

Diritti sociali e governance sono strettamente legati, l'intera società ha più opportunità di progredire se i suoi cittadini sono istruiti, sani, attivi, piuttosto che ignoranti, malati e disoccupati. Per questo l'impegno a favorire l'inclusione si deve concretizzare in specifiche azioni, come esplicitato nella nostra Costituzione, secondo cui "è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese" (art. 3).

Investire sui diritti chiave della persona, come la salute, il diritto a un'assistenza sociale, l'istruzione, riducendo disuguaglianze e barriere d'accesso, rappresenta una strada di sviluppo equo e sostenibile della società, che ha ripercussioni tangibili anche sul progresso economico di un territorio. Tale investimento passa in alcuni casi attraverso un impegno di spesa pubblica, talvolta per una riorganizzazione dei servizi, altre ancora per una revisione delle priorità di intervento o per una riduzione degli ostacoli in termini di accessibilità.





10. L'inclusione sociale, un viaggio tra diritti e servizi

Per una crescita sostenibile, le politiche economiche e sociali devono rafforzarsi a vicenda e trovare integrazione affinché le nuove opportunità siano garantite a tutti, creando così un tessuto sociale solido e coeso, a sua volta stimolo a un'ulteriore crescita. È quanto si intende in ambito comunitario con l'espressione "inclusione sociale": "l'opportunità sostanziale degli individui di vivere secondo i propri valori e le proprie scelte e di migliorare le proprie condizioni", in un contesto dove "tutti gli individui e i gruppi godono degli standard essenziali, le disparità tra le persone e i gruppi sono socialmente accettabili e il processo attraverso il quale vengono raggiunti questi risultati è partecipativo ed equo"¹. Accedere agli standard essenziali, ossia ai servizi giudicati imprescindibili per una vita dignitosa, e poter migliorare la propria qualità di vita non devono essere per pochi, ma garantiti a tutti e tesi a eliminare le disuguaglianze sociali, contrastando le debolezze di opportunità che possono derivare da provenienze fragili di background sociale, etnico o da particolari condizioni di vulnerabilità individuale. Significa favorire un contesto armonioso, colmare gli squilibri esistenti tra territori, gruppi sociali, persone.

L'inclusione chiama in causa i diritti di cittadinanza: l'accesso ai diritti sociali (per migliorare le proprie condizioni), quali istruzione, lavoro, salute, abitazione, ambiente, sicurezza e reddito, per la cui tutela è necessario un intervento attivo dei governi, e l'accesso ai diritti politici per esercitare la propria partecipazione al processo. Va sottolineato il rapporto di reciproco condizionamento tra diritti sociali e politici: se i diritti politici sono lo strumento per affermare i diritti sociali, è altrettanto vero che irrobustire l'offerta di beni e servizi pubblici (si pensi ad esempio all'istruzione) ha anche un ruolo abilitante sulla capacità di agire degli individui, il capitale sociale e la partecipazione democratica ai processi decisionali. Un'analoga articolazione dei diritti di cittadinanza si trova ribadita nelle Costituzioni, nelle Dichiarazioni a carattere universale (come la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948) e in molte Convenzioni sovranazionali. L'idea che lo Stato si

occupi del benessere di tutti i cittadini non è soltanto il riconoscimento di un'utilità individuale, ma l'affermazione che l'intera società ha più opportunità di progredire se i suoi cittadini sono istruiti, sani, attivi, piuttosto che ignoranti, malati e disoccupati. Questa aspirazione è anche evidente nella nostra Costituzione, secondo cui "è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese" (art. 3).

Nel suo preambolo, la Carta sociale europea del Consiglio d'Europa², allo scopo di favorire il progresso economico e sociale dei suoi membri, ribadisce il "carattere indivisibile di tutti i diritti dell'uomo, a prescindere se civili, politici, economici, sociali o culturali". Fra i diritti sociali, la Carta riconosce il diritto al lavoro liberamente intrapreso, in condizioni di sicurezza e con un'equa retribuzione, il diritto alla formazione, alla sicurezza sociale, alla protezione della salute, il diritto di beneficiare di servizi sociali di qualità, di accedere a un'abitazione di livello sufficiente, di avere protezione contro la povertà e l'emarginazione sociale. Questi diritti vanno di pari passo con quelli politici e civili, come il diritto ad associarsi liberamente e a negoziare collettivamente per tutelare i propri interessi economici e sociali. In altre parole, se ogni diritto è in sé necessario, la sua realizzazione in assenza di altri diritti e di certe condizioni non è sufficiente ad attuare inclusione sociale.

L'intreccio di inclusione e cittadinanza è comprensibilmente un ordito in divenire, che introduce via via nuovi diritti, si pensi all'ambiente sano o alla corretta informazione, e interessa nuovi soggetti, come i migranti. L'unificazione europea, ampliando il concetto di cittadinanza, amplifica quello di inclusione: diritti civili, politici e sociali vigenti in ogni singolo Paese sono estesi ai cittadini di ogni Stato membro che vi risiedano. Nel contempo però, crea una nuova identità: *extracomunitario* è chi non è cittadino di uno Stato membro e gode solo in parte dei diritti politici e in minor misura dei diritti sociali, che rimangono essenzialmente legati alla nazionalità.

L'indicazione che arriva dall'Unione europea è in ogni caso quella di ridurre i deficit di cittadinanza, ancor più in questo momento di crisi, in cui il rischio

¹ Guglielmo Wolleb, "Le politiche di coesione dell'Unione Europea – obiettivo inclusione sociale", 2009.

² Redatta nel 1961 e rivista nel 1996.



che gruppi di persone o territori cadano nella trappola dell'esclusione sociale potrebbe aumentare. A fronte, come si è visto, di un insieme esteso e variegato di diritti sociali, nel seguito del capitolo ci piace soffermarci su alcuni di questi, non trattati in altre parti del volume: il diritto alla salute, ai servizi sociali e all'istruzione. Nel capitolo successivo vedremo più approfonditamente qual è la trama entro cui si esercitano le libertà e i diritti sociali: la legalità, la giustizia e la sicurezza.

10.1 Al servizio della salute

Fra i diritti sociali, essenziale è quello all'assistenza sanitaria, che assicura uno dei più importanti diritti dell'individuo: il diritto alla salute. È un diritto fondamentale e inviolabile, riconosciuto dalla nostra Carta costituzionale, per cui la tutela dell'integrità fisica e psichica della persona umana può essere fatta valere dai cittadini, sia nei confronti dello Stato e degli enti pubblici sia nei confronti dei privati o dei datori di lavoro. La tutela della salute, inoltre, è anche interesse della collettività: la garanzia delle cure a favore di tutti gli individui risponde non solo all'esigenza di salvaguardare gli interessi dei singoli, ma persegue, contemporaneamente, il fine di tutelare la salute della collettività.

Il carattere universale di tale diritto esclude che si possano accettare disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi sanitari: l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le qualifica come "ingiuste e ampiamente evitabili"³, all'interno dei Paesi

e tra i Paesi. La stessa Organizzazione nel documento Salute 2020⁴ prevede un piano di azioni strategiche finalizzate a migliorare la salute e il benessere all'interno della Regione Europea. L'obiettivo condiviso è di "migliorare in misura significativa la salute e il benessere delle popolazioni, ridurre le disuguaglianze nella salute, potenziare la sanità pubblica e garantire sistemi sanitari centrati sulla persona, che siano universali, equi, sostenibili e di elevata qualità". In particolare, l'OMS richiama i Paesi dell'Unione a prestare maggiore attenzione al rischio di un aumento delle disuguaglianze nella salute dovuto al vacillare delle economie.

Occorre avere chiaro che investire sulla salute delle persone significa investire sulla società. Ciò che fa

Un migliore stato di salute contribuisce alla crescita

che un buono stato di salute, oltre a essere un valore in sé, è anche il fondamento dello sviluppo sociale ed economico.

La salute contribuisce, infatti, a una maggiore produttività, a una migliore efficienza della forza lavoro, a un invecchiamento più sano, a una spesa più contenuta per indennità sanitarie e sociali.

Non bisogna inoltre dimenticare che salute e sanità sono veri e propri sistemi economici: il settore sanitario non solo incide sulla salute e sulla produttività delle persone, ma costituisce uno dei settori più importanti dell'economia in molti Paesi sviluppati, dal momento che impiega molte persone, investe in produzione e consuma prodotti, stimola la ricerca e l'innovazione, intrecciandosi, così, con molti altri mercati economici.

La situazione attuale appare delicata, in quanto la difficile condizione economica e finanziaria di molti Paesi pone sfide complesse, con il rischio di intaccare i progressi già raggiunti e di non sostenere i costi sanitari, non garantendo così un'adeguata assistenza e protezione sociale. Per questo, i sistemi sanitari dei vari Paesi europei, a livello sia nazionale che locale, sono invitati a migliorare le proprie prestazioni implementando servizi più adatti alle esigenze socio-demografiche e ai nuovi pattern delle malattie. La priorità va data innanzitutto alla prevenzione, attraverso un approccio rivolto all'intero corso della vita, per favorire un invecchiamento sano e attivo. Vanno orientati in maniera nuova i sistemi di assistenza sanitaria, tramite servizi integrati e centrati sulla persona, spostando l'assistenza il più vicino possibile al domicilio del paziente.

Un'altra indicazione importante chiede di rafforzare la partecipazione dei cittadini: potenziare gli strumenti conoscitivi e di intervento a disposizione delle

La partecipazione attiva dei cittadini per la tutela della propria salute

persone, anche in forma associata, consente di monitorare i propri stili di vita, intervenire sulla propria salute, sulle sperequazioni nella qualità e nell'erogazione dell'assistenza sanitaria. Il tutto in linea con quanto sancisce la Costituzione dell'OMS: "Il godimento del massimo livello di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano".

Le disuguaglianze nella salute sono una minaccia alla salute collettiva

³ OMS, "Rio Political Declaration on social determinants of health", 2011.

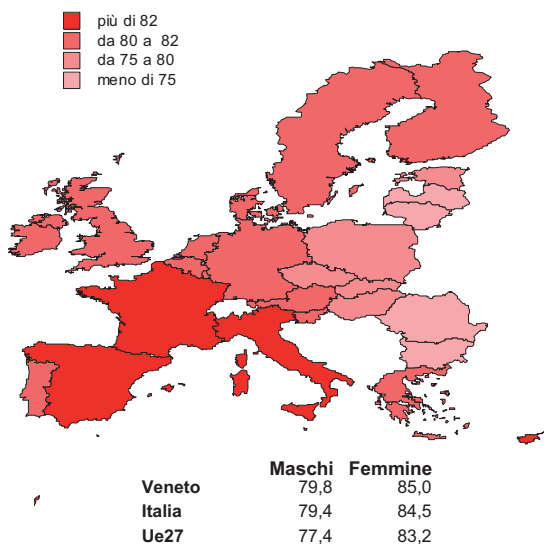
⁴ OMS, "Salute 2020: Una politica di riferimento europea a sostegno di un'azione trasversale ai governi e alle società per la salute e il benessere", settembre 2012, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1819_allegato.pdf



ATTENTI AI DIRITTI SOCIALI PER FAVORIRE L'INCLUSIONE

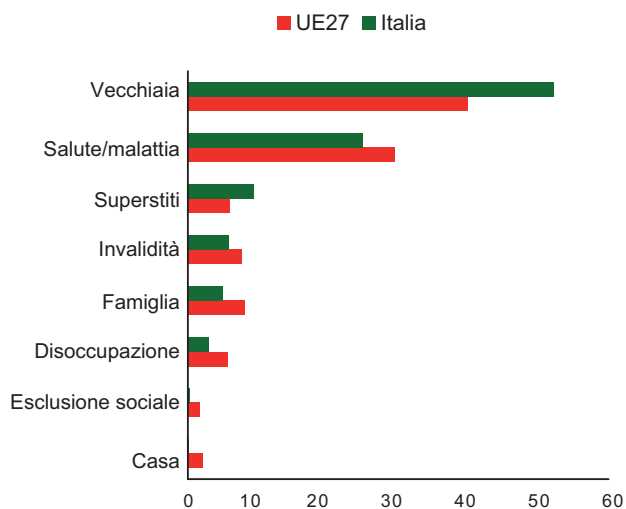
IN EUROPA DIVERSI GIA' DALLA NASCITA

Speranza di vita alla nascita (in anni) - Anno 2011



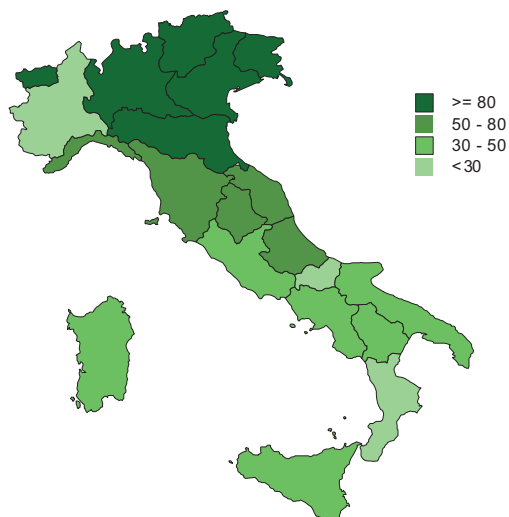
AZIONI DI WELFARE POCO BILANCIATE

% di spesa di protezione sociale per funzione - Anno 2011



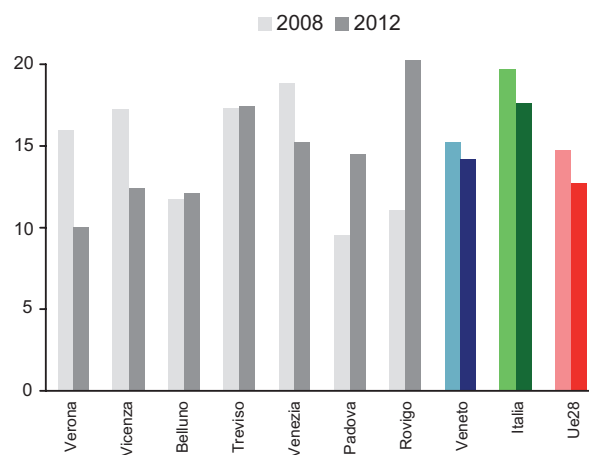
IL VENETO SCOMMETTE SULL'INFANZIA...

% di comuni che hanno attivato servizi alla prima infanzia - Anno 2011



... E PUNTA SULL'ISTRUZIONE DEI PIU' GIOVANI

Tasso di abbandono scolastico(*). Veneto, Italia e Ue28 - Anni 2008 e 2012



(*) Popolazione 18-24 anni con al più la licenza media, che non svolge attività formative/Popolazione 18-24 anni x100



Meno disuguaglianze e più salute

Sussistono tra i vari Paesi europei alcune disparità in termini di salute, dovute alle diverse condizioni economiche, ai differenti stili di vita, all'efficacia e all'accessibilità dei servizi sanitari.

Guardando all'aspettativa di vita, indicatore di salute facilmente confrontabile tra Paesi differenti, attualmente il divario tra gli Stati

In Veneto tra i più longevi d'Europa

ammonta anche a 9 anni, confermando così la presenza di disuguaglianze anche in questo ambito. I Paesi dell'Est Europa hanno una speranza di vita più bassa, mentre l'Italia si colloca tra gli Stati più longevi, con un'aspettativa di vita pari a 83 anni. Per il Veneto il valore è leggermente più alto e le donne possono sperare di vivere anche fino a 85 anni.

Uno degli obiettivi di salute condivisi a livello comunitario è proprio quello di aumentare la speranza di vita della popolazione. Ma, oltre a considerare quanto si vive, è importante capire quanto si vive in buona salute e ciò che rende ottimale la qualità di vita. Una buona programmazione sanitaria, infatti, si deve preoccupare di aumentare la speranza di vita e di garantire agli anni di vita guadagnati buone condizioni di salute, in linea con lo slogan dell'OMS "aggiungere anni alla vita, aggiungere vita agli anni".

Favorire, infatti, il mantenimento di un buono stato di salute lungo tutto il corso dell'esistenza porta all'aumento dell'aspettativa di longevità, con importanti benefici anche a livello economico e sociale. Migliorare la salute deve iniziare sin dalla gravidanza e dallo sviluppo nella prima infanzia. I bambini in buona salute apprendono meglio, gli adulti sani sono più produttivi e gli anziani in buona salute possono continuare a dare il proprio contributo attivo alla società.

Il progressivo invecchiamento della popolazione porta a un aumento crescente del numero di anziani, con l'incremento di alcune patologie, specie quelle croniche. Più viene garantita loro una vita in buona salute, anche attraverso opportune politiche e piani di prevenzione che promuovano stili di vita sani, minore sarà l'impatto della spesa sanitaria per la cura e l'assistenza di questa fascia della popolazione. Si stima, infatti, che in Europa il 70-80% della spesa sanitaria sia ricoperta dal costo dell'assistenza per le malattie croniche, che incidono sull'87% dei decessi. Anche in Veneto i ricoveri di persone anziane

rappresentano il 45% della totalità delle dimissioni ospedaliere e il 60% delle giornate di degenza.

È questo uno dei punti della strategia comunitaria, ossia promuovere la buona salute in un'Europa che invecchia, puntando ad aumentare di due anni entro il 2020 il numero di anni di vita vissuti in buona salute, per aiutare i cittadini a rimanere attivi e produttivi il più a lungo possibile.

Sullo stato di salute incidono in maniera significativa i determinanti socio-economici. In genere, chi è istruito è più consapevole dell'importanza di adottare uno stile di vita sano, chi dispone di adeguate risorse economiche può accedere più facilmente a cure sanitarie adeguate. Come dice il Direttore Generale dell'OMS Margaret Chan "Vogliamo vedere migliori condizioni di salute e di benessere per tutti, in quanto diritto umano egualitario. Il denaro non compra una salute migliore. Buone politiche che promuovono l'equità hanno migliori possibilità". L'accesso equo all'istruzione, a un reddito sufficiente, a un buon lavoro e a un alloggio dignitoso, la riduzione delle disuguaglianze sono fattori chiave che favoriscono la salute.

Stili di vita, reddito e istruzione incidono sulla salute

Considerando le disponibilità economiche della famiglia, in Veneto l'86% di chi ha un reddito alto si dichiara in buona o ottima salute, solo il 59% tra chi invece guadagna molto poco. Il divario è sicuramente significativo e, a un primo sguardo, anche più di quanto si registra a livello medio nazionale, ma si attenua (passando a 95,8% vs 89%) se si aggiunge la

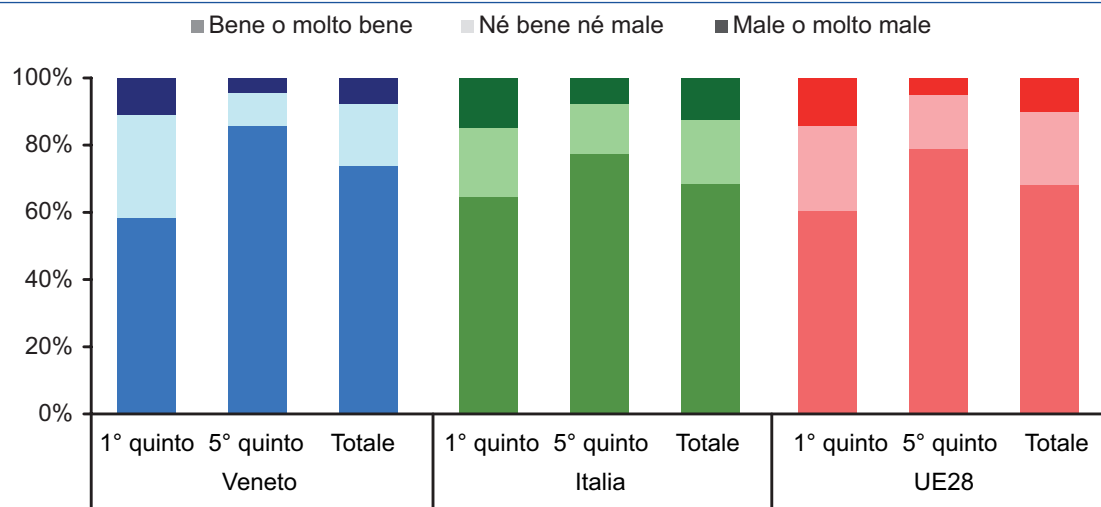
Tab. 10.1.1 - Percentuale di persone di almeno 16 anni che affermano di soffrire di malattie croniche o di lunga durata per livello di reddito. Veneto, Italia e UE28 - Anno 2012 (*)

Quinti di reddito	Veneto	Italia	UE28
1°	27,6	23,9	35,1
2°	21,4	26,3	36,4
3°	24,0	26,5	32,3
4°	16,2	24,1	28,3
5°	14,9	21,6	24,9
Totale	20,0	24,5	31,4

(*) Ordinando le famiglie in modo crescente rispetto al reddito familiare equivalente, nel 1° quinto si trova il 20% delle famiglie, quelle con i redditi più bassi, nell'ultimo quinto il 20% delle famiglie più ricche
Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Sezione Sistema Statistico Regionale su dati Eurostat e Istat



Fig. 10.1.1 - Percentuale di persone di almeno 16 anni per stato di salute dichiarato e livello di reddito. Veneto, Italia e UE28 – Anno 2012 (*)



(*) Ordinando le famiglie in modo crescente rispetto al reddito familiare equivalente, nel 1° quintile si trova il 20% delle famiglie, quelle con i redditi più bassi, nell'ultimo quintile il 20% delle famiglie più ricche.

Fonte: Elaborazioni Regione Veneto – Sezione Sistema Statistico Regionale su dati Eurostat e Istat

percentuale di chi dichiara di stare né bene né male, e quindi tutto sommato neanche male, particolarmente alta in Veneto tra chi sta nella fascia di reddito più bassa.

Anche l'incidenza di malattie croniche o di problemi di salute di lunga durata è maggiormente presente nelle fasce di popolazione meno abbienti (28% contro il 20% in tutta la popolazione e il 15% nella fascia di reddito più alta).

Servizi vicini al cittadino

Il mutare dei bisogni assistenziali e l'emergere di nuove sfide indotte principalmente dalla crescita dell'aspettativa di vita, con il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie cronico-degenerative, collegate spesso alla disabilità, richiede un ripensamento del modello organizzativo dei servizi, nella necessità di garantire la sostenibilità economica del sistema.

Con la L. R. n. 23 del 29/06/2012 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016" si definisce la riorganizzazione del sistema socio-sanitario in Veneto da attuarsi nell'arco del biennio 2014-2015, al fine di un adeguamento agli standard di legge, per garantire una migliore appropriatezza delle cure, una più equa distribuzione delle risorse e adottare più efficienti modelli gestionali. L'orientamento è quello di diminuire il carico improprio che grava sulle

strutture ospedaliere e che impedisce un'efficace ed efficiente allocazione delle risorse. All'ospedale si riserva il trattamento dei pazienti con patologie in fase acuta o nell'immediata fase post-acuzie, rinviando al territorio la presa in carico della cronicità più marcatamente sociale, dei casi di lungo assistenza e di riabilitazione prolungata, secondo logiche di rete e di cooperazione, al fine di garantire la presa in carico integrata della persona e la continuità dell'assistenza. Ciò richiede da un lato di rilanciare la funzione ospedaliera e dall'altro di potenziare i servizi del territorio, per assicurare al cronico una risposta vicina a casa e all'acuto la garanzia di potersi recare laddove può essere meglio curato. Si intende, cioè, fornire le cure il più vicino possibile al paziente, compatibilmente con l'alta qualità, la sicurezza e l'efficacia del trattamento richiesto, con un impatto positivo nel rapporto delle persone con il sistema sanitario e in termini di accesso ai servizi.

L'investimento sul territorio mira a ridisegnare la rete dei servizi in un'ottica di filiera dell'assistenza, in grado di garantire un sistema di cure gradualmente diverse per intensità e vicine al bisogno della persona. Obiettivi strategici sono un rinnovato ruolo del distretto socio-sanitario, il potenziamento dell'assistenza domiciliare, la rimodulazione dell'assistenza residenziale e lo sviluppo di strutture di ricovero intermedie, di tipo extraospedaliero, per garantire un adeguato passaggio dall'ospedale al territorio.



Nel contempo il piano socio-sanitario regionale (PSSR) prevede il completamento del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera: gli ospedali vengono definiti, concepiti e collegati secondo una logica di rete, così da agevolare l'accessibilità dei cittadini alle specialità di base e rendere più razionale l'accesso alle specialità di maggiore complessità e di elevata tecnologia. Il modello di rete ospedaliera identificato è quello denominato hub and spoke, che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (hub), che trattino volumi di attività tali da garantire la migliore qualità dell'assistenza erogata e il migliore utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L'attività di tali centri è fortemente integrata attraverso connessioni funzionali con quella dei centri periferici (spoke), che assicurano l'assistenza per la casistica residua.

Ospedali in rete per cure tempestive e appropriate

La rete ospedaliera veneta si articola, dunque, su due livelli: ospedali di riferimento provinciale e presidi ospedalieri di rete. Per gli ospedali di riferimento provinciale è prevista una dotazione, oltre che della specialità di base e di medio livello per il territorio di riferimento, anche di alte specialità per un'area più estesa, costituendo centri hub a livello sovra-aziendale. Le alte specialità e le alte tecnologie sono allocate con riferimento a un bacino di circa 1.000.000 di abitanti, valutando le aree a bassa densità abitativa.

I presidi ospedalieri di rete devono garantire l'attività di emergenza e urgenza, la specialistica di base e di media complessità, i servizi di diagnosi e cura (laboratorio, anatomia patologica, radiologia, dialisi) anche assicurati in rete con il livello precedente, costituendo centri di spoke. Oltre a questi due livelli, sono previste strutture per acuti integrative della rete anche a indirizzo monospecialistico, denominati "ospedali nodi di rete", che potranno avere il servizio di emergenza-urgenza.

Sono centri hub a valenza provinciale gli ospedali di Vicenza, Treviso, Belluno, Rovigo e Mestre. L'Azienda Ospedaliera di Padova e l'Azienda Ospedaliera Integrata di Verona, oltre ad essere hub per le rispettive province, costituiscono centri hub di riferimento regionale per alcune funzioni (ad es. per emergenza neonatale, ustioni, trapianti, chirurgia oncologica), nonché rappresentano

centri di eccellenza, anche per la ricerca, e sono punti di riferimento a livello nazionale. I presidi di rete e gli ospedali nodi di rete a carattere pubblico, tenendo conto dell'articolazione in più sedi, sono 40, cui si aggiungono 27 strutture private accreditate, con compiti complementari e di integrazione al sistema pubblico, condividendone i principi quali la trasparenza e lo sviluppo della qualità dell'assistenza.

Un esempio ben riuscito di miglioramento delle qualità delle cure offerte grazie allo sviluppo della rete è quello dei servizi di cardiologia.

La rete cardiologica: un esempio di qualità del modello "hub and spoke"

L'infarto acuto del miocardio (IMA) è una delle principali cause di morte e disabilità nel mondo occidentale, costituisce una delle più frequenti emergenze mediche e richiede un'organizzazione sanitaria estremamente efficiente per poter garantire tempestivamente le cure più efficaci.

In Veneto a partire dal 2007 i servizi ospedalieri di emodinamica sono strutturati secondo il modello hub and spoke: i centri spoke sono in grado di assicurare una copertura diurna, mentre i centri hub garantiscono una copertura oraria sulle 24 ore per tutti i giorni della settimana e fanno da perno per quelli periferici. Nei centri hub è possibile raggiungere il livello di specializzazione del cardiologo interventista, ma anche di tutta la sua équipe e la compresenza di servizi di terzo livello (cardiochirurgia), che consentono di operare nel massimo dell'efficacia e della sicurezza clinica. È infatti riconosciuto da tempo a livello internazionale che i migliori risultati clinici si ottengono nei centri che sono in grado di erogare almeno 400 prestazioni di angioplastica coronarica per anno.

Quando il paziente infartuato viene raggiunto dall'ambulanza, la diagnosi viene confermata con un tracciato elettrocardiografico che viene spedito in forma elettronica alla centrale provinciale. In questo modo già durante il trasporto in ambulanza è possibile individuare l'ospedale cui deve essere conferito il paziente, riducendo al minimo i tempi di intervento. Questa organizzazione garantisce maggiore appropriatezza e tempestività nelle cure, tanto che la proporzione di eventi sottoposti a intervento di angioplastica coronarica (cosiddetto "palloncino") entro le 24 ore passa dall'18,3% nel 2006 al 28,7% nel 2012.



Tab. 10.1.2 – Infarto acuto del miocardio: casi ospedalizzati e percentuale casi con angioplastica. Veneto Anni 2006-2012

	Eventi ospedalizzati	% eventi con angioplastica	
		durante l'evento	entro 24 ore
2006	7.240	42,4	18,3
2007	7.037	43,4	19,6
2008	6.862	45,5	21,7
2009	6.738	48,2	22,8
2010	6.759	51,6	25,4
2011	6.607	54,5	26,9
2012	6.377	56,8	28,7

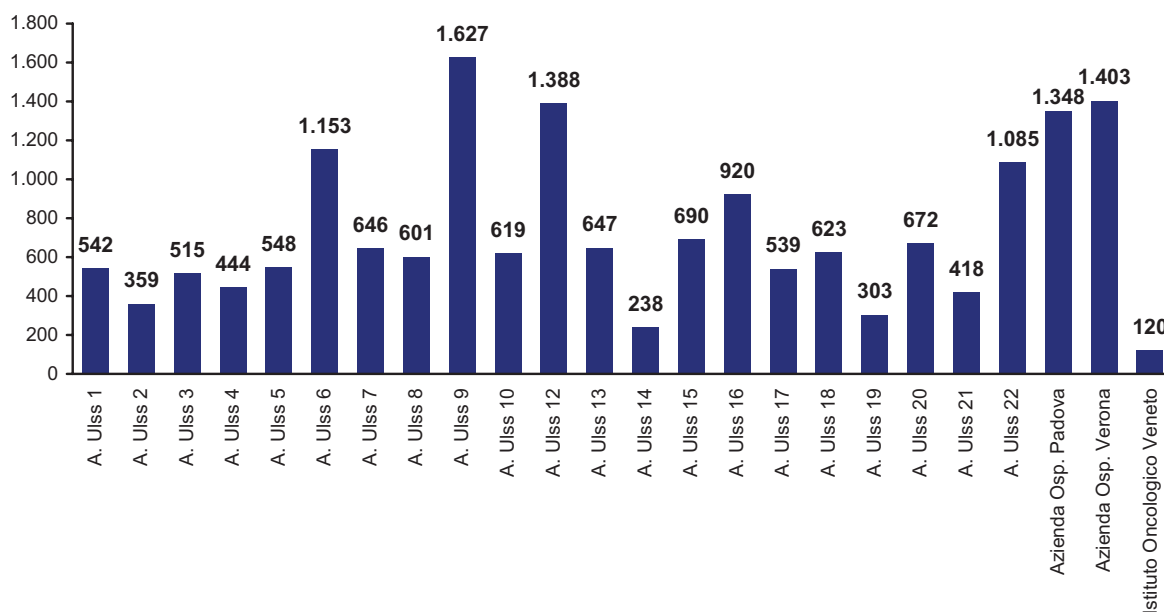
Fonte: Elaborazioni Sistema Epidemiologico Regionale su dati Regione Veneto

Il completamento del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera prevede anche un ridimensionamento dei posti letto. Il PSSR stabilisce come standard a livello regionale una dotazione di posti letto ospedalieri pari a 3,5 per mille abitanti, di cui lo 0,5 per la riabilitazione, leggermente inferiore al parametro nazionale di 3,7 (di cui 0,7 per la riabilitazione), indicato dalla legge n. 135 del 7/08/2012 (cd. "spending review"). Rispetto alla dotazione del 2012 (18.667 posti letto),

Posti letto meglio distribuiti sul territorio

l'adeguamento comporta una riduzione di 1.219 unità, per arrivare a fine 2015 a un totale di 17.448 posti letto nei presidi pubblici e nelle strutture private accreditate per l'assistenza ospedaliera a favore di pazienti residenti in Veneto. L'adeguamento impone anche di procedere a una rimodulazione a livello territoriale per una più equa distribuzione tra le Aziende Ulss, come indicato nella Deliberazione di Giunta Regionale n. 2122 del 2013⁵. La programmazione dei posti letto a livello di Azienda Ulss risponde ai diversi livelli di fabbisogno di salute e alle specificità demografiche del territorio, oltre a considerare la presenza di strutture a valenza provinciale. Il risparmio di spesa che si ottiene attraverso la riorganizzazione della rete ospedaliera consente un potenziamento dell'assistenza territoriale, attivando strutture di ricovero intermedie extraospedaliere in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare o risultati improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione. La diminuzione dei posti letto della rete ospedaliera (-1.219) va di pari passo con l'aumento dei posti letto nelle strutture extraospedaliere (+1.263). Alla fine di giugno 2011 i posti letto nelle strutture di ricovero intermedie (hospice, ospedale di comunità, unità riabilitative territoriali, istituti e centri di riabilitazione, comunità terapeutiche

Fig. 10.1.2 - Numero di posti letto pubblici e privati accreditati previsti nella programmazione 2014-2015 per Azienda Ulss e Aziende Ospedaliere del Veneto (*)



(*) DGR n. 2122 del 19 novembre 2013

Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Sezione Sistema Statistico Regionale su dati Regione Veneto

⁵ DGR n. 2122 del 19 novembre 2013: "Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla l.r.39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013".



riabilitative) sono 1.775 ed entro il 2015 devono diventare 3.038, per raggiungere lo standard complessivo ottimale fissato nel PSSR (1,2 posti letto per mille abitanti sopra i 42 anni).

Grazie ai cambiamenti degli ultimi anni, il nostro sistema socio-sanitario risulta uno dei più efficienti a livello nazionale.

Ciò trova conferma anche nel giudizio espresso dai cittadini che vi ricorrono. In una scala da 0 a 10, il livello medio di soddisfazione espresso per il servizio sanitario pubblico è di 7,4

I migliori giudizi sul sistema sanitario per Trentino-Alto Adige e Veneto

punti, in crescita di mezzo punto rispetto al 2005 e al di sopra della media nazionale (5,8). Il 57% si ritiene molto soddisfatto dell'assistenza medica ricevuta (il 42% in Italia); anche l'assistenza infermieristica è giudicata buona (57%) e superiore al livello medio nazionale (41%).

Il diritto negato

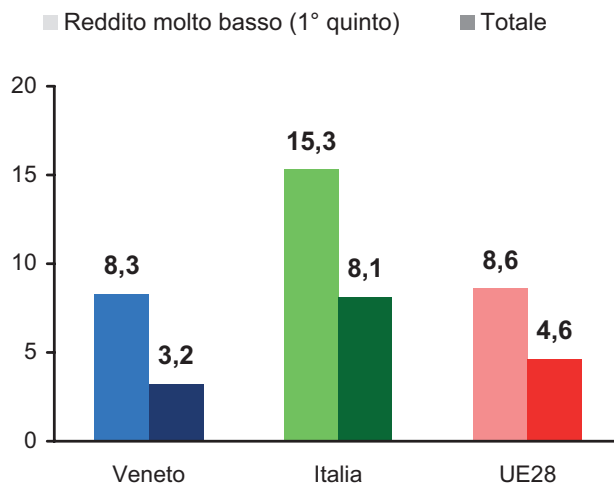
Il diritto negato

La recente crisi economica incide sul diritto alla salute, anche nel nostro Paese. Secondo i dati Istat, sono circa 7 milioni gli italiani che dichiarano di rinunciare all'acquisto di farmaci o a prestazioni sanitarie, tra visite mediche, accertamenti specialistici e interventi chirurgici, pur avendone bisogno, pari all'11,2% della popolazione. I motivi della rinuncia sono principalmente economici (6,2% della popolazione), ma anche ragioni legate a un deficit dell'offerta (4%). Più grave la situazione al Sud, mentre nelle regioni del Nord-Est la rinuncia a curarsi riguarda il 9,5% della popolazione, il 4,5% per un'insufficiente disponibilità economica.

Anche l'Europa non è esclusa dalle disuguaglianze di accesso alle cure. Complice l'attuale crisi economica, visite specialistiche e, ancora di più, quelle dentistiche, per alcuni diventano un lusso o un privilegio che non possono permettersi o tendono a rinviare.

Ad esempio, considerando esclusivamente le prestazioni dentistiche, spesso erogate da strutture private e quindi a totale carico dell'assistito, in Europa il 4,6% della popolazione rinuncia alla visita o al trattamento e tra le famiglie più povere la percentuale quasi raddoppia (8,6%). Più sfavorevole la situazione per l'Italia, mentre in Veneto le rinunce sono minori, pur rimanendo lo svantaggio per le persone indigenti: l'8,3% non se le può permettere, contro il 3,2% della popolazione totale.

Fig. 10.1.3 - Persone di almeno 16 anni che dichiarano di aver rinunciato, negli ultimi 12 mesi, al dentista per motivi economici per livello di reddito. Veneto, Italia e UE28 - Anno 2012 (*)



(*) Ordinando le famiglie in modo crescente rispetto al reddito familiare equivalente, nel 1° quintile si trova il 20% delle famiglie, quelle con i redditi più bassi, nell'ultimo quintile il 20% delle famiglie più ricche

Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Sezione Sistema Statistico Regionale su dati Eurostat e Istat

Il rischio dei recenti tagli alla sanità pubblica è quello di una riduzione di qualità delle prestazioni sanitarie, generando iniquità tra la popolazione in termini di accesso alle cure.

I più abbienti possono permettersi cure private e ricorrono anche ad assicurazioni di sanità integrativa complementare, che danno beneficio a quasi 9 milioni di assistiti. In Veneto nel 2012 il 23% delle persone dichiara di aver attivato un'assicurazione sulla salute o sugli infortuni, oltre un milione di persone. La crescita però della spesa sanitaria privata a scapito di quella pubblica rischia di significare meno sanità e rinuncia alle cure per chi non se la può pagare.

L'accesso degli stranieri ai servizi sanitari

Per far fronte alle disuguaglianze nella salute, tra le raccomandazioni dell'OMS un riferimento esplicito è alle "minoranze etniche, alcune comunità di migranti e gruppi come i nomadi e i Rom", che possono più di altri rischiare di subire una maggiore discriminazione in termini di diritto alla salute, a causa delle peggiori condizioni di vita e di una minore accessibilità ai servizi. Il mandato universalistico delle cure sanitarie è un principio che sovrasta quello dell'origine etnica e della cittadinanza, nonché delle



norme amministrative riguardanti il soggiorno, avendo come unica premessa il principio di solidarietà, ovvero il rifiuto della separazione tra le persone, e come unico scopo la salute pubblica. A tal fine, il Testo Unico in materia d'immigrazione⁶ prevede che anche ai "cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici e privati accreditati, le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva".

Con un'età mediamente più giovane rispetto alla popolazione nel suo complesso, gli stranieri residenti nel Nord-Est godono in genere di buona salute (l'88% valuta positivamente

Giovane e in buona salute: l'identikit del cittadino straniero in Italia

il proprio stato) e ricorrono quindi meno degli italiani a cure mediche. Vanno evidenziati, però, due effetti: l'autoselezione, per cui ad affrontare la scelta di emigrare sono in genere individui sani, e la tendenza degli stranieri anziani o malati a tornare, se possibile, nel proprio Paese di origine per farsi curare, nota in letteratura come "effetto salmone". È un aspetto cui prestare attenzione poiché può essere il segno di un deficit di accessibilità dei servizi sanitari: senz'altro tra i motivi del ritorno vanno ricercati elementi affettivi o religiosi, ma possono anche prevalere motivazioni diverse, legate al gap culturale o al disagio economico. L'accesso ai servizi sanitari da parte degli stranieri risulta, infatti, limitato a causa della marginalità socio-economica, del contesto culturale in cui vivono, nonché per la scarsa conoscenza della nostra organizzazione sanitaria e delle normative esistenti, non sempre adeguatamente divulgate per gli stranieri, e per ostacoli linguistici (per il 14%), per difficoltà burocratiche (13%) o per non subire discriminazioni (2,7%).

Gli stranieri si sottopongono meno frequentemente a visite mediche (nel Nord-Est il 20% contro il 55% della popolazione complessiva), specie se specialistiche, e ad accertamenti diagnostici, mentre fanno maggiore ricorso al pronto soccorso, percepito come l'accesso più facile e più rapido per la soluzione. Diverso è anche l'utilizzo dell'ospedale:

Meno visite di routine, più urgenze

prevalgono i ricoveri urgenti (in Veneto il 67% dei ricoveri di stranieri contro il 57% fra gli italiani), mentre sono ridotti quelli in elezione (es. chirurgici), specie per i maschi.

Tab. 10.1.3 – Ricorso a prestazioni sanitarie per cittadinanza. Veneto - Anno 2012

	italiani		stranieri	
Visite mediche (a)	54,9		20,0	
Accertamenti diagnostici (a)	26,6		13,2	
Tasso di accesso al pronto soccorso per 1.000 residenti	334,5		412,6	
% ricoveri urgenti sul totale ricoveri	56,6		66,6	
Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti (b)	italiani		stranieri	
	M	F	M	F
totale	74,3	101,4	60,5	141,4
medico	32,2	44,2	32,0	72,5
chirurgico	42,1	57,2	30,3	68,9

(a) Per 100 residenti del Nord Est; il dato "italiani" è riferito alla popolazione complessiva

(b) Tasso di ospedalizzazione: (ricoveri di residenti in età 1-60 anni/popolazione in età 1-60) *1.000

Fonte: Elaborazioni Sistema Epidemiologico Regionale su dati Regione Veneto

Il ricovero in condizioni di urgenza può essere una conseguenza del limitato accesso alle cure, che può tramutare in emergenza condizioni di morbosità trascurate. Occorre evidenziare, però, che a volte l'urgenza può essere dettata da situazioni e stili di vita precari o condizioni di lavoro pericolose, come dimostra il dato sugli infortuni sul lavoro: nel 2012, in Veneto, il tasso di infortuni degli occupati stranieri (6,1%) è di gran lunga superiore a quello degli italiani (3,9%).

L'esperienza di un ricovero è in generale più frequente tra le donne che tra gli uomini, a causa dei ricoveri ostetrici, sia medici (parti naturali) che chirurgici (cesarei e interruzioni volontarie di gravidanza). I più alti tassi di ospedalizzazione che si osservano tra le donne straniere (141 ricoveri su mille residenti straniere contro i 101 delle italiane) sono legati agli stessi motivi: la femminilizzazione dell'immigrazione, soprattutto dall'Est, ha portato negli anni ad un aumento delle nascite nella nostra regione e quindi a una maggiore presenza delle donne straniere nei reparti di ostetricia e ginecologia.

⁶ Dlgs 286/1998 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero".



Ciononostante, le donne straniere hanno più difficoltà, anche economiche, nella fruizione dei servizi del

Difficoltà per le donne straniere a usufruire dei servizi del percorso nascita

percorso nascita e nell'avvalersi dell'assistenza nel periodo della gravidanza e del post-partum. L'aspetto culturale e il livello di istruzione possono approfondire queste difficoltà, condizionando l'attitudine alla prevenzione nelle donne appartenenti ad alcuni gruppi etnici. In Veneto le donne straniere che non effettuano visite in gravidanza sono quasi lo 0,9%, con picchi che superano il 2% per asiatiche e balcaniche, contro meno dello 0,1% delle italiane. Le straniere in gravidanza effettuano la prima visita mediamente più tardi (il 35% tra il secondo e terzo trimestre di gravidanza, contro il 12% delle italiane) e fanno meno ecografie e meno diagnosi prenatali invasive. Ciò implica un minor monitoraggio dei fattori di rischio, con la conseguenza per le straniere di incorrere più spesso in un esito sfavorevole del parto (1,2% dei nati da madri straniere contro lo 0,7% delle italiane)⁷ o di dover subire un parto cesareo. Il dato sui parti cesarei delle madri straniere, apparentemente assimilabile a quello delle italiane, va in realtà calibrato tenendo conto della più giovane età delle straniere madri (5 anni di differenza l'età media al parto, con una elevata frequenza di donne con meno di 20 anni), per cui ci si aspetterebbe un ricorso al cesareo molto meno frequente.

Anche il più alto tasso di ospedalizzazione entro il primo anno di vita dei nati da madri straniere evidenzia una criticità nell'area della salute materno-infantile.

Tab. 10.1.4 – Indicatori di salute neonatale e ricorso ai servizi per cittadinanza. Veneto - Anno 2013 (*)

	Italiane	Straniere
% di donne che non effettuano visite in gravidanza	0,06	0,86
% di parti cesarei	27,7	27,9
% di outcome neonatale sfavorevole	0,7	1,2
Tasso di ospedalizzazione entro il 1° anno di vita	329,1	397,2

(*) Dati provvisori.

Percentuale di outcome neonatale sfavorevole = (Nati con peso alla nascita inferiore a 1.000 gr o con età inferiore alle 28 settimane gestazionali o nato morto) / Totale nati *100

Ospedalizzazione entro 1° anno = (ricoveri di residenti in età 0-1 anno, esclusi i nati sani) / (popolazione in età 0-1 anno)*1.000

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Regionale della Patologia in Età Pediatrica su dati Regione Veneto

10.2 Diritto alla protezione sociale

Se fino al 2009 i governi hanno cercato di rispondere ai nuovi bisogni con un aumento della spesa per protezione sociale, dal 2010 le politiche di austerità hanno prevalso mettendo in crisi i sistemi di welfare nazionali. La spesa per protezione sociale in Europa passa dal 26,1% del Pil nel 2007 al 29,6% nel 2009, per poi ritornare al 29% nel 2011. In Italia l'incidenza è del 29,7%, in diminuzione di tre punti percentuali rispetto al 2007; si mantiene comunque sopra la media UE27, in un contesto che mostra valori piuttosto variabili: da un minimo pari al 15,1% del Pil in Lettonia a un massimo del 34,3% in Danimarca. Si tratta di 7.725 euro annui pro capite, l'undicesimo valore più alto tra i 27 Paesi europei: destinano più di 10.000 euro per abitante Austria, Francia e i Paesi del Nord Europa, oltre 9.000 euro la Germania, quando la media europea è di 7.303 euro.

Il nostro sistema di welfare è fortemente sbilanciato verso la funzione "vecchiaia", che assorbe il 52,1%

Spesa di welfare poco bilanciata

della spesa per prestazioni di protezione sociale⁸, il secondo valore più alto tra i Paesi europei. Siamo ultimi, invece, per l'impegno a contenere l'esclusione sociale e le difficoltà abitative.

La crisi ha acuito il malessere e fatto emergere nuovi bisogni, richiedendo un cambiamento delle priorità assistenziali, cui i sistemi fanno fatica ad adeguarsi. Oggi l'Italia riserva una maggiore quota alla funzione disoccupazione (2,9% della spesa per prestazioni di protezione sociale, quasi 1 punto percentuale in più rispetto al 2008), il problema più urgente, anche se rimane limitato il sostegno offerto a chi è disoccupato. Infatti, negli altri Paesi europei, pur con tassi di disoccupazione inferiori a quello italiano, è maggiore lo sforzo (media europea: 5,6% della spesa) per garantire un livello di reddito minimo a chi perde il lavoro, anche come tutela contro il rischio povertà. Irrisorie rimangono le risorse destinate a contrastare l'esclusione sociale e il disagio abitativo, a fronte di un aumento di oltre due milioni di persone a rischio povertà o esclusione sociale negli ultimi tre anni: solo lo 0,3% della spesa totale, contro una media europea del 3,7%.

Nonostante la centralità riconosciuta alla famiglia, come fondamento della comunità e come soggetto attivo di protezione sociale, gli investimenti a

⁷ Percentuale di outcome neonatale sfavorevole = (nati con peso alla nascita inferiore ai 1000gr o con un'età gestazionale inferiore alle 28 settimane o nati morti / totale dei nati)*100.

⁸ La spesa per prestazioni di protezione sociale considera la spesa per protezione sociale al netto dei costi di amministrazione e altro, che incidono per il 4,3%.



suo favore sono limitati e la funzione "famiglia, maternità e infanzia" concentra solo il 4,8% della spesa, rispetto a quasi il doppio in Europa. Continua a crescere invece la quota per pensioni di vecchiaia, nonostante le recenti riforme volte a frenare la spesa previdenziale.

La debolezza del sistema di protezione sociale ha ricadute nel quotidiano, mette in difficoltà le famiglie e alimenta la sfiducia dei cittadini nella capacità del welfare di garantire una protezione adeguata. Secondo un'indagine Censis⁹, la maggior parte degli italiani ritiene che il sistema non sia in grado di offrire misure appropriate ai vari rischi sociali (63%), non riesca a contenere le disuguaglianze sociali (75%), mantenga evidenti squilibri territoriali (86%), sia eccessivamente costoso e, soprattutto, insostenibile nel tempo (79%). Più che nel sistema di welfare pubblico, le famiglie sanno che devono fare sempre più affidamento su se stesse per la propria tutela sociale, malgrado le difficoltà attuali e la prolungata sovraesposizione agli esiti della crisi. Ciò non fa che intensificare le disuguaglianze sociali: chi ha le risorse ricorre ai servizi privati, mentre gli altri, nell'impossibilità di sostenere le spese, rischiano di rimanere privi di copertura.

Inoltre, vi è il pericolo che le famiglie, spaventate dal senso di insicurezza sociale e ripiegate su se stesse nello sforzo di autotutela, si sentano incapaci di affrontare nuovi rischi e nuove sfide e a mettere in campo le energie emotive ed economiche che la crescita richiede. Anche in questo senso, non investire nel welfare, nella sua capacità di rispondere ai bisogni di sicurezza sociale e di ridurre le disuguaglianze nel Paese, significa sottovalutare un'importante leva per fare sviluppo.

Il ruolo importante dei Comuni¹⁰

"La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione". Questa la finalità della legge quadro n. 328 del 2000¹¹, che assegna ai Comuni, gli enti più vicini ai bisogni del cittadino, la gestione degli interventi e dei servizi sociali.

La stessa, similmente a quanto già previsto in materia sanitaria, introduce il concetto di livelli essenziali delle prestazioni relative ai diritti sociali e civili (LIVEAS), che devono essere garantiti in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. La definizione dei LIVEAS è di competenza legislativa esclusiva dello Stato (art. 117 della Costituzione come rivisto nel 2001), volendo così garantire l'uniformità del diritto all'assistenza sociale in tutto il territorio nazionale, in conformità al principio di uguaglianza. Alle Regioni spetta la funzione di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali e la possibilità di prevedere livelli ulteriori di assistenza.

Tuttavia ad oggi, a più di dieci anni di distanza dalla riforma costituzionale, il legislatore statale non ha ancora definito in modo circoscritto i livelli essenziali delle prestazioni relative ai diritti sociali e civili; ciò impedisce ai titolari di un diritto di pretendere l'erogazione delle prestazioni necessarie a garantirne il godimento e svuota di fatto l'obbligo del soggetto pubblico di fornire le prestazioni. Nel corso degli anni alcune regioni hanno tentato di colmare questo vuoto, individuando in maniera autonoma, e non sempre uguale, almeno una parte dei LIVEAS, venendo meno però l'intento di universalità e uguaglianza del testo costituzionale.

In questo contesto la spesa per l'assistenza sociale erogata dai Comuni rappresenta una componente importante del sistema di welfare nazionale. Per la conoscenza della comunità e la vicinanza con i cittadini, i Comuni sono gli enti più indicati a rilevare il bisogno sociale e a definire le strategie e gli interventi più appropriati. I Comuni sono chiamati ad attuare misure di contrasto alla povertà e di sostegno al reddito; interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio, per la piena integrazione delle persone disabili o svantaggiate, per favorire la permanenza a domicilio di anziani e persone con disabilità o per accoglierle in strutture residenziali e diurne; prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare le dipendenze, mediante interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale; misure per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare e sostegno alle donne in difficoltà; informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

⁹ Censis. *Gli scenari del welfare. Le nuove tutele oltre la crisi*. Franco Angeli, 2012.

¹⁰ I dati di spesa dei Comuni sono desunti dall'indagine dell'Istat sulla spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli o associati, che rileva la spesa in conto corrente di competenza impegnata per l'erogazione dei servizi o degli interventi sociali; i dati di utenza non derivano dalla medesima indagine, ma sono di fonte amministrativa regionale, pubblicati nel recente rapporto *"Le strade del Sociale in Veneto"* a cura dell'Assessorato ai Servizi Sociali della Regione del Veneto. Per questi ultimi si è preferito riportare il dato aggiornato all'ultimo anno disponibile, anche se la spesa dei Comuni è riferita all'anno 2010.

¹¹ "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".



In questi anni la capacità di spesa dei Comuni è messa a dura prova. Come risulta dall'indagine dell'Istat sulla spesa per inter-

Frena la spesa sociale dei Comuni

venti e servizi sociali dei Comuni singoli o associati, nel 2010 la spesa sociale dei Comuni in Veneto è di quasi 560 milioni di euro, pari allo 0,39% del Pil regionale. Se rispetto al 2003 la spesa è in aumento, nell'ultimo anno la crescita frena (+0,2%), anzi la variazione risulta negativa (-2%) se calcolata a prezzi costanti¹², cioè tenendo conto dell'inflazione. Secondo i primi dati provvisori riferiti al 2011, inoltre, la spesa sociale dei Comuni veneti scenderebbe a circa 545 milioni di euro, in calo del 2,5% rispetto al 2010. Questo si verifica anche a livello nazionale, del resto i trasferimenti verso i Comuni volti a finanziare la spesa sociale hanno subito pesanti ridimensionamenti, specie a partire dal 2009, principalmente per i tagli al Fondo Nazionale per le Politiche Sociali. Considerando inoltre la riduzione dei trasferimenti erariali ai Comuni e i vincoli imposti dal Patto di Stabilità, è facile immaginare le difficoltà che i Comuni incontrino nell'ampliare o solo mantenere l'offerta dei servizi sociali.

Nel 2010 in Veneto si spendono circa 114 euro per abitante (110 euro il dato provvisorio 2011), in linea con la media nazionale (118 euro nel 2010 e 116 nel 2011), ma mediamente inferiore a quanto speso nelle regioni di Nord-Est (162 euro). Si tratta comunque di una media che riassume livelli di spesa molto diversi a seconda dell'utenza interessata e del tipo di intervento: ad esempio si arriva a spendere 3.797 euro a testa nell'area disabili (3.954 euro la stima per il 2011).

La spesa dipende dal livello di bisogno, dalla disponibilità di risorse, ma anche dall'organizzazione più o meno efficiente dei servizi.

Uno stratagemma: associarsi

Per ottimizzare le risorse sempre più scarse e garantire una maggior giustizia distributiva delle prestazioni fornite ai cittadini, l'orientamento delle politiche va sempre più verso una gestione associata dei servizi. In Veneto la spesa gestita in forma associata è pari a un terzo della spesa complessiva, più di quanto accade a livello medio nazionale (24,5%) e per la quasi totalità ciò avviene attraverso le deleghe sociali alle Aziende Ulss. D'altra parte, fin dalle origini del sistema socio-sanitario regionale, la Regione del Veneto ha promosso la delega della

gestione dei servizi sociali da parte dei Comuni alle Aziende sanitarie, oltre che per garantire l'uniformità di assistenza sul territorio anche per perseguire la piena integrazione tra servizi sociali e sanitari, caratteristica fondante del sistema veneto.

Assieme alla delega alle Aziende Ulss, è incentivata la gestione associata dei servizi attraverso altre forme aggregative fra Comuni, un obiettivo strategico ribadito anche nella nuova programmazione socio-sanitaria 2012/2016.

Spesso le situazioni, per problematicità e gravità, richiedono interventi di vario tipo, non solo sociali ma anche socio-sanitari, che vanno progettati e armonizzati per una presa in carico completa e adeguata. Se alla spesa di fonte sociale erogata dai Comuni si aggiunge la quota del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) che finanzia le prestazioni socio-sanitarie¹³, soprattutto destinate alla non autosufficienza e alla disabilità, la spesa sale a 1 miliardo e 325 milioni di euro.

Considerando la spesa sociale al netto della compartecipazione sanitaria, i principali destinatari delle prestazioni sono le famiglie con minori, i disabili e gli

Famiglie con minori, disabili, anziani, i principali destinatari della spesa sociale

anziani, che assieme concentrano l'80% delle risorse (in Italia 83%). Le politiche di

contrasto alla povertà incidono per il 7%, mentre residuali rimangono le quote impegnate per le dipendenze e per gli immigrati, nonostante l'aumento della presenza straniera nel territorio. Negli anni aumenta l'incidenza della spesa destinata all'area famiglia e minori, mentre diminuisce quella per disabilità, anziani e dipendenze. Le azioni di contrasto alla povertà e al disagio sociale degli adulti richiamano maggiori risorse, seppur in misura contenuta; sostanzialmente stabile, infine, la quota per gli immigrati e le misure di integrazione. Seppur l'Italia rimanga ancora dietro a molti Paesi europei, soprattutto del Nord, in fatto di politiche di conciliazione vita-lavoro, negli ultimi anni anche

Il Veneto tra le prime regioni per i servizi alla prima infanzia

da noi si registra una crescente sensibilità da parte delle istituzioni pubbliche in tema di servizi alla prima infanzia, ai quali si

riconosce sempre più un importante valore educativo e il ruolo determinante per favorire l'occupazione delle madri.

¹² La stima a prezzi costanti è ottenuta applicando l'indice deflatore, utilizzato per deflazionare i costi dei servizi generali dell'amministrazione pubblica e delle altre branche nelle quali operano sia l'amministrazione pubblica che le istituzioni senza scopo di lucro al servizio delle famiglie.

¹³ Non si considerano le prestazioni puramente sanitarie.



Tab. 10.2.1 - Spesa sociale dei Comuni per area di utenza. Veneto - Anni 2003, 2009, 2010 e 2011

	Anno 2010		% sulla spesa totale			
	Spesa totale (in euro)	Spesa pro capite (in euro) (a)	2003	2009	2010	2011 (b)
Famiglia e minori	171.189.156	98	25,0	31,0	30,6	32,2
Anziani	145.123.526	148	31,1	23,2	26,0	22,1
Disabili	140.095.570	3.797	27,7	25,3	25,1	26,9
Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	37.377.325	12	5,2	5,9	6,7	7,0
Immigrati e nomadi	15.253.530	31	2,1	3,5	2,7	2,9
Dipendenze	6.523.182	2	3,0	1,5	1,2	0,9
Multiutenza	43.606.489	9	5,8	9,7	7,8	7,9
Totale	559.168.778	114	100,0	100,0	100,0	100,0

(a) I valori pro capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ogni area di utenza.

Seguendo l'ordine della tabella, le popolazioni di riferimento sono rispettivamente:

il numero di persone in famiglie con almeno un minore; il numero di persone con 65 anni o più; la stima del numero di disabili con meno di 65 anni; la popolazione con età compresa tra i 18 e i 65 anni; il numero di stranieri residenti; la popolazione con età maggiore di 15 anni; la popolazione residente.

(b) Dati 2011 provvisori

Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Sezione Sistema Statistico Regionale su dati Istat

Per sostenere i servizi alla prima infanzia, i Comuni del Veneto spendono quasi 72 milioni di euro, pari al 13% della spesa sociale complessiva: oltre l'80% gestisce strutture comunali o contribuisce economicamente per contenere le rette presso le strutture private del proprio territorio (era il 41% nel 2004). In Italia la copertura si limita invece al 55% dei Comuni, in crescita rispetto al 2004 anche se la tendenza sembra rallentare negli ultimi due anni. A livello territoriale l'offerta appare molto differenziata con particolari criticità nelle regioni del Sud, mentre il Veneto è tra le prime regioni per copertura territoriale.

Nel dettaglio, nel 2012 sono 810 i servizi per la prima infanzia effettivamente funzionanti e possono accogliere 24.551 bambini, il 17% dei bambini sotto i tre anni. Se si considerano i servizi autorizzati dalla Regione ma non ancora funzionanti, i posti potenziali diventano 28.053 e la copertura sale al 20% circa, con punte sopra la media nelle province di Verona e Rovigo (attorno al 22%) e Padova (21%). Tale copertura pone la regione Veneto tra le prime a livello nazionale nel campo dei servizi alla prima infanzia, anche se è da migliorare per avvicinarsi al 33% auspicato dalle autorità europee¹⁴. Nel 2013 si ha un flessione dell'offerta (27.528 i posti autorizzati), per la rinuncia da parte di molti Enti di portare a termine il progetto già autorizzato dalla Regione, a causa delle difficoltà generate dalla crisi economica.

Nell'ambito delle iniziative di conciliazione vita-lavoro, la Regione si adopera per promuovere anche presso le aziende la cultura dell'armonizzazione tra impegni lavorativi e familiari, che non solo contribuisce al benessere dei

L'armonizzazione vita-lavoro come strategia aziendale

dipendenti, ma rappresenta una vera e propria strategia di efficienza organizzativa, con positivi risultati in termini di produttività e ricchezza. Nel 2011 la Regione del Veneto, prima regione in Italia dopo la provincia autonoma di Bolzano, acquisisce la licenza d'uso del marchio europeo "audit famigliaelavoro", uno strumento certificato a livello internazionale per introdurre nelle aziende una politica di gestione del personale orientata alla famiglia. Un'azienda che sceglie la certificazione prevede un orario di lavoro flessibile, un'organizzazione del lavoro attenta alle esigenze della famiglia, anche sfruttando opportunamente le potenzialità offerte dalle nuove tecnologie (telelavoro), promuove l'autonomia e la responsabilizzazione dei dipendenti, garantisce servizi per la cura dei familiari che ne hanno necessità, come bambini e anziani.

L'azienda interessata a certificarsi viene seguita per un triennio dalla Regione nel processo di introduzione o miglioramento delle misure orientate alla conciliazione, dopo di che viene iscritta nel registro

¹⁴ Consiglio delle Comunità europee, Barcellona, 2002.



regionale delle aziende certificate e ha la possibilità di usufruire del network messo a disposizione dalla Regione e degli incontri di aggiornamento specifici ad esso collegati. Nel 2013 hanno ottenuto la certificazione 7 aziende.

L'audit non è solo una nuova certificazione che va ad aggiungersi alle altre, è un processo dagli obiettivi ambiziosi: conciliazione, condivisione e inclusione del capitale umano, sociale, culturale e formativo verso una vera svolta culturale. Per questo, è importante non trascurare il monitoraggio degli effetti anche a distanza di tempo dall'acquisizione della certificazione.

Le politiche di sostegno all'anziano prevedono un sistema di servizi sociali e socio-sanitari: strutture residenziali, principalmente per non autosufficienti,

La domiciliarità, una scelta per il benessere dell'anziano

centri diurni, interventi di domiciliarità e di sostegno economico alle famiglie che si fanno carico dell'anziano.

Nel modello veneto da tempo si promuove la domiciliarità come scelta privilegiata e strategica nelle politiche regionali. Gli interventi di assistenza domiciliare di supporto alla famiglia sono di vario tipo e sono finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità che permettono alla persona di rimanere nel proprio contesto di vita, fisico, sociale ed emozionale. I Comuni vi destinano quasi 63 milioni di euro di spesa sociale (11%), cui si sommano altrettanti del fondo sanitario per l'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.), che richiede la presenza di professioni sanitarie di vario tipo. Più di 34 mila nel 2011 le persone

seguite da un progetto di domiciliarità (approssimativamente il 3,4% degli anziani), di cui il 48% in assistenza domiciliare integrata. Se rispetto all'anno precedente diminuisce la domiciliarità di tipo solo sociale (-7,7%), aumenta, invece, l'A.D.I. (+2,8%), che richiede un maggior impegno di risorse.

Sono attorno ai 27 mila gli assegni di cura destinati alle famiglie per vari motivi, come il contributo bandanti o il sostegno per i malati di Alzheimer assistiti a casa. Nell'impossibilità di seguire opportunamente l'anziano a casa propria, perché solo o perché particolarmente grave, si opta per l'istituzionalizzazione in strutture residenziali. I Comuni contribuiscono per oltre 45 milioni di euro (8% della spesa sociale), ma le risorse impiegate lievitano notevolmente se si considera la compartecipazione del fondo sanitario (389 milioni di euro). I posti letto autorizzati per la residenzialità degli anziani non autosufficienti sono 20.735, in diminuzione del 13% rispetto al 2007.

Per quanto riguarda la disabilità, circa 23 milioni di euro sono destinati all'assistenza domiciliare e 88 milioni per la residenzialità, entrambi finanziati prevalentemente dal FSN, rispettivamente per il 59% e il 66%. Nel 2011, 4.169 sono le persone disabili

In Veneto, come nel Nord-Est, è più alta la spesa per la disabilità

seguite domiciliarmente

con progetti individualizzati, al fine di promuovere l'autonomia personale e la capacità di relazione e di partecipazione alla vita sociale e lavorativa. Accanto alla domiciliarità si affianca l'apporto offerto dai 286 centri diurni nel territorio, frequentati da circa 6.500 persone con disabilità.

Tab. 10.2.2 - La spesa dei Comuni per alcuni importanti interventi sociali. Veneto - Anno 2010

	Spesa sociale		Spesa finanziata dal FSN (in euro)
	In euro	% sulla spesa totale	
<i>Famiglia</i>			
Asili nido e altri servizi alla prima infanzia (a)	71.809.091	12,8	189.676
<i>Anziani</i>			
Domiciliarità	62.583.252	11,2	61.304.523
Residenzialità	45.695.694	8,2	389.194.331
<i>Persone disabili</i>			
Domiciliarità	9.551.621	1,7	13.638.586
Semiresidenzialità	38.217.258	6,8	67.799.480
Residenzialità	29.036.830	5,2	58.774.287
Sostegno socio-educativo scolastico	31.004.185	5,5	656.807
Sostegno all'inserimento lavorativo	6.415.849	1,1	635.427

(a) La compartecipazione del FSN per i servizi alla prima infanzia riguarda solo gli asili aziendali delle A. Ulss
Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Sezione Sistema Statistico Regionale su dati Istat



In aumento, da parte delle persone con disabilità e delle loro famiglie il ricorso temporaneo ai servizi residenziali per emergenze e per sollievo dal carico assistenziale: gli utenti ospiti di strutture o comunità residenziali in Veneto sono 3.794.

Altre azioni specifiche della programmazione regionale sono il servizio di integrazione scolastica e quello di integrazione lavorativa. Il primo è dedicato a persone con disabilità in età pre-scolare e scolare e ha come obiettivo lo sviluppo della potenzialità della persona disabile nei processi di educazione, istruzione, apprendimento e formazione di sé: 31 milioni di euro la spesa dei Comuni, considerando che gli alunni disabili nelle scuole pubbliche sono 14.243 (a.s. 2010-11), il 2,4% del totale, in crescita del 64% rispetto a dieci anni prima.

Il processo di inclusione, partecipazione e cittadinanza attiva passa anche attraverso l'inserimento della persona disabile nel mondo del lavoro; ciononostante rimangono limitate le risorse a questa finalità.

10.3 Le competenze per la cittadinanza

Per esercitare appieno i diritti di cittadinanza ogni persona necessita di poter disporre di informazioni adeguate, di avere la preparazione per utilizzarle al meglio, per decidere del proprio presente e futuro. È per questo che tra i servizi di cittadinanza ogni Stato è tenuto a fornire l'istruzione e la formazione appropriate a far sì che ogni persona sia messa in condizione di sviluppare le proprie potenzialità e i propri talenti personali e possa così contribuire in maniera significativa allo sviluppo del Paese.

Il diritto all'istruzione e allo studio, anche come premessa per poter usufruire di molti altri diritti civili e sociali, è ormai istituzionalmente affermato a tutti i livelli: dalla Dichiarazione universale dei diritti umani del 1948 delle Nazioni Unite (art. 26) alla Strategia Europea 2020 dell'Unione europea (2010). Nella Costituzione della Repubblica Italiana il diritto all'istruzione assume carattere universalistico con l'esplicita dichiarazione contenuta nell'art. 34: "la scuola è aperta a tutti". La Repubblica garantisce un percorso minimo obbligatorio e gratuito, ma deve anche attivarsi affinché "i capaci e meritevoli, anche se privi di mezzi", abbiano "il diritto di raggiungere i gradi più alti degli studi".

Ma una realtà in veloce cambiamento e in forte connessione globale, come quella che viviamo oggi, richiede

Per realizzazione personale, cittadinanza attiva, coesione sociale e occupabilità servono competenze-chiave

un surplus di capacità, flessibilità, adattamento; richiede cioè delle competenze specifiche e ad ampio spettro, che il Parlamento europeo ha

definito "competenze chiave necessarie per la realizzazione personale, la cittadinanza attiva, la coesione sociale e l'occupabilità in una società della conoscenza": comunicazione nella madrelingua e nelle lingue straniere, competenza matematica e di base in scienza e tecnologia, competenza digitale, imparare a imparare, competenze sociali e civiche, spirito di iniziativa e imprenditorialità, consapevolezza ed espressione culturale¹⁵. Il nostro ordinamento ha così recepito l'esortazione, dapprima allungando l'obbligo di istruzione da 8 a 10 anni e poi estendendone l'assolvimento anche ai percorsi formativi professionali, coinvolgendo in questo le Regioni con l'istituzione di centri di formazione professionale.

A quattordici anni cosa mi piace imparare

C'è ormai consapevolezza diffusa sul fatto che negare il diritto all'educazione vuol dire negare la persona stessa. Rimane ancora in discussione quale sia il modo più idoneo a garantire a tutti i cittadini in modo soddisfacente tale diritto. Numerosi sono stati i progressi, ma altri passi si possono fare.

È evidente che un sistema scolastico, che parta dalle aspettative e dalle potenzialità dei ragazzi e le tramuti in possibilità di sviluppo umano, sociale e lavorativo, sia il principale strumento per rimuovere gli ostacoli economici e sociali di cui parla la nostra Costituzione. In quest'ottica acquista un valore fondamentale la capacità della scuola di aiutare i ragazzi a riconoscere le proprie capacità e inclinazioni, a scegliere i percorsi di studio e lavoro più pertinenti con le proprie attitudini, a sviluppare una coscienza critica per essere in grado di effettuare scelte soddisfacenti per la vita.

Al termine di un percorso di orientamento, ai ragazzi che frequentano l'ultimo anno della scuola secondaria di 1° grado viene chiesto di esprimersi sulla scelta formativa che qualificherà il loro percorso successivo. Così giovani si trovano a dover

In aumento la scelta liceale

¹⁵ Raccomandazione del Parlamento europeo OJ L 394/2006



caratterizzare le proprie competenze specifiche future. L'orientamento scolastico e professionale riveste quindi una grande importanza, anche per evitare interruzioni di percorso, esiti parziali o negativi delle carriere formative o fuoriuscite indesiderate dal sistema.

Nel 2012, in Veneto l'87,6% dei ragazzi sceglie di iscriversi a un istituto superiore, mentre la quota di chi opta per un centro di formazione professionale supera il 12%, un dato in costante aumento che va di pari passo con l'ampliamento dell'offerta disponibile. Lo stesso dicasi per i licei che, differenziati e arricchiti di nuovi indirizzi e specializzazioni, convogliano la scelta del 37,5% dei ragazzi (nel 2008 non arrivava al 28%). Seguono le preferenze per l'istruzione tecnica (33%), quindi per gli istituti professionali (17%).

Le scelte dichiarate nel percorso di orientamento vengono in genere confermate dai ragazzi, che infatti si iscrivono al primo anno della scuola secondaria di secondo grado secondo le distribuzioni attese. In Italia, rispetto alla nostra regione, è minore la quota di chi intraprende un percorso professionale, in favore di una maggiore preferenza per i licei (47,4%). È soprattutto al primo anno che emergono le maggiori difficoltà e rischiano di manifestarsi insuccessi,

Interruzioni, bocciature e abbandoni sintomi di disagio che si manifesta soprattutto al 1° anno

vuoi per una scelta poco oculata dell'indirizzo di studi, vuoi per una scuola poco incentrata sui talenti dei ragazzi o poco strutturata a un'accoglienza di graduale e personalizzata stimolazione dei nuovi percorsi di apprendimento.

In tutte le tipologie di scuola, in Veneto così come in Italia, il primo anno addensa le problematiche più evidenti: la percentuale di non ammessi è quasi doppia rispetto agli anni successivi e si registrano anche tassi di abbandono: 8 ragazzi su 100 (11 in Italia), fortemente demotivati o incapaci di far fronte alle difficoltà, decidono di allontanarsi dal sistema educativo. Può essere un abbandono solo temporaneo, comunque un segnale di insuccesso del sistema.

Tra i diversi percorsi di studi, quello liceale garantisce maggiormente da questi intoppi; quella del liceo è la via più orientata al proseguimento degli studi all'università, è la scelta fatta prevalentemente da ragazzi senza urgenza di collocamento lavorativo, dai meglio preparati e più spesso appartenenti

a famiglie di ceto sociale medio-alto, da cui possono attingere un background culturale più solido rispetto ai loro coetanei.

Tab. 10.3.1 – Percentuale di studenti di scuola secondaria superiore che abbandonano (*) e non ammessi() per anno di corso. Veneto e Italia - a.s. 2011/2012**

	Non ammessi		Abbandoni	
	Veneto	Italia	Veneto	Italia
I°	14,3	15,0	8,3	11,4
II°	8,2	9,2	0,6	2,5
III°	8,4	8,3	n.d.	n.d.
IV°	6,4	7,4	n.d.	n.d.
Totale	8,7	10,3		

(*) Studenti che interrompono la frequenza scolastica e non si iscrivono all'anno scolastico successivo.

(**) Non ammessi all'anno successivo agli scrutini di giugno.

Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Sezione Sistema Statistico Regionale su dati Ufficio scolastico regionale per il Veneto, Miur e Istat

L'abbandono e la bocciatura al primo anno sono esperienze che segnano profondamente la vita formativa dei ragazzi, perché ne minano l'autostima, provocando un senso di inadeguatezza al mondo adulto che può riverberarsi sulle loro scelte future; un efficace orientamento perciò si misura anche da questi indicatori.

È per questo che l'abbandono scolastico prematuro viene monitorato anche in sede di Unione europea, che con l'agenda Europa 2020 si dà come obiettivo la sua riduzione al di sotto del 10%.

A livello europeo, il 12,6% dei ragazzi di età 18-24 anni risulta abbandonare la scuola prematuramente,

L'abbandono scolastico è in diminuzione ma occorre tenere alta la guardia

ossia consegue al massimo la licenza media e non si impegna in alcuna attività formativa. In Italia la percentuale è più alta (17,6%) e ancora lontana dall'obiettivo, anche se in diminuzione negli ultimi anni. Il Veneto è mediamente una regione virtuosa, con un tasso di abbandono (14,2%) inferiore a quello nazionale, ma persiste una grande variabilità territoriale: rimangono forti problematiche soprattutto nelle province di Rovigo e Treviso, migliore la situazione a Verona, Vicenza e Belluno, con tassi di abbandono sotto la media regionale.



Se la scuola in Veneto dimostra buone performance nel riuscire a diplomare il 74,7% dei ragazzi che si iscrivono al primo anno (dati 2009, in Italia il 70,3%), pur sempre con variabilità secondo la tipologia di scuola, nel passaggio all'Università lo scarto con l'Italia si riduce: tra i diplomati, circa il 57% si iscrive a qualche facoltà, valore in linea con la media italiana (58%).

Alunni stranieri, un doppio svantaggio

La scuola, come servizio istituzionale, rappresenta uno dei contesti più importanti di integrazione. È il luogo ove si incontrano giovani cresciuti in ambienti culturali diversi, vi è la possibilità di conoscersi, confrontarsi e di crescere e apprendere assieme. L'immigrazione riporta in auge il dettato costituzionale di una "scuola aperta a tutti" e capace di contribuire a "rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale tra i cittadini", un mandato forte, tuttavia necessario per una società inclusiva e coesa, cui la scuola ancora risponde con difficoltà.

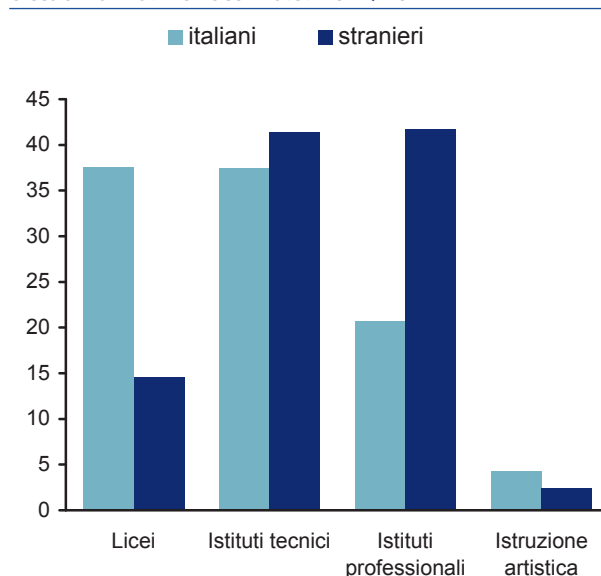
In Italia, ma ancor di più in Veneto, gli adolescenti stranieri orientano in modo netto il proprio percorso di studi verso l'indirizzo professionale e tecnico (più dell'80% contro il 58% dei ragazzi italiani), segno di una maggiore propensione a impiegarsi prima rispetto ai coetanei italiani, attraverso l'ottenimento di una qualifica immediatamente spendibile sul mercato del lavoro. Anche se negli ultimi anni si registra un lieve recupero della scelta liceale (circa il 15% rispetto al 13,3% nel 2008), questa non è sufficiente a compensare lo squilibrio con i coetanei italiani, che frequentano un liceo per più del 35% dei casi.

L'influenza dello status socioeconomico delle famiglie di provenienza sulle scelte di istruzione degli adolescenti appare così in tutta la sua evidenza, ed è il segnale del perpetuarsi di una condizione sociale che vede gli stranieri più orientati a impieghi a carattere prettamente tecnico o manuale, con una certa difficoltà ad elevare la propria condizione sociale. Se poi si guarda agli esiti del percorso di studi, si

Il minore successo scolastico degli stranieri è il frutto di differenze socioeconomiche delle famiglie

vede come gli studenti stranieri scontino anche il gap culturale delle famiglie di appartenenza, che non possono essere fonti di conoscenza

Fig. 10.3.1 - Percentuale di alunni per tipo di scuola e cittadinanza. Veneto – a.s. 2011/2012



Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Sezione Sistema Statistico Regionale su dati Miur

complementare. In tutti i tipi di scuola, incorrono più spesso dei loro coetanei italiani in ripetenze, abbandoni, transiti verso percorsi di formazione lavoro. Su 100 iscritti in tutti gli anni di scuola, 12 sono i diplomati (17 gli italiani), 60 i promossi (contro 70), 9 coloro che abbandonano (contro 2 italiani). Il rischio di abbandono sale addirittura al 15% negli istituti professionali.

Non si tratta, è importante ribadirlo, di incapacità soggettive quanto, come sottolinea il Rapporto Unar¹⁶, di segnali di inadeguatezza, se non di discriminazione, tanto da parte del sistema scolastico che della società, ancora carenti nel far fronte alle differenze di origine dei ragazzi e delle ragazze e nell'assicurare le stesse opportunità formative.

La capacità dell'istituzione scolastica di trattenere i suoi studenti, di valorizzare le differenze e allo stesso tempo le comunanze tra i ragazzi, va di pari passo con la capacità di estendere le loro conoscenze e competenze, fondamentali per la crescita e il lavoro. I risultati ottenuti dai ragazzi quindicenni nell'indagine PISA, promossa dall'Ocse nell'ottica della verifica delle competenze chiave cui si è accennato, confermano il quadro emerso finora. La maggioranza degli studenti veneti supera di molto la valutazione "sufficiente" in tutte e tre le specifiche competenze, lettura, matematica e scienze, totalizzando un punteggio

¹⁶ Unar, Idos, "Immigrazione - dossier statistico 2013", Roma, 2013.



Tab. 10.3.2 – Studenti per esito scolastico(*), tipo di scuola e cittadinanza. Veneto - a.s. 2011/2012

	Licei		Istituti professionali		Istituti tecnici		Totale	
	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri
% Diplomati	18,1	13,0	15,7	10,3	16,5	13,9	17,0	12,3
% Promossi	74,1	66,8	66,6	58,1	69,2	60,8	70,8	61,1
% Ripetenti	6,0	14,9	9,6	13,6	10,9	16,2	8,5	15,0
% Transitati a formaz. professionale	0,3	1,2	1,7	2,6	1,1	3,0	0,8	2,5
% Abbandoni	1,5	4,1	6,4	15,4	2,4	6,1	2,8	9,2

(*) Studenti iscritti all'anno scolastico 2012/13 per condizione all'anno successivo. Le percentuali si riferiscono a tutti gli anni di scuola
Fonte: Elaborazioni Osservatorio Immigrazione Regione Veneto su dati Arof

Tab. 10.3.3 - Punteggi medi ottenuti dagli studenti quindicenni per nazionalità e tipo di competenza. Veneto - Anno 2009

	Lettura	Matematica	Scienze
Italiani (Veneto)	512	514	526
Stranieri (Veneto)	426	442	427
Stranieri (Nord est)	416	430	424
Stranieri (Nord ovest)	424	429	420
Stranieri (Italia)	418	420	427

Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Sezione Sistema Statistico Regionale su dati Ufficio scolastico regionale per il Veneto - OCSE PISA 2009

medio di 510,5, tanto da superare la media Ocse (499) e l'Italia nel suo complesso (485,9). Tuttavia i risultati conseguiti dagli alunni stranieri sono significativamente più bassi di quelli dei coetanei italiani. Va detto però contemporaneamente che i loro punteggi sopravanzano quelli medi dei ragazzi stranieri di tutto il Nord Italia, cosa che non sempre accade se si guarda agli autoctoni veneti.

Quanta strada da fare

La capacità della scuola di attrarre e trattenere gli studenti fino alla fine del percorso formativo è frutto di molteplici fattori. L'accessibilità territoriale è uno di questi, poiché, come comprensibile, influisce direttamente sui costi, anche "energetici", sostenuti dai ragazzi e dalle famiglie per garantire la frequenza ai corsi. Da questo punto di vista, l'accessibilità territoriale ricopre un ruolo centrale nel far emergere le

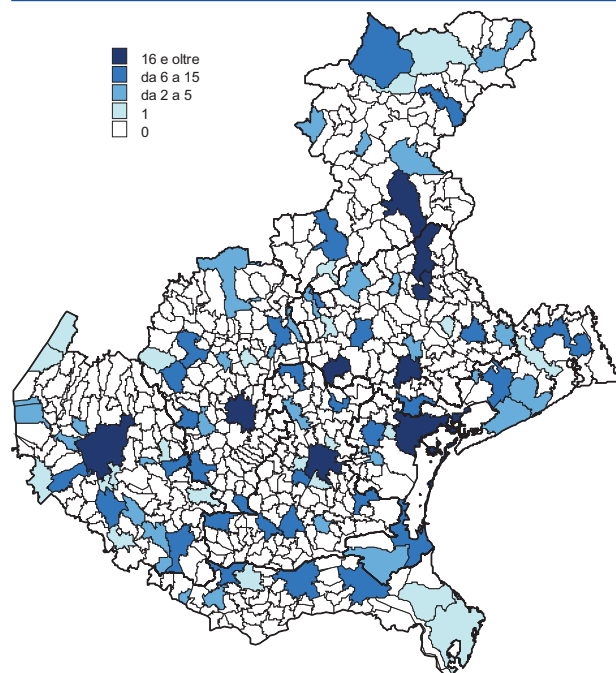
capacità del territorio di programmare strutture e mezzi adeguati a rispondere alle esigenze formative e di mobilità.

Il Veneto, con 477 istituti di scuola secondaria di secondo grado, ossia in media uno ogni 39 kmq, garantisce una buona accessibilità se confrontata alla

L'accessibilità territoriale scolastica è buona, ma permangono criticità locali a Belluno e Rovigo

media italiana (44 kmq). Vi è però una forte diversificazione territoriale: se Padova e Treviso offrono un

Fig. 10.3.1 - Comuni sedi di istituti secondari di secondo grado. Veneto - a.s. 2008/09



Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Sezione Sistema Statistico Regionale su dati Regione Veneto



istituto ogni 25 kmq circa, a Rovigo e Belluno se ne trova uno ogni 80- 90 kmq.

Occorre contestualizzare questi dati alla dimensione demografica e al tipo di territorio: in alcune zone è possibile usare anche la bicicletta per spostarsi quotidianamente di qualche chilometro, in altre non è possibile e occorrono mezzi pubblici, sia per

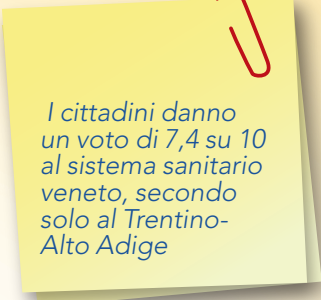
il traffico e il tipo di arterie da percorrere, sia per la conformazione montagnosa e impervia. Dando un'occhiata alla mappa per comune, gli istituti in genere sono localizzati maggiormente nei comuni capoluogo, le minori concentrazioni si trovano invece nelle zone di confine.

Perché un territorio dovrebbe continuare a investire su sanità e welfare?

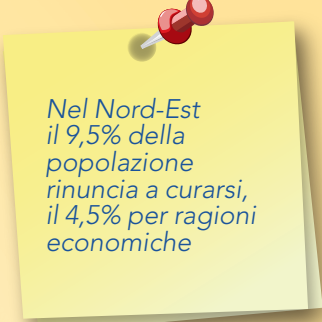
Accesso alle cure e ai servizi sociali sono diritti inviolabili in ogni società civile. Garantire tali diritti offre la possibilità di migliorare la qualità di vita delle persone e, oltre a essere un valore in sé, è anche il fondamento dello sviluppo sociale ed economico di un Paese. La situazione attuale appare delicata, in quanto la difficile condizione economica pone sfide complesse e può accentuare le disuguaglianze già esistenti, con il rischio di intaccare i progressi raggiunti e di non garantire un'adeguata assistenza e protezione sociale. L'urgenza di nuovi bisogni richiede un ripensamento delle priorità e dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari. Il nuovo piano socio-sanitario del Veneto 2012-2016 prevede il rilancio della funzione ospedaliera e nel contempo il potenziamento dei servizi sul territorio secondo una logica di rete e di cooperazione, al fine di garantire la presa in carico integrata della persona e la continuità dell'assistenza. Continuare a investire su tali settori chiave, attraverso la promozione di stili di vita sani e cure appropriate e accessibili a tutti, rappresenta un incentivo per uno sviluppo equo e sostenibile della società.

Quali sono i progressi fatti dal sistema scolastico per favorire l'inclusione sociale?


Per la realizzazione personale, la cittadinanza attiva, la coesione sociale e l'occupabilità servono competenze-chiave, sia di conoscenze che di consapevolezza di sé e capacità sociali e civiche. Acquista così un valore fondamentale la capacità della scuola di aiutare i ragazzi a riconoscere le proprie inclinazioni, a scegliere i percorsi di studio e lavoro più vicini alle proprie attitudini, a sviluppare una coscienza critica per effettuare scelte soddisfacenti per la vita. Rivestono un ruolo importante l'orientamento scolastico, la differenziazione dell'offerta, anche di formazione professionale, la personalizzazione dei percorsi e le azioni per contenere la dispersione scolastica. In Veneto concludono il proprio percorso il 74,7% dei ragazzi iscritti al I° anno, più che a livello nazionale; alcuni tuttavia si fermano prima: il tasso di abbandono scolastico è del 14,2%, in calo e inferiore a quello nazionale, ma non ancora allineato con il target del 10% richiesto dall'agenda Europa 2020. Un'attenzione particolare va rivolta agli stranieri per i quali, già partendo da condizioni socio-economiche più svantaggiate, la scuola non sempre si dimostra in grado di colmare il gap di competenze e formazione iniziale necessario al riscatto sociale.



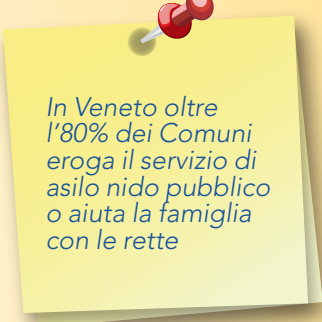
I cittadini danno un voto di 7,4 su 10 al sistema sanitario veneto, secondo solo al Trentino-Alto Adige




Nel Nord-Est il 9,5% della popolazione rinuncia a curarsi, il 4,5% per ragioni economiche



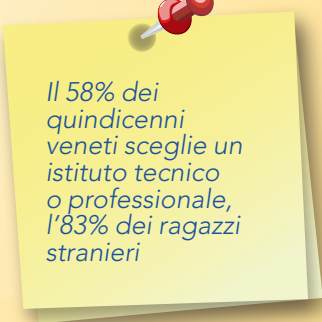
I Comuni in Veneto spendono 545 milioni di euro nel 2011 per i servizi sociali, specie per minori, disabili e anziani



In Veneto oltre l'80% dei Comuni eroga il servizio di asilo nido pubblico o aiuta la famiglia con le rette



Bolzano e Veneto i primi ad acquisire il marchio europeo "Audit famigliaelavoro" per certificare le aziende attente all'armonizzazione vita-lavoro



Il 58% dei quindicenni veneti sceglie un istituto tecnico o professionale, l'83% dei ragazzi stranieri