

Milano



Comune
di Milano

Milano, 1 dicembre 2010

Egr.
Dott. Mario Zevola
Presidente del Tribunale per i
Minorenni di Milano
Via Leopardi, 18
20121 Milano

Oggetto: Protocollo d'Intesa per la tutela dei minori con particolare riferimento ai minori soggetti a provvedimenti dell' Autorità Giudiziaria.

Gentile Dottore

ho il piacere di comunicarLe che in data **23.11.2010** l'Amministrazione Comunale ha sottoscritto con ASL di Milano il Protocollo d'Intesa in oggetto che ne disciplina i rapporti e le reciproche competenze nel rispetto della normativa vigente in materia (D.P.C.M. 14.02.2001 e D.P.C.M. 29.11.2001).

Nel trasmetterLe copia del suddetto accordo al quale tutti gli operatori della scrivente Amministrazione si atterranno, Le evidenzio in particolare il punto 4 che sancisce le responsabilità del Comune di Milano e dell'ASL di Milano.

Nell'ottica di una fattiva collaborazione tra Istituzioni Pubbliche La prego di voler provvedere a diffondere il documento presso i Magistrati del Suo ufficio, affinché nei decreti di codesta Autorità Giudiziaria si incarichi direttamente l'ASL di Milano per quanto di sua competenza.

Le segnalo infine la mia disponibilità, congiuntamente ad ASL di Milano e secondo quanto previsto dal punto 6 del Protocollo, per un incontro di ulteriore approfondimento che la S.V. dovesse ritenere necessario.

Nel ringraziarLa per la sempre cortese collaborazione, l'occasione mi è gradita per augurarLe un felice Natale e un sereno Anno Nuovo.

Distinti saluti.

Il Direttore Centrale Famiglia, Scuola e Politiche Sociali

Dott.ssa Carmela Madaffari

Largo Treves n. 1 - 20121 Milano

Tel. +39 02 884.53373/98 - fax 02.884.63193

E-mail: fsp.famiglia@comune.milano.it

Web: www.comune.milano.it/servizisociali

**Protocollo d'intesa per la tutela minori
con particolare riferimento ai minori soggetti
a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria**

Tra il Comune di Milano e l'ASL di Milano

- ✓ ad esecuzione di quanto definito nel vigente Accordo di Programma per il punto 7, per l'area minori e famiglia
- ✓ visti i riferimenti legislativi e amministrativi sintetizzati e raccolti nella **SEZIONE NORMATIVA – Allegato n. 1**, parte integrante del presente Protocollo

Premesso che:

il paradigma multidimensionale e plurale della condizione minorile, adolescenziale e giovanile, nello scenario socioculturale odierno, esige competenze pluridisciplinari nell'approccio e nella presa in carico sia istituzionale che funzionale, che attengono sia all'Ente Locale, come referente e garante della tutela del minore, dei suoi bisogni socio educativi e della sua famiglia; sia all'ASL, come referente e garante dei bisogni sanitari e sociosanitari di tutti i cittadini;

SI CONCORDA QUANTO SEGUE:

1. L'oggetto del Protocollo, nel quadro della prevenzione, dell'assistenza socio-educativa, sociosanitaria, della cura, della riabilitazione, è riferito alla **tutela del minore** e della sua famiglia, con particolare riferimento ai minori soggetti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria.
2. Le rispettive competenze *istituzionali*, dentro il paradigma dell'integrazione istituzionale, organizzativa e funzionale, sono definite dalla L.r. n. 34/2004, dalla L.r. n. 3/2008 e dalla D.G.R. n. 7/20100 del 23.12.2004, così come si evince dall'**Allegato 2**, parte integrante del presente Protocollo.
3. Le competenze sanitarie e socio-sanitarie degli interventi sono comunque definite dai Livelli Essenziali di Assistenza, così come si evince dall'**Allegato 3**, parte integrante del presente Protocollo.
4. Le competenze sotto il profilo della responsabilità e della presa in carico, sono in capo:
⇒ **al Comune**, per gli interventi di sostegno ai minori esposti a situazioni di disagio, di disadattamento, di devianza e per il disagio familiare; per gli interventi sociali e socio-educativi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili e amministrativi, di cui alla **Sezione Normativa**;

⇒ All'ASL, per gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza sanitaria e socio-sanitaria, ivi compresa l'assistenza psicologica, la psicoterapia e il recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi, e comunque per gli interventi sanitari e socio-sanitari previsti e di cui alla **Sezione Normativa**;

Ai rispettivi Enti dovranno essere riferiti, qualunque sia il committente o il referente, le situazioni riconducibili alla condizione soggettiva di disagio (Comune) o di abuso (ASL).

5. di attivare un **gruppo misto di monitoraggio e verifica** dell'attuazione del presente Protocollo, composto da 3 tecnici individuati da ciascun Ente, eventualmente differenziati per tipologia di intervento, e dai dirigenti del Settore Politiche della Famiglia del Comune di Milano e del Servizio Famiglia del Dipartimento ASSI dell'ASL, eventualmente supportati da figure consulenti su materie specifiche messe a disposizione dai due Enti. In tale contesto possono essere concordate nel tempo modifiche al presente Protocollo.
6. di coinvolgere il Tribunale per i Minorenni e la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, per la condivisione dei percorsi individuati dal presente Protocollo e la conseguente intesa sulle modalità per l'invio dei mandati agli Enti referenti. In tale contesto si colloca anche l'opportunità di definire un accordo congiunto con l'autorità giudiziaria stessa riguardante la responsabilità in capo al Comune e all'Asl nella individuazione e nella scelta della tipologia di intervento da adottare - in base alle specifiche competenze di legge - conseguentemente a provvedimenti di tutela e di sostegno emessi dall'Autorità Giudiziaria a favore dei minori e delle loro famiglie.
7. di organizzare e gestire gli interventi oggetto del presente protocollo in base alle indicazioni contenute nella **SEZIONE OPERATIVA**.

SEZIONE OPERATIVA

La sezione operativa definisce nel dettaglio le modalità di rapporto tra i 2 enti, articolate per tipologia di intervento e di servizio e stabilisce i tempi previsti per la conclusione delle singole attività.

Ciò dopo aver condiviso che: ogni **piano di intervento personalizzato** costruito da ciascun Ente responsabile in base ad obiettivi espliciti e, ove possibile, convergenti, richiede una comunicazione strutturata sugli interventi attivati, gestiti o conclusi ed una costante azione di collaborazione tra i servizi e tra gli operatori, pur all'interno dei livelli di responsabilità propri di ciascun ente.

Si compone di una parte generale – tabella sintetica – e di una parte descrittiva riguardante le procedure condivise in relazione alla gestione degli interventi.

La **tabella sintetica**, in base alla vigente normativa, individua le responsabilità di ciascun Ente ponendole in relazione alle diverse tipologie di intervento riguardanti l'area della tutela dei minori; ciò come presupposto di fondo per poter garantire un'azione integrata in grado di fornire risposte tempestive ed adeguate al complesso sistema dei bisogni, ponendo al centro i minori e le loro famiglie.

Tabella sintetica

1. Comune di Milano: Indagine sociale (comprende gli interventi di indagine/valutazione di tutte le richieste provenienti dall'A.G. sulle condizioni familiari e sociali di minori in situazione di pregiudizio, salvo i casi di minori vittime di abuso, che implicano sin dall'inizio il coinvolgimento dell'ASL)
2. Comune di Milano: Interventi sociali e socio-educativi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi ovvero progettazione, attivazione e monitoraggio di piani di intervento personalizzati e familiari comprendenti: ✓ interventi sociali, socio-educativi, domiciliari, territoriali, per minori in stato di disagio; ✓ accoglienza in Comunità educative o familiari ✓ supporto sociale ed economico alle famiglie con minori, anche affidatarie ✓ affidi etero-familiari a tempo pieno o parziale - su disposizione del GT o del TM ✓ regolamentazione dei rapporti tra minori e genitori non conviventi in situazioni di conflittualità familiare; ✓ esercizio della potestà genitoriale in caso di Tutela Giuridica per sospensione o decadenza della potestà genitoriale, con o senza la dichiarazione dello stato di abbandono, fino all'eventuale definizione dell'eventuale procedimento di adozione con relativa cura dei suoi interessi in ogni contesto;
3. ASL Milano: Interventi di prevenzione, diagnosi cura e assistenza, ivi compresa l'assistenza psicologica, la psicoterapia e la riabilitazione psichica dei minori vittime di abusi, e maltrattamento fisico e/o psicologico
4. ASL Milano: Interventi sanitari e socio-sanitari, conseguenti ad accertate necessità dello stato di salute psicofisica, in favore di minori, coppie o famiglie attraverso la progettazione attivazione e il monitoraggio di piani di intervento personalizzati comprendenti: ✓ Attivazione di percorsi di valutazione diagnostica e di eventuale intervento terapeutico ✓ Invio/coinvolgimento di altre Unità d'Offerta accreditate del sistema sanitario (servizi specialistici ospedalieri o altri Enti sociosanitari convenzionati), qualora ritenuto più congruo e opportuno, in particolare per: • Prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, a tutela delle persone affette da disturbi mentali (adulti e minori), con partecipazione al 60% della spesa da parte dell'utente o del Comune, ove trattasi di strutture residenziali a bassa intensità assistenziale sanitaria • Prestazioni di tipo domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale per la tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga.

**Pratiche condivise relativamente alle 4 aree di intervento
indicate nella Tabella sintetica**

- A. L'Ente responsabile è individuato operativamente e territorialmente nei *servizi di riferimento* che sono i **Servizi Sociali della Famiglia (SSDF)** per le 9 zone del decentramento comunale e i **Consultori Familiari Integrati (CFI)** per i 5 Distretti socio-sanitari di Milano. I Servizi di riferimento restano *referenti unici* per l'interfaccia istituzionale tra i due Enti, I Responsabili del SSDF e del CFI riferiscono ai rispettivi livelli gerarchici e funzionali, per ogni problematica emergente sulla gestione del Protocollo, da riportare al Gruppo di Monitoraggio
- B. **Comunicazione strutturata:** qualora durante lo svolgimento degli interventi di propria competenza o alla loro conclusione uno dei due Servizi individuati rilevi elementi di disagio (socio-educativi - socio-sanitari) rientranti nella competenza professionale e istituzionale dell'altro Servizio, inoltra *in forma riservata* all'altro Servizio (rispettivamente c/o Coordinamento Minori per il Comune e c/o Dipartimento ASSI - S.C. Famiglia per l'ASL) **segnalazione con acclusa documentazione** contenente motivazione dell'invio, mandato dell'AG e valutazioni parziali o complete effettuate. L'*Ente ricevente* provvede a valutare l'esistenza di eventuali aspetti di propria competenza, definisce il nucleo operativo o servizio interno o esterno che effettua la valutazione, la diagnosi e l'eventuale trattamento specifico del caso, dando comunque al **Servizio inviante**, *entro un massimo di mesi 3*, comunicazione del proprio processo di valutazione/intervento o diagnosi/cura attivato e, in alternativa, le motivazioni sulla sua mancata effettuazione. L'avviso all'esercente la potestà di tale segnalazione su eventuali necessità di interventi propri di altri servizi va sempre accompagnato dall'invito a presentarsi anche spontaneamente - se lo condivide - per richiedere valutazioni/interventi più opportuni;
- C. **La rete** degli operatori e servizi/agenzie coinvolte nel processo di valutazione/intervento, diagnosi, cura è di norma promossa, coordinata funzionalmente e convocata dal Servizio appartenente all'Ente responsabile individuato (come da tabella sintetica);
- D. Gli operatori del Comune e dell'ASL, incaricati dai propri responsabili per gli interventi sui singoli casi di minori e dei loro nuclei familiari sono tenuti a raccordarsi opportunamente, partecipando anche agli incontri all'uopo promossi presso la sede del servizio responsabile dell'intervento. .
- E. **Attività convergenti:** gli operatori del Comune e dell'ASL - in presenza di provvedimenti o richieste di indagine dell'AG - espletate le comunicazioni previste (come specificato al punto B), attivata la presa in carico di situazioni individuali e familiari di minori, ciascuno per le proprie competenze, possono di volta in volta valutare, consultando preventivamente i propri responsabili tecnici e gerarchici, se effettuare parte degli interventi *in modo congiunto, parallelo o sequenziale*, orientandosi al criterio di maggior efficacia ed efficienza possibile. Gli interventi nel loro complesso devono comunque essere orientati a criteri che ne semplifichino e facilitino l'accesso, anche tenendo conto delle capacità evolutive degli interessati e della necessità di garantire il maggior livello di collaborazione possibile nell'interesse del minore e della sua famiglia;
- F. I Servizi del Comune di Milano e dell'ASL possono sempre e in qualsiasi momento, in via formale, richiedere reciprocamente documentazione inerente le famiglie e i minori soggetti a provvedimento dell'AG, qualora il caso sia già noto e/o in carico ai rispettivi servizi diretti o

accreditati/convenzionati, nel rispetto della normativa in materia (privacy e segreto professionale).

G. Rapporto con Autorità Giudiziaria (T.M. – T.O. - Procure)

- ✓ **Ciascun Ente**, tramite i Servizi di riferimento relaziona all'A.G. per quanto attivato nel proprio ambito di responsabilità e competenze istituzionali. Su situazioni con interventi dei due Enti, gli operatori comunicano i rispettivi orientamenti, anche se le relazioni sono inviate disgiuntamente e su carta intestata di ciascun Ente; particolare attenzione viene posta in caso di posizioni diversificate, al fine di fornire all'A.G. elementi informativi improntati alla chiarezza, pur nella diversità delle conclusioni;
- ✓ Atteso che l'AG può comunque richiedere a qualsivoglia soggetto pubblico di relazionare sul minore interessato da provvedimenti in merito ad azioni e comportamenti del minore e dei genitori, dell'Ente che effettua percorsi educativi, sociali, socio-educativi, socio-sanitari, sanitari, *di norma* la restituzione all'A.G. degli elementi e delle comunicazioni sulle situazioni sottoposte a pregiudizio, **per il Comune è affidata al Coordinamento del SSDF, per l'ASL al Servizio Famiglia** del Dipartimento ASSI.
- ✓ Documentati tentativi di attivazione di processi di intervento e circostanziati esiti negativi per rifiuto di adesione ai progetti di intervento, devono dar luogo a provvedimenti conseguenti da parte dell'AG, senza riaprire ciclicamente percorsi già ampiamente sperimentati se non in presenza di contesti giuridici rinnovati o comunque di nuovi elementi comparsi nel contesto familiare e personale del minore;

H. Relazioni con il sistema scolastico. Gli operatori dei due enti, anche autonomamente, raccolgono e forniscono direttamente informazioni mirate alla scuola e/o alle altre istituzioni pubbliche o private coinvolte nel processo socio-educativo o di tutela psicofisica e sanitaria del minore, sempre nel rispetto delle norme sulla privacy e previo avviso all'esercente la potestà, fatti salvi gli obblighi deontologici al segreto in caso di ipotesi di reato e di avvio di percorsi penali conseguenti (ad es. colloqui tra educatore/insegnante o tra psicologo/Comunità o tra terapeuta/insegnante per rileggere e riorientare programmi, comportamenti, processi in favore del minore).

PRASSI SPECIFICHE PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO

1. Indagine sociale

Soggetti: Servizio Sociale della Famiglia (SSDF) o Pronto Intervento Minori (PIM);

Tempi massimi previsti: 3 mesi dall'avvio dell'indagine sociale; ulteriori 2 mesi qualora in relazione al mandato dell'A.G. si richiedano approfondimenti di competenza dell'ASL (es.: valutazione diagnostica del minore, della sua famiglia, accertamento dello stato di dipendenza da alcool e/o sostanze stupefacenti, ecc.).

Obiettivo di massima: il criterio guida del percorso d'indagine, oltre alla raccolta di elementi di base che possono concludere il percorso in tempi molto brevi con l'invio della relazione sociale all'Autorità Giudiziaria, comprende l'offerta alla famiglia di un confronto con soggetti, professionisti diversi, anche nel contesto di organizzazioni di privato sociale, per verificare eventuali criticità socio-educative e relazionali e le relative possibili soluzioni, quali ad esempio percorsi di aiuto, affiancamento successivo che il Servizio Sociale può proporre quale conclusione dell'indagine e/o che la famiglia può attivare spontaneamente.

Modalità specifiche di correlazione: il SSDF titolare dell'indagine sociale acquisisce informazioni, documentazione e relazioni specialistiche ove l'utente e la sua famiglia siano noti e/o in carico alle Unità d'offerta sociosanitarie o sanitarie dell'ASL o dell'Azienda Ospedaliera; oppure, ove il SSDF durante lo svolgimento dell'analisi della situazione rilevi diretti elementi pregiudiziali sullo stato di salute dei soggetti interessati (minori e/o genitori), invia copia del mandato/richiesta di indagine e le proprie osservazioni e motivazioni, demandando all'ASL (*per il tramite del Servizio Famiglia del Dipartimento ASSI*) la scelta di attivare le proprie competenze specialistiche. Nel caso di attivazione dell'ASL, ove possibile ed opportuno, i due Enti si coordineranno nello svolgimento dei rispettivi percorsi di approfondimento, evitando all'utenza sovrapposizioni o aggravii di accessi, ed operando all'insegna di una *pianificazione concordata o parallela* tra SSDF e CFI, con attenzione al rispetto dei tempi massimi di restituzione dell'indagine/valutazione.

2. Interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi ovvero progettazione, attivazione e monitoraggio di piani di intervento personalizzati - di tipo sociale e socio-educativo:

Soggetti: Servizio Sociale della Famiglia SSDF o Pronto Intervento Minori PIM Ufficio Minori Sottoposti a Procedimenti Penali UMSP (minori a piede libero)

Tempi massimi previsti: variabili per ciascuna tipologia di valutazione e Piano socio-educativo personalizzato, entro, comunque, un massimo di 3 mesi: progettazione/negoziazione con gli esercenti la potestà ancorché limitata, mesi da 1 a 2; attivazione unità d'offerta mesi 1; monitoraggio periodico, almeno trimestrale, per tutte le tipologie, eccetto gli interventi d'urgenza. In caso di tutela d'emergenza, sociale ed educativa dei minori (ad es. minori stranieri soli non accompagnati oppure, madri prive di mezzi con minori soggette a maltrattamento o esecuzione di allontanamento coatto con Forza Pubblica su grave pregiudizio etc.) gli interventi devono essere attivati immediatamente e organizzati nel giro di pochi giorni ad opera del Pronto Intervento Minori con un massimo di 60gg di accoglienza in strutture educative, in attesa degli accertamenti del caso, Entro i 60 giorni dovrà comunque essere definito ed attivato il progetto di intervento, ponendo i

successivi eventuali costi di ricovero a carico del Comune se di natura socio-educativa, a carico dell'ASL se di natura sanitaria.

Obiettivo di massima: criterio dell'intervento del SSDF è la ricerca di alleanza e condivisione con la famiglia sulla lettura del problema che ha originato il provvedimento dell'AG per poter rendere il percorso di intervento effettivamente proficuo per i tutti i componenti il nucleo familiare e non ridursi ad un adempimento passivo degli obblighi di legge verso l'A.G. ricadenti sull'Ente Locale oltre che sugli esercenti la potestà genitoriale. In caso di accertata e reiterata mancanza di collaborazione da parte dei genitori, si provvederà ad attivare forme di protezione del minore e di sostituzione del nucleo familiare segnalandone la necessità all'A.G. per i più idonei provvedimenti.

Modalità specifiche di correlazione:

- ✓ il SSDF, il Pronto Intervento Minori e l'UMSPP informano l'AG del piano personalizzato di supporti socio-educativi attivati e dell'andamento dei processi di intervento intrapresi in favore dei minori e dei loro nuclei familiari, informano altresì l'ASL - tramite inoltre al Servizio Famiglia - per quanto di competenza (ad es. presa in carico specialistica di adulti o minori su cui siano state accertate patologie sanitarie specifiche, verifiche su alcool-dipendenza, etc.) ricevendone periodici aggiornamenti, anche scritti, sull'andamento dei percorsi terapeutici, socio-sanitari e sanitari avviati.
- ✓ Il SSDF, il PIM e l'UMSPP aggiornano periodicamente i diversi soggetti e servizi che compongono la rete di intervento per il minore e la famiglia, raccogliendo e facendo circolare informazioni mirate in appositi incontri di rete, di norma almeno 3 all'anno e riferendo direttamente all'AG. Per interventi e processi di trattamento specialistico, socio-sanitario o sanitario, possono concordare un invio in allegato alla propria documentazione di quanto fornito dall'ASL per le attività specialistiche svolte oppure per un invio autonomo da parte ASL direttamente all'AG e per conoscenza al Comune di Milano.
- ✓ L'ASL in presenza di segnalazione, inviata dai Servizi Sociali in forma motivata e circostanziata, riguardante la presunta necessità di interventi specialistici di sua competenza – ivi compresa l'assunzione di eventuali oneri in strutture sanitarie residenziali, come previsto al punto successivo punto 4.1 - riconosce la necessità, effettua la propria valutazione specialistica entro 3 mesi, attivandosi per gli eventuali percorsi diagnostici e terapeutici ritenuti necessari. Qualora l'ASL non rilevi l'obbligo o la necessità di effettuare alcun intervento sanitario specialistico o di presa in carico socio-sanitaria, in via diretta o tramite Unità d'offerta dell'Az. Ospedaliera o Enti privati accreditati/convenzionati, ne dà comunicazione motivata al Comune entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta di intervento.

3. Interventi di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza sanitaria e socio-sanitaria, ivi compresa l'assistenza psicologica, la psicoterapia e il recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi e maltrattamento fisico e/o psicologico.

Soggetti: CFI con eventuale coinvolgimento/invio alle Az. Ospedaliere di competenza (Dipartimenti di Salute Mentale, UONPIA, ecc.).

Tempi massimi previsti: 3 mesi dalla segnalazione per prima valutazione, ulteriori 3 mesi per psicodiagnosi ed avvio eventuale presa in carico psicoterapeutica.

Obiettivo di massima: interventi di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza sanitaria e socio-sanitaria, ivi compresa l'assistenza psicologica, la psicoterapia e il recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi e maltrattamento fisico e/o psicologico; attività di prevenzione, secondo modalità previste dal PIL – Piano Integrato Locale di promozione della salute approvato dall'ASL.

Modalità specifiche di correlazione:

- ✓ L'ASL rileva direttamente o riceve segnalazione dall'AG di situazioni di abuso sospetto o conclamato (inviato da tutti i soggetti che ne hanno obbligo o facoltà), attiva i propri servizi per l'accertamento e l'assistenza sanitaria, il sostegno dei minori vittime di abuso, compreso l'eventuale necessità di inserimento in strutture sanitarie o socio-sanitarie residenziali. L'ASL segnala la situazione al SSDF di riferimento per le valutazioni ed eventuale attivazione di supporto sociale o socio-educativo del minore e/o del nucleo familiare.
- ✓ L'ASL aggiorna periodicamente i diversi soggetti e servizi che compongono la rete di intervento per il minore e la famiglia, raccogliendo e facendo circolare informazioni mirate in appositi incontri di rete, secondo necessità ed opportunità. L'ASL risponde direttamente all'AG per la programmazione, attivazione e monitoraggio degli interventi socio-sanitari e sanitari in favore dei minori, degli adulti e del nucleo familiare, mentre per interventi e processi di trattamento socio-educativo di competenza comunale può concordare per un invio in allegato alla propria documentazione di quanto fornito dal Comune di Milano per le rispettive attività, in alternativa all'invio autonomo da parte del Comune di Milano all'AG (e per conoscenza all'ASL).
- ✓ Il Comune in presenza di segnalazione di necessità di interventi sociali e socio-educativi indicati dall'ASL, effettua la propria valutazione entro 1 mese, attivando in modo tempestivo gli eventuali percorsi socio-educativi ritenuti necessari (entro 1 mese). Comunica, inoltre, entro 15 gg. dal ricevimento della segnalazione la propria eventuale decisione motivata di non intervenire.

4. Interventi di tipo sanitario e socio-sanitario in favore di minori, coppie e famiglie, integrati con il sistema sociale, in aderenza alle indicazioni derivanti dai LEA

Soggetti: CFI e/o altre Unità d'Offerta sanitarie o socio-sanitarie, dirette o accreditate/convenzionate.

Tempi previsti: variabili per ciascuna tipologia di intervento sanitario o socio-sanitario, secondo procedure, regole e tempi d'attesa previsti dalla normativa nazionale e regionale.

Obiettivo di massima: ottimizzare gli interventi di tipo sanitario e socio-sanitario delle differenti tipologie d'offerta, rinforzando sinergie, momenti di ricomposizione dei piani di intervento con i corrispettivi livelli di tipo socio-assistenziale e socio-educativo eventualmente in atto o da attivare in corso d'opera, con particolare focalizzazione sulle situazioni multiproblematiche di **tutela del minore**, con l'obiettivo di assicurare quanto più possibile progetti d'intervento integrati, socio-sanitari e socio-educativi, per i soggetti interessati e i care givers di riferimento.

Modalità specifiche di correlazione: tenuto conto di quanto specificato al punto B del presente Protocollo, si precisa quanto segue:

4.1 ricoveri di minori in Comunità terapeutiche o socio-sanitarie e in Comunità educative o familiari:

Per i minori vittime di abuso o comunque con patologia sanitaria psichiatrica, psicologica, da dipendenza, da disturbo dell'alimentazione, del comportamento, ecc., nelle situazioni in cui - superata la fase acuta con ricovero ospedaliero o dopo la permanenza in Comunità terapeutica - si prospetti la necessità di un ulteriore inserimento in apposita struttura del sistema sociale o socio-sanitario, il Servizio individuato dall'Asl invia al SSDF segnalazione motivata e circostanziata e documentazione in merito al percorso diagnostico e terapeutico effettuato/impostato per il minore e la sua famiglia.

Il SSDF valuta se e come effettuare il collocamento del minore nella Comunità educativa o familiare idonea, in base alle valutazioni di propria competenza sul minore e sul suo nucleo familiare, riferendo all'ASL entro 30 gg.

Il ricovero in strutture sociali ed educative, solo a conclusione degli interventi di diagnostica specialistica e di cura della fase acuta, può comportare il concorso ai costi del Comune, ove non direttamente assunti dall'utente, con partecipazione al 60% della spesa complessiva, trattandosi di strutture residenziali ove viene assolta l'assistenza sanitaria a bassa intensità - fatte salve le definizioni da parte di Regione Lombardia degli standards in materia -.

L'individuazione, le modalità d'inserimento, i criteri autorizzativi e di accesso nelle Comunità Terapeutiche sono sempre in capo all'ASL, in raccordo con i soggetti accreditati che gestiscono la presa in carico (UONPIA, istituti convenzionati, ecc) che si assume i costi per il ricovero per l'intera quota (100%).

4.2 adozione: le attività inerenti alle adozioni nazionali ed internazionali vengono ricondotte operativamente al CFI, con un'afferenza funzionale dal Centro Adozioni presso il Servizio Famiglia del Dipartimento ASSI, secondo quanto previsto dalla DGR n. 2992/2000. I compiti relativi alle adozioni interessano tutte le fasi del percorso adottivo (indagine e valutazione psicosociale, approfondimenti, sostegno post-adottivo, ecc.) e sono di competenza dell'ASL. Secondo quanto previsto dalla normativa, i costi relativi al personale sono rispettivamente a carico dell'ASL per la figura professionale dello Psicologo, mentre spetta al Comune assicurare la parte Sociale. Il Comune, per l'espletamento della parte sociale di propria competenza, si avvarrà dell'operatore sociale della zona dove risiede la famiglia adottiva. Entrambi gli Enti, attraverso i propri servizi territoriali, forniscono supporti al minore e alla famiglia adottiva, su richieste e necessità specifiche, ciascuno per le proprie competenze.

4.3 affido familiare: La legislazione vigente (L. 184/83 come modificata dalla L. 149/2001) definisce l'affido familiare come risorsa prioritaria nell'interesse del bambino che si trovi in una situazione di disagio familiare o temporaneamente privo di ambiente familiare idoneo. L'affido familiare richiede quindi massima collaborazione e connessione di rete fra i vari attori interessati, in particolare: famiglie, servizi, autorità giudiziaria.

Il Comune garantisce una quota affido e tutte le previdenze assicurative, promuove con mezzi propri, diretti o indiretti ed in stretta connessione con le reti associative di privato sociale impegnate in tale ambito di intervento, la crescita del numero di famiglie disponibili, la diversificazione delle forme di accoglienza familiare, la diffusione dell'intervento verso i propri operatori e servizi, ma anche nella comunità nel suo complesso. Informa, accompagna, sostiene i cittadini disponibili all'affido e le famiglie affidatarie singolarmente e in gruppo. Il SSDF formula il progetto di affido e lo verifica costantemente sul fronte sociale e socio-educativo, fornisce supporti diretti e indiretti soci-assistenziali, educativi e sociali alla famiglia d'origine, alla famiglia affidataria e al minore, per le proprie competenze, avvalendosi in modo coordinato ed integrato della rete territoriale che collabora costantemente con il Comune in tale ambito di attività.

Il Servizio Affidi coordina le attività sui singoli progetti di affido e cura l'informazione, la conoscenza delle famiglie disponibili, la collaborazione del terzo settore e delle associazioni già

impegnate su tali interventi, cura l'abbinamento del minore individuato dal SSdF con le famiglie selezionate e valutate, monitora il singolo progetto di affido e fornisce supporto in caso di difficoltà.

La titolarità istituzionale dell'intervento di affido familiare è, pertanto, del Comune - che, per il tramite del Servizio Affidi, garantisce, anche attraverso le più opportune collaborazioni territoriali, tutte le funzioni tecniche ed organizzative in relazione alle famiglie affidatarie, gestendo la rete degli operatori e delle risorse in gioco e interfacciandosi con l'ASL solo per le valutazioni specialistiche inerenti l'intervento di affidamento familiare. L'ASL, attraverso i suoi servizi consultoriali o il coinvolgimento delle altre Unità d'offerta sanitaria specialistica, assicurerà quindi la tutela della salute fisica e psichica del minore, attraverso il necessario supporto clinico-specialistico delle situazioni in carico ai servizi stessi, in rapporto alla situazione clinica e alle relative indicazioni diagnostiche e prognostiche, già emerse in sede di valutazione sanitaria sul minore e la famiglia d'origine. L'affido familiare rappresenta in tal senso una specifica modalità di intervento integrato (sociale e sanitario), quale risposta globale ai bisogni del bambino. In termini operativi gli adempimenti specialistici di competenza dell'ASL verranno garantiti dallo psicologo del CFI, in collaborazione con l'assistente sociale del SSdF e del Servizio Affidi.

Per il Comune di Milano:

L'Assessore

(dr.ssa Mariolina Molol)

Il Direttore Centrale

(dott.ssa Carmela Madaffari)

Il Direttore del Settore

Politiche della Famiglia

(dr.ssa Carmela Madaffari)

Per l'ASL di Milano:

Il Direttore Generale

(Dr. G. Walter Locatelli)

Il Direttore Sociale

(dott. L. Davide Clerici)

Milano, 23 novembre 2010

Allegati:

- 1 - Sezione normativa
- 2 - Leggi nazionali e regionali e atti amministrativi
- 3 - Riferimenti del DPCM 14.2.2001 e DPCM 29.11.2001

SEZIONE NORMATIVA – Allegato n. 1
--

Riferimenti legislativi ed amministrativi nazionali

- ☐ Legge 4 maggio 1983, n. 184 *"Disciplina dell'adozione e dell'affidamento familiare"*
- ☐ Legge 27 maggio 1991, n. 176 *"Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989"*
- ☐ Legge 15 gennaio 1994, n. 64 *"Ratifica ed esecuzione della Convenzione europea sul riconoscimento e l'esecuzione delle decisioni in materia d'affidamento dei minori e il ristabilimento dell'affidamento, aperta alla firma a Lussemburgo il 20 maggio 1980, e della convenzione sugli aspetti civili della sottrazione internazionale dei minori, aperta alla firma a L'Aja il 25 ottobre 1980; norme di attuazione delle predette convenzioni, nonché della convenzione in materia di protezione dei minori, aperta alla firma all'Aja il 5 ottobre 1961, e della convenzione in materia di rimpatrio dei minori, aperta alla firma a L'Aja il 28 maggio 1970"*
- ☐ Legge 3 agosto 1998, n. 269 *"Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù"*
- ☐ Legge 31.12.1998, n. 476 *"Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta all'Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, in tema di adozione di minori stranieri"*
- ☐ Legge. 328/00 *"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*
- ☐ Decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 2001 *"Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003"*
- ☐ Decreto Ministeriale (Sanità) 24 aprile 2000 *"Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000"*
- ☐ Legge 28 marzo 2001, n. 149 *"Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori, nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile"*
- ☐ Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 *"Approvazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008"*
- ☐ Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, *"Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419", art. 3 septies*
- ☐ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 *"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"*
- ☐ Decreto del Presidente del Consiglio di Ministri 29 novembre 2001 *"Definizione di livelli essenziali di assistenza"*
- ☐ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 Aprile 2002 *"Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 28 novembre 2003 "Modifica del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante Definizione dei livelli essenziali di assistenza, in materia di certificazioni"*
- ☐ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 marzo 2007 *"Modifica del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante Definizione di livelli essenziali di assistenza"*

Riferimenti legislativi ed amministrativi regionali

- ☐ Legge regionale 14 dicembre 2004 – n. 34 “Politiche regionali per i minori”
- ☐ Legge regionale 12 marzo 2008 – n. 3 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario”
- ☐ Legge regionale 30 dicembre 2009 – n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”
- ☐ Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 – n. VIII/ 257 “Piano Socio Sanitario 2007-2009
- ☐ Deliberazione Giunta Regionale 29 dicembre 2000 – n. 7/2992 “Indicazioni direttive in merito all’applicazione delle leggi 4 maggio 1983 n. 184 e 31 dicembre 1998 n. 476 in materia di adozione ed approvazione dello schema di Protocollo operativo coordinato ai sensi della legge 476/98”
- ☐ Deliberazione Giunta Regionale 26 gennaio 2001 – n. 7/3264 “Determinazioni in materia di accreditamento del servizio per le attività consultori ali in ambito materno infantile a seguito della l.r. 12 agosto 1999 n. 15, l.r. 6 dicembre 1999 n. 23 e l.r. 5 gennaio 2000 n. 1 e conseguente revoca della d.g.r. n. 6/45251 del 24 settembre 1999 <Determinazioni in merito all’art. 6, commi 4 e 7 del d. lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 2 successive modifiche, relativamente agli istituti dell’autorizzazione e dell’accreditamento dei consultori familiari pubblici e privati> ed a seguito delle disposizioni normative in materia”
- ☐ Deliberazione Giunta Regionale 6 aprile 2001 – n. 7/41414 “Definizione ed adozione in via provvisoria e sperimentale delle prestazioni consultori ali in ambito materno infantile”
- ☐ Deliberazione Giunta Regionale 8 agosto 2003 – n. 7/14043 “Linee per la definizione del percorso adottivo, in applicazione del protocollo operativo coordinato, ai sensi della legge n. 476/1998, approvato con d.g.r. 29 dicembre 2000, n. 2992”
- ☐ Deliberazione Giunta Regionale 8 agosto 2003 – n. 7/14049 “Linee guida regionali per l’adozione del piano di organizzazione e funzionamento aziendale delle aziende sanitarie della Regione <Lombardia “ (§ 9.4.3)
- ☐ Deliberazione Giunta Regionale 23 dicembre 2004 – n. 7/20100 “Linee guida per il riordino e l’orientamento dei servizi dedicati alla tutela dei minori vittime di violenza”
- ☐ Circolare regionale 6 novembre 2007 – n. 35 “Oneri per minori inseriti in strutture residenziali o in affido familiare”
- ☐ Deliberazione Giunta Regionale 19 marzo 2008 – n. 8/6861 “Linee di indirizzo regionale per la Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza in attuazione del PSSR 2007-2009”.

Atti amministrativi del Comune e dell’ASL di Milano

- ☐ Deliberazione del Consiglio Comunale n. 23 del 15.06.2009, relativa al Piano di zona, segnatamente nei capp. cap. 5.5; cap. 6.1 (area famiglia, minori e giovani); cap. 6.6
- ☐ Deliberazione ASL di Milano n. 79 del 28 gennaio 2010 “Approvazione del Documento di Programmazione e Coordinamento dei Servizi Sanitari e Sociosanitari – anno 2010”
- ☐ Accordo di Programma tra Comune, Provincia e ASL di Milano del 3.12.2009, segnatamente all’articolo 7,1; 7.3; 7.4; 7.6

Leggi nazionali, regionali e atti amministrativi – Allegato n. 2

Riferimenti della L.R. 34/2004

- Art. 4 (comma 1- lett. D, e comma 3)

Compiti degli Enti locali

1. I comuni, nel rispetto di quanto previsto dagli Art. 117 e 118 della Costituzione e dall'art. 6 della legge n. 328/2000, promuovono la conoscenza e l'applicazione dei principi di sussidiarietà nella realizzazione e gestione dei servizi sociali e svolgono le seguenti funzioni:

d) definiscono e promuovono interventi e servizi sociali rivolti ai minori, garantendo, ai fini della realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, l'effettiva partecipazione dei soggetti del terzo settore nella programmazione zonale, nonché nella realizzazione e nella gestione degli interventi e dei servizi;

3. Gli oneri, derivanti dall'affidamento familiare o dall'ospitalità in strutture residenziali per i minori sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria, sono sostenuti dal comune in cui gli esercenti la potestà genitoriale o la tutela hanno residenza al momento in cui la prestazione ha inizio, ovvero dal comune di dimora, al medesimo momento, nel caso in cui gli stessi non siano iscritti all'anagrafe dei residenti.

- Art. 5.

Rete d'offerta sociale.

1. La rete d'offerta sociale destinata ai minori è costituita da:

a) attività educative, aggregative e ricreative che concorrono alla promozione del benessere dei minori; in particolare servizi ed interventi socio-educativi per la prima infanzia, servizi ed interventi ludico-ricreativi per l'infanzia e di aggregazione per adolescenti, servizi ed interventi per il sostegno delle funzioni genitoriali, ivi compresi gli interventi di accompagnamento allo studio e di prevenzione della dispersione scolastica, l'assistenza domiciliare ai minori, il sostegno all'integrazione sociale e scolastica dei minori disabili, i servizi socio educativi per disabili, nonché servizi a sostegno delle bambine e dei bambini e delle loro mamme recluse;

b) attività volte a rimuovere le cause del disagio e a tutelare il minore in caso di inesistenza o di inadeguatezza della famiglia, di violenza, maltrattamento e abuso; in particolare, affido, adozione ed interventi e servizi diurni e residenziali quali comunità educative e familiari, centri di pronto intervento, con particolare attenzione ai processi di evoluzione delle problematiche legate alla multietnicità e alla costruzione di percorsi di inclusione sociale, centri di accoglienza per gestanti e mamme con bambini e bambine, servizi di mediazione familiare;

c) attività ed interventi innovativi, inclusi quelli che scaturiscono dalla progettualità diffusa, espressa dai soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, che concorrono alla realizzazione degli obiettivi della presente legge.

2. Per le aree di intervento relative al comma 1, con provvedimento della Giunta regionale, acquisito il parere della competente commissione consiliare, sono determinate le tipologie di offerta soggette all'autorizzazione al funzionamento ed all'accreditamento, nonché i requisiti organizzativi e strutturali per l'autorizzazione al funzionamento delle stesse e gli indicatori per la verifica della qualità dei processi e dei risultati conseguiti, fatte salve le forme sperimentali di interventi sociali e socio-educativi oltre che di solidarietà informale, tutelati dagli articoli 38, quinto comma, e 118, quarto comma, della Costituzione.

3. I membri del Consiglio e della Giunta regionale, nonché i membri dei Consigli e delle Giunte provinciali e comunali, nel rispetto del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", hanno la facoltà di visitare le strutture situate sul territorio di loro competenza, accreditate presso la Regione, che ospitano a qualsiasi titolo minori, per verificare la qualità del loro trattamento e il rispetto dei loro diritti.

4. Dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia del provvedimento della Giunta regionale di cui al comma 2, cessano di trovare applicazione i requisiti stabiliti con deliberazione del Consiglio regionale n. IV/871 del 23 dicembre 1987, per il funzionamento delle strutture destinate ai minori.

- Art. 6.

Rete d'offerta socio-sanitaria.

1. La rete d'offerta socio sanitaria rivolta al minore è costituita da:

a) attività, servizi e strutture afferenti alla rete della disabilità, organizzata per garantire interventi residenziali, diurni e domiciliari;

b) attività, ivi compresa la mediazione familiare, svolte dai consultori familiari e adolescenziali;

c) attività, servizi ed interventi volti a prevenire e disincentivare il consumo e l'uso di sostanze illecite, nonché l'abuso di sostanze lecite, anche attraverso la promozione e lo sviluppo delle reti sociali di prevenzione e sostegno. Sono attuate specifiche azioni finalizzate:

- 1) alla conoscenza ed al monitoraggio delle sostanze psicoattive in circolazione, con particolare attenzione al fenomeno del policonsumo tra i soggetti più giovani;
- 2) alla prevenzione attraverso interventi di carattere informativo e formativo;
- 3) alla ricerca di modalità di contatto atte a favorire la presa in carico precoce;
- 4) allo sviluppo di interventi coordinati, volti al recupero dei minori con problemi di dipendenza;
- d) attività e interventi volti a prevenire il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili.

- Art. 7.

Rete d'offerta sanitaria.

1. La rete d'offerta sanitaria è costituita dalle attività, dai servizi e dalle strutture pubbliche e private autorizzate e/o accreditate specificamente riservate ai minori in ambito ospedaliero e territoriale. Tutte le attività sono promosse nella logica di integrazione tra aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, enti locali, istituzioni, organizzazioni pubbliche e private educative, sociali, sanitarie e scolastiche e famiglie.

2. L'organizzazione dei servizi sanitari rivolti ai minori deve prevedere:

- a) forme di accoglienza e informazione specifica, interventi in strutture di ricovero e cura volti a favorire lo svolgimento di attività scolastiche e ludico-ricreative per i più piccoli;
- b) azioni finalizzate ad affrontare in modo globale le situazioni a rischio ed i disturbi comportamentali del minore, al fine di favorire un approccio olistico nelle varie fasi della presa in carico;
- c) forme di assistenza ambulatoriali, diurne e domiciliari che riducano il ricorso all'ospedalizzazione, soprattutto in relazione a patologie croniche in età evolutiva;
- d) possibilità di ospitare in strutture di ricovero e cura, insieme al minore, un familiare;
- e) definizione e sviluppo del percorso nascita, al fine di individuare le modalità di assistenza più idonee per la madre ed il bambino, garantendo la continuità delle relazioni affettive e dell'intervento assistenziale dal momento del concepimento al momento dello svezzamento;
- f) interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi;
- g) approccio multidisciplinare, nonché integrazione tra i servizi sanitari, socio-sanitari, sociali ed educativi per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici in età evolutiva;
- h) attività di informazione e sensibilizzazione, nonché interventi strutturati sulle tematiche relative all'educazione alla salute ed alla prevenzione di comportamenti a rischio, ivi compresi quelli legati ai disturbi alimentari;
- i) azioni specifiche a favore dei minori e dei genitori affetti da sindrome da immunodeficienza acquisita.

Riferimenti della L.R. 3/2008

- Art. 4

(Unità di offerta sociali)

1. Le unità di offerta sociali hanno il compito di:

- a) aiutare la famiglia, anche mediante l'attivazione di legami di solidarietà tra famiglie e gruppi sociali e con azioni di sostegno economico;
- b) tutelare la maternità e la vita umana fin dal concepimento e garantire interventi di sostegno alla maternità e paternità ed al benessere del bambino, rimuovendo le cause di ordine sociale, psicologico ed economico che possono ostacolare una procreazione consapevole e determinare l'interruzione della gravidanza;
- c) promuovere azioni rivolte al sostegno delle responsabilità genitoriali, alla conciliazione tra maternità e lavoro ed azioni a favore delle donne in difficoltà;
- d) tutelare i minori, favorendone l'armoniosa crescita, la permanenza in famiglia e, ove non possibile, sostenere l'affido e l'adozione, nonché prevenire fenomeni di emarginazione e devianza;
- e) promuovere il benessere psicofisico della persona, il mantenimento o il ripristino delle relazioni familiari, l'inserimento o il reinserimento sociale e lavorativo delle persone in difficoltà e contrastare forme di discriminazione di ogni natura;
- f) promuovere l'educazione motoria anche finalizzata all'inserimento e reinserimento sociale della persona;
- g) assistere le persone in condizioni di disagio psicosociale o di bisogno economico, con particolare riferimento alle persone disabili e anziane, soprattutto sole, favorendone la permanenza nel proprio ambiente di vita;

- h) favorire l'integrazione degli stranieri, promuovendo un approccio interculturale;
 - i) sostenere le iniziative di supporto, promozione della socialità e coesione sociale, nonché di prevenzione del fenomeno dell'esclusione sociale.
2. La Giunta regionale individua le unità di offerta sociali, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, e sentito il parere della competente commissione consiliare.

- Art. 5 (Unità di offerta sociosanitarie)

1. Le unità di offerta sociosanitarie erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e hanno il compito di:
- a) sostenere la persona e la famiglia, con particolare riferimento alle problematiche relazionali e genitoriali, all'educazione e allo sviluppo di una responsabile sessualità, alla procreazione consapevole, alla prevenzione dell'interruzione della gravidanza;
 - b) favorire la permanenza delle persone in stato di bisogno o di grave fragilità nel loro ambiente di vita;
 - c) accogliere ed assistere persone che non possono essere assistite a domicilio;
 - d) prevenire l'uso di sostanze illecite, l'abuso di sostanze lecite, nonché forme comportamentali di dipendenza e favorire il reinserimento sociale delle persone con problemi di dipendenza;
 - e) assistere le persone in condizioni di disagio psichico, soprattutto se isolate dal contesto familiare;
 - f) assistere i malati terminali, anche al fine di attenuare il livello di sofferenza psicofisica.
2. La Giunta regionale individua le unità di offerta sociosanitarie, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, e sentito il parere della competente commissione consiliare.

- Art. 13 (Competenze dei Comuni)

1. I comuni singoli o associati e le comunità montane, ove delegate, in base ai principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza, sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla realizzazione degli obiettivi della presente legge nelle forme giuridiche e negli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini ed in particolare:
- a) programmano, progettano e realizzano la rete locale delle unità d'offerta sociali, nel rispetto degli indirizzi e conformemente agli obiettivi stabiliti dalla Regione, anche promuovendo la partecipazione dei soggetti di cui all'articolo 3;
 - b) riconoscono e promuovono la sperimentazione di unità d'offerta e di nuovi modelli gestionali nell'ambito della rete sociale, nel rispetto della programmazione regionale;
 - c) erogano, nei limiti delle risorse disponibili, servizi e prestazioni di natura economica e assumono gli oneri connessi all'eventuale integrazione economica delle rette;
 - d) definiscono i requisiti di accreditamento delle unità di offerta sociali in base ai criteri stabiliti dalla Regione, accreditano le unità d'offerta e stipulano i relativi contratti;
 - e) definiscono eventuali livelli di assistenza ulteriori rispetto a quelli definiti dalla Regione;
 - f) determinano i parametri per l'accesso prioritario alle prestazioni, di cui all'articolo 6, comma 2, sulla base degli indirizzi stabiliti nell'ambito della programmazione regionale, anche assicurando interventi di emergenza e di pronto intervento assistenziale, di norma mediante forme di ospitalità temporanea od erogazione di sussidi economici;
 - g) gestiscono il sistema informativo della rete delle unità d'offerta sociali.
2. I comuni determinano i parametri di cui al comma 1, lettera f), entro sei mesi dalla pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione della deliberazione della Giunta regionale che fissa i relativi indirizzi. Decorso inutilmente tale termine, la Giunta regionale, previa diffida ad adempiere entro trenta giorni, provvede, sentiti i comuni interessati, alla nomina di un commissario ad acta.
3. Il Consiglio di rappresentanza dei sindaci e l'Assemblea distrettuale dei sindaci, per l'esercizio delle funzioni loro attribuite in materia di integrazione sociosanitaria dalla presente legge e dalla l.r. 31/1997, si avvalgono, senza oneri aggiuntivi, di un apposito ufficio, dotato di adeguate competenze tecniche ed amministrative, individuato all'interno della dotazione organica dell'ASL.

- Art. 14 (Competenze delle ASL)

1. Le ASL:
- a) programmano, a livello locale, la realizzazione della rete delle unità d'offerta sociosanitarie, nel rispetto della programmazione regionale ed in armonia con le linee di indirizzo formulate dai comuni, attraverso la Conferenza dei sindaci del territorio di competenza di ciascuna ASL;

- b) esercitano la vigilanza e il controllo sulle unità d'offerta pubbliche e private, sociali e sociosanitarie;
- c) forniscono il supporto tecnico alle province, nell'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 12, comma 1, lettera d), e alla commissione di controllo di cui all'articolo 15 della legge regionale 13 febbraio 2003, n. 1 (Riordino della disciplina delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza operanti in Lombardia);
- d) erogano le risorse dei fondi regionali;
- e) acquistano le prestazioni sociosanitarie rese dalle unità d'offerta accreditate;
- f) gestiscono i flussi informativi, a supporto dell'attività di programmazione comunale e regionale;
- g) collaborano con i comuni nella programmazione della rete locale delle unità di offerta sociali;
- h) collaborano con la Regione nel coordinamento, integrazione e monitoraggio della rete delle unità di offerta sociosanitarie;
- i) dispongono la concessione di trattamenti economici a favore degli invalidi civili, fatta salva la competenza del comune di Milano; alle ASL o al comune di Milano spetta, in rapporto alle rispettive competenze, la conseguente legittimazione passiva nelle controversie riguardanti la concessione di benefici aggiuntivi eventualmente determinati ed erogati dalla Regione con proprie risorse;
- j) autorizzano l'assegnazione ad altra destinazione dei beni immobili trasferiti ai comuni a seguito dello scioglimento degli enti comunali di assistenza, ovvero dei beni delle ex IIPPAB, trasferiti ai sensi dell'articolo 6, comma 5, della l.r. 1/2003 o devoluti ai comuni in periodo antecedente, nonché gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali sui medesimi beni. Il provvedimento è adottato entro novanta giorni dal ricevimento della richiesta, previa acquisizione del parere obbligatorio dell'Assemblea dei sindaci dei comuni compresi nel distretto della stessa ASL.

Art. 18 Piano di Zona

1. Il piano di zona è lo strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale. Il piano definisce le modalità di accesso alla rete, indica gli obiettivi e le priorità di intervento, individua gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione.
2. Il piano di zona attua l'integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta sociosanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione e della formazione e alle politiche del lavoro e della casa.
3. I comuni, nella redazione del piano di zona, utilizzano modalità che perseguono e valorizzano il momento della prevenzione e, nella elaborazione di progetti, promuovono gli interventi conoscitivi e di studio rivolti alla individuazione e al contrasto dei fattori di rischio.
4. Il piano di zona è approvato o aggiornato dall'Assemblea distrettuale dei sindaci entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, secondo modalità che assicurano la più ampia partecipazione degli organismi rappresentativi del terzo settore e l'eventuale partecipazione della provincia.
5. La programmazione dei piani di zona ha valenza triennale, con possibilità di aggiornamento annuale.
6. L'ambito territoriale di riferimento per il piano di zona è costituito, di norma, dal distretto sociosanitario delle ASL.
7. I comuni attuano il piano di zona mediante la sottoscrizione di un accordo di programma con l'ASL territorialmente competente e, qualora ritenuto opportuno, con la provincia. Gli organismi rappresentativi del terzo settore, che hanno partecipato alla elaborazione del piano di zona, aderiscono, su loro richiesta, all'accordo di programma.
8. Il piano di zona disciplina l'attività di servizio e di segretariato sociale.
9. Al fine della conclusione e dell'attuazione dell'accordo di programma, l'assemblea dei sindaci designa un ente capofila individuato tra i comuni del distretto o altro ente con personalità giuridica di diritto pubblico.
10. L'ufficio di piano, individuato nell'accordo di programma, è la struttura tecnicoamministrativa che assicura il coordinamento degli interventi e l'istruttoria degli atti di esecuzione del piano. Ciascun comune del distretto contribuisce al funzionamento dell'ufficio di piano proporzionalmente alle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili e comunque senza maggiori oneri a carico del bilancio regionale.
11. La Giunta regionale, decorso inutilmente il termine di cui al comma 4, previa diffida ad adempiere entro sessanta giorni, provvede, sentita l'assemblea distrettuale dei sindaci, alla nomina di un commissario *ad acta*.

Riferimenti della DGR 7/20100 del 23.12.2004

LINEE GUIDA PER LA PRESA IN CARICO DEI MINORI VITTIMA DI VIOLENZA

1 Quadro di riferimento

1.1 Definizione, tipologia e caratteristiche del fenomeno

→ Tenendo presente che la violenza rappresenta un fenomeno composito e multiforme, le cui diverse manifestazioni non si presentano quasi mai separate o scindibili, le principali forme sono:

Trascuratezza: s'intende la grave e/o persistente omissione di cure nei confronti del bambino o gli insuccessi in alcune importanti aree dell'allevamento che hanno come conseguenza un danno significativo per la salute o per lo sviluppo e/o un ritardo della crescita in assenza di cause organiche.

Maltrattamento psicologico o abuso emozionale, si intende una relazione emotiva caratterizzata da ripetute e continue pressioni psicologiche, ricatti affettivi, indifferenza, rifiuto, denigrazione e svalutazioni che danneggiano o inibiscono lo sviluppo di competenze cognitivo-emotive fondamentali quali l'intelligenza, l'attenzione, la percezione, la memoria.

Maltrattamento fisico: ci si riferisce alla presenza di un danno fisico dovuto ad aggressioni fisiche, maltrattamenti, punizioni corporali o gravi attentati all'integrità fisica e alla vita.

Abuso sessuale: si intende il coinvolgimento di un minore in atti sessuali, con o senza contatto fisico, a cui non può liberamente consentire in ragione dell'età e della preminenza dell'abusante, lo sfruttamento sessuale di un bambino o adolescente, prostituzione infantile e pornografia.

Violenza assistita: si intende il coinvolgimento del minore in atti di violenza compiuti su figure di riferimento, compresi gli atti di degradazione volontaria, affettivamente significative per il bambino cui conseguono danni psicologici pari a quelli derivanti dal maltrattamento direttamente subito.

2.2.5 Protezione

(Competenze dei comuni)

→ Nelle situazioni documentate di pregiudizio dei minori vengono attuati provvedimenti urgenti di tutela giuridica, a cui, a volte, può accompagnarsi un iter penale nei confronti del presunto maltrattante e/o abusante. I provvedimenti di tutela possono essere adottati dalla Pubblica Amministrazione ovvero dall'Autorità Giudiziaria.

Con riferimento al primo tipo di provvedimenti, viene in rilievo il potere della "pubblica autorità di collocare il minore in un luogo sicuro sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione" (art. 403 c.c.).

Tale potere, infatti, è esercitabile sia dalla Pubblica Amministrazione, generalmente l'ente territoriale competente per la tutela dei minori, sia dal Procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni.

→ L'ampia facoltà concessa dalla legge al Tribunale per i Minorenni nell'adozione di "ogni opportuno provvedimento..nell'interesse del minore", può comportare, così come nei casi del provvedimento urgente adottato dell'ente locale territoriale e del provvedimento del Procuratore della Repubblica presso il TM, l'allontanamento del minore dalla propria abitazione e l'affidamento ad un'altra famiglia ovvero ad una struttura d'accoglienza.

→ La protezione del minore deve essere garantita anche all'interno delle procedure giudiziarie. Nel caso del procedimento penale diretto ad accertare la responsabilità dell'autore del reato, al minore deve essere garantita una rappresentanza processuale che ne curi gli interessi, un'adeguata protezione e l'assistenza affettiva e psicologica durante l'intera durata del procedimento (quest'ultima effettuata dall'ASL).

2.2.6 Valutazione

(Competenze delle ASL)

Per valutazione si intende l'insieme delle diverse operazioni diagnostiche e prognostiche che concorrono ad accertare la sussistenza e le caratteristiche di una situazione pregiudizievole per il minore e a definire il quadro socio-sanitario ed educativo del minore, degli adulti di riferimento e delle relazioni affettive.

Di tale valutazione si avvale anche l'Autorità Giudiziaria, qualora necessario.

Un intervento tempestivo attuato dalla rete integrata dei servizi (comunità di accogliimento, servizio di tutela, servizio di valutazione psicologica del minore e della famiglia, ecc.), volta a definire le prospettive diagnostiche-prognostiche, appare fortemente opportuno poiché consente di affrontare

precocemente la crisi, di proporre in tempi brevi un programma di intervento, di avviare positivi cambiamenti da subito.

2.2.7 Trattamento terapeutico e sostegno

→ se l'esito della valutazione prevede un programma riabilitativo e/o terapeutico del minore e della famiglia, gli interventi coordinati dei diversi servizi interessati, provvederanno alla promozione di azioni riparative a tutti i livelli previsti dal modello ecologico. Dovranno assumere particolare rilievo le azioni mirate:

- all'elaborazione delle dinamiche personali e relazionali distorte dall'abuso (per il minore e, se recuperabili, per i suoi familiari);
- a garantire un'esperienza quotidiana capace di proporre modelli di pensiero e di comportamento alternativi e riparativi rispetto a quelli connessi dall'abuso (ove possibile nella famiglia ad'origine o in caso contrario in altri ambiti di vita);
- ad evitare occasioni di riattivazione traumatica o di vittimizzazione secondaria.

Particolare attenzione andrà in tal senso dedicata alla protezione del minore nei percorsi giudiziari (v.2.2.4).

2.3.3 Valutazione e trattamento

Per raggiungere gli obiettivi specificati ai precedenti punti 2.2.6 e 2.2.7, l'ente territorialmente competente per la tutela dei minori individuerà per ciascun minore un servizio accreditato per competenze specialistiche. Tale servizio sarà incaricato di costruire un progetto di valutazione e trattamento con alta coerenza interna, tenuto conto delle specificità cliniche.

ALLEGATO n. 3

Riferimenti del DPCM 14.2.2001

"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie"

Area	Prestazioni-Funzioni	Fonte legislativa	Criteri di finanziamento (% di attribuzione della spesa)
Materno infantile	1. Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche, riabilitative.	<u>L. 29 luglio 1975, n. 405</u>	100% a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)
	2. Attività assistenziali inerenti all'interruzione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche.	<u>L. 22 maggio 1978, n. 194</u>	100% a carico del SSN
	3. Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni Interventi di sostegno per situazione di disagio di disadattamento o di devianza.. Interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi.	<i>Norme nazionali in materia di diritto di famiglia, affidi e adozioni nazionali ed internazionali</i> <u>L. 28 agosto 1997, n. 285</u> <i>Leggi regionali</i>	100% a carico del SSN le prestazioni medico-specialistiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostica sui minori e sulle famiglie adottive e affidatarie. 100% a carico dei Comuni le prestazioni di supporto sociale ed economico alle famiglie, di supporto educativo domiciliare e territoriale ai minori, compresa l'indagine sociale sulla famiglia. 100% a carico dei Comuni l'accoglienza in comunità educative o familiari
	4. Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi.	<u>L. 15 febbraio 1996, n. 66</u> <u>L. 3 agosto 1998, n. 269</u> <u>D.M. 24 aprile 2000:</u> <u>P.O. Materno Infantile</u>	100% a carico del SSN

Riferimenti del DPCM 29.11.2001

(allegato I.B - stralcio)

"Assistenza Territoriale ambulatoriale e domiciliare"

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e Standard	Liste di prestazioni
Assistenza sanitaria e sociosanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie; educazione alla maternità responsabile e somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile; tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento, assistenza alle donne in stato gravidanza; assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza, assistenza ai minori in stato di abbandono o in situazione di disagio; adempimenti per affidamenti ed adozioni	<u>Legge 29 luglio 1975, n. 405; Legge 22 maggio 1978, n. 194; D.M. 24 aprile 2000 «P.O. materno infantile»; D.P.C.M. 14 febbraio 2001; D.L. 1° dicembre 1995, convertito nella legge 31 gennaio 1996, n. 34</u>	Il Prog. Ob. individua modalità organizzative nell'ambito del «percorso nascita», trasporto materno e neonatale, ass. ospedaliera (compresa urgenza ed emergenza) ai bambini, riabilitazione, tutela salute della donna. Lo stesso P.O. individua requisiti organizzativi e standard di qualità delle U.O. di ostetricia e neonatologia ospedal., inclusa la dotazione di personale. La <u>legge n. 34 del 1996</u> prevede 1 CF ogni 20 mila ab.	Le prestazioni erogabili sono diffusamente elencate nel P.O: materno infantile e nel <u>D.P.C.M. 14 febbraio 2001.</u>

(Allegato 1.C stralcio)

"AREA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA"

Nella tabella riepilogativa, per le singole tipologie erogative di carattere socio sanitario, sono evidenziate, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale. In particolare, per ciascun livello sono individuate le prestazioni a favore di minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcol, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV.

AREA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Livelli di Assistenza Macro-livelli	Livelli di Assistenza micro-livelli	Prestazioni	% costi a carico dell'utente o del Comune	Atto indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie DPCM 14.2.2001	Normativa di riferimento
7. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare					
	Assistenza sanitaria e socio-sanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità per la procreazione responsabile e l'interruzione di gravidanza.	a) prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, psicologiche, di indagine diagnostica alle donne, ai minori alla coppia e alle famiglie (ivi comprese le famiglie adottive ed affidatarie). Prestazioni riabilitative e socioriabilitative a minori ed adolescenti		1. Assistenza di tipo consulitoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche e riabilitative 2. Attività assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche. 3. Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni. 4. Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi	L. n. 405/1975 L. n. 194/1978 Norme nazionali in materia di diritto di famiglia, affidi e adozioni nazionali ed internazionali L. n. 66/1996 L. n. 269/1998 D. M. 24.4.2000 "P. O. Materno Infantile"
9. Assistenza territoriale residenziale					
	Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie	a. Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale b. Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale [cfr. % colonna a fianco]	60%	1. Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo residenziale 2. Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di inserimento sociale e lavorativi	D. P. R. 10.11.1999 "P. O. tutela della salute mentale 1998/2000"

	Attività sanitaria e socio-sanitaria favore di tossicodipendenti	a. trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico- riabilitative in regime residenziale per tutto il periodo della disassuefazione; b. programmi di riabilitazione e reinserimento per tutta la fase di dipendenza.		Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga in regime residenziale, di riabilitazione e reinserimento sociale	D. P. R. n. 309/1990 L. n. 45/1999 Accordo Stato- Regioni 21.1.1999
	Attività sanitaria e socio-sanitaria favore di persone affette da AIDS**	a. Prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale	30%	Cura e trattamenti farmacologici particolari per la fase di lungo assistenza ed accoglienza in strutture residenziali	L. n. 135/1990 D. P. R. 8.3.2000 "P. O. AIDS"

Nota : * Trattasi di leggi regionali relative alle modalità organizzative dei servizi e di erogazione delle prestazioni, che non individuano livelli ulteriori di assistenza rispetto alla normativa nazionale.

** modifica apportata dall'articolo 1, comma 3, del DPCM 28.11.03