



A.S.L. TO1

Azienda Sanitaria Locale
Torino

TRIBUNALE PER I MINORENNI DI TORINO



CITTA' DI TORINO

**PROCURA DELLA REPUBBLICA PRESSO IL
TRIBUNALE PER I MINORENNI DI TORINO**

**PROTOCOLLO DI INTESA PER PERCORSI MULTIPROFESSIONALI TRA ENTI PER LA
GESTIONE MAMMA-BAMBINO IN SITUAZIONI DI MALATTIA.**

L'anno **2012**, il mese **ottobre**, il giorno **30** in Torino,

TRA

IL TRIBUNALE PER I MINORENNI DEL PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

**LA PROCURA DELLA REPUBBLICA PRESSO IL TRIBUNALE PER I MINORENNI DEL
PIEMONTE E VALLE D'AOSTA**

L'ASL TORINO 1

IL COMUNE DI TORINO

PREMESSO CHE

Tra i percorsi multiprofessionali per la gestione mamma-bambino in situazioni di malattia, particolare rilievo assumono le condizioni di minori inseriti in comunità mamma-bambino.

Tali Comunità m-b (mamma-bambino) sono normate dalla DGR 41-12003 del 15/03/2004 ("Tipologie, requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori") ed accolgono donne con bambini con funzioni di tutela dei minori e di sostegno alle capacità genitoriali.

Gli inserimenti avvengono

1. per la valutazione della genitorialità e con finalità di sostegno nelle comunità di primo livello;

2. con progetti mirati nelle comunità con genitori tossicodipendenti;
3. in situazioni di emergenza avvalendosi di posti riservati presso le CA m-b o in servizi diversi ma idonei all'accoglimento.

Nei casi urgenti, l'inserimento mirato alla protezione immediata del minore in situazione di grave pregiudizio può essere determinato dal Servizio socio-assistenziale, dagli Ospedali, dalle Forze dell'Ordine (art. 403) e, successivamente confermato dal Tribunale per i Minorenni.

L'inserimento può essere in via ordinaria consensuale o qualora coatto, è disposto dal Tribunale per i Minorenni ed è finalizzato alla costruzione di una progettualità futura a favore dello sviluppo del minore (autonomia del nucleo, affidamento, adozione).

La Legge 184/1983, integrata dalla legge 149/2001, sancisce infatti il diritto del minore di crescere e di essere educato nell'ambito della propria famiglia naturale e mira a rendere effettivo questo diritto attraverso la predisposizione di interventi di sostegno alla famiglia di origine onde rimuovere le cause che possano precludere la crescita serena del bambino.

La dichiarazione dello stato di adottabilità ricorre solo in situazioni di carenze materiali e morali da parte dei genitori, tale da pregiudicare in modo grave e non transeunte lo sviluppo e l'equilibrio psico-fisico del minore e sempre che detta situazione sia accertata in concreto sulla base di riscontri obiettivi, non potendo la verifica dello **stato di abbandono** del minore essere rimessa ad una valutazione astratta, compiuta "ex ante", alla stregua di un giudizio prognostico fondato su indizi privi di valenza assoluta (Cass. Sez. I Sentenza 12/05/2006 n. 11019).

La Regione Piemonte con **DGR n. 30-13077** del 19 gennaio 2010 ha definito le "Indicazioni operative in materia di segnalazioni di minori in presunto stato di abbandono".

Interventi di sostegno

Tenuto conto che la Legge 184/1983, integrata dalla legge 149/2001, sancisce in modo molto chiaro il diritto del minore a crescere nella propria famiglia naturale, i servizi debbono in primo luogo attuare interventi di sostegno.

Difatti i Servizi non possono limitarsi a registrare passivamente le insufficienze della situazione in atto, ma debbono costruire con gli opportuni strumenti di aiuto e di sostegno, nella famiglia di origine, relazioni umane significative ed idonee al benessere del bambino.

Valorizzazione del legame naturale, logica di gradualità, sussidiarietà degli interventi che ispira la Legge novellata.

Patologia dei genitori

L'accertamento di una patologia (disturbo mentale, tossicodipendenza) non è di per sé sufficiente, dovendosi valutare gli effetti di essa rispetto al compito genitoriale di crescita ed educazione dei figli, nonché le possibili ricadute di agiti e/o omissioni sul loro normale sviluppo (sentenza del 12/4/2006 n° 8527).

Devono risultare, all'esito di un rigoroso accertamento, carenze di tale rilevanza da integrare, di per sé, una situazione di pregiudizio per il minore, tenuto conto dell'esigenza primaria, esigenza che non può essere sacrificata per la semplice inadeguatezza dell'assistenza o degli atteggiamenti psicologici, con la conseguenza che ai fini della **dichiarazione di adottabilità**, non basta che risultino insufficienze o malattie mentali dei genitori, anche a carattere permanente essendo in ogni caso necessario accertare se, in ragioni di tale patologia il genitore sia realmente inidoneo ad assumere e conservare piena consapevolezza dei propri compiti e delle proprie responsabilità e ad offrire al minore quel minimo di cure materiali, calore affettivo e aiuto psicologico indispensabili per un'equilibrata e sana crescita psicofisica.

Recuperabilità del ruolo genitoriale

La prognosi circa la recuperabilità del ruolo genitoriale deve essere effettuata attenendosi a criteri certi, i trattamenti eventualmente intrapresi debbono dar luogo ad una prognosi di riuscita, in tempi compatibili con le esigenze del minore.

Affidamento familiare

Ai sensi della già citata L. 184/83 s.m.i. la situazione che giustifica l'affidamento etero familiare e quella che conduce alla pronuncia di adottabilità si differenziano, in quanto la mancanza di "un ambiente familiare idoneo" è considerata nel primo caso, temporanea e superabile con il detto affidamento, mentre nel secondo caso si ritiene che essa sia insuperabile e che non vi si possa ovviare se non per il tramite della dichiarazione di adottabilità.

La valutazione della disponibilità dei parenti che presentano istanza di affidamento del minore: condizione fondamentale per poter prendere in considerazione tale disponibilità, è che tra i parenti ed il minore esistano "rapporti significativi" (si vedano gli artt. 12 e 15 Legge 184/83, modificata L. 149/01 - Cass. Sez 1, sentenza del 8/8/2002 n° 11993).

Sperimentazioni in ASL TO 1

In ASL TO 1 è stata avviata una riflessione ed un confronto fra diversi servizi sanitari finalizzati a ricercare e possibilmente sperimentare nuovi percorsi di intervento

I possibili strumenti di sostegno alla genitorialità, in queste situazioni, sono attivabili, non solo, nel lavoro individualizzato di ogni servizio, ma anche in interventi nuovi, "comuni", proposti da più servizi, sia degli adulti che dei bambini

In questo senso risulta necessario continuare il lavoro comune tra servizi attraverso:

- 1) La costituzione di un gruppo di lavoro interservizi, con operatori sanitari e sociali, circa la "genitorialità fragile", gruppo che possa rilevare e quantificare, nei diversi servizi, da angolature differenti, la presenza di tale fenomeno, gli interventi finora attuati in proposito e con quali esiti e difficoltà, le possibili, future linee di lavoro da condividere ed attuare
- 2) La riflessione circa l'introduzione di interventi condivisi e innovativi a sostegno della genitorialità fragile, quali ad esempio, gruppi terapeutici per genitori con problematiche sanitarie, a stimolo e sostegno delle capacità genitoriali. In questi interventi le professionalità, differenti e specifiche, degli operatori titolari dei minori e degli operatori titolari degli adulti risultano entrambe necessarie e significative.

Si evidenzia, infatti, una forte criticità dovuta alla presenza crescente di problematiche psicopatologiche nelle madri inserite nelle comunità m-b ed alle difficoltà operative e gestionali per le comunità stesse. Difatti, queste segnalano 47 nuclei (21%) con madri problematiche dei 226 inseriti nel 2010 per la Città di Torino, con l'incremento della complessità dei sistemi di accoglienza, mentre il coinvolgimento diretto, anche sul piano economico, richiesto ai DSM della Città, non supera i complessivi 6 casi annui.

Istituzioni coinvolte:

Trattandosi di progetti a rilevanza socio sanitaria i servizi coinvolti sono:

il Servizio Sociale del Comune

e

il Servizio di Neuropsichiatria Infantile/Psicologia delle ASL (perché competente sia sul minore che sulla valutazione della genitorialità della madre).

Il Ser.T. è fin da subito coinvolto nelle situazioni già certe di abuso di sostanza nei genitori (es. bambino nato in SAN) o successivamente secondo prassi già consolidate nel caso emergano problemi di dipendenza nel corso dell'istruttoria.

Il DSM nei casi di franca patologia psichiatrica nei genitori, quando già conosciuti dallo stesso DSM e dove già previsto il coinvolgimento dello stesso da parte del Tribunale per i Minorenni. Più problematica, invece, potrebbe risultare la collaborazione con il DSM qualora i genitori, non in carico allo stesso, manifestino modalità comportamentali fortemente disadattive nel corso

dell'inserimento in comunità.

La permanenza del genitore in comunità in questi casi può dare origine a problemi di difficile gestione, senza che il DSM possa intervenire qualora non vi sia una consensualità da parte dell'interessato.

Pertanto, come elemento critico e di riflessione, si rende necessaria una collaborazione con il DSM che permetta di superare la non consensualità del genitore, nel caso in cui la NPI e/o gli altri servizi coinvolti (sociale, comunità...) ravvisino la necessità di una valutazione psichiatrica, per addivenire ad un progetto mirato che tenga conto di tutte le valenze in gioco.

Le S.C. di NPI in questi anni, hanno utilizzato l'inserimento in comunità mamma-bambino tenendo conto di valutare, con attenzione, il quadro di personalità della madre; questo perché lo scopo delle comunità è in primis educativo e di sostegno ad una genitorialità possibile e capace di una relazione non traumatica con il bambino.

Le gravi difficoltà di una madre nella cura del suo bambino possono essere valutate dentro una comunità e ricevere un sostegno, quando queste dipendono da deficit e deprivazioni della persona che, però, non si sono strutturate in un quadro psicopatologico importante.

Con madri molto gravi, un eventuale progetto di comunità mamma-bambino necessiterebbe di una struttura pensata in senso terapeutico con la presenza, in sede, di figure professionali idonee e progetti terapeutici più specialistici.

Alla luce di tutte queste considerazioni è necessario rendere le strutture esistenti più rispondenti alle accresciute complessità sanitarie e gestionali.

Pertanto, poter pensare ad una modalità di collaborazione privilegiata con il DSM, su alcune situazioni particolarmente critiche, e dove si ravvisino indicatori di possibile problematica psichiatrica, permetterebbe una progettualità più appropriata in termini di proposte e di obiettivi, anche sul versante del recupero di una capacità genitoriale.

Strumento elettivo si conferma il lavoro in equipe multidisciplinare, con finalità di valutazione più approfondita dei genitori e del minore, di consulenza multi professionale agli educatori che accolgono il nucleo, al fine di proporre progetti, obiettivi e tempi condivisi nell'interesse del minore, in coerenza con il mandato del Tribunale.

Tutto ciò premesso

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE:

- **Costituzione di un Gruppo di monitoraggio inter-istituzionale**, formato dai rappresentanti dei servizi sanitari e sociali, dal Presidente del Tribunale per i minorenni e dal Procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni., che, anzitutto, definirà le opportune modalità gestionali generali, con riferimento anzitutto alla tutela della diade mamma-bambino, anche durante il periodo gestazionale, e in particolare, nel caso di inserimento in comunità mamma-bambino (o nascituro).

Allo scopo, l'evento innovativo sarà la formalizzazione di una "equipe", composta dai servizi sociali, dal servizio di neuropsichiatria infantile, dal dipartimento per la salute mentale e dal servizio per le tossicodipendenze del territorio; inoltre, la possibilità, per ciascun componente, di *allertare* l'equipe, che valuterà al suo interno quale composizione *mantenere* durante l'intervento secondo le caratteristiche della situazione concreta.

Inoltre, con riunioni bi-annuali, il Gruppo svolgerà azione di monitoraggio sulla concreta applicazione delle modalità gestionali generali individuate, anche al fine di portare eventuali modifiche e/o perfezionamenti.

- **Ciascun progetto specifico terrà conto delle seguenti diverse realtà processuali:**
 - a. Situazione conosciuta dai servizi **prima** di qualunque segnalazione all'Autorità giudiziaria minorile.

La segnalazione ad uno dei servizi componenti l'equipe potrà arrivare da chiunque.

L'equipe composta secondo le modalità operative suindicate valuterà se mantenere la composizione plenaria, a seconda della situazione concreta, ed individuerà gli interventi maggiormente appropriati, con la doppia finalità del sostegno e della vigilanza, fermo restando che la titolarità della gestione della singola situazione rimane in capo al servizio sociale ed al servizio di neuropsichiatria infantile, nell'ottica della centralità del minore. Qualora difetti, ovvero venga meno il consenso degli esercenti la potestà genitoriale, ovvero venga comunque meno la prospettiva di un recupero efficace, l'equipe farà immediata segnalazione della situazione, comprensiva del progetto la cui attuazione risulti impedita, alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni, che si attiverà con un ricorso al Tribunale per i minorenni.

Ove il progetto di sostegno si attui e l'obiettivo di tutela si realizzi nei tempi preventivati non vi sarà nessuna segnalazione all'Autorità giudiziaria.

- b. Situazione segnalata alla Procura** senza che ancora sia stato aperto un procedimento davanti al Tribunale.

L'equipe composta secondo le modalità operative suindicate, verrà allertata dal servizio sociale al quale la Procura richiederà un approfondimento e valuterà se mantenere la composizione plenaria, a seconda della situazione concreta, ed individuerà gli interventi maggiormente appropriati, con la doppia finalità del sostegno e della vigilanza, fermo restando che la titolarità della gestione della singola situazione rimane in capo al servizio sociale ed al servizio di neuropsichiatria infantile, nell'ottica della centralità del minore. L'equipe avrà, inoltre, il compito di informare la Procura segnalante sul contenuto del progetto in fase di attuazione e se difetti, ovvero venga meno il consenso degli esercenti la potestà genitoriale, ovvero venga comunque meno la prospettiva di un recupero efficace. Solo in queste ultime ipotesi la si attiverà con un ricorso al Tribunale per i minorenni, mentre archiverà gli atti del procedimento di Affari Civili ove il progetto di sostegno appaia adeguato a realizzare l'obiettivo di tutela in tempi efficaci e si attui con il consenso degli esercenti la potestà genitoriale.

- c. Situazione in pendenza** di un procedimento avanti al Tribunale per i minorenni.

E' l'ipotesi di procedimento di volontaria giurisdizione avviato con ricorso della parte privata (non del P.M.).

L'equipe verrà coinvolta nel corso dell'istruttoria davanti al giudice minorile, mediante la richiesta di approfondimento sulla situazione, e dovrà formulare un progetto di intervento che andrà a costituire il contenuto del provvedimento.

- **Definizione e condivisione del progetto redatto dall'equipe**, con precisazione dei ruoli e delle responsabilità – nell'ambito delle relazioni interne all'equipe medesima e nell'ambito delle relazioni esterne (Procura-Tribunale) delle azioni, dei tempi e modalità della vigilanza, anche sotto il profilo economico. In particolare, la segnalazione o la restituzione alla Procura o al Tribunale, nei tempi massimi indicati, sarà il frutto di un lavoro di rete sinergico, per rispondere, relativamente al minore (o nascituro) ed ai genitori (o aspiranti tali), ai quesiti della magistratura minorile, in linea con la succitata D.G.R. n. 30-13077.
- **L'individuazione di eventuali risorse aggiuntive** dedicate agli adulti (esempio educatori che esulano dagli standard delle attuali comunità mamma-bambino), deve essere definita caso per caso dai servizi sanitari che si occupano di adulti (DSM o Ser.T.), previa l'attivazione di interventi professionali mirati e specifici, ma può essere sollecitata anche dagli altri componenti l'equipe. Il Progetto complessivo dovrà essere sottoposto alla validazione della Commissione UVMD nel caso di compartecipazione di spesa ovvero quando a valutazione della NPI sia necessario il coinvolgimento del DSM/Ser.T., gli operatori di detti servizi dovranno essere coinvolti in sede di valutazione UVM anche per la ripartizione degli oneri finanziari

LETTO, CONFERMATO, SOTTOSCRITTO

**PER IL TRIBUNALE PER I MINORENNI DEL PIEMONTE E DELLA VALLE D'AOSTA
IL PRESIDENTE DOTT. FULVIO VILLA**

**PER LA PROCURA DELLA REPUBBLICA PRESSO IL TRIBUNALE PER I MINORENNI DEL
PIEMONTE E DELLA VALLE D'AOSTA
IL PROCURATORE DOTT.SSA ANNAMARIA BALDELLI**

**PER L'ASL TO 1
IL DIRETTORE GENERALE
DOTT.SSA GIOVANNA BRICCARELLO**

**PER IL COMUNE DI TORINO
IL DIRETTORE CENTRALE POLITICHE SOCIALI E RAPPORTI CON LE AZIENDE SANITARIE
DOTT.SSA MONICA LO CASCIO**

**IL DIRETTORE DIREZIONE SERVIZI SOCIALI
DOTT.SSA RITA TURINO**