

Documento del Gruppo Tematico
promosso dall'Ufficio di Supporto
della CTSS metropolitana di Bologna
sull'attuazione della DGR 1102/2014
“Linee d'indirizzo per la realizzazione degli
interventi integrati nell'area delle prestazioni
socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati
o a rischio di allontanamento”
(Ver. CTSS 10.5.17)

Indice

	Pag.
1. Premessa	2
2. Presupposti tecnici, organizzativi ed operativi.....	4
2.1 Presa in carico integrata sociale e sanitaria adeguata e tutelante	4
2.2 Assetti organizzativi stabili	5
2.3 Tempestività degli interventi in ottica preventiva e progettuale	6
3. Definizione casi complessi	7
3.1 Minori con disabilità accertata	7
3.2 Minori con problematiche psicopatologiche	8
3.3 Minori vittime di maltrattamento e abuso	9
4. Conclusioni	11
5. Allegati	12
Documento DGR 1102/2014	Ver. CTSS metropolitana 10.5.17

1. Premessa

L'Obiettivo della D.G.R. 14 luglio 2014 n. 1102 è fornire indicazioni agli Enti Locali e alle Aziende Unità Sanitarie Locali ai fini della valutazione dei casi complessi, alla presa in carico integrata tra sociale e sanitario, alla realizzazione dei relativi interventi nelle aree della protezione, tutela, cura e riabilitazione dell'infanzia e adolescenza e del sostegno alle responsabilità genitoriali.

Obiettivo del presente documento è, anche sulla base dell'esperienza e delle prassi di integrazione sociale e sanitaria sviluppate tra i servizi, fornire indicazioni organizzative, elementi di lettura della tipologia di utenza e strumenti condivisi ai fini dell'applicazione omogenea della direttiva su tutto il territorio delle Aziende USL di Bologna e di Imola. Il presente documento è il risultato del lavoro di un Gruppo Tematico promosso dall'Ufficio di Supporto della CTSS metropolitana di Bologna composto da professionisti di Aziende USL, Enti Locali e Istituzioni titolari della competenza del Servizio sociale minori.

I principali documenti di riferimento sono stati:

- Regione Emilia-Romagna DRG 1904/2011 “Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari”;
- Regione Emilia-Romagna DRG 1677/2013 “Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso”;
- Regione Emilia-Romagna 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”;
- Accordi di programma territoriali successivi all'emanazione della DRG 1102/2014;
- Documento approvato dalla CTSS di Bologna il 5 febbraio 2015 “Note relative

all'attuazione della DGR 1102/2014 sull'integrazione socio-sanitaria Area Minori”.

Hanno partecipato al gruppo che ha redatto il presente documento: Francesco Bertoni (CTSS metropolitana), Gabriella Caprara (ASP Circondario Imolese), Valeria Cavallina (UASS Distretto Appennino Bolognese - Ausl di Bologna), Francesca Chimetto (DATeR - Ausl di Bologna), Simona Chiodo (DSM-DP/NPIA - Ausl di Bologna), RosaAngela Ciarrocchi (DASS - Ausl di Bologna), Sonia Cicero (DASS - Ausl di Imola), Daniela Ferrini (DCP Consultori familiari - Ausl di Bologna), Roberta Garimberti (UASS Distretto Pianura Est - Ausl di Bologna), Carlotta Gentili (DSM DP/NPIA - Ausl di Bologna), Manuela

2

Documento DGR 1102/2014

Ver. CTSS metropolitana 10.5.17

Gherardi (UASS Distretto Appennino Bolognese - Ausl di Bologna), Roberta Girotti (DAAT Distretto San Lazzaro - Ausl di Bologna), Iusuf Hassanadde (ASP SENECA), Chiara Lambertini (CTSS metropolitana), Gerardo Lupi (DASS - Ausl di Bologna), Giovanna Manai (UASS Distretto Reno Lavino Samoggia - Ausl di Bologna), Monica Minelli (DASS - Ausl di Bologna), Alberto Mingarelli (UASS Distretto San Lazzaro - Ausl di Bologna), Carlo Passarelli (DCP Consultori familiari - Ausl di Bologna), Cosimo Ricciutello (NPIA - AUSL di Imola), Gina Simoni (Ufficio Sviluppo Funzioni di Accoglienza e Tutela Minori - Comune Bologna), Alessandro Suppressa (UASS Distretto Città di Bologna - Ausl di Bologna), Rita Tinti (UASS Distretto Pianura Est - Ausl di Bologna), Antonella Tosarelli (Ufficio Sviluppo Funzioni di Accoglienza e Tutela Minori - Comune di Bologna), Cristina Vignali (ASC InSieme), Sabina Ziosi (UASS Distretto Pianura Ovest - Ausl di Bologna).

Gli acronimi utilizzati nel documento e negli allegati sono:

AS Assistente Sociale
 ASC Azienda Servizi per la Cittadinanza
 ASP Azienda per i Servizi alla Persona
 CSM Centro Salute Mentale
 CTSS Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria
 DAAT Dipartimento Attività Amministrative Territoriali
 DASS Direzione Attività Socio-Sanitarie
 DATeR Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa
 DCP Dipartimento Cure Primarie
 DSM-DP Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche
 EP Educatore Professionale
 ETI Equipe Territoriali Integrate
 MMG Medico di Medicina Generale
 NPIA Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
 PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
 PLS Pediatra di Libera Scelta
 Ser.T Servizio per le Tossicodipendenze
 SST Servizi Sociali Territoriali
 UASS Unità delle Attività Socio-Sanitarie
 UVM Unità di Valutazione Multidimensionale

3

Documento DGR 1102/2014

Ver. CTSS metropolitana 10.5.17

2. Presupposti tecnici, organizzativi ed operativi

I presupposti tecnici, organizzativi ed operativi indispensabili ad un'adeguata applicazione della DGR 1102/14 risultano tre: una presa in carico integrata adeguata, assetti organizzativi stabili e tempestività degli interventi in ottica preventiva.

Tali presupposti rappresentano gli obiettivi di base da perseguire pur all'interno di differenze organizzative e operative che caratterizzano l'esperienza dei servizi territoriali sociali e sanitari nel territorio dell'area metropolitana. In tal senso il lavoro integrato, indispensabile ad una logica di appropriatezza degli interventi in tema di tutela dei minori, costituisce il processo costruttivo necessario per il raggiungimento di una maggiore omogeneità dei percorsi.

2.1 Presa in carico integrata sociale e sanitaria adeguata e tutelante

A conferma di quanto condiviso nell'Accordo per la realizzazione di interventi integrati socio sanitari sui minori (approvato in CTSS il 21/05/2013) relativo al territorio dell'Azienda USL di Bologna, delle prassi consolidate nel territorio dell'Azienda di Imola e di quanto indicato dalla Regione¹, si ribadisce la necessità di:

- intervenire precocemente nelle situazioni che rappresentano un rischio per la crescita equilibrata dei minori all'interno del loro ambiente familiare e non solo nel momento di emergenza o di rischio conclamato;
- intervenire in modo integrato e intensivo, per individuare la migliore risposta al bisogno del minore e del suo nucleo familiare e cercare di evitare l'allontanamento;
- individuare nelle Equipe Territoriali Integrate e nelle Unità di Valutazione Multidimensionale gli strumenti organizzativi di base all'interno dei quali assicurare una operatività integrata basata sulla interdisciplinarietà e la multiprofessionalità. In tal senso vanno garantiti assetti organizzativi che rispondano a criteri di stabilità, di risorse dedicate e di funzioni definite.

¹

DGR 1904/2011 e DGR n. 1102/2014.

4

Documento DGR 1102/2014

Ver. CTSS metropolitana 10.5.17

Il percorso di valutazione integrata

La presa in carico integrata presuppone un percorso di valutazione multidimensionale che coinvolge diversi professionisti e può prevedere momenti in equipe ed altri specifici per singola professionalità².

Il percorso complessivo di progettualità e presa in carico integrata a tutela dei minori appartenenti alle categoria dei "casi complessi" si delinea nelle seguenti fasi 3:

- a) un caso potenzialmente complesso viene posto all'attenzione dell'Equipe Territoriale Integrata (ETI);
- b) l'ETI è costituita almeno da uno Psicologo del Servizio Sanitario e da un Assistente del Servizio Sociale Territoriale ai sensi della DGR 1102/14 e viene allargata ad altri professionisti in base alla specifica situazione del minore;
- c) l'ETI, attraverso una valutazione integrata del caso, definisce e dispone interventi

relativi alla presa in carico (anche prima dell'intervento dell'autorità giudiziaria), favorendo forme di collaborazione fra servizi anche nella relazione con la famiglia, soprattutto nei casi in cui siano presenti indicatori di alto livello di rischio evolutivo e di sviluppo psicopatologico o per valutazioni inerenti lo sviluppo neuropsicologico. Nel caso non vi siano le condizioni giuridiche o il consenso dei genitori a tale valutazione, si attenderanno disposizioni dell'Autorità Giudiziaria;

- d) quando l'equipe costituita ha svolto un'adeguata valutazione sul caso, definisce il progetto (attraverso lo schema del PROGETTO QUADRO) e lo sottopone all'UVM Minori per convalidarlo, integrarlo e/o per confermare o meno che si tratti di caso complesso (pertanto attribuito per eventuali oneri al 50% al Comune di Residenza o suo delegato e per il 50% alle Aziende USL).

2.2 Assetti organizzativi stabili

La complessità e la "delicatezza" dell'operatività dell'area minori presuppone l'individuazione di professionisti dedicati al servizio minori in modo continuativo e duraturo competenti e capaci di lavorare in equipe.

Una efficace ed efficiente applicazione della DGR 1102/14 si basa su alcune variabili fondamentali che impongono una revisione del sistema rappresentato dall'integrazione sociale e sanitaria inerente la tutela dei minori:

- definizione di assetti organizzativi stabili;

2

Vedi anche Allegato n. 4 - Schema attività di valutazione integrate. AUSL di Bologna.

3

Vedi anche Allegato n. 5 Processo di presa in carico integrata del minore dalla segnalazione di rischio/pregiudizio al progetto/intervento. AUSL di Bologna.

5

Documento DGR 1102/2014

Ver. CTSS metropolitana 10.5.17

- individuazione di risorse appropriate al livello di domanda emergente in questo ambito;
- costruzione di un percorso condiviso e integrato sulla tutela dei minori che definisca funzioni, metodi e strumenti relativi alle diverse fasi di intervento: segnalazione, valutazione, presa in carico, interventi di cura;
- assunzione di un impegno condiviso sul tema della formazione professionale nell'ambito della tutela minori per la convergenza di aspetti giuridici, clinici e sociali che richiedono livelli di competenza e di responsabilità professionale rilevanti.

2.3 Tempestività degli interventi in ottica preventiva e progettuale

Dalla letteratura e dalle esperienze sul campo si può affermare che un intervento preventivo e tempestivo, alla prima segnalazione piuttosto che al primo insorgere dei fattori di rischio, attraverso azioni preventive orientate al sostegno della genitorialità, alla maternità e alla paternità consapevole, può di fatto ridurre l'emersione di casi di particolare gravità e complessità.

In tal senso si ribadisce l'esigenza di operare una ricognizione e rivalutazione delle risorse impegnate nei percorsi di tutela da parte di tutti i servizi coinvolti al fine di ridisegnare una mappa di interventi in cui si possa investire in modo appropriato e preventivo rispetto alle condizioni di emergenza che spesso comportano l'allontanamento del minore dal nucleo familiare.

La tempestiva presa in carico, fondata sulla lettura multidisciplinare del caso, di tutte le

situazioni potenzialmente a rischio, da parte di una struttura professionale integrata, adeguata e stabile (Equipe Territoriale) può garantire una riduzione degli interventi effettuati in emergenza, potenzialmente a rischio di inappropriatezza e dai costi decisamente superiori. La presa in carico integrata del minore da parte dell'equipe multidisciplinare deve essere sempre orientata al superamento della situazione di rischio e/o allontanamento del minore dal nucleo familiare; ciò comporta la messa in atto tempestiva di azioni a supporto della genitorialità e di interventi terapeutici rivolti alle relazioni familiari disfunzionali, affinché si possano attuare, laddove possibile, livelli di protezione del minore nell'ambito del contesto familiare di riferimento attraverso una presa in carico domiciliare (dalla comunità alla famiglia).

Qualora si modifichino le condizioni che hanno determinato la situazione di rischio, di cui alla DGR 1102/14, l'UVM rivaluta il caso al fine della ridefinizione del progetto individualizzato.

3. Definizione casi complessi

Sulla base di quanto previsto dalla DGR 1102/14 sono "casi complessi" le situazioni per le quali si rende necessario attivare interventi per la protezione/tutela di minori con disabilità accertata o disturbo psicopatologico o vittime di maltrattamento e abuso.

La definizione di "caso complesso" è il risultato di un processo decisionale pluriprofessionale integrato che tiene conto della valutazione multifattoriale della genitorialità e dei rischi evolutivi del minore. Sia la DGR. 1904/11 che la DGR 1102/14 evidenziano come questa definizione sia demandata agli organismi operativi previsti dalle stesse norme a supporto dell'intervento integrato sociale e sanitario per i minori inseriti in strutture e/o minori a rischio di allontanamento dalla famiglia di origine.

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

Gli interventi volti alla protezione/tutela si possono sostanziare in "interventi di sostegno alla domiciliarità, affido e interventi semiresidenziali o residenziali".

L'allontanamento della persona di minore età è uno degli strumenti che possono essere messi in campo nell'ambito della tutela minori come intervento di prevenzione/interruzione del danno grave che deriva dalle relazioni familiari disfunzionali, e come forma di protezione e cura nelle situazioni di sofferenza, di grave pregiudizio e pericolo in cui la persona di minore età può vivere.

3.1 Minori con disabilità accertata

L'accertamento dell'handicap avviene attraverso una valutazione in Commissione di accertamento della disabilità, in base a:

- Legge 104/1992 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" e Legge 118/1971 "Conversione in legge del D.L. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili";
- Legge Regionale 4/2008 "Disciplina degli accertamenti delle disabilità – Ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale";
- DGR 1/2010 "Percorso per l'accertamento di disabilità e certificazione per l'integrazione scolastica di minorenni in Emilia-Romagna";

- DGR 1851/2012 “Modifiche e integrazioni alla DGR 1/2010 Percorso per l'accertamento di disabilità e certificazione per l'integrazione scolastica di minorenni in Emilia-Romagna”.

L'accertamento dell'handicap è un aspetto sostanziale per l'esigibilità dei diritti del minore e della sua famiglia e sancisce gli obblighi dell'ente locale e delle istituzioni sanitarie relativamente alla disabilità, all'assistenza scolastica e/o domiciliare, all'integrazione scolastica.

L'handicap inoltre è accertato e classificato anche riguardo alla gravità e quindi a condizioni di priorità, come recita l'art. 3 comma 3 della L. 104/92: “Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici”.

L'accertamento dell'handicap può essere integrato con l'accertamento dell'invalidità cui conseguono i benefici economici all'esercente la tutela sul minore (indennità di frequenza o assegno di accompagnamento) che vanno utilizzati per il minore.

Per quanto riguarda la definizione di caso complesso secondo la DGR 1102/14, si identificano minori con disabilità accertata coloro che sono riconosciuti in Commissione medico legale con handicap grave e/o riconoscimento di invalidità. In assenza del criterio di gravità va valutato il funzionamento adattivo del soggetto attraverso strumenti di valutazione che ne determinino il livello di compromissione funzionale e comportamentale (Vineland e C-GAS).

3.2 Minori con problematiche psicopatologiche

Sono incluse le diagnosi ICD 10 presenti in ASSE 1.

Va precisato che, in assenza di precisi criteri di definizione diagnostica del Disturbo Traumatico Complesso nell'ICD 10, diventa importante sviluppare sul piano clinico una diagnosi che possa fondarsi sulla possibile presenza di un Disturbo Traumatico dello Sviluppo ad insorgenza precoce, di tipo cumulativo e complesso⁴.

⁴

La precocità è data dall'età di insorgenza dei primi anni considerata di maggiore vulnerabilità al trauma; il carattere cumulativo è definito dalla permanenza nel tempo dell'esposizione al trauma; la caratteristica di complessità fa riferimento alla interferenza del trauma su varie e molteplici funzioni dello sviluppo psicologico (Rif. Bibl.: National Child Traumatic Stress Network, 2005; B. Van der Kolk, 2005).

L'utilizzo della scala C-GAS (allegato n. 1) può completare la diagnosi categoriale e clinica introducendo un criterio sul funzionamento del minore.

In tal senso, ai fini della DGR 1102/14 si identificano minori con problematiche psicopatologiche coloro che secondo la valutazione clinica e diagnostica presentano alla scala C-GAS un punteggio inferiore o uguale a 50.

In merito alla diagnosi precoce dei disturbi psicopatologici nell'infanzia si raccomanda la opportunità di integrare nell'attività clinico diagnostica il sistema di Classificazione 0-3 R sul quale un Gruppo Regionale delle NPIA sta sviluppando un lavoro di transcodifica dei codici nel sistema ICD 10 correntemente utilizzato.

3.3 Minori vittime di maltrattamento e abuso

Per maltrattamento su bambini e adolescenti s'intendono «tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere (WHO, 2002)»⁵.

Come indicato nelle Linee di indirizzo regionali⁶ il maltrattamento/abuso può esprimersi in:

- maltrattamento fisico;
- maltrattamento psicologico;
- violenza assistita;
- abuso sessuale;
- abuso on line;
- patologia delle cure (incuria/trascuratezza grave, discuria, ipercura);
- bullismo e cyberbullismo.

Ai fini della DGR 1102/14 rientrano nella definizione di casi complessi tutti i minori in cui le esperienze di maltrattamento e di abuso sessuale determinano disturbi da stress traumatico tali da interferire con lo sviluppo psicofisico del minore.

I criteri di eleggibilità a caso complesso di questa tipologia, data la convergenza di elementi clinici, giuridici e sociali, sono costituiti da:

- diagnosi clinica relativa a un disturbo post-traumatico complesso. Le Linee di indirizzo regionali sottolineano come «ogni evento di natura maltrattante, specialmente se

⁵

Regione Emilia-Romagna, Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti

vittime di maltrattamento/abuso (Adottate con la Deliberazione di Giunta regionale n. 1677 del 18 novembre

2013), pag. 15.

⁶

Ibidem, pag. 19.

sperimentato precocemente e ripetutamente nelle relazioni primarie di cura, cioè con le figure che dovrebbero garantire sicurezza, affidabilità, stabilità, contenimento affettivo ed emotivo, in carenza o assenza di fattori protettivi e di "resilienza" nel bambino, produce trauma psichico/interpersonale, che colpisce e danneggia le principali funzioni dello sviluppo, provoca una grave deprivazione del potere e del controllo personale,

- una rilevante distorsione dell'immagine di sé e del mondo circostante.»7;
- presenza di un provvedimento dell'Autorità giudiziaria con limitazione, sospensione o decadenza della responsabilità genitoriale, di un procedimento civile e/o penale o di un provvedimento della pubblica Amministrazione che, nell'ambito delle proprie funzioni, applica l'art.403 del codice civile a protezione del minore in caso di allontanamento in emergenza;
 - valutazione socio-sanitaria integrata del rischio di pregiudizio mediante apposita scheda di rilevazione (Valutazione complessiva pari a 6).
- La valutazione e gli interventi di cura per i minori appartenenti a questa terza tipologia possono coinvolgere anche il Centro Specialistico "Il Faro".

In generale, per tutte le tipologie (di cui ai punti 3.1, 3.2, 3.3), in situazione di emergenza laddove si prefigurino un potenziale "caso complesso" ai sensi della DGR 1102/14, l'ETI presenta il caso in UVM e in tale sede si può decidere l'ammissione a prestazioni compartecipate anche in assenza di una completa valutazione integrata e della soddisfazione di tutti i criteri sopra esposti.

Una volta completato l'iter di valutazione da parte dei professionisti competenti, sarà cura dell'UVM verificare il soddisfacimento dei criteri clinici, giuridici e sociali e validare il progetto.

7

Regione Emilia-Romagna, Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso (Adottate con la Deliberazione di Giunta regionale n. 1677 del 18 novembre 2013), pag. 38.

10

Documento DGR 1102/2014

Ver. CTSS metropolitana 10.5.17

4. Conclusioni

Il presente documento è stato elaborato da un gruppo interistituzionale promosso dall'Ufficio di Supporto della CTSS metropolitana che ha visto la rappresentanza delle Aziende USL di Bologna e di Imola, degli Enti Locali e delle altre Istituzioni che nel territorio provinciale sono titolari della competenza del Servizio Sociale Territoriale Area Minori.

In attesa di un confronto sull'attuazione della DGR 1102/14 promosso dal livello Regionale, si propone alla CTSS metropolitana di approvare il presente documento anche al fine di:

- 1) adottare i criteri di definizione dei casi complessi (vedi paragrafi 3.1, 3.2, 3.3) in via sperimentale effettuando un monitoraggio semestrale di livello aziendale e distrettuale (anche attraverso l'adozione di set di indicatori ad hoc);
- 2) individuare, a livello delle singole Aziende USL, un budget dedicato agli interventi relativi ai minori "casi complessi", come da DGR 1102/14, ripartito al 50% fra bilancio sociale e bilancio sanitario ed articolato su base distrettuale;
- 3) promuovere, in connessione con l'adozione della DGR 1102/14, una verifica dell'attività

del Centro Specialistico "Il Faro" nella relazione con i servizi socio-sanitari territoriali, anche ai fini di una riprogettazione del Centro stesso;

4) promuovere nell'ambito dell'Azienda USL di Bologna una committenza socio-sanitaria interistituzionale integrata al fine di ridisegnare la rete dell'offerta anche garantendo una corretta gestione amministrativa della compartecipazione della spesa.

In particolare rispetto a:

A) interventi educativi territoriali;

B) accoglienza in emergenza di minori e madri con bambino;

C) accoglienza in strutture residenziali di minori che presentano problematiche comportamentali complesse e di difficile gestione.

Avviare su questa specifica tematica un confronto con l'Azienda USL di Imola.

11

Documento DGR 1102/2014 Ver. CTSS metropolitana 10.5.17

5. Allegati

Sono parte integrante del documento i seguenti allegati:

- Allegato n° 1 C-GAS
- Allegato n° 2 ICD-10 Asse 1
- Allegato n° 3 SCHEDA RILEVAZIONE DEL RISCHIO DI PREGIUDIZIO
(CASI COMPLESSI - DGR 1102/14)
- Allegato n° 4 SCHEMA ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATE
AUSL di Bologna
- Allegato n° 5 PROCESSO DI PRESA IN CARICO INTEGRATA DEL MINORE
DALLA SEGNALAZIONE DI RISCHIO/PREGIUDIZIO AL
PROGETTO/INTERVENTO
AUSL di Bologna

12

Documento DGR 1102/2014 Ver. CTSS metropolitana 10.5.17

Allegato n° 1
C-GAS

Valutare il livello più compromesso del funzionamento globale della persona NELL'ULTIMO MESE, selezionando il livello più basso che ne descriva il funzionamento lungo un ipotetico continuum di salute/malattia. Usare i punteggi intermedi (es.: 35; 58; 62). Valutare il funzionamento attuale, senza

considerare trattamento o prognosi. Gli esempi di comportamento forniti sono esclusivamente illustrativi e non richiedono una specifica attribuzione di punteggio.

100-91 Funzionamento ottimo in tutte le aree (a casa, a scuola, con i pari)

È coinvolto in una serie di attività e ha molti interessi (hobbies, partecipa ad attività extracurricolari, fa parte di gruppi organizzati, tipo scouts ...); socievole, sicuro, capace di gestire le preoccupazioni quotidiane; va bene a scuola; nessun sintomo.

90-81 Funzionamento buono in tutte le aree. Sicuro in famiglia, a scuola, con i pari

Vi possono essere difficoltà passeggiare e le preoccupazioni quotidiane possono occasionalmente sfuggirgli di mano;

moderato grado d'ansia per un esame importante; si arrabbia occasionalmente con i fratelli, genitori, pari.

80-71 Funzionamento discreto a casa, a scuola, con i pari

Alcuni problemi di comportamento o di natura emotiva in risposta ad eventi stressanti di vita (separazione dei genitori,

morti, nascita di un fratello ...) ma durano poco ed interferiscono sul funzionamento in modo transitorio. Questi bambini

creano un disagio minimo agli altri e non sono considerati problematici da chi li conosce bene.

70-61 Alcuni problemi in un'area specifica ma il funzionamento generale è abbastanza adeguato

Sporadici o isolati comportamenti antisociali (marinare la scuola, commettere piccoli furti ...); scostanti ma lievi difficoltà

nel lavoro scolastico; cambiamenti d'umore di breve durata; paura ed ansia senza evitamenti sistematici; dubbi riguardo

l'autostima; ha alcuni rapporti interpersonali significativi. La maggior parte delle persone che non conosce bene il

bambino non lo considererebbe problematico ma chi lo conosce potrebbe esprimere qualche preoccupazione

60-51 Qualche problema evidente

Variabilità del funzionamento, con difficoltà sporadiche o sintomi in diversi ma non tutti gli ambiti sociali. Il disturbo.

potrebbe essere colto da chi vede il bambino in un particolare momento o in un contesto disfunzionale ma non da chi

vede il bambino in altri contesti.

50-41 Problemi evidenti

Grado moderato d'interferenza nel funzionamento relativo alla maggior parte delle aree sociali o compromissione

significativa del funzionamento in un'area: preoccupazioni e ruminazioni suicidari; rifiuto scolastico; forme di ansia (rituali

ossessivi, sintomi di conversione, frequenti attacchi di panico); scarse o inadeguate abilità sociali; frequenti episodi di

aggressività o altri comportamenti antisociali. Mantiene qualche relazione sociale significativa.

40-31 Problemi seri

Grave compromissione del funzionamento in diverse aree (a casa, a scuola, con i coetanei, nella società più allargata).

persistente aggressività senza chiara istigazione; ritiro marcato ed evitamenti dovuti ad un disturbo dell'umore o del

pensiero; tentativi suicidari con un chiaro intento di morte. Questi bambini, con ogni probabilità, richiedono una

scolarizzazione speciale, ospedalizzazioni, ritiro dalla scuola (ciò non comporta un criterio sufficiente di inclusione in

questa fascia di punteggio).

30-21 Problemi gravi.

Incapacità di funzionare in quasi tutte le situazioni: sta in casa, in reparto, a letto tutto il giorno, senza prendere parte ad

attività sociali OPPURE compromissione della comunicazione, qualche volta incoerente o inappropriata.

20-11 Compromissione molto grave

Necessita di supervisione considerevole: per prevenire danni a sé o ad altri (spesso violento, diversi tentativi di suicidio

...) OPPURE per mantenere l'igiene personale OPPURE compromissione evidente in tutte le forme di comunicazione

(gravi anomalie nella comunicazione verbale e gestuale, marcato isolamento sociale, stupor ...).

10-1 Estremamente compromesso

Necessita di costante supervisione (24 ore di assistenza), a causa di un comportamento gravemente distruttivo verso sé

o gli altri o per evidenti difficoltà nell'esame di realtà, comunicazione, cognizione, umore, igiene personale.

Fonte: Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 215 del 16/10/2012.

13

Documento DGR 1102/2014

Ver. CTSS metropolitana 10.5.17

Allegato n° 2

ICD-10 Asse 1

O.M.S. - ICD-10

La ICD-10 è la decima revisione della classificazione ICD (International Classification of Diseases), ossia la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, proposta dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS).

Dal 1996 è aggiornata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalla Rete dei Centri Collaboratori per la famiglia delle classificazioni internazionali attraverso un comitato di manutenzione e aggiornamento detto Update and Revision Committee (URC). Sono stati complessivamente approvati circa 2.000 aggiornamenti. Per rendere il processo più partecipato e trasparente, dal 2006, l'aggiornamento di ICD-10 è gestito attraverso una piattaforma web accessibile a chiunque.

L'Asse 1 fa riferimento alle Sindromi cliniche psichiatriche.

ASSE 1 DISTURBI PSICHIATRICI

F00 - F09 Sindrome e disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici

F10 - F19 Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive

F20 - F29 Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti

F30 - F39 Sindromi affettive

F40 - F48 Sindromi fobiche legate a stress e somatoformi

F50 - F59 Sindromi e disturbi comportamentali associati ed alterazioni delle funzioni fisiologiche e fattori somatici

F60 - F69 Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto

F84 Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico

F90 - F98 Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza

P00 Assenza patologia psichiatrica

Fonte: Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura del Centro nazionale per la prevenzione

delle malattie e
la promozione della salute dell'Istituto Superiore di Sanità (www.epicentro.iss.it).

Documento DGR 1102/2014

14

Ver. CTSS metropolitana 10.5.17

Allegato n° 3

SCHEDA RILEVAZIONE RISCHIO DI PREGIUDIZIO
(CASI COMPLESSI - DGR 1102/14)

pag. 1/4

1. Parte generale

Data di compilazione Servizio inviante

Cognome e nome Data di nascita

Genere Maschio
 Femmina

Fratelli e/o sorelle di età minore Date di nascita

Genitori Date di nascita

Padre

Madre

Compilatore (nome, cognome e professione) Mese/anno di presa in carico

Motivo della segnalazione:

Altri professionisti coinvolti nella valutazione (è possibile più di una risposta)

- | | |
|---|--|
| ☐ Assistente sociale | ☐ Pediatra |
| ☐ Psicologo | ☐ Neuropsichiatra infantile |
| ☐ Educatore | ☐ Altro _____ |
| ☐ Insegnante | ☐ Nessuno |

Servizi attivi per il nucleo familiare (è possibile più di una risposta)

- | | |
|--|--|
| ☐ Affidamento familiare | ☐ Mediazione familiare |
| ☐ Assistenza educativa domiciliare | ☐ Neuropsichiatria infantile |
| ☐ Centro diurno | ☐ CSM |
| ☐ Centro per le famiglie | ☐ SERT |
| ☐ Centro di ascolto | ☐ Sostegno economico |
| ☐ Comunità educativa residenziale | ☐ Sostegno educativo scolastico |
| ☐ Comunità madre-bambino | ☐ Centro socio-educativo |
| ☐ Consultorio | ☐ Trasporto sociale |
| ☐ Mensa sociale e/o lavanderia | ☐ Supporto per il reperimento di alloggio |
| ☐ Famiglia d'appoggio | ☐ USSM |
| ☐ Gruppi genitori | ☐ Assistenza domiciliare |
| ☐ Tirocinio formativo | ☐ Servizi per disabili |
| ☐ Interventi per l'integrazione sociale | ☐ Altro _____ |
| ☐ Mediazione culturale | ☐ Nessuno |

2. Sintesi del caso complesso

3. Fattori di rischio/vulnerabilità pag. 2/4
(Qualora segnalati più figli compilare una tabella per ognuno)

Cognome _____

Nome _____

FAMIGLIA

☐ Disabilità

☐ Condizione lavorativa precaria ☐ Incuria-negligenza

☐ Basso livello di istruzione ☐ Migrazione

☐ Giovane età della madre/del padre ☐ Conflitti di coppia e violenza domestica

☐ Carenza relazioni interpersonali-rete ☐ Presa in carico transgenerazionale

☐ Isolamento-emarginazione sociale ☐ Interruzione legami familiari

☐ Famiglia monoparentale ☐ Esperienze di istituzionalizzazione nell'infanzia

☐ Assenza di entrambi i genitori

FIGLIO

☐ Violenza-abusi subiti nell'infanzia ☐ Malattie fisiche o disturbi alla nascita

☐ Accettazione pornografia infantile ☐ Prematurità e basso peso alla nascita

☐ Sfiducia verso norme sociali e istituzioni ☐ Complicazioni peri-natali

☐ Violenza e punizioni come pratiche educative ☐ Ritardo nello sviluppo senso-motorio e cognitivo

☐ Scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo

☐ Malattia cronica

del figlio

☐ Disagio psicologico ☐ Disabilità

☐ Psicopatologia (disturbi psichiatrici) ☐ Temperamento irritabile

☐ Devianza sociale-detenzione ☐ Iperattività-disturbi del comportamento

☐ Abuso di sostanze ☐ Percorso scolastico difficoltoso

☐ Debole/assente capacità di assunzione di

☐ Dispersione scolastica

responsabilità genitoriale

☐ Sindrome da risarcimento ☐ Separazione dalla fratria

☐ Precedenti esperienze di affido extrafamiliare-

☐ Distorsione emozioni e capacità empatiche
collocamento in comunità educativa

- ☐ Impulsività AMBIENTE
- ☐ Condizione abitativa inadeguata (spazi, sfratto,
- ☐ Scarsa tolleranza alle frustrazioni
ambienti insalubri ecc)
- ☐ Ansia da separazione ☐ Violenza e insicurezza
- ☐ Gravidanze non desiderate ☐ Scarsa presenza di risorse
- ☐ Relazioni difficili con la propria famiglia di origine ☐ Quartieri sovraffollati
e/o quella del partner
- ☐ Povertà cronica ☐ Pregiudizi, intolleranza, rifiuto

16

Documento DGR 1102/2014

Ver. CTSS metropolitana 10.5.17

4. Fattori di protezione/resilienza pag. 3/4
Qualora segnalati più figli compilare una tabella per ognuno

Cognome _____

Nome _____

FAMIGLIA

FIGLIO

- ☐ Sentimenti di inadeguatezza per la dipendenza dai servizi ☐ Buona competenza sociale
- ☐ Rielaborazione del rifiuto e della violenza subiti nell'infanzia ☐ Buona autostima e fiducia in se stessi
- ☐ Capacità empatiche ☐ Capacità di ricorrere all'appoggio positivo degli altri, dentro e fuori la famiglia
- ☐ Capacità di assunzione di responsabilità ☐ Atteggiamento positivo e fiducioso
- ☐ Desiderio di migliorarsi ☐ Temperamento facile
- ☐ Autonomia personale ☐ Buona gestione dell'autonomia personale
- ☐ Buon livello di autostima AMBIENTE
- ☐ Relazione attuale soddisfacente con almeno un componente della famiglia di origine ☐ Quartieri sicuri con alloggi adeguati
- ☐ Rete di supporto amicale/parentale ☐ Relazioni di coesione tra vicini
- ☐ Strategie di coping flessibili positivi ☐ Organizzazione della comunità centrata su valori
- ☐ Stabilità emotiva ☐ Attività di inclusione nella vita della comunità
- ☐ Aspettative adeguate ☐ Politiche sociali che supportano l'accesso alle risorse di sostegno per le famiglie

Data

Firme compilatori

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Documento DGR 1102/2014¹⁷

Ver. CTSS metropolitana 10.5.17

5. Presentazione casi complessi all'UVM

pag. 4/4

Fattori di rischio/vulnerabilità (1 poco numerosi – 6 molto numerosi)

Famiglia

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6

Figlio

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6

Ambiente

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6

Fattori di protezione/resilienza (1 poco numerosi – 6 molto numerosi)

Famiglia

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6

Figlio

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6

Ambiente

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6

Proposta di valutazione complessiva (1 caso non a rischio – 6 caso a rischio alto)*

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6

* Con punteggio 2, 3, 4 e 5 la famiglia è considerata negligente, il punteggio 6 delinea una situazione di grave pregiudizio.

Note

Indicatori di grave pregiudizio:

Tipologia di caso complesso

1. ☐ minori con disabilità accertata
2. ☐ minori con diagnosi di problematiche di natura psicopatologica
3. ☐ minori vittime di maltrattamento, abuso, trauma e violenza assistita

☐ Richiesta all'UVM

Esito dell'UVM in data

18

Documento DGR 1102/2014 Ver. CTSS metropolitana 10.5.17

Allegato n° 4
SCHEMA ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATE nell'AUSL di Bologna

19

Documento DGR 1102/2014 Ver. CTSS metropolitana 10.5.17

Allegato n° 5
PROCESSO DI PRESA IN CARICO INTEGRATA DEL MINORE DALLA
SEGNALAZIONE DI RISCHIO/PREGIUDIZIO AL PROGETTO/INTERVENTO.
AUSL di Bologna

