

---

**CONVENZIONE COMUNI-ULSS SERVIZI DELEGATI: ALLEGATO C) SCHEDE. ALL. 2**

<h2><b>UNITA' VALUTATIVE PER LA TUTELA MINORI</b></h2>
--

### **1. PREMESSA**

Il presente regolamento disciplina le attività di valutazione multidimensionale rivolte alla tutela dei minori in conformità alle Linee di indirizzo Regionali emanate con DGR. 4588 del 28.12.2007 e recepite dall'Azienda ULSS 22 con Delibera del Direttore Generale n. 555 del 21 novembre 2008.

Le Unità Valutative per la tutela dei minori si configurano come equipe multiprofessionali che svolgono attività di valutazione multidimensionale; sono la sede dove vengono assunte decisioni vincolanti riguardanti la tutela del minore, in particolare la titolarità della presa in carico, l'attivazione del progetto quadro a favore del minore e della sua famiglia e gli eventuali aspetti economici connessi al progetto.

Sono individuate: **l'Unità Valutativa Semplice (UVS)** e **l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMMD)** come qui sotto specificato:

### **2. UNITA' VALUTATIVA SEMPLICE**

Viene attivata per le situazioni nelle quali si renda necessario una prima valutazione multidimensionale del grado di complessità del bisogno del minore. Si tratta di un momento di scambio e confronto tra i servizi che, a diverso titolo, sono coinvolti o lo potranno essere nella situazione del minore. Vengono presi in considerazione i fattori di protezione ed i fattori di rischio rilevati o da rilevare sulla base di indicatori condivisi tra i servizi.

Il servizio segnalante può richiedere l'attivazione **dell'Unità Valutativa Semplice** mediante la compilazione dell'apposita scheda (Allegato A) che l'operatore provvederà a trasmettere al Referente della gestione delle Unità Valutative presso l'U.O.C. Infanzia Adolescenza Famiglia. Gli esiti dell'Unità Valutativa Semplice sono riportati nel verbale (Allegato B).

### **3. UNITA' VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE DISTRETTUALE**

E' la sede dove vengono valutati gli elementi di gravità della situazione del minore (valutazione diagnostica e prognostica) al fine di assumere decisioni vincolanti riguardanti la presa in carico, l'attivazione del progetto individuale a tutela del minore e della sua famiglia e gli eventuali aspetti economici secondo i vigenti Livelli Essenziali di Assistenza.

#### 4. DIRETTORE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO

Il Direttore del Distretto Socio Sanitario svolge funzioni di responsabile del funzionamento dell'UVMD, è responsabile del procedimento ai sensi della legge 241/1990 sull'accesso agli atti ed è garante del diritto alla privacy definito dal Testo Unico sulla Privacy approvato con D.Lgs. n. 196/2003.

L'accesso agli atti è regolamentato dalla normativa vigente e dalla regolamentazione interna dell'ULSS 22 di Bussolengo.

Il Direttore del Distretto Socio Sanitario può delegare le proprie funzioni con atto scritto.

#### 5, COMPONENTI dell'U.V.M.D.

Costituiscono l' U.V.M.D. in qualità di componenti fissi: il Direttore del Distretto Socio Sanitario (o suo delegato), l'operatore del Servizio richiedente, l'Assistente Sociale del Comune di residenza del minore, il Pediatra di libera scelta del minore o il medico di medicina generale.

Il richiedente può chiedere la partecipazioni in qualità di componenti variabili individuati tra i soggetti, istituzionali o non, che possono contribuire alla valutazione multidimensionale, alla progettazione, alla realizzazione degli interventi.

La partecipazione alle UVMD degli operatori Ulss convocati, è obbligatoria.

#### 6. RICHIESTA DI CONVOCAZIONE DELL'U.V.M.D.

La richiesta di convocazione dell' U.V.M.D. deve essere presentata, di norma, dall'esercente la potestà sul minore, presso il servizio di riferimento e avviene mediante la compilazione dell'apposita scheda (Allegato C) che l'operatore provvederà a trasmettere al Referente della gestione delle Unità Valutative presso l'U.O.C. Infanzia Adolescenza Famiglia.

Qualora l'operatore che avvia la richiesta di U.V.M.D. ritenga necessario proporre la convocazione di componenti variabili, dovrà specificarne i nominativi e il servizio di appartenenza nella suddetta scheda.

Nei casi in cui l'U.V.M.D non sia richiesta dall'esercente la potestà sul minore, questi verrà informato dell'attivazione della U.V.M.D dal servizio che ha segnalato o che ha in carico la situazione.

Su valutazione del Responsabile del Distretto, o suo delegato, nei casi e per le situazioni nelle quali l'informazione alla famiglia:

- sia di pericolo per l'incolumità del minore e di pregiudizio per la sua tutela,
- comporti pericolo per l'incolumità degli operatori dei servizi,
- sia statuito espressamente dagli organi giudiziari,

l'UVMD potrà essere attivata con riserva di informazione all'esercente la potestà.

#### 7. METODOLOGIA, FASI, STRUMENTI, TEMPI DELL'U.V.M.D.

- Valutazione multidimensionale:

L'operatore che accompagna la richiesta di UVMD da parte dei genitori o richiede lui stesso l'attivazione dell'UVMD, deve allegare al modulo ALLEGATO C, **una relazione** che comprenda le informazioni utili alla descrizione della situazione, che motiva la richiesta di intervento e, se possibile, prospetta una prima indicazione diagnostica e prognostica del caso.

Nello svolgimento dell'UVMD ciascun operatore contribuisce alla valutazione multidimensionale con tutte le conoscenze di cui dispone. Dagli elementi emersi e della valutazione congiunta sul caso, effettuata da ciascun operatore per le aree di propria competenza, verrà effettuata la valutazione integrata.

Gli esiti di tale valutazione saranno documentati nel verbale dell' UVMD (ALLEGATO D) che indicherà la sintesi dei problemi attuali rilevati, la situazione in cui si trova il minore (disagio sociale, rischio di pregiudizio, pregiudizio) individuazione degli obiettivi generali del progetto quadro e le azioni da svolgere. Le verifiche periodiche di ciascun minore, oggetto di UVMD, devono essere effettuate almeno ogni 12 mesi.

- Nomina del referente del caso:

Il Referente del caso viene designato in sede di UVMD. La nomina del referente non è intesa nella persona del singolo operatore ma nel servizio di appartenenza.

Il Referente del caso redige il progetto quadro tenendo conto di quanto emerso in UVMDTM ed è responsabile del monitoraggio della situazione (verifica periodica con il minore, con la famiglia e con gli operatori coinvolti).

La nomina del referente del caso non solleva comunque, in alcun modo, gli altri operatori coinvolti dalle proprie responsabilità professionali e a quelle previste per legge.

- Il Progetto quadro

Il Progetto Quadro (ALLEGATO E) viene redatto in conformità alle linee guida regionali sulla base della valutazione effettuata in UVMD **entro e non oltre 60 giorni dal suo svoglimento**. Rappresenta lo strumento di realizzazione del progetto di intervento in cui sono indicati

- destinatari dell'intervento
- obiettivi generali e specifici
- interventi e modalità di attuazione
- operatore referente e altri operatori coinvolti;
- servizio da attivare con indicazione delle modalità di coinvolgimento della famiglia di origine;
- tempi dell'intervento
- tempi di monitoraggio e valutazione del progetto.

Il Progetto Quadro contribuisce alla definizione degli obiettivi del **Progetto Educativo Individualizzato** per i minori accolti fuori famiglia (P.E.I.). L'operatore che ha redatto il progetto Quadro lo invia nei termini previsti al referente della gestione dell'Unità Valutative che lo trasmette a tutti i partecipanti dell'UVMD.

Tempi :

Tra la data di presentazione della richiesta di attivazione di UVMD. e la prima riunione della stessa **non** dovranno trascorrere **più di 30 giorni**. Nel caso vengo richiesta UVMD urgente, questa deve essere convocata **possibilmente entro 10 giorni** dalla data di presentazione della domanda.

U.O.C. Infanzia Adolescenza Famiglia

**ALLEGATO A**

DOCUMENTO RISERVATO

Al Direttore del  
Distretto Socio-Sanitario  
ULSS 22 di Bussolengo

**OGGETTO:** Richiesta attivazione **Unità Valutativa Semplice**.

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_  
operatore del ☐ Servizio Minori di \_\_\_\_\_  
☐ Servizio Sociale di Base di \_\_\_\_\_  
☐ Servizio Educativo Territoriale di \_\_\_\_\_  
☐ (specificare): \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'attivazione dell'Unità di Valutazione Semplificata per il minore:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_

Si propone che alla valutazione partecipino:

☐ Servizio Minori di \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
☐ Servizio Sociale di Base di \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
☐ Servizio Educativo Territoriale di \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
☐ Psicologo Età Evolutiva: \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
☐ (specificare) \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

U.O.C. Infanzia Adolescenza Famiglia

**ALLEGATO B**

**UNITA' VALUTATIVA SEMPLICE TUTELA MINORI**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DELLA DOMANDA

tessera sanitaria

es. ticket

codice fiscale

data di nascita

Sesso ☐ Femmina ☐ Maschio

Residenza: via

Tel

Comune

Distretto Socio Sanitario n°

Prov.

Medico di Medicina Generale:  tel.

e-mail:

Assistente Sociale:  tel.

e-mail:

Persona di riferimento  tel

grado di parentela

Via  Comune

[illegible]

<b>Referente del progetto:</b>				
<b>Verifica programmata:</b>				
convocati	presenti	PARTECIPANTI	Nome	Firma
1	1	Responsabile U.V.M.D.		
2	2			
3	3			
4	4			
5	5			
6	6			
7	7			
8	8			
<div style="text-align: right;"><b>TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.M.D.</b></div> <b>DATA:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				



Regione Veneto  
Azienda U.L.S.S. n. 22  
Bussolengo

U.O.C. Infanzia Adolescenza Famiglia

**ALLEGATO C**

Prot.

li, \_\_\_\_\_

**RICHIESTA URGENTE**

☐ SI ☐ NO

Al Direttore del  
Distretto Socio-Sanitario  
ULSS 22 di Bussolengo

**OGGETTO: Richiesta attivazione Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale Tutela Minori.**

Il sottoscritto/a\* \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo / sede\* \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono\* \_\_\_\_\_  
in qualità di\* \_\_\_\_\_ (genitore, tutore, operatore\*, ecc.)

### CHIEDE

l'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale per minori a favore del minore:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ codice sanitario \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
Medico di Medicina Generale / Pediatra Dott. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Il richiedente esprime il consenso al trattamento dei suoi dati, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 30.06.2003 n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (art.48, c.2 D.Lgs 445/2000).

Firma del richiedente \_\_\_\_\_



NOTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐ U.O.C. Materno Infantile – Servizio: \_\_\_\_\_

☐ U.O.C. Cure Primarie

☐ U.O.C. Disabilità

☐ Dipartimento Dipendenze

☐ Dipartimento di Salute Mentale

☐ Servizio Sociale Professionale di Base del Comune di \_\_\_\_\_

☐ Servizio Educativo Territoriale del Comune di \_\_\_\_\_

trasmette al Direttore del Distretto (suo delegato) la richiesta di attivazione U.V.M.D. minori.

Si propone che alla valutazione partecipino:

\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Data di trasmissione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

firma dell'operatore e sede di servizio

\_\_\_\_\_



Regione Veneto  
Azienda U.L.S.S. n. 22  
Bussolengo

U.O.C. Infanzia Adolescenza Famiglia

**ALLEGATO D**

**UNITA' VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE DISTRETTUALE**

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLE PERSONE MINORENNI

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DELLA DOMANDA

ATTIVAZIONE ☐

VERIFICA ☐



Medico di Medicina Generale:  tel.

e-mail:

Assistente Sociale:  tel.

e-mail:

Persona di riferimento  tel

grado di parentela

Via  Comune

DATA DI PRESENTAZIONE PROGETTO QUADRO \_\_\_\_\_

<b>Referente del progetto:</b>				
<b>Verifica programmata:</b>				
convocati	presenti	PARTECIPANTI	Nome	Firma
1 =	1 =	Responsabile U.V.M.D.		
2 =	2 =			
3 =	3 =			
4 =	4 =			
5 =	5 =			
6 =	6 =			
7 =	7 =			
8 =	8 =			
<b>TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.M.D.</b>				
<b>DATA:</b> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div>				

U.O.C. Infanzia Adolescenza Famiglia

**ALLEGATO E**

## PROGETTO QUADRO

### Minore:

▪ **Cognome.** \_\_\_\_\_  
**Nome:** \_\_\_\_\_  
nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_

**Esercenti la potestà:**    ☐ entrambi i genitori    ☐ solo il padre    ☐ solo la madre    ☐ tutore

▪ **Cognome.** \_\_\_\_\_  
**Nome:** \_\_\_\_\_  
nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
telefono: \_\_\_\_\_

▪ **Cognome.** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_  
nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
telefono: \_\_\_\_\_

### Pediatra / Medico di Medicina Generale:

▪ **Cognome.** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_  
Ambulatorio: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

### Assistente Sociale di riferimento:

▪ **Cognome.** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_  
sede: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

### Disposizioni dell'Autorità Giudiziaria (se presenti)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DIAGNOSI

### 1) Descrizione delle caratteristiche, dei fattori di rischio e protezione :

- del minore:

\_\_\_\_\_

- 
- 
- 
- della famiglia:

- 
- 
- 
- della rete sociale di riferimento:
- 
- 
- 

## ***RISULTATI U.V.M.D. Tutela Minori***

### **1) Definizione degli obiettivi generali dell'intervento:**

---

---

### **2) Definizione degli obiettivi specifici nei confronti:**

- del minore:

---

---

---

- della famiglia:

---

---

---

### **3) Interventi e modalità di attuazione:**

---

---

---

---

### **4) Operatore referente del caso**

▪ **Cognome.** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_  
qualifica: \_\_\_\_\_ servizio di appartenenza: \_\_\_\_\_  
sede: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

### **5) Tipologia di servizio da attivare indicando la modalità del coinvolgimento della famiglia**

---

---

### **6) Definizione dei tempi dell'intervento**

---

---



## 7) Definizione tempi di monitoraggio e valutazione del progetto

---

Data compilazione, \_\_\_\_\_ Sottoscrizione progetto quadro: minore/famiglia/servizi