maltrattamento.

La terza ricerca è frutto di due indagini campionarie: una rivolta agli operatori ed alle operatrici dei servizi territoriali, l'altra alle donne ed agli uomini residenti nelle aree Urban delle otto città. Ambedue sono state finalizzate alla rilevazione degli atteggiamenti, della percezione e degli stereotipi rispetto alla violenza domestica sulle donne.

La quarta e la quinta ricerca hanno avuto un carattere qualitativo: sono stati intervistati testimoni privilegiati in quanto attori e referenti riconosciuti dalle comunità sociali nelle aree oggetto di indagine. Quest'ultima rilevazione è stata finalizzata al completamento dell'analisi dei contesti territoriali delle zone Urban.

I rapporti di ricerca prodotti sono stati presentati a livello locale e divulgati come manuali di buone pratiche.

2.2.6. La protezione della salute dei bambini vittime di abuso

La strategia del Governo in materia di promozione e tutela della salute di bambini e bambine vittime di abuso e sfruttamento trova espressione nel nuovo Piano sanitario nazionale 2003-2005³².

Il Piano si colloca in uno scenario segnato da importanti cambiamenti nell'assetto politico-istituzionale in seguito al processo di sempre maggiore decentramento federalista dei poteri dallo Stato alle Regioni, che nel sistema dell'assistenza segue una logica di sussidiarietà, intesa come partecipazione dei diversi soggetti istituzionali e sociali alla gestione dei servizi per i cittadini³³.

Le innovazioni introdotte lasciano alla competenza esclusiva dello Stato la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» (art. 117). Rimane allo Stato la formulazione dei principi fondamentali delle politiche di assistenza, ma passa alla competenza delle Regioni l'attuazione dei principi e degli obiettivi.

Come scritto nella Relazione di presentazione del nuovo Piano sanitario nazionale, il ruolo dello Stato in materia di sanità si trasforma, quindi, da una funzione preminente di organizzatore e gestore di servizi a quella di garante dell'equità sul territorio nazionale. Espressione del ruolo di garanzia assunto dallo Stato è stata la creazione del Tavolo di monitoraggio e verifica sui livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), istituito nell'ambito della segreteria della Conferenza Stato-Regioni, in attuazione dell'accordo dell'8 agosto 2001.

³² Gazzetta ufficiale n. 139 del 18 giugno 2003 - Suppl. ordinario n. 95 decreto del presidente della Repubblica, 23 maggio 2003, *Approvazione del piano sanitario nazionale 2003-2005*.

³³ Un passo cruciale è stato compiuto con la legge costituzionale 18 ottobre, n. 3 recante *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*. Essa ha introdotto i principi della potestà di legislazione concorrente di Stato e Regioni e della potestà regolamentare delle Regioni in materia di sanità.

Altri passaggi fondamentali sono stati l'Accordo tra Stato e Regioni dell'8 agosto 2001 e il successivo decreto del Presidente del consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 (GU 8 febbraio 2002), che ha definito i livelli essenziali di assistenza, individuando tre macroaree: l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale, entro la quale rientrano gli interventi di cura alla persona, e l'assistenza ospedaliera.

Compiti del Tavolo sono il monitoraggio e la verifica sui LEA effettivamente erogati e la corrispondenza tra i volumi di spesa stimati e quelli previsti³⁴.

Il Piano sanitario nazionale (PSN) delinea gli obiettivi da raggiungere al fine di attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario, tenendo conto anche degli obiettivi comunitari in tema di salute e del necessario coordinamento con i programmi dell'Unione europea.

Stante la nuova cornice politico-istituzionale, l'effettività e l'efficacia del Piano dipende dai contenuti e dalle modalità di cooperazione fra l'amministrazione centrale, le Regioni, le Province e i Comuni, essendo i livelli di governo locale investiti del compito precipuo di:

- trasformare gli obiettivi in progetti specifici e attuarli;
- investire nella qualificazione delle risorse umane;
- adottare soluzioni organizzative e gestionali innovative ed efficaci;
- adeguare gli standard quantitativi e qualitativi;
- garantire i livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale

Il processo in atto non può considerarsi influente rispetto a obiettivi di prevenzione, protezione e assistenza a minori vittime di abuso e sfruttamento sessuale. Come ricordato in altre parti della presente Relazione, una strategia efficace di contrasto richiede sinergie tra attori che appartengono a differenti ambiti professionali e disciplinari. Tra di essi, il mondo della sanità occupa una posizione privilegiata perché ad esso è demandata la cura degli effetti traumatici della violenza, cioè il perseguimento degli obiettivi che sono propri della prevenzione secondaria e terziaria.

³⁴ Il sistema di garanzia e verifica del processo in atto prevede, accanto al Tavolo di monitoraggio e verifica dei livelli essenziali di assistenza, la Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA (C-LEA), che ha il compito di assicurare che siano effettuati gli interventi di manutenzione degli elenchi delle prestazioni ricomprese nei LEA, proponendone la introduzione, la sostituzione o la cancellazione con le procedure previste dalla normativa vigente; e la Commissione unica per i dispositivi medici (CUD), che garantisce che l'utilizzo dei dispositivi medici nella varie tipologie di prestazioni sia ispirato a criteri di qualità e sicurezza, assicurando anche la congruità del prezzo.

La logica della multisettorialità trova accoglienza all'interno del Piano, come dichiarato nella stessa relazione di presentazione allorché si richiama la necessità di un'impostazione intersettoriale delle politiche per la salute che contempli connessioni funzionali con le politiche sociali, del lavoro nonché della scuola e dell'istruzione.

I progetti prioritari del Piano sanitario nazionale 2003- 2005

Tra i dieci progetti prioritari per il cambiamento individuati nel Piano sanitario il Ministero ne include due immediatamente rilevanti rispetto alle politiche di prevenzione secondaria e terziaria dell'abuso e dello sfruttamento sessuale.

a. Attuare, monitorare ed aggiornare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa.

Le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello "essenziale" garantito a tutti i cittadini, ma le Regioni potranno utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle inserite nei LEA³⁵.

L'integrazione sociosanitaria, così come sancita anche dalla legge quadro n. 328/00, ha però posto alcune difficoltà nella definizione di precisi confini tra il Sistema sanitario nazionale (SSN) e gli interventi sociali essenziali.

La definizione dei livelli di assistenza ha aperto un percorso di valutazione, scelta e individuazione delle priorità nel quale i diritti alla salute e alla tutela dei minori non devono essere sacrificati, pur nel bilanciamento tra i costi e la qualità dei servizi erogati.

³⁵ La definizione dei LEA, prima con l'Accordo del 22 novembre 2001 poi con l'adozione degli stessi con il DPCM del 29 novembre 2001, in attuazione dell'art. 6 della legge 16 novembre 2001, n. 405, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria* ha definito gli interventi a carico del SSN distinguendo tra:

- a) servizi "essenziali";
- b) servizi "non essenziali", cioè quelle prestazioni che non devono più essere erogate con finanziamenti a carico del SSN.

L'area sanitaria rimane cruciale anche se gran parte delle prestazioni volte al sostegno sociale ed educativo dei minori vittime di abuso e sfruttamento si colloca in quella dei servizi sociali, nel cui ambito sarà determinante la definizione dei futuri livelli essenziali di assistenza sociale, anche alla luce degli interventi d'indirizzo, quale il decreto del Presidente del consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*.

In questa prospettiva, merita notare che l'integrazione tra sociale e sanitario è indicata nel Piano come uno degli obiettivi prioritari (obiettivo denominato «L'attenzione alla complessità della relazione tra la tutela della salute e il sociale»), dato che nessun sistema sanitario, per quanto tecnicamente avanzato, può soddisfare a pieno la propria missione se non è rispettoso dei principi fondamentali di solidarietà sociale e di integrazione sociosanitaria.

Nell'ambito dell'accordo sui LEA si affronta anche il tema della corretta gestione degli accessi e delle attese per le prestazioni sanitarie³⁶. Il lavoro valutativo e terapeutico di figure professionali del settore sanitario occupa un posto preminente nel processo di protezione e recupero delle piccole vittime di violenza.

L'assenza di professionisti adeguatamente formati e le lunghe attese prima della presa in carico, oppure prese in carico frettolose e di breve durata a causa della carenza di personale, diventano fattori colludenti con la cronicizzazione delle gravi conseguenze traumatiche della violenza.

³⁶ Il livello di controllo dovrà essere anche decentrato, secondo quanto stabilito con l'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002, aggiunto come Allegato n. 5 al decreto del Presidente del consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*, dove si prevede l'obbligo per le Regioni di rilevare sistematicamente e comunicare i tempi di attesa delle prestazioni di diagnosi e cura.