Documento approvato dalla CTSSMBO del 17 ottobre 2024

INDICAZIONI DELLA
CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA
METROPOLITANA DI BOLOGNA
PER L'ADOZIONE DI

ACCORDI DI PROGRAMMA DISTRETTUALI

(AI SENSI DELL'ART.34 DEL D.LGS. 267/2000)

PER LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI INTEGRATI NELL'AREA DELLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE RIVOLTE ALLA TUTELA DEI MINORENNI IN CONDIZIONE DI VULNERABILITÀ E AI MINORENNI ALLONTANATI O A RISCHIO DI ALLONTANAMENTO,

IN ATTUAZIONE DELLE DGR 1102/2014 E DGR 1627/21 E DELLE "LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER L'INTERVENTO CON BAMBINI E FAMIGLIE IN SITUAZIONE DI VULNERABILITÀ- PROMOZIONE DELLA GENITORIALITÀ POSITIVA" DEL 21 DICEMBRE 2017

Di seguito si riporta il modello di riferimento (Accordo Tipo) per la sottoscrizione e l'adozione dell'Accordo di Programma di livello distrettuale per la realizzazione di interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte alla tutela dei minorenni in condizione di vulnerabilità e ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento sul livello distrettuale (in attuazione delle DGR 1102/2014 e DGR 1627/21 e delle "Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità- promozione della genitorialità positiva" del 21 dicembre 2017

Gli Accordi di Programma distrettuali non potranno essere in contrasto con tale modello, né eliminarne dei contenuti, ma potranno integrarlo con aggiunte relative a specificità organizzative o sperimentali sul livello distrettuale.

DISTRETTO DI

_____

ACCORDO DI PROGRAMMA

PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI INTEGRATI NELL'AREA DELLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE RIVOLTE ALLA TUTELA DEI MINORENNI IN CONDIZIONE DI VULNERABILITÀ E AI MINORENNI ALLONTANATI O A RISCHIO DI ALLONTANAMENTO

IN ATTUAZIONE DELLE DGR 1102/2014, DGR 1627/21 E DELLE "LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER L'INTERVENTO CON BAMBINI E FAMIGLIE IN SITUAZIONE DI VULNERABILITÀ - PROMOZIONE DELLA GENITORIALITÀ POSITIVA" DEL 2017

INDICE

Acronimi 5
Premessa 6
Il quadro normativo 7
Articolo 1 Finalità 11
Articolo 2 Ambito di applicazione 12
Articolo 3 Gli impegni delle parti 13
Articolo 4 Modalità per la realizzazione dell'integrazione organizzativa e professionale 13
4.1 Equipe multidisciplinare (EM) di presa in carico del/la minore e delle figure genitoriali 14
4.2 Equipe territoriale integrata (ETI) 15
4.2.1 Equipe territoriale integrata Protezioni Internazionali 17
4.3 Unità di valutazione multi-professionale (UVM) 17
4.4 Equipe di secondo livello 18
4.4.1 Equipe di secondo livello IL FARO 19
4.4.2 Centro Metropolitano AAA (Adozione Affido Accoglienza) 19
4.5 Procedure d'emergenza 19
4.6 Definizione delle prestazioni integrate 19
4.7 Nuove aree di bisogno e processo di committenza congiunta 20
Articolo 5 Risorse economiche e compartecipazione 21
Articolo 6 Durata 22
Articolo 7 Funzioni di governo e vigilanza 22
Articolo 8 Impegni per l'implementazione dell'accordo 22
Articolo 9 Formazione 22
Articolo 10 Raccolta dati e sistema informativo 23

Acronimi

AG	Autorità Giudiziaria
AS	Assistente sociale
ASC	Azienda Servizi per la Cittadinanza
ASP	Aziende pubbliche di servizi alla persona
AVEC	Area vasta Emilia centro
CSM	Centro di Salute Mentale
CTSS	Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria
CTSSM	Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana
DASS	Direzione Attività Socio-Sanitarie
DCP	Dipartimento di Cure Primarie
DSM-DP	Dipartimento Salute Mentale - Dipendenze Patologiche
EELL	Enti Locali
EM	Equipe multidisciplinare
ETI	Equipe territoriale integrata
MMG	Medico di Medicina Generale
NPIA	Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PPEE	Psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva
RC	Responsabile del caso
RTI	Residenze terapeutiche intensive per minori
SerDP	Servizio per le dipendenze patologiche
SPDC	Servizio psichiatrico diagnosi e cura
SSO	Servizio Sociale Ospedaliero
SST	Servizi Sociali Territoriali
UASS	Unità delle Attività Socio-Sanitarie
UO	Unità operativa
UOC	Unità operativa complessa
USSM	Ufficio di Servizio Sociale per Minorenni (Giustizia minorile)
UVM	Unità di valutazione multi-professionale

Premessa

Nel corso degli anni la collaborazione fra servizi sociali e sanitari e il confronto tra competenze istituzionali e professionali presenti sul territorio metropolitano hanno messo in evidenza la maggiore efficacia degli interventi a favore delle famiglie multi-problematiche in tutti quei casi in cui è stato possibile attuare un progetto condiviso con un approccio globale ai bisogni di benessere e salute della persona; a maggior ragione quando la multi-problematicità è stata caratterizzata da condizione di vulnerabilità, intesa come diffusa esposizione al rischio di perdere la condizione di relativo benessere in assenza di protezione sociale.
Per accompagnare le famiglie che vivono in situazione di vulnerabilità è importante che tutta la comunità riconosca l'educazione e il pieno sviluppo dei bambini come un interesse, una responsabilità e una competenza dell'intera collettività.
La Repubblica, nelle sue articolazioni, ha la responsabilità istituzionale della tutela dei bambini in difficoltà e ha il dovere di garantire il migliore coordinamento e integrazione tra i servizi, gli enti e le formazioni sociali. Possono essere dunque coinvolti nei processi di accompagnamento a favore delle famiglie i diversi soggetti degli ambienti di vita del bambino: associazioni culturali, sportive, religiose, del tempo libero, volontariato, ecc…
Ciò è particolarmente vero nelle situazioni di rilevante vulnerabilità quando il progetto condiviso (Progetto quadro) riguarda l'azione di tutela della persona di minore età in una situazione di pregiudizio: in questo caso si evidenzia la necessità di attivare e migliorare continuamente la capacità di costruire e realizzare connessioni fra i diversi saperi professionali e fra i differenti interlocutori istituzionali che, per le proprie specifiche competenze, operano nell'ambito della tutela minori, ritenendo tale connessione il luogo in cui i diversi saperi disciplinari si confrontano e si incontrano condividendo gli interventi della protezione e della cura nella prospettiva dell'integrazione socio-sanitaria e non della semplice aggregazione di funzioni e attività.

Il presente Accordo intende raccogliere i frutti di un processo di riflessione e analisi sull'esperienza realizzata fino ad oggi in materia di tutela dei minori e di sostegno ai loro contesti familiari attraverso la definizione di assetti organizzativi e procedure operative in grado di agevolare risposte adeguate da parte dei servizi alla complessità dei bisogni sociali e socio-sanitari in continua trasformazione nel nostro tempo.

Il quadro normativo

Il quadro normativo internazionale e nazionale sottolinea la priorità della prevenzione dell'allontanamento delle persone di minore età dal proprio ambito familiare e la necessità di attuare interventi precoci di sostegno e potenziamento delle competenze (risorse) parentali al fine di preservare il legame genitori-figli, piuttosto che la sola tutela e protezione del minore.
Tale principio è espresso innanzitutto dall'articolo 7 della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (New York 1989). La stessa Convenzione, all'art. 19, riconosce al minore di età il diritto a essere protetto da ogni forma di maltrattamento, violenza, negligenza e abuso fisico o mentale. Nelle situazioni in cui il riconoscimento dei diritti della persona di minore età sembra confliggere con il riconoscimento dei diritti degli adulti, la Convenzione individua nel superiore interesse del minore la bussola e la regola di tutti gli interventi a sua tutela, intendendolo come preminente rispetto ai diritti di altri soggetti e come migliore nella valutazione concreta delle differenti soluzioni fattuali.

La Costituzione ha per la prima volta nel nostro paese elevato a dignità costituzionale principi diretti a proteggere i minori e a garantirne alcuni diritti. Da qui sono discese poi diverse norme specifiche nell'ambito del diritto di famiglia e minorile. L'art. 30 antepone il dovere al diritto dei genitori di educare i figli e impegna il legislatore a dettare apposite norme affinché sia garantito lo svolgimento dei compiti dei genitori in caso di loro incapacità. Successivamente, l'art. 31 protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù favorendo gli istituti necessari a tale scopo.
In questa prospettiva il Codice civile impegna i genitori ad educare i figli tenendo conto delle loro capacità, dell'inclinazione naturale e delle loro aspirazioni (art. 147).

Di seguito si mettono in evidenza alcune Leggi di livello nazionale che puntualizzano alcuni aspetti fondamentali rispetto ai contenuti del presente accordo.
La L. 184/1983 (modificata dalla L.149/2001) afferma il diritto dei minori di crescere ed essere educati nella famiglia.
La L. 54/2006 sull'affidamento condiviso sancisce il diritto del figlio di mantenere rapporti con entrambi i genitori anche in caso di rottura dell'unità familiare e gli riconosce il diritto all'ascolto.
La L. 219/2012 e il D.Lgs. 154/2013 introducono la *Riforma della filiazione*, il concetto di figlio e di responsabilità genitoriale al posto della potestà genitoriale.
La L. 285/1997 per la promozione dei diritti e delle opportunità per l'infanzia e l'adolescenza e la legge-quadro 328/2000 che prevede tra i livelli essenziali delle prestazioni sociali gli interventi di sostegno ai minori e alle loro famiglie.
La L. 47/2017 "Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati", che riafferma il principio di non espellibilità dei minori stranieri soli dal territorio italiano. La norma ha l'obiettivo di rafforzare le tutele nei confronti dei minori stranieri non accompagnati e di garantire un'applicazione uniforme delle norme per l'accoglienza su tutto il territorio nazionale.
Infine, va segnalata la L. 69/2019 "Modifiche al Codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere" (cosiddetta "Codice rosso"), che mira a garantire una maggiore tutela alle vittime di violenza domestica e di genere e dedica particolare attenzione ai minori, stabilendo che, per quanto concerne il tema della violenza assistita, è considerato persona offesa dal reato il minore che assiste al maltrattamento.

Nella Regione Emilia Romagna, la L.R. 2/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", in conformità alla L. 328/2000, prevede all'art. 7, che "per i bisogni complessi, che richiedono l'intervento di diversi servizi o soggetti, i competenti servizi attivano gli strumenti tecnici per la valutazione multidimensionale e per la predisposizione del programma assistenziale individualizzato (…) e il progetto educativo individuale

per i minori in difficoltà". Aggiornata con la L.R. 11/2016 "Modifiche legislative in materia di politiche sociali, abitative, per le giovani generazioni e servizi educativi per la prima infanzia, conseguenti alla riforma del sistema di governo regionale e locale" (TITOLO II Modifiche legislative in materia di servizi sociali, CAPO I Modifiche alla in materia di sistema integrato di interventi e servizi sociali).
La L.R. 14/2008 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni" riconosce i bambini e gli adolescenti come soggetti autonomi di diritti e come risorsa fondamentale nella prospettiva della promozione della cittadinanza attiva. All'art. 4, riprendendo la L.R. 2/2003, la norma attribuisce le funzioni in materia di tutela al Comune che deve prevedere "interventi specifici per l'infanzia, l'adolescenza, il sostegno alla genitorialità e per i neo-maggiorenni (…) assicurando la necessaria collaborazione con le autorità giudiziarie competenti". All'art. 17 prevede altresì che "I Comuni (…) tramite i servizi sociali, anche avvalendosi per quanto di competenza delle AUSL e delle aziende ospedaliere, esercitano le funzioni di tutela dei minori (…). Il servizio sociale opera secondo la metodologia del lavoro di Equipe, che consente l'integrazione delle professioni sociali, educative e sanitarie: assistente sociale, educatore, psicologo, neuropsichiatra ed altre figure richieste dal caso (…). I servizi si fanno carico delle situazioni di pregiudizio o rischio psico-fisico e sociale dei minori perseguendo (…) la collaborazione della famiglia. I servizi territoriali perseguono l'integrazione gestionale e professionale attraverso la costituzione di Equipe multi-professionali che garantiscono presa in carico, progettazione individualizzata e valutazione dell'esperienza." All'art. 18 la stessa legge promuove la costituzione di Equipe specialistiche di secondo livello in materia di tutela finalizzate alla gestione di situazioni più compromesse, sia sul piano dello sviluppo psico-fisico del bambino o adolescente, sia sul piano dell'adeguatezza genitoriale.
La D.G.R. 1904/2011 "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari", modificata dalla D.G.R. 1106/2014, "fornisce indicazioni per prevenire l'allontanamento del minore dal proprio nucleo familiare, anzitutto mediante interventi a favore delle famiglie in difficoltà, promuovendo il ruolo e le competenze genitoriali, il coordinamento delle politiche sociali, sanitarie, educative e sostenendo forme di aiuto domiciliare".
La D.G.R. 590/2013 "Linee di indirizzo regionali per la promozione del benessere e la prevenzione del rischio in adolescenza: Progetto Adolescenza" stabilisce che "promuovere il benessere non significa promuovere un generico stare bene ma fornire adeguati strumenti per essere in grado di affrontare situazioni di difficoltà e di rischio (…). La promozione del benessere implica un lavoro sul rafforzamento dei fattori protettivi relativamente ai diversi ambiti fisico, psicologico e sociale nelle accezioni della famiglia, della scuola e della comunità" (cfr. Allegato 1, Introduzione).
La D.G.R. 1677/2013 "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento e abuso", riprendendo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, prevede che vadano ricondotte al concetto di maltrattamento dei bambini e degli adolescenti "tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza, negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere" (cfr. Allegato B, Linee di indirizzo). Le cause del maltrattamento vanno pertanto ricercate in una complessa interazione di fattori individuali, relazionali, sociali, culturali e ambientali per l'analisi dei quali si suggerisce l'adozione del modello ecologico di Bronfenbrenner.
La Giunta Regionale, nelle indicazioni attuative per il Piano Sociale Sanitario Regionale per il biennio 2013-2014 richiama l'urgenza di ridelineare la rete territoriale integrata dei servizi sociosanitari confermando nel lavoro di rete la strategia principale di contrasto alla violenza di genere, invitando all'applicazione delle linee guida citate come occasione di condivisione, integrazione e miglioramento delle procedure fin qui utilizzate, oltre alle attività di rafforzamento della prevenzione della violenza, del monitoraggio del fenomeno e della formazione degli operatori. Viene posto l'accento sulla

esplicitazione e diffusione dei punti di accesso alla rete e le modalità di raccordo necessario ad ottimizzare le procedure di accoglienza e presa in carico.

La D.G.R. 1102/2014 "Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento" richiamandosi alla direttiva del 2013 per quanto riguarda la prevenzione, la rilevazione precoce del fenomeno del maltrattamento-abuso ed il suo contrasto, dispone la valutazione e presa in carico integrata tra sociale e sanitario dei casi complessi per i quali si rendono necessari interventi di protezione e tutela.

La D.G.R. 1106/2014 "Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. 19 dicembre 2011, n. 1904 Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari".

La D.G.R. 1153/2016 "Modifiche urgenti alla D.G.R. 1904/2011 "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari" e successive modifiche".

Nel dicembre 2017 sono state emanate le Linee di indirizzo nazionali "L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità - Promozione della genitorialità positiva" che sottolineano quanto l'accompagnamento di bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità costituisca un ambito fondamentale del lavoro di cura e protezione dell'infanzia, inteso come l'insieme degli interventi che mirano a promuovere condizioni idonee alla crescita (area della promozione), a prevenire i rischi che possono ostacolare il percorso di sviluppo (area della prevenzione) e a preservare e/o proteggere la salute e la sicurezza del bambino (area della tutela o protezione in senso stretto).

Il Piano regionale per l'adolescenza 2018-2020.

La D.G.R. 1627/2021 "Indicazioni regionali per la strutturazione e raccordo delle Equipe territoriali e di secondo livello (artt. 17 e 18 L.R. 14/2008)".

Le Linee di indirizzo su Ritiro sociale. Prevenzione, rilevazione precoce ed attivazione di interventi di primo e secondo livello, approvate con Deliberazione della Giunta regionale n. 1016/2022.

La D.G.R. 1322/2024 "Approvazione Linee programmatiche sulla residenzialità dei servizi di salute mentale adulti dipendenze patologiche e neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza della Regione Emilia-Romagna"

La D.G.R. 1323/2024, "Approvazione progetto per l'implementazione di reparti ospedalieri di area vasta dedicati alla psicopatologia dei minori età 0-17 anni"

Visti:

- il D.Lgs. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", come modificato dal D.Lgs. 229/1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
- il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";
- il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- la L.R. 2/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- la L.R. 29/2004 "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del servizio sanitario regionale";
- la L.R. 14/2008 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni";
- la D.G.R. 1904/2011 "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari";
- la D.G.R. 911/2007 "Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA): requisiti specifici di accreditamento delle strutture e catalogo regionale dei processi clinico- assistenziali";
- la Delibera dell'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna n. 175/2008 "Piano sociale e sanitario 2008 - 2010";
- la D.G.R. 313/2009 "Piano attuativo salute mentale 2009 - 2011";
- la D.G.R. 590/2013 "Linee di indirizzo per la promozione del benessere e la prevenzione del rischio in adolescenza: Progetto Adolescenza";
- la D.G.R. 1677/2013 "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere e linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso";
- la D.G.R. 1102/2014 "Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento";
- le "Linee di Indirizzo Nazionali per l'affidamento familiare" del novembre 2012;
- le "Linee di Indirizzo Nazionali per l'accoglienza nei Servizi residenziali per minorenni" del 14 dicembre 2017;
- le "Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità-Promozione della genitorialità positiva" del 21 dicembre 2017;
- le Raccomandazioni della Regione Emilia-Romagna "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti. Raccomandazioni Regionali" 2017;
- la D.G.R. 180/2018 "Piano Regionale pluriennale per l'adolescenza 2018/2020";
- la L. 47/2017 "Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati";
- la L. 69/2019 "Modifiche al Codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere";
- la D.G.R. 1627/2021 "Indicazioni regionali per la strutturazione e raccordo delle Equipe territoriali e di secondo livello (artt. 17 e 18 L.R. 14/2008)";
- la L. 206/2021 "Delega al Governo per l'efficienza del processo civile e per la revisione della disciplina degli strumenti di risoluzione alternativa delle controversie e misure urgenti di

razionalizzazione dei procedimenti in materia di diritti delle persone e delle famiglie nonché in materia di esecuzione forzata"

- la D.G.R. 1016/2022 "Linee di indirizzo su ritiro sociale. Prevenzione, rilevazione precoce ed attivazione di interventi di primo e secondo livello".

Dato atto che:

- la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana ha approvato nell'aprile 2013 l'Accordo per la realizzazione di interventi integrati socio-sanitari sui minori d'età;
- la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana ha approvato nel febbraio 2015, le Note relative all'attuazione della DGR 1102/2014, sull'integrazione socio-sanitaria Area Minori
- la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana ha approvato nel maggio 2017 il Documento del Gruppo Tematico promosso dall'Ufficio di Supporto della CTSS metropolitana di Bologna sull'attuazione della DGR 1102/2014 "Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio - sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento";
- a livello distrettuale sono presenti Accordi/convenzioni relativi all'organizzazione di interventi nell'ambito della tutela/protezione di minori in situazione di vulnerabilità.

Richiamati:

- il D.Lgs. 267/2000 "Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali", art. 34 "Accordi di programma";

tutto ciò premesso

SI CONVIENE:

la necessità di definire un Accordo di Programma di livello distrettuale relativo alla realizzazione di interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte alla popolazione minorenne in attuazione della D.G.R. 1102/14 e della D.G.R. 1627/21,

TRA

Enti titolari della gestione dei Servizi Sociali Territoriali e della funzione di Tutela e Protezione Minori

E

Azienda USL del territorio distrettuale

E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

Articolo 1
Finalità

Il presente Accordo di Programma recepisce le "Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai/alle minori allontanati/e o a rischio di allontanamento" contenute nelle Delibere della Giunta della Regione Emilia-Romagna, n. 1102 del 2014, n. 1627 del 2021 e le Linee di indirizzo nazionali "L'intervento con bambini e famiglie in situazione

di vulnerabilità - Promozione della genitorialità positiva" del dicembre 2017, definendo le modalità operative attuate dagli Enti titolari della gestione dei Servizi Sociali Territoriali e della funzione di Tutela e Protezione Minori e dalla Azienda USL:

- la valutazione e la presa in carico integrata dei/delle minori in situazione di vulnerabilità per i/le quali siano necessarie azioni di tutela e dei/delle minori "casi complessi" allontanati/e o a rischio di allontanamento;
- le funzioni delle equipe multidisciplinari di presa in carico dei/delle minori e delle figure genitoriali (EM);
- le funzioni delle equipe territoriali integrate (ETI);
- le funzioni dell'unità di valutazione multiprofessionale (UVM);
- la realizzazione delle prestazioni integrate;
- la compartecipazione finanziaria.

Viste le diverse organizzazioni presenti nei Distretti e le diverse modalità con le quali vengono gestite le funzioni sui/sulle minori, si sono concretizzate diverse articolazioni operative delle equipe e delle unità di valutazione che garantiscono tuttavia un intervento precoce, multiprofessionale e integrato sui casi che accedono ai servizi sociali e una valutazione e presa in carico integrata tra diversi servizi per tutti i casi complessi[1].

Riguardo alla collaborazione ed all'accesso ai centri specialistici di secondo livello, si rimanda agli specifici Accordi metropolitani[2].

Articolo 2
Ambito di applicazione

Il contenuto del presente accordo si applica all'ambito distrettuale e alla presa in carico integrata sociale, sanitaria ed educativa delle seguenti tipologie di utenti:

1. minori in situazione di vulnerabilità per i quali siano necessarie progettualità condivise, finalizzate all'obiettivo della tutela minorile, per i quali la compartecipazione è unicamente progettuale e non economica;
2. minori definiti "casi complessi" che necessitano di protezione e tutela in quanto allontanati o a rischio di allontanamento, per i quali la compartecipazione è progettuale ed economica suddivisa al 50% tra Enti titolari della gestione dei Servizi Sociali Territoriali (SST) e della funzione di tutela e protezione ed Azienda USL;
3. situazioni particolari di minori definiti "casi complessi" che necessitano di protezione e tutela, collocati con uno o entrambi i genitori quando tale collocazione congiunta sia orientata alla prevenzione dell'allontanamento in presenza di gravi pregiudizi nella condotta genitoriale. Specificatamente ci si riferisce a: minori per i quali, nonostante la collocazione in struttura con il/i genitore/i, sussista un provvedimento ex art. 403 c.c. e minori con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria (AG) che prescriva il mantenimento in contesto protetto degli stessi, indipendentemente dalle scelte genitoriali di permanenza in comunità. La compartecipazione

---

[1] Si veda il documento su integrazione, approvato in CTSSM, nel maggio 2017, Documento del Gruppo Tematico promosso dall'Ufficio di Supporto della CTSS metropolitana di Bologna sull'attuazione della DGR 1102/2014 "Linee d'indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento". Al fine di una definizione più puntuale dei casi complessi si ritiene necessaria una revisione del suddetto documento.

[2] Nell'ambito territoriale metropolitano di Bologna sono attivi i seguenti accordi:
- Accordo metropolitano per la costituzione dell'equipe di II livello "Il Faro"
- Accordo per il funzionamento del Centro Metropolitano A.A.A. (Adozione Affido Accoglienza)
- Accordo attuativo della convenzione quadro per la collaborazione istituzionale fra Città Metropolitana, Unioni e singoli Comuni dell'area bolognese per la costituzione dell'Ufficio Tutele Metropolitano

economica è suddivisa al 50% tra Enti titolari del SST e della funzione di tutela e protezione ed Azienda USL, unicamente per la retta del minore.

I minori definiti "casi complessi"[3] devono appartenere alle seguenti tipologie:
1. minori con disabilità accertata;
2. minori con diagnosi di problematiche di natura psico-patologica;
3. minori vittime di maltrattamento, abuso, trauma e violenza assistita.

Articolo 3
Gli impegni delle parti

Le parti si impegnano a svolgere le funzioni di tutela e protezione, assistenza e cura della salute e del benessere delle famiglie e della comunità attribuite loro dalla normativa nazionale e regionale vigente attraverso le modalità definite nel presente accordo.
In particolare:

- Gli Enti titolari per legge della gestione dei SST e delle funzioni di tutela dei/delle minori, nello specifico, esercitano tali mandati anche in collaborazione con i Servizi Sanitari, Educativi e con le Autorità giudiziarie competenti, prevedendo coordinamenti ed interventi specifici a favore dell'infanzia, dell'adolescenza ed a sostegno della genitorialità.
  Gli Enti titolari della gestione dei SST e delle funzioni di tutela dei/delle minori sono garanti del coordinamento delle UVM, eventualmente gestito in collaborazione con le UASS distrettuali a seconda delle modalità di funzionamento concordate a livello distrettuale.
- L'Azienda USL assicura la tutela della salute come diritto fondamentale della persona ed interesse della collettività attraverso l'esercizio delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. In particolare, ai fini del presente accordo, assicura l'assistenza alla famiglia, alla maternità e ai/alle minori attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie, partecipando periodicamente alle equipe di lavoro multiprofessionali secondo le modalità definite al successivo articolo 4.
  L'ambito delle attività comprende interventi multi-professionali complessi e coordinati di valutazione e presa in carico, integrati in rete con altre Istituzioni.
  Per i presidi ospedalieri dove presente, si garantisce il Servizio Sociale Ospedaliero (SSO) e si assicura l'impegno di un immediato raccordo con i SST competenti in relazione ai casi presi in carico.
  L'Azienda USL, attraverso la UASS distrettuale[4] o altro referente della Direzione Attività-Socio Sanitarie, concorre al coordinamento dell'UVM secondo delle modalità di funzionamento concordate a livello distrettuale.
  Le parti si impegnano inoltre a garantire le necessarie risorse finanziarie per la realizzazione delle prestazioni integrate secondo quanto definito all'articolo 5.

Articolo 4
Modalità per la realizzazione dell'integrazione organizzativa e professionale

Le parti concordano le seguenti procedure operative per assicurare una modalità unificata di accesso alla valutazione, alla presa in carico e alla realizzazione degli interventi sociali, sanitari ed educativi a favore dei minori in situazione di vulnerabilità, per i quali siano necessarie progettualità condivise, finalizzate all'obiettivo della tutela minorile e dei/delle minori "casi complessi" allontanati o a rischio di allontanamento dal nucleo familiare ai sensi della DGR 1102/2014.

---

[3] Ai sensi della DGR 1102/2014. Per la valutazione dei requisiti che definiscono i "casi complessi" si rimanda al documento approvato in CTSSM nel maggio 2017, eventuali successive modifiche del documento saranno acquisite senza necessità di modifica del presente accordo.

[4] Nel caso dell'Azienda USL di Bologna.

I prerequisiti che definiscono la complessità del caso sono costituiti dalla necessità di protezione/tutela e dalla necessità di una presa in carico integrata sociale e sanitaria per i/la minori allontanati o a rischio di allontanamento[5].

Ogni singolo percorso di presa in carico del/la minore e delle figure genitoriali viene realizzato ponendo al centro degli interventi la risposta ai bisogni del/la minore come interesse prioritario, la garanzia di qualità, continuità ed appropriatezza dei processi di accompagnamento, nella realizzazione delle azioni previste e nell'utilizzo degli strumenti.
La finalità del percorso è garantire ad ogni minorenne una valutazione appropriata della sua situazione e la relativa elaborazione di un Progetto integrato, partecipato, sostenibile e multidimensionale da realizzarsi in un tempo congruo.

4.1 Equipe multidisciplinare (EM) di presa in carico del/la minore e delle figure genitoriali

L'equipe responsabile della realizzazione operativa del percorso di accompagnamento del/la minore e della sua famiglia e dell'attuazione del progetto di presa in carico, è l'equipe multidisciplinare (EM).
Questa, a seconda dell'organizzazione territoriale, può rappresentare il primo punto di accesso o essere attivata successivamente dall'ETI.
A prescindere dalla sua collocazione organizzativa, è fondamentale che abbia carattere multidisciplinare e che la sua composizione si determini in funzione dei bisogni del/la minore.

L'equipe multidisciplinare è costituita da:
- assistente sociale responsabile del caso
- personale dei servizi educativi dell'area sociale e scolastici in base ai bisogni del/la minore
- professionisti/e dell'area sanitaria (psicologo/a qualora sia necessaria una valutazione/presa in carico integrata)
- componenti della famiglia (minore e figure genitoriali) ove possibile

In funzione dei bisogni del/la minore, l'equipe può essere ampliata**,** coinvolgendo ulteriori componenti quali:
- altri/e professionisti/e sanitari/e (ad esempio psicoterapeuta, psichiatra, neuropsichiatra, riabilitatore/trice, ecc…) che lavorano stabilmente con il/la minore o con i familiari (ad esempio: professionisti/e del SerDP o del servizio di Salute Mentale per adulti);
- personale dei servizi educativi e scolastici frequentati dal/dalla minore (Dirigente scolastico, educatori/trici, insegnanti, educatori/trici a sostegno delle autonomie, professionisti/e di sportello d'ascolto, ecc...);
- eventuali altri/e professionisti/e che seguono il/la minore e/o le figure genitoriali (Pediatri di Libera Scelta, operatori/trici di eventuali servizi semiresidenziali, professionisti/e dell'area della disabilità nel caso di disabilità del/la minore o di componenti della famiglia, Medici di Medicina Generale, ecc...);
- persone (professionisti/e e non) appartenenti alla comunità di riferimento della famiglia (ad esempio volontariato, associazionismo sportivo, culturale, educativo, ricreativo, parrocchie, vicinato, ecc...).

[5] Documento del Gruppo Tematico promosso dall'Ufficio di Supporto della CTSS metropolitana di Bologna sull'attuazione della DGR 1102/2014 "Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento". I servizi sociali ed educativo-scolastici del Comune di Bologna, nonché i servizi sanitari delle Cure Primarie e della Neuropsichiatria dell'Azienda USL di Bologna propongono alla valutazione integrata attraverso apposita modulistica gli utenti in carico che rientrano nell'ambito di applicazione del presente accordo. Il percorso di integrazione professionale prevede una prima fase realizzata nell'ambito delle ETI e un'eventuale seconda fase attuata in sede di UVM.

L'EM è responsabile della realizzazione operativa del percorso di accompagnamento del/la minore e della sua famiglia.

Le principali funzioni dell'EM sono:
- valutazione multiprofessionale e definizione di un progetto condiviso di presa in carico (progetto quadro, progetto di accompagnamento dell'affido familiare o progetto di vita), garantendo ove possibile il coinvolgimento sia del/la minore che della sua famiglia;
- monitoraggio costante della presa in carico insieme alla famiglia, se possibile, al fine di rilevare i cambiamenti e di valutare le condizioni che permettono la migliore risposta ai bisogni di crescita del/la minore. Per l'attuazione del progetto di presa in carico, deve essere indicato il/la responsabile del caso che assume funzioni di coordinamento tecnico del percorso socio-sanitario individuato;
- definizione e realizzazione operativa del percorso di accompagnamento della famiglia per tutta la sua durata, promuovendone il migliore livello di partecipazione[6];
- individuazione, accompagnamento e coinvolgimento dell'eventuale famiglia affidataria[7], struttura accogliente e/o soggetti appartenenti alla rete informale della famiglia;
- informazione al/alla minore in maniera chiara, comprensibile ed esaustiva, relativamente all'età, sulle ipotesi di intervento che lo/la vedono interessato/a;
- realizzazione dell'indagine socio-ambientale relativa al/alla minore che commette reato, (ex art. 9 DPR 448/88) in raccordo con USSM su richiesta della Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni e valutazione di personalità, dove richiesta e necessaria;
- supporto psicologico e/o psicoterapia (individuale, di coppia, genitore/caregiver-bambino/a, famigliare, di gruppo);
- apporto di interventi educativi sul parenting, anche a domicilio individuali o familiari o di gruppo, aventi come focus l'interazione genitore-figlio, le modalità di accudimento e le routine parentali, lo stress genitoriale, la sicurezza domestica o qualsiasi altro tema che ha portato la famiglia a essere oggetto dei servizi;
- cura dei rapporti con l'AG Minorile, ordinaria e il Giudice Tutelare, provvedendo ai vari adempimenti connessi e all'adeguata informazione del/la minore e della sua famiglia sia per gli aspetti inerenti all'ambito civile che penale;
- confronto periodico con i soggetti che hanno avuto e continuano ad avere un rapporto con il/la minore (servizi educativi, scuola, servizi sociali e sanitari, comunità di accoglienza, famiglie affidatarie, ecc...);
- coinvolgimento, quando si pongano esigenze di rivalutazione progettuale per condividere la prosecuzione dell'intervento, dell'equipe competente (equipe territoriale integrata, equipe di secondo livello).

4.2 Equipe territoriale integrata (ETI)

L'equipe territoriale integrata (ETI) è competente per i casi di vulnerabilità che richiedono un intervento integrato per la tutela del/la minore e per i casi complessi[8].

La composizione base dell'equipe territoriale integrata è la seguente:
- responsabile dell'Area Tutela Minori del SST (o suo delegato) con ruolo di Coordinatore/trice

---

[6] A tale scopo si sottolinea, a livello esemplificativo, l'importanza di:
- tenere conto delle capacità, risorse e bisogni di ciascuno;
- considerare il livello e le modalità di partecipazione della famiglia che possono mutare;
- esplicitare alla famiglia il livello nel quale si sta lavorando;
- rileggere le eventuali difficoltà che emergono dalle persone coinvolte come elementi da rispettare e su cui continuare ad operare.

[7] In accordo con l'equipe Affido territoriale (eventuale raccordo con Centro Metropolitano AAA)

[8] Come previsto dalla DGR 1102/2014.

- assistente/i sociale/i responsabile/i dei casi proposti
- psicologo AUSL equipe Tutela Minori
- educatore/trice

In base agli specifici bisogni del/la minore e qualora si ravvisi la necessità di ulteriori competenze professionali, è possibile allargare la struttura dell'equipe a:
- educatori/trici professionali territoriali o domiciliari, di riferimento per i casi proposti (tutela e socio-assistenziale)
- responsabili dei servizi educativi/scolastici
- altre figure sanitarie afferenti ai servizi del DSM-DP (NPIA, CSM, SerDP, UO Psichiatria, UO Psicologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza), del DCP (MMG, PLS, Consultorio familiare e Spazio Giovani, ecc...)
- professionisti/e del SSO
- professionisti/e dei Servizi Disabili Adulti
- professionisti/e dell'USSM per un'adeguata presa in carico dell'adolescente/giovane adulto/a autore/trici di reato e per l'aggiornamento sui casi in carico all'USSM
- esperto giuridico[9] per approfondimenti ed indicazioni di natura procedurale/normativa

Le principali funzioni dell'ETI sono le seguenti:
- valutazione integrata del caso;
- elaborazione progetto di presa in carico (ad esempio: progetto quadro, progetto di accompagnamento dell'affidamento familiare, progetto di vita verso la maggiore età). Il progetto viene elaborato – dove possibile – con le Comunità/famiglie affidatarie, il/la minorenne e con le famiglie d'origine per tutti/e i/le minori collocati/e fuori famiglia entro il primo trimestre dall'inserimento;
- per i casi di sospetto abuso e maltrattamento (come delineati dalla DGR 1677/2013), definizione del Piano di trattamento integrato, conseguente alla necessaria protezione, e valutazione multidisciplinare, assicurando: tempestività, continuità e confronto tra i professionisti che si occupano del/la minore e degli adulti. Eventuale segnalazione all'equipe di secondo livello Centro Il Faro;
- definizione e attuazione dei percorsi di passaggio dalla minore alla maggior età dei/delle minori collocati/e fuori famiglia, per un'eventuale presa in carico dei servizi per adulti;
- valutazione dei/delle minori coinvolti/e in procedimenti penali minorili che presentano una situazione di elevata complessità, dove alla condotta penalmente rilevante si sommano altri fattori quali abuso di sostanze, psicopatologia o altro. Valutazione integrata e finalizzata ad evidenziare caratteristiche e bisogni del/la minore, rispetto ai quali costruire un programma di presa in carico, individuando contestualmente enti ed operatori responsabili della sua attuazione;
- verifica ed aggiornamento periodico, di concerto con USSM, sui casi finalizzati anche alla valutazione di eventuali collaborazioni volte al reinserimento del/della ragazzo/a nella fase di uscita dal percorso penale;
- verifica periodica dei casi valutati e presi in carico;
- attivazione dell'unità di valutazione multiprofessionale (UVM);
- trasmissione del progetto di presa in carico all'UVM per i casi potenzialmente complessi, così come definito dalla DGR 1102/2014.

L'ETI è operativa periodicamente, in base a quanto stabilito a livello territoriale, e, attraverso una valutazione integrata del caso, definisce e dispone interventi relativi alla presa in carico

[9] Accordo attuativo della convenzione quadro per la collaborazione istituzionale fra Città Metropolitana, Unioni e singoli Comuni dell'area bolognese per la costituzione dell'Ufficio Tutele Metropolitano.

(eventualmente anche prima dell'intervento dell'AG), favorendo forme di collaborazione fra servizi. Nel caso non vi siano le condizioni giuridiche o il consenso dei genitori a tale valutazione, si attenderanno disposizioni dell'AG.

Quando l'ETI, svolta un'adeguata valutazione, ritenga che il caso possa considerarsi complesso secondo quanto previsto nella DGR 1102/14, elabora il progetto e lo sottopone all'UVM Minori per la definizione di "caso complesso", l'eventuale integrazione/modifica e convalida del progetto.

Il/la responsabile dei Servizi Sociali Territoriali - Area Tutela Minori identifica il Coordinatore dell'ETI. Il/la coordinatore/trice dell'ETI ha il compito di curare la verbalizzazione degli incontri e di trasmettere il verbale a tutti gli/le interlocutori/trici coinvolti/e ed all'UVM (nel caso in cui si intenda sottoporre casi in UVM).

Periodicamente l'ETI si confronta sugli inserimenti fuori famiglia di minori del proprio territorio (affidi, collocamenti in comunità di minori soli o con il/i genitore/i) con l'obiettivo di rilevare e analizzare in modo condiviso i bisogni, le problematiche socio-relazionali e il disagio a livello distrettuale, nell'ottica di promuovere progetti ed azioni congiunte sul territorio. Qualora questi casi non si riescano a valutare nella normale attività dell'ETI, il/la coordinatore/trice dell'ETI convoca una seduta straordinaria dedicata al confronto ed all'approfondimento progettuale su questi casi. Nel confronto su questi casi è auspicabile il coinvolgimento del/la responsabile della UASS distrettuale (o referente della DASS) e dei/le referenti dell'Equipe Affido distrettuale.

4.2.1 Equipe territoriale integrata Protezioni Internazionali

Nel distretto Città di Bologna è operativa periodicamente una Equipe territoriale integrata tra Servizio Sociale Protezioni Internazionali di ASP Città di Bologna ed Azienda USL di Bologna che vede la presenza del/la Responsabile del Servizio Sociale Protezioni internazionali con funzione di Coordinamento, degli/delle Assistenti sociali e degli/delle Educatori/trici responsabili/referenti dei casi trattati e di un referente sanitario del Servizio di Neuropsichiatria infantile. Anche questa ETI vede la presenza di ulteriori professionalità dei Servizi Sanitari o Sociali qualora la specificità o complessità dei casi lo renda necessario.

4.3 Unità di valutazione multi-professionale (UVM)

L'UVM è composta da figure professionali dotate di autonomia/responsabilità tecnica e gestionale sui servizi sociali e sanitari, in grado di assumere decisioni relativamente alla spesa degli interventi, eventualmente integrata dall'equipe territoriale proponente il caso (ex DR 1102/2014).

I componenti dell'UVM sono:
- responsabile UASS Distrettuale o suo/a delegato/a (coordinamento o co-coordinamento UVM) o referente della DASS
- responsabile dei Servizi Sociali Territoriali o suo/a delegato/a (coordinamento o co-coordinamento dell'UVM)
- responsabile NPIA (o suo delegato)
- responsabile/coordinatore/trice Servizi Educativi (laddove presente)
- eventuali professionisti/e che seguono il/la minore e/o le figure genitoriali dei casi trattati in UVM

In relazione a specifiche situazioni da trattare possono essere anche coinvolti:
- referenti dei SST funzione socio–assistenziale con competenza sui casi trattati
- altri professionisti sanitari del DSM-DP e/o DPC
- professionisti/e dei Servizi per Disabili Adulti

- Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale
- referenti del Centro metropolitano AAA Adozione Affido Accoglienza (equipe territoriali)
- professionisti/e dei Consultori
- professionisti/e del SSO
- referenti settore Istruzione
- referenti della Comunità di accoglienza
- altri/e professionisti/e o altre figure di riferimento per il/la minore

L'UVM esercita le seguenti funzioni:
- valutazione ed eventuale ridefinizione della proposta di progetto formulata in sede di ETI;
- validazione del progetto di presa in carico e autorizzazione degli interventi che comportano prestazioni socio-sanitarie integrate con compartecipazione economica;
- valutazione e autorizzazione di eventuali risorse aggiuntive necessarie per l'inserimento in una comunità residenziale o per altri progetti di tutela/assistenza;
- verifica periodica dell'andamento dei progetti, in particolare in relazione ai tempi della valutazione integrata e alla realizzazione degli interventi necessari al raggiungimento degli obiettivi progettuali condivisi;
- definizione dei percorsi di passaggio del/la minore alla maggiore età dei/delle minorenni collocati/e fuori famiglia, per un'adeguata presa in carico dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per adulti;
- garantisce, attraverso la definizione di percorsi di protezione ed eventuali accordi con le comunità di accoglienza, l'accoglienza appropriata e tempestiva dei/delle minori nei casi urgenti (ex DGR n.1677/2013);
- rivalutazione periodica al fine di verificare se le condizioni di sussistenza dei requisiti di complessità previsti dalla DGR 1102/14[10] che hanno indentificato la situazione quale "caso complesso"[11] permangano o se la situazione si sia modificata sul piano sanitario, sociale o giuridico, comportando un quadro che richieda una modifica della compartecipazione in capo agli Enti.

Per coordinamento dell'UVM si intendono le attività di istruttoria circa l'appropriatezza delle situazioni e dei materiali inviati, convocazione, moderazione e verbalizzazione degli incontri. Queste funzioni possono essere gestite, in accordo con il/la coordinatore/trice, da chi svolge una funzione di co-coordinamento.
Di norma l'UVM si incontra una volta al mese con calendario concordato e comunicato ad inizio anno.
Ai fine della verbalizzazione si concorda che è necessario predisporre:
- un verbale complessivo della seduta in cui viene indicato: presenti, casi affrontati, casi ritenuti complessi (con tipologia) e dettaglio della compartecipazione economica (inclusa data di avvio concordata). Sottoscritto da tutti i presenti.
- una scheda[12] per ogni caso discusso (con descrizione del caso, progetto di intervento e dati anche per fini contabili amministrativi – data avvio intervento e compartecipazione) da allegare ai verbali. La scheda è elaborata in ETI prima dell'UVM, dove, per i casi valutati come complessi, viene completata con i dati relativi all'intervento e alla compartecipazione. Viene firmata dal RC e, in caso di compartecipazione, da chi autorizza la spesa (per AUSL, referente DSM NPIA).

4.4 Equipe di secondo livello

Per i casi di particolare complessità, il cui trattamento evidenzi criticità di processo clinico, sociale o giuridico, è opportuno il coinvolgimento dell'equipe di secondo livello.

---

[10] Si rimanda al documento approvato in CTSSM nel maggio 2017, eventuali successive modifiche del documento saranno acquisite senza necessità di modifica del presente accordo.
[11] Secondo quanto previsto dalla DGR 1102/14.
[12] Si prevede di definire un modello di scheda per la verbalizzazione uniforme in ambito aziendale.

4.4.1 Equipe di secondo livello IL FARO

L'equipe di secondo livello IL FARO interviene sostiene e coadiuva i servizi di primo livello principalmente nelle situazioni di maltrattamento, abuso e violenza assistita con esiti traumatici con prospettiva di lavoro sul trauma complesso con una metodologia ecologica di intervento.
Il funzionamento dell'equipe di secondo Livello Centro Specialistico IL FARO è definito da apposito Accordo Metropolitano[13] e dalla DGR 1627/21.

4.4.2 Centro Metropolitano AAA (Adozione Affido Accoglienza)

Il Centro Metropolitano AAA (Adozione Affido Accoglienza) promuove e coordina attività di livello metropolitano e distrettuale volte a favorire un organico sviluppo delle azioni in materia di Adozione, Affido e Accoglienza.
Il funzionamento del Centro Metropolitano AAA è definito da apposito Accordo Metropolitano[14].

4.5 Procedure d'emergenza

Qualora si renda necessario adottare un allontanamento immediato ed urgente del/la minore in presenza di grave pregiudizio ex art. 403 c.c., per disposizione dell'AG, o con consenso iniziale dei/del genitori/e contestualmente alla segnalazione all'Autorità giudiziaria, il/la Coordinatore/trice dell'ETI provvederà a contattare lo/a psicologo/a referente dell'ETI per l'Azienda USL a cui verrà presentata la situazione e le condizioni di urgenza al fine di condividere le modalità di attuazione dell'allontanamento e gli interventi immediati da attuare.
Qualora ricorrano le condizioni di cui alla DGR 1102/2014, il Servizio Sociale che ne ha disposto l'attuazione si attiva per portare in ETI e successivamente in UVM il caso non appena possibile. In seguito, in sede di ETI e poi di UVM, con i tempi necessari per una più approfondita analisi del caso, si procederà a ratificare o modificare il progetto di intervento inizialmente posto in essere.
Nel caso della procedura di emergenza l'Azienda USL procederà, per la propria parte di competenza economica inerente i "casi complessi" ex DGR 1102/14, al pagamento delle spese sostenute nella fase di urgenza, salvo inserimenti in pronta accoglienza, previo il rispetto delle procedure sopra indicate e la ratifica da parte dell'UVM (vedi anche art. n. 5).

4.6 Definizione delle prestazioni integrate

Nell'ambito del Progetto quadro vengono definiti gli interventi a carico dei diversi servizi sociali, educativi e sanitari che partecipano alla presa in carico integrata.
In particolare, devono essere incluse nel progetto, qualora se ne ravvisi la necessità, le prestazioni integrate che necessitano di compartecipazione finanziaria ai sensi della DGR 1102/2014, ossia: affidamento familiare, accoglienza in comunità[15] e assistenza educativa domiciliare e/o educativa territoriale intensiva[16].

---

[13] Accordo Metropolitano per la costituzione dell'equipe di II livello "Il Faro".

[14] Accordo per il funzionamento del Centro Metropolitano A.A.A. (rinnovato a maggio 2022).

[15] Per l'accoglienza in comunità si fa riferimento alla D.G.R. 1904/2011 "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari", integrata con le modifiche apportate dalla D.G.R. 1106/2014 "Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. 19 dicembre 2011, n. 1904", che prevede la seguente tipologia: Comunità familiare; Comunità casa famiglia multiutenza; Comunità educativa residenziale; Comunità educativa semiresidenziale; Comunità residenziale educativo-integrata; Comunità semiresidenziale educativo-integrata; Gruppo appartamento; Comunità per l'autonomia; Casa/Comunità per gestanti e per madre con bambino.

[16] Così come prevista dalle *Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento*, allegato alla DGR 1102/2014, al punto "2. Compartecipazione finanziaria". La compartecipazione verrà valutata in base agli obiettivi degli interventi educativi.

Tutte le prestazioni integrate che necessitano di compartecipazione finanziaria devono essere autorizzate dall'UVM.
Al di là dei "casi complessi" ai sensi della DGR 1102/14, il cui inserimento in comunità deve essere autorizzato dall'UVM, si ritiene che di tutti i casi di minori soli inseriti in Comunità (anche non DGR 1102/14) sia opportuna la condivisione in ETI e la comunicazione all'UVM.

4.7 Nuove aree di bisogno e processo di committenza congiunta

La pandemia covid 19 ed il periodo post-pandemico hanno evidenziato l'emergere, in soggetti in età evolutiva, di un'area di disagio psicosociale con caratteristiche nuove rispetto alle quali le risposte che attualmente i servizi sociali e sanitari sono in grado di mettere in atto si dimostrano non sempre del tutto adeguate, in relazione alle diversificate traiettorie personali, relazionali, cliniche e di contesto che disegnano.
L'aumento di quadri clinici con disregolazione emotiva, comportamenti problema rilevanti, utilizzo di sostanze psicoattive in persone che non aderiscono a proposte di inclusione sociale tradizionali (tirocini, inserimenti lavorativi o formativi, gruppi socio educative, etc.) tende a ridurre lo spazio per un ingaggio efficace da parte dei servizi, aumentando il rischio del ricorso a risposte in urgenza.
Tale quadro rende necessaria una fase di studio e di confronto fra tutti i servizi che, a vario titolo e con mandati diversi, sono impegnati in questo ambito, partendo da un'analisi dei casi che più di altri hanno messo in difficoltà i servizi, facendone emergere le prevalenti criticità. Importante sarà prevedere, inoltre, percorsi formativi congiunti dai quali possano scaturire progetti di miglioramento, anche valorizzando le buone prassi e le risorse che ogni area distrettuale ha sviluppato nel corso del tempo.
È altresì necessario consolidare e sviluppare i percorsi di coordinamento e di approfondimento metropolitano circa l'accoglienza dei/delle minori fuori famiglia con la finalità di innovare costantemente, in rete con gli/le attori/trici del sistema, l'offerta a favore dei/delle minori in carico ai servizi sociali e sanitari. Particolarmente sul versante delle comunità educative integrate si rende necessario ipotizzare un confronto volto a garantire una risposta più efficace nella gestione dei casi di maggior complessità, valutando modalità di supporto specifico da parte dei Servizi socio sanitari al fine di salvaguardare le accoglienze.
In considerazione dell'emergere di casi con caratteristiche che non sempre trovano risposte nella rete dell'offerta dei rispettivi Servizi, sarà possibile definire progetti che integrino le risorse professionali e di intervento in modo innovativo ed individualizzato.

In questa direzione si pone il progetto avviato nell'aprile 2024 del Centro Diurno per minori con problemi psicopatologici gestito dalla NPIA/PPEE della Ausl di Bologna, volto a supportare percorsi di post-acuzie ed interventi preventivi sulla crisi in raccordo anche con la rete delle comunità[17].

Questi percorsi sinergici di miglioramento, alcuni dei quali già avviati, richiedono una valorizzazione del lavoro di rete nei singoli distretti attraverso l'impegno dei/delle professionisti/e, delle Equipe territoriali integrate e delle UVM a sostegno di progettualità individualizzate che possano fare sintesi di competenze ed integrazione di risorse per fronteggiare ed accompagnare l'evoluzione dei casi complessi su più dimensioni.

[17] Si segnala inoltre, la DGR 1323/2024, APPROVAZIONE PROGETTO PER L'IMPLEMENTAZIONE DI REPARTI OSPEDALIERI DI AREA VASTA DEDICATI ALLA PSICOPATOLOGIA DEI/DELLE MINORI ETÀ 0-17 ANNI, per l'apertura a Bologna di un reparto di 7 posti letto per ricoveri in acuzie per AVEC, che consentirebbe al/alla minore, che necessita di ricovero per un disturbo psichiatrico, di poter trovare accoglienza in una struttura ospedaliera specificamente pensata e organizzata per le necessità del suo disturbo e del suo momento di crescita.

A partire dalla ricognizione e dall'analisi dei servizi domiciliari e di accoglienza residenziale e semi-residenziale attivi sul territorio, le parti attivano modalità di committenza congiunta verso i soggetti produttori dei servizi e delle prestazioni integrate.

Articolo 5
Risorse economiche e compartecipazione

Enti titolari della gestione dei SST e Azienda USL mettono a disposizione le necessarie risorse a carico dei rispettivi bilanci per il finanziamento delle prestazioni integrate indicate all'articolo n. 4, ai punti 5 e 6.
La spesa relativa agli interventi rivolti ai minori casi complessi è ripartita al 50% tra bilancio sociale e bilancio sanitario.
Si precisa inoltre che come previsto dalla DGR 1102/14:

- per i/le minori inseriti/e in strutture di pronta accoglienza la spesa è a totale carico del bilancio sociale;
- per i/le minori inseriti/e in strutture sanitarie accreditate[18] la spesa è a totale carico del Servizio Sanitario Regionale. L'inserimento in strutture sanitarie[19], motivato da necessità di cura condivise dall'EM, dall'ETI e convalidate in UVM, prevedono un monitoraggio frequente e costante. Tali percorsi, devono prevedere che, ove sia necessario far seguire un percorso residenziale socio-educativo, sia individuata per tempo la struttura più adeguata e rispondente al progetto di tutela del/della minore.

Le fatture dei gestori dei servizi per minori (Comunità, centri diurni, …) devono essere addebitate per intero agli Enti gestori dei Servizi Sociali per Minori (EELL, ASP, ASC, …) i quali poi provvederanno ad addebitare alla Azienda Ausl il rimborso del 50% della spesa[20].

Non potranno essere addebitate all'Azienda USL spese relative a trasporti, acquisto materiale didattico e spese personali.

La retroattività della compartecipazione può essere prevista solo nei casi di emergenza/urgenza e solamente quando da parte del Servizio che ha attivato l'ingresso del minore nella rete dei servizi (Comunità o altro) abbia contestualmente informato tempestivamente l'UVM (cioè gli altri servizi che la compongano) indicando i requisiti di gravità che lo definiscono come potenziale caso complesso.
Al fine di rispettare i principi di corretta gestione contabile, è escluso il riconoscimento di compartecipazione con effetto retroattivo, qualora la richiesta pervenga all'Azienda Usl dopo il 31/12 dell'anno di riferimento senza una tempestiva comunicazione (prima della fine dell'anno) che segnali la particolare situazione.

---

[18] In relazione alle strutture sanitarie accreditate della Regione Emilia-Romagna si fa riferimento alla Legge Regionale n. 22/2019 "Nuove norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private" (Abrogazione LR 34/1998 e modifiche LR 2/2003, LR 29/2004 e LR 4/2008). E in particolare alla DGR 911/2007 "Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA): requisiti specifici di accreditamento delle strutture e catalogo regionale dei processi clinico-assistenziali". Per strutture fuori Regione è necessario fare riferimento alle relative norme regionali.

[19] Quando il/la minore proveniente da Comunità compartecipata è ricoverato/a in struttura ospedaliera o SPDC o struttura sanitaria equivalente, le eventuali variazioni della retta alla Comunità e della proporzione delle quote di compartecipazione sono definite nell'ambito del contratto con l'Ente gestore della Comunità e definite, a livello distrettuale, in base agli accordi tra Ente gestore della Comunità, Enti gestori dei Servizi Sociali Minori e Azienda USL.

[20] Nell'ambito dell'Azienda USL di Imola le rette per strutture residenziali e semiresidenziali e interventi educativi sono direttamente fatturate separatamente (50% e 50%) dagli enti gestori ad Azienda USL di Imola e ASP Circondario Imolese.

Nell'ambito dell'Azienda USL di Bologna, le fatture di rimborso per servizi offerti ai minori casi complessi da DGR 1102/14 non si potranno addebitare direttamente alla Azienda USL.

Articolo 6
Durata

Il presente accordo ha validità quinquennale dalla data di sottoscrizione.
Il presente accordo potrà essere modificato e revocato in qualsiasi momento a seguito di mutamenti, anche di natura legislativa, che dovessero intervenire.
Il presente accordo sarà comunque valido fino alla stipula del successivo, e potrà essere prorogato, ove necessario, al fine di garantire la continuità delle attività.

Articolo 7
Funzioni di governo e vigilanza

Il presente accordo si inquadra tra gli strumenti di regolazione dell'integrazione socio-sanitaria istituzionale e rientra pertanto tra le competenze della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana, la quale demanda agli ambiti distrettuali la funzione di vigilanza.
Il Comitato di distretto, una volta riscontrata la presenza di ritardi o negligenze nella realizzazione degli interventi, provvede a darne comunicazione alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana e ai soggetti firmatari dell'accordo e agirà nei modi che riterrà più opportuni al fine di concordare soluzioni o interventi da adottare, ivi compresa la possibilità di proporre la modifica degli interventi previsti.
L'Ufficio di Piano garantisce la funzione di supporto al Comitato di Distretto per l'attività di governo e monitoraggio degli impegni assunti dalle parti e, in particolare, realizza l'attività di accompagnamento all'applicazione dei contenuti dell'accordo.
I contenuti delle azioni messe in campo, il fabbisogno espresso e le risorse impegnate dovranno trovare una propria definizione nella programmazione annuale del Piano di Zona per la Salute e per il Benessere Sociale.

Articolo 8
Impegni per l'implementazione dell'accordo

In considerazione del valore innovativo ed evolutivo delle forme di integrazione organizzative, professionali e finanziarie tra sociale e sanitario previste nel presente accordo, le parti convengono che dovranno essere messe in campo tutte le azioni utili a sostenere complessivamente l'attività socio-sanitaria-educativa integrata in riferimento alla rilevazione ed alla risposta a nuovi bisogni e problematiche emergenti dai territori, oltre alle azioni di presidio degli strumenti elaborati congiuntamente e sperimentati nella pratica operativa.

Articolo 9
Formazione

Le parti convengono che tra le funzioni di accompagnamento finalizzate alla realizzazione dei contenuti dell'accordo, un ruolo predominate spetta alla formazione continua ed all'aggiornamento degli operatori. Il compito della formazione sarà quello di costruire un ampio ambito di sapere esperienziale comune tra operatori afferenti a servizi e ambiti disciplinari diversi attraverso percorsi di apprendimento e condivisione che tengano insieme saperi, competenze ed emozioni.
Nell'ambito formativo ci si avvale inoltre delle risorse formative e di consulenza dell'Ufficio Tutele Metropolitano[21].

[21] Accordo attuativo della convenzione quadro per la collaborazione istituzionale fra Città Metropolitana, Unioni e singoli Comuni dell'area bolognese per la costituzione dell'Ufficio Tutele Metropolitano.

Le attività formative verranno programmate annualmente, anche in considerazione dei percorsi promossi a livello metropolitano ed in integrazione a quelli pianificati a livello distrettuale.

Articolo 10
Raccolta dati e sistema informativo

Le UVM si impegnano a raccogliere i dati relativi ai casi valutati e agli interventi attivati/autorizzati con cadenza semestrale attraverso modalità concordate a livello metropolitano[22].
Per il monitoraggio degli interventi saranno altresì raccolti semestralmente i dati economici da parte dei Servizi amministrativi competenti.

[22] Al momento della scrittura di questo Accordo, nel territorio dell'Azienda USL di Bologna è la Direzione Attività Socio-Sanitarie che raccoglie i dati relativi ai minori valutati in UVM, ma è in corso uno sviluppo del sistema informativo Garsia Cartella Minore, finalizzato alla raccolta dei dati relativi ai "casi complessi" da DGR 1102/14.