

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1899 del 04/11/2019

Seduta Num. 40

Questo lunedì 04 **del mese di** novembre
dell' anno 2019 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Donini Raffaele	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Corsini Andrea	Assessore
5) Costi Palma	Assessore
6) Gazzolo Paola	Assessore
7) Mezzetti Massimo	Assessore
8) Petitti Emma	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Costi Palma

Proposta: GPG/2019/2015 del 31/10/2019

Struttura proponente: SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE,
SOCIALE E SOCIO-SANITARIO
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: PRESA D'ATTO DELLA RELAZIONE FINALE DELLA COMMISSIONE
TECNICA PER LA INDIVIDUAZIONE DI MISURE ORGANIZZATIVE E
PROCEDIMENTALI APPROPRIATE NEI PROCEDIMENTI PREPOSTI ALLA
TUTELA E ALL'EVENTUALE ALLONTANAMENTO DEI MINORI DALLE
FAMIGLIE DI ORIGINE.

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Marzia Cavazza

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamata la propria deliberazione n. 1153 dell'8/7/2019, con la quale questa Giunta ha istituito e contestualmente nominato i componenti della commissione tecnica per la individuazione di misure organizzative e procedurali appropriate nei procedimenti preposti alla tutela e all'eventuale allontanamento dei minori dalle famiglie di origine;

Preso atto che la nominata Commissione ha ultimato il proprio lavoro e che il coordinatore con nota Prot. n. PG/2019/0816943, ha trasmesso la relazione finale a nome e per conto di tutti i suoi componenti;

Ritenuto pertanto necessario prendere atto della relazione finale redatta dalla Commissione;

Richiamato il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni" e ss.mm.ii.;

Richiamati i seguenti provvedimenti:

- le proprie deliberazioni n. 193 del 27 febbraio 2015, n. 516 dell'11 maggio 2015, n. 628 del 29 maggio 2015, n. 1026 del 27 luglio 2015, n. 56 del 25 gennaio 2016, n. 106 dell'1 febbraio 2016, n. 270 del 29 febbraio 2016, n. 622 del 28 aprile 2016, n. 1107 dell'11 luglio 2016, n. 2123 del 5 dicembre 2016, n. 2344 del 21 dicembre 2016, n. 3 dell'11 gennaio 2017, n. 578 del 5 maggio 2017, n. 52 del 22 gennaio 2018, n. 1059 del 3 luglio 2018 e n. 1123 del 16 luglio 2018 relative alla riorganizzazione dell'Ente Regione ed alla definizione delle competenze dirigenziali;
- n. 2416/2008 "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007";
- n. 468/2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna", e le Circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni, predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;
- n. 122/2019 avente per oggetto "Approvazione Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2019-2021";

Visto il decreto n. 104 del 28/6/2019 "Nomina del Vicepresidente della Giunta Regionale e contestuale modifica al Decreto del Presidente n. 220/2014 e ss.mm.ii. "Nomina dei

componenti della Giunta Regionale e specificazione delle relative competenze”;

Dato atto che il responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interesse;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute Sergio Venturi e del Presidente della Giunta Stefano Bonaccini;

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

- di prendere atto della relazione finale redatta dalla Commissione tecnica per la individuazione di misure organizzative e procedurali appropriate nei procedimenti preposti alla tutela e all'eventuale allontanamento dei minori dalle famiglie di origine, allegata al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale, trasmessa dal Coordinatore a nome e per conto di tutti i suoi componenti;

- di dare atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in premessa.

**COMMISSIONE TECNICA PER LA INDIVIDUAZIONE DI
MISURE ORGANIZZATIVE E PROCEDIMENTALI APPROPRIATE NEI
PROCEDIMENTI PREPOSTI ALLA TUTELA E ALL'EVENTUALE
ALLONTANAMENTO DEI MINORI DALLE FAMIGLIE DI ORIGINE
(DGR 1153/2019 REGIONE EMILIA-ROMAGNA)**

RELAZIONE CONCLUSIVA
BOLOGNA 31 OTTOBRE 2019

COMPOSIZIONE DELLA COMMISSIONE

➤ PRESIDENTE /COORDINATORE

Dott. Giuliano Limonta, esperto in psichiatria e psicopatologia 0-25 anni

➤ COMPONENTI

Dott. Stefano Costa, Azienda USL di Bologna

Dott.ssa Mila Ferri, Regione Emilia-Romagna

Dott.ssa Maura Forni, Regione Emilia-Romagna

Dott.ssa Francesca Mantovani, Università degli Studi di Bologna

Dott. Pietro Pellegrini, Azienda USL di Parma

Prof. Susi Pelotti, Università degli Studi di Bologna

Avv. Filippo Dario Vinci, Comune di Bologna

PIANO DEL DOCUMENTO

- Obiettivi, funzioni e compiti della Commissione tecnica
 1. Committenza della Giunta regionale
 2. Definizione del campo d'azione
 3. Obiettivi e funzioni
 4. Metodo di lavoro

- Audit clinico-organizzativo / Valutazione straordinaria della rete regionale “sistema tutela minori”
 - A. Analisi complessiva del “sistema tutela minori” – Regione Emilia-Romagna
 - A.1 Analisi sui dati epidemiologici
 - A.2 Analisi della strutturazione attuale dei servizi
 - A.3 Analisi del quadro normativo e della legislazione regionale
 - B. Punti di criticità e di forza del sistema
 - B.1 Area dell’appropriatezza clinica e tecnico-specialistica
 - B.2 Area dell’organizzazione
 - B.3 Area giuridica

- Azioni di miglioramento ipotizzabili
 1. Omogeneità del sistema
 2. Sostegno ai professionisti e alle famiglie affidatarie
 3. Autocontrollo del sistema

▪ Obiettivi, funzioni e compiti della Commissione tecnica

Committenza della Giunta regionale

Nell'estate del 2019, a seguito dell'avvio di un'indagine da parte della Procura della Repubblica di Reggio Emilia che ha riguardato fatti inerenti il sistema della "tutela dei minori"¹ nel territorio dell'Unione Val d'Enza, la Giunta della Regione Emilia Romagna ha ritenuto opportuno istituire una Commissione tecnica cui ha assegnato il compito della "individuazione di misure organizzative e procedurali appropriate nei procedimenti preposti alla tutela e all'eventuale allontanamento dei minori dalle famiglie d'origine" (DGR 1153/2019).

Le ragioni congiunturali, ovvero i fatti accaduti in Val d'Enza in provincia di Reggio Emilia, che hanno reso necessario l'intervento inquirente di una Procura della Repubblica, sono da ritenersi come "eventi significativi" (S.E.A.)² segnalatori di possibili disfunzioni e di criticità in alcuni snodi del 'sistema tutela', in particolare riguardo le procedure di allontanamento dei minori e l'utilizzo della "risorsa affidamento".

Per la Commissione "Eventi significativi" sono:

- L'inchiesta della Procura di Reggio Emilia, attualmente in corso e nei limiti di quanto noto, atteso il segreto istruttorio, relativamente agli episodi di allontanamento e affidamento di minori ha ipotizzato attività illecite gravi, se provate;
- Gli interrogativi sollevati nelle sedi istituzionali e politiche in merito all'adeguatezza dell'intero sistema regionale per la tutela delle persone di minore età;
- Il rilievo dato dai media alle posizioni conflittuali con le famiglie e la conseguente messa in discussione della fiducia da parte dell'opinione pubblica nel confronto del sistema dei servizi.
- Le difformità rilevate dai dati epidemiologici regionali.

La Commissione tecnica ha preso atto della impossibilità di entrare nel merito degli eventi oggetto dell'indagine e, per non interferire in alcun modo, neppure indirettamente, nel percorso di accertamento della responsabilità giudiziaria dei singoli, ha ritenuto di non audire le persone a diverso titolo coinvolte nella vicenda specifica.

Al contempo, le materie relative ai fatti contestati penalmente assumono rilievo preminente ai fini della presente analisi, ed in questo senso verranno considerati e analizzati; ciò all'interno di una più generale verifica del Sistema dei Servizi Pubblici a tutela dei minorenni, per evitare che anche astrattamente in futuro si possano realizzare in toto o in partem tali dinamiche, al momento solo sospettate ma per la loro gravità da affrontare e censurare senza incertezze.

1 "Sistema tutela minori" è utilizzato per brevità rispetto al più corretto "Sistema tutela della persona di età minore di anni 18"

2 "Significant events Audit (SEA): è una tipologia di analisi che si focalizza su particolari eventi considerati significativi per apprendere e migliorare. Più formalmente può essere definito come un processo in cui singoli eventi, significativi sia in senso positivo che negativo, sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare miglioramenti futuri." ("Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità" Ministero della Salute, 2011, pag.13)

La Commissione tecnica ha quindi deciso di operare con la metodologia dell'Audit procedendo, tenuto conto dei tempi ristretti, mediante la consultazione dei professionisti dei servizi sociali e sanitari della regione e dei soggetti ritenuti altamente significativi con esclusione, in relazione all'indagine in corso, della magistratura pure essenziale per il funzionamento del sistema tutela.

Ha pertanto effettuato una verifica di normative, procedure, organizzazione e competenze dei servizi sociali e sanitari.

La Commissione si è concentrata sulle aree della sanità e del sociale, pur nella consapevolezza che il complesso sistema assistenziale – educativo – curante sulla 'tutela minori' coinvolge in reciproca interazione molte aree di intervento (servizi sanitari e sociali, ma anche autorità giudiziaria, scuola, terzo settore, privato sociale...). Con successivi interventi istituzionali e organizzativi andranno potenziate le sinergie di visione e di collegamento operativo con le altre aree e in particolare con l'autorità giudiziaria.

Le caratteristiche della consulenza tecnica chiesta dalla Giunta regionale alla Commissione consentono l'indicazione di pochi qualificati macro-obiettivi di miglioramento. La precisazione di obiettivi ed azioni specifiche è demandata ai successivi lavori necessari per attuare la riforma regionale che qui si propone.

Campo d'azione della Commissione:

La Commissione si caratterizza come un organo a temporaneo supporto di eventuali decisioni della Giunta regionale; non ha compiti di indagine (che sono svolti dalla Magistratura a cui solo compete l'attività inquirente). La Commissione è investita del compito di una "Valutazione straordinaria" (audit) del sistema assistenziale e di cura specifico ("tutela minori") nelle aree della

- appropriatezza clinico- e tecnico/assistenziale
- efficienza e funzionalità della organizzazione del sistema assistenziale curante
- area giuridica.

Tale intervento è integrativo ed eccezionalmente di rinforzo agli ordinari compiti di monitoraggio, manutenzione ed eventuali revisioni periodiche delle linee di indirizzo regionali nei seguenti circoscritti ambiti:

- "affidamento familiare, accoglienza in comunità, sostegno alle responsabilità familiari (DGR n. 1904 – DGR n. 1106/2014 – DGR n. 1153/2016 – DGR n. 425/2019);
- "accoglienza e cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento e abuso (DGR n. 1677/2013)
- "prestazioni socio-sanitarie rivolte a minorenni allontanati o a rischio di allontanamento" (DGR n. 1102/2014)

L'azione valutativa straordinaria della Commissione tecnica potenzia ed integra il monitoraggio svolto dai gruppi tecnico specialistici a livello regionale e locale.

Obiettivi e funzioni:

La Commissione ha il compito di:

- individuare lungo i percorsi di assistenza e di cura eventuali significative criticità, debolezze, incongruenze tecnico specialistiche (assistenziali, cliniche, educative) e/o macro-disfunzioni dei percorsi organizzativi
- proporre, previa consultazione con la rete che gestisce il sistema della tutela delle persone minori di età, ipotesi di miglioramento (su target organizzativi e di competenze tecniche)
- indicare le necessità di potenziamento strutturale del sistema.

Metodo di lavoro della Commissione:

- A partire dagli Eventi Significativi la Commissione tecnica ha realizzato un Audit Clinico Organizzativo/Valutazione Straordinaria della Rete Regionale del “Sistema Tutela Minori” che si è articolata nel seguente modo:
- Analisi della normativa nazionale e regionale di riferimento
- Valutazione dei dati epidemiologici e di servizio e delle attuazioni organizzative provinciali e locali dei percorsi clinico-assistenziali
- Coinvolgimento attivo e capillare nell’attività valutativa di tutti gli operatori della rete regionale del sistema tutela minori (responsabili e professionisti dei servizi sanitari e sociali; componenti dei gruppi tecnici regionali, esponenti di associazioni di famigliari e di utenti)
- Audizioni individuali a singoli professionisti con rilevanti competenze istituzionali o tecnico specialistiche nell’ambito
- Valutazione delle prassi clinico organizzative alla luce delle evidenze scientifiche e delle buone pratiche clinico-assistenziali in materia
- Rilievo dei Punti critici e di Forza
- Proposte di azioni di miglioramento

Unità operative – servizi – gruppi tecnici regionali- esperti consultati (settembre - ottobre 2019)

GRUPPI AUDIZIONI	CONSULTATI / N. OPERATORI /ESPERTI PRESENTI	DATA INCONTRO
Direttori Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche	8	09/09/2019
Coordinamento regionale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	14	12/09/2019
Gruppo regionale di monitoraggio sull'attuazione della DGR 1904/2011	20	17/09/2019
Coordinamento regionale dei referenti si Servizio Sociale Territoriale e Esperti Giuridici	46	17/09/2019
Referenti Programmi di Psicologia Clinica	13	19/09/2019
Direttori delle Attività Socio-Sanitarie AUSL	9	24/09/2019
Enrico Al Mureden, Dipartimento Discipline Giuridiche Università degli Studi di Bologna	1	30/09/2019
Rita Bosi, Ordine delle Assistenti Sociali dell'Emilia Romagna	1	30/09/2019
Rappresentanti dell'Associazione Agevolando	3	07/10/2019
Componenti gruppo di lavoro regionale sulla valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel maltrattamento dell'infanzia e dell'adolescenza	19	07/10/2019
Chiara Labanti – Coordinamento Nazionale Affidi	1	14/10/2019
Maria Clede Garavini, Garante Regionale per l'infanzia e l'adolescenza	1	15/10/2019
Mariateresa Paladino, referente regionale programma PIPPI	1	15/10/2019
Gina Simona Simoni – Ufficio Tutela Minori Comune di Bologna	1	15/10/2019

La Commissione si è insediata il 22 luglio 2019 e ha concluso i lavori entro la data prevista del 31.10.2019.

- **Audit clinico-organizzativo / Valutazione straordinaria della rete regionale “sistema tutela minori”**

La valutazione straordinaria, che si è svolta nei mesi di settembre /ottobre 2019 è stata effettuata incrociando:

- la rilevazione dei dati oggettivi (epidemiologici – utenza/prestazioni – attuazioni organizzative locali – esperienze significative)
- le ipotesi dei tecnici della Commissione
- il parere tecnico di oltre 130 professionisti della rete - esperti consultati e intervistati

Quale esito di questa valutazione sono state elaborate dalla Commissione considerazioni circa:

- A. La valutazione complessiva del “sistema tutela minori – Regione Emilia-Romagna”
- B. I punti di criticità e di forza del sistema

A. La valutazione complessiva del “sistema tutela minori – Regione Emilia-Romagna”

A1 Analisi sui dati epidemiologici

Il contesto di riferimento

Il sistema tutela minori si confronta con un rilevante cambiamento sociale, culturale ed economico. Le tipologie di famiglie sono molteplici e quelle unipersonali rappresentano quasi il 40% del totale.

Separazioni conflittuali, ricongiunzioni familiari, adozioni internazionali, nuove tipologie di famiglie e di convivenze, nonché una maggiore propensione alla mobilità hanno reso più complesse le relazioni familiari.

Le famiglie di origine straniera, pur con figli minori nati per lo più in Italia, hanno culture educative, delle relazioni di genere, delle funzioni genitoriali fortemente connotate e talora distanti e diverse da quelle presenti nella Regione Emilia-Romagna. Ne consegue una multiculturalità di prossimità che spesso evidenzia la difformità dei modelli educativi, dei progetti migratori ed esistenziali.

Se la gran parte delle famiglie esprime un grande impegno educativo, si riscontrano spesso situazioni contraddittorie, abbandoniche, ruoli genitoriali disimpegnati o amicali, poco autorevoli e resilienti.

Parallelamente ad una fragilità del sistema degli adulti, si assiste quindi ad una difficoltà dei giovani a trovare un contenimento e riferimenti educativi stabili; sono in aumento le situazioni di disagio negli adolescenti che non presentano un quadro psicopatologico strutturato ma situazioni di fragilità e vulnerabilità a volte anche rapidamente recuperabili.

Si considerino inoltre le variazioni connesse all'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche, all'emergere di nuove forme comunicative, propensioni all'abbandono scolastico, al NEET³, al ritiro sociale con significativi problemi a strutturare un proprio progetto di vita, di pensare al futuro.

L'accesso all'uso di sostanze psicoattive, alcolici e “nuove droghe” acquistabili anche on line, hanno ulteriormente complicato la possibilità di intervenire in un ambito nel quale si evidenzia oltre alla crisi delle competenze e dell'autorità genitoriale anche uno smarrimento della funzione educante della comunità e dei media. Un problema, quello della norma, dell'esercizio della responsabilità nelle relazioni che sembra evidenziarsi anche il significativo numero di minori oggetto di azione giudiziaria penale.⁴

La crisi economica e sociale ha avuto un impatto significativo soprattutto sulle famiglie con figli. La povertà economica non è l'unica. Rilevante è la povertà educativa, culturale, relazionale.

³ NEET “Not in Education, Employment or Training” “Indicatore atto a individuare la quota di popolazione di età compresa tra i 15 e i 29 anni che non è né occupata né inserita in un percorso di istruzione o di formazione”. (treccani.it)

⁴ Minorenni e giovani adulti in carico ai Servizi minorili Analisi statistica dei dati 15 settembre 2019 Dipartimento Giustizia minorile e di comunità Ufficio I del Capo Dipartimento, Sezione Statistica

Bambini e ragazzi fuori famiglia: una panoramica

Gli allontanamenti dei minori in Emilia-Romagna sono nella media nazionale e nettamente inferiori a quelli di altri paesi europei

Esiste una discreta variabilità interprovinciale sul tasso di allontanamenti

Esiste una discreta variabilità interprovinciale nelle tipologie di accoglienza dei minorenni allontanati (comunità, affido parentale, affido familiare, tempo pieno o parziale, giudiziale o consensuale)

La situazione in Europa e in Italia

La quarta Relazione del Ministero del lavoro e politiche sociali sullo stato di attuazione della legge 149/2001, del dicembre 2017, mette a confronto il nostro Paese con altri Paesi europei (Francia, Germania, Inghilterra e Spagna) paragonabili al nostro sia per dimensione demografica sia per sviluppo e cultura dei sistemi di tutela e protezione dei bambini e degli adolescenti. Tra questi Paesi, l'Italia è quella con il tasso inferiore di accoglienza fuori famiglia. I dati per il nostro Paese si riferiscono al 31.12.2014

Tabella 1 – Affidamento familiare e accoglienza nei servizi residenziali in Italia e in alcuni Paesi dell'Unione europea

Paese	Periodo di riferimento dei dati	Bambini e adolescenti in affidamento familiare	Bambini e adolescenti nei servizi residenziali	Bambini e adolescenti fuori famiglia di origine	Bambini e adolescenti fuori famiglia di origine per 1.000 residenti di 0-17 anni	Bambini in affidamento ogni bambino nei servizi residenziali
Francia ^(a)	31/12/2013	81.579	56.690	138.269	9,5	1,4
Germania ^(b)	31/12/2014	64.680	61.161	125.841	9,6	1,1
Italia	31/12/2014	14.020	12.400	26.420	2,6	1,1
Inghilterra ^(c)	31/03/2015	52.050	17.490	69.540	6,1	3,0
Spagna ^(d)	31/12/2014	19.119	13.563	32.682	3,9	1,4

(a) Fonte: Oned, 2016

(b) Fonte: www.dstatistik.de

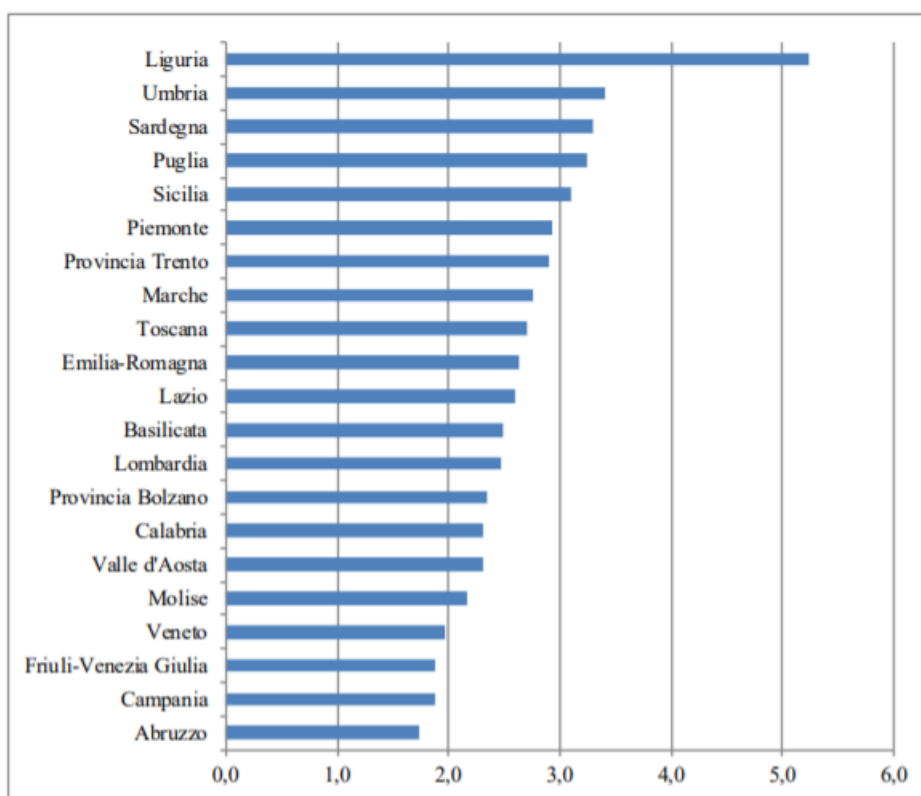
(c) Fonte: UK Department of education, 2015

(d) Fonte: Observatorio de la infancia, 2016

Nella stessa relazione viene riportato un confronto interregionale al 31.12.2014. La nostra Regione si posiziona esattamente nel valore medio nazionale (2,6 allontanamenti su mille minorenni residenti); il range interregionale è molto variabile, andando da un tasso per mille di 1,8 della Regione Abruzzo al 5,2 per mille della Regione Liguria.

La rilevazione proposta nella relazione comprende i minorenni, accolti in servizi residenziali (comunità) o in affido familiare residenziale per almeno 5 notti la settimana, ed esclude i minori stranieri non accompagnati.

Figura 13 - Bambini e adolescenti in affidamento familiare a singoli, famiglie e parenti e collocati nei servizi residenziali per minorenni (al netto dei msna) per 1.000 residenti di 0-17 anni - Al 31/12/2014



La situazione in Emilia-Romagna (Fonte: SISAM – Sistema informativo minori Emilia-Romagna)

Il numero dei minorenni allontanati dal nucleo familiare in Regione mostra un modesto incremento (+4,2%): nel 2014 erano 2.181 mentre nel 2017 sono 2.272, con un andamento relativamente stabile.

In analogia alla rilevazione nazionale, dal conteggio sono esclusi i minorenni stranieri non accompagnati, la cui accoglienza in strutture non si può configurare come allontanamento dal nucleo familiare. Diversamente dalla rilevazione nazionale, tuttavia, la rilevazione dell'Emilia-Romagna conteggia anche forme di affidamento a tempo parziale inferiori alle 5 notti per settimana. Ciò spiega la differenza tra il tasso relativo al 31.12.2014 riportato nella rilevazione nazionale (2,6 per 1.000) e il dato (3,1 per mille) della Regione Emilia-Romagna.

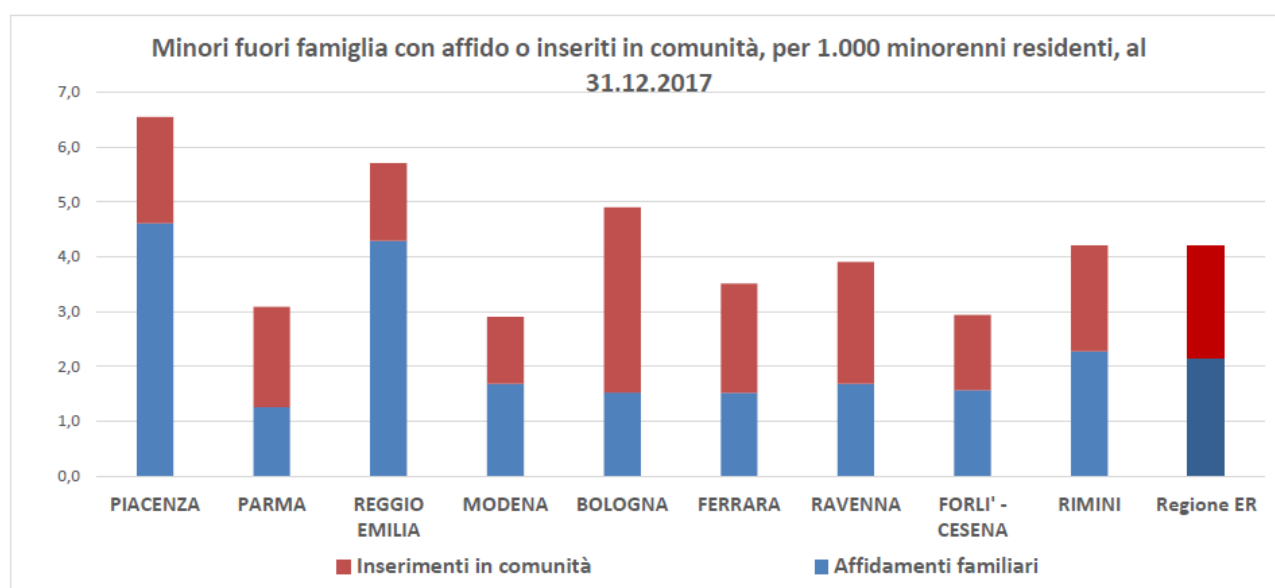
Analizzando i dati per provincia, è evidente una discreta variabilità: il range va infatti dalla provincia di Forlì-Cesena con il 2,5 per 1000 a quella di Reggio Emilia con il 5,2 per 1000.

Gli affidamenti famigliari possono essere di diverse tipologie: di tipo parentale, cioè coinvolgere i parenti fino al 4° grado, o etero famigliare; a tempo pieno o parziale; con il consenso della famiglia d'origine o di tipo giudiziale. Nella tabella e nel grafico che seguono verrà preso in considerazione il numero complessivo degli affidi, mentre successivamente analizzeremo le diverse tipologie.

Dalla tabella e dal grafico sottostanti risulta evidente la variabilità interprovinciale sia nel tasso complessivo di allontanamenti, sia nella ripartizione tra affidamenti e inserimenti in comunità.

Minori fuori famiglia in affido o inseriti in comunità, al 31.12, per province (anni 2014 – 2017) (fonte SISAM)

Province	N. minori fuori famiglia (esclusi MSNA)				N. minori fuori famiglia per 1.000 minorenni residenti			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
PIACENZA	202	203	199	210	4,6	4,6	4,5	4,8
PARMA	173	167	179	187	2,4	2,3	2,5	2,6
REGGIO EMILIA	401	442	462	478	4,2	4,6	4,9	5,1
MODENA	335	332	294	290	2,8	2,8	2,5	2,5
BOLOGNA	459	458	386	452	2,9	2,9	2,5	2,9
FERRARA	132	142	144	133	2,8	3,0	3,1	2,9
RAVENNA	158	115	171	178	2,6	1,9	2,8	3,0
FORLI' - CESENA	127	127	167	158	2,0	2,0	2,6	2,5
RIMINI	194	190	165	186	3,5	3,4	3,0	3,4
Regione ER	2.181	2.176	2.167	2.272	3,1	3,1	3,0	3,2



Gli affidi familiari

Nel 2017 sui 2.272 casi di allontanamento, i minorenni in affidamento familiare sono 1.432, mentre i restanti 840 casi sono inseriti in comunità.

Il tasso regionale degli affidi al 2017 è pari al 2 per 1000 (era 1,85 per mille nel 2014), ma anche qui si nota una discreta variabilità territoriale: si va dall'1,2 per 1000 di Parma al 4,2 per 1000 di Reggio Emilia.

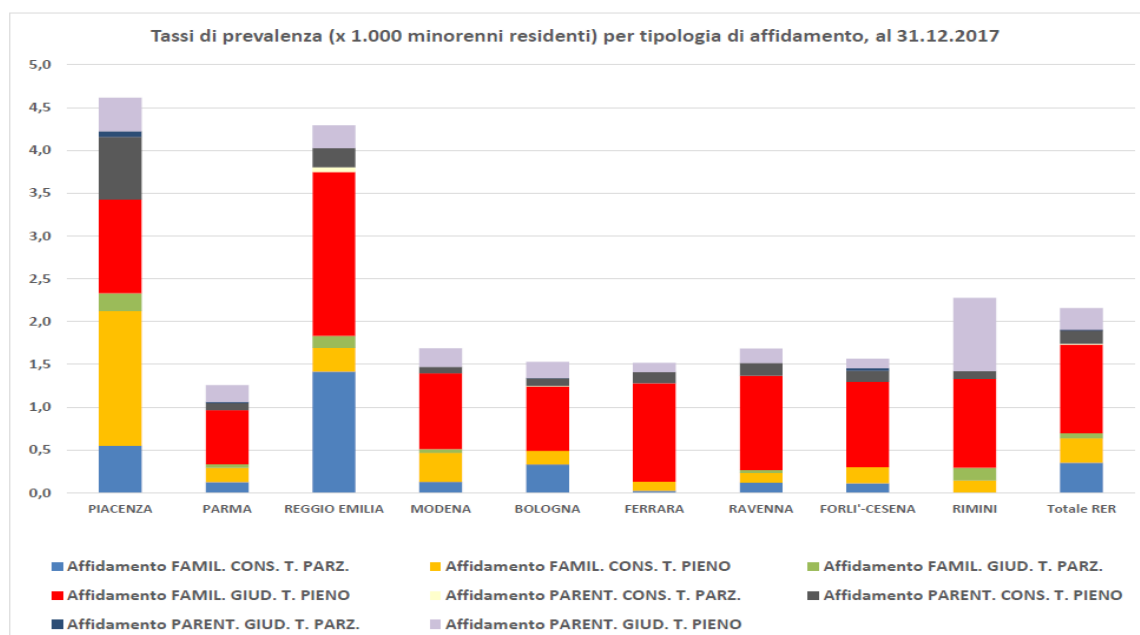
Particolarmente interessante risulta l'analisi delle diverse tipologie di affidamento familiare. Come già detto sopra, l'affidamento può essere di tipo parentale, cioè coinvolgere i parenti fino al 4° grado, o eterofamiliare; può essere a tempo pieno o parziale; può vedere il consenso della famiglia d'origine o può

essere di tipo giudiziale. A livello regionale, il tasso di affidi giudiziali a tempo pieno al 2017, è stabile negli anni ed è pari all'1 per 1000 (era 0,9 per 1.000 nel 2014).

Anche in questo caso la variabilità è discreta: si va dallo 0,6 per 1000 di Parma all' 1,9 per 1000 di Reggio Emilia. La variabilità interprovinciale, sia per quanto riguarda il tasso complessivo di affidamenti sia per quanto riguarda le diverse tipologie risulta evidente nelle tabelle e nel grafico sottoriportati.

PROVINCE	2014				2015			
	AFFIDAME NTO FAMIL. GIUD. T. PIENO	Tasso affidi fam. giud. T. Pieno per 1.000 minorenni residenti	Totale affidamen ti familiare	Tasso affidamen ti per 1.000 minori residenti	AFFIDAME NTO FAMIL. GIUD. T. PIENO	Tasso affidi fam. giud. T. Pieno per 1.000 minorenni residenti	Totale affidamen ti familiare	Tasso affidamen ti per 1.000 minori residenti
PIACENZA	42	0,95	137	3,09	43	0,98	145	3,29
PARMA	37	0,52	85	1,20	36	0,51	78	1,10
REGGIO EMILIA	151	1,58	307	3,21	160	1,68	338	3,54
MODENA	118	0,99	225	1,88	102	0,86	198	1,66
BOLOGNA	108	0,69	236	1,51	97	0,62	225	1,43
FERRARA	35	0,74	59	1,25	52	1,11	74	1,57
RAVENNA	47	0,77	91	1,50	39	0,64	72	1,19
FORLI' - CESENA	53	0,83	74	1,16	50	0,78	73	1,15
RIMINI	51	0,92	106	1,91	57	1,03	116	2,09
Totale RER	642	0,90	1.320	1,85	636	0,89	1.319	1,85

PROVINCE	2016				2017			
	AFFIDAME NTO FAMIL. GIUD. T. PIENO	Tasso affidi fam. giud. T. Pieno per 1.000 minorenni residenti	Totale affidamen ti familiare	Tasso affidamen ti per 1.000 minori residenti	AFFIDAME NTO FAMIL. GIUD. T. PIENO	Tasso affidi fam. giud. T. Pieno per 1.000 minorenni residenti	Totale affidamen ti familiare	Tasso affidamen ti per 1.000 minori residenti
PIACENZA	45	1,02	140	3,19	47	1,07	146	3,33
PARMA	51	0,71	95	1,33	44	0,61	85	1,19
REGGIO EMILIA	172	1,82	373	3,94	179	1,91	391	4,16
MODENA	110	0,93	209	1,76	103	0,87	186	1,58
BOLOGNA	77	0,49	168	1,07	116	0,74	234	1,49
FERRARA	51	1,10	73	1,57	51	1,11	68	1,47
RAVENNA	52	0,86	95	1,58	65	1,08	100	1,67
FORLI' - CESENA	60	0,95	98	1,55	61	0,96	97	1,53
RIMINI	56	1,01	108	1,95	57	1,04	125	2,28
Totale RER	674	0,95	1.359	1,91	723	1,02	1.432	2,02



A2 Analisi della strutturazione attuale dei servizi per la tutela del minore

Le équipe integrate di primo livello sono diffuse capillarmente
 Le UVM sono presenti ovunque, con diversi modelli, e assicurano revisione e rivalutazione
 del progetto dell'équipe di primo livello
 Solo il territorio della città metropolitana di Bologna è attualmente dotato di una équipe di
 secondo livello (centro specialistico) pienamente coerente con l'art. 18 legge 14/2008
 Tutte le AUSL sono dotate di funzioni tutela minori, con differenti afferenze e
 organizzazioni

A seguito dell'emanazione 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" è stato effettuato un monitoraggio sulla strutturazione e il funzionamento delle Equipe territoriali integrate (ETI) e delle Unità di valutazione multidimensionale (UVM). Questi ultimi organismi sono stati istituiti a seguito dell'emanazione della DGR 1102/2014⁵, mentre le équipe territoriali di primo livello erano già previste dall'art. 17 della L.R. 14/2008⁶.

⁵ Dalla DGR 1102/2014 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'équipe territoriale proponente il caso. In relazione alla specificità del caso trattato possono essere coinvolti: - professionisti della NPPIA; - altro professionista sanitario del Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche e/o Dipartimento Cure Primarie; - pediatra o medico di medicina generale; - professionisti dei servizi per disabili per il governo del passaggio alla maggiore età. L'UVM: - valuta ed eventualmente ridefinisce la proposta di progetto formulata in sede di équipe; - valida il Progetto Quadro e autorizza eventuali risorse aggiuntive necessarie per l'inserimento in una comunità residenziale o per altri progetti di assistenza; - verifica periodicamente l'andamento del Progetto Quadro.

⁶ Le funzioni di équipe territoriale (previste dalla L.R. 14/2008) per i casi che presentano elementi di complessità garantiscono: - prima valutazione integrata, effettuata da almeno 1 assistente sociale dei Servizi Sociali e 1 psicologo dell'Azienda USL - presa in carico del minore e della famiglia e individuazione del responsabile del caso - coinvolgimento del pediatra o medico di medicina generale - eventuale raccordo/integrazione con altri servizi sanitari, afferenti al Dipartimento di Salute Mentale - Dipendenze Patologiche e al Dipartimento Cure Primarie - per la valutazione dei casi complessi (di cui sopra), attivazione dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM), in analogia con quanto previsto dalla DGR 313/2009 per l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie nella salute mentale adulti, eventualmente integrata da professionisti dei Servizi per disabili, adottando le procedure e gli strumenti operativi definiti negli Accordi locali. - definizione del Progetto quadro e del Progetto educativo individualizzato (nel caso di inserimento in comunità), o del Progetto di accompagnamento dell'affidamento familiare, o del Progetto di vita verso la maggiore età, come previsto dalla DGR 1904/2011.

Tutti i Distretti hanno adottato forme di collaborazione o un accordo di programma tra Enti locali e AUSL per declinare composizione e funzione di ETI e UVM. Alcuni accordi sono attualmente in fase di revisione. Ogni Distretto è dotato almeno di una ETI (nella maggioranza dei casi ne esiste più di una), composta da assistente sociale e psicologo/neuropsichiatra infantile. In alcuni casi sono presenti anche: una figura di supporto giuridico (esperto giuridico), un educatore professionale, una equipe specifica per affido/adozione.

Le UVM sono presenti ovunque ma il livello è a volte distrettuale, a volte aziendale. La composizione di base vede la presenza dei responsabili dei servizi sociali e sanitari variamente individuati (per la AUSL generalmente il responsabile dell'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza (UO NPIA) o Tutela minori), con integrazioni (esperto giuridico, centri specialistici, responsabile equipe affido/adozioni, professionisti AUSL sul singolo caso).

Nel territorio della città metropolitana di Bologna è attivo un centro specialistico (Il Faro) finanziato dall'AUSL e dal Comune di Bologna. In altre AUSL sono presenti forme organizzative diverse (es. AUSL Romagna gruppo filtro, altre AUSL equipe affido e adozione)

I Comuni, cui spetta secondo il dettato normativo nazionale e regionale di promuovere e garantire la realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, al fine di dare risposta ai bisogni sociali della popolazione e tra questi in particolare la realizzazione dei "servizi ed interventi di prevenzione, ascolto, sostegno ed accoglienza per minori vittime di abuso, maltrattamento ed abbandono", a seguito del ritiro delle "deleghe" alle Aziende USL, avviata a fine anni '90, hanno nel tempo organizzato i servizi sociali per l'esercizio di questa funzione in maniera differenziata. La Giunta regionale, in linea con il dettato normativo (L.R. 2/2003 e L. R. 12/2013), ha approvato nel 2014 le "Linee guida per il riordino del Servizio Sociale Territoriale" (DGR 1012/2014), nelle quali è indicato come obiettivo quello di tendere alla gestione associata a livello di ambito distrettuale degli interventi e servizi sociali ivi compreso il Servizio Sociale Territoriale (SST) all'interno del quale di norma si colloca il Servizio Tutela minori. Dall'ultimo monitoraggio condotto sull'attuazione del Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019, che ha ulteriormente spinto verso tale obiettivo, risulta che a fine 2017 solo 24 ambiti distrettuali su 38 hanno con certezza unificato il SST a livello distrettuale.

Qualora si presenta una gestione associata, questa può avere forme differenziate (in primis unione, servizio sociale associato per convenzione, ASP/ASC) e qualora la funzione non sia associata possono convivere all'interno di uno stesso ambito distrettuale diverse forme gestionali.

Per quanto riguarda poi il rispetto dello standard di personale previsto dalle citate linee guida ovvero la presenza di almeno 1 assistente sociale ogni 5000 abitanti, si rileva che al 31 marzo 2019 questo standard sembra essere pienamente assolto in quanto si registra la presenza media di 1 assistente sociale per 3250 abitanti sul territorio regionale. All'interno di questo dato non è però possibile distinguere l'assegnazione ad un'area di intervento piuttosto che un'altra.

In tutte le AUSL è presente una funzione di tutela minori, con un referente, generalmente psicologo, e personale dedicato a tempo pieno o parziale. La collocazione organizzativa è varia: nella maggioranza dei casi la funzione fa riferimento alle UONPIA, in alcuni casi afferisce al Dipartimento cure primarie. In alcuni Distretti la funzione complessiva di tutela minori è esercitata dalle AUSL in delega da parte degli Enti locali.

A 3 Analisi del quadro normativo nazionale e della legislazione regionale, primaria e secondaria

Ai sensi dell'art. 315 bis codice civile "Il figlio ha diritto di essere mantenuto, educato, istruito e assistito moralmente dai genitori, nel rispetto delle sue capacità, delle sue inclinazioni naturali e delle sue aspirazioni".

Ai sensi dell'art. 1 della l. 184/83 in materia di affidamento, il legislatore chiarisce poi questo principio, recitando *"il minore ha diritto di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia... Le condizioni di indigenza dei genitori o del genitore esercente la responsabilità genitoriale non possono essere di ostacolo all'esercizio del diritto del minore alla propria famiglia. A tal fine a favore della famiglia sono disposti interventi di sostegno e di aiuto"*.

Il D.Lgs. 154/2013 ha rafforzato il principio del diritto del minore a crescere e ad essere educato nella propria famiglia inserendo, tra le norme finali della legge 184/1983, l'art. 79bis, ove si prevede che, nell'ambito di tutte le procedure dinanzi ai Tribunali per i minorenni è obbligo del giudice segnalare tutte le situazioni di indigenza dei nuclei familiari che richiedono interventi di sostegno, per consentire al minore di essere educato nell'ambito della propria famiglia.

Quale principio fondante del Sistema, dunque, il legislatore riconosce in via ordinaria la responsabilità sui figli minorenni ai genitori, biologici ovvero adottivi, che anzi in caso di fragilità devono essere assistiti e supportati dalle Istituzioni, non potendo essere la mera povertà economica parametro di inadeguatezza genitoriale.

L'esercizio della funzione genitoriale nel caso di incapacità

Ai sensi dell'art. 30 co. 2 della Costituzione Italiana, *"nei casi di incapacità dei genitori, la legge provvede a che siano assolti i loro compiti"*

Ai sensi dell'art. 2 della l. 184/83 in materia di affidamento *"In minore temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo, nonostante gli interventi di sostegno e aiuto disposti ai sensi dell'art. 1, è affidato ad una famiglia...o ad una persona singola, in grado di assicurargli il mantenimento, l'educazione, l'istruzione e le relazioni affettive di cui egli ha bisogno. Ove non sia possibile è consentito l'inserimento del minore in una Comunità di tipo familiare..."*

Le regioni definiscono gli standard minimi dei servizi e dell'assistenza che devono essere forniti dalle Comunità".

Ai sensi dell'art. 333 cc *"Quando la condotta di uno o di entrambi i genitori non è tale da dare luogo alla pronuncia di decadenza prevista dall'art. 330, ma appare comunque pregiudizievole al figlio, il giudice, secondo le circostanze, può adottare i provvedimenti convenienti e può anche disporre l'allontanamento di lui dalla residenza familiare ovvero l'allontanamento del genitore che maltratta o abusa del minore"*.

Ai sensi dell'art. 336 cc *"I provvedimenti indicati negli articoli precedenti sono adottati su ricorso dell'altro genitore, dei parenti o del pubblico ministero e, quando si tratta di revocare deliberazioni anteriori, anche del genitore interessato"*.

Ai sensi dell'art. 2 della l. 184/83 cit. *"I pubblici ufficiali, gli incaricati di un pubblico servizio, gli esercenti un servizio di pubblica necessità debbono riferire al più presto al procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni del luogo in cui il minore si trova sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengano a conoscenza in ragione del proprio ufficio"*.

Sempre per il dettato normativo, il legame familiare ed il ruolo della famiglia di origine assume riconoscimento preminente ma non è insindacabile; esiste pertanto una rete di Agenzie pubbliche (Servizi sociali, sanitari, educativi, scolastici) volta a sostenere le famiglie in difficoltà e a superare situazioni di pregiudizio. Ciò, ancorché quale extrema ratio, può avvenire anche a mezzo di interventi limitativi o persino ablativi della responsabilità genitoriale: di norma in esecuzione di decisioni del giudice oppure, in via di urgenza, in via amministrativa (ai sensi dell'art. 403 cc).

Come detto, tali interventi vengono in considerazione solo in casi eccezionali ma allo stesso tempo rappresentano una risposta possibile prevista dal legislatore in caso di incapacità genitoriale.

In senso metodologico poi, l'allontanamento non può essere però avulso da un'attività (multi)professionale più ampia volta ad osservare e valutare ma anche a promuovere e sostenere la genitorialità.

I servizi pubblici incaricati alla tutela dei minorenni, *in primis* i Servizi Sociali, Sanitari, Educativi e Scolastici, sono tenuti a segnalare alla procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni, situazioni di pregiudizio per l'adozione di provvedimenti civili, ablativi ovvero limitativi della responsabilità genitoriale.

Si segnala in particolare il ruolo del Servizio Sociale territoriale a cui viene affidata (ex DPR 616/77, DPR 448/88, L. 184/83, L. 328/00) la titolarità dell'eventuale progetto di assistenza e il coordinamento dell'intervento di protezione; ciò, pur non sostituendosi agli altri Servizi pubblici sopra richiamati per l'adempimento degli atti loro dovuti.

Aspetto da tenere in considerazione è inoltre la natura pubblicistica che il Legislatore riconosce a tale attività: di sostegno ma anche di valutazione delle capacità genitoriali, tanto da riservarla a Servizi pubblici (ovvero a soggetti privati espressamente nominati dal Giudice, a mezzo di CTU).

I funzionari pubblici preposti sono tenuti anche a segnalazioni penali quando i fatti appresi integrano altresì fattispecie di reato perseguibili d'ufficio (es maltrattamento e abuso, ex art. 331 cpp).

La mancata segnalazione alle AAGG giudiziarie preposte (sia in sede civile che penale), quando sia atto dovuto, comporta reato (ex art. 70 l. 184/83, art. 328 cp, artt. 361 e 362 cp).

A livello Regionale, in Emilia Romagna, la Legge 2/2003, *“Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”* a sua volta stabilisce, conformemente a quanto stabilito dalla legge statale 328/2000 (artt. 1, 6, 8 e 11), una normazione volta a regolamentare l'Istituto dell'affidamento familiare e più in generale l'autorizzazione delle strutture volte ad accogliere minorenni e la vigilanza sulle stesse (v. artt. 5, 35 e 36 LR 2/03).

Di qui, dapprima la Direttiva 846/2007 che riformava il vecchio modello in vigore con la Direttiva 1378 del 2000 (che aveva fissato delle quote indicative per il contributo affido), e successivamente, anche per adeguarsi alla intervenuta L.R 14/2008 *“Norme in materia di politiche per le giovani generazioni”*, con la Direttiva 1904/11.

Alla citata Direttiva del 2011 (che nel tempo è stato aggiornato da successivi atti tra cui D.G.R. 14 luglio 2014, n. 1106, dalla D.G.R. 25 luglio 2016, n. 1153, dalla D.G.R. 25 marzo 2019, n. 425 e da ultimo con DGR 425/2019) si aggiungono:

“Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento e abuso” (D.G.R. n. 1677/2013).

Le Linee di indirizzo definiscono il fenomeno, offrono raccomandazioni operative e individuano un percorso organizzativo per l'applicazione a livello regionale e territoriale. Nel loro complesso delineano un modello di governance pubblico integrato che nel mettere al centro i bisogni di bambini e ragazzi sviluppa sinergie con i punti della rete per la tutela.

“Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento” (DGR n. 1102/2014).

La delibera contiene indirizzi per la definizione degli accordi, tra Enti Locali ed Azienda USL, per la realizzazione di interventi integrati delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati dalla loro famiglia o a rischio di allontanamento, spesso proprio per motivi legati a gravi forme di incuria, maltrattamento, abuso, al fine di creare uniformità nei percorsi di cura e di tutela e garantire livelli essenziali di intervento sociale, sanitario e socio-sanitario. Dà indicazioni per la costituzione delle équipe dei professionisti per la presa in carico assistenziale.

All'esito di una approfondita analisi, anche grazie all'audizione del Prof. Enrico Al Mureden dell'Università di Bologna, si può affermare che il sistema regionale sopra introdotto e comprensivo anche dei diversi documenti integrativi, tra cui le diverse Linee di indirizzo presenti, non solo è coerente con l'impianto normativo nazionale in materia ma si colloca a livello nazionale tra i sistemi più attenti in materia di Diritto di Famiglia e dei Minorenni.

Così si esprime il citato professore, ordinario di Diritto Civile e Diritto di Famiglia: “può senz'altro affermarsi che la Direttiva Regionale (1904/11 e s.m.i.) e le prassi seguite da coloro che operano nell'ambito delle procedure concernenti l'affidamento dei minori sono coerenti con l'attuale quadro normativo così come modificato da recenti riforme e costantemente interpretato dal diritto vivente”.

La Commissione tecnica, pur condividendo quanto sopra, non può esimersi dal rilevare che:

- gli obblighi di segnalazione posti in capo ai funzionari pubblici (ex 331 e ss c.p.p. ed altri) possono innescare percorsi giudiziari altamente impattanti sul minore e sulla sua famiglia, tanto più significativi quanto maggiori sono i tempi di accertamento da parte della giustizia durante i quali vi sono inevitabili ricadute sulle dinamiche familiari nonché sui percorsi di valutazione, cura e tutela. A questo proposito onde prevenire prassi difensive, e ancora più i rischi di vittimizzazione secondaria e nel preminente interesse del minore, si rende necessaria un'attività di collaborazione interistituzionale;
- L'effettuazione delle azioni in attuazione di quanto previsto dall'art.403 c.c. mostra difformità applicative e un alquanto variabile tempo di ratifica dell'Autorità Giudiziaria.

Si chiarisce inoltre come i fatti contestati nella Val D'Enza sarebbero del tutto estranei ed incompatibili con l'attuale impianto normativo vigente, essendo all'opposto, se le accuse processuali venissero confermate, conseguenza di prassi distorte ed anzi opposte rispetto a quanto previsto e raccomandato anche a livello regionale.

B Punti di criticità e punti di forza del sistema

Le evidenze raccolte in questa prima fase esplorativa e di audit hanno consentito di identificare alcune aree sulle quali sono state rilevate situazione di criticità e alcuni elementi di forza e solidità del sistema:

B1 Area dell'appropriatezza clinica e tecnico specialistica

criticità

valutazione clinico-diagnostica ancora non sufficientemente sostenuta da conoscenze
e procedure validate da evidenze scientifiche
percorso giudiziario oggettivamente condizionante

punti di forza

presenza diffusa di esperienze di prevenzione dell'allontanamento e di sviluppo della
clinical competence dei professionisti

La tutela minori costituisce un compito di tutta la comunità, interistituzionale, multidimensionale e multiprofessionale la quale si realizza attraverso servizi diversi che hanno organizzazione e composizione piuttosto variabili in relazione ai diversi assetti istituzionali.

La priorità dell'interesse del minore nell'ambito della famiglia di origine vede diversi fattori di rischio e pregiudizio che hanno gradienti di rilevanza e modificabilità assai variabili. In questo quadro, ambiti di particolare difficoltà e delicatezza sono quelli dell'abuso, in particolare sessuale con possibili eccessi o difetto di intervento.

Nelle situazioni familiari che presentano problematiche di vulnerabilità e fragilità individuale, incompetenza relazionale, disfunzioni comportamentali nell'accudimento e nella cura dei minori, si confrontano e interagiscono spesso conflittualmente diversi bisogni esistenziali e domande di aiuto e di cura differenziate. Da una parte “il diritto del minore di essere protetto contro ogni forma di violenza” (Convenzione Onu del 1989 sui Diritti dell'Infanzia e l'Adolescenza-art. 34 spesso dinamicamente confliggente con “il diritto del minore a vivere nella propria famiglia” (c (Convenzione cit. - preambolo, principio sesto) e dall'altra “il bisogno degli adulti fragili di essere aiutati a recuperare un funzionamento relazionale sufficientemente buono, ivi compresa la competenza genitoriale”.

Le soglie critiche che rendono necessario l'intervento di aiuto competente insistono sul fronte del danno evolutivo del minore nonché sul perdurare della grave disfunzione relazionale che esiti nella incompetenza genitoriale dell'adulto fragile.

Una rilevante difficoltà e criticità riscontrata nel processo valutativo – diagnostico e nel percorso di cura e assistenza è il rischio di un disequilibrio nell'intervento valutativo e negli obiettivi di cura, tutela, protezione:

- con una scelta orientata ad uno solo degli obiettivi di cura, trascurando l'esigenza strategica di farsi carico contemporaneamente dei bisogni di cura dell'intero sistema familiare (adulti e minori)
- con una possibile errata stima dei fattori di resilienza naturale e del danno evolutivo traumatico e di disadattamento causato da un radicale cambiamento di contesto di vita (allontanamento dalla famiglia d'origine)
- con un contemporaneo rischio di errata stima dei fattori patogeni nell'area della psicopatologia del trauma psichico specie se non si è attenti a considerare la diversa gradazione della forza patogena di differenti condizioni di negligenza, incuria, trascuratezza e di forme qualitativamente diverse di maltrattamento, abuso, violenza.

Una seconda area potenzialmente critica riguarda la valutazione clinico-diagnostica della patogenicità di condizioni relazionali traumatiche che ancora non è sufficientemente sostenuta da conoscenze psicopatologiche e da procedure diagnostiche standardizzate e validate dalla medicina basata sulle evidenze (E.B.M.). Va rilevato inoltre che non sempre è garantito l'ascolto del parere del minore circa la propria situazione e alla condivisione del progetto.

Una terza criticità nell'area del processo clinico diagnostico e terapeutico è l'elemento oggettivamente condizionante costituito dal percorso giudiziario.

- la differenza (spesso divergenza) tra le esigenze dell'accertamento della veridicità dei fatti e l'attività clinica di aiuto che deve essere tempestiva e tener conto dell'evoluitività della disfunzione psicopatologica e della rispettiva diagnosi, nonché della complessità valutativa contestuale di tutto il sistema relazionale familiare
- il frequente conflitto tra le esigenze di una valutazione tempestiva ma accurata e rispettosa di tutte le persone coinvolte e la norma di legge che prescrive una automatica e obbligatoria attivazione di procedure di tutela e protezione (ex – art. 331 cpp) o interventi di allontanamento in urgenza e in stato di necessità con atti e decisioni della pubblica autorità non ancora sufficientemente proceduralizzati (art. 403 c.c.)
- il rischio che dal fatto penale, anche solo ipotizzato, possa derivare un'automatica compressione della responsabilità genitoriale a mezzo di un collocamento eterofamiliare della vittima minorenne. Così come l'opposta situazione, non meno pericolosa, per cui gli interventi di cura e protezione in emergenza siano sempre condizionati da preesistenti fatti di reato, anche solo ipotizzati, e non

invece, come dovrebbe essere, da effettivi bisogni di tutela e protezione incompatibili con la permanenza del minore presso il nucleo di origine.

L'analisi ha messo in evidenza anche punti di forza del sistema.

Il Programma psicopatologia 0 – 25 anni, promosso dalla Regione e attivato in tutte le AUSL, ha incrementato le competenze dei professionisti in questo settore e ha riportato l'attenzione sul tema dei disturbi psicopatologici in età evolutiva, favorendo la creazione di equipe multidisciplinari (psichiatria adulti, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, SerDP).

Il lavoro dei gruppi attivati nell'ambito del monitoraggio della DGR 1677/2013 ha costruito una comunità di professionisti che ha prodotto una collana di quaderni ad uso dei professionisti. Sono attualmente in lavorazione quaderni che riguardano la valutazione e la recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel maltrattamento e abuso, e la prevenzione dell'abuso e del maltrattamento.

Si è rilevata inoltre una grande ricchezza di esperienze volte a sperimentare nuove metodologie di lavoro, i cui esiti sono stati sempre sottoposti ad analisi e valutazione di un Gruppo Scientifico di riferimento. E' il caso del Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione, denominato P.I.P.P.I.7, portato avanti dalla Regione dal 2013 e ad oggi sviluppato in 21 ambiti distrettuali, che persegue la finalità di innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie in situazione di vulnerabilità al fine di ridurre il rischio di allontanamento dei bambini dal nucleo familiare d'origine, articolando in modo coerente fra loro i diversi ambiti di azione coinvolti intorno ai bisogni dei bambini che vivono in famiglie negligenti, tenendo in ampia considerazione la prospettiva dei genitori e dei bambini stessi nel costruire l'analisi e la risposta a questi bisogni. L'obiettivo primario è dunque quello di aumentare la sicurezza dei bambini e migliorare la qualità del loro sviluppo. Nel dicembre 2017 tale programma è confluito nelle Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazioni di vulnerabilità.

Il Primo monitoraggio sull'attuazione del Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019 evidenzia una grande ricchezza di progettualità rivolte a sostenere i bambini e le famiglie nei primi 1000 giorni di vita e più in generale volte a sostenere la genitorialità, realizzate per lo più in collaborazione tra servizi educativi (nidi, centri bambini genitori...), centri per le famiglie, servizi sanitari (consultori famigliari, pediatrie di comunità, neuropsichiatrie infantili, pediatra di libera scelta), servizi sociali e terzo settore. Tra queste: azioni di homevisiting, gruppi di genitori, di bambini, supporto tra famiglie, ecc. Questi interventi hanno una marcata vocazione preventiva di sostegno alle famiglie nelle varie fasi della vita: dalla neogenitorialità, con un'attenzione particolare alle situazioni di fragilità, alle difficoltà collegate all'integrazione sociale delle famiglie migranti, al sostegno in fasi delicate come le separazioni o situazioni di conflittualità in genere, ecc.

B2 - area dell'organizzazione del sistema assistenziale curante

criticità

Disomogeneità nei modelli organizzativi sia sociali che sanitari

Non adeguata valorizzazione del sistema tutela minori

Mancanza di un sistema di qualità del percorso

punti di forza

Presenza diffusa dei servizi su tutto il territorio regionale

Forte motivazione dei professionisti

Diffusa rete di famiglie affidatarie

Dall'audit effettuato emerge una disomogeneità rilevante nei modelli di organizzazione locale del sistema regionale sia sul versante sanitario che su quello sociale.

Il Servizio Sociale è caratterizzato da una elevata frammentarietà e differenziazione negli assetti gestionali e organizzativi, condizione che limita e rende più complessa la definizione di percorsi chiari di assistenza e tutela integrati con altri servizi.

Si rileva una non adeguata valorizzazione, nei fatti, del “sistema tutela minori” come area clinica assistenziale strategica di rilevante importanza; le politiche del personale non sembrano sempre sufficienti a sostenere l'elevata complessità del sistema, caratterizzato da un elevato turn over e da risorse spesso scarse.

Inoltre, si evidenzia una debolezza dei dispositivi di sostegno alla “clinical competence” (formazione, aggiornamento, supervisione clinica). Ciò può determinare un'incongrua e insufficiente competenza professionale degli operatori rispetto ai compiti specialistici e socialmente delicati a cui devono rispondere (per scarsa “expertise” - abilità tecnica - o scarsa “experience” - maturata esperienza di lavoro nel campo specifico -); può anche provocare isolamento, autoreferenzialità, insicurezza e stress professionale degli operatori.

Le rilevate condizioni di criticità organizzative e di fragilità tecnico-specialistiche causano in questo ambito un rischio di debolezza del servizio pubblico con il pericolo di spostare il baricentro delle decisioni clinico assistenziali in contesti professionali non pubblici (partnership formative con centri privati, sia pure esperti e accreditati, ed eccessiva esternalizzazione delle prestazioni terapeutiche).

Una lacuna organizzativa è infine la mancanza di un sistema di qualità del percorso assistenziale e clinico di tutela che garantisca il monitoraggio e la valutazione periodica di fidelity / aderenza alle norme di legge e agli indirizzi regionali. A ciò si aggiunge la disomogeneità nell'inserimento e nella raccolta dati del sistema informativo SISAM.

Nonostante le richiamate difficoltà, si ritiene di potere affermare che i numerosi operatori e professionisti dei servizi sociali e sanitari ascoltati nelle consultazioni svolte, manifestano una forte motivazione al loro lavoro e la ferma volontà di collaborare a superare eventuali situazioni di criticità del sistema, convinti della loro appartenenza ad un sistema fondamentalmente sano. Registrano però in relazione alle vicende di questi ultimi tempi un clima di sfiducia generalizzato da parte dei cittadini che sfocia in molti casi in aperte minacce verso i servizi e talora verso i singoli operatori.

Infine, un ulteriore elemento di grande forza del sistema regionale, che la Commissione ha avuto modo di conoscere meglio attraverso le consultazioni e audizioni, è che esiste un tessuto di famiglie affidatarie, spesso unitesi in associazioni per avviare azioni di supporto reciproco, e anche un'esperienza nuova di associazionismo tra giovani careleavers, maggiorenni in uscita da percorsi di tutela (sentiti attraverso l'Associazione Agevolando), interessante e di grande valore e che oggi vive questa situazione di attenzione come un minaccia alla loro credibilità e al loro impegno.

B3 Area giuridica

criticità

Figura dell'esperto giuridico poco diffusa
Insufficiente attenzione al tema della tutela legale

punti di forza

Esistenza di esperienze evolute cui ispirarsi

Nonostante la previsione normativa regionale della figura dell'esperto giuridico, questa al momento è limitata a poche esperienze e non sempre collegate ad unità di secondo livello multidimensionali. Mancando poi livelli di coordinamento provinciale e regionale strutturati.

Al contempo non si registra sul territorio regionale una sufficiente attenzione, da parte dei singoli comuni o soggetti delegati, per i temi della tutela legale nei casi in cui viene demandata all'Ente locale, sia per gli aspetti civili e patrimoniali che in materia penale e processuale. Ed anche per tali Uffici Tutela vi è una scarsa attenzione alla terzietà, introducendo elementi di possibile conflitto di interessi tra Pubblico Tutore e Servizi Sociali minorili.

Punti di forza:

- I punti di forza di quest'area sono innanzitutto la disponibilità di un sistema di norme regionali primarie e secondarie coerente con l'impianto nazionale e attento alla tutela del minorenni
- Esistono poi esperienze "evolute" della figura dell'esperto giuridico e delle funzioni di tutore legale devolute agli Enti locali, ad esempio la creazione a Bologna di un Ufficio Tutela Metropolitano, in cui opera anche l'esperto giuridico, con cui si rafforza il supporto giuridico ai servizi sociali territoriali dei diversi distretti, si crea uno staff specializzato al pubblico tutore, si crea un nuovo livello di confronto tecnico-normativo sugli interventi professionali a favore delle equipe di primo e secondo livello, si inseriscono tali professionalità in direzioni funzionali distinte da quelle dei Servizi Sociali, garantendo il citato ruolo di terzietà.

Azioni di miglioramento ipotizzabili

“Percorso di qualità della tutela dei minorenni” a regia regionale: migliorare omogeneità, sostenere i professionisti e le famiglie affidatarie, consentire l’autocontrollo del sistema Fondo sociale regionale orientato ai territori che aderiscono al percorso
Per quanto di competenza, obiettivi ai Direttori generali AUSL

La proposta a cui la Commissione è giunta è quella di suggerire alla Regione di costruire un “Percorso di qualità della tutela dei minorenni” che, basandosi sulle indicazioni già presenti nei documenti regionali e con alcuni miglioramenti che qui suggeriamo, abbia una sua identità e sia costituito da elementi essenziali coerenti, sia monitorabile e a cui i vari enti e professionisti siano chiamati ad attenersi.

Come già richiamato, oggi sono attive molte iniziative e progetti, alcuni di grande pregio; esse tuttavia rischiano di rimanere esperienze locali, isolate o legate a finanziamenti episodici e comunque non vanno a costituire un sistema complessivo, omogeneo regolato e valutato che possa essere forte nella tutela dei minori di tutta la Regione. Per questo si propone quello che qui chiamiamo “Percorso di qualità della tutela dei minorenni”. Questo nell’ambito dell’attuale quadro normativo, si articola mantenendo una visione unitaria in una serie di interventi relativi alla persona di età minore e al contempo al sostegno delle funzioni genitoriali, delle famiglie di origine, affidatarie e comunità socio-educative.

La regia complessiva del percorso è in capo alla Regione.

La Regione supporta i servizi e gli Enti locali nell’avvio del percorso di qualità della tutela dei minorenni; ne monitora l’applicazione attraverso la lettura e l’analisi dei dati; ne presidia e sostiene l’attuazione attraverso il coordinamento delle équipes di secondo livello.

Il fondo sociale regionale a favore dei minori e delle famiglie dovrebbe essere orientato esclusivamente a favore dei territori che aderiscono al “Percorso”. Gli impegni a carico del Servizio sanitario regionale costituiscono obiettivi per i Direttori generali delle AUSL.

Pare utile elencare le varie proposte di miglioramento, che vanno comprese all’interno del “percorso” unitario da attuare, magari gradualmente, ma come un insieme coerente in cui ogni elemento deve essere presente e collegato agli altri:

1. Migliorare l’omogeneità di intervento riducendo al minimo la variabilità delle diverse possibili attuazioni o interpretazioni della norma;
2. Sostenere i professionisti e le famiglie affidatarie con formazione, possibilità di confronto in tempi adeguati, competenze specialistiche e strumenti validati ed omogenei
3. Promuovere la figura dell’Esperto Giuridico
4. Promuovere un autocontrollo sistematico e nei tempi adeguati, interno al sistema sociosanitario, che consenta di evidenziare eventuali scostamenti eccessivi dagli standard.

1 Migliorare l'omogeneità di intervento

Realizzare la gestione associata dei servizi sociali per ambito distrettuale
Servizi tutela minori AUSL con afferenza alle UONPIA, dotati di sufficienti risorse umane
Professionisti sufficienti numericamente, con esperienza e competenza, ma non dedicati in via esclusiva

Equipes di secondo livello per abuso e maltrattamento: valutazione, monitoraggio, sostegno alla clinical competence, consulenza giuridica. Coordinate a livello regionale
Valutazione e progettazione effettuate esclusivamente dai servizi pubblici
Implementazione ovunque delle metodiche per la prevenzione dell'allontanamento

Indicazioni di carattere organizzativo

Si è verificato come le norme non manchino e siano di buona qualità; occorre però migliorarne la coerenza, verificare se vi siano le risorse necessarie per l'attuazione – le dotazioni del personale attualmente appaiono disomogenee e in molti casi sottodimensionate - e favorire l'omogeneità della applicazione.

La gestione associata dei servizi sociali per ambiti distrettuali, già prevista dalla L.R. 12/2013 e richiamata nel Piano sociale e sanitario 2017 -2019, non è ancora pienamente realizzata. La frammentazione anche nella organizzazione dei servizi sociali territoriali è certamente un ostacolo ad una buona e stabile integrazione tra professionisti sociali e sanitari; inoltre gestire problematiche complesse, quali la tutela, in ambiti troppo piccoli comporta ridotte disponibilità di personale e di risorse e può compromettere la formazione di competenze e la stabilità di rapporti necessarie. (DGR 1012/2014 Approvazione delle Linee guida regionali per il riordino del Servizio sociale territoriale).

L'organizzazione dei servizi tutela minori presso le AUSL deve avere una coerenza interna, evitando tuttavia discontinuità con i servizi di cura - neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, i quali devono essere messi in grado di trattare con efficacia i minorenni allontanati o a rischio di allontanamento che ne hanno necessità; ciò implica necessariamente un potenziamento degli organici, già messi alla prova dall'incremento dell'utenza generale di queste unità operative. L'afferenza dei servizi tutela minori all'organizzazione delle Unità operative di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza pare la più idonea a garantire la necessaria continuità.

L'organizzazione del servizio sociale territoriale a livello distrettuale e una solida organizzazione del servizio tutela minori e delle Unità operative di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza sono condizioni indispensabili per avere equipe territoriali (ETI) robuste e formate da figure stabili di almeno Assistente sociale e Psicologo. Sarebbe auspicabile l'integrazione nella equipe della figura dell'educatore professionale. Ogni ETI deve avere un proprio responsabile.

La delicatezza del tema, la complessità delle norme e i potenziali interessi contrastanti in campo richiedono professionisti che abbiano già maturato esperienze professionali in altri settori. D'altra parte, è fondamentale che i professionisti non dedichino tutto il loro tempo-lavoro a questo settore, per mantenere un punto di vista più aperto. Queste accortezze sono particolarmente importanti per chi si occupa della casistica più grave e coinvolgente (abuso e maltrattamento).

E' importante che si attuino criteri di reclutamento e di turnover sul percorso che tengano conto di un "dossier formativo individuale" con valutazione delle soglie necessarie di accesso circa l'expertise (curriculum formativo teorico) e l'experience (maturata esperienza professionale pratica nell'ambito).

La 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” prevede il passaggio nelle UVM per i casi complessi (minori con disabilità accertata; - minori con diagnosi di problematiche di natura psico-patologica; - minori vittime di maltrattamento, abuso, trauma e violenza assistita); se pure con alcune difficoltà questo livello è presente e funzionale. Ogni UVM deve avere un responsabile.

Si ritiene opportuno che vengano attivate su tutto il territorio della regione le equipe di secondo livello multidisciplinari, specialistiche sull’abuso e il maltrattamento (di ambito aziendale o provinciale) modificando e meglio specificando quanto previsto all’art 18 della LR14/2008.

Le equipe specialistiche dovranno avere un luogo di coordinamento regionale per garantire una visione comune, organizzare l’offerta formativa, effettuare approfondimenti e attività di benchmark. Le equipe sono composte da professionisti EELL e AUSL, con il compito di sostenere la clinical competence delle équipes di primo livello (formazione, aggiornamento, supervisione); fornire consulenza/valutazione/parere su richiesta; fornire una consulenza giuridica attraverso la figura di un esperto giuridico; monitorare e valutare i dati di attività del territorio di riferimento.

Tutte le attività di valutazione e di progettazione degli interventi devono essere effettuate dal servizio pubblico.

Interventi per la prevenzione dell’allontanamento

Vanno implementati in tutti i territori metodiche per la prevenzione. Infatti, uno dei punti delle linee di indirizzo nazionali e regionali che risulta non sufficientemente realizzato è il lavoro di prevenzione dell’allontanamento, di sostegno alle famiglie in situazione di vulnerabilità, di promozione della genitorialità positiva, di promozione della responsabilità educativa degli adulti rispetto ai minori. Spesso presi dalla gestione dell’emergenza o dei casi più gravi i servizi rischiano di occuparsi meno di questa funzione. Il lavoro con le famiglie sulle funzioni genitoriali e sulle modalità di risposta ai bisogni dei figli è protettivo per i bambini e può evitare l’attivazione di interventi più impattanti quale l’allontanamento. L’esperienza già maturata in questi anni in numerose aree della regione con il progetto ministeriale PIPPI, ripreso e valorizzato dalle Linee di indirizzo nazionali “L’intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità” del Ministero del Lavoro e Politiche sociali va capitalizzata, adattata, e gradualmente messa a sistema come tassello fondamentale in tutti i territori.

Vanno garantiti in tutti i territori dispositivi differenziati utili al sostegno delle famiglie in situazione di vulnerabilità e alla prevenzione dell’allontanamento (educativa domiciliare territoriale, centro diurno, vicinanza solidale, gruppi con i genitori, gruppi con i bambini e modalità per l’ascolto dei minori e la raccolta del loro parere, con particolare attenzione agli adolescenti).

Sarà necessario continuare pertanto a promuovere e sostenere su tutto il territorio regionale la diffusione e l’implementazione di progettualità e gli interventi rivolti ai bambini e alle loro famiglie nei primi 1000 giorni e più in generale di azioni di sostegno alla genitorialità, sul modello di quelle citate precedentemente. L’investimento su queste attività, con un approccio educativo e preventivo, è auspicabile per rinforzare le competenze genitoriali e promuovere una maggiore consapevolezza delle famiglie, nonché la sperimentazione di nuove forme di partecipazione e di responsabilità sociale, l’attivazione di azioni di prossimità nei contesti di vita delle persone in grado di dare valore e forza alle relazioni e significato alle forme di solidarietà comunitarie.

Un ruolo importante nella promozione di interventi di sostegno alla genitorialità possono svolgerlo i Centri per le famiglie ormai diffusi su quasi tutto il territorio regionale (coprono infatti 37 ambiti distrettuali su

38). Costituiscono un punto di riferimento all'interno dei servizi pubblici per la ricchezza dell'offerta che va dall'informazione alle famiglie, all'attivazione di interventi strutturati per fronteggiare la crescente conflittualità familiare (quali mediazione familiare e counselling), alla promozione della cultura della partecipazione, dell'accoglienza, della solidarietà e del mutuo aiuto tra le famiglie e possono svolgere un ruolo importante di attenzione rispetto a potenziali vulnerabilità e fragilità delle famiglie.

Ulteriori indicazioni di qualificazione del “percorso di qualità della tutela dei minorenni”

Un indicatore di qualità del “percorso” è rappresentato dalla possibilità di garantire interventi tempestivi, flessibili e la possibilità di rivedere e modificare il progetto in tempi brevi, atteso che in mancanza di una regolamentazione giudiziale, il progetto può essere attivato e modificato in caso di accordo fra le parti sul progetto (famiglia, minori, Servizi).

Vanno concordati nei contenuti e nelle modalità di utilizzo tra i diversi interlocutori alcuni strumenti: valutazione delle competenze genitoriali e degli elementi protettivi o di rischio per i minori, modellistica per la stesura di relazioni per l'AG. In particolare, si suggerisce la definizione di una procedura regionale per l'allontanamento d'urgenza di un minore ex art.403, previa condivisione con l'Autorità giudiziaria.

Sussiste poi la necessità di evitare automatismi tra le segnalazioni di reati familiari e il collocamento eterofamigliare dei minori interessati; come va evitato anche l'opposto convincimento per cui solo in presenza di un fatto di reato possa essere legittimo un intervento volto a mettere in protezione sociale il minorenne vittima dello stesso.

E' necessario favorire con programmi specifici il sostegno della genitorialità dell'utenza in carico ai DSM-DP e degli utenti in condizioni di disagio in carico ai Servizi Sociali (persone con esperienze giudiziarie, stranieri) per realizzare interventi preventivi e di comunità.

2 Sostenere i professionisti e le famiglie affidatarie

Potenziamento interventi formativi in ambito sanitario, sociale e in integrazione
All'interno del “percorso qualità”, piano formativo pluriennale
Supervisione, anche con scambi tra territori
Supporto famiglie affidatarie e disponibilità dei servizi a consulenze in emergenza
Disponibilità di supporto giuridico attraverso la figura dell'esperto giuridico

L'obiettivo riformatore di un significativo miglioramento della qualità del Sistema regionale Tutela minori, riconoscendolo come area clinica assistenziale di rilevante importanza strategica, si fonda anche su un piano di sostegno strutturale alle competenze professionali specialistiche necessarie (cliniche, educative, assistenziali).

Tale percorso formativo strategico dovrebbe prevedere contemporaneamente due livelli formativi:

1. Potenziamento parallelo nei rispettivi ambiti sociali e sanitari degli interventi formativi per sostenere e incrementare la specialistica competenza clinica in area sanitaria e la specifica competenza educativa e assistenziale in area sociale e socioeducativa;

In campo sanitario è necessario innestare le azioni di formazione e specializzazione nel più ampio contesto del “Programma regionale Psico-patologia 0-25 anni”.

In particolare, si dovrebbero estendere e potenziare le attività formative già in atto in tutte le UONPIA regionali sull’aggiornamento delle funzioni diagnostiche e terapeutiche dei disturbi psichici della prima e seconda infanzia (adozione della Classificazione Greenspan 0- 3 R) e implementare i piani formativi con una attenzione straordinaria alla tematica della clinica della psico-traumatologia in età evolutiva (0-25).

In campo sociale è opportuno sostenere la formazione su nuove metodologie di lavoro con i minori e le famiglie in coerenza con quanto definito dalle linee di indirizzo nazionali su “Intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità” e dalle precedenti “Linee di indirizzo per l’affidamento familiare” e dalle “Linee di indirizzo per l’accoglienza nei servizi residenziali per minorenni”, al fine di rinforzare la diffusione di una metodologia di lavoro che *si basi sul principio che vada compiuto ogni sforzo, in ogni contesto, per generare qualità nella risposta familiare e sociale ai bisogni di crescita dei bambini, prevenendo forme di maltrattamento e trascuratezza.*

Si considera inoltre utile l’elaborazione di specifici Quaderni ad uso dei professionisti, di area sociale e sanitaria, quali quelli di prossima pubblicazione “Prevenzione del maltrattamento- abuso nell’infanzia e nell’adolescenza. Raccomandazioni per professionisti/e” e “Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel maltrattamento dell’infanzia e adolescenza. Raccomandazioni per gli operatori”, frutto del lavoro di professionisti di tutte le aree coinvolte.

2. Formazione continua e condivisa per tutti gli attori del ‘Percorso di Tutela’ (operatori sanitari e sociali; famiglie affidatarie; operatori del privato sociale e del terzo settore, esperti giuridici).

È indispensabile che il proposto “Percorso di qualità della Tutela minori” nei suoi snodi organizzativi principali (-Organi Regionali di regia e coordinamento; - Équipes provinciali specialistiche di secondo livello) si doti di piani formativi strutturali e pluriennali che prevedano l’approfondimento di dispositivi a sostegno della competenza professionale. Andranno previsti corsi di formazione, aggiornamenti mirati o straordinari, supervisione clinica ordinaria alle Equipes territoriali (ETI), alle Unità di valutazione multidisciplinare distrettuali (UVM), alle Équipes provinciali specialistiche di secondo livello, agli esperti giuridici.

Le famiglie affidatarie sono parte del sistema di protezione, risorsa preziosa per i servizi e per le famiglie di origine; nel loro compito si trovano a volte di fronte a situazioni impreviste e fortemente impattanti. Per poterle fronteggiare positivamente ed operare in modo efficace debbono poter contare su sostegni adeguati, gruppi di mutuo aiuto, reperibilità di altri genitori più esperti e possibilità di avere la disponibilità di un confronto o un intervento competente in tempi rapidi nelle situazioni di crisi.

Anche per i professionisti che devono a volte prendere decisioni difficili in tempi rapidi va garantito sempre il lavoro in equipe e la supervisione.

3. Promozione della figura dell’Esperto Giuridico. Questa figura professionale, introdotta dalla Regione nel 2003 e poi prevista all’art. 17 della l. r. 14/08, assume un ruolo strategico nell’impianto che si è andato qui a descrivere.

Bisognerà pertanto, ad opera della Regione, promuoverne e rafforzarne la diffusione sui diversi territori, a sostegno dei servizi sociali e sanitari, in materia di diritto minorile e di famiglia; ciò anche nei casi in cui l'Ente sia anche pubblico tutore o curatore del minore, garantendo un ruolo di terzietà rispetto ai medesimi servizi socio-sanitari nonché nella delicata filiera decisionale e di autocontrollo che sottende, nelle attività dei servizi pubblici che intervengono nel limitare la responsabilità genitoriale, una complessità giuridica ed una relativa responsabilità professionale.

L'esperto giuridico avrà le funzioni di rendere consulenze giuridiche negli ambiti sopra descritti, monitorare le procedure limitative e ablativo della responsabilità genitoriale nonché le procedure degli affidamenti familiari e degli altri collocamenti eterofamigliari, raccordarsi con le Autorità Giudiziarie minorili, formare gli operatori socio-sanitari, partecipare e fornire supporto alle equipe multidimensionali di primo e secondo livello; per quest'ultima in particolare nelle materie di maltrattamento e abuso.

Questo consentirà di superare la logica delle consulenze "a chiamata", riservando il ricorso a legali ed altri professionisti privati solo in caso di rappresentanze processuali, CTU disposte dal Tribunale ovvero casi di particolare complessità.

Questa figura professionale, la cui formazione ed aggiornamento sarà permanente, dovrà avere necessariamente anche un livello metropolitano/provinciale volto da un lato a coordinare le attività locali e dall'altro a raccordarsi con un coordinamento regionale.

Per il ruolo esercitato dovrebbe essere presso una direzione funzionale terza rispetto a quella cui afferiscono i Servizi Sociali. Come evoluzione auspicabile, l'esperto giuridico potrebbe confluire nel modello dell'Ufficio Tutele Metropolitano/provinciale, come in essere già a Bologna.

3 Consentire l'autocontrollo del sistema

Equipe di secondo livello analizzano i dati, forniscono pareri, scambiano revisioni e audit clinici tra i diversi territori

Prevedere audit clinico-organizzativi in caso di scostamenti dall'atteso

Qualificare il sistema informativo SISAM

Adottare nei servizi tutela minori AUSL la cartella unica del Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche

In molti casi, in particolare di fronte a sospetti di abuso e maltrattamento, vanno prese decisioni in tempi rapidi, e questo comporta necessariamente una discrezionalità di giudizio. L'esigenza di operare in urgenza contrasta con l'esigenza di accuratezza. Inoltre, la materia è solo parzialmente standardizzabile a causa della variabilità delle situazioni. Proprio per questo, diventa opportuno definire modelli di autocontrollo del sistema.

Le equipe di secondo livello opereranno in questo senso sia analizzando e valutando i dati di attività dei diversi territori, sia fornendo pareri sui singoli casi, sia scambiando revisioni e audit clinici tra diversi territori, periodicamente o su richiesta dei territori stessi o della Regione.

In particolare, si raccomanda di attivare audit clinico-organizzativi, con la partecipazione di professionisti di altri territori, ove i dati dimostrino scostamenti significativi nel numero di allontanamenti dal nucleo familiare, specie se effettuati in emergenza ex art. 403, rispetto alla media regionale o rispetto agli anni precedenti

A tal fine è opportuno un investimento per migliorare la raccolta dei dati attraverso il Sistema informativo regionale Socio-Assistenziale Minori attualmente in uso (SISAM-ER), semplificando e rendendo uniforme la modalità di trasmissione dei dati e razionalizzando il set di dati richiesto. Queste attività peraltro risultano essere già state avviate dalla Regione e consentiranno ai servizi di acquisire un proprio sistema gestionale rispondente alle specifiche esigenze e adeguato al contempo a rispondere al debito informativo regionale, in maniera più tempestiva e con un maggior livello di attendibilità e completezza dei dati trasmessi. Il processo di semplificazione del SISAM-ER in atto dovrà recepire il disegno del Sistema Informativo Unitario dei Servizi sociali nazionale – SIUSS (rif. Decreto legislativo n. 147/2017) in fase di progettazione, ma non ancora completamente definito. Per consentire quindi una lettura efficace del fenomeno con dati diffusi in tempi più rapidi e con un maggior livello di attendibilità, la Regione dovrà accelerare il processo di adeguamento del sistema SISAM-ER e rendere realmente vincolante il debito informativo regionale.

La cartella unica dei Dipartimenti salute mentale e dipendenze patologiche delle AUSL, che sta per essere adottata in tutta la Regione, va estesa anche nei Servizi tutela minori delle AUSL. Di conseguenza i dati dei servizi tutela minori confluiranno nel flusso informativo della Regione.

In tal modo sarà possibile a livello regionale incrociare in modo anonimizzato i dati di attività provenienti dalle due diverse banche dati, rendendo possibili analisi di tipo epidemiologico, organizzativo e valutativo.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Marzia Cavazza, Responsabile del SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE, SOCIALE E SOCIO-SANITARIO esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2019/2015

IN FEDE

Marzia Cavazza

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2019/2015

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1899 del 04/11/2019

Seduta Num. 40

OMISSIS

L'assessore Segretario

Costi Palma

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi