



## Prefazione

Le presenti linee guida sono frutto di un lavoro congiunto tra la Provincia autonoma di Bolzano, rappresentanti dei servizi sociali, degli enti gestori delle strutture per minori, degli ambulatori specialistici per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva, dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e del Reparto di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva per acuti di Merano.

Il fine ultimo è quello di contribuire a fare chiarezza nell'ambito della Rete provinciale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva, anche attraverso l'individuazione di procedure il più possibile uniformi, non dimenticando però di tenere in considerazione le specificità delle singole realtà territoriali.

Questa esigenza di una maggiore sinergia e/o di chiarezza circa le modalità di cooperazione tra i vari soggetti coinvolti nella rete provinciale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva era emersa in occasione di una giornata di riflessione tenutasi nel 2015, a cui hanno preso parte esponenti esperti del settore sociale e sanitario.

Le linee guida in questione, dal punto di vista dei contenuti normativi, rappresentano una sintesi ed un'esplicazione dei vari documenti già esistenti del settore e, nello specifico della delibera n. 2085 dd. 18.06.2007, istitutiva della Rete provinciale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva, della delibera n. 2116 dd. 24.08.2009, istitutiva degli Ambulatori specialistici per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva e della delibera n. 1710 dd. 19.11.2012, che ha istituito il Reparto di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva per acuti di Merano.

Nella parte I delle linee guida si trova una descrizione dei servizi operanti nella Rete di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva ed una panoramica generale sulle strutture per minori operanti in provincia che collaborano con essi.

Nella parte II delle linee guida si esaminano, invece, i ruoli e le funzioni dei diversi profili professionali attivi nella Rete provinciale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva. La parte III è dedicata alle procedure di collaborazione tra i distretti sociali, gli ambulatori specialistici per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva ed il reparto di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva per acuti.

Nell'ultima sezione delle linee guida, la parte IV, vengono descritte le procedure di accoglienza e di dimissione nel caso di attivazione di un intervento residenziale o semiresidenziale, esplicando le singole fasi con i relativi iter da seguire.

Una parte integrante delle linee guida è rappresentato dal modulo-richiesta di inserimento che viene compilato dal servizio inviante nel momento in cui richiede l'accoglienza di un minore in una delle strutture residenziali o semiresidenziali site in Provincia. Anche questo modulo è frutto del lavoro del gruppo che ha elaborato le presenti linee guida.

Le presenti linee guida non vogliono assolutamente essere un punto d'arrivo, bensì una base di partenza e, proprio in quest'ottica, è prevista una fase di valutazione e monitoraggio biennale che accompagnerà la prima applicazione delle linee guida da parte di tutti gli operatori e le operatrici sul campo.

Al termine dei due anni si verificherà tutti insieme, in un'ottica di ottimizzazione e miglioramento, se vi è la necessità di modificare e/o perfezionare il frutto del nostro lavoro.

Petra Frei

Andreas Conca

Direttrice dell'Ufficio per la Tutela dei  
minori e l'inclusione sociale

Coordinatore del Servizio Provinciale di  
Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva

## Parte I

### Servizi operanti nella rete di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva

- |   |      |
|---|------|
| 1. Distretto sociale: area socio-pedagogica di base – ambito minori e famiglie          | 2    |
| 2. Ambulatorio specialistico per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva | 2-4  |
| 3. Servizi socio-pedagogici integrati residenziali e semiresidenziali per minori        | 4-5  |
| 3.1 Comunità alloggio socio-pedagogica integrata  |      |
| 3.2 Centro diurno socio-pedagogico integrato  |      |
| 4. Servizi socio-terapeutici residenziali per minori                                    | 5-6  |
| 4.1 Comunità alloggio socio-terapeutica   |      |
| 5. Reparto di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva per acuti                   | 6-8  |
| 6. Rete   | 8-10 |
| 6.1 Servizi socio-pedagogici residenziali e semiresidenziali per minori                 |      |
| 6.1.1 Comunità alloggio socio-pedagogica  |      |
| 6.1.2 Comunità di tipo familiare  |      |
| 6.1.3 Casa famiglia   |      |
| 6.1.4 Residenza assistita   |      |
| 6.1.5 Centro diurno socio-pedagogico  |      |

## Parte II

### Ruoli e funzioni dei profili professionali operanti nella rete provinciale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva

- |   |       |
|---|-------|
| 1. Assistente sociale   | 12-13 |
| 1.1 Assistente sociale di riferimento per il distretto che ha in carico il caso |       |

1.2 Assistente sociale di riferimento per il distretto che non ha in carico il caso	
2. Educatore/Educatrice	13-14
3. Neuropsichiatra infantile	14-16
3.1 Neuropsichiatra infantile dell'ambulatorio specialistico per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva, territorialmente competente per il caso	
3.2 Neuropsichiatra infantile dell'ambulatorio specialistico per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva, referente della struttura residenziale	
4. Psicologo/Psicologa	16-17
4.1 Psicologo/Psicologa dell'ambulatorio specialistico per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva, territorialmente competente per il caso	
4.2 Psicologo/Psicologa della struttura residenziale o semiresidenziale	

### Parte III

#### Collaborazione tra distretto sociale, ambulatorio specialistico per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva e il reparto di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva per acuti

1. Minore in carico all'assistente sociale del distretto sociale	19-20
2. Minore in carico all'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva	20-22
3. Minore ricoverato in reparto di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva per acuti	23-24
3.1 Minore già in carico all'assistente sociale di un distretto o di un ambulatorio specialistico	
3.2 Minore non in carico ad un assistente sociale di un distretto sociale o di un ambulatorio specialistico	

## Parte IV

### Attivazione di un intervento residenziale o semiresidenziale

- 1. **Richiesta di inserimento in una struttura residenziale o semiresidenziale** 26-32
  - 1.1 Richiesta di inserimento preliminare
  - 1.2 Richiesta di inserimento formale
  - 1.3 Primo incontro con il/la minore
  - 1.4 Inserimento
  - 1.5 Fase di conoscenza
  - 1.6 Periodo di accoglienza
  - 1.7 Dimissioni

## Parte V

### Allegati

# Parte I

## **Servizi operanti nella rete di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva**

## 1. Distretto sociale: area socio-pedagogica di base – ambito minori e famiglie

Gli operatori dell'area socio-pedagogica di base dell'area minori e famiglie offrono consulenza e accompagnamento ai minori e alle loro famiglie che vivono in condizioni di emergenza sociale, familiare e personale, con l'obiettivo di garantire il diritto dei minori a vedere promossa la propria crescita, di favorirne l'educazione in modo da consentire lo sviluppo di personalità responsabili e in grado di relazionarsi con gli altri, di ridurne le condizioni di svantaggio e di creare/mantenere condizioni di vita positive per i minori e le loro famiglie.

L'obiettivo è quello di individuare soluzioni personalizzate e olistiche che perseguano in prima linea il benessere e lo sviluppo armonico dei minori, coinvolgendoli attivamente e con piena dignità nell'elaborazione del piano di aiuto.

Al fine di ottenere un quadro quanto più completo possibile della situazione, si valutano tutti i vari aspetti della vita del minore (*es. situazione familiare, ambiente sociale, sviluppo fisico, intellettuale*), al fine di individuare non solo le difficoltà e i problemi, ma anche i punti di forza e le risorse esistenti nella famiglia e nell'ambiente sociale del minore. Questa valutazione costituisce la base per la predisposizione del piano di aiuto, che individua i vari obiettivi e le relative misure da adottare, ma anche i compiti spettanti a ciascun soggetto coinvolto e gli accordi adottati.

Gli operatori/Le operatrici dell'area socio-pedagogica di base collaborano in rete con altri servizi specialistici e con le altre strutture e istituzioni, nonché con le autorità competenti.

## 2. Ambulatorio specialistico per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva

In base al disposto n. 2085 dd. 18.06.2007 e alle linee guida approvate con deliberazione n. 2116 dd. 24.08.2009, sul territorio della Provincia Autonoma di Bolzano sono stati istituiti quattro ambulatori specialistici per la salute psicosociale nell'età infantile ed



evolutiva (*d'ora in poi chiamati "ambulatori specialistici"*): uno a Merano, uno a Bolzano, uno a Bressanone e uno a Brunico.

Gli ambulatori specialistici rappresentano il punto centrale della rete provinciale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva e fungono da punto di riferimento, di contatto e da intermediario per tutti i servizi che operano nel settore della salute psicosociale. Perseguono principalmente l'obiettivo di garantire, direttamente o tramite invio ad altri servizi, ai bambini e agli adolescenti con problematiche neuropsichiatriche così come alle loro famiglie, consulenza, accompagnamento, supporto preventivo, diagnostico e curativo. Questi supporti dovranno possibilmente sostituire in via preventiva provvedimenti di ricovero o altre forme di assistenza esterna alla famiglia oppure avviare, applicare e accompagnare questi provvedimenti, quando necessari.

L'utenza è rappresentata da minori con disturbi neuropsichiatrici infantili, dai loro genitori e familiari, ma gli ambulatori specialistici collaborano anche con le strutture educative e di sostegno come asili nido, scuole dell'infanzia, istituti scolastici di ogni ordine e grado, centri diurni o altre strutture socio-pedagogiche, socio-pedagogiche integrate e/o socio-terapeutiche. Le prestazioni vengono erogate ai minori fino alla maggiore età ed eventualmente, con il consenso del paziente, anche oltre questa età (*in ogni caso al massimo fino ai 21 anni*).

Presso l'ambulatorio specialistico operano medici specialisti in neuropsichiatria infantile, psicologi/psicologhe, psicoterapeuti/psicoterapeute con formazione specialistica in psicoterapia infantile e adolescenziale, assistenti sociali e educatori/educatrici professionali o educatori/educatrici sociali, infermieri/infermiere pediatriche e personale amministrativo. L'intervento multidisciplinare segue un approccio bio-psico-sociale, che è imprescindibile e non può essere limitato ai casi particolarmente gravi e complessi. Al contrario, esso deve rappresentare la regola, dati l'interazione costante tra le diverse linee di sviluppo e gli alti indici di comorbidità tra i disturbi dei diversi assi e ambiti.

Le prestazioni degli ambulatori specialistici sono da considerarsi come parte integrante di una politica sanitaria preventiva e sono quindi generalmente esenti da ticket in quanto rispondono a esigenze sanitarie primarie della comunità. L'accesso al servizio avviene su richiesta diretta degli interessati o tramite richiesta da parte di strutture pubbliche o private come ad esempio i distretti sociali, le scuole di ogni ordine e grado, i consultori familiari, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e ogni altro servizio che si occupa di minori.

### 3. Servizi socio-pedagogici integrati residenziali e semiresidenziali per minori

#### 3.1 Comunità alloggio socio-pedagogica integrata

La comunità alloggio socio-pedagogica integrata è una struttura a carattere residenziale che offre un servizio 24 ore al giorno per 365 giorni all'anno. L'utenza è rappresentata da minori che hanno un'età compresa tra i 6 ed i 17 anni (*maggiore età*), che necessitano di un'area socio-pedagogica o terapeutico-riabilitativa (*in casi particolari la permanenza può essere prorogata fino al compimento del ventunesimo anno d'età*).

La finalità di tale comunità è di sostegno socio-educativo o terapeutico-riabilitativo e tutela del minore in supplenza e supporto temporaneo del nucleo familiare. Si occupa del trattamento di minorenni con disturbi psichici o che hanno delle problematiche socio-familiari ed è volta a permettere loro di integrarsi con i propri coetanei e sviluppare in modo positivo la loro personalità. Si mira a rendere il minore autonomo e consapevole delle proprie capacità e competenze, per consentirne il ritorno nella famiglia d'origine o l'avvio di una vita indipendente.

Per quanto concerne il personale, esso si suddivide in operatori/operatrici dalla formazione socio-pedagogica (*es. educatori/educatrici sociali, educatori/educatrici e soggetti con formazione universitaria in campo sociale*) e operatori sanitari/operatrici sanitarie (*es. psicoterapeuti/psicoterapeute, psicologi/psicologhe e personale sanitario-riabilitativo*).

### **3.2 Centro diurno socio-pedagogico integrato**

Il centro diurno socio-pedagogico integrato è un servizio di accoglienza semiresidenziale per minori in situazione di disagio socio-familiare con o senza disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva. Il servizio ha finalità sia educative sia terapeutico-riabilitative ed è volto a sostenere il minore nella sua crescita, sempre con il costante coinvolgimento della famiglia. Può offrire un accompagnamento intensivo modulato in base al livello di compromissione funzionale del minore, svolto all'interno o all'esterno del gruppo.

Questa struttura ospita minori con bisogni assistenziali che consentono la permanenza nell'ambito familiare e nel contesto socio-educativo di riferimento. L'utenza è rappresentata da minori tra i 3 e i 17 anni (*maggior età*), che necessitano di un'area socio-pedagogica e/o terapeutico-riabilitativa e in casi particolari l'assistenza può essere prorogata fino al compimento del ventunesimo anno di età.

Il personale è composto sia da operatori/operatrici che hanno una formazione socio-pedagogica (*es. educatori/educatrici sociali, educatori/educatrici e soggetti con formazione universitaria in campo sociale*) sia da operatori sanitari/operatrici sanitarie (*es. psicoterapeuti/psicoterapeute, psicologi/psicologhe e personale sanitario-riabilitativo*).

## **4. Servizi socio-terapeutici residenziali per minori**

### **4.1 Comunità alloggio socio-terapeutica**

La comunità alloggio socio-terapeutica è una struttura a carattere residenziale che offre un servizio 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno. Accoglie minori che hanno un'età compresa tra i 6 e i 17 anni (*maggior età*), che necessitano di un'area socio-pedagogica e terapeutico-riabilitativa e in casi particolari la permanenza può essere prorogata fino ai 21 anni.

Questa tipologia di struttura ha come obiettivo il sostegno socio-educativo e terapeutico-riabilitativo, di cura e tutela del minore in supplenza e supporto temporaneo del nucleo familiare e si occupa del trattamento di minorenni con disturbi neuropsichici che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi, associati ad interventi di supporto so-

cio-sanitario volti a massimizzare l'inclusione sociale del minore. Si ricorre a questa struttura quando il minore presenta dei bisogni assistenziali che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi maggiormente intensivi, non erogabili né ambulatorialmente né in regime semiresidenziale o nei quali vi sia anche l'indicazione dell'allontanamento temporaneo dal contesto familiare o sociale. In ogni caso il minore resta in tali strutture solo per il tempo indispensabile a garantire la terapeuticità necessaria.

Il personale si suddivide in operatori/operatrici dalla formazione socio-pedagogica (*es. educatori/educatrici sociali, educatori/educatrici e soggetti con formazione universitaria in campo sociale*) e operatori sanitari/operatrici sanitarie (*es. psicoterapeuti/psicoterapeute, psicologi/psicologhe, ergoterapisti/ergoterapiste, terapisti/terapiste funzionali*).

## 5. Reparto di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva per acuti

Il reparto di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva per acuti (*d'ora in poi denominato "reparto"*) si trova presso l'ospedale di Merano e garantisce assistenza a minori affetti da disturbi neuropsichiatrici. Il reparto offre:

- brevi ricoveri di stabilizzazione clinica (*durata 2-5 giorni*): in questa fase il paziente effettua un colloquio psicologico e uno medico, a cui si aggiunge un colloquio di restituzione con i genitori al momento della dimissione. Lo scopo di questo tipo di ricovero consiste nello stabilizzare clinicamente un minore e nel valutare se al termine del ricovero il paziente possa essere dimesso o se debba proseguire il ricovero per raggiungere un maggiore livello di stabilità oppure per effettuare il passaggio a ricovero diagnostico e/o terapeutico.
- ricoveri diagnostici (*durata circa 14 giorni*): il paziente effettua colloqui medici e analisi mediche a discrezione del team clinico, colloqui psicologici e valutazione testistica, valutazione ergoterapica se richiesto dai clinici del reparto, partecipa alle attività educative, all'osservazione educativa e, se richiesto dai clinici del reparto, prende parte alla valutazione educativa. Vengono coinvolti i genitori per la raccolta

anamnestica e la decisione su eventuali terapie farmacologiche. Al termine di un ricovero diagnostico il team del reparto redige una relazione clinica nella quale sono indicati:

- il motivo dell'invio al reparto e il servizio inviante
- un riassunto del percorso di ricovero e delle osservazioni effettuate
- le visite mediche, la testistica, gli accertamenti strumentali, effettuati
- la diagnosi multiassiale secondo ICD-10<sup>1</sup>
- le indicazioni terapeutiche

La relazione viene inviata ai genitori/agli esercenti la responsabilità genitoriale, al neuropsichiatra infantile e allo psicologo territoriale che proseguiranno le cure post-dimissione, all'assistente sociale quando coinvolto/a nel caso, alla comunità socio-terapeutica e/o socio-pedagogica integrata se il minore vi è collocato. Ai clinici del territorio viene inoltre inviata anche copia dei referti medici, della testistica psicologica effettuata, della relazione educativa (quando effettuata), della valutazione ergoterapica (*quando effettuata*) e dell'anamnesi bio-psico-sociale.

- ricoveri terapeutici (*es. per inserimento terapia farmacologica in ambiente protetto, per interventi terapeutici intensivi ecc.; durata variabile in base alle necessità cliniche*).
- ricoveri OBI (*osservazione breve intensiva; durata 48 ore*): possono essere richiesti esclusivamente da strutture socioterapeutiche e/o socio-pedagogiche integrate per situazioni di crisi acuta caratterizzate da un alto grado di impulsività e che comprendono:

---

<sup>1</sup> Si tratta di uno schema che permette di descrivere il minorenne non solo nelle sue diverse condizioni fisiche, ma anche nella dimensione funzionale del suo comportamento quotidiano e relazionale. Insieme agli aspetti strettamente psichiatrici (*indicati in asse 1*) vengono elencati nelle rispettive assi anche disturbi medici generali, problemi connessi alla maturità e all'evoluzione, la rispettiva condizione di intelligenza e lo sfondo familiare e psicosociale. La valutazione globale del livello psicosociale funzionale, oltre a ciò, ha anche una precisa scala di competenza (*salutogenetica*), con la quale i comportamenti e le capacità del bambino o adolescente possono essere misurati ripetutamente e possono essere sottoposti anche ad un confronto interindividuale.

- situazioni di auto aggressività nella quale non si possono escludere ideazioni, minacce o comportamenti suicidari, compresi comportamenti autolesivi;
- situazioni di aggressività rivolta a terzi, sempre all'interno di un quadro clinico neuropsichiatrico infantile, comportamenti minacciosi o aggressivi contro cose e persone, perdite di controllo, crisi pantoclastiche.

Il reparto accoglie minori tra i 12 e i 18 anni. I minori che hanno un'età inferiore vengono ricoverati presso i reparti di pediatria degli ospedali del territorio provinciale. Nel reparto sono previsti 12 posti letto e tre posti in regime diurno. Il team multiprofessionale è composto da neuropsichiatri/neuropsichiatre infantili, psicologi/psicologhe, psicoterapeuti/psicoterapeute, infermieri/infermiere, operatori/operatrici socio-sanitari (OSS), educatori/educatrici, ergoterapisti/ergoterapiste, un/un'assistente sociale e un operatore amministrativo/un'operatrice amministrativa.

I ricoveri vengono effettuati tramite il Pronto Soccorso, su invio degli ambulatori specialistici o su richiesta delle comunità socioterapeutiche e delle comunità socio-pedagogiche integrate (OBI); non è previsto l'accesso diretto. All'interno del reparto non vengono accettati pazienti con diagnosi principale di dipendenze da sostanze e disturbo del comportamento alimentare.

## 6. Rete

Il settore dei minori è particolarmente delicato e presenta un'intrinseca complessità, posto che ogni caso è a sé stante e dev'essere, quindi, necessariamente presa in considerazione la specificità della singola situazione.

Da un tanto si evince che è imprescindibile che i servizi poc'anzi descritti collaborino tra di loro e con gli altri servizi e/o istituzioni del territorio (*es: scuole, Centro di salute mentale, Servizi per le dipendenze, Servizi Psicologici, Consultori familiari, Servizio di Neurologia e Riabilitazione dell'Età Evolutiva*) e che ci si rapporti a ogni caso con un approccio

interdisciplinare. Di fondamentale importanza risulta essere anche la collaborazione e/o l'interazione con l'Autorità Giudiziaria.

### **6.1 Servizi socio-pedagogici residenziali e semiresidenziali**

Nella rete provinciale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva è doveroso menzionare anche i servizi socio-pedagogici, perché la sussistenza di una diagnosi non preclude un possibile collocamento dei minori anche in strutture rientranti in tale tipologia e quindi si rivela spesso molto utile anche una collaborazione con esse.

Nelle strutture socio-pedagogiche vengono collocati minori ai quali viene a mancare temporaneamente un ambiente familiare idoneo. L'obiettivo è quello di assicurare ai minori l'assistenza e l'educazione per il tempo necessario a consentire alle famiglie di origine di superare le loro difficoltà grazie ad interventi di sostegno finalizzati, in modo che i minori possano tornare nella loro famiglia o avviare una vita indipendente.

#### ***6.1.1 Comunità alloggio socio-pedagogica***

La comunità alloggio socio-pedagogica è una struttura a carattere residenziale che offre un servizio di 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno (*o per meno giorni se previsto dal progetto di servizio*). Ha l'obiettivo di sostituire temporaneamente il nucleo familiare nell'espletamento dei suoi compiti educativi, di cura e tutela del minore. Vengono accolti minori con un'età compresa tra i 6 e i 17 anni (*maggior età*) e in casi particolari la permanenza può essere prolungata fino ai 21 anni.

Il personale si compone principalmente di educatori/educatrici.

#### ***6.1.2 Comunità di tipo familiare***

La comunità di tipo familiare è una struttura residenziale a dimensione familiare. Vi è infatti una persona che vive nella struttura anche con i propri figli.

Ha l'obiettivo di sostituire e supportare temporaneamente il nucleo familiare nell'espletamento dei suoi compiti educativi, di cura e tutela del/della minore. Vengono accolti minori di età compresa tra gli zero e i 17 anni (*maggior età*) che necessitano di un'area socio-pedagogica intensiva. In casi particolari la permanenza può essere prorogata fino ai 21 anni.

Il personale si compone principalmente dalla persona che vive stabilmente nella comunità di tipo familiare e che deve possedere capacità personali, esperienza e/o competenze professionali in ambito socio-educativo. Questa persona viene spesso affiancata da un ulteriore operatore socio-pedagogico/un'ulteriore operatrice socio-pedagogica.

### **6.1.3 Casa famiglia**

Questa struttura si caratterizza per il fatto che vi è una coppia anche con figli propri, che vive stabilmente in loco. Ha l'obiettivo di sostituire e supportare temporaneamente il nucleo familiare nell'espletamento dei suoi compiti educativi, di cura e tutela del/della minore e l'utenza si compone di minori con un'età compresa tra gli zero e i 17 anni (*maggior età*) che necessitano di un'area socio-pedagogica intensiva. In casi particolari la permanenza può essere prorogata fino ai 21 anni.

Il personale è rappresentato dalla coppia che deve avere sufficienti esperienze nello svolgimento di funzioni educativo-genitoriali (*la sussistenza di tali competenze è accertata dal servizio territorialmente competente*). La coppia può essere affiancata da un ulteriore operatore socio-pedagogico/un'ulteriore operatrice socio-pedagogica.

### **6.1.4 Residenza assistita**

La residenza assistita è un servizio residenziale per ragazzi che presentano un certo livello di autonomia e che necessitano di un intervento socio-educativo parziale. L'obiettivo è quello di responsabilizzare i minori e di renderli autonomi. L'utenza si compone di ragazzi tra i 16 e i 17 anni (*maggior età*) e in casi particolari la permanenza può essere prorogata fino ai 21 anni.

Il personale è composto principalmente da educatori/educatrici.

### **6.1.5 Centro diurno socio-pedagogico**

Il centro diurno socio-pedagogico è un servizio di accoglienza a carattere semiresidenziale per minori in situazioni di disagio socio-familiare che ha l'obiettivo di educare e sostenere il minore nel suo sviluppo, con un costante coinvolgimento del suo nucleo familiare. Vengono accolti minori d'età compresa tra i 6 e i 17 anni (*maggior età*) che necessitano di un'area socio-pedagogica specifica. In casi particolari la permanenza è prorogabile fino ai 21 anni.

Il personale è composto principalmente da educatori/educatrici.



## Parte II

**Ruoli e funzioni dei profili professionali operanti nella rete provinciale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva**

## 1. Assistente sociale


L'assistente sociale è un operatore/un'operatrice sociale che, agendo secondo i principi, le conoscenze e i metodi specifici della professione, svolge la propria attività nell'ambito del sistema organizzato delle risorse messe a disposizione dalla comunità, a favore di individui, gruppi e famiglie.

L'obiettivo dell'azione professionale è prevenire e risolvere situazioni di bisogno, aiutando l'utenza nell'uso personale e sociale delle risorse messe a disposizione dalla comunità, organizzando e promuovendo prestazioni e servizi per una maggiore rispondenza degli stessi alle particolari situazioni di bisogno e alle esigenze di autonomia e responsabilità delle persone; il tutto valorizzando le risorse della comunità<sup>2</sup>.

### 1.1 Assistente sociale di riferimento per il distretto che ha in carico il caso

Un minore con disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva può necessitare di prestazioni da parte di un assistente/un'assistente sociale. Questo/a può operare direttamente all'interno dell'ambulatorio specialistico oppure in un distretto sociale. I singoli ambulatori specialistici individueranno, insieme alle rispettive Comunità comprensoriali/ASSB, le modalità di collaborazione con i distretti del loro territorio.

Nel valutare quale assistente sociale sia più indicato/a per prendere in carico il caso di un minore affetto da disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva, occorre tenere presente, fermo restando quanto stabilito da singoli accordi/protocolli di collaborazione e tenendo conto delle specificità dei rispettivi territori, i seguenti criteri:

- livello di compromissione 
  - clinica (*asse I del MAS secondo ICD10*)
  - sociale (*asse V del MAS secondo ICD10*)
- il principio di continuità della presa in carico
- la complessità del caso tale per cui è necessaria una presa in carico unitaria della situazione

---

<sup>2</sup> Definizione elaborata dalla "Commissione nazionale di studio per la definizione dei profili professionali e dei requisiti di formazione degli operatori sociali", istituita nel 1982 dal Ministero dell'Interno e poi pubblicata nel 1984.

- la presenza nel nucleo di altri minori e le loro esigenze
- il livello di compromissione sociale della famiglia

Nei casi in cui risulta più complesso stabilire la presa in carico, essa deve essere concordata all'interno di un incontro di rete alla presenza degli operatori clinici/delle operatrici cliniche e degli operatori/delle operatrici sociali interessati/interessate.

### **1.2 Assistente sociale di riferimento per il distretto che non ha in carico il caso**

Fermo restando quanto stabilito da singoli accordi/protocolli di collaborazione tra ambulatori e relative Comunità comprensoriali/ASSB e tenendo conto delle specificità dei rispettivi territori, è importante che il distretto sociale territorialmente competente per il minore in carico all'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico apra sempre una scheda *Sozinfo Case*, anche se la presa in carico rimane esclusivamente in capo all'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico.

Il distretto sociale, inoltre, individua all'interno del proprio servizio un operatore/un'operatrice (*operatore/operatrice dell'area socio-pedagogico, il/la responsabile del distretto o il direttore/la direttrice*) responsabile del caso. Questo/a viene regolarmente informato/a (*minimo una volta ogni 6 mesi*) dall'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico sull'andamento del progetto e ha inoltre il compito di inserire in *Sozinfo Case* gli interventi effettuati dal/dalla collega dell'ambulatorio specialistico.

## **2. Educatore/Educatrice**

L'educatore/educatrice esercita funzioni di progettazione, consulenza, realizzazione e verifica relativamente agli interventi educativi mirati al recupero, al mantenimento e allo sviluppo delle potenzialità di crescita dei soggetti (*singoli, gruppi o comunità*). L'azione dell'educatore è, in sintesi, poter fornire:

- alla persona-utente, gli strumenti formativi possibili e le strategie per auto-costruire e realizzare un proprio progetto personale e di vita;

- ai gruppi-comunità, un supporto alla promozione e al coordinamento delle risorse proprie, nel rispetto del principio costituzionale di sussidiarietà in collaborazione con l'équipe del servizio a cui appartiene.

Compiti peculiari dell'educatore/educatrice sono la valutazione educativa, i progetti educativi personalizzati e la consulenza pedagogica. L'educatore/educatrice dell'ambulatorio specialistico ha inoltre competenze specifiche nel campo dei disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva come ad esempio il training sulle competenze sociali e sulle emozioni, la psico-educazione sul disturbo, il *parent training*, il *teacher training*.

### 3. Neuropsichiatra infantile

#### 3.1 Neuropsichiatra infantile dell'ambulatorio specialistico per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva, territorialmente competente per il caso

Il/La neuropsichiatra infantile dell'ambulatorio specialistico effettua la prima e le successive visite neuropsichiatriche per bambini e adolescenti e assume il ruolo di responsabile clinico del caso. Partecipa, inoltre, assieme agli altri operatori/alle altre operatrici della sua équipe, al processo diagnostico ambulatoriale e, successivamente, al percorso terapeutico e di cura, elabora e mette in atto i percorsi terapeutici che declina nel Piano di Trattamento Individuale (PTI) e svolge attività di consulenza medico-specialistica in favore dei genitori, delle scuole, dei servizi sociali e degli altri servizi che si occupano dei minori del suo territorio. Valuta, altresì, assieme agli altri operatori della sua équipe, la tipologia del percorso di cura più adatto e ha il compito di attivare eventuali interventi residenziali e/o semiresidenziali come l'inserimento in una struttura di accoglienza residenziale oppure il ricovero presso il reparto di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva per acuti dell'ospedale di Merano.

Trattandosi di minori affetti da disturbi neuropsichiatrici infantili, l'inserimento in una comunità socio-terapeutica e/o su un posto integrato in una comunità socio-pedagogica integrata o in un centro diurno socio-pedagogico integrato come di un ricovero programmato presso il reparto di Merano avviene di regola esclusivamente su indicazione

del/della neuropsichiatra infantile dell'ambulatorio specialistico del territorio dove è residente il minore.

Sia durante l'accoglienza presso una struttura *residenziale e/o semiresidenziale* che durante il ricovero presso il reparto di Merano, il/la neuropsichiatra infantile dell'ambulatorio specialistico mantiene il ruolo di responsabile clinico del caso e va quindi costantemente aggiornato sulla situazione clinica del suo paziente.

In particolare, vanno celermente comunicate e condivise con il/la neuropsichiatra infantile dell'ambulatorio specialistico inviante eventuali modifiche della diagnosi o del piano terapeutico e farmacologico. I flussi informativi tra comunità di accoglienza e ambulatorio specialistico inviante vanno adattati alla situazione concreta del singolo/della singola paziente: si ritiene indicato che la comunità di accoglienza o il centro diurno comunichi ogni 6 mesi circa gli aggiornamenti medici generali, ogni 2-3 mesi circa un aggiornamento complessivo sulla situazione e con maggiore frequenza eventuali altre informazioni utili per il medico inviante. La necessità di interrompere o di rivalutare il progetto di accoglienza nel suo complesso va comunicata immediatamente per permettere all'équipe inviante di valutare tale decisione e/o di individuare eventuali soluzioni alternative.

### **3.2 Neuropsichiatra infantile dell'ambulatorio specialistico per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva, referente della struttura residenziale**

L'assistenza neuropsichiatrica infantile dei minori accolti in una comunità socioterapeutica o socio-pedagogica integrata viene garantita da un/una neuropsichiatra infantile dell'ambulatorio specialistico sul cui territorio si trova la comunità che svolge i seguenti compiti:

- partecipa alle riunioni dell'équipe multidisciplinare della comunità e svolge una funzione di consulenza relativamente al procedere terapeutico e socio-pedagogico dei progetti di accoglienza in atto;
- discute con l'équipe multidisciplinare della comunità almeno una volta al mese i casi dei minori accolti;

- esprime pareri relativamente alle nuove richieste di accoglienza;
- conosce ogni nuovo minore accolto in comunità entro 8 settimane dal suo ingresso nella struttura;
- svolge regolari visite neuropsichiatriche infantili (*minimo 4 all'anno*) per tutti i minori con diagnosi neuropsichiatrica infantile;
- gestisce la terapia farmacologica e le visite di controllo;
- interviene in caso di instabilità clinica e situazioni di crisi;
- effettua regolari scambi di informazione con il/la neuropsichiatra infantile dell'ambulatorio specialistico territorialmente competente per il minore;
- collabora alla stesura del piano terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP): entro 90 giorni dall'ingresso nella struttura viene predisposto un PTRP provvisorio della durata di 6 mesi, al termine dei quali dovrà essere redatto un PTRP di validità di 12 mesi; tutti i PTRP devono essere inviati per conoscenza all'ambulatorio specialistico competente per il minore.

## 4. Psicologo/Psicologa

### 4.1 Psicologo/Psicologa dell'ambulatorio specialistico per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva, territorialmente competente per il caso

Lo psicologo/La psicologa dell'ambulatorio specialistico effettua, per i/le pazienti che si rivolgono all'ambulatorio specialistico, il primo colloquio psicologico e rileva l'anamnesi, somministra e valuta i questionari e la testistica psicologica, offre interventi di psicoterapia rivolta sia ai bambini/alle bambine che agli/alle adolescenti e alle loro famiglie. Offre, inoltre, consulenze specialistiche, sostegno psicologico/psico-educazione ai minori, ai genitori, alle scuole, agli operatori dei servizi sociali e degli altri partner della rete, nonché alle strutture socio-pedagogiche e socio-sanitarie del territorio provinciale. Non da ultimo lo psicologo esercita anche un'attività di prevenzione. Se previsto dal proprio ambulatorio specialistico, può inoltre offrire consulenze psicologiche e valutazioni cliniche in situazioni di emergenza (*pronto soccorso*).

Anche per lo psicologo/la psicologa dell'ambulatorio specialistico è di fondamentale importanza la collaborazione con i servizi, sia pubblici sia privati, presenti sul territorio.

#### **4.2 Psicologo/Psicologa della struttura residenziale o semiresidenziale**

Lo psicologo/La psicologa della struttura residenziale o semiresidenziale effettua sostegno psicologico e psico-educazione rivolti sia ai minori/alle minori accolti/accolte in comunità, sia ai familiari.

Offre inoltre psicoterapia individuale e/o di gruppo, collaborazione con i servizi territoriali coinvolti nei casi clinici, consulenze psicologiche ad altre figure professionali interne ed esterne al servizio. Partecipa, inoltre, assieme all'équipe multidisciplinare alla stesura del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP) e della relazione semestrale sull'andamento del progetto di accoglienza.

## Parte III

**Collaborazione tra distretto sociale, ambulatorio specialistico per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva e reparto di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva per acuti**



## 1. Minore in carico all'assistente sociale del distretto sociale

Un/Una minore, che è in carico ad un/un'assistente sociale del distretto sociale, può:

- essere contestualmente in carico ad un clinico dell'ambulatorio specialistico (*neuropsichiatra infantile o psicologo/a o psicoterapeuta*);
- non essere ancora in carico ad un clinico dell'ambulatorio specialistico (*neuropsichiatra infantile o psicologo/a o psicoterapeuta*) ma necessitare, comunque, di un intervento sanitario dell'ambulatorio specialistico.

Modalità di collaborazione tra assistente sociale del distretto sociale e ambulatorio specialistico: l'assistente sociale del distretto sociale è responsabile della pianificazione e della realizzazione degli interventi che riguardano tutto il nucleo familiare, compresi quelli necessari per il/la minore che usufruisce di interventi sanitari presso l'ambulatorio specialistico.

L'indagine sociale su incarico dell'Autorità giudiziaria rimane di competenza esclusiva dell'assistente sociale del distretto sociale, eventualmente in collaborazione con l'ambulatorio specialistico che segue il/la minore.

Per garantire il miglior coordinamento degli interventi è auspicabile che vi sia un continuo e regolare scambio di informazioni ed un confronto tra i due servizi. Lo scambio di informazioni tra il distretto sociale e l'ambulatorio specialistico può avvenire per il tramite dell'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico o direttamente con il clinico di riferimento operante nell'ambulatorio specialistico.

Se il distretto sociale ritiene indicato che il/la minore che usufruisce di interventi sanitari presso l'ambulatorio specialistico sia preso/presa in carico dall'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico, può inoltrare una richiesta di passaggio del caso per iscritto al/alla responsabile dell'ambulatorio specialistico secondo i criteri specificati nel paragrafo 1.1 della Parte II. A seguito di un confronto tra tutti gli operatori interessati, il/la responsabile darà risposta per iscritto alla richiesta entro 10 giorni lavorativi.

Nel caso in cui un/una minore in carico al distretto sociale necessitasse di interventi sanitari da parte dell'ambulatorio specialistico (es. anche solo dell'intervento di un clinico), il distretto sociale può:

- a) richiedere, con il consenso dei genitori da esprimersi necessariamente in forma scritta, la collaborazione dell'ambulatorio specialistico che provvederà a valutare la richiesta in base alle sue specificità organizzative;
- b) invitare i genitori a recarsi presso il/la pediatra di libera scelta/medico di medicina generale per una visita e per il rilascio di un'impegnativa che prescriva la prima visita neuropsichiatrica infantile e, successivamente, contattare direttamente l'ambulatorio specialistico di riferimento per fissare una prima visita.

Va ricordato che per accedere a interventi sanitari serve sempre il consenso dei genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale. Si può ovviare a tale prescrizione solo in casi tassativi, ovvero seguendo la procedura prevista per l'ASO (*Accertamento Sanitario Obbligatorio*) od ottenendo un provvedimento del Giudice tutelare che interviene a tutela del minore e dispone l'accertamento e/o il trattamento in questione. Tale facoltà è riconosciuta anche al Tribunale per i Minorenni previa adozione di un provvedimento limitativo della responsabilità genitoriale (*anche solamente per quanto attiene le decisioni di natura sanitaria*).

## **2. Minore in carico all'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva**

L'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico si occupa di minori con disturbi neuropsichiatrici infantili in trattamento presso l'ambulatorio specialistico e dei loro familiari. Deve quindi necessariamente avere competenze specifiche in materia di salute mentale in età evolutiva. Attua, inoltre, interventi di sostegno rivolti sia ai minori sia ai genitori. Gli interventi rivolti ai genitori mirano a far sì che essi comprendano le peculiarità dei propri figli/delle proprie figlie affetti/e da un disturbo neuropsichiatrico infantile e conseguentemente siano in grado di gestire adeguatamente le problematiche specifiche che ne possono derivare. Si precisa che l'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico

effettua interventi di sostegno ai genitori esclusivamente afferenti al disturbo neuropsichiatrico infantile.

Un/Una minore che è in carico all'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico deve necessariamente essere in carico anche a un clinico/una clinica dello stesso servizio (*neuropsichiatra infantile o psicologo/a o psicoterapeuta*). Non è infatti prevista la presa in carico da parte dell'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico se non sono attivi interventi sanitari da parte dei clinici/delle cliniche dell'ambulatorio specialistico.

Per facilitare la collaborazione tra il personale sanitario e quello sociale dei vari servizi coinvolti, l'assistente sociale può svolgere il ruolo di tramite (*funzione di scambio informazioni e di consulenza*). L'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico è a tutti gli effetti un dipendente di un distretto sociale, anche se opera all'interno di un servizio sanitario.

#### Presa in carico di un/una minore il cui nucleo familiare non è noto al distretto sociale

Ad ogni nuova presa in carico di un/una minore da parte dell'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico, il distretto sociale deve essere tempestivamente informato (*previo consenso dei genitori e/o degli esercenti la responsabilità genitoriale*). A tal fine, l'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico invia tramite e-mail una comunicazione al direttore/alla direttrice ovvero al/alla responsabile del distretto sociale territorialmente competente per il/la minore, indipendentemente dal fatto che il/la minore necessiti o meno di una prestazione che richiede l'intervento – *anche solo in termini di finanziamento* – del distretto sociale. Il distretto sociale individua al suo interno un/un'assistente sociale responsabile del caso (*assistente sociale di riferimento per il distretto che non ha in carico il caso*), il/la quale apre una cartella *Sozinfo Case* indicando come intervento "*invio ad un servizio esterno/collaborazione con servizio esterno*". In questo modo viene garantita la rilevazione statistica dei casi in carico all'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico. L'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico aggiorna regolarmente per iscritto il distretto sociale sull'andamento del progetto (*minimo una volta ogni 6*

mesi). L'assistente sociale di riferimento per il distretto che non ha in carico il caso inserisce in *Sozinfo Case* anche eventuali nuovi interventi effettuati dalla/dal collega dell'ambulatorio specialistico, rilevati attraverso le informazioni che riceve.

Oltre all'aggiornamento regolare sull'andamento del progetto, l'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico è tenuto/tenuta a comunicare preventivamente la necessità di interventi a retta e/o che impegnano risorse economiche e/o personali del distretto sociale ai fini di dare a quest'ultimo il tempo di effettuare gli approfondimenti e gli adempimenti necessari ed, eventualmente, di inviare la documentazione all'Autorità Giudiziaria.

La presenza di un disturbo neuropsichiatrico infantile non preclude necessariamente l'accesso a interventi socio-pedagogici. L'adeguatezza dell'intervento, sia ambulatoriale che semiresidenziale o residenziale va valutata caso per caso dall'intera équipe multidisciplinare. Se durante la presa in carico dovesse emergere che i fratelli e/o le sorelle e/o i genitori necessitano di un sostegno socio-pedagogico, l'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico richiede la collaborazione, previo consenso dei genitori, dell'assistente sociale di riferimento per il distretto che non ha in carico il caso. Insieme valuteranno come meglio procedere.

#### Presa in carico di un minore il cui nucleo familiare è noto al distretto sociale

Come già esplicitato al paragrafo 1., l'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico viene attivato/a:

- a) su richiesta di passaggio del caso da parte dell'area socio-pedagogica di base del distretto sociale;
- b) su valutazione/impulso dell'équipe dell'ambulatorio specialistico.

In entrambi i casi si tratta di un momento molto delicato, che necessita di essere predisposto con la dovuta cautela, anche e soprattutto per garantire alla famiglia e al/alla minore sufficiente chiarezza relativamente ai ruoli e per evitare di sovrapporre interventi o di sovraccaricare la famiglia.

### 3. Minore ricoverato/a in reparto di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva per acuti

La modalità di collaborazione e i flussi di informazione relativi alla situazione di un/una minore ricoverato/a in reparto variano a seconda che il/la minore sia già in carico a un'assistente/un assistente sociale (*del distretto sociale o dell'ambulatorio specialistico*) o meno.

#### 3.1 Minore già in carico all'assistente sociale di un distretto sociale o di un ambulatorio specialistico

Quando il reparto ricovera un/una minore e viene informato – dai genitori o dal/dalla minore stesso/a – che questi/a è già in carico a un/un'assistente sociale di un servizio territoriale (*ambulatorio specialistico o distretto sociale*), quest'ultimo/quest'ultima viene informato/informata via e-mail dal reparto dell'avvenuto ricovero.

In base al tipo di ricovero (*stabilizzazione, diagnostico, terapeutico, ecc.*) cambiano le caratteristiche del flusso informativo tra l'assistente sociale del reparto e quello/a del territorio (di regola lo scambio di informazioni è maggiore nei ricoveri di tipo diagnostico e terapeutico rispetto che in caso di ricovero di mera stabilizzazione). In generale va chiarito che ogni scambio di informazione tra il reparto e i servizi territoriali può avvenire solamente in presenza del consenso da parte dei genitori/degli esercenti la responsabilità genitoriale del/della minore ricoverato/ricoverata. L'équipe del reparto raccoglie il consenso a ogni nuovo ricovero.

#### 3.2 Minore non in carico ad un/un'assistente sociale di un distretto sociale o di un ambulatorio specialistico

Il reparto comunica via e-mail all'ambulatorio specialistico l'avvenuto ricovero.

Nel caso di un ricovero di stabilizzazione – *che ha una durata dai 2 ai 5 giorni* – la dimissione dal reparto avviene al/alla neuropsichiatra infantile dell'ambulatorio specialistico territorialmente competente per il/la minore, il/la quale effettua una visita di controllo post-dimissione. Sarà il/la neuropsichiatra infantile dell'ambulatorio specialistico a valutare quali interventi successivi siano necessari ed eventualmente a coinvolgere anche un/un'assistente sociale, se ritenuto utile o indicato. Nel caso in cui il/la neuropsichiatra

infantile decida di attivare l'assistente sociale dell'ambulatorio specialistico, la collaborazione tra l'ambulatorio specialistico e il distretto sociale viene avviata secondo le modalità descritte al punto 2.

Nel corso di un ricovero diagnostico e/o terapeutico è possibile che il team del reparto rilevi la necessità di attivazione di un/un'assistente sociale e/o di interventi socio-pedagogici e/o socio-sanitari. In tal caso l'assistente sociale del reparto prende contatto direttamente con l'assistente sociale e/o con l'educatore/educatrice dell'ambulatorio specialistico territorialmente competente per il caso per:

- presentare il caso;
- riferire i bisogni emersi dalla valutazione e le ipotesi di intervento.

L'assistente sociale e/o l'educatore/educatrice dell'ambulatorio specialistico in seguito si confronta con la propria équipe circa la necessità di una presa in carico sociale del/della minore e riguardo ad un eventuale coinvolgimento del distretto sociale. Qualora l'assistente sociale e/o l'educatore/educatrice dell'ambulatorio specialistico decida di prendere in carico la situazione, ne dà comunicazione al distretto sociale territorialmente competente secondo le modalità di cui al punto 2.

## Parte IV

### **Attivazione di un intervento residenziale o semiresidenziale**

## 1. Richiesta di inserimento in una struttura residenziale o semiresidenziale

### 1.1 Richiesta di inserimento preliminare

La richiesta preliminare viene presentata dal servizio inviante (*ambulatorio specialistico o distretto sociale, rispettivamente se si tratta di una struttura socio-terapeutica e/o socio-pedagogica integrata o di una struttura socio-pedagogica*) telefonicamente o via e-mail e contiene unicamente i seguenti dati relativi al/alla minore: l'età, il sesso e la diagnosi. Quando una struttura riceve una richiesta di inserimento preliminare, deve dare un riscontro immediato:

- se ha posti disponibili: il servizio inviante invierà la richiesta formale di inserimento;
- se non ha posti disponibili: la struttura inserirà i dati in una lista di attesa.

### 1.2 Richiesta di inserimento formale

Qualora la struttura abbia posti liberi, il servizio inviante (*ambulatorio specialistico o distretto sociale, rispettivamente se si tratta di una struttura socio-terapeutica e/o socio-pedagogica integrata o di una struttura socio-pedagogica*) invia la richiesta di inserimento formale compilando il modulo che si trova nella sezione "Allegati" delle presenti linee guida. La richiesta d'inserimento formale viene inviata dall'assistente sociale che ha in carico il caso, che può essere, quindi, di volta in volta, dell'ambulatorio specialistico o del distretto sociale.

Qualora si richieda l'inserimento del/della minore in una comunità socio-terapeutica e/o su un posto integrato presso una comunità socio-pedagogica integrata – *in caso di inserimenti fuori dal territorio provinciale, riabilitativa* – la richiesta d'inserimento deve essere sottoscritta anche dal/dalla neuropsichiatra infantile dell'ambulatorio specialistico che ha in carico il/la minore.

Prima di procedere alla richiesta di inserimento formale è indispensabile aver ottenuto la conferma relativa all'assunzione dei costi sia da parte del distretto sociale sia da parte del comprensorio sanitario di competenza. Questo vale anche qualora si tratti di un collocamento fuori dal territorio provinciale, salvo accordi diversi.



La struttura ha 10 giorni di tempo dal ricevimento della richiesta di inserimento formale per valutare la richiesta e per comunicare per iscritto l'esito agli invianti.

Fattori che incidono sulla valutazione:

- l'anamnesi bio-psico-sociale del/della minore che deve essere collocato/a;
- la composizione del gruppo all'interno della comunità (*diagnosi, età, sesso, ecc.*);
- l'attuale dinamica di gruppo;
- la complessità della situazione globale del/della minore che deve essere collocato/a;
- la situazione scolastica (*andamento, necessità di attivazione personale integrativo, prestazioni, ecc.*) del/della minore che deve essere collocato/a;
- la motivazione del/della minore che deve essere collocato/a e della sua famiglia rispetto al collocamento stesso;
- il parere del neuropsichiatra infantile e/o dello psicologo della comunità;
- altri fattori.

Nel caso in cui la richiesta non venga accolta, la struttura deve indicare le motivazioni di tale diniego. In caso di accoglimento della richiesta, la struttura propone contestualmente anche:

- la data per la presentazione del caso, che solitamente avviene alla presenza dei soli operatori;
- la data dell'incontro di conoscenza tra comunità, minore e famiglia;
- una prima ipotesi di data per il collocamento.

Dalla richiesta formale d'inserimento fino al collocamento effettivo del/della minore in struttura possono trascorrere al massimo 40 giorni.

### **1.3 Il primo incontro con il/la minore**

Nel primo incontro tra servizi invianti-struttura-minori e genitori si definiscono i rispettivi ruoli e i rispettivi compiti.

In modo particolare, con i genitori e con il/la minore dovranno essere chiariti le responsabilità e i compiti relativi agli ambiti scuola e materiale scolastico, gestione del tempo

libero con le relative attività, “*Taschengeld*” e visite mediche. Deve essere, inoltre, stabilito chi prende le decisioni relative a questi aspetti, chi organizza, chi paga, chi accompagna materialmente il/la minore, chi mantiene i contatti con le varie istituzioni e chi verifica se, effettivamente, viene fatto quanto era stato inizialmente previsto.

In occasione del primo incontro, inoltre, è importante esplicitare la distinzione tra regole vincolanti e regole cosiddette “*trattabili*”, ovverosia regole più flessibili che possono quindi permettere un approccio più personalizzato e che tenga conto delle particolarità del caso concreto.

I genitori e il/la minore devono, altresì, essere informati del regolamento interno e, in modo particolare, di quanto è stabilito dalla struttura in tema di uso del cellulare, contatti con genitori, amici/amiche e fidanzati/e, uscite, rientri a casa, visite in struttura e telefonate.

Gli operatori/le operatrici della comunità devono, inoltre, comunicare ai genitori e al/alla minore quali sono le procedure in caso di fuga, di crisi neuropsichiatriche acute (*con possibilità di ricovero*), di furto, aggressioni ed eventuali ulteriori situazioni particolari.

#### **1.4 L'inserimento**

L'inserimento può avvenire in presenza dell'assistente sociale che ha in carico il caso oppure alla sola presenza dei genitori/degli esercenti la responsabilità genitoriale.

#### **1.5 Fase di conoscenza**

La fase di conoscenza inizia dal primo giorno di inserimento del/della minore e può durare al massimo 90 giorni. Ha l'obiettivo di permettere al/alla minore e alla comunità di conoscersi reciprocamente e di stabilire un primo legame. Tale fase deve essere prevista con delle caratteristiche uguali all'interno di tutte le comunità del territorio provinciale. Nonostante una disciplina di base uniforme, deve però essere garantito anche un certo grado di flessibilità che permetta di tener conto delle specificità delle singole situazioni concrete (*es: emergenze*).

Durante la fase di conoscenza (*quindi entro 90 giorni*) la struttura elabora, in accordo con i servizi inviati, il piano educativo individuale (PEI) che tiene in considerazione la valutazione sociale e le motivazioni per l'inserimento in comunità fornite dal servizio inviante e comprende:

- la descrizione degli obiettivi condivisi con il servizio inviante e con l'utente;
- l'individuazione delle figure di riferimento responsabili del PEI;
- la previsione temporale di permanenza dell'utente in struttura;
- la descrizione delle strategie e degli strumenti utilizzati per favorire il raggiungimento degli obiettivi;
- la pianificazione di verifiche sull'andamento del progetto;
- la precisazione sulla divisione dei compiti per l'attuazione del progetto tra tutti gli attori coinvolti.

L'utente – e ove possibile la famiglia – devono essere coinvolti nella definizione del PEI.

Durante la fase di conoscenza (*quindi entro 90 giorni*) viene inoltre formulato, sempre in accordo con i servizi inviati, il piano terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP) che, tenendo in considerazione la diagnosi e le motivazioni cliniche per l'inserimento fornite dal servizio inviante, comprende:

- l'osservazione dei punti di forza e delle criticità relativi a:
  - area psicopatologica
  - cura di sé/ambiente (*stanza, oggetti e ambienti in comune*)
  - area della competenza relazionale
  - area del funzionamento scolastico
  - area delle autonomie e delle abilità sociali
- l'osservazione dei punti di forza e delle criticità relativi alla famiglia, alla scuola, ai contesti di riferimento;
- la descrizione delle tipologie e del mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:
  - interventi psicoeducativi
  - interventi abilitativi e riabilitativi

- psicoterapia
  - terapia farmacologica
  - interventi sugli apprendimenti
  - interventi sul contesto familiare
  - interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione scolastica e/o socio-lavorativa
- l'individuazione degli operatori coinvolti negli interventi;
  - l'indicazione della durata del progetto e delle verifiche periodiche.

L'utente – *e ove possibile la famiglia* – devono essere coinvolti nella definizione del PTRP.

In questa fase si procede quindi a integrare e completare la documentazione e le informazioni esistenti alla stipula dell'accordo di inserimento e alla predisposizione della modulistica interna. È inoltre importante aggiornare, ovvero approfondire e verificare ulteriormente, la diagnosi e la situazione socio-sanitaria del/della minore accolto/a e formulare le prime osservazioni sul modo in cui si inserisce nella dinamica di gruppo. Gli interventi vanno condivisi e costruiti in rete con le altre istituzioni e gli altri servizi coinvolti o da coinvolgere (*es. scuola*).

Durante questa fase deve essere garantito uno scambio continuo di informazioni tra la comunità (*nella persona dell'educatore/educatrice di riferimento del/della minore e possibilmente anche del coordinatore/della coordinatrice della comunità*), il servizio inviante (*nella persona dell'assistente sociale che ha in carico il caso*), il personale clinico della comunità e del servizio inviante, la famiglia e il/la minore. Vanno previsti almeno due incontri di verifica:

- uno intermedio che si tiene indicativamente dopo 30 giorni dall'ingresso del/della minore in comunità;
- uno a conclusione della fase di conoscenza, che si tiene dopo al massimo 90 giorni dall'accoglienza.

In occasione di questi incontri si esegue una verifica generale sull'andamento dell'inserimento e un'integrazione delle informazioni relative alla situazione del/della minore ai fini del completamento della documentazione esistente. Si esegue anche una verifica

degli accordi presi al momento dell'inserimento (*es. riguardo alle visite, alle uscite, alle regole, ai contatti con l'esterno, ecc.*) e dell'adesione alla progettualità.

Viene anche data una restituzione sull'osservazione del/della minore nella comunità, sul rapporto minore-famiglia, sul rapporto famiglia-struttura e sul rapporto minore-ambiente di vita. È infatti durante questi incontri che avviene una rivalutazione degli obiettivi pedagogici e sanitari e dell'idoneità del progetto con conseguente possibile aggiornamento e/o rivalutazione dell'intervento nel suo complesso. Nella sostanza è possibile apportare in itinere delle modifiche al piano educativo e al piano terapeutico riabilitativo personalizzato.

Il ruolo dell'operatore/operatrice che ha in carico il caso viene rivestito solitamente dall'assistente sociale che ha in carico il caso. In virtù di tale ruolo, egli/ella ha accesso a tutte le informazioni, gestisce e coordina tutti i servizi.

### **1.6 Periodo di accoglienza**

Durante il periodo di accoglienza si svolgono incontri di verifica periodici con cadenza almeno trimestrale (*ove possibile anche con maggiore frequenza*) tra la comunità (*nella persona dell'educatore/educatrice di riferimento del/della minore*), il servizio inviante (*nella persona dell'assistente sociale che ha in carico il caso*), la famiglia e il/la minore. Un coinvolgimento del coordinatore/della coordinatrice della comunità e del personale clinico dell'ambulatorio specialistico inviante avviene solo su richiesta specifica, ovvero qualora una sua partecipazione si renda necessaria. La pianificazione degli incontri spetta all'assistente sociale che ha in carico il caso e/o alla comunità.

Nel caso di altri incontri di rete, anche allargati, questi vengono pianificati con il servizio inviante e quindi con l'operatore/l'operatrice che ha in carico il caso (*sia per quanto riguarda la frequenza, che per quanto riguarda la scelta dei partecipanti e i contenuti*).

Le strutture per minori devono inviare delle relazioni periodiche semestrali al servizio sociale e/o all'ambulatorio specialistico inviante. Possono esserci anche delle relazioni e/o comunicazioni straordinarie stilate, ad esempio, su istanza del servizio inviante o della Procura o in caso di eventi straordinari (*es. fuga, OBI, crisi, reati*). Destinataria di queste ultime segnalazioni è sempre l'intera équipe territoriale (*assistente sociale, neuropsichiatra infantile, psicologo/a*) che ha in carico il caso.

Oltre a queste relazioni ufficiali è previsto anche l'invio periodico di e-mail di aggiornamento da parte della struttura al team territoriale che ha in carico il caso, la cui frequenza varia al mutare della complessità della situazione e in base alla sussistenza della possibilità di periodici contatti telefonici.

### **1.7 Dimissione**

La dimissione può avvenire solo per i motivi e con le modalità previste dai Criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi socio-sanitari residenziali e semiresidenziali per minori (*approvati con Delibera della Giunta Provinciale n. 1418 dd. 18.12.2018*). In particolare, per quanto concerne la programmazione, i tempi ecc. è previsto che la dimissione dalla struttura possa avvenire:

- a) quando il/la responsabile della struttura e i servizi invianti giudichino raggiunti gli obiettivi del progetto individualizzato;
- b) nel caso in cui l'utente non collabori e vengano a mancare le condizioni di base per il raggiungimento degli obiettivi concordati;
- c) nel caso in cui la struttura non venga più ritenuta adeguata, sulla base di una valutazione condivisa tra servizi invianti e responsabili della struttura;
- d) nel caso in cui si accerti che la presenza dell'utente nella struttura sia incompatibile e gravemente pregiudizievole per l'utente stesso/stessa, per gli altri/le altre minori ospiti o per gli operatori/le operatrici.

Nei casi di cui ai punti b) e c) la struttura deve comunicare la dimissione dell'utente con avviso scritto almeno con sei settimane di preavviso e deve collaborare attivamente alla ricerca di un nuovo progetto.

Entro un mese dalla dimissione, dev'essere redatta una relazione finale e, se possibile, vi dev'essere un incontro tra l'assistente sociale competente, l'educatore/educatrice di riferimento e/o il/la responsabile del servizio, possibilmente la famiglia, ed il/la minore nel corso del quale si discute sui motivi della dimissione e sulle prospettive future.

# Parte V

## **Allegati**

### Allegati:

- a) delibera della Giunta provinciale n. 2085 dd. 18.06.2007 istitutiva di una rete provinciale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva;
- b) delibera della Giunta provinciale n. 2116 dd. 24.08.2009 contenente linee guida per l'istituzione di ambulatori specialistici per la salute psicosociale nell'età infantile ed evolutiva;
- c) delibera della Giunta provinciale n. 1710 dd. 19.11.2012 istitutiva del reparto di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva per acuti;
- d) modulo-richiesta per l'inserimento;
- e) delibera della Giunta provinciale n. 1418 dd. 18.12.2018 relativa ai criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi socio-sanitari residenziali e semiresidenziali per minori;
- f) documentazione esplicante la procedura provinciale OBI (*Osservazione Breve Intensiva*) e la procedura del trasporto in ambulanza.

### Documentazione esaminata:

- accordo, ai sensi dell'art. 9, comma II, lett. c, D. Lgs. n. 281 dd. 28.08.1997, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento recante *“Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza”*;
- delibera della Giunta provinciale n. 2085/2007;
- delibera della Giunta provinciale n. 2116/2009;
- lettera dott. Conca Andreas (*coordinatore della rete provinciale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva*) dd. 26.02.2013;
- protocollo d'intesa Ambulatorio specialistico di Bolzano, Azienda Servizi Sociali di Bolzano, Comunità comprensoriali Salto-Sciliar e Oltradige-Bassa Atesina (*sottoscritto nel 2016*);
- protocollo d'intesa Ambulatorio specialistico di Merano, Comunità comprensoriali Burgraviato e Val Venosta (*sottoscritto nel 2010*);



- protocollo d'intesa Ambulatorio specialistico di Bressanone, Comunità comprensoriale Valle Isarco (*del 2011 e sottoscritto nel 2013*);
- protocollo d'intesa San Nicolò e Ambulatorio specialistico di Merano (*sottoscritto nel 2012*).