

Deliberazione della Giunta Regionale 18 dicembre 2012, n. 25-5079

**Approvazione della tipologia e dei requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori. Revoca della DGR n. 41-12003 del 15.3.2004.**

A relazione dell'Assessore Monferino:

Premesso che:

la Legge 4 maggio 1983, n. 184, "Diritto del minore ad una famiglia", come modificata dalla L. 149/2001, stabilisce il diritto del minore a crescere e ad essere educato nell'ambito della propria famiglia;

in subordine, al minore temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo, la legge riconosce in via prioritaria il diritto ad essere affidato ad un'altra famiglia, preferibilmente con figli minori, o ad una persona singola, in grado di assicurargli il mantenimento, l'educazione, l'istruzione e le relazioni affettive di cui egli ha bisogno (art. 2, comma 1);

in coerenza con tale principio, quindi, i servizi devono prioritariamente porre in essere tutti gli interventi di sostegno alla famiglia, affinché questa riesca ad esprimere appieno le proprie risorse, assicurando un ambiente idoneo alla crescita del minore.

Qualora siano esperiti inutilmente tutti i possibili tentativi per realizzare tale condizione, i servizi dovranno promuovere e favorire il ricorso all'affidamento familiare dei minori e, solo in subordine, deciderne la collocazione in presidio residenziale.

Dato atto che, in questo quadro, sono state implementate nel corso degli anni più recenti una serie di azioni, quali l'assegnazione di finanziamenti specifici ai soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali per il sostegno all'affidamento familiare, l'adozione di indicazioni operative per i servizi sociali e sanitari in materia di segnalazione di minori in presunto stato di abbandono (DGR n. 30-13077 del 19.1.2010), il potenziamento della collaborazione con le Autorità Giudiziarie Minorili, ed in particolare, la stipula della convenzione del 27 aprile 2012 (Rep. n. 16754), che prevede la messa disposizione di un funzionario a supporto alla Procura nello svolgimento delle attività ispettive e di verifica rispetto agli inserimenti dei minori in strutture residenziali, ed alla verifica delle relazioni semestrali sull'andamento del collocamento dei minori, anche al fine di individuare e promuovere una collocazione alternativa dei minori;

considerato, pertanto, che l'Amministrazione Regionale valuta l'inserimento dei minori in strutture residenziali quale intervento da disporre in via residuale, solo laddove gli interventi di prevenzione e sostegno alla famiglia d'origine, nonché la ricerca di soluzioni di accoglienza in affido familiare (residenziale, diurno, a tempo parziale, a famiglie o singoli) non siano praticabili, nel superiore interesse del minore ed esclusivamente nel rispetto dei tempi massimi di permanenza previsti;

dato altresì atto che costituisce preciso impegno dell'Amministrazione Regionale potenziare o avviare politiche finalizzate:

- alla prevenzione dell'allontanamento;
- al progressivo contenimento degli inserimenti in struttura;
- al progressivo superamento dell'inserimento in struttura residenziale dei minori della fascia 0/5 anni;
- alla progettazione di azioni innovative nel settore dell'accoglienza familiare;
- al contenimento dei periodi di inserimento in struttura, che si traduca in un contenimento delle risorse impegnate, a favore degli obiettivi sopra individuati;

dato atto, inoltre, che, a seguito dell'implementazione della D.G.R. n. 41-12003 del 15.03.2004, con la quale sono stati approvati "Tipologia, requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori", è stato avviato un percorso di verifica dello stato di attuazione del suddetto atto deliberativo ;

accertato che, dall'analisi della situazione attuale e dei dati sui minori inseriti nelle strutture residenziali, emerge l'esigenza di avviare un processo di riqualificazione della rete delle strutture residenziali, al fine di garantire requisiti di qualità nei percorsi di accoglienza residenziale dei minori con bisogni particolari e specifici, dei nuclei genitore bambino, dei minori stranieri non accompagnati, nei percorsi di autonomia e nell'accoglienza in emergenza, attraverso progettualità diversificate, mirate ad evitare il collocamento fuori dalla famiglia per un tempo non determinato e volte a garantire, nel più breve tempo possibile, il reperimento di un'accoglienza familiare; tutto ciò premesso,

visto il Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 (approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 3.4.2012) nel quale si prevede la definizione di nuovi standard organizzativo - gestionali per l'erogazione delle prestazioni diurne e residenziali per minori, anziani e disabili, con indicazione della tariffa a carico del SSN, del cittadino e/o degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali (punto 2.9.2 "La revisione del modello organizzativo gestionale delle prestazioni e dei servizi dell'area socio- sanitaria integrata");

vista la L.R. n. 16 del 2.5.2006, in materia di sostegno alle gestanti in difficoltà, e la D.G.R. n. 22-4914 del 18.12.2006, che pone in capo ai Soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali le funzioni relative agli interventi socio-assistenziali nei confronti delle gestanti che necessitano di specifici sostegni in ordine al riconoscimento o non riconoscimento dei loro nati e al segreto del parto;

considerato che, in base a tali previsioni, risulta necessario prevedere strutture di accoglienza per gestanti che non intendono riconoscere il proprio nato o che non hanno ancora deciso in merito;

dato inoltre atto che, parte integrante del percorso è la revisione dei requisiti delle strutture sanitarie e socio-sanitarie per la tutela della salute mentale dei minori e l'introduzione della tipologia sperimentale del Centro Diurno Socio-Riabilitativo, secondo il modello operativo ed i percorsi di cura per l'emergenza/urgenza psichiatrica in età evolutiva, di cui alla DGR n. 66-4308 del 13.11.2006;

verificato che in quest'ambito appare altresì opportuno demandare alla Direzione Regionale Sanità l'attivazione delle procedure per il monitoraggio in tempo reale dei posti in pronta accoglienza delle CTM, onde assicurare adeguate risposte nelle situazioni di emergenza;

accertato che la rete delle strutture che possono accogliere minori o nuclei genitore/bambino, si completa con ulteriori tipologie di strutture, disciplinate dai seguenti provvedimenti:

-D.G.R. n. 61-12551 del 28.09.2009, che definisce gli standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento istituzionale delle comunità riabilitative che accolgono persone con problemi di dipendenza, tra cui (Art. 13 Allegato A):

- comunità riabilitativa socio-sanitaria di supporto alla funzione genitoriale in situazione di patologia da dipendenza;

- comunità riabilitativa socio-sanitaria di supporto alla coppia con figli in situazione di patologia da dipendenza;

- comunità riabilitativa socio-sanitaria per minori con problemi di dipendenza patologica;

- D.G.R. n. 10-11729 del 13.07.2009, che individua i requisiti strutturali e gestionali delle case famiglia ad utenza mista;

- D.P.G.R. n. 17/R del 16.11.2009 recante "Disposizioni attuative della legge regionale 29 maggio 2009, n. 16 (Istituzione dei centri anti violenza con case rifugio)", che individua i requisiti strutturali e gestionali delle Case Rifugio, che accolgono donne, sole e con figli, vittime di violenza; tutto ciò considerato, ritenuto opportuno procedere all'approvazione dei requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali, volte ad accogliere i minori temporaneamente allontanati dalla propria famiglia ed i nuclei genitore/bambino, qualora l'affidamento familiare non si riveli una soluzione praticabile o indicata per la situazione specifica, contenuti nell'Allegato 1 parte integrante della presente deliberazione;

accertato che la revisione complessiva dei requisiti strutturali e gestionali oggetto del presente provvedimento, appare inoltre improntata ad una prospettiva di maggiore flessibilità e di sostenibilità nel tempo della gestione delle strutture;

dato atto che si procede alla revoca della D.G.R. n. 41-12003 del 15.03.2004, “Tipologia, requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori”, nonché alla revoca parziale della D.G.R. n. 38-16335 del 29.6.1992 “Deliberazione attuativa relativa ai presidi socio-assistenziali L.R. n. 37/1990, Allegato 1 P.10.3” nella parte relativa alle strutture per minori (Comunità alloggio socio-assistenziale; struttura comunitaria a carattere educativo, comunità familiare), prevedendo un congruo periodo transitorio per l’adeguamento delle strutture attualmente esistenti ai requisiti stabiliti dal presente provvedimento;

verificato che, relativamente alle strutture attualmente autorizzate quali sperimentali ai sensi della D.G.R. n. 41/2004, a seguito dell’entrata in vigore del presente atto saranno ricondotte nell’ambito della tipologia più congruente, tra quelle individuate nell’Allegato 1, secondo i criteri e le modalità che saranno individuati con apposita Deliberazione della Giunta Regionale;

tutto ciò premesso,

vista la Legge 184/83;

vista la Legge 328/2000;

visto il Decreto Ministeriale n. 308/2001;

vista la L.R. n. 1 dell’8 gennaio 2004;

vista la L.R. n. 31 del 15 aprile 1985;

visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001;

visto il Nomenclatore Interregionale degli Interventi e Servizi sociali, approvato dalla Conferenza Stato/Regioni in data 29 ottobre 2009,

vista la D.G.R. n. 38-16335 del 29.6.1992 “Deliberazione attuativa relativa ai presidi socio-assistenziali L.R. n. 37/1990, Allegato 1 P.10.3”;

vista la D.G.R. n. 230-23699 del 22.12.1997 “Standard organizzativo-gestionali dei servizi a favore delle persone disabili”;

vista la D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003 “D.P.C.M. 29 novembre 2001 Livelli Essenziali di Assistenza”;

vista la D.G.R. n. 10-11729 del 13.07.2009 “Casa Famiglia ad accoglienza mista. Requisiti strutturali e gestionali, regime autorizzativo”;

vista la D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.2009 “Requisiti e procedure per l’accreditamento istituzionale delle strutture socio-sanitarie”;

vista la D.G.R. n. 61-12551 del 28.09.2009 “ Determinazione dei requisiti minimi standard per l’autorizzazione al funzionamento nonché le procedure previste per l’accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali delle strutture private di assistenza alle persone con problemi di dipendenza patologica”;

vista la D.G.R. n. 31-12866 del 21.12.2009 “Adeguamento del fabbisogno regionale in strutture residenziali per la tutela della salute mentale dei minori”;

acquisito il parere del CO.RE.SA nella seduta del 5 settembre 2012

acquisito il parere della Conferenza Regione/Autonomie Locali nella seduta del 26 ottobre 2012;

la Giunta Regionale, a voti unanimi, espressi nelle forme di legge,

*delibera*

- di approvare la definizione delle “Tipologie, requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori” di cui all’Allegato 1, quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

– di revocare, dall’entrata in vigore del presente provvedimento, la D.G.R. n. 41-12003 del 15.03.2004, “Tipologia, requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori”;

- di revocare parzialmente, dall'entrata in vigore del presente provvedimento, la D.G.R. n. 38-16335 del 29.6.1992 "Deliberazione attuativa relativa ai presidi socio-assistenziali-LR n. 37/1990, Allegato 1 P.10.3" nella parte relativa alle strutture residenziali per minori (Comunità alloggio socio-assistenziale; struttura comunitaria a carattere educativo, comunità familiare);
- di disporre che l'adeguamento delle strutture attualmente esistenti ai requisiti gestionali stabiliti dal presente provvedimento, debba avvenire entro 12 mesi dall'approvazione dello stesso e che le strutture attualmente esistenti e operanti con autorizzazione al funzionamento rilasciata in base ai parametri strutturali definiti dalla D.G.R. n. 41/04 possano continuare l'attività senza necessità di adeguarsi ai parametri strutturali stabiliti dal presente provvedimento;
- di prevedere che le strutture che accolgono minori, ancora in possesso di autorizzazione al funzionamento in base alle tipologie per minori definite dalla D.G.R. n. 38-16335 del 28.6.1992, debbano confermare l'autorizzazione secondo le tipologie ed i requisiti di cui al presente provvedimento entro 12 mesi dall'entrata in vigore del medesimo e che, decorso tale termine, le autorizzazioni rilasciate in base alla D.G.R. n. 38 del 1992, di cui sopra, sono revocate e, pertanto, le strutture debbano cessare l'attività;
- di prevedere che le strutture attualmente autorizzate quali sperimentali ai sensi della D.G.R. n. 41/2004, a seguito dell'entrata in vigore del presente atto siano ricondotte nell'ambito della tipologia di struttura più congruente, tra quelle individuate all'Allegato 1, secondo i criteri e le modalità che saranno individuati con apposita Deliberazione della Giunta Regionale;
- di modificare l'Allegato A alla D.G.R. n. 25-12129 del 14 settembre 2009, laddove prevede che i gruppi appartamento per adolescenti e giovani, per gestanti e genitore con bambino siano soggetti ad autorizzazione al funzionamento, prevedendo che per tali strutture sia sufficiente l'invio della Segnalazione Certificata Inizio Attività (SCIA), da presentare al Comune dove hanno sede;
- di rinviare ad apposito provvedimento deliberativo, la definizione ed il riparto della tariffa a carico del SSN, del cittadino e/o degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali per quanto riguarda le prestazioni diurne e residenziali per minori dell'area socio-sanitaria integrata, secondo quanto previsto dal Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 , approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 3.4.2012;
- di dare mandato alla Direzione Regionale Sanità di attivare le procedure per il monitoraggio in tempo reale dei posti in pronta accoglienza delle CTM.

Contro la presente deliberazione è ammesso ricorso al T.A.R. entro 60 giorni , ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla notificazione o dall'intervenuta piena conoscenza.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

## **Allegato 1**

# **TIPOLOGIA, REQUISITI STRUTTURALI E GESTIONALI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER MINORI**

## INDICE

### **1. Definizioni generali**

### **2. Tipologie**

### **3. Requisiti progettuali per l'autorizzazione al funzionamento**

*3.1. La progettazione integrata*

*3.2. Progetto di servizio*

*3.3. Progetto educativo individualizzato (PEI)*

### **4. Personale**

*4.1. Coordinamento e supervisione*

### **5. Requisiti strutturali di carattere generale per l'autorizzazione al funzionamento**

*5.1. Dislocazione della struttura*

*5.2. Struttura abitativa*

*5.3. Visitabilità*

### **6. Comunità educative residenziali**

*6.1. Definizione analitica*

*6.2. Requisiti di accesso*

*6.3. Minori vittime di grave maltrattamento e abuso*

*6.4. Pronta accoglienza*

*6.5. Requisiti progettuali*

*6.6. Personale*

*6.7. Requisiti strutturali*

### **7. Casa famiglia per minori**

*7.1. Definizione analitica*

*7.2. Requisiti di accesso*

*7.3. Requisiti progettuali*

*7.4. Personale*

*7.5. Requisiti strutturali*

### **8. Comunità genitore-bambino**

*8.1. Definizione analitica*

*8.2. Requisiti di accesso*

*8.3. Requisiti progettuali*

*8.4. Personale*

*8.5. Requisiti strutturali*

### **9. Strutture per l'autonomia**

*9.1. Introduzione*

*9.2. Tipologie di accoglienza*

*9.2.1. Gruppo appartamento*

*9.2.2. Accoglienza comunitaria*

*9.2.3. Pensionato integrato*

*9.3. Requisiti strutturali*

## **10. Strutture di tutela della salute mentale di minori**

*10.1. Epidemiologia e fabbisogno*

*10.2. Requisiti organizzativi comuni a tutte le strutture*

### **10.A comunità terapeutica per minori (C.T.M.)**

*10.A.1. Definizione analitica*

*10.A.2. Modalità e requisiti di accesso*

*10.A.3. Personale*

*10.A.4. Requisiti strutturali e tecnologici*

### **10.B comunità riabilitativa psicosociale per minori (C.R.P.)**

*10.B.1. Definizione analitica*

*10.B.2. Requisiti di accesso*

*10.B.3. Personale*

*10.B.4. Requisiti strutturali*

## **11. Centri diurni**

*11.1. Centri educativi per minori (CEM)*

*11.1.1. Definizione analitica*

*11.1.2. Requisiti di accesso*

*11.1.3. Requisiti progettuali*

*11.1.4. Personale*

*11.1.5. Requisiti strutturali*

*11.2. Centri aggregativi per minori (CAM)*

*11.2.1. Definizione analitica*

*11.2.2. Requisiti di accesso*

*11.2.3. Requisiti progettuali*

*11.2.4. Personale*

*11.2.5. Requisiti strutturali*

*11.3. Centro Diurno socio-riabilitativo (CDSR)*

*11.3.1. Requisiti progettuali*

*11.3.2. Personale*

*11.3.3. Requisiti strutturali e tecnologici*

## **12. Oneri finanziari**

## **13. Norme transitorie**

## 1. Definizioni generali

Le strutture residenziali e semiresidenziali oggetto del presente provvedimento accolgono minori nell'ambito di un progetto volto al superamento delle difficoltà del minore stesso e della famiglia, che hanno comportato l'allontanamento e che sono tali da non rendere possibili gli interventi di sostegno a domicilio o l'affido familiare.

A tale proposito è necessario richiamare la Legge 4 maggio 1983, n. 184, "Diritto del minore ad una famiglia", come modificata dalla L.149/2001, che stabilisce il diritto del minore a crescere e ad essere educato nell'ambito della propria famiglia e, in subordine, il diritto del minore a crescere e ad essere educato nell'ambito di una famiglia.

Al minore temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo, la legge riconosce in via prioritaria il diritto ad essere affidato ad un'altra famiglia, preferibilmente con figli minori, o ad una persona singola, in grado di assicurargli il mantenimento, l'educazione, l'istruzione e le relazioni affettive di cui egli ha bisogno (art.2, comma 1).

I servizi devono, quindi, prioritariamente, porre in essere tutti quegli interventi di sostegno alla famiglia, affinché questa riesca ad esprimere appieno le proprie risorse (potenziali) assicurando un ambiente idoneo alla crescita del minore. Qualora siano esperiti inutilmente tutti i possibili tentativi per realizzare tale condizione, occorre promuovere e favorire il ricorso all'affidamento familiare dei minori e, solo in subordine, la loro collocazione in un presidio residenziale.

Per i minori di età 0/5 anni, ai sensi dell' art. 2, comma 2 L.184/83, l'inserimento può avvenire solo presso le comunità individuate con il presente provvedimento.

Le strutture si configurano come residenzialità a carattere familiare secondo la legge 328/2000 art. 22 comma 3 e secondo la legge 184/83, così come modificata dalla legge 149/2001 art. 2 ed in particolare si caratterizzano per:

1. la dimensione familiare delle relazioni educative, dell'ambiente che accoglie, della gestione del quotidiano;
2. la ricettività contenuta;
3. il collegamento con un'adeguata rete di servizi territoriali di riferimento e di supporto;
4. la presenza di personale adeguatamente qualificato, secondo quanto specificato per le diverse tipologie;
5. la presenza di requisiti progettuali a vari livelli;
6. l'elaborazione e la realizzazione di un progetto individualizzato a favore del minore con l'obiettivo del rientro nel proprio contesto familiare, o l'inserimento in altra famiglia o il raggiungimento di un adeguato grado di autonomia;
7. la presenza di requisiti strutturali adeguati anche in relazione a eventuali condotte pericolose;
8. la possibilità di adattarsi e rispondere progettualmente anche alla presenza di fratelli, compatibilmente con la fascia di accoglienza;
9. l'ospitalità, di norma, di minori di entrambi i sessi;
10. la possibilità di proporsi anche per l'accoglienza di nuclei padre/bambino.



Devono garantire, pur con diversi livelli di intensità, quali-quantitativa:

- il recupero e/o potenziamento delle risorse individuali del minore allo scopo di favorire il processo di crescita,
- la costruzione di relazioni positive con adulti e coetanei,
- l'inserimento degli ospiti in contesti socializzanti, formativi, lavorativi
- la (ri)costruzione di rapporti con familiari
- la responsabilizzazione ed autonomizzazione degli ospiti.

La permanenza in struttura residenziale, salvo casi particolari e/o diverse disposizioni delle Autorità Giudiziarie, dovrà essere al massimo:

- 6 mesi per minori nella fascia 0-5, esclusivamente quale inserimento in pronta accoglienza e per il tempo necessario per individuare la risposta più adeguata, in ottemperanza a quanto stabilito all'art. 2, commi 1 e 2 della L.184/83 e s.m.i.
- un anno nella fascia 6-14 anni
- due anni da 14 a 18 anni.

Nel caso di inserimento in pronta accoglienza, la permanenza non può superare i 90 giorni, rinnovabili per altri 90 giorni, fino ad un massimo di 180 giorni, sulla base del progetto educativo individualizzato.

I servizi socio-assistenziali che hanno in carico il minore inserito presso la struttura, lo seguono con continuità secondo i tempi e le modalità previste dal progetto.

Per i minori di età 0/5 anni, ferma restando la necessità di assicurare agli stessi la collocazione presso una comunità di tipo familiare, come previsto dalla normativa vigente, la collocazione in pronta accoglienza può avvenire solo nelle strutture che prevedano una fascia progettuale per i minori di età compresa tra i 6 e i 10 anni.

In ogni caso l'inserimento va preceduto da una valutazione rispetto alla compatibilità con l'età e le caratteristiche degli altri ospiti, a cura dei servizi titolari del progetto.

In ogni caso, si richiama la necessità di prestare una particolare attenzione a mantenere unite le fratrie, qualora ciò risulti compatibile con il progetto formulato dal servizio e nell'interesse dei minori stessi.

La permanenza in comunità oltre i 18 anni, da considerarsi eccezionale, acquisito il consenso dell'interessato, è legata al raggiungimento di specifici obiettivi, definiti nel tempo, e può essere prevista solo a fronte di un progetto per le dimissioni e comunque non oltre il compimento del 21° anno. La prosecuzione dell'inserimento dopo i 18 anni, nel caso di soggetti in carico ai servizi di NPI, non comporta necessariamente il passaggio delle competenze tecniche ed economiche ai servizi per gli adulti. Qualora gli operatori ritengano necessaria la presa in carico del soggetto da parte del servizio per gli adulti, dovranno procedere, con anticipo sul raggiungimento della maggiore età, a concordare tempi e modalità del passaggio di presa in carico. Le necessità sanitarie del soggetto richiedono la valutazione congiunta di un progetto specifico per le differenti modalità e norme che regolano i servizi interessati

Per i minori inseriti con il genitore, deve essere previsto un periodo di osservazione massimo di 6 mesi e la permanenza dovrà essere di un massimo di 12 mesi, salvo casi particolari e/o diverse disposizioni delle Autorità Giudiziarie.

A tal proposito, si richiama quanto previsto con D.G.R. n. 30-13077 del 19/01/2010 avente per oggetto l'approvazione di indicazioni operative per i servizi Sociali e Sanitari in materia di segnalazione di minori in presunto stato di abbandono, nello specifico con riferimento all'arco temporale per lo sviluppo degli indicatori prognostici e di trattabilità delle capacità genitoriali.

Nel presente documento vengono anche definite, in accordo con la Direzione Sanità, le residenzialità a carattere sanitario e socio sanitario che accolgono, cioè, minori i cui bisogni afferiscono anche all'area sanitaria.

In applicazione degli artt.4 e 9 della L.184/83 i presidi a carattere residenziale che accolgono minori, comprese le C.T.M e C.R.P. sono tenuti alla trasmissione della relazione semestrale alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, secondo le scadenze previste del 31 gennaio e 31 luglio di ciascun anno, secondo le modalità oggetto di apposite indicazioni regionali.

Le suddette relazioni semestrali non devono essere compilate dalle Comunità che ospitano genitori con bambini, tranne il caso in cui venga accolto un minore solo, qualora il genitore si allontani, secondo quanto previsto al paragrafo 8.2.

In caso di mancato invio delle relazioni semestrali si applicano le sanzioni previste dalla normativa vigente.<sup>1</sup>

Le strutture sono tenute a trasmettere annualmente i dati individuali ed aggregati previsti dai flussi informativi a livello sia regionale che nazionale. In caso di mancato adempimento, la Direzione regionale competente provvederà a richiamare le strutture non rispondenti.

## 2. Tipologie

Le strutture residenziali e semiresidenziali per minori devono rispondere, in relazione alla specifica tipologia e ai bisogni del minore, alle seguenti aree:

- Assistenza-educazione-tutela: minori che devono essere allontanati dalla propria famiglia per trascuratezza grave, maltrattamento, abbandono o assenza dei genitori e parenti in grado di ospitarli. Tali bisogni attengono ad una funzione sociale.
- Cura-riabilitazione-tutela: minori che presentano difficoltà intrinseche e che necessitano di interventi al di fuori dell'ambito familiare, per carenze/inadeguatezza dello stesso. Tali bisogni attengono ad una funzione sanitaria e sociale.
- Cura e riabilitazione: minori che devono essere allontanati dalla propria famiglia non per inadempienze o carenza della stessa, ma per bisogni specifici di cure in seguito a diagnosi sull'asse1 e asse 3 dell'ICD10. Tali bisogni attengono ad una funzione sanitaria.

---

<sup>1</sup> Le sanzioni sono previste dall'art. 70, comma 2 della L.184/83 (come modificato dall'art. 34 della L.149/2001):

“2. I rappresentanti degli istituti di assistenza pubblici o privati che omettono di trasmettere semestralmente alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni l'elenco di tutti i minori ricoverati o assistiti, ovvero forniscono informazioni inesatte circa i rapporti familiari concernenti i medesimi, sono puniti con la pena della reclusione fino ad un anno o con la multa da lire 500.000 a lire 5.000.000.”

Da quanto sopra e in applicazione del D.P.C.M. 29 novembre 2001: “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, le strutture residenziali e semiresidenziali per minori assumono una valenza sociale – socio-sanitaria – e sanitaria in relazione all’esercizio delle funzioni di cui sopra.

**Sono strutture sanitarie:**

- Comunità terapeutiche per minori

**Sono strutture socio-sanitarie a titolarità sanitaria e compartecipazione sociale:**

- Comunità riabilitative psicosociali per minori

**Sono strutture socio-assistenziali e quindi a titolarità dell’ambito sociale:**

- Comunità educative residenziali
- Comunità di tipo familiare
- Comunità genitore-bambino
- Gruppo appartamento
- Accoglienza comunitaria
- Pensionato integrato
- Centro educativo per minori
- Centro aggregativo per minori

I pazienti con patologie psichiatriche in genere trovano adeguate risposte di accoglienza e sostegno nelle strutture di tutela della salute mentale dei minori.

Qualora, per specifiche motivazioni, il Servizio sanitario competente valuti quale risposta più appropriata a favore di un minore con le caratteristiche di cui sopra, l’inserimento in una struttura socio-assistenziale, dovrà predisporre il progetto congiuntamente con il servizio sociale competente. Qualora si richieda un aumento degli standard educativi e/o l’utilizzo di ulteriori risorse comprese quelle di personale (educativo e sanitario), il costo dell’incremento di personale è a carico del SSR. *Indicativamente il costo complessivo delle prestazioni aggiuntive a carico della Sanità non dovrebbe essere superiore al 60% dell’importo della retta delle comunità educative.*

Nel caso di allontanamento di minori con disabilità per ragioni di protezione e tutela e sostegno alla famiglia, l’inserimento trova adeguata risposta nelle comunità educative residenziali, sulla base del P.E.I. predisposto dall’UMVD-Minori.

L’ingresso di ogni singolo minore deve tener conto della compatibilità con gli altri ospiti già presenti, anche relativamente all’età, nonché all’opportunità di accogliere insieme fratelli.

Tutte le strutture del presente provvedimento sono soggette ad autorizzazione al funzionamento e vigilanza da parte dei competenti organismi, secondo le modalità di cui alla L.R. 1/04, salvo quanto diversamente previsto per le singole tipologie.

Ai sensi dell’art. 54 della L.R. 1/04, le funzioni amministrative di vigilanza sono svolte dalle AASSLL e dal Comune di Torino per le strutture socio-assistenziali per minori operanti sul proprio territorio.

Le AASSLL e il Comune di Torino, ciascuno per quanto di competenza, provvederanno ad autorizzare le strutture di nuova realizzazione, previa verifica dell’idoneità dei requisiti

strutturali di cui al presente provvedimento, sulla base degli atti presentati a corredo dell'istanza di autorizzazione.

Per l'autorizzazione al funzionamento di nuove strutture il richiedente è tenuto a produrre, unitamente agli altri documenti finalizzati all'istanza di autorizzazione, idonea dichiarazione con la quale si impegna a garantire l'assistenza adeguata nelle modalità definite dal presente provvedimento. Entro e non oltre il termine di due mesi dalla data di adozione del provvedimento autorizzativo rilasciato dalle A.S.L. competenti o dal Comune di Torino, le Commissioni di vigilanza, mediante idoneo sopralluogo, provvederanno alla verifica dei requisiti organizzativo-gestionali sulla base del presente provvedimento.

La verifica dei requisiti di cui sopra, in particolare di personale erogato, consiste nel controllo del possesso delle qualifiche dichiarate, della presenza di eventuali situazioni di incompatibilità, delle effettive turnazioni del personale di assistenza e deve essere commisurata alla tipologia e presenza effettiva degli ospiti, fatto salvo l'eventuale minutaggio minimo stabilito dal presente provvedimento per le singole tipologie di struttura.

### **3. Requisiti progettuali per l'autorizzazione al funzionamento**

Le strutture che accolgono minori e i servizi invianti devono saper intessere una rete progettuale complessa che si caratterizza per l'unitarietà dell'intervento e il suo senso nella vita del minore. Ciò significa che tale progettualità è mirata ad evitare il collocamento fuori dalla famiglia per un tempo non determinato e comporta la definizione di obiettivi comunemente stabiliti, volti a garantire nel più breve tempo, il reperimento di un'accoglienza familiare, laddove possibile.

Nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio assistenziali per minori, deve essere garantita la progettazione integrata, intendendo con tale terminologia la progettazione di interventi sanitari ed educativi/assistenziali.

Nel recepire i requisiti progettuali sotto descritti, occorre tener presente che l'intensità della loro attivazione dipende e varia a seconda del tipo di servizio attivato e dal livello di intensità assistenziale ed educativa che viene messa in gioco, nell'ambito più complessivo del progetto di servizio.

#### **3.2. Progetto di servizio**

Ogni struttura deve dotarsi di un progetto di servizio, che esprime le fonti valoriali, le radici storiche e la cultura di appartenenza di un servizio alla persona.

Il progetto deve comprendere aspetti metodologici generali che si riferiscono all'approccio pedagogico, educativo, terapeutico, di intervento e cura di chi è accolto.

Il progetto del servizio esprime in modo chiaro e trasparente l'organizzazione del servizio stesso, fa riferimento alla deontologia e al lavoro di rete con le altre istituzioni.

La presenza del progetto del servizio è funzionale alla garanzia offerta al minore ed è utile per migliorare le scelte che si possono operare per ogni singolo minore.

Tra gli aspetti presenti nel progetto del servizio, si elencano i seguenti come imprescindibili, da tenere costantemente aggiornati e a disposizione dei soggetti preposti all'attività di controllo e verifica:

- Obiettivi e riferimenti educativi generali, fonti di valori da cui nasce la struttura, storia dell'ente o della struttura di accoglienza, stile educativo generale;
- Processi di ammissione e di dimissione;
- Schema progetto educativo individualizzato;
- Metodologia e strumenti compresi il tipo di prestazioni offerte;
- Fascia di età, tipologia di utenza e bisogni cui la struttura prevalentemente si rivolge e per i quali si ritiene particolarmente adatta;
- Organigramma/funzionigramma con la definizione del responsabile e del suo ruolo;
- Modalità di rapporto con il territorio;
- Processi di formazione continua e di selezione del personale;
- Individuazione, in capo al coordinatore, della responsabilità dell'organizzazione e somministrazione di eventuali farmaci, fatto salvo quanto dettagliatamente previsto per le strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Nell'ambito del progetto di servizio occorre, inoltre, definire le attività che la struttura intende eventualmente attivare con l'apporto di volontari che devono essere adeguatamente selezionati, formati e preparati, anche tramite le associazioni di riferimento, prima di entrare in rapporto con gli utenti.

I volontari, il cui ruolo non deve intendersi quale sostitutivo delle figure professionali previste dalla presente regolamentazione, sono tenuti a rispettare la riservatezza sulle condizioni personali e familiari dei minori accolti.

### 3.3. Progetto educativo individualizzato (PEI)

L'inserimento in struttura è parte di un progetto complessivo sviluppato dai servizi territoriali, come complesso delle azioni volte ad affrontare la complessità della situazione del minore e/o della sua famiglia.

Il progetto educativo individualizzato (di seguito: PEI) specifica quindi quali sono gli interventi previsti per sostenere il minore e la famiglia, alla luce delle sue possibilità di recupero, al fine di creare le condizioni per un percorso individuale e familiare che favorisca il processo di crescita del bambino e riduca i rischi di ulteriore disagio e pregiudizio.

Qualora i bisogni del minore lo richiedano, è possibile strutturare un PEI che preveda interventi aggiuntivi rispetto allo standard offerto dalla struttura. In questo caso, tali interventi devono essere di durata limitata nel tempo, anche rinnovabile, ma previa verifica periodica del progetto e dell'evoluzione della situazione.

I servizi territoriali e le strutture di accoglienza sono, pertanto, impegnati, ognuno secondo le proprie specificità e competenze, nell'attivazione di un circuito virtuoso di rapporti tesi a favorire il dipanarsi della soluzione migliore per il minore e per la famiglia di origine, che potrà prevedere il rientro presso la propria famiglia, oppure l'accoglienza in famiglia affidataria o adottiva o percorsi di autonomia.

All'interno del PEI, sono definiti le metodologie, i tempi e gli interventi educativi e terapeutici che si intraprendono a favore del minore e della famiglia.

Una particolare attenzione deve essere posta ai tempi dell'inserimento in struttura ed alle modalità di verifica, con una corresponsabilità di tutti gli attori per favorire le dimissioni del minore, nel rispetto dei tempi massimi di inserimento individuati nel presente provvedimento.

Le realtà che gestiscono le strutture residenziali, in questa prospettiva, possono mettere in campo non soltanto la specifica competenza professionale, ma anche tutte le risorse attivate o attivabili nell'ambito della propria esperienza e del proprio contesto (si pensi ad esempio alle reti di famiglie disponibili all'accoglienza, oppure alle associazioni di volontariato).

Si tratta di risorse che possono contribuire alla costruzione della rete di sostegni ed appoggi, sia nella fase dell'inserimento del minore e per il sostegno alla famiglia, sia nel momento della definizione e dell'accompagnamento del progetto di uscita dalla struttura.

A documentazione di tutti gli interventi intrapresi, per ogni ospite deve essere tenuta un'unica cartella con parte giuridica, sanitaria, sociale ed educativa e contenente la documentazione relativa ai contatti con gli Enti invianti (verbali, riunioni, incontri), compresa la documentazione predisposta in ottemperanza agli artt. 4 e 9 della L.184/83. Tale documentazione è soggetta alle vigenti disposizioni relative alla protezione dei dati personali.

#### **4. Personale**

Le strutture residenziali sono gestite da un'équipe multiprofessionale, composta da educatori professionali e da altre figure professionali sociali e sanitarie, secondo quanto successivamente specificato per le singole tipologie di strutture.

Il presente provvedimento individua i parametri di personale, nonché le figure professionali che possono far parte dell'Equipe, considerate le diverse esigenze degli ospiti.

L'eventuale operatore residente viene calcolato come due operatori turnanti di pari qualifica.

Se l'operatore residente non può garantire la sua presenza per oltre 3 giorni consecutivi, è tenuto a darne comunicazione alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni ed alla Commissione di Vigilanza competente, indicando il nominativo del sostituto.

Per l'operatore residente, in subordine ai requisiti richiesti per l'educatore, è consentito il diploma di scuola media superiore e almeno tre anni di esperienza educativa in strutture residenziale per minori.

Fermo restando quanto previsto rispetto alle diverse tipologie di strutture, la presenza degli operatori viene articolata su base giornaliera in relazione alle esigenze dei minori ospiti, dei progetti educativi individualizzati e del progetto di servizio.

Con riferimento alla figura dell'**educatore professionale** operante nelle strutture socio-assistenziali, si rinvia a quanto previsto con DGR 94-13034 del 30.12.2009.

Per quanto riguarda la figura dell'OSS/Adest, si rinvia a quanto previsto al punto 14.

Ai fini della vigilanza, le strutture dovranno tenere a disposizione della Commissione di vigilanza uno schema con l'indicazione del personale, della turnazione, del contratto di lavoro applicato e del conseguente calcolo dei minuti di assistenza.

#### 4.1. Coordinamento e supervisione

A norma del decreto attuativo n° 308 del 21.05.01 riferito all'art. 5 comma 1 lettera d, della legge 328/2000 ogni struttura deve dotarsi di un coordinatore le cui competenze sono espresse nelle varie tipologie.

La figura del coordinatore può essere:

- un educatore professionale interno all'Equipe, che ne assume la funzione con almeno tre anni di esperienza come educatore professionale;
- un educatore professionale o personale con Laurea in Scienze della formazione o Pedagogia, con esperienza almeno triennale nell'attività di coordinamento.

Le strutture, ove previsto, adottano la supervisione come metodologia di lavoro. Tale lavoro di supporto è di tipo progettuale ovvero orientata alla singola persona in senso maggiormente pedagogico e/o psicologico. La supervisione deve anche riferirsi ad aspetti e modalità di intervento relativi all'organizzazione e ai metodi e strumenti dell'azione educativa.

### **5. Requisiti strutturali di carattere generale per l'autorizzazione al funzionamento**

Le seguenti norme tecniche intendono definire i criteri costruttivi e localizzativi delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori.

Esse si caratterizzano come modello e punto di riferimento per la ricostruzione di rapporti affettivi parentali e in situazione di carenza o di disgregazione del nucleo familiare.

Queste strutture devono essere costituite in piccoli nuclei comunitari, tali da riprodurre il più possibile le condizioni di vita proprie di un ambiente familiare.

Il tratto caratteristico delle strutture in esame è infatti la vita in comune, fondata su una profonda conoscenza reciproca di un nucleo di persone, con una organizzazione vicina a quella della famiglia e con relazioni interpersonali ad essa affini che pone al centro la persona ed i suoi bisogni.

Per assolvere al proprio compito le strutture che ospitano servizi residenziali in favore di bambini e ragazzi devono garantire alcuni requisiti, a prescindere dalla peculiarità del servizio offerto:

- le caratteristiche funzionali e organizzative, orientate al modello relazionale della famiglia, devono essere quelle tipiche di una abitazione normale;
- le dimensioni dell'abitazione devono essere congrue al servizio che viene offerto e quindi prevedere gli spazi e le destinazioni d'uso che un nucleo familiare con figli avrebbe a disposizione in una abitazione normale

- devono essere offerti spazi di autonomia e riservatezza per i maschi e le femmine, prestando particolare attenzione all'organizzazione e gestione della zona notte
- le caratteristiche architettoniche dell'abitazione devono essere integrate con il contesto in cui insistono;
- la suddivisione degli spazi abitativi e la loro destinazione d'uso devono consentire al bambino e al ragazzo di usufruire di spazi individuali e comuni certi e definiti, garantendo l'intimità personale e nel contempo momenti di vita comunitaria;
- gli spazi individuali e comuni devono consentire al bambino e al ragazzo la loro personalizzazione così da incrementare il senso di appartenenza.

Tutte le strutture devono inoltre possedere caratteristiche minime funzionali e strutturali che attengono alla sicurezza degli utenti e degli operatori, nonché alla qualità minima delle prestazioni erogate e pertanto devono essere in possesso dei requisiti definiti dalle norme vigenti in materia urbanistica, edilizia, prevenzione incendi, igiene e sicurezza, previsti per le singole tipologie ed in relazione alle loro caratteristiche.

In particolare ogni struttura deve garantire le seguenti condizioni:

- a) stabilità in situazioni normali od eccezionali, in conformità a quanto previsto dalle norme vigenti;
- b) requisiti igienici minimi previsti dai Regolamenti locali di igiene (D.M. 5.07.1975);
- c) difesa dagli incendi secondo normativa vigente;
- d) sicurezza degli impianti secondo normativa vigente;
- e) visitabilità secondo il D.P.R. n. 503/96;
- f) agibilità in conformità a quanto previsto dalle norme vigenti.

Si evidenzia, inoltre, che deve essere garantita la corretta conservazione e custodia dei farmaci in appositi armadi chiusi a chiave o in frigorifero, se termosensibili.

È consentita la coesistenza di non più di due strutture residenziali per minori, preferibilmente di tipologie diverse, nello stesso edificio o in edifici tra loro collegati (intendendo sia edifici uniti da connettivo interno, sia edifici che usufruiscono di spazi comuni esterni).

Al fine di assicurare un adeguato contesto di tutela dei minori accolti, le nuove strutture residenziali per minori non possono essere realizzate in strutture residenziali destinate ad altre tipologie di ospiti, quali tossicodipendenti, adulti affetti da disturbi mentali, anziani e disabili.

### 5.1. Dislocazione della struttura

Le strutture devono essere situate in zone dotate di una rete accessibile di servizi generali, sociali, sanitari, educativi e ricreativo-culturali.

L'integrazione con il territorio e con gli altri servizi destinati all'infanzia e all'adolescenza può essere facilitata da una collocazione della struttura di accoglienza all'interno di un tessuto sociale strutturato e comunque facilmente raggiungibile con l'uso di mezzi pubblici; ciò al fine di permettere la partecipazione degli utenti alla vita sociale del territorio, nonché la facilità per i visitatori di raggiungere gli ospiti della struttura.

Per quanto riguarda la possibilità di disporre di un'area esterna attrezzata ad uso esclusivo della struttura, pur auspicandone la presenza, l'eventuale disponibilità della stessa non



deve precludere un ampio e sistematico utilizzo delle strutture ricreative e sportive del territorio, anche nella prospettiva di una migliore integrazione della struttura residenziale nel contesto sociale.

A fronte dell'esperienza finora maturata, che ha evidenziato che in realtà condominiali possono emergere situazioni di difficoltà conseguenti alla contiguità delle comunità con le altre abitazioni, non possono essere autorizzate CTM e CRP in appartamenti inseriti in condomini destinati alla civile abitazione.

Le CTM e le CRP non devono comunque essere collocate in contesti isolati, ma, come previsto per tutte le tipologie di strutture, deve essere assicurata l'integrazione con un tessuto sociale strutturato, onde agevolare l'accesso a tutte le opportunità di inclusione offerte dal territorio ed assicurare il necessario collegamento con un'adeguata rete di servizi territoriali di riferimento e di supporto.

La corretta valutazione sulla dislocazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie potrà svolgersi in sede di rilascio dell'autorizzazione ex art. 8 ter del D. Lgs.502/92 e s.m.i.

## 5.2. Struttura abitativa

I criteri progettuali e di controllo che si devono adottare per la definizione delle strutture devono ispirarsi sul piano strutturale alle esigenze proprie delle civili abitazioni, prevedendo i seguenti requisiti minimi:

- camere da letto singole e doppie (rispettivamente almeno 9 mq e 14 mq, salvo diversa indicazione nelle specifiche di ciascuna tipologia), dotate di attrezzature e arredamento sufficiente onde consentire ad ognuno di avere uno spazio personale (fatti salvi i caratteri di eccezionalità insiti e previsti dal PEI del minore accolto);

Limitatamente ai posti di Pronto Intervento, in analogia a quanto previsto dalla della Legge Regionale n° 34/88 art. 2 comma 4, e' possibile aggiungere un posto letto nelle camere con superficie di almeno 12 mq (per camere singole) e 18 mq (per camere doppie), qualora lo stesso venga utilizzato da un persona di età inferiore agli anni 15.

- un servizio igienico ogni quattro ospiti dei quali almeno uno di dimensioni idonee ad essere all'occorrenza attrezzato per la non autosufficienza.

L'organizzazione degli spazi interni (camere, sale, servizi igienici, ecc. ) deve essere tale da garantire agli ospiti il massimo di fruibilità e di privacy, con particolare riferimento al mantenimento e sviluppo dei livelli di autonomia individuale; l'adozione di soluzioni architettoniche e la suddivisione degli spazi interni dovranno tenere conto delle caratteristiche dell'utenza a cui è destinata la struttura al fine di garantire la funzionalità delle attività che vi vengono svolte.

Al fine di fornire al minore un contesto di vita di relazione di tipo familiare anche le norme per l'autorizzazione delle cucine devono essere orientate dal criterio della "civile abitazione", tenendo conto che l'alimentazione, e quindi il processo di preparazione dei cibi, costituisce all'interno delle comunità un forte momento educativo, cui possono partecipare in diversi modi i minori e gli operatori. E' quindi necessario promuovere livelli di flessibilità che consentano, pur nel mantenimento di garanzie in ordine all'igiene alimentare e all'equilibrio dietetico, di sfruttare tutte le potenzialità educative del

coinvolgimento dei minori nella preparazione del menù, nella preparazione dei cibi e nel servizio a tavola.

Pertanto a tutte le strutture per minori definite in questo provvedimento, avendo le stesse come elemento fondamentale e distintivo già nella propria definizione una forte caratterizzazione domestica e familiare, sia per organizzazione sia per caratteristiche strutturali, non dovrà essere richiesta autorizzazione in base al Sistema HACCP, come da D.Lgs 155/97.

Un altro aspetto strutturale particolarmente importante è rappresentato dall'equilibrio tra i locali utilizzati per la vita comune e la tipologia di stanze destinate ai minori accolti. La situazione ottimale per garantire gli indispensabili spazi per attività di gruppo e individuali ai minori accolti è la previsione di almeno 3 locali comuni, intendendosi per gli stessi gli spazi interni alla struttura residenziale destinati ai momenti di vita insieme delle persone accolte con gli adulti presenti nella struttura, fra i quali devono essere obbligatoriamente presenti il soggiorno e la cucina.

A titolo indicativo vengono suggeriti i sotto elencati standard dimensionali:

- Soggiorno
- Cucina
- Sala polifunzionale

Per un complessivo indicativo di almeno 5 mq/ospite.

La quantità e qualità degli arredi deve essere conforme a quanto in uso nelle civili abitazioni nonché permettere una idonea funzionalità d'uso e fruibilità in relazione alle caratteristiche dell'utenza ospitata.

Tutti i locali autorizzati per la comunità devono essere di esclusivo uso dell'équipe e dei ragazzi, escludendo la possibilità di avere diversi servizi insistenti sugli stessi spazi col rischio di snaturare il significato di luogo di vita che la comunità deve avere.

Può infine essere previsto uno spazio adibito ad "incontri protetti" tra minore e famiglie d'origine.

### 5.3. Visitabilità

In relazione al livello di qualità dello spazio costruito, le strutture per minori dovranno soddisfare il requisito della visitabilità e cioè un livello di accessibilità limitato ad una parte più o meno estesa dell'edificio o delle unità immobiliari, che consente comunque ogni tipo di relazione fondamentale anche alla persona con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale.

La visitabilità si intende soddisfatta, secondo il D.M. n. 236/89, se il soggiorno o il pranzo, un servizio igienico ed i relativi percorsi di collegamento interno sono accessibili. A tal fine si deve assicurare la rispondenza ai criteri di progettazione di cui ai punti 4.1.1. (porte), 4.1.6. (servizi Igienici), 4.1.9. (percorsi orizzontali) e 4.2. (spazi esterni) nonché le soluzioni tecniche per i percorsi orizzontali di cui al punto 9.1.1. del D.M. suddetto.

Per ciò che riguarda l'accessibilità delle parti comuni, essendo le strutture per minori considerate principalmente come unità immobiliari residenziali, qualora gli stessi non abbiano più di tre livelli fuori terra è consentita la deroga all'installazione di meccanismi per l'accesso ai piani superiori, ivi compresi i servoscala, purché sia assicurata la possibilità della loro installazione in un tempo successivo. L'ascensore va comunque installato in tutti i casi in cui l'accesso alla più alta unità immobiliare è posto oltre il terzo livello, ivi compresi eventuali livelli interrati e/o porticati, e in ogni caso, qualora la struttura accolga utenti con disabilità motoria.

## 6. Comunità Educative Residenziali

### 6.1. Definizione analitica

È una struttura residenziale per minori che offre ospitalità e protezione in sostituzione temporanea della famiglia e delle relative funzioni genitoriali non esercitabili o compromesse da gravi difficoltà sociali, personali, di relazione ed emozionali .

Ha l'obiettivo di offrire al bambino/a e all'adolescente un ambiente il più possibile "comunitario" a carattere familiare, con relazioni intense e significative a livello affettivo, educativo, cognitivo e di promozione delle abilità sociali.

La comunità deve essere in grado di costruire una rete con i servizi inviati, tesa a sviluppare una progettualità complessiva della vita del minore e della sua famiglia.

In Comunità il minore è aiutato e sostenuto, tenendo conto del suo livello e potenzialità evolutive, ad apprendere ed esercitare le attività quotidiane di vita e gestione di sé, nonché ad elaborare un progetto per il futuro in relazione all'età, ai bisogni, alle caratteristiche psicofisiche e socioculturali.

### 6.2. Requisiti di accesso

Le **Comunità educative residenziali** accolgono minori nella fascia di età 6-10, 11-17.

Sono inseriti minori per i quali non sia possibile, per un periodo più o meno prolungato, la permanenza nel proprio nucleo familiare, nonostante gli interventi di sostegno allo stesso, oppure i minori per i quali l'Autorità Giudiziaria, con provvedimento penale, prescriva il collocamento e la permanenza in comunità.

Tale impossibilità può essere determinata da rilevanti problemi sociali o comportamenti di grave pregiudizio o abbandono da parte della famiglia e/o per problematiche personali e di relazione del minore stesso.

Nel caso di accoglienza di minori sottoposti a provvedimenti penali, il buon esito del percorso di inserimento assume rilevanza ai fini processuali: pertanto, l'offerta di opportunità e risorse già significativa per il buon andamento dell'inserimento di tutti minori, appare in questo contesto oltremodo importante.

A tal fine, la comunità dovrà essere in possesso di comprovata esperienza di percorsi di collegamento con la rete territoriale, per garantire opportunità sul piano pre-lavorativo e formativo (borse lavoro, tirocini formativi..), anche sfruttando le proprie risorse e la collocazione specifica della struttura.

Nel caso di accoglienza di minori dell'area penale, gli stessi non devono occupare più del 60% dei posti autorizzati.

E' necessaria l'individuazione di fasce di età progettuali specifiche: ciascuna comunità, pertanto, è dedicata in modo esclusivo all'accoglienza di minori della fascia 6/10 anni oppure 11/17 anni. In presenza di fratelli possono essere inseriti minori di diversa età.

Le strutture che accolgono la fascia dei minori 11/17 anni possono valutare l'opportunità di accogliere solo minori dello stesso genere.

Può essere previsto l'inserimento di bambini al di sotto dei 6 anni, esclusivamente in pronta accoglienza e per il tempo necessario per individuare la risposta più adeguata, in ottemperanza a quanto stabilito all'art. 2, commi 1 e 2 della L.184/83 e s.m.i.

Le comunità educative accolgono fino a 10 minori, con un minimo di 7 minori accolti.

Inoltre possono accogliere in ospitalità diurna al massimo due minori come intervento preventivo all'inserimento residenziale o per favorire il rientro in famiglia. Per i minori accolti in ospitalità diurna, la tariffa da applicarsi non può superare quella dei centri diurni.

In ogni caso il numero massimo di minori complessivamente accolti (in accoglienza residenziale, pronto intervento, inserimenti diurni) non deve superare i 12.

### 6.3 Minori vittime di grave maltrattamento e abuso

E' possibile per una comunità educativa residenziale connotare la propria funzione all'accoglienza di minori vittime di gravi maltrattamenti o abusi con diagnosi ICD10 OMS di disturbo post-traumatico da stress, allontanati dal nucleo familiare tramite dispositivo dell'autorità giudiziaria, che necessitano di una presa in carico residenziale a forte valenza terapeutica e riparativa.

E' necessario l'individuazione di fasce di età progettuali specifiche, differenziando tra una fascia 6/10 anni ed una fascia 11/17. In presenza di fratelli possono essere inseriti minori di diversa età.

La compartecipazione alla spesa viene definita in: *60% a carico del SSR e 40% dell'Ente Gestore delle funzioni socio-assistenziali.*

### 6.4. Pronta accoglienza

Nelle comunità educative residenziali possono essere previsti, oltre i 10 autorizzati, due ulteriori posti di pronto intervento, destinati all'accoglienza di minori in situazione di emergenza, anche accompagnati dalla forza pubblica, (inclusa l'applicazione della misura cautelare ex art.22 D.P.R.488/88 alla quale va data immediata esecuzione) con bisogni urgenti di tutela e protezione, in attesa di altra collocazione o del rientro in famiglia.

E' possibile per una comunità educativa residenziale connotare la propria funzione in via esclusiva quale pronta accoglienza: in questo caso, è auspicabile che la struttura di pronta accoglienza sia inserita in un'organizzazione complessiva, in grado di garantire, attraverso la disponibilità di altre risorse di accoglienza residenziale, il rispetto del tempo massimo di permanenza in pronta accoglienza, assicurando la prosecuzione del progetto a medio/lungo termine a favore del minore, in una prospettiva di continuità educativa e di modelli valoriali di riferimento.

L'inserimento in pronta accoglienza dei minori 0/5 anni deve comunque essere preceduto da una valutazione sulla compatibilità con l'età e le caratteristiche dei minori ospiti, da parte dei servizi titolari del progetto.

### 6.5. Requisiti progettuali

Le comunità educative devono predisporre e aggiornare annualmente il progetto del servizio, contenuto in uno specifico ed unitario documento, nel quale siano definiti gli aspetti di cui al precedente paragrafo "Requisiti di autorizzazione".

Nel caso di inserimenti urgenti la permanenza non può superare i 90 giorni, eventualmente rinnovabili sulla base del PEI. In tale periodo, anche sulla base dell'osservazione/valutazione da parte degli educatori, deve essere predisposto il successivo piano di intervento che comporta le dimissioni o la permanenza nella struttura per periodi medio-lunghi.

Per ogni minore accolto è prevista la presenza di un PEI secondo le modalità espresse nel paragrafo "Requisiti di autorizzazione".

### 6.6. Personale

Deve essere garantita un'assistenza di 196 minuti/giorno per ospite, dei quali almeno 165 minuti erogati da personale in possesso del titolo di educatore professionale e per la restante parte da personale in possesso del titolo di OSS/ADEST.

Nel caso di accoglienza del numero minimo previsto di 7 ospiti, deve essere comunque garantita un'assistenza di 265 minuti/giorno per ospite, dei quali almeno 223 minuti erogati da personale in possesso del titolo di educatore professionale e per la restante parte da personale in possesso del titolo di OSS/ADEST.

E' prevista, inoltre, la figura di un coordinatore, per un monte ore settimanale minimo aggiuntivo di 8 ore.

La figura del coordinatore può essere:

- un educatore professionale interno all'Equipe, che ne assume la funzione con almeno tre anni di esperienza come educatore professionale;
  
- un educatore professionale o personale con Laurea in Scienze della formazione o Pedagogia, con esperienza triennale di attività di coordinamento.

Nel caso sia una figura esterna, la sua attività può svolgersi nel coordinamento al massimo di tre comunità.

Qualora la struttura sia destinata ad accogliere minori stranieri non accompagnati e/o richiedenti asilo politico/protezione umanitaria, che presentino un buon livello di autonomia, competenze relazionali e sociali nonché capacità di muoversi ed orientarsi sul territorio, ma per i quali si ritiene opportuno proporre un supporto educativo continuativo e qualificato, fermo restando il tetto complessivo di 195 minuti/giorno di assistenza questa

può essere garantita, fino ad un massimo di 97 minuti/giorno per ciascun minore ospite, da mediatori culturali.

Qualora la struttura sia destinata all'accoglienza di minori vittime di gravi maltrattamenti o abusi, deve essere assicurata la presenza minima delle seguenti figure professionali:

- medico neuropsichiatria infantile      8 ore settimanali
- psicologo-psicoterapeuta                10 ore settimanali
- infermiere professionale                  8 ore settimanali

La presenza oraria settimanale minima delle figure dell'Educatore Professionale, del NPI e dello psicologo/psicoterapeuta può essere incrementata in base alle esigenze terapeutiche degli ospiti.

La presenza delle figure sanitarie di cui sopra può essere definita su orario flessibile in base alle esigenze terapeutiche degli ospiti.

### 6.7. Requisiti strutturali

Oltre ai requisiti minimi precedentemente descritti devono essere presenti:

- un locale per gli operatori di almeno 9 mq;
- un servizio igienico per il personale di servizio;
- spazi per lavanderia, stireria, dispensa ecc. adeguati alle modalità organizzative adottate per il servizio.

Inoltre possono essere presenti i seguenti locali:

- una sala riunioni;
- un servizio igienico per gli ospiti.

Qualora la struttura accolga minori con disabilità dovrà essere rispettato il requisito dell'accessibilità che deve essere garantito sia nell'unità ambientale sia nelle parti comuni. Uno dei servizi igienici previsti deve essere attrezzato per la non autosufficienza.

A tal fine si deve assicurare la rispondenza ai criteri di progettazione di cui ai punti 4.1, 4.2 e 4.3 del D.M. n. 236/89.

Nel caso di pronta accoglienza 0/5 anni, oltre ai requisiti minimi precedentemente descritti devono essere presenti:

- per quanto riguarda i posti per ogni camera, gli stessi sono massimo due per camera di almeno 9 mq., tre per camere di almeno 14 mq., quattro per camere di almeno 20 mq.

- i servizi igienici degli utenti dovranno essere attrezzati con sanitari di dimensioni ridotte e consentire il posizionamento di un fasciatoio utilizzabile agevolmente.
- il locale deve inoltre consentire il deposito dei materiali igienici e sanitari fuori dalla portata dei bambini.

## 7. Casa Famiglia per Minori

### 7.1. Descrizione analitica

La Casa Famiglia per minori è una modalità di accoglienza dei minori in difficoltà caratterizzata da un progetto gestionale da parte di una famiglia o di una coppia di adulti, generalmente un uomo ed una donna, che assumono funzioni genitoriali, valutati idonei all'affidamento familiare dai servizi, sulla base di un'esperienza pregressa, oppure di un percorso di conoscenza da parte dei servizi, secondo quanto previsto in materia di affidamento familiare con D.G.R. 17 novembre 2003, n.79-11035.<sup>2</sup> Almeno uno dei due adulti deve anche essere in possesso del titolo di Educatore Professionale.

Essa si caratterizza per queste dimensioni generali:

- la famiglia o gli adulti vivono principalmente del frutto del lavoro relativo all'accoglienza dei minori;
- la famiglia o gli adulti gestiscono insieme a personale specializzato la dimensione educativa dell'accoglienza, qualora nessuno degli adulti abbia il titolo di educatore professionale;
- la casa famiglia per minori è gestita da un ente legalmente costituito (associazione, cooperativa, ...) <sup>3</sup> che garantisce la formazione continua dei propri associati, la qualità dell'accoglienza ed il rispetto dello specifico progetto di gestione, nonché la definizione dei PEI.

La caratterizzazione di familiarità è, in questo caso, maggiormente accentuata rispetto alla comunità educativa per il ridotto numero di minori accolti e si concretizza nella centralità relazionale affettiva della coppia di adulti.

---

<sup>2</sup> D.G.R. 17 novembre 2003, n.79-11035 "Approvazione linee d'indirizzo per lo sviluppo di una rete di servizi che garantisca livelli adeguati di intervento in materia di affidamenti familiari e di adozioni difficili di minori, in attuazione della L.149/2001 "Diritto del minore ad una famiglia" (modifica L.184/83)".

<sup>3</sup> Con la dizione di "ente legalmente riconosciuto" si intende il riconoscimento di personalità giuridica, determinato dall'iscrizione nel registro delle persone giuridiche, istituito dalla Regione Piemonte, ai sensi del DPR 361/2000, pre l'iscrizione delle persone giuridiche private che operano nelle materie attribuite alla competenza delle Regioni dall'art. 14 del D.P.R. n. 616/77 e le cui finalità statutarie si esauriscono nell'ambito di una sola Regione .

Per ogni più dettagliata informazione si rimanda al sito internet:

<http://www.regione.piemonte.it/registro/registro.htm> .

Nel caso in cui la predetta associazione o ente non esaurisca le proprie finalità statutarie in ambito regionale, la domanda per il riconoscimento dovrà essere presentata alla Prefettura nella cui Provincia è stabilita la sede legale dell'ente, giusta applicazione del DPR 361/2000.



## 7.2. Requisiti di accesso

Tali comunità si caratterizzano per l'accoglienza di minori in difficoltà, e non per l'accoglienza di adulti: in questo caso, il riferimento è la casa famiglia ad accoglienza mista, i cui requisiti sono disciplinati con DGR n. 10-11729 del 13.7.2009.

L'accoglienza per ogni Casa Famiglia è prevista per un massimo di 6 minori a cui vanno aggiunti gli eventuali figli minorenni degli adulti che gestiscono la casa famiglia, fermo restando comunque il tetto massimo di 8 minori compresi i figli della coppia.

L'accoglienza minima è di 4 minori, esclusi gli eventuali figli minorenni della coppia.

## 7.3. Requisiti Progettuali

La Casa Famiglia per minori, caratterizzandosi per un intervento che ha comunque uno sfondo professionale, deve avere i livelli di progettazione descritti nel paragrafo "Requisiti di autorizzazione".

## 7.4. Personale

Le Case Famiglia per minori necessitano di personale specializzato o di appoggio e sostegno alle proprie attività nella misura di:

- un educatore professionale part time al 50%, qualora nessuno dei due adulti della coppia sia in possesso del titolo di educatore professionale;
- formazione e supervisione di almeno 4 ore mensili medie di professionisti a seconda dei bisogni (educatore professionale, pedagoga, psicologo, assistente sociale, neuropsichiatra, e altri).

Se l'operatore residente non può garantire la sua presenza per oltre 3 giorni consecutivi, è tenuto a darne comunicazione alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni ed alla Commissione di Vigilanza competente, indicando il nominativo del sostituto.

## 7.5. Requisiti strutturali della Casa Famiglia per minori

I parametri strutturali di queste comunità sono quelli della civile abitazione, fatti salvi i requisiti minimi descritti nella parte generale.

## **8. Comunità Genitore – Bambino**

### 8.1. Definizione analitica

Storicamente, nella realtà regionale, sono state finora attivate esclusivamente comunità rivolte all'accoglienza di nuclei madre/bambino: la realtà attuale ha messo in evidenza la necessità di attivare risposte di accoglienza anche per padri con bambini, pertanto la comunità genitore bambino si identifica per l'accoglienza di nuclei familiari caratterizzati dalla presenza di gestanti e madri oppure esclusivamente dalla presenza di padri con uno o più figli minori.

L'accoglienza, dovuta a situazioni di disagio sociale del nucleo e/o di relazione problematica del genitore con i figli, si caratterizza per la presa in carico del nucleo accolto e non tanto del singolo componente.

Sono gestite da personale turnante o residenziale e si identificano per i percorsi di educazione, rieducazione, valutazione e sostegno della competenza genitoriale.

A fronte della complessità che caratterizza alcune situazioni, la vita di tali comunità offre un appoggio che crea equilibrio tra le esigenze di accudimento dei figli e di tutela dei minori e di presa in carico dei bisogni della madre/padre a supporto delle sue capacità genitoriali.

La struttura deve conservare tale caratteristica ed essere dimensionata per l'accoglienza e l'autonomia graduale di tali nuclei, anche in considerazione della provenienza delle mamme, che è sempre più caratterizzata da culture, etnie, religioni ed abitudini molto diverse, fattori che si riflettono nella gestione di convivenza.

Devono inoltre essere previste strutture di accoglienza per gestanti che non intendono riconoscere il proprio nato o che non hanno ancora deciso in merito, in base a quanto previsto dalla L.R. 16/2006 e dalla DGR n. 22-4914 del 18.12.2006, che pone in capo ai Soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali le funzioni relative agli interventi socio-assistenziali nei confronti delle gestanti che necessitano di specifici sostegni in ordine al riconoscimento o non riconoscimento dei loro nati e al segreto del parto.

E' infatti opportuno prevedere che tale tipologia di utenza sia accolta separatamente dalle donne che invece hanno già deciso di riconoscere il proprio nato e che possono convivere con nuclei madre/bambino.

### 8.2. Requisiti di accesso (tipologia e numero massimo dell'utenza)

Le C.G.B. accolgono gestanti, anche minorenni e/o madri con i propri figli, oppure esclusivamente padri con i propri figli

Tali comunità si configurano come accoglienza di nuclei per ragioni di protezione del minore e di sostegno alla madre (di tipo psicologico e/o pedagogico) oltre che di aiuto e valutazione alla relazione genitore/bambino.

Le stesse C.G.B. possono accogliere minori soli, unicamente per il periodo strettamente necessario all'individuazione ad una collocazione adeguata, nel caso in cui il genitore si

allontani, e previa comunicazione scritta alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni.

Una C.G.B. può accogliere da un minimo di 8 ad un massimo di 14 ospiti, compresi i bambini nella fascia 0-3 anni.

### 8.3. Requisiti progettuali

La comunità genitore bambino prevede due livelli di progettazione:

-progetto di servizio secondo le modalità indicate nel paragrafo “Requisiti di autorizzazione”, compresa la progettazione riferita alla pronta accoglienza, se prevista.

-PEI del nucleo sia per la mamma/il papà sia per il (o per i) minore(i).

In caso di genitori con problematiche psicopatologiche, il progetto di inserimento deve essere predisposto e successivamente monitorato con il coinvolgimento dei servizi specialistici necessari (DSM, Ser.T.), anche ai fini dell'individuazione di eventuali risorse aggiuntive dedicate agli adulti. In questo caso, l'eventuale conseguente onere economico determinato dagli aspetti terapeutici, deve essere progettato e concordato dal DSM o dal Ser.T. con il servizio sociale e di NPI.

### 8.4. Personale

Pur tenendo conto delle caratteristiche individuate al Punto 8.1., i tempi di assistenza giornaliera non possono essere calcolati riferendosi all'assistenza da assicurare a ciascun nucleo familiare complessivamente inteso, la cui composizione può variare per numero di componenti.

A fini organizzativi, gestionali e di vigilanza, pertanto, il calcolo dei minuti di assistenza è definito per ciascun ospite, in base ad un numero totale individuato convenzionalmente in 12 ospiti.

Deve essere garantita una media di 162 minuti di assistenza al giorno per ciascun ospite, di cui almeno 114 minuti erogati da personale in possesso del titolo di educatore professionale e per la restante parte da operatori OSS/ADEST o assistente all'infanzia.

Qualora la struttura sia destinata ad accogliere **madri straniere**, l'assistenza, considerate le specifiche esigenze dei nuclei ospiti, può essere garantita, fino ad un massimo di 63 minuti/giorno per ciascun nucleo ospite, da mediatori culturali, in luogo degli educatori professionali.

Nel caso di accoglienza del numero minimo previsto di 8 ospiti, deve essere comunque garantita un'assistenza di 230 minuti/giorno per ospite, di cui almeno 161 minuti erogati da personale in possesso del titolo di educatore professionale e per la restante parte da operatori OSS/ADEST o assistente all'infanzia.

E' prevista, inoltre, la figura di un coordinatore per un monte ore aggiuntivo massimo di 8 ore settimanali.

La figura del coordinatore può essere:

- un educatore professionale interno all'Equipe, che ne assume la funzione; con almeno tre anni di esperienza come educatore professionale;
- un educatore professionale o personale con Laurea in Scienze della formazione o Pedagogia, con esperienza triennale di attività di coordinamento.

Nel caso sia una figura esterna, la sua attività può svolgersi nel coordinamento al massimo di tre comunità.

È prevista la consulenza e la supervisione da parte di specialisti

### 8.5. Requisiti strutturali

Oltre ai requisiti minimi precedentemente descritti devono essere presenti:

- una camera (di almeno 9 mq. per due posti massimo, di cui uno per minore 0-2 anni; di almeno 14 mq. per tre posti massimo, di cui uno per minore 0-2 anni; di almeno 20 mq. per quattro posti massimo, di cui uno per minore 0-2 anni) e un servizio igienico per ogni camera;
- un locale per gli operatori di almeno 9 mq;
- un servizio igienico per il personale di servizio;
- spazi per lavanderia, stireria, dispensa ecc. adeguati alle modalità organizzative adottate per il servizio.

Inoltre possono essere presenti i seguenti locali:

- una sala riunioni;
- un servizio igienico per gli ospiti esterni;
- spazi gioco e studi per i bambini.

I requisiti strutturali di queste comunità devono consentire una permanenza e una autonomia del nucleo familiare unito e pertanto, nei casi in cui siano presenti mamme con più figli di età diverse, la definizione del numero di posti letto previsto nelle camere può essere orientata da un criterio di opportunità pedagogica.

## **9. Strutture per l'autonomia**

### **9.1. Introduzione**

Le tipologie di strutture di cui ai paragrafi precedenti rispondono ad esigenze di accoglienza e di sostegno in tutte le situazioni correlate a necessità di protezione dei minori e di supporto alle capacità genitoriali che, in quanto tali, richiedono la presenza significativa e continuativa di personale adeguatamente qualificato.

Vi sono tuttavia ulteriori esigenze di accoglienza che riguardano persone con una significativa capacità di autogestione, anche acquisita a seguito di un precedente percorso in strutture a forte valenza educativa, che necessitano di un ulteriore sostegno, di minore intensità, finalizzato ad agevolare l'acquisizione della completa autonomia di gestione della propria vita.

Si tratta dunque di strutture che accolgono persone che necessitano di seguire un percorso di sostegno ed accompagnamento verso l'autonomia, anche quale fase finale di un precedente progetto di inserimento residenziale ad alta valenza educativa.

Gli ospiti possono essere gestanti, genitori con bambini, minori di età non inferiore ai sedici anni e giovani fino ai ventuno, già ospiti di strutture residenziali o in affidamento familiare, che non possono tornare nella famiglia di origine.

In coerenza con quanto richiamato nei paragrafi precedenti, le strutture si connotano per l'accoglienza di gestanti e nuclei madre/bambino, oppure solo di nuclei genitore/bambino, oppure di adolescenti e giovani adulti.

Le strutture di cui trattasi, inoltre, possono offrire accoglienza alle gestanti che non intendono riconoscere il proprio nato o che non hanno ancora deciso in merito, fermo restando quanto previsto al paragrafo 8.1.

Tali strutture, inoltre, devono prevedere spazi dedicati ai diversi ospiti, in considerazione delle specificità degli interventi da porre in essere e delle modalità con cui realizzarli.

In caso di minori, per l'inserimento è necessaria l'autorizzazione dell'esercente la potestà o dell'Autorità giudiziaria minorile su progetto del servizio competente.

Qualora sia inserito un minore, gli ospiti devono essere tutti dello stesso sesso.

Tali strutture possono altresì accogliere persone con altre situazioni di fragilità sociale, non strettamente connesse alle capacità genitoriali, oppure in situazione di emergenza abitativa.

Su progettualità specifiche è altresì possibile l'accoglienza di donne sole con problemi di maltrattamento.

In considerazione delle esigenze specifiche degli ospiti, il supporto del personale qualificato viene circoscritto con riferimento al numero ed all'apporto assicurato con finalità educative, di appoggio e di orientamento.

In relazione alle funzioni svolte, alla tipologia di ospiti e alle esigenze specifiche cui rispondono, le strutture in oggetto non sono soggette ad autorizzazione al funzionamento ma all'obbligo di Segnalazione Certificata Inizio Attività (SCIA), da presentare al Comune dove ha sede.

Il Comune ne dà informazione all'Organo titolare della funzione di vigilanza sui servizi socio-assistenziali-educativi ai sensi della L.R. 8 gennaio 2004, n.1 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento" e alla Regione Piemonte - Direzione Politiche Sociali.

Alla segnalazione di cui sopra occorre allegare:

- il progetto di servizio, con l'indicazione del target specifico di riferimento,
- la definizione dell'organico di personale,
- la perizia asseverata redatta da un tecnico professionista iscritto al relativo albo professionale che attesti la piena rispondenza ai requisiti strutturali individuati.

L'attività è oggetto di vigilanza ai sensi della L.R. n. 1/2004.

## **9.2. Tipologie di accoglienza**

In relazione alle diverse necessità e progettualità per i destinatari e alla dimensione di accoglienza, si possono individuare tre differenti risposte:

- i gruppi appartamento;
- le accoglienze comunitarie;
- i pensionati integrati.

Per ogni ospite il Servizio competente deve predisporre un progetto di autonomia, che individuerà la soluzione di accoglienza più appropriata, rispetto alle tre opportunità di seguito meglio specificate.

I tempi di permanenza variano in relazione al progetto e alle potenzialità e risorse di ciascuno ma non possono superare i due anni, fatte salve situazioni eccezionali.

### 9.2.1. Gruppo appartamento

La capacità di accoglienza va da un minimo di quattro ad un massimo di sei ospiti.

Il personale del gruppo appartamento è presente nella struttura soltanto in alcuni periodi della giornata in relazione ai bisogni di ciascun ospite. L'Educatore professionale deve essere garantito per 36 ore settimanali nel caso di gruppo appartamento per minori e giovani, e per un numero minimo di 8 ore settimanali per ciascun nucleo, nel caso di gruppi appartamento per genitore/bambino. In sede di formulazione del PEI, sarà cura dei servizi competenti definire la presenza di altre figure, sulla base delle esigenze degli ospiti.

Nel caso di presenza di minorenni nel gruppo appartamento per adolescenti e giovani, deve essere garantita la presenza notturna di un operatore (OSS/educatore).

Se il minore proviene da una comunità, il personale può anche essere quello della stessa comunità che agevola il passaggio graduale all'autonomia. In questo caso deve essere quantificato il numero di ore dedicate al progetto del gruppo appartamento.

### 9.2.2. Accoglienza comunitaria

La struttura può ospitare un massimo di 12 persone.

E' prevista la presenza di 1 responsabile a tempo pieno con almeno tre anni di esperienza in ambito sociale e minorile con funzioni educative, referente della gestione, della progettazione del servizio e di quella individuale.

Il responsabile può essere coadiuvato da altro personale con esperienza in ambito sociale e minorile, in modo da garantire la presenza di un adulto durante le 24 ore.

Le funzioni svolte dal responsabile possono essere suddivise tra più operatori per un numero di ore complessivo non inferiore a 38 ore settimanali.

### 9.2.3. Pensionato integrato

Il pensionato integrato si configura come una particolare forma di accoglienza presso strutture ricettive extra-alberghiere di cui alla LR 31/85.

Tali strutture possono, su specifico progetto, accogliere madri con bambino, donne sole in situazione di fragilità sociale, giovani ed eccezionalmente minori prossimi alla maggiore età, segnalati ed in carico ai servizi sociali, già ospiti in strutture residenziali, o per i quali, dato il loro livello di autonomia, non e' accettato ne' opportuno il loro inserimento in comunità.

Gli standards gestionali possono essere integrati con personale educativo/assistenziale sulla base dei progetti individualizzati.

### **9.3. Requisiti strutturali**

Per i gruppi appartamento e le accoglienze comunitarie: i parametri strutturali sono quelli della civile abitazione.

Per i pensionati integrati: i requisiti strutturali e gestionali afferiscono alle norme di cui alla L. R. 31/85 "Disciplina delle strutture ricettive extra alberghiere".



## 10. Strutture della Tutela della Salute Mentale di Minori

### 10.1. Epidemiologia e fabbisogno.

Le strutture di cui al presente capitolo sono rivolte a minori con gravi patologie psichiatriche, quadri psicopatologici anche in comorbidità con patologie riferite al livello intellettivo o disturbo post-traumatico da stress, che a seconda dell'espressività del quadro clinico presentato, necessitano di specifiche risposte residenziali (comunità terapeutica, comunità riabilitativa psico-sociale) anche in rapporto alle condizioni del nucleo familiare e del contesto sociale di vita.

Queste strutture possono rappresentare una delle tappe del percorso riabilitativo e di cura dei minori e, pertanto, sono uno dei nodi della rete di assistenza regionale per la salute mentale. L'intervento terapeutico e riabilitativo svolto con modalità residenziale deve tuttavia rappresentare un intervento temporaneo fortemente orientato al proprio superamento e parte di un sistema complesso ed integrato di servizi.

L'esperienza ha messo in evidenza che minori prossimi al compimento della maggiore età necessitano di percorsi di continuità terapeutica nelle strutture in cui sono inseriti, anche nell'ambito di un percorso penale, rilevando la problematicità di un trasferimento presso accoglienze per adulti, che si caratterizzano per la presenza di ospiti di età più elevata.

A tal proposito, si sottolinea che la rivalutazione congiunta tra NPI e DSM deve essere effettuata nel diciassettesimo anno di età e comunque non oltre i 6 mesi antecedenti il compimento della maggiore età, definendo il percorso terapeutico riabilitativo sanitario. La titolarità tecnica ed economica del caso passa al DSM al compimento del diciottesimo anno di età.

Per i percorsi sociosanitari viene coinvolto il servizio sociale competente territorialmente.

Vengono di seguito definite le tipologie di strutture che accolgono detti minori, offrendo prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative con differente livello di intensità.

**La comunità terapeutica per minori (CTM)** ha funzioni terapeutiche a carattere temporaneo e si colloca tra le strutture che hanno funzione di gestione delle situazioni di scompenso psichico e il rientro in famiglia, o l'inserimento in altre tipologie di comunità, pertanto la presa in carico è focalizzata sui bisogni emergenti del minore e limitata nel tempo.

Si caratterizza per l'alta intensità dell'impegno terapeutico-riabilitativo diretto a far evolvere comportamenti problematici e ha il compito di sviluppare all'interno di un ambiente privo di dinamiche patologiche, specifiche strategie di natura psicoterapeutica, riabilitativa e psicofarmacologica oltre che fornire sostegno di carattere educativo.

**La comunità riabilitativa psico-sociale per minori (CRP)** accoglie minori con patologie psichiatriche e patologie riferite al livello intellettivo, ed ha funzioni riabilitative, secondo un modello integrato bio-psico-socio-educativo nei confronti di minori che necessitano di un periodo in ambiente protetto come supporto al reinserimento sociale.

Considerato che la CRP è orientata al reinserimento sociale dei minori ospiti, le attività socio-riabilitative sono svolte prioritariamente all'esterno della Struttura.

### 10.2. Requisiti organizzativi comuni a tutte le strutture.

L'attivazione è soggetta all'autorizzazione dell'ASL, previo parere della programmazione sanitaria regionale ai sensi dell'art 8/ ter e quater D.Lgs 502/92, così come modificato dal D.Lgs.229/99 e norme regionali vigenti.

Le modalità, i termini, i criteri e la modulistica per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione delle due tipologie di comunità sono indicate negli allegati A, B e C alla D.G.R. n.46-528 del 4.8.2010.

Per garantire una maggior tutela del minore occorre evitare la contiguità con luoghi a particolare rischio, ivi comprese altre strutture socio-sanitarie a dubbio di compatibilità con le suddette strutture per minori.

La struttura è soggetta a vigilanza attraverso gli organi preposti, integrati da un rappresentante del Dipartimento Materno-Infantile (SOC Neuropsichiatria Infantile) e da un rappresentante del DSM per le CTM.

Le strutture sono tenute a trasmettere annualmente i dati individuali ed aggregati previsti dai flussi informativi a livello sia regionale che nazionale. In caso di mancato adempimento, tale circostanza sarà segnalata alla competente Commissione di Vigilanza.

Il minore inserito nella struttura deve essere accompagnato da un PEI predisposto in collaborazione dai servizi invianti e dalla struttura che lo accoglie e riporta la diagnosi codificata attraverso I.C.D. - 10 O.M.S.

Gli inserimenti in queste strutture possono proseguire oltre il raggiungimento della maggiore età, fino a completamento del progetto terapeutico. L'onere sanitario a carico del DSM segue la normativa e la prassi vigente per le attività effettuate a favore delle persone adulte.

Le strutture sono tenute a definire il Progetto di Servizio ed i PEI per i pazienti in accordo con le Aziende Sanitarie, gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali competenti per territorio, e i Servizi Minorili della giustizia, quando coinvolti, secondo quanto di seguito specificato con riferimento alla CRP.

In caso di minori residenti al di fuori del territorio regionale il progetto individualizzato deve essere predisposto in accordo con i servizi invianti, che rimangono titolari della presa in carico.

A livello tecnico i servizi del territorio sede della comunità, assicurano la necessaria collaborazione nello svolgimento delle attività socio-riabilitative.

## **10.A - COMUNITA' TERAPEUTICA PER MINORI (C.T.M.)**

### 10.A.1. Definizione analitica

È una struttura residenziale per pre-adolescenti e adolescenti, con disturbo psicopatologico grave in fase sub - acuta, prevalentemente in assenza di ritardo mentale medio o grave, che richiedono interventi ad alta intensità e che non possono essere trattati a livello domiciliare o ambulatoriale.

### 10.A.2. Modalità e requisiti di accesso

La C.T.M. accoglie fino a 10 minori, per i quali è necessaria la suddivisione in fasce di età progettuali 11/14 e 15/17, con gravità del quadro clinico individuato attraverso l'asse 1 dell'ICD10 OMS, residenti, in via prioritaria, nel territorio della Regione Piemonte e inseriti dai servizi di N.P.I., oppure dalle strutture ospedaliere, previa condivisione del progetto ed autorizzazione alla spesa della S.O.C. N.P.I. competente territorialmente.

Pertanto l'accesso può essere successivo al ricovero ospedaliero presso strutture complesse di Neuropsichiatria Infantile ovvero in SPDC o altre strutture di ricovero, oppure alternativo al ricovero con modalità preventive dello stesso. Si specifica che, nel caso di ricovero in SPDC lo stesso deve essere definito su progetto congiunto dei servizi di NPI e di Salute Mentale ed esclusivamente per minori 14-17 anni, che presentano manifestazioni psico-patologiche caratterizzate da disturbi gravi del comportamento che mettono a rischio l'incolumità psico-fisica.

L'ingresso di ogni singolo minore deve tener conto della progettualità della struttura e della compatibilità con gli altri ospiti presenti, in particolare relativamente all'età, nonché dell'opportunità di accogliere assieme fratelli.

La durata della permanenza dei minori in CTM è di norma non superiore a 4 mesi, prorogabile per un periodo massimo complessivo di 8 mesi. L'eventuale proroga va debitamente motivata, concordata ed autorizzata dal competente servizio di NPI.

Ulteriori proroghe sono consentite sulla base di una valutazione puntuale del percorso precedente, degli interventi in atto, compresi quelli a favore della famiglia, e sono previste sulla base di una progettualità che deve essere condivisa tra tutti i servizi coinvolti.

Dell'avvenuto inserimento verrà data comunicazione all'Ente Gestore dei servizi socio-assistenziali di riferimento territoriale, ai fini del coinvolgimento in un progetto di rientro sul proprio territorio. E' auspicabile che il progetto di inserimento in Comunità sia validato dalle Commissioni UVMD- Minori, ai fini di una tracciabilità complessiva degli interventi che possono prevedere una diversa modularità temporale e sequenziale tra sanitario, socio-sanitario o sociale.

*In casi eccezionali per situazioni gravissime per un limitato periodo iniziale (primi mesi) possono essere ipotizzabili prestazioni aggiuntive individualizzate, indicativamente nell'ambito del 25% della retta complessiva mensile.*

Le CTM assicurano il monitoraggio dei posti in pronta accoglienza, secondo le modalità che saranno individuate dalla Direzione Regionale Sanità.

I posti prontamente disponibili sono immediatamente utilizzabili compatibilmente con la dimissione dal PS del paziente o dopo breve degenza. In questo caso è prevista, per un massimo di un mese, una maggiorazione del 30% della retta.

Il reinserimento del minore in domicilio può essere preceduto da un periodo di ospitalità presso una Comunità riabilitativa psicosociale o Comunità educativa oppure in un Centro Diurno Socio Riabilitativo.

Unitamente al sostegno di carattere educativo, anche rivolto al reinserimento sociale, le CTM devono fornire con continuità:

- visite mediche specialistiche;
- terapie farmacologiche;
- psicoterapie brevi individuali e/o di gruppo;
- competenze per la gestione del controllo emotivo;
- valutazioni e recupero delle autonomie, delle funzioni adattive e cognitive;
- attività psico-riabilitative.

La comunità deve adottare apposito protocollo per la gestione, conservazione e somministrazione dei farmaci, che preveda, inoltre, la responsabilità in capo all'infermiere nell'organizzazione delle modalità distributive e di somministrazione dei farmaci stessi.

Devono, altresì, definire specifiche procedure relative alla sicurezza degli ospiti e del personale (preparazione e consumazione dei pasti, gestione della quotidianità...).

### 10.A.3. Personale

All'interno della C.T.M. è assicurata la presenza programmata, o per fascia oraria, delle seguenti figure professionali:

* medico neuropsichiatra infantile con funzioni di coordinatore	22 ore settimanali
* psicologo/psicoterapeuta	38 ore settimanali
* infermiere professionale	38 ore settimanali

Oltre alla presenza delle figure professionali di cui sopra, deve essere garantita un'assistenza media di 306 minuti/giorno per ospite, dei quali almeno 203 minuti erogati da personale in possesso del titolo di educatore professionale e, per la restante parte, da personale in possesso del titolo di OSS.

In alternativa alla figura dell'educatore professionale, può essere prevista la figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica, per un massimo di 70 minuti al giorno per ospite.

La presenza del medico NPI, dello psicologo e dell'infermiere professionale può essere definita su orario flessibile in base alle esigenze terapeutiche degli ospiti.

Solo nel caso in cui non sia possibile reperire la figura del neuropsichiatra infantile, la figura può essere sostituita da uno psichiatra.

#### 10.A.4.Requisiti strutturali e tecnologici

Oltre ai requisiti minimi precedentemente descritti devono essere presenti:

- un locale per gli operatori (superficie indicativa mq/utente 1,25);
- servizi igienici per il personale;
- locale per colloqui terapeutici e per assistenza sanitaria di primo intervento (superficie indicativa mq/utente 1,50);
- locale per attività occupazionali (superficie indicativa mq/utente 2,00);
- spazi per lavanderia, stireria, dispensa ecc. adeguati alle modalità organizzative adottate per il servizio.

Possono essere presenti ulteriori locali in rapporto al progetto di struttura, quali la sala riunioni.

Le CTM non possono essere collocate oltre al primo piano fuori terra e gli ambienti della zona notte sono da dislocare tutti allo stesso livello.

Altresì, occorre prevedere delle caratteristiche strutturali di sicurezza aggiuntive in modo da limitare il più possibile i rischi derivanti da condotte pericolose (autolesionismo in particolare) messe in atto dai minori nei momenti di crisi, quali per esempio vetri antisfondamento, sistemi di sicurezza alle finestre contro tentativi anticonservativi, sistemi di videosorveglianza, ecc....

A fronte dell'esperienza finora maturata, che ha evidenziato che in realtà condominiali possono emergere situazioni di difficoltà conseguenti alla contiguità delle comunità con le altre abitazioni, non possono essere autorizzate CTM in appartamenti inseriti in condomini destinati alla civile abitazione.

### **10.B. COMUNITA' RIABILITATIVA PSICOSOCIALE PER MINORI (C.R.P)**

#### 10.B.1.Definizione analitica

É una struttura residenziale che accoglie fino ad un massimo di 10 minori, secondo la suddivisione per fasce di età progettuali specifiche. Ciascuna comunità, pertanto, è dedicata in modo esclusivo all'accoglienza di minori della fascia 6/10 anni oppure 11/17 anni, affetti da patologie psichiatriche, che hanno superato favorevolmente la fase acuta del disturbo comportamentale ma che non sono in grado di rientrare in famiglia, oppure per prevenire la stessa fase acuta.

Nell'ambito delle CRP possono essere individuate tre principali vocazioni (per storia, competenze professionali, radicamento e rapporti con il territorio, tradizione del servizio ecc):

- A. Strutture che possono accogliere prevalentemente minori affetti da **gravi disturbi dello sviluppo e/o gravi patologie psichiatriche dell'età evolutiva**, che hanno raggiunto un minimo di stabilità emotiva o un adeguato livello di controllo (anche attraverso terapia farmacologica) sul piano comportamentale rispetto agli impulsi

auto o etero aggressivi, per i quali è ritenuto necessario un inserimento residenziale diverso dalle CTM o dalle CER, compresi i minori afferenti alla area penale, per i quali è possibile prevedere un breve periodo di osservazione (massimo 1 mese) per la definizione del progetto individualizzato, che potrà prevedere la permanenza presso la stessa struttura, oppure l'invio ad una comunità educativa.

B. Strutture che possono accogliere minori con problematiche psicopatologiche e soprattutto disturbi della Condotta e disturbi del Comportamento, con comorbidità in asse III (ritardo mentale) dello ICD 10 e in asse I.

C. Strutture che possono accogliere minori con problematiche psicopatologiche e soprattutto disturbi della Condotta e disturbi del Comportamento, con comorbidità con l'uso di sostanze stupefacenti (mono/policonsumatori).

### 10.B.2. Requisiti di accesso

Le comunità riabilitative psicosociali inseriscono, di norma, minori per i quali si prevede una permanenza di durata non superiore ai due anni, inseriti dalla NPI o dall'UMVD-Minori.

In casi particolari, può essere previsto l'inserimento di bambini al di sotto dei 6 anni, esclusivamente in pronta accoglienza e per il tempo necessario per individuare la risposta più adeguata, in ottemperanza a quanto stabilito all'art. 2, commi 1 e 2 della L.184/83 e s.m.i..

L'inserimento per questa fascia di età può avvenire solo presso le CRP che accolgono minori di età compresa tra i 6 ed i 10 anni.

Il PEI deve definire gli specifici interventi terapeutici e socio-riabilitativi estensivi che si intendono attuare durante la permanenza in struttura residenziale.

Le CRP in particolare devono garantire, in relazione all'età e al progetto:

- visite mediche specialistiche;
- terapie farmacologiche (se necessarie);
- psicoterapie brevi individuali e/o di gruppo;
- valutazioni e recupero delle autonomie, delle funzioni adattive e cognitive;
- attività di reinserimento sociale;
- gestione del controllo emotivo;
- attività scolastiche, formative, espressive, culturali e sportive;
- tirocini e borse-lavoro.

Devono, altresì, definire specifiche procedure relative alla sicurezza degli ospiti e del personale (preparazione e consumazione dei pasti, gestione della quotidianità...).

La comunità deve adottare apposito protocollo per la gestione, conservazione e somministrazione dei farmaci, che preveda, inoltre, la responsabilità in capo all'infermiere nell'organizzazione delle modalità distributive e di somministrazione dei farmaci stessi.

A parità di importo complessivo di spesa per l'assistenza residenziale a minori, eventuali prestazioni aggiuntive, a carico della Sanità, ritenute necessarie per le eccezionali condizioni cliniche, non devono superare il 25% dell'importo della retta mensile sanitaria .

### 10.B.3.Personale

All'interno della C.R.P. è assicurata la presenza programmata o per fascia oraria delle seguenti figure professionali :

- medico neuropsichiatria infantile      18 ore settimanali
- psicologo-psicoterapeuta                38 ore settimanali
- infermiere professionale                 18 ore settimanali

Oltre alla presenza delle figure professionali di cui sopra, deve essere garantita un'assistenza media di 255 minuti/giorno per ospite, dei quali almeno 178 minuti erogati da personale in possesso del titolo di educatore professionale e per la restante parte da personale in possesso del titolo di OSS.

Solo nel caso in cui non sia possibile reperire la figura dell'educatore professionale, può essere prevista la figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica, per un massimo di 60 minuti al giorno per ospite.

La presenza del medico NPI, dello psicologo e dell'infermiere professionale può essere definita su orario flessibile in base alle esigenze terapeutiche degli ospiti.

Solo nel caso in cui non sia possibile reperire la figura del neuropsichiatria infantile, la figura può essere sostituita da uno psichiatra.

Uno degli educatori professionali, in possesso di almeno 3 anni di esperienza, assume funzioni di coordinatore.

Possono inoltre essere presenti ulteriori figure professionali in relazione alle attività individuate dal progetto del servizio.

#### 10.B.4. Requisiti strutturali

Oltre ai requisiti minimi precedentemente descritti devono essere presenti:

- un locale per l'operatore in servizio notturno (superficie indicativa mq/utente 1,25);
- un servizio igienico per il personale;
- un ambulatorio medico /un locale per colloqui terapeutici (superficie indicativa mq/utente 1,50)
- spazi per lavanderia, stireria, dispensa ecc. adeguati alle modalità organizzative adottate per il servizio.

Inoltre possono essere presenti i seguenti locali:

- una sala riunioni;
- un locale per attività occupazionali/laboratori.

Nel caso in cui vengano accolti nuclei genitore/bambino:

- camera a due letti con bagno autonomo

Le CRP non possono essere collocate oltre al primo piano fuori terra e gli ambienti della zona notte sono da dislocare tutti allo stesso livello.

Altresì, occorre prevedere delle caratteristiche strutturali di sicurezza aggiuntive in modo da limitare il più possibile i rischi derivanti da condotte pericolose (autolesionismo in particolare) messe in atto dai minori nei momenti di crisi, quali per esempio vetri antisfondamento, sistemi di sicurezza alle finestre contro tentativi anticonservativi, sistemi di videosorveglianza ecc....

A fronte dell'esperienza finora maturata, che ha evidenziato che in realtà condominiali possono emergere situazioni di difficoltà conseguenti alla contiguità delle comunità con le altre abitazioni, non possono essere autorizzate CRP in appartamenti inseriti in condomini destinati alla civile abitazione.



## **11. Centri Diurni**

I centri diurni sono strutture che accolgono, a ciclo semi residenziale, minori con i quali vengono svolte attività di prevenzione e sostegno.

I centri diurni rispondono a due tipi di esigenze: da un lato essi accolgono minori per i quali si rende necessario un supporto alla famiglia in difficoltà nello svolgimento della propria funzione educativa, dall'altro lato essi accolgono minori per i quali si rende necessaria un'attività educativa e animativa ed una aggregazione territoriale al fine di favorire la crescita evolutiva positiva nel tempo libero.

A seconda dell'intensità educativo assistenziale attivata dai centri educativi si può prevedere che il minore accolto venga accompagnato da livelli di progettualità del servizio e personalizzati.

I centri diurni si dividono in Centri Educativi per Minori (CEM) e in Centri Aggregativi per Minori (CAM).

### **11.1. Centri Educativi Per Minori (Cem)**

#### 11.1.1. Definizione analitica

I Centri Educativi per Minori offrono ospitalità diurna ad alta intensità educativo assistenziale. Questo significa che il loro supporto è specialmente rivolto alle fasce deboli delle famiglie e dei loro figli minori. I bisogni a cui questi centri possono potenzialmente rispondere sono relativi alla "debolezza" del nucleo familiare il quale, però, se opportunamente supportato, è ancora in grado di mantenere una relazione positiva con i figli. Questi centri supportano la famiglia nel lavoro con i minori per ciò che attiene alle relazioni intra familiari, al lavoro scolastico, all'inserimento nel gruppo dei pari e in generale a tutte le variabili socio ambientali che prevengono l'allontanamento dalla famiglia stessa o ne agevolano il rientro.

I Centri Educativi per Minori, configurandosi come luoghi del sostegno e dell'integrazione sociale, possono accogliere minori con segnalazione dei Servizi territoriali in forma esclusiva, oppure in forma integrata con minori provenienti direttamente da richieste di famiglie.

#### 11.1.2. Requisiti di accesso

I minori che possono afferire ai CEM rientrano nella fascia di età compresa tra 6 e 17 anni (o comunque frequentanti il ciclo della scuola dell'obbligo).

Possono accedere al servizio i minori per i quali si ravvede la possibilità che un sostegno ad alta intensità educativa, ma non residenziale possa essere di aiuto e per il minore e per la famiglia, in modo tale da scongiurare l'allontanamento dallo stesso nucleo familiare o permettere il rientro. Possono far parte del CEM anche minori non segnalati dai Servizi che necessitano di un sostegno di prevenzione anche in relazione ai bisogni delle famiglie.

La capienza massima del CEM è di 30 posti, da intendersi come numero massimo di minori contemporaneamente presenti.

Il progetto di servizio deve prevedere la divisione degli ospiti in sottogruppi di attività composti di norma da non più di 10 minori.

### 11.1.3.Requisiti progettuali

Il CEM necessita di un progetto del servizio dove vengano esplicitati le linee e i principi sui quali si fonda l'azione di educazione. Il progetto deve corrispondere alle caratteristiche definite per i progetti del servizio dei centri residenziali.

Se il CEM si prevede ad utenza mista il progetto deve comprendere anche le modalità pedagogiche di gestione dei minori segnalati con quelli senza segnalazione.

Per i minori segnalati dai servizi è necessario un PEI definito come nelle strutture a ciclo residenziale.

La funzione dei CEM è tale per cui deve prevedersi l'apertura almeno per 11 mesi all'anno, per almeno 5 giorni alla settimana prevalentemente nella fascia pomeridiana e con orari flessibili in relazione alle esigenze degli ospiti, comprendendo anche il tempo per i pasti.

### 11.1.4.Personale

Il rapporto numerico è di un minimo di un educatore professionale a tempo pieno per i primi 5 ospiti del CEM, prevedendo un incremento di ore/personale proporzionale al numero di minori eccedenti i primi 5, superato il margine di flessibilità del 20% di presenze aggiuntive (esempio: fino a 6 minori/1 EP a tempo pieno; 7 minori/1,4 EP; 8 minori/1,6 EP; 9 minori/1,8 EP; 10 minori/2 EP).

Sulla base del progetto di servizio e delle attività realizzate, è possibile prevedere la presenza di un operatore con titolo diverso da quello di educatore professionale, ma con esperienza almeno quinquennale in campo educativo, nella misura massima del 25% delle ore/personale educativo.

E' prevista, inoltre, la figura di un coordinatore per un monte ore settimanale massimo di 3 ore.

La figura del coordinatore può essere:

- un educatore professionale interno all'Equipe, che ne assume la funzione;
- un educatore professionale o personale con Laurea in Scienze della formazione o Pedagogia, con esperienza triennale di attività di coordinamento.

Nel caso sia una figura esterna, la sua attività può svolgersi nel coordinamento al massimo di tre servizi.

Qualora non si ricorra ad un servizio esterno, deve essere previsto personale addetto alla cucina.

### 11.1.5.Requisiti strutturali

Secondo le indicazioni del decreto attuativo n° 308 relativo all'articolo 11 della legge 328/00 le strutture a ciclo diurno devono avere:

- spazi destinati ad attività collettive e di socializzazione nella misura di uno ogni gruppo (i gruppi possono essere al massimo di dieci minori) - (superficie indicativa mq/utente 4,00);
- un servizio igienico per il personale separato da quello degli ospiti;
- un servizio igienico ogni 10 minori di cui uno attrezzato per la non autosufficienza;
- un locale per il personale (superficie minima 9 mq);
- qualora il progetto del servizio preveda la somministrazione ed il consumo dei pasti: la struttura deve essere dotata di appositi locali rispondenti alla normativa vigente in materia di sicurezza alimentare ed in applicazione dei regolamenti comunitari di settore.

## **11.2. I Centri Aggregativi per Minori (Cam)**

### 11.2.1. Definizione analitica

I Centri Aggregativi per Minori (CAM) offrono un servizio aggregativo a sfondo educativo per minori i cui bisogni afferiscono all'area della prevenzione e si definiscono in termini di socializzazione, accompagnamento scolastico, animazione del tempo libero.

La funzione dei CAM è anche quella di animazione territoriale, quale luogo di proposta attiva con funzione di prevenzione del disagio e promozione dell'agio.

I CAM sorgono preferibilmente all'interno di strutture aggregative, ad esempio oratori, polisportive, ecc. oppure sorgono all'interno di plessi scolastici e possono essere perciò integrati con la stessa attività scolastica.

In tal caso il CAM deve essere dotato di idonei spazi autonomi e ad uso esclusivo per le attività del centro stesso.

### 11.2.2. Requisiti di accesso

I minori che possono accedere al CAM hanno un'età compresa tra i 6 e i 18 anni. Sono consigliate divisioni per fasce di età secondo il progetto del servizio.

Tali minori, per accedere al servizio, non necessitano di segnalazione dei Servizi competenti. Possono comunque accedere minori segnalati dal Servizio sociale se il loro progetto prevede un intervento a bassa intensità educativo assistenziale.

I CAM possono accogliere fino a un massimo di 30 minori mediamente presenti.

Per i minori segnalati dai Servizi è necessario un PEI definito come nelle strutture a ciclo residenziale.

La funzione dei CAM è tale per cui deve prevedersi l'apertura per almeno 11 mesi all'anno per 5 giorni alla settimana prevalentemente nella fascia pomeridiana.

### 11.2.3. Requisiti progettuali

Il CAM deve prevedere un progetto del servizio che metta in evidenza le funzioni di aggregazione per la fascia giovanile e il contesto socio ambientale dentro il quale tale CAM agisce.

Il progetto del servizio si rifà a quello delle strutture a ciclo residenziale. Non sono necessari progetti personalizzati per i minori accolti (ad eccezione di quelli inviati dai Servizi).

Il CAM deve comunque avere una programmazione annuale delle attività riferite ai gruppi e/o alla fascia di popolazione giovanile a cui si rivolge.

#### 11.2.4. Personale

Il rapporto numerico è di un minimo di una figura educativa (educatore professionale/animatore socio-educativo) a tempo pieno per i primi 10 ospiti del CAM, prevedendo un incremento di ore/personale proporzionale al numero di minori eccedenti i primi 10, superato il margine di flessibilità del 20% di presenze aggiuntive.

I CAM prevedono, inoltre, la presenza di figure volontarie che, all'interno della realtà territoriale dove si realizza il CAM, assumono anche la funzione di agevolatori dell'integrazione territoriale per i giovani.

E' prevista, inoltre, la figura di un coordinatore per un monte ore settimanale massimo di 3 ore.

La figura del coordinatore può essere:

- un educatore professionale interno all'Equipe, che ne assume la funzione;
- un educatore o altra figura professionale esterna all'Equipe.

Nel caso sia una figura esterna, la sua attività può svolgersi nel coordinamento al massimo di 4 servizi.

#### 11.2.5. Requisiti strutturali

Secondo le indicazioni del decreto attuativo n° 308 relativo all'articolo 11 della legge 328/00 le strutture a ciclo diurno devono avere:

- spazi destinati ad attività collettive e di socializzazione;
- servizi igienici collettivi di cui uno attrezzato per la non autosufficienza che può essere presente nell'intera struttura che ospita il CAM;
- un locale per il personale che può essere condiviso con altri servizi presenti nella struttura;
- qualora il progetto del servizio preveda la somministrazione ed il consumo dei pasti: la struttura deve essere dotata di appositi locali rispondenti alla normativa vigente in materia di sicurezza alimentare ed in applicazione dei regolamenti comunitari di settore.

Inoltre, possono essere presenti i seguenti locali:

- altri locali ad uso collettivo per le attività di socializzazione, atelier, laboratori, in numero e dimensioni adeguate alla capacità ricettiva massima della struttura ed alle attività previste.
- una sala riunioni per attività di gruppo e/o piccole conferenze a carattere informativo.

### 11.3. Centro Diurno socio-riabilitativo

Il **Centro Diurno socio-riabilitativo (CDSR)** si pone come struttura flessibile finalizzata a rispondere ai bisogni terapeutici e riabilitativi di minori con patologia psichiatrica per i quali non è necessario un inserimento residenziale.

Nel rispetto degli adempimenti di legge inerenti l'obbligo scolastico, la frequenza al centro non si caratterizza come alternativa alla frequenza scolastica, ma si integra con essa, secondo i tempi e le modalità che sono definiti nel PEI, predisposto con particolare attenzione alla flessibilità degli orari di accoglienza, per favorire tutte le occasioni di integrazione scolastica e sociale .

Il **CDSR**, in qualità di struttura sperimentale, deve essere autorizzato secondo le modalità di seguito specificate. Le Direzioni regionali competenti, trascorso un triennio dall'approvazione del presente provvedimento, attraverso la verifica degli esiti delle sperimentazioni effettivamente avviate, valuteranno l'opportunità del superamento della fase sperimentale, con l'eventuale revisione dei requisiti di seguito individuati e ridefinizione del fabbisogno regionale.

L'attivazione è soggetta all'autorizzazione dell'ASL, previo parere della programmazione sanitaria regionale ai sensi dell'art 8/ter e quater D.Lgs 502/92, così come modificato dal D.Lgs.229/99 e norme regionali vigenti. A tal fine, in fase di prima attivazione sperimentale, il fabbisogno a livello regionale viene definito come segue:

-quadrante 1 (Torino) di cui 2 a Torino città (rif. DGR 66-4308 del 13 novembre 2006) ed 1 sul territorio provinciale	3 CDSR
-quadrante 2 (Novara, Vercelli, Biella e VCO)	1 CDSR
-quadrante 3 (Cuneo)	1 CDSR
-quadrante 4 (Asti Alessandria)	1 CDSR

L'intervento si caratterizza per l'impegno terapeutico-riabilitativo ad alta intensità diretto a far evolvere comportamenti problematici e a fare acquisire abilità e competenze funzionali specifiche.

Per garantire una maggior tutela del minore ed al fine di evitare la contiguità con luoghi a particolare rischio, ivi comprese altre strutture socio-sanitarie a dubbio di compatibilità con le suddette strutture per minori, l'ubicazione del CDSR dovrà essere approvata dalla competente S.O.C. di NPI.

L'autorizzazione al funzionamento sarà rilasciata dall'Azienda Sanitaria territorialmente competente previa comunicazione alla Direzione Sanità.

Può accogliere sino a 20 minori, di cui massimo 10 minori contemporaneamente presenti di età compresa fra i 10 e i 18 anni (prevedendo gruppi omogenei per età), con diagnosi sull'asse 1 dell'ICD-10 OMS, residenti o domiciliati nel territorio della Regione Piemonte .

L'inserimento, il PEI e l'organizzazione dei tempi di frequenza sono a cura delle Strutture Complesse di N.P.I competenti territorialmente anche di concerto con i servizi sociali.

La frequenza dei minori dovrà essere organizzata in modo da garantire l'omogeneità delle fasce di età accolte (preferibilmente 10-14 e 14-18) con la possibilità di creare sottogruppi omogenei per profilo funzionale.

L'organizzazione temporale degli interventi deve essere molto flessibile, a secondo delle necessità dei diversi utenti, sia negli orari che nella sequenza e durata dei trattamenti, preservando per quanto possibile la frequenza scolastica dei minori.

Tra gli obiettivi dell'intervento semiresidenziale vi è anche quello di evitare o ridurre al minimo la necessità del ricorso alla residenzialità o al ricovero ospedaliero e di favorire dimissioni protette.

### 11.3.1.Requisiti progettuali

Il Centro Diurno Socio Riabilitativo definisce il proprio modello operativo attraverso il Progetto del Servizio.

In specifico devono essere definiti i modelli operativi da cui si evinca una organizzazione delle attività per "progetti psicoriabilitativi" integrati che devono essere ricondotte ad attività cliniche che esulano da specifiche "prestazioni" ambulatoriali.

In linea di massima un CDSR dovrebbe essere in grado di fornire:

- interventi sulle autonomie e sulle funzioni adattive
- training per la gestione del controllo emotivo
- esperienze finalizzate alla condivisione e allo "stare insieme"
- terapie occupazionali,
- attività espressive, anche a valenza terapeutica
- terapie farmacologiche (se necessarie).

### 11.3.2.Personale

Considerato che il CDSR offre attività per piccoli gruppi (rapporto 1/3 o 1/4), che si svolgono sia all'interno sia all'esterno della struttura, il numero delle figure professionali deve essere definito in base alla tipologia degli ospiti ed ai singoli progetti individualizzati.

Alla luce di quanto ora specificato, le figure professionali previste per un nucleo da 10 posti, sono:

- 3 Educatori professionali a tempo pieno
- 1 Tecnico della riabilitazione psichiatrica a tempo pieno
- 1 OSS a tempo pieno.

Le figure cliniche (neuropsichiatria infantile, psichiatra, psicologo) sono afferenti ai servizi territoriali di pertinenza, che rimangono responsabili del progetto clinico, sulla base del progetto individualizzato predisposto congiuntamente con i servizi sociali territoriali.

Possono inoltre essere presenti esperti, in relazione alle attività di laboratorio previste dal progetto del servizio.

E' auspicabile che si stabiliscano forme di collaborazione o protocolli specifici tra strutture pubbliche e privati per la formulazione di profili educativi individualizzati e modalita' trattamentali .

### 11.3.3.Requisiti strutturali e tecnologici

Devono essere presenti i seguenti locali:

- Un servizio igienico per il personale
- Un servizio igienico ogni 5 minori di cui uno attrezzato per la non autosufficienza;
- Locale per attività occupazionali (superficie indicativa mq/utente 1,50)
- Laboratorio (superficie indicativa mq/utente 1,50).
- Locale per colloqui terapeutici e per assistenza sanitaria di primo intervento (superficie indicativa mq/utente 1,25)
- Ufficio/locale personale (superficie indicativa mq/utente 1,00).
- qualora il progetto del servizio preveda la somministrazione ed il consumo dei pasti: la struttura deve essere dotata di appositi locali rispondenti alla normativa vigente in materia di sicurezza alimentare ed in applicazione dei regolamenti comunitari di settore.

Il Centro può essere collocato in adiacenza ad altra struttura sanitaria per minori di cui al presente provvedimento.



## 12. Oneri Finanziari

Gli oneri finanziari per gli inserimenti nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie (CTM e CRP) sono così stabiliti:

1. minori inseriti in CTM: spesa a totale carico del SSR, compreso l'eventuale incremento derivante da prestazioni aggiuntive.
2. minori inseriti in CRP: compartecipazione alla spesa per il 70% a carico SSR e 30% a carico del soggetto gestore dei servizi sociali competente. Sono a carico del SSR eventuali oneri (non superiori al 25% della quota sanitaria) per prestazioni aggiuntive ritenute necessarie per eccezionali condizioni cliniche.
3. minori vittime di maltrattamento o abuso, con diagnosi ICD10 OMS di disturbo post-traumatico da stress, che necessitano di una presa in carico residenziale a forte valenza terapeutica e riparativa: spesa per il 60% a carico del SSR e per il 40% dell'Ente Gestore delle funzioni socio-assistenziali.

Nel caso di inserimento di un minore e del genitore, per la ripartizione delle spese relative ad entrambi, trovano applicazione le regole di cui sopra.

Viene fatto salvo quanto previsto in tema di compartecipazione economica da parte del CGM e del SSR per quanto riguarda l'inserimento in CRP dei minori sottoposti a provvedimenti penali, ai sensi della DGR 5-12654 del 30.11.2009 "Approvazione delle Linee Guida per l'assistenza sanitaria dei minori e giovani adulti in collaborazione con i Servizi della Giustizia Minorile".

La strutturazione dei Centri Diurni Socio-Riabilitativi (CDSR), che presuppongono tariffe inferiori a quelle previste per la residenzialità, consentirà, a parità di spesa storica complessiva, il trattamento di un numero maggiore di minori.

Questo concetto si applica anche nel caso di ricorso a prestazioni aggiuntive per gli inserimenti in comunità educative, qualora ritenute necessarie, per le quali si possono prevedere tariffe fino al 25% superiori a quelle del Centro Diurno Socio-Riabilitativo.

### 13. Norme Transitorie

I parametri strutturali e gestionali definiti nel presente provvedimento trovano immediata applicazione per le strutture di nuova istituzione.

Al fine di evitare ulteriori oneri economici, le strutture attualmente esistenti e operanti con autorizzazione al funzionamento rilasciata in base ai parametri strutturali definiti dalla DGR 41/04 possono continuare l'attività senza necessità di adeguarsi ai parametri strutturali qui descritti.

L'adeguamento delle strutture attualmente esistenti ai requisiti gestionali stabiliti dal presente provvedimento dovrà avvenire entro 12 mesi dall'approvazione dello stesso. Le strutture per minori inserite, alla data del presente provvedimento, in edifici in cui sono presenti strutture destinate ad altre tipologie di ospiti possono continuare l'attività.

**-Durata massima inserimenti:** i limiti massimi di permanenza individuati nel paragrafo "Definizioni generali" non si applicano ai minori già ospiti nelle strutture alla data di entrata in vigore del presente provvedimento, fatta salva la necessità che i servizi si attivino, comunque, per contenere al massimo la permanenza in struttura, assicurando in ogni caso la salvaguardia del superiore interesse del minore.

-Con riferimento alla figura dell'**educatore professionale** operante nelle strutture socio-assistenziali, si rinvia a quanto previsto con DGR 94-13034 del 30.12.2009. Le suddette previsioni non si applicano agli operatori in servizio all'entrata in vigore del presente provvedimento, che risultano privi del titolo di educatore professionale, per i quali si considerano validi i titoli richiesti all'atto della prima assunzione, purché gli stessi risultino aver maturato un'esperienza di lavoro nelle strutture residenziali di almeno 7 anni o per i quali, in considerazione dell'età anagrafica, non è ipotizzabile intraprendere il percorso di riqualifica professionale.

-Con riferimento alla figura dell'**educatore professionale** operante presso le CTM e le **CRP**, si rinvia a quanto previsto con DGR 94-13034 del 30.12.2009.

-Si considerano validi i titoli di **ADEST o OTA** per il personale già in servizio alla data di approvazione del presente provvedimento, che pertanto può continuare a svolgere le proprie funzioni.

La figura dell'ADEST, in ottemperanza al comma 5 dell'Art 32 della L.r. 8 gennaio 2004, n. 1, è da considerarsi: *"ad esaurimento in seguito all'istituzione della figura dell'operatore socio-sanitario" (OSS).*

-Con riferimento alla figura dell'**assistente all'infanzia**, sono considerati validi tutti i titoli ammessi quale requisito per operare all'interno dei servizi per la prima infanzia, sulla base della normativa vigente.

-Con riferimento alla figura del **mediatore interculturale**, si fa riferimento al titolo di Specializzazione di Mediatore Interculturale, definito e rilasciato secondo le regole definite dal Sistema Regionale della formazione professionale. Per il personale già in servizio alla data di approvazione del presente provvedimento con funzioni di mediatore interculturale, si considerano validi i titoli richiesti all'atto della prima assunzione e pertanto può continuare a svolgere le proprie funzioni.

-Le strutture che accolgono minori, ancora in possesso di autorizzazione al funzionamento in base alle tipologie per minori definite dalla DGR 38-16335 del 28.6.1992, devono confermare l'autorizzazione secondo le tipologie ed i requisiti di cui al presente provvedimento entro 12 mesi dall'entrata in vigore del medesimo. Decorso tale termine, le autorizzazioni rilasciate in base alle tipologie definite dalla DGR n. 38-16335 del 28.6.1992 sono sospese e, pertanto, le strutture devono cessare l'attività.

**TABELLA RIASSUNTIVA TIPOLOGIE REGIONALI ED EQUIVALENTE DEFINIZIONI  
NOMENCLATORE INTERREGIONALE DEGLI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI**

<b>Descrizione Nazionale Presidio</b>	<b>Descrizione Regionale Presidio</b>
Servizi di accoglienza per bambino genitore	COMUNITA' GENITORE BAMBINO GRUPPO APPARTAMENTO GESTANTI E MAMME CON BAMBINO GRUPPO APPARTAMENTO PAPA' CON BAMBINO ACCOGLIENZA COMUNITARIA PENSIONATO INTEGRATO CASA RIFUGIO PER DONNE SOLE E CON FIGLI VITTIME DI VIOLENZA (LR 16/2009-DPGR n. 17/R del 2009)
Comunità socio educative	COMUNITA' EDUCATIVA RESIDENZIALE
Comunità multiutenza	CASA FAMIGLIA UTENZA MISTA DGR 10/2009
Comunità Familiari	CASA FAMIGLIA PER MINORI
Strutture di pronta accoglienza	COMUNITA' EDUCATIVA RESIDENZIALE-PRONTA ACCOGLIENZA
Comunità educativo e psicologica	COMUNITA' RIABILITATIVA PSICOSOCIALE PER MINORI
Alloggio ad alta autonomia	GRUPPO APPARTAMENTO PER ADOLESCENTI E GIOVANI ACCOGLIENZA COMUNITARIA PER ADOLESCENTI E GIOVANI PENSIONATO INTEGRATO