

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 novembre 2016, n. 1878

D.G.R. N. 729/2015 “Adozione del Piano operativo per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere . Linea d)”. LINEE GUIDA REGIONALI IN MATERIA DI MALTRATTAMENTO E VIOLENZA NEI CONFRONTI DELLE PERSONE MINORI PER ETA'. APPROVAZIONE.

L'Assessore al Welfare, Salvatore Negro sulla base dell'istruttoria espletata dalla Sezione Promozione della Salute e del Benessere, riferisce quanto segue.

In data 25 giugno 2014 il Consiglio Regionale ha approvato all'unanimità la legge regionale n. 29 “*Norme per lo prevenzione e il contrasto della violenza di genere, il sostegno alle vittime, la promozione della libertà e dell'autodeterminazione delle donne*”, pubblicata sul B.U.R.P. n. 92 dell'11-07-2014.

In materia di prevenzione e contrasto del fenomeno della violenza di genere sono stati diversi gli interventi e le iniziative regionali che la Regione ha messo in campo a partire dalla L.R. n. 19/2006 “Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità ed il benessere delle donne e degli uomini di Puglia” e relativo regolamento attuativo n. 4/2007, mentre la legge regionale n. 19/2006 stabilisce le tipologie di strutture e servizi per il sostegno e l'inclusione sociale delle donne vittime di violenza, sole o con figli, e all'art. 24, comma 5, prevede che “La Regione favorisce l'informazione, la consulenza, il sostegno e l'assistenza alle vittime di violenze sessuali, con particolare riguardo ai minori che abbiano subito maltrattamenti e abusi, cura la sensibilizzazione delle comunità locali sulle problematiche connesse all'abuso e al maltrattamento dei minori e delle donne e promuove la realizzazione di servizi e interventi correttivi specializzati”.

Diversi sono stati, altresì, gli interventi e le iniziative regionali specifici sul tema della violenza ovvero per la prevenzione ed il contrasto della violenza contro le donne.

Nello specifico, con la D.G.R. n. 2227 del 18 novembre 2008 è stato approvato il “Programma triennale di interventi 2009-2011 per prevenire e contrastare il fenomeno della violenza contro le donne” che, in conformità con le disposizioni normative della L.R. 10 luglio 2006, n. 19 e della L.R. 21 marzo 2007 n. 7, individua le priorità strategiche di intervento per contrastare e prevenire il fenomeno della violenza contro le donne, con l'obiettivo generale di promuovere e sostenere le attività di prevenzione, di tutela e di solidarietà alle vittime della violenza, nonché di percorsi di elaborazione culturale, informazione e sensibilizzazione sul fenomeno della violenza contro le donne e i minori.

Successivamente, con la D.G.R. n. 1890 del 6 agosto 2010 sono state approvate le “Linee Guida Regionali sulla gestione e funzionamento della rete dei servizi per la prevenzione ed il contrasto della violenza di genere” quali Linee Guida indirizzate alle Amministrazioni provinciali e agli Ambiti territoriali e finalizzate al rafforzamento del sistema dei servizi di prevenzione e contrasto della violenza contro le donne e i minori con l'obiettivo di definire un modello di governo condiviso per la costruzione e il potenziamento della rete di servizi, in coerenza con le valutazioni emerse in sede di ricerca e con gli obiettivi di servizio del Piano Regionale delle Politiche Sociali, approvato con la D.G.R. 1865 del 13 ottobre 2009, il cui perseguimento è affidato alle Province che di concerto con gli Ambiti territoriali redigono i Piani di Intervento locali e si configurano quale strumento di supporto per la rete degli Enti Locali, degli Ambiti e del privato sociale per assicurare capillarità e tempestività dei servizi e promuovere la massima qualità e continuità assistenziale.

Con la D.G.R. n. 1534 del 2.8.2013 è stato approvato il Piano Regionale delle Politiche Sociali 2013-2015.

Il predetto Piano Regionale al cap. II “Le Politiche Regionali per l'Inclusione sociale”, par. 2.3.6 “Prevenire e contrastare il maltrattamento e la violenza” individua gli obiettivi di servizio e le azioni che i comuni associati in ambiti territoriali realizzano, al fine di promuovere lo sviluppo e il consolidamento del complessivo sistema

di prevenzione, presa in carico e trattamento delle situazioni di maltrattamento e/o violenza, nell'ottica dell'integrazione forte tra i soggetti preposti, secondo le indicazioni richiamate nello scenario di contesto dell'allegato Piano operativo per la prevenzione ed il contrasto della violenza di genere.

Con la D.G.R. n. 2794 del 30.12.2014 è stata autorizzata la costituzione di parte civile della Regione Puglia, ai sensi di quanto previsto dall'art. 5, co. 1, lett. della legge, nei procedimenti penali per femicidio e atti di violenza nei confronti delle donne e dei minori, residenti in Puglia, fatta eccezione per i procedimenti penali relativi a violenze e molestie sui luoghi di lavoro per i quali si costituisce la Consigliera regionale di Parità, devolvendo l'eventuale risarcimento in favore delle vittime.

Con la D.G.R. n. 729 del 09.04.2015, al fine di dare attuazione alla L.R. n. 29/2014 e al citato Piano Regionale delle Politiche Sociali 2013-2015, si è proceduto all'adozione del ***"Piano operativo per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere"***.

La finalità del predetto Piano operativo è quella di definire indirizzi di lavoro che, in linea con la normativa regionale, gli atti di indirizzo nazionali e con la vigente programmazione sociale regionale, renda coerente la programmazione territoriale degli interventi e concretizzi la finalità della legge circa il consolidamento dei servizi di prevenzione e contrasto alla violenza di genere.

Detto Piano operativo è articolato sulle seguenti 4 Linee di Intervento, alla data attuale tutte in piena fase di realizzazione:

- *Linea a) Sistema regionale di monitoraggio e valutazione di cui all'art. 14 della l.r. 29/2014*
- *Linea b) Realizzazione programmi antiviolenza di cui all'art. 16 della Lr. 29/2014*
- *Linea c) La programmazione sociale territoriale*
- *Linea d) Interventi per la prevenzione e il contrasto del maltrattamento e violenza in danno dei minori.*

La copertura finanziaria per l'attuazione delle linee di intervento previste dal citato Piano operativo — DGR 729/2015, è assicurata, tra gli altri, con le seguenti risorse finanziarie:

- € 1.434.248,59 derivanti da precedente vincolo di destinazione, reiscritte a bilancio e impegnate con A.D. n. 1226 del 23.12.2014 — O.G.V. 2015/4955 — riaccertamento n. 6974 - Cap. 785980
- € 568.889,00 derivanti da precedente vincolo di destinazione, impegnate con A.D. n. 1326 del 27.11.2012 — O.G.V. 2015/4647 — riaccertamento n. 6087 - Cap. 781025

La legge regionale n. 29/2014 aveva già previsto, all'art. 13, l'adozione da parte della Regione di *"Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza in danno dei minori", allo scopo di garantire i loro diritti contro ogni forma di maltrattamento, violenza, ivi compresa la violenza assistita, sfruttamento, a salvaguardia del loro sviluppo fisico, psicologico, cognitivo, spirituale, morale e sociale e di fornire orientamenti organizzativi e operativi agli operatori dei servizi territoriali, socio-sanitari, scolastici ed educativi, per realizzare interventi tempestivi, uniformi, integrati, nei diversi settori di intervento"*.

Obiettivo prioritario delle Linee Guida regionali vuole essere quello di rendere omogeneo sul territorio regionale il percorso di presa in carico di bambine e bambini, di adolescenti vittime di maltrattamento/violenza, anche attraverso l'implementazione di assetti organizzativi che, definendo ruoli e funzioni, favoriscano e agevolino il confronto/integrazione tra professionisti e servizi per il raggiungimento di obiettivi condivisi negli interventi di rilevazione, protezione, tutela, cura, nell'ottica del preminente interesse della persona minore per età. Gli indirizzi regionali intendono rappresentare una cornice di riferimento, in primis per i servizi e gli enti pubblici cui istituzionalmente compete la presa in carico del minore, e per i diversi soggetti della rete a vario titolo coinvolti dalla tematica. Forniscono indicazioni concrete e operative sui diversi livelli di

intervento, per migliorare le prassi in uso e per rimuovere le criticità che ostacolano il tempestivo, efficiente ed efficace funzionamento dei servizi. Propongono, nel rispetto degli assetti locali già formalizzati, un modello di intervento uniforme in ambito regionale, puntando sul massimo livello di integrazione. La realizzazione e lo sviluppo di un sistema di prevenzione, protezione e tutela di minori vittime di maltrattamenti, violenze e sfruttamento sessuale, richiedono l'esercizio di compiti previsti dalle normative nazionale e regionale, nonché di quelli attinenti il ruolo istituzionale e la competenza professionale di ciascun ente e operatore. Per garantire una concreta ed effettiva tutela è necessario che tutte le Istituzioni coinvolte adempiano il loro ruolo e creino un sistema integrato di interventi caratterizzato da un elevato grado di competenza specifica e da una rete di servizi in grado di assicurare la corretta gestione del caso nella sua articolata complessità. Il raccordo tra Servizi Sociali, Servizi Sanitari e Uffici dell'Amministrazione della Giustizia, coadiuvati dalle Forze dell'Ordine, dalle Istituzioni scolastiche, dai soggetti del privato sociale, deve facilitare prassi operative condivise per procedere in modo coordinato pur nel rispetto delle reciproche competenze.

Nel documento viene evidenziata l'importanza della formazione come fattore agevolante l'integrazione e l'interscambio tra servizi e professionisti e tra questi e le altre agenzie, riconoscendo e valorizzando le buone prassi esistenti sul territorio regionale.

Viene ribadita l'importanza di implementare un sistema efficiente di raccolta dati e classificazione a fini statistici epidemiologici, fornendo in appendice statistica una primissima fotografia del fenomeno del maltrattamento in danno dei minori, elaborata sulla base dei dati trasmessi dai Comuni pugliesi con riferimento ai minori in carico al 31.12.2014.

Il documento rappresenta il frutto di un lavoro di approfondimento scientifico e operativo durato diversi mesi e che ha visto la collaborazione concreta e fattiva, oltre che degli Uffici regionali, della Garante regionale per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, e del Gruppo GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati).

E' stata quindi avviata una proficua fase di consultazione, con il coinvolgimento delle Direzioni Sanitarie, delle Autorità Giudiziarie e delle Forze dell'Ordine, delle Equipe integrate multiprofessionali per la prevenzione e del contrasto alla violenza sui minori, dei Centri antiviolenza, che hanno avuto la possibilità di far pervenire osservazioni, integrazioni, proposte. Il documento allegato tiene conto, in larga parte, del confronto avuto in questi mesi e delle diverse proposte pervenute.

Al fine di dare attuazione alla L.R. n. 29/2014 e al Piano operativo per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere, con il presente provvedimento si propone di procedere all'adozione delle **LINEE GUIDA REGIONALI IN MATERIA DI MALTRATTAMENTO E VIOLENZA NEI CONFRONTI DELLE PERSONE MINORI PER ETA'**, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. N. 28/2001 E S.M.I.:

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il provvedimento del quale si propone l'adozione rientra tra quelli di competenza della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. a) e f) della legge regionale n. 7/1997.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento dalla Dirigente della Sezione e dalla

funzionaria referente;

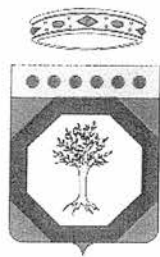
- a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

- 1) di prendere atto di quanto espresso in narrativa;
- 2) di approvare le ***LINEE GUIDA REGIONALI IN MATERIA DI MALTRATTAMENTO E VIOLENZA NEI CONFRONTI DELLE PERSONE MINORI PER ETA'***, Allegato A al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;
- 3) di demandare alla Sezione Promozione della Salute e del Benessere, ogni altro adempimento attuativo;
- 4) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE,
DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI**

SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE

**LINEE GUIDA REGIONALI IN MATERIA DI
MALTRATTAMENTO E VIOLENZA NEI CONFRONTI
DELLE PERSONE MINORI PER ETA'**

Il presente allegato si compone di 76 pagine inclusa la presente copertina

La Dirigente della Sezione
dott.ssa Francesca Zampano

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'F. Zampano', is written over the printed name of the official.

ALLEGATO A

LINEE GUIDA REGIONALI IN MATERIA DI MALTRATTAMENTO E VIOLENZA NEI CONFRONTI DELLE
PERSONE MINORI PER ETA'

INDICE

PREMESSA E NOTA TERMINOLOGICA

INTRODUZIONE

*Definizione e dimensione del fenomeno**Conseguenze sullo sviluppo**Cornice teorica di riferimento: Il modello ecologico dell'intervento*

CAPITOLO I - CLASSIFICAZIONE E CARATTERISTICHE DELLA VIOLENZA SU MINORENNI

- 1.1 Trascuratezza fisica e/o affettiva
- 1.2 Patologia delle cure
- 1.3 Maltrattamento
- 1.4 Violenza assistita
- 1.5 Violenza sessuale
- 1.6 Bullismo e Cyber bullismo
- 1.7 Le forme della violenza on-line
- 1.8 Tratta e sfruttamento sessuale
- 1.9 Torture e crimini di guerra

CAPITOLO II- LE FASI DELL'INTERVENTO

- 2.1 Prevenzione
- 2.2 Rilevazione
- 2.3 Presa in carico
 - 2.3.1 Attivazione della Rete dei Servizi
 - 2.3.2 Valutazione multidisciplinare
 - 2.3.3 Protezione
 - 2.3.4 Segnalazione all'Autorità Giudiziaria e Denuncia
 - 2.3.5 Interventi
 - 2.3.5.1 *Interventi psico-sociali*
 - 2.3.5.2 *Interventi di psicologia clinica*
 - 2.3.5.3 *Interventi di servizio sociale professionale*

CAPITOLO III – LE POLITICHE REGIONALI DI PREVENZIONE E CONTRASTO

- 3.1 Lo scenario di contesto
- 3.2 Il coordinamento regionale in materia di violenza nei confronti dei minorenni
- 3.3. Il sistema informativo regionale
 - 3.3.1 I dati del primo monitoraggio in Puglia sul maltrattamento dei minorenni
- 3.4 Il modello organizzativo e il percorso di presa in carico integrata: servizi e soggetti coinvolti
 - I servizi sociali e sociosanitari*
 - I servizi sanitari*
 - I servizi scolastici*
 - La rete dei servizi di accoglienza*
 - I servizi socio educativi e del tempo libero*
 - I Centri antiviolenza*
 - L'Ufficio di Servizio Sociale per i minorenni*
 - L'Ufficio Garante per i Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza*
 - L'Autorità Giudiziaria*
 - Le Forze dell'Ordine*
- 3.5 Indicazioni operative per la presa in carico
 - I livello - Equipe integrate multidisciplinari territoriali
 - II livello - Centri specialistici per la cura del trauma interpersonale
 - III livello - Strutture e centri altamente specializzati per il trattamento di minorenni vittime di violenza
- 3.6 La formazione e l'informazione



APPENDICE NORMATIVA

APPENDICE STATISTICA

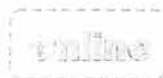
ALLEGATI

Note per la consultazione del documento:



Il presente simbolo indica la possibilità di consultare in **Allegato** i seguenti documenti:

1. Trauma psicologico nell'infanzia
2. Saper ascoltare i minorenni. Indicazioni operative per la comunicazione con i minorenni in caso di rivelazione spontanea o in caso di sospetto
3. Home Visiting: uno strumento di prevenzione
4. Centro di Riferimento Regionale GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati)
5. Scheda di segnalazione/denuncia di reato
6. Linkografia



Il presente simbolo indica la possibilità di consultare online gli **Approfondimenti** sui temi trattati, sul sito www.giadainfanzia.it

Per operatori

- "Aspetti radiologici e medico-legali del maltrattamento fisico in età pediatrica"
- "Codice GIADA. Percorso operativo in condizione di emergenza/urgenza e in regime di ricovero"
- "Indicazioni operative per l'accertamento medico nei casi di violenza sessuale in età pediatrica"
- "Piccoli passi per affrontare il trauma nell'infanzia. Indicazioni Psicoeducative"
- "Ascoltare il trauma. Indicazioni operative sull'ascolto giudiziario"

Per le famiglie

- "Da cullare e non scuotere" Shaken Baby Syndrome
- "Navigare nel Web. Parents in Exploration"

Per i bambini e gli adolescenti

- "Navigare nel Web. Teen in Exploration"



CREDITS

La redazione del documento è stata curata da:

Giulia Sannolla - Funzionaria Sezione Inclusione Sociale Attiva e Innovazione Reti Sociali - Regione Puglia

Francesca Zampano - Dirigente Sezione Promozione della Salute e del Benessere - Regione Puglia

Rosangela Paparella - Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza

Isabella Berlingiero - Psicologa-Psicoterapeuta, Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati (GIADA), Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" A.O.U. Policlinico Bari

Maria Grazia Foschino Barbaro - Psicologa-Psicoterapeuta, Responsabile Scientifico Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati (GIADA), Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" A.O.U. Policlinico Bari

Per i **contributi specialistici** si ringrazia il Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati (GIADA) Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" - A.O.U. Policlinico Bari:

Maria Giustina D'Amelio - Direttore Sanitario

Giuseppe Carluccio - Medico Specialista in Ortopedia

Maria Cervellera - Medico Specialista in Pediatria

Domenica De Iaco - Assistente Sociale

Renato Fiore - Informatico

Alessandra Foglianese - Medico Specialista in Neonatologia

Alberto Gaeta - Medico Specialista in Radiodiagnostica

Rossella Lippolis - Psicologa Psicoterapeuta

Annalisa Molfetta - Assistente Sociale

Michele Pellegrini - Psicologo Psicoterapeuta

Linda Savino - Medico Specialista in Ginecologia e Chirurgia

Biagio Solarino - Medico Specialista in Medicina Legale

Grazia Tiziana Vitale - Psicologa Psicoterapeuta

Per l'**elaborazione dati** dell'Appendice statistica di ringrazia:

Emanuele Pepe - Osservatorio Regionale Politiche Sociali

Si ringraziano, per la **partecipazione attiva** al percorso di consultazione, i referenti dell'Autorità Giudiziaria, delle Forze dell'Ordine, delle Direzioni Sanitarie delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, gli Ordini Professionali degli Assistenti Sociali e degli Psicologi.

Per le **osservazioni scritte e le integrazioni** al testo si ringraziano: la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Lecce; Il Tribunale per i Minorenni di Bari; il Tribunale per i Minorenni Taranto; il Distretto Socio Sanitario di Cerignola, ASL/FG; Il Consultorio Familiare di Altamura, Distretto Socio Sanitario n. 4 ASL/Ba; il Consultorio Familiare di Triggiano, Distretto Socio Sanitario n. 10 ASL/Ba; il Consultorio familiare di Putignano-Castellana Grotte, Distretto Socio Sanitario n.14 ASL/Ba; l'Equipe Multidisciplinare specialistica integrata dell'Ambito Territoriale di Andria; l'Equipe Multidisciplinare specialistica integrata dell'Ambito Territoriale di Mola di Bari; il Comune di Foggia.

Si ringrazia la rete dei Centri Antiviolenza per aver condiviso il percorso di lavoro e, in particolare, i Centri antiviolenza "Rompiamo il Silenzio" e il "Melograno" per i **suggerimenti e i contributi specialistici**.

Il documento ha ricevuto il Patrocinio del CISMAI – *Coordinamento Italiano dei Servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia*.



PREMESSA E NOTA TERMINOLOGICA

La legge regionale n. 29/2014 prevede all'art. 13, l'adozione di *"Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza in danno dei minori"*, allo scopo di garantire i loro diritti contro ogni forma di maltrattamento, violenza, ivi compresa la violenza assistita, sfruttamento, a salvaguardia del loro sviluppo fisico, psicologico, cognitivo, spirituale, morale e sociale e di fornire orientamenti organizzativi e operativi agli operatori dei servizi territoriali, socio-sanitari, scolastici ed educativi, per realizzare interventi tempestivi, uniformi, integrati, nei diversi settori di intervento".

La finalità generale delle presenti Linee guida, adottate in attuazione dell'art. 13 della l.r. 29/2014 è quella di rendere omogeneo sul territorio regionale il percorso di presa in carico di bambine e bambini, di adolescenti vittime di maltrattamento/violenza, anche attraverso l'implementazione di assetti organizzativi che, definendo ruoli e funzioni, favoriscano e agevolino il confronto/integrazione tra professionisti e servizi per il raggiungimento di obiettivi condivisi negli interventi di rilevazione, protezione, tutela, cura, nell'ottica del preminente interesse della persona minore per età.

Gli indirizzi regionali intendono rappresentare una cornice di riferimento, in primis per i servizi e gli enti pubblici cui istituzionalmente compete la presa in carico del minore, e per i diversi soggetti della rete a vario titolo coinvolti dalla tematica. Forniscono indicazioni concrete e operative sui diversi livelli di intervento, per migliorare le prassi in uso e per rimuovere le criticità che ostacolano il tempestivo, efficiente ed efficace funzionamento dei servizi. Propongono, nel rispetto degli assetti locali già formalizzati, un modello di intervento uniforme in ambito regionale, puntando sul massimo livello di integrazione. La realizzazione e lo sviluppo di un sistema di prevenzione, protezione e tutela di minori vittime di maltrattamenti, violenze e sfruttamento sessuale, richiedono l'esercizio di compiti previsti dalle normative nazionale e regionale, nonché di quelli attinenti al ruolo istituzionale e la competenza professionale di ciascun ente e operatore. Per garantire una concreta ed effettiva tutela è necessario che tutte le Istituzioni coinvolte adempiano il loro ruolo e creino un sistema integrato di interventi caratterizzato da un elevato grado di competenza specifica e da una rete di servizi in grado di assicurare la corretta gestione del caso nella sua articolata complessità. Il raccordo tra Servizi Sociali, Servizi Sanitari e Uffici dell'Amministrazione della Giustizia, coadiuvati dalle Forze dell'Ordine, dalle Istituzioni scolastiche, dai soggetti del privato sociale, deve facilitare prassi operative condivise per procedere in modo coordinato pur nel rispetto delle reciproche competenze.

Nel documento viene evidenziata l'importanza della formazione come fattore agevolante l'integrazione e l'interscambio tra servizi e professionisti e tra questi e le altre agenzie, riconoscendo e valorizzando le buone prassi esistenti sul territorio regionale.

Viene ribadita l'importanza di implementare un sistema efficiente di raccolta dati e classificazione a fini statistici epidemiologici, fornendo in appendice statistica una primissima fotografia del fenomeno del maltrattamento in danno dei minori, elaborata sulla base dei dati trasmessi dai Comuni pugliesi con riferimento ai minori in carico al 31.12.2014.

Con riferimento al titolo del documento, la scelta terminologica operata dalla Regione Puglia fin dalla predisposizione del terzo Piano Regionale delle Politiche Sociali, di sostituire il termine "abuso" usato in letteratura scientifica - si parla di abuso sessuale - con il termine "violenza", ha una forte valenza simbolica e culturale.

Nella lingua italiana "abuso" rimanda al concetto di "uso eccessivo" o "uso improprio" di qualcosa. Poiché riteniamo che in alcun caso si possa pensare o addirittura operare un "uso" lecito o illecito dei corpi e delle menti delle persone, siano esse adulti o minori, la scelta di sostituire il termine con quello di "violenza" indica la ferma volontà di riconoscere, nominare e contrastare ciò che palesemente danneggia, offende e viola la dignità e i diritti delle persone, spesso configurandosi come reati.

Il titolo del presente documento fa riferimento alle "Persone minori per età" per richiamare la centralità del/la minore in qualità di "persona" con una propria individualità e identità da rispettare, portatrice di bisogni e di istanze, chiamata a partecipare delle decisioni, non più mero oggetto di tutela e protezione ma soggetto di diritti.

Appare opportuno segnalare che la scelta nel titolo dell'utilizzo del linguaggio "neutro" rispetto al genere maschile e femminile, pur nella chiara ed evidente consapevolezza che stiamo parlando di minori in quanto adolescenti maschi e femmine, bambini e bambine, intende evidenziare la difficoltà di declinare nel testo termini quali "minori - minorenni - bambino" secondo la categoria grammaticale del genere, anche al fine di non appesantire la lettura.



Il documento rappresenta il frutto di un lavoro di approfondimento scientifico e operativo durato diversi mesi e che ha visto la collaborazione concreta e fattiva, oltre che degli Uffici regionali, della Garante regionale per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, e del Gruppo GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati).

E' stata quindi avviata una proficua fase di consultazione, con il coinvolgimento delle Direzioni Sanitarie, delle Autorità Giudiziarie e delle Forze dell'Ordine, delle Equipe integrate multiprofessionali per la prevenzione e del contrasto alla violenza sui minori, dei Centri antiviolenza, che hanno avuto la possibilità di far pervenire osservazioni, integrazioni, proposte.



INTRODUZIONE

Definizione e dimensione del fenomeno

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2002)¹, per maltrattamento all'infanzia si intendono "tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza, negligenza o altro che comportino un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia e potere".

L'OMS (2013)² riporta dati drammatici sull'epidemiologia della violenza in Europa: 852 i bambini con età inferiore ai 15 anni che sono morti per maltrattamento (il tasso più elevato è per i bambini al di sotto dei 4 anni); 18 milioni i minorenni vittima di violenza sessuale; 44 milioni le vittime di violenza fisica; 55 milioni i minorenni vittima di violenza psicologica.

Negli USA (Klevens e Leeb, 2010)³, l'omicidio è la quinta causa di morte dei bambini di età inferiore a 5 anni e circa la metà è correlato alle sequele di maltrattamento. I decessi, tuttavia, rappresentano solo una piccola parte del maltrattamento sui minorenni.

L'OMS (2014)⁴ riporta che il 20% delle donne e il 5-10% degli uomini dichiarano di essere stati vittima di violenze sessuali da bambini, mentre il 25% di tutti i bambini riferiscono di aver subito maltrattamento fisico e il 36% degli adulti dichiara di aver subito maltrattamento psicologico.

In Italia, l'indagine pilota di Terre des Hommes e del CISMAI (2015)⁵ ha fornito una fotografia della reale incidenza del fenomeno che riguarda il 9,5% della popolazione minorile; su 1000 minorenni presi in carico dai Servizi Sociali 200 sono vittima di maltrattamento. La ricerca mostra che i minorenni presi in carico per maltrattamento sono più numerosi al Sud (273,7 ogni mille minorenni seguiti) e al Centro (259,9 ogni mille minorenni seguiti), rispetto alle regioni del Nord (155,7 ogni mille minorenni seguiti).

La trascuratezza materiale e/o affettiva è la tipologia preponderante di maltrattamento (47,1%), seguita da violenza assistita (19,4%), maltrattamento psicologico (13,7%), patologia delle cure (8,4%), maltrattamento fisico (6,9%), violenza sessuale (4,2%) e altre forme di violenza non definite (1,2%).

In considerazione della portata del fenomeno l'OMS (2006)⁶ lo considera un **problema di salute pubblica**⁷, che va affrontato con la massima priorità; i costi in salute delle vittime è elevatissimo, pertanto è necessaria una diagnosi corretta e precoce⁸. L'ONU (2006)⁹ ha evidenziato che la violenza su minorenni è un problema globale che richiede interventi urgenti, ma che tuttavia rimane in gran parte "nascosta, non denunciata e sottostimata" e che si consuma prevalentemente tra le mura domestiche.

Per chiarezza espositiva, così come precisato nell'introduzione, nel presente documento useremo il termine violenza al fine di indicare tutte le forme di azioni e omissioni che danneggiano i minorenni. Il termine violenza risponde meglio alle esigenze di chiarezza che sono da ritenere la **prima forma di prevenzione** della quale farsi carico.

Conseguenze sullo sviluppo

Gli studi sugli esiti della violenza hanno permesso di evidenziare effetti: a livello cerebrale (riduzione del corpo calloso, del volume dell'ippocampo, dell'amigdala e una riduzione della connettività cerebrale), a livello del sistema nervoso autonomo (alterazioni del battito cardiaco, del ritmo sonno veglia, della pressione

¹ World Health Organization (2002): *World Report on violence and Health*, World Health Organization, Ginevra.

² World Health Organization (2013): *European report on preventing child maltreatment*

³ Klevens J, Leeb RT. *Child maltreatment fatalities in children under 5: Findings from the National Violence Death Reporting System*. *Child Abuse Negl.* 2010 Apr;34(4):262-6

⁴ World Health Organization (2014): *Global Status Report on Violence Prevention 2014*.

⁵ CISMAI - Terre des Hommes (2015): *Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e Prospettive*.

⁶ World Health Organization (2006): *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generative evidence*, IN <http://www.who.int/whr/2006/en/index.htm>. La versione in lingua italiana del documento "Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi", a cura dell'Assessorato alla Sanità e Politiche socio-sanitarie del Comune di Ferrara è scaricabile dal sito del CISMAI: www.cismai.org/Search.aspx?W=prevenzione&np=2

⁷ Considerare la violenza all'infanzia un problema di salute pubblica significa riconoscere che il contagio si diffonde, che la patologia è trasversale a condizioni sociali e culturali, che espone a rischio la comunità, perché le conseguenze hanno portata ampia e di gravità imprevedibile, non solo in termini temporali (il bambino maltrattato ha molte probabilità di diventare un adulto violento) ma, per dir così, spaziali, ambientali, in quanto il singolo "contagiato" diffonde il "contagio" in ambiti diversi che coinvolgono anche la qualità pubblica della vita (STATI GENERALI CISMAI "La prevenzione del maltrattamento all'infanzia", Bologna 19 maggio 2009, intervento Biancardi pag.36).

⁸ Terre des Hommes (2016): *Maltrattamenti sui bambini: una questione di salute pubblica*. Indagine nazionale sull'attività diagnostica del fenomeno delle eccellenze ospedaliere di : Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana e Puglia.

⁹ ONU (2006): *Studio del Segretario Generale della Nazioni Unite sulla violenza sui bambini*, www.onuitalia.it



arteriosa), a livello del sistema endocrino (alterazioni nei livelli di cortisolo) e a livello del sistema immunitario (Wilson, Hansen, Li, 2011¹⁰; Fagundes, Glaser, Kiecolt-Glaser, 2013¹¹).

Tra gli esiti a breve termine la letteratura concorda nel riferire quadri psicopatologici legati a problematiche internalizzanti ed esternalizzanti (ansia, depressione, difficoltà nella modulazione e regolazione emotiva, scarsa modulazione degli impulsi, aggressività auto ed eterodiretta, alterazione cognitiva) oltre che sintomi somatoformi che difficilmente accedono all'attenzione dei servizi perché raramente diagnosticabili^{12,13}. Molti autori riferiscono i complessi quadri clinici riscontrabili nei bambini esposti ad esperienze di violenza, soprattutto intrafamiliari, a sviluppi traumatici non sempre riconducibili alle categorie diagnostiche del Post Traumatic Stress Disorder, ma tuttavia espressione di un trauma psicologico cumulativo e cronico (vedi scheda di approfondimento sul Trauma nell'infanzia).

Rispetto agli esiti a lungo termine, è evidenziata una forte e proporzionale correlazione tra queste esperienze e l'assunzione precoce di stili di vita non salutari (obesità, comportamenti sessuali a rischio) ed il consumo di sostanze psicoattive (tabacco, alcol, droghe); il manifestarsi e cronicizzarsi di malattie somatiche in età adulta (patologie epatiche, broncopneumopatia cronica ostruttiva, malattie coronariche e malattie autoimmuni). In generale viene rilevata una ridotta capacità di autocura oltre che un maggior ricorso a cure mediche specialistiche e di emergenza; ciò a svantaggio di un ridotto accesso all'assistenza sanitaria di routine. Gli adulti esposti a maltrattamento precoce evidenziano anche alti indici di rischio rispetto a problematiche di ansia, depressione e suicidarietà, dipendenza da sostanze, disturbi di personalità, comportamento antisociale o violento, malattie mentali gravi e disturbi nella sfera sessuale. Le conseguenze sino ad ora evidenziate non sono tuttavia inevitabili; le ricerche su questo tema infatti, mettono in evidenza che esperienze negative e stressanti nell'infanzia non necessariamente determinano l'insorgenza nell'età adulta di una psicopatologia. Le caratteristiche personali del bambino, dei genitori e dell'ambiente, possono attivare le risorse necessarie per promuovere dei cambiamenti positivi, diventando fattori protettivi che potenziano la resilienza, permettendo così al bambino di mantenere un funzionamento sano.



Cornice teorica di riferimento: Il modello ecologico dell'intervento

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2002¹⁴, 2006¹⁵) propone la prospettiva "ecologica" ispirata al modello di Bronfenbrenner come cornice teorica necessaria per comprendere e contrastare il fenomeno della violenza sui minorenni (1986)¹⁶.

Il modello concepisce l'ambiente di sviluppo come una serie di sistemi concentrici, connessi tra loro da relazioni, dirette o indirette, ordinati gerarchicamente, costituiti da:

- livello ontogenetico o dei fattori individuali relativi a variabili biologiche (età e sesso), associate a fattori della storia personale;
- livello del microsistema o dei fattori relazionali, familiari e amicali;
- livello dell'esosistema o dei fattori sociali, economici, relativi alla comunità di appartenenza (vicinato, posto di lavoro, scuole, centri di aggregazione, ecc.);
- livello del macrosistema o delle determinanti istituzionali e culturali.



In ogni livello possono essere presenti fattori che accrescono la suscettibilità alla violenza, detti fattori di rischio, e fattori di protezione che invece ne diminuiscono la vulnerabilità. Si possono distinguere fattori protettivi e di rischio **individuali** riguardanti la maggiore o minore vulnerabilità personale allo stress (mediata da fattori neurobiologici, temperamentali, affettivi e cognitivi), e **ambientali**, legati a variabili quali la qualità delle relazioni di attaccamento alle figure genitoriali, gli stress e i life events precedenti, gli interventi psicosociali di sostegno e di supporto.

¹⁰ Wilson K.R., Hansen D.J., Li M. (2011): *The traumatic stress response in child maltreatment and resultant neuropsychological effects*. DigitalCommons@University of Nebraska - Lincoln

¹¹ Fagundes C.P., Glaser R., Kiecolt-Glaser J.K. (2013): Stressful early life experiences and immune dysregulation across the lifespan. *Brain Behav Immun*. 2013 Jan;27(1):8-12.

¹² Lanius R.A., Vermetten E., Pain C., Tagliavini G. (2012): *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia: l'epidemia nascosta*. Giovanni Fioriti.

¹³ Ford, J. D. (2010): *Complex adult sequelae of early life exposure psychological trauma. The hidden epidemic: The impact of early life trauma on health and disease*, 69-76.

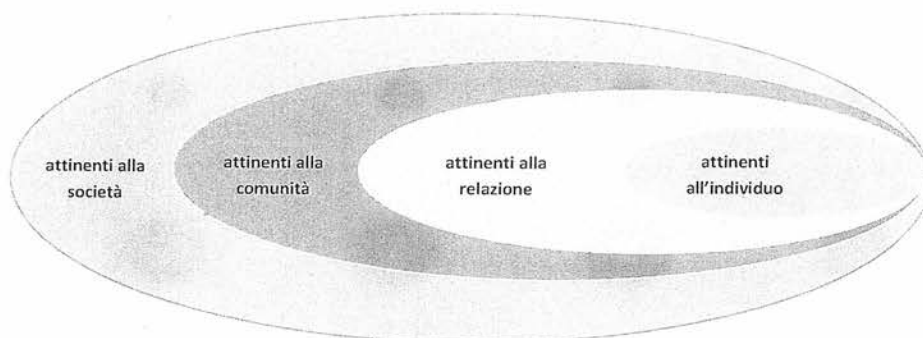
¹⁴ WHO (2002): *Rapporto su violenza e salute*

¹⁵ WHO (2006): *Prevenire il maltrattamento sui minori*

¹⁶ Bronfenbrenner, U. (1979): *The Ecology of Human development: Experiments by nature and Design*, Harvard University Press. Traduzione italiana: *Ecologia dello sviluppo umano* Bologna: Il Mulino, 1986.



Modello ecologico che descrive i fattori di rischio per il maltrattamento sui minorenni (OMS 2006)



Non esiste una relazione lineare tra fattori di rischio ed esposizione alla violenza, tuttavia la numerosità ne accresce l'effetto cumulativo. Nell'ottica ecologica, comprendere i codici della vulnerabilità e progettare interventi tesi a promuovere la resilienza vuol dire agire contemporaneamente, tempestivamente e sinergicamente, su più livelli: individuo, famiglia, comunità, istituzioni e cultura, coniugando interventi sociali e psicologici specifici e specialistici, in modo da affrontare le condizioni di rischio e di vulnerabilità per lo sviluppo dei minorenni.

La complessità del fenomeno della violenza richiede la messa a punto di una Rete di contrasto alla violenza caratterizzata da multidisciplinarietà e multiprofessionalità delle figure e degli attori coinvolti, realizzabile attraverso il coordinamento di tutti gli attori presenti sul territorio istituzionali e non. La Rete permette di promuovere la conoscenza del fenomeno, di definire, attuare e valutare percorsi per l'attivazione di iter condivisi e per la pianificazione di progetti di intervento, permette di progettare e realizzare percorsi formativi, di offrire un aiuto specifico ed integrato per i bisogni espressi dai minorenni.

CAPITOLO I - CLASSIFICAZIONE E CARATTERISTICHE DELLA VIOLENZA SU MINORENNI

Nella costellazione delle varie forme di violenza all'infanzia è possibile individuare alcune macrocategorie: trascuratezza fisica e/o affettiva, patologia delle cure, maltrattamento (fisico e psicologico), violenza assistita e violenza sessuale, bullismo-cyberbullismo e violenza online, tratta e sfruttamento sessuale, torture e crimini di guerra.

Tale differenziazione risulta opportuna ai fini di pervenire ad una forma di classificazione del fenomeno, ma nella realtà l'esperienza della violenza è particolarmente complessa, in quanto le sue diverse espressioni sfumano l'una nell'altra e si sovrappongono.

1.1 Trascuratezza fisica e/o affettiva

La trascuratezza prevede l'omissione, grave e/o persistente, di cure nei confronti del minore o gli insuccessi in alcune importanti aree dell'allevamento, che hanno come conseguenza un danno significativo per la salute o per lo sviluppo e/o un ritardo della crescita in assenza di cause organiche¹⁷. Tale tipo di maltrattamento può manifestarsi con diverse modalità che includono il disinteresse per i bisogni del bambino/adolescente, ritardo o rifiuto di cure mediche appropriate, fino all'abbandono fisico.

Una forma grave di incuria si manifesta con l'estrema riduzione nell'apporto di sostanze nutrienti e vitamine che se permane oltre 1-2 mesi, causa danni permanenti agli organi e può portare alla morte da inedia¹⁸.

In generale si osserva un stile di accudimento carente nei confronti dei bisogni fisici, educativi/cognitivi e/o emotivi. Quest'ultimo tipo di trascuratezza equivale alla mancanza di responsabilità e all'indifferenza emotiva verso i bisogni del minore.

1.2 Patologia delle cure

La patologia della somministrazione delle cure riguarda quelle condizioni in cui i genitori o le persone legalmente responsabili del bambino non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni fisici e psichici, in rapporto al momento evolutivo e all'età del bambino.

Tale forma di maltrattamento comprende due categorie di maltrattamento: discuria e ipercura.

Discuria

La discuria si manifesta quando le cure sono fornite in modo distorto, anacronistico e non appropriato al momento evolutivo. I genitori pretendono dal bambino acquisizioni precoci e prestazioni superiori per età e possibilità (come l'acquisizione del controllo sfinterico o competenze nella lettura e scrittura) oppure utilizzano modalità educative adeguate a bambini di età inferiore, mettendo in atto uno stile relazionale di tipo iperprotettivo, teso a mantenere con il bambino un rapporto fusionale.

Ipercure

L'ipercure si sostanzia quando si osservano cure eccessive rispetto allo stato fisico del bambino che possono sfociare in un'inadeguata e dannosa medicalizzazione. Di frequente, queste attenzioni si trovano associate ad atteggiamenti fobico-ossessivi per la pulizia da parte delle figure di accudimento.

Questa forma di patologie delle cure comprende alcune sottocategorie di maltrattamento di seguito presentate nelle loro caratteristiche principali.

Sindrome di Munchausen per procura: si tratta di un disturbo psicopatologico del genitore che lo porta ad attribuire al figlio sintomi e malattie non esistenti, frutto di convinzioni spesso deliranti sul suo stato di salute fisica e psichica. Nella maggior parte dei casi è la madre che presenta tale disturbo, in una dinamica relazionale in cui il padre assume un ruolo periferico e passivo. Il genitore talvolta utilizza degli espedienti (immettere sangue o pus nelle urine o le feci del figlio, somministrare sostanze tossiche, ecc.) al fine di convincere i medici della veridicità dei sintomi lamentati dal minore. Tali condizioni indotte dal genitore portano il bambino/adolescente ad essere sottoposto ad accertamenti clinici, e soprattutto strumentali, inutili ed a cure inopportune¹⁹.

Chemical Abuse: è la somministrazione ingiustificata ed esagerata di farmaci e sostanze di per sé innocue, ma che divengono dannose per la quantità somministrata. Tale comportamento nasce dalla convinzione del genitore, a volte delirante, che il proprio figlio abbia realmente bisogno di tali sostanze chimiche.

¹⁷ CISMAI - Terre des Hommes (2015): Indagine nazionale sul *maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e Prospettive*.

¹⁸ Solarino B, Grattagliano I, Catanesi R, Tsokos M. (2012): Child starvation and neglect: a report of two fatal cases. *J Forensic Leg Med.* 2012 Apr;19(3):171-4.

¹⁹ Roy Meadow False allegations of abuse and Munchausen syndrome by proxy Archives of Disease in Childhood 1993; 68: 444-447.



Medical Shopping: il genitore, il più delle volte la madre, nutrendo una preoccupazione grave per lo stato di salute fisica del figlio, lo sottopone a numerose e ripetute visite mediche, accertamenti e cure per sintomi e malattie sovrastimate o inventate oppure indotte. Il medical shopping è molto simile alla Sindrome di Munchausen per procura, ma mentre la prima appartiene all'area delle nevrosi d'ansia e fobiche, la seconda rientra nell'area delle psicosi.

1.3 Maltrattamento

Maltrattamento fisico

Il maltrattamento fisico si realizza ogni qualvolta un genitore o la persona legalmente responsabile del minore ne eseguono, o permettono che si producano, lesioni fisiche (ematomi, ecchimosi, morsi, bruciature, traumi cranici, ecc.).

Questi tipi di maltrattamento giungono prevalentemente all'attenzione dei medici del Pronto Soccorso e dei pediatri di libera scelta; frequentemente le lesioni sono attribuite a eventi "accidentali". Preliminarmente è fondamentale eseguire una completa diagnosi differenziale, avvalendosi della competenza multidisciplinare di specialisti (pediatri, ortopedici, radiologi, medici-legali).

Nell'ambito dei maltrattamenti fisici, il traumatismo a livello cranico rappresenta l'evento maggiormente segnalato in letteratura sia in ragione della frequente letalità dello stesso che della difficoltà nella diagnosi differenziale fra caso fortuito e lesioni volontariamente indotte.

La dizione "trauma cranico", infatti, spesso identifica il dato riferito dai genitori nel raccontare un'eventuale caduta al suolo, che può avvenire accidentalmente a causa della fisiologica instabilità del bambino nel compiere i primi passi ovvero da altre strutture (fasciatoio, culla, lettino etc.). Secondo accreditati studi americani, solo il 10% dei traumi cranici nei primi 5 anni di vita sono da violenza anche se la percentuale è nettamente più alta allorché tale evento traumatico richiede una ospedalizzazione (65%) e ancor di più (95%) quando si riscontrano gravissime lesioni encefaliche (Case ME, 2008)²⁰.

Shaken Baby Syndrome

Una forma particolare di maltrattamento fisico è la Shaken Baby Syndrome (SBS)²¹, cioè lo scuotimento violento del bambino (di età in genere inferiore a 24 mesi) che provoca lesioni gravi. Nel bambino piccolo la gravità delle conseguenze fisiche è favorita dalla testa proporzionalmente di dimensioni maggiori rispetto al resto del corpo e dall'immaturità cerebrale. I bambini perdono conoscenza nelle immediatezze dell'evento, descritto come accidentale dai genitori o tutori, a causa di una sopraggiunta alterazione della perfusione cerebrale di tipo ipossico-ischemico piuttosto che in conseguenza di danno assonale diffuso; entrambe le circostanze possono causare la morte del minore.

Mutilazioni Genitali Femminili

Le mutilazioni genitali femminili (MGF) sono pratiche rituali tradizionali che comportano la parziale o totale rimozione dei genitali esterni femminili o ogni altra pratica dannosa sui genitali femminili, per ragioni non di ordine medico. L'età in cui viene praticata la MGF varia notevolmente da paese a paese, più comunemente viene praticata sulle bambine tra i 4 e i 10 anni di età, tuttavia può essere eseguita anche in adolescenza.

Gli organismi internazionali (OMS, Unicef, Unfpa) e gli Stati, occidentali e africani, sono oggi tutti concordi nel ritenere le MGF una grave violazione dei diritti umani: del diritto alla salute, alla sicurezza e all'integrità fisica, che rappresentano senza dubbio una grave forma di violenza contro le donne e numerose sono le dichiarazioni e le convenzioni internazionali che la condannano.

L'Italia si è di recente dotata di una legge che vieta esplicitamente le mutilazioni genitali femminili: la Legge n. 7 del 9 gennaio 2006 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile" introduce il reato di "pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili".

Maltrattamento psicologico

Relazione emotiva caratterizzata da ripetute e continue pressioni psicologiche, ricatti affettivi, indifferenza, rifiuto, denigrazione e svalutazione che danneggiano o inibiscono lo sviluppo di competenze cognitive-

²⁰ Case ME. Inflicted traumatic brain injury in infants and young children. *Brain Pathol.* 2008 Oct;18(4):571-82.

²¹ Griest K. (2010): *Pediatric Homicide Medical Investigation.* CRC Press 2010.



emotive fondamentali quali l'intelligenza, l'attenzione, la percezione e la memoria²². Questi comportamenti possono venire agiti individualmente o collettivamente. Il maltrattamento psicologico, il più difficile da rilevare, si presenta di frequente in comorbidità con gli altri tipi di maltrattamento (ad es. quello sessuale e fisico).

Rientra in questa tipologia di maltrattamento anche il coinvolgimento dei figli minorenni nelle separazioni coniugali altamente conflittuali, che comportano il loro coinvolgimento in strategie volte a denigrare, svalutare, alienare, minacciare, offendere un genitore, nonché ad impedire, con azioni attive od omissive, la relazione con l'altro genitore.

1.4 Violenza assistita

Per violenza assistita intra-familiare si intende il coinvolgimento del bambino a qualsiasi forma di maltrattamento (fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica) su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte o minorenni. Il bambino può farne esperienza direttamente (quando essa avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minorenne è a conoscenza della violenza). È una forma di maltrattamento la cui rilevazione necessita del preliminare riconoscimento della violenza intrafamiliare e di una chiara distinzione rispetto alla conflittualità genitoriale, caratterizzata da alta litigiosità che avviene in un contesto di parità fra i partner.

In tale categoria, si include l'assistere a violenze di minorenni su altri minorenni e/o su altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni di animali domestici²³.

E' necessario distinguere le situazioni di "conflitto genitoriale" dalle condizioni di violenza di un partner sull'altro (CISMAI, 2005). Le prime riguardano i litigi tra familiari e le separazioni conflittuali, nelle quali possono essere coinvolti i minorenni. Il conflitto si sviluppa in una situazione di parità tra i partner in termini di possibilità di vittoria, negoziazione, confronto e senza la paura per la propria incolumità. La violenza di un partner sull'altro implica, al contrario, una evidente disparità di potere.

Tra i minorenni che assistono a forme di violenza inaudita ci sono gli "**orfani di femminicidio**"²⁴, bambini e adolescenti che improvvisamente perdono la madre nel modo più atroce, essendo l'assassino, nella gran parte dei casi, il loro stesso padre. Sono vittime che devono fare i conti con il trauma della violenza e del dolore associato alla perdita di entrambi i genitori contemporaneamente, perché uno ha deliberatamente ucciso l'altro, con la destabilizzazione e l'insicurezza di dove e con chi vivranno, e spesso con enormi conflitti interiori.

1.5 Violenza sessuale

La violenza sessuale è il coinvolgimento, intenzionale e interpersonale, di un minorenne in esperienze sessuali forzate o comunque inappropriate dal punto di vista dello stadio di sviluppo (CISMAI, 2015²⁵), per le quali è psicologicamente impreparato e per le quali non può dare il proprio consenso²⁶. La violenza sessuale non si concretizza soltanto quando vi è la messa in atto di un violento rapporto sessuale completo, ma l'espressione "atti sessuali" include tutti quegli atti che siano idonei a compromettere la libera determinazione del soggetto passivo nella sfera sessuale, e quindi non solo quelli che coinvolgono la sfera genitale in senso stretto, ma anche quelli che riguardano zone del corpo nate, secondo la scienza medica, psicologica, antropologica-sociologica, come erogene (Cass. Pen., sez. III, pen. 21/06/2002, n. 23869).

Nel 1995 l'American Medical Association ha definito la violenza sessuale nei confronti dei bambini una vera e propria epidemia silenziosa (Freeman Longo e Blanchard, 1998)²⁷. In base al rapporto esistente tra il bambino e l'adulto, la violenza sessuale viene distinto in:

- ❖ intra-familiare: quando l'abusante è un componente della famiglia (madre, padre, fratelli, nonni, zii, cugini, nuovi partners dei genitori);
- ❖ extrafamiliare: quando l'abusante è una figura estranea al nucleo familiare (sconosciuti, amici di famiglia, conoscenti).

²² CISMAI - Terre des Hommes (2015): Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e Prospettive.

²³ CISMAI (2005): Documento sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri. www.cismai.org

²⁴ Si segnala il documento di *Linee guida d'intervento per gli special orphans*, curato da Anna Costanza Baldry e Vincenza Cinquegrana per il Dipartimento di Psicologia della Seconda Università degli Studi di Napoli, nell'ambito del progetto WWW.SW-OFF.EU finanziato dall'Unione Europea
<file:///C:/Users/utente/Downloads/Linee%20Guida%20d'intervento%20per%20gli%20Special%20Orphans.pdf>

²⁵ CISMAI (2015): Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale.

²⁶ American Academy of Pediatrics (2005): www.aap.org

²⁷ Freeman Longo R.E., Blanchard G.T. (1998): *Sexual abuse in America: Epidemic of the 21st century*. Safer Society Press



In particolare, la violenza sessuale intra-familiare comprende sia pratiche manifeste (atti con una chiara connotazione sessuale), che mascherate (cure igieniche inconsuete compiute in modo erotizzato, come lavaggi continui dei genitali, applicazione nelle zone genitali di creme non necessarie, violenza assistita, per cui i bambini assistono all'attività sessuale dei genitori) (Montecchi, 2005). La recente letteratura ha inserito una nuova forma di abusi sessuali, gli pseudoabusi riferibili alla convinzione errata di un genitore che il figlio sia stato abusato dal coniuge. Tale accusa può essere sostenuta dalla presenza di una psicopatologia oppure può essere un'accusa consapevole e strumentale compiuta nel corso della separazione; inoltre possiamo trovare le false accuse dei bambini originate dal bisogno di ricevere attenzioni o di esercitare un'azione su una situazione familiare insostenibile (Montecchi, 2005).

La recente legge 172/2012 ha ulteriormente chiarito le fattispecie di reato che rientrano nello *sfruttamento sessuale*:

- pedopornografia: ogni rappresentazione, con qualunque mezzo, di un minore in attività sessuali specifiche, reali o simulate, o qualunque rappresentazione degli organi sessuali di un minore per scopi principalmente sessuali;
- prostituzione minorile: reclutamento o induzione alla prostituzione di una persona di età inferiore agli anni diciotto; è accusato di tale reato anche chi favorisce, sfrutta, gestisce, organizza o controlla la prostituzione di una persona di età inferiore agli anni diciotto, ovvero altrimenti ne trae profitto.
- turismo sessuale: si definisce turista sessuale colui che al fine di praticare sesso con i minorenni, organizza periodi di vacanza (o di lavoro) in paesi che, non solo tollerano la prostituzione minorile, ma spesso la propagandano per attirare il turista e incassare così valuta pregiata.



1.6 Bullismo e Cyber bullismo

Nel bullismo si assiste ad una relazione asimmetrica per forza, numerosità e sviluppo cognitivo, dove viene agito un potere da parte di uno o più individui in modo intenzionale, reiterato nel tempo e in grado di indurre nella vittima o nelle vittime paura, impotenza e solitudine (Olweus, 1978; Cullingford e Morrison, 1995). Gli studiosi distinguono tra un bullismo diretto (sia fisico che verbale) e uno indiretto (isolamento sociale o pettegolezzi e svalutazioni) (Bjorkqvist, Lagerspetz e Kaukiainen, 1992). Allo stesso tempo possono essere individuate alcune tipologie di bullo (dominante, gregario e vittima) e due tipologie di vittima (passiva e attiva) (Menesini, 2003).

Una particolare forma di bullismo è quello omofobico che concerne tutti gli atti di prepotenza rivolti a persone percepite come omosessuali e/o caratterizzate da comportamenti o atteggiamenti atipici rispetto alle rappresentazioni di genere maschili e femminili. E' importante focalizzare l'attenzione sull'espressione "persone percepite come omosessuali", in quanto tale forma di bullismo inerisce l'identificazione della vittima non sulla base del suo reale orientamento sessuale, ma di quello presunto in riferimento a stereotipi sessuali e di genere socialmente dominanti²⁸.

Affinché si possa parlare di bullismo è necessario che siano presenti tre aspetti fondamentali:

- Intenzionalità del comportamento aggressivo da parte del bullo con lo scopo di offendere o recare danno alla vittima;
- Persistenza nel tempo: l'interazione bullo-vittima è caratterizzata dalla ripetitività di comportamenti di prepotenza protratti nel tempo;
- Asimmetria di potere: una condizione di disparità di forza e potere tra il bullo e la vittima che spesso non è in grado di difendersi.

La possibilità di incorrere in tali tipi di esperienze, negli ultimi anni è nettamente aumentata a causa dell'ampia diffusione e la facile accessibilità all'uso della tecnologia e di internet, tanto da dar vita al cyber bullismo, cioè il bullismo che si svolge attraverso l'uso delle Nuove Tecnologie. Contrariamente a quanto si possa pensare, un recente studio ha mostrato come le esperienze in rete conducano a conseguenze più significative rispetto alle esperienze non multimediali (Schneider, O'Donnell, Stueve, & Coulter, 2012). La scarsa definizione temporale, la garanzia dell'anonimato da parte del carnefice e la ridotta sorveglianza rendono tali eventi traumatici molto più difficili da elaborare (Soavi 2012; Tokunaga, 2010).

1.7 Le forme della violenza on-line

I ragazzi sono sempre più immersi nella realtà informatica; internet oltre ad avere i suoi aspetti positivi, infatti, può a volte divenire veicolo di violenze, pornografia e pedofilia; dietro una chat o un forum apparentemente innocui spesso si celano identità pericolose. Si tratta di fenomeni che interessano in particolare i preadolescenti e gli adolescenti, ma l'età dei minorenni che possono esservi coinvolti si abbassa sempre di più. Di seguito si riportano le varie forme di violenza on-line.



²⁸ A. Taurino, M.F. De Caro, M. Ferrara, M. Pennelli, C. Spinelli (2013): Il bullismo omofobico. IN C. Serino, A. Antonacci, Psicologia sociale del bullismo. Carocci Editore.



Per un approfondimento sul tema si veda il *Glossario dei comportamenti devianti online*²⁹ costantemente aggiornato sul sito del Ministero della Giustizia. Si rimanda al documento "Fuori dalla Rete"³⁰ per le procedure operative per la tutela delle vittime minorenni di abuso sessuale online.

Adescamento (grooming): si verifica quando l'adulto, con modalità manipolatorie, induce il minorenne ad instaurare una relazione istigandolo a compiere atti sessuali online e/o ad ottenere un incontro sessuale offline.

Cybersex: l'adulto e il minorenne compiono azioni sessuali esclusivamente via web.

Violenza sessuale offline documentato: la violenza avviene nella realtà ma viene costantemente documentato con video e/o immagini diffuse sulla rete

Sexting: due o più minorenni producono e si scambiano consensualmente messaggi, immagini o video di tipo sessuali che, se diffusi dagli stessi o da altri minorenni via internet o cellulari, possono essere utilizzati da adulti abusanti.

1.8 Tratta e sfruttamento sessuale³¹

E' vittima di tratta il/la minorenne reclutata, trasportata, trasferita, ospitata o accolta a fine di sfruttamento, sia all'interno che all'esterno di un Paese, anche senza che vi sia stata coercizione, inganno, abuso di potere o altra forma di abuso.

Per sfruttamento si intende il trarre un ingiusto profitto dalle attività (o da un'azione) altrui tramite una "imposizione" che si basa su una condotta che incide significativamente sulla volontà dell'altro o che fa deliberatamente leva su una capacità di autodeterminazione della vittima sensibilmente diminuita. In particolare il grave sfruttamento può includere:

- sfruttamento sessuale, incluso lo sfruttamento della prostituzione altrui e altre forme di sfruttamento sessuale quali la pornografia e i matrimoni forzati;
- lavori o servizi forzati, incluso il conseguimento di profitti da attività illecite e l'accattonaggio;
- schiavitù o pratiche analoghe e servitù;
- adozioni illegali;
- asportazione di organi.

I minorenni migranti, a causa della loro particolare vulnerabilità, rappresentano la parte prevalente degli under 18 coinvolti nel fenomeno, per quanto riguarda la tratta a scopo di sfruttamento sessuale, i due gruppi di minorenni maggiormente a rischio sono le adolescenti provenienti dai paesi dell'Europa dell'Est e dalla Nigeria. Per quanto riguarda lo sfruttamento, invece, i gruppi più a rischio comprendono le minorenni provenienti dalla Romania o le ragazze rom nate in Italia, sfruttate in attività illegali e matrimoni forzati³².

Le difficoltà di individuazione e segnalazione conducono a definire tali vittime come invisibili, alterandone così la percezione della invece grande diffusione del fenomeno. Le stime le stime europee infatti riportano cifre considerevoli: oltre 9500 vittime di tratta nel 2010, di cui ben 2400 in Italia (Eurostat, 2013).

Quando il reclutamento avviene nel paese d'origine, spesso è ad opera degli stessi familiari che le motivano ad affrontare il viaggio verso la falsa promessa di un lavoro in Europa. È il caso delle minorenni nigeriane, rumene o provenienti dai paesi dell'est, caratterizzate da contesti di povertà, assenza o disgregazione della rete familiare e già vittime di violenze (Save the children, 2016; Smith, Vardaman, Snow, 2009).

In altri casi, il reclutamento può avvenire durante il viaggio o giunti a destinazione, come nel caso dei minorenni stranieri non accompagnati provenienti dall'Eritrea, dall'Egitto o dall'Albania (Save the children, 2016).

²⁹ "Glossario dei comportamenti devianti online" costantemente aggiornato sul sito del Ministero della Giustizia: https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_5_12.wp

³⁰ "Fuori dalla Rete. PROCEDURE OPERATIVE PER LA TUTELA DELLE VITTIME MINORENNI DI ABUSO SESSUALE ONLINE" : http://images.savethechildren.it/IT/immagini/publicazioni/img251_b.pdf

³¹ Save the Children (2015): Piccoli schiavi invisibili. Le giovani vittime di tratta e sfruttamento.

Save the Children (2007): Protocollo di identificazione e supporto dei minori vittime di tratta e sfruttamento.

³² Il fenomeno dei matrimoni forzati è molto diffuso anche in Italia, nonostante le difficoltà, ad oggi, a reperire stime ufficiali. Il Dipartimento per le Pari Opportunità ha realizzato un rapporto di ricerca dal titolo "Il matrimonio forzato in Italia: conoscere, riflettere, proporre. Come costruire una stima del numero delle donne e bambine vittime in Italia di matrimoni forzati e quali interventi avviare", nel quale viene definito il fenomeno e offerto un quadro dei dati disponibili sulle popolazioni a rischio in Italia - http://www.pariopportunita.gov.it/images/ricerca_mf_2014.pdf



1.9 Torture e crimini di guerra

In Italia è in crescente aumento l'arrivo di migranti provenienti da paesi in stato di guerra esposti ad esperienze fortemente traumatiche nel paese d'origine e durante le tappe del loro viaggio.

La guerra è un evento traumatico particolare perché è un disastro di massa, dipende da azioni umane volontarie, colpisce la comunità, la famiglia e il sistema dell'individuo; spesso è un "trauma cumulato", in cui diversi eventi stressanti si ripetono e si protraggono nel tempo, con conseguenze a lungo termine, come nel caso dei profughi e dei rifugiati.

In tutte le sue forme è una fonte di rischio per lo sviluppo di gravi forme di psicopatologia.

La speranza di poter giungere in nuovi territori in cerca di un posto dove poter ricominciare a vivere, spinge molti ad affrontare il rischio delle difficili "traversate", che non solo comportano deprivazioni, maltrattamenti, torture e molto spesso morte, ma conducono a territori che il più delle volte offrono nuove difficoltà culturali, economiche oltre che sociali.

Un aspetto che richiede particolare attenzione del nostro paese è l'afflusso di minorenni non accompagnati (MNA), un fenomeno che costituisce una realtà, in una certa misura, strutturale e non più un evento eccezionale.

Per minore non accompagnato si intende "lo straniero (cittadino di Stati non appartenenti all'Unione europea e apolide), di età inferiore ai diciotto, che si trova, per qualsiasi causa, nel territorio nazionale, privo di assistenza e rappresentanza legale (art. 2, co. 1, del D.Lgs. 18 agosto 2015, n. 142).

Diverse sono le motivazioni che possono portare alla scelta migratoria: minacce per la propria vita, condizioni di guerra, dislocazioni territoriali forzate, difficili condizioni economiche e sociali fino a veri e propri sfruttamenti.

Questi giovani adolescenti che hanno tentato il viaggio migratorio da soli o che, durante lo stesso, hanno perso i genitori in circostanze drammatiche, sono spesso sotto pressioni delle organizzazioni criminali. Arrivati salvi sulle nostre coste si trovano ancora a dover fronteggiare notevoli complessità di natura giuridica e psicologica.

La mancanza di relazioni familiari che possono rappresentare un fattore protettivo in condizioni così svantaggiose rende ancora più dolorosa l'esperienza migratoria.



CAPITOLO II - LE FASI DELL'INTERVENTO

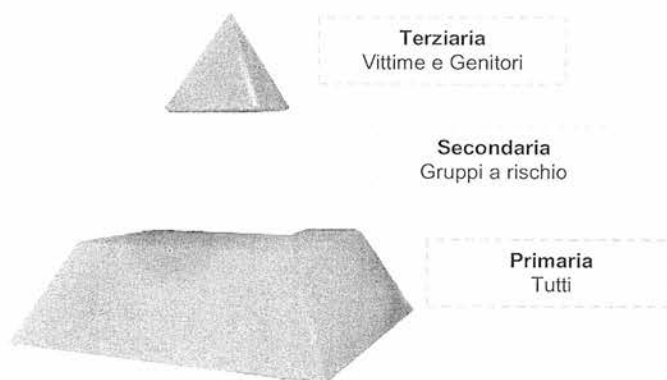
La capacità degli operatori di rilevare precocemente i segnali di disagio e di rischio, rappresenta il fattore predittivo dell'esito positivo dell'intervento, sia sul minore sia sulla famiglia. Le parole chiave di un adeguato intervento sono: riduzione del rischio, potenziamento dei fattori di protezione e incremento dell'empowerment individuale e familiare.

2.1 Prevenzione

"C'è un'evidenza sufficiente, includendo anche la letteratura scientifica, per affermare con piena sicurezza che il maltrattamento sui minori può essere prevenuto" (OMS, Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi, 2006).

La prevenzione della violenza all'infanzia si snoda, secondo Rae-Grant (1994), su un continuum caratterizzato ad un estremo da interventi di carattere generale, finalizzati a promuovere il benessere della popolazione e a favorire la consapevolezza dell'esistenza della violenza, e alla polarità opposta da azioni che mirano essenzialmente a ridurre i danni provocati dalla violenza. L'OMS (2006) afferma che per prevenire la violenza è necessario un approccio sistemico interdisciplinare che sviluppi azioni volte a:

- prevenire il verificarsi della violenza contro i minorenni (prevenzione primaria)
- rilevare i casi di violenza e intervenire precocemente (prevenzione secondaria)
- fornire assistenza continua alle vittime e alle famiglie in cui i maltrattamenti si verificano, anche al fine di prevenire il ripetersi della violenza (prevenzione terziaria)



Le strategie di **prevenzione primaria** vanno articolate su tre livelli (OMS, 2006) con azioni differenziate per tipologia di destinatari (in base allo stadio di sviluppo) e per i diversi contesti sociali:

Livello sociale/di comunità: recepire nella normativa regionale la Convenzione sui diritti dei minori, promuovere il rispetto dei diritti sociali, economici e culturali, consolidare il sistema giudiziario e delle Forze dell'Ordine, ridurre i fattori di rischio ambientali, introdurre politiche sociali ed economiche positive, investire in sistemi di protezione dell'infanzia e sostegno alla famiglia, formare i professionisti che si interfacciano con i minorenni.

Livello relazionale: sensibilizzare e formare alla genitorialità responsabile (positive parenting³³), potenziare i fattori di protezione familiare implementando programmi di educazione familiare e di supporto delle relazioni precoci genitore-bambino, percorsi di preparazione alla nascita, gruppi di auto-mutuo aiuto sulla genitorialità per potenziare l'empowerment genitoriale e la resilienza familiare.

Livello individuale: riduzione delle gravidanze involontarie, promuovere l'accesso ai servizi pre e post natali, sensibilizzare i minorenni sui loro diritti e aiutarli a riconoscere le situazioni potenzialmente pericolose.

Strategie di prevenzione per stadio di sviluppo e livello di influenza (OMS 2006³⁴)

³³ Raccomandazione del Comitato dei Ministri agli Stati Membri relativa alle politiche di sostegno alla genitorialità (Adottata dal Comitato dei Ministri il 13 Dicembre 2006 alla 983 a riunione dei Delegati dei Ministri)

³⁴ OMS (2006):Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi.



Stadio di sviluppo				
Livello Intervento	Prima infanzia (< 3 anni di età)	Infanzia (3-11 anni di età)	Adolescenza (12-17 anni di età)	Età adulta (>=18 anni di età)
Livello Sociale e di comunità	<p>Implementare la riforma normativa e i diritti umani.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recepire la Convenzione sui diritti dei minori nella normativa nazionale • Consolidare il sistema giudiziario e delle Forze dell'Ordine • Promuovere i diritti sociali, economici e culturali <p>Introdurre politiche sociali ed economiche positive</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornire servizi assistenziali ed educativi per la prima infanzia • Garantire l'istruzione primaria e secondaria a tutti • Adottare misure per ridurre la disoccupazione e mitigarne le conseguenze avverse • Investire in buoni sistemi di protezione sociale <p>Cambiare le norme culturali e sociali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambiare le norme culturali e sociali che incentivano la violenza contro i minori e gli adulti <p>Ridurre le disuguaglianze economiche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affrontare la povertà • Ridurre le disuguaglianze di genere e di reddito <p>Ridurre i fattori di rischio ambientali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ridurre la disponibilità di alcool • Monitorare i livelli di piombo e rimuovere le tossine ambientali 			
Relazione	Visita domiciliare Formazione alla genitorialità	Formazione alla genitorialità		
Individuo	Ridurre le gravidanze involontarie Accrescere l'accesso ai servizi prenatali e post natali.	Formare i minori affinché riconoscano a evitino situazioni di maltrattamento potenziale		

La prevenzione va intesa come un potenziamento dei fattori di protezione piuttosto che riduzione dei rischi, pertanto risulta necessario identificare tutti quei processi che possono incidere sull'incremento della resilienza non solo a livello individuale, ma anche a livello familiare e comunitario³⁵.

In questa ottica accanto agli interventi sociali di comunità bisogna prevedere l'integrazione tra tutti i servizi a sostegno della salute infantile ed a supporto delle famiglie, favorendo l'accesso e la fruibilità dei servizi socio educativi rivolti a genitori, bambini e adolescenti. Tale approccio orientato alla prevenzione e all'integrazione deve essere coniugato con l'attenzione nei confronti della formazione e della ricerca interdisciplinare (Consiglio d'Europa³⁶).

La Scuola rappresenta uno dei luoghi più importanti per la prevenzione primaria del fenomeno del maltrattamento in danno dei minorenni oltre che un osservatorio privilegiato per la rilevazione di eventuali situazioni di violenza. La collaborazione e l'integrazione tra la scuola e gli operatori sociosanitari è fondamentale sia per promuovere e realizzare progetti di natura educativa rivolti alla comunità e finalizzate a sostenere genitori e adulti in genere nel proprio compito di accompagnamento nei confronti dei minorenni, sia per meglio comprendere quei segnali di disagio, sintomi di un eventuale maltrattamento/violenza, anche al fine di raccogliere gli elementi utili per l'eventuale segnalazione alle Autorità Giudiziarie competenti.

Quando la violenza "viene alla luce" per il minorenne e la famiglia devono essere strutturati interventi

³⁵ CISMAL (2009): STATI GENERALI CISMAL La prevenzione del maltrattamento all'infanzia. Bologna 19 maggio 2009

³⁶ Nel corso del 3° summit dei Capi di Stato e di Governo del CoE, tenuto a Varsavia il 16-17 maggio 2005, gli Stati membri si sono impegnati ad elaborare nuove misure di contrasto allo sfruttamento e all'abuso sessuale dei minori. In quell'occasione è stato lanciato il programma triennale "L'Europa per e con i bambini", con un'articolazione dedicata al programma di azione "Bambini e violenza". Gli Stati che hanno aderito a questo programma (tra cui l'Italia) devono inviare un report annuale sulle attività svolte per prevenire la violenza all'infanzia secondo un'articolazione che evidenzia dodici principi qualificanti.

Il primo di questi principi è l'approccio integrato. Altri particolarmente significativi per il nostro tema sono: approccio preventivo, approccio orientato alle vittime, formazione, ricerca interdisciplinare.



integrati di presa in carico al fine di minimizzarne le conseguenze. Tali azioni, riferibili alla **prevenzione secondaria e terziaria**, verranno trattate in modo approfondito nel paragrafo sulla presa in carico.

2.2 Rilevazione

La rilevazione è una fase delicata in cui tutti i professionisti che si rapportano con i minorenni devono essere in grado di riconoscere le condizioni di rischio individuali e familiari che possono accrescere la vulnerabilità del bambino/adolescente e di individuare i segnali di una violenza già avvenuta.

Tale fase dell'intervento appare la più complessa, in considerazione del fatto che la violenza è un fenomeno per lo più sommerso, soprattutto se intrafamiliare, che impone un approccio centrato su un sapere qualificato associato alla capacità di ascolto empatico, per cogliere i significati delle frammentarie manifestazioni del disagio infantile e dei racconti delle possibili vittime, senza andare oltre alla propria funzione. Tale aspetto risulta fondamentale nei casi in cui l'operatore si trova a confrontarsi con una situazione ascrivibile ad un reato.

L'adulto che si interfaccia con una possibile vittima di violenza deve assumere una posizione non giudicante e investigativa, ma attraverso un attento ascolto deve accogliere il malessere del minore senza interferire sul ricordo.

Fondamentale inoltre in questa fase è la possibilità di osservare e promuovere le capacità protettive immediatamente disponibili nell'ambito familiare e comunitario in cui il minore vive.

La rilevazione può avere luogo in due differenti livelli:

- ❖ un *livello primario* in cui i bambini/adolescenti vengono incontrati nella "normalità" per bisogni generali legati alla loro crescita: servizi sanitari di base (pediatri di libera scelta, centro vaccinazioni, consultori, medicina scolastica); reparti ospedalieri; scuola; associazioni religiose, culturali, tempo libero, sport, ecc.
- ❖ un *livello secondario* in cui soggetti istituzionali incontrano minorenni o famiglie già portatori di una richiesta di aiuto: servizi sociali territoriali; servizi di psicologia e neuropsichiatria infantile; consultori familiari; servizi educativi domiciliari; case famiglia, comunità; Forze dell'Ordine; centri antiviolenza.

Nei casi di sospetto maltrattamento fisico e di violenza sessuale è necessario che gli operatori che sono chiamati a svolgere un'attenta analisi differenziale facciano riferimento a raccomandazioni specifiche³⁷.



Raccomandazioni:

- Si raccomanda che i Servizi Sociali e Sanitari definiscano o implementino, se già esistenti, procedure integrate tra loro e con i servizi scolastici, socio-educativi e del tempo libero, al fine di permettere rapide e condivise rilevazioni di rischio o violenza.
- Siano facilitate e chiarite le modalità di accesso ai Servizi Sociali e Sanitari di riferimento per un confronto sui dubbi relativamente ai segni/segnali rilevati.
- Non è consigliata la gestione "solitaria" della rilevazione; risulta fondamentale il confronto. Anche gli operatori dell'area educativa (insegnanti, dirigenti, educatori di centri ludici/sportivi, ecc.) devono avere la possibilità di confronto interdisciplinare sia all'interno della struttura in cui operano che con operatori dell'area socio-sanitaria e della giustizia.
- Nelle forme sospette di violenza intrafamiliare è importante e utile riuscire a differenziare il ruolo del genitore abusante da quello "protettivo", poiché quest'ultimo, se non giudicato ma supportato, potrebbe divenire una risorsa per il figlio.
- Si predisponga l'integrazione informatica dei dati acquisiti dai vari punti di accesso sociosanitario e sanitario della Regione, al fine di ridurre il rischio della migrazione dei casi di sospetta violenza.
- Per i casi che giungono presso le strutture ospedaliere risulta opportuno che sia predisposto un percorso specifico dedicato e che preveda: riduzione tempi d'attesa e accoglienza in un luogo adeguato/riservato; ricerca di precedenti accessi in Pronto Soccorso; richiesta di consulenze specialistiche svolte da personale specializzato che permetta un'adeguata diagnosi differenziale; invio del caso per l'eventuale presa in carico all'Equipe integrata territoriale di riferimento.
- Nell'ambito dell'ipotesi di una forma grave di Patologia delle Cure, si raccomanda che sia assicurata particolare attenzione ai casi di: nati pretermine; neonati in astinenza a causa dell'assunzione di droghe, di alcool e di comportamenti a rischio della madre durante la gravidanza; generale atteggiamento di negazione o di ritardo nel provvedere a cure sanitarie; frequenti ricorsi a cure mediche/ricoveri causati da assente o inadeguata vigilanza; condizione di isolamento del bambino,

³⁷ Documenti specifici per la violenza sessuale:

"L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata"
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1522_allegato.html

"Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia" <http://cismai.it/dichiarazione-di-consenso-in-tema-di-abuso-sessuale/>



per cui non gli è consentito di interagire o di comunicare con i coetanei o gli adulti al di fuori o all'interno della casa; non assolvimento dell'obbligo scolastico.

2.3 Presa in Carico

La presa in carico è un processo complesso che implica l'azione sinergica di diversi attori (operatori sociali, sanitari, educatori, Forze dell'Ordine e Magistratura, ecc.) in grado di rispondere efficacemente ai bisogni della vittima e della famiglia. Tale complesso processo necessita di un'adeguata gestione che riduca il rischio del fenomeno della vittimizzazione secondaria. La vittimizzazione secondaria implica una recrudescenza della condizione della vittima riconducibile alle modalità di supporto da parte delle istituzioni. Pertanto, l'intervento di presa in carico deve consentire di privilegiare una prospettiva di promozione che, sfruttando le risorse rintracciabili nel contesto, favorisca lo sviluppo della resilienza individuale e familiare, permettendo un depotenziamento e disinnescamento del potenziale patogenetico dell'evento traumatico. La presa in carico assume quindi un'importante valenza "terapeutica" sin dalla fase della rilevazione e della valutazione, contesti nei quali si acquisiscono gli elementi fondamentali per definire gli interventi più adeguati da mettere in atto.

2.3.1 Attivazione della Rete dei Servizi

La fase di rilevazione può concludersi con l'individuazione di una condizione di rischio per il minore, che non rappresenta ancora una condizione di reato, o una condizione di violenza che rientra tra i reati perseguibili d'ufficio. In entrambi i casi risulta fondamentale l'attivazione della Rete dei Servizi che predisporrà i passi successivi per la presa in carico.

Quando il programma di intervento viene gestito da diversi professionisti e/o istituzioni appare utile prevedere la figura del *case manager*, con funzione di coordinatore dell'equipe e responsabile del percorso socio-sanitario integrato che si costituisce sul caso.

2.3.2 Valutazione multidisciplinare

Nelle situazioni di violenza all'infanzia, la valutazione può essere definita come il "... percorso teso a valutare il quadro complessivo della situazione traumatica nei suoi aspetti individuali, relazionali, il grado di assunzione di responsabilità da parte degli adulti coinvolti e le risorse disponibili nel contesto" ³⁸. Nel corso della valutazione è quindi fondamentale assicurare al bambino/adolescente la legittimazione del ruolo di "vittima" come necessario superamento della confusione dei ruoli e delle responsabilità tra chi subisce il danno e chi ne è l'autore. In questa fase devono essere attivate *competenze sociali, mediche, psicologiche ed educative*, al fine di effettuare un quadro complessivo degli esiti fisici e/o psicologici determinati dagli eventi traumatici e poter impostare un piano di intervento.

Le **finalità** principali di questa fase valutativa sono:

- ❖ formulare un parere diagnostico e prognostico sul minore;
- ❖ valutare le risorse genitoriali e la loro recuperabilità;
- ❖ in caso di prognosi negativa sui genitori, risulta importante valutare risorse alternative nella rete parentale;
- ❖ individuare i tempi e le modalità dell'intervento protettivo e/o riparativo.

La rilevazione di fattori di rischio rappresenta uno dei primi passi nella valutazione psicosociale presuntiva di *sospetta violenza*, intesa come ipotesi che deve essere verificata con l'aiuto di una équipe multidisciplinare (SINPIA, 2007³⁹).

La valutazione deve far emergere non solo i fattori di rischio (indicatori di una potenziale patogenicità di una situazione interattiva, relazionale, personale) che rendono pregiudizievole la situazione, ma anche e soprattutto le risorse, i fattori protettivi, che possono contribuire alla modificazione delle traiettorie di rischio.

La valutazione sociale deve riguardare il bambino/adolescente, i genitori, gli adulti significativi, la rete sociale esistente e la rete sociale attivabile. L'oggetto della valutazione sociale è la capacità o l'incapacità della rete (familiare e sociale) di garantire la tutela e la promozione dello sviluppo del minore.

In particolare, la valutazione sociale:

- analizza i contesti culturali e relazionali che fanno da sfondo alle situazioni di violenza e sui quali dovrà svilupparsi l'insieme degli interventi terapeutici o giudiziari e di sostegno psico-sociale;
- concorre alla raccolta degli elementi (condizioni oggettive, dinamiche osservate, caratterizzazioni relazionali utili a definire la condizione di vita attuale e pregressa);
- rileva ogni risorsa (intrafamiliare o extrafamiliare) utile al percorso di presa in carico e trattamento.

³⁸ CISMAI: *Requisiti minimi dei Servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia*, online dal 2013.

³⁹ SINPIA (2007): *Linee guida in tema di abuso sui minori*



La valutazione clinica "si differenzia da un lavoro peritale, in quanto si configura come diagnosi dinamica e consiste nella valutazione della risposta agli input di cambiamento, necessaria alla formulazione di un parere prognostico" (Cismai, 2001⁴⁰).

La valutazione⁴¹ della **vittima** deve essere estesa a tre aree fondamentali:

- indicatori, segni e sintomi fisici: tenere in considerazione che l'esame fisico è solo raramente diagnostico, nella gran parte dei casi non ci sono segni fisici evidenti ad un esame obiettivo;
- racconti e affermazioni della vittima: è fondamentale un atteggiamento clinico accogliente ed empatico che eviti forzature e suggestione, che sia attento non solo alle componenti fattuali delle esperienze riferite, ma soprattutto alle componenti personali. Il clinico può favorire una prima elaborazione mentale dell'esperienza offrendosi come contenitore della stessa;
- indicatori e segni psicologici: non esiste una sindrome clinica specifica riferibile alla violenza. Nessuno dei sintomi psicologici (cognitivi, emotivi, comportamentali e somatici), riportati in letteratura, ha valore patognomonico, né da solo, né in associazione con altri sintomi. Il quadro clinico va sempre raffrontato con l'indagine psicosociale per procedere alla diagnosi differenziale; inoltre occorre tener presente che le manifestazioni post-traumatiche variano in funzione delle modalità (durata, intensità, ecc.) con cui la violenza è stata perpetrata a seconda dei fattori di rischio e di protezione presenti nel contesto.

La valutazione psicologica del bambino/adolescente può rilevare:

1. la presenza di una condizione di vulnerabilità psicosociale;
2. la presenza di un quadro psicopatologico, di tipo esternalizzante o internalizzante;
3. la presenza di uno sviluppo traumatico, che potrebbe rientrare in un Disturbo da Stress Post Traumatico.

La valutazione dei **genitori** deve essere finalizzata a comprendere il loro ruolo nella violenza (autori e/o complici dell'abusante), la capacità di mettersi in discussione, riconoscendo e assumendo le proprie responsabilità rispetto all'accaduto ed infine, la disponibilità a supportare il figlio riuscendo a comprendere il suo ruolo di vittima.

La valutazione psicologica del sistema familiare deve indagare le seguenti aree:

- ✓ l'osservazione della qualità delle relazioni reali (diadiche o triadiche) che gli adulti ed il bambino/adolescente costruiscono insieme nel corso dello sviluppo;
- ✓ la valutazione della qualità delle rappresentazioni mentali dell'adulto relative ai vissuti e all'immagine di Sè, del proprio partner, delle relazioni con i propri genitori e con i figli;
- ✓ la valutazione della qualità delle relazioni significative e dell'adattamento al contesto di vita familiare, attraverso la misura delle rappresentazioni consapevoli dei componenti familiari.

La valutazione della recuperabilità delle funzioni genitoriali effettuate può pervenire ad una prognosi favorevole o sfavorevole che guiderà il proseguo della presa in carico:

1. Prognosi favorevole - l'intervento dei servizi avrà come obiettivo il supporto al minorenne e il sostegno alla genitorialità.
2. Prognosi sfavorevole - la relazione genitori-figlio è stata valutata gravemente disturbata o irrecuperabile, l'intervento della rete dei servizi/istituzioni avrà come obiettivo la protezione e la tutela del minorenne attraverso l'allontanamento dal nucleo familiare, l'inserimento in contesti alternativi e la strutturazione di supporto psicologico per il minorenne e anche per la famiglia al fine di attivare un percorso terapeutico che permetta di lavorare sulle problematiche che hanno determinato l'allontanamento, per comprendere se è possibile un successivo rientro del figlio nel contesto domestico.

Raccomandazioni nei casi di violenza domestica:

- Nei casi di allontanamento protetto della madre con figli a causa di maltrattamento/violenza intrafamiliare ovvero in quelli di allontanamento del genitore maltrattante dall'abitazione familiare, procedere con opportuna valutazione del rischio prima di dar corso agli eventuali incontri protetti tra il minore e il maltrattante evitando, in ogni caso, di esporre la donna al rischio di incontro con la stessa figura maltrattante (art. 31 l.n. 77/2013). Tale valutazione deve comprendere, oltre agli indicatori di rischio (Metodo SARA- Spousal Assault Risk Assessment), una attenta analisi circa la possibilità di recupero delle capacità genitoriali del padre ed anche la disponibilità dello stesso a partecipare a percorsi terapeutici e riabilitativi specifici "per incoraggiarli ad adottare comportamenti

⁴⁰ CISMAI (2001): Linee guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori.

⁴¹ SIPSOT (2009): Linee di indirizzo per l'assistenza psicologica erogata dalle strutture complesse di psicologia, territoriali ed ospedaliere, all'interno del sistema sanitario nazionale.



non violenti nelle relazioni interpersonali, al fine di prevenire nuove violenze e modificare i modelli comportamentali violenti." (articolo 16 Convenzione di Istanbul).

- E' necessario, altresì, tener presente l'importanza dell'attivazione di percorsi in favore del minore, propedeutici agli incontri protetti, che rispettino i tempi necessari all'elaborazione delle esperienze traumatiche.
- Garantire il diritto del minore ad essere ascoltato e la centralità dello stesso in tutte le questioni che lo riguardano, compreso il rispetto per i suoi tempi e le sue scelte. Centralità sottolineata anche dalla legge 219/12 art. 315 bis c.c., comma 3, che riconosce al figlio minore, che abbia compiuto gli anni dodici, e anche di età inferiore ove capace di discernimento, il diritto di essere ascoltato in tutte le questioni e le procedure che lo riguardano. Tale normativa rappresenta un punto di arrivo per l'emancipazione del minore da oggetto di protezione all'interno della famiglia a soggetto di diritti. L'importanza dell'ascolto era stata già sottolineata nelle "Linee guida del Consiglio d'Europa per una giustizia a misura di bambino", adottate dal Comitato dei Ministri il 17 novembre 2010, dove, nella sezione III, lett. A, è rimarcato il diritto del minore ad avere la possibilità di esprimere la propria opinione nell'ambito dei procedimenti che lo riguardano.
Il minore può essere ascoltato sia in modalità diretta che in modalità indiretta, inserita quindi in un processo di valutazione più ampio e complesso che consenta una lettura multidimensionale della vita dello stesso nella famiglia, nel contesto scolastico e nel tempo libero tesa ad esplorare i suoi desideri, i suoi bisogni ed i suoi vissuti ed a valutare anche le competenze genitoriali.
- Procedere alla valutazione delle capacità genitoriali materne tramite l'ausilio e la consulenza di professionalità adeguatamente preparate sulle dinamiche della violenza di genere, per poter tenere in debita considerazione i danni prodotti dalla violenza sulla donna/madre e sul minore, assimilabili a quelli del disturbo da stress post-traumatico, offrendo contestualmente il più ampio supporto. A tal proposito, si raccomanda l'integrazione operativa tra i servizi territoriali competenti e i Centri Antiviolenza e le Case Rifugio.

2.3.3 Protezione

Nei casi in cui è stato rilevata una condizione di violenza, i Servizi Sociali direttamente (art. 403 c.c.) o la Magistratura, attraverso l'intervento dei Servizi Sociali, assicura al minore un contesto di protezione. L'interlocutore dell'Autorità Giudiziaria Minorile è il Comune che, attraverso i Servizi Sociali territoriali, garantisce istituzionalmente la funzione di protezione.

Risulta importante sottolineare che la presa in carico del minore vittima di violenza inizia quando gli viene assicurato un *contesto di protezione* (fisica, psichica ed emotiva) all'interno del quale si possano attivare i necessari interventi di sostegno e cura.

Gli interventi di protezione attuati sono finalizzati ad interrompere l'esposizione del minore ai comportamenti violenti e sono modulati in relazione ai bisogni del bambino/adolescente, alla gravità del pregiudizio/reato, e alla presenza di risorse protettive nel contesto familiare anche allargato.

Nei *casi meno gravi* si possono attuare forme di vigilanza sulla famiglia con l'affidamento ai Servizi Sociali che attueranno progetti mirati a rafforzare e supportare le competenze genitoriali.

Nei *casi più gravi* invece si procederà con l'allontanamento dell'adulto pregiudizievole o con il collocamento del minore in ambiente extra-familiare (comunità alloggio, famiglia affidataria, ecc.).

Le azioni protettive richiedono un lavoro complesso che investe diversi sistemi e richiede una buona cooperazione tra servizi e professioni differenti, al fine di connettere in modo sinergico eventuali atti giudiziari con la presa in carico psicosociale.

La protezione del minore dovrà essere garantita durante tutto l'eventuale percorso giudiziario. Nell'ambito del percorso civile di tutela il minore dovrà essere protetto ed ascoltato al fine dell'assunzione di decisioni che lo riguardano (L. 77/2003 – Ratifica ed esecuzione della Convenzione europea dei diritti dei fanciulli, fatta a Strasburgo il 25.1.1996). Quando il minore è coinvolto nel procedimento penale inerente l'accertamento della responsabilità dell'adulto nel reato è necessario che sia garantita una adeguata rappresentanza processuale ed un fattivo sostegno affettivo e psicologico nel corso dell'iter giudiziario. Nell'ambito del processo penale la Legge 172/2012, attraverso la ratifica della Convenzione di Lanzarote, ha introdotto alcune modifiche al codice penale e di procedura penale riguardo a reati contro i minorenni. In particolare, l'articolo 5 della Legge prevede che la Polizia Giudiziaria, quando deve assumere sommarie informazioni da persone minorenni, si avvalga dell'ausilio di un esperto in psicologia o in psichiatria infantile, nominato dal pubblico ministero.

2.3.4 Segnalazione e Denuncia all'Autorità Giudiziaria

La segnalazione e la denuncia sono atti formali con i quali si trasmettono le informazioni relative allo stato di pregiudizio in cui si trova il minore ovvero all'ipotesi di reato subito. La segnalazione e la denuncia sono



uno strumento fondamentale per prevenire e/o intervenire in situazioni di grave pregiudizio su un minore, sia pure sospetto.

❖ *Segnalazione alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni*

Quando i professionisti rilevano la presenza di una situazione di pregiudizio per il bambino/adolescente e non è stato possibile o non ha dato esito l'intervento dei servizi in contesto di consensualità, è necessario avviare un'azione di protezione attraverso il coinvolgimento del Tribunale per i Minorenni tramite la segnalazione della situazione. Tale azione permette di intervenire sulla tendenza alla negazione di responsabilità che caratterizza il funzionamento del genitore pregiudizievole, maltrattante o abusante. Nella concretezza l'intervento della Magistratura minorile permette ai Servizi di attuare misure di protezione per il minore e un "intervento coatto" sui genitori non protettivi.

❖ *Denuncia alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario*

Quando nelle condotte degli adulti si rilevano fatti potenzialmente costituenti reato, oltre alla denuncia alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni, vi è un obbligo di inoltrare la denuncia alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario.

Per reati perseguibili d'ufficio si intendono tutte quelle ipotesi criminose per le quali lo Stato è tenuto a perseguire a prescindere dalla volontà dei privati titolari dei dritti che sono stati violati (*vedi appendice normativa*).



La comunicazione di un Pubblico Ufficiale o di un incaricato di Pubblico Servizio (Artt. 361/362 del c.p.) si definisce DENUNCIA di reato/RAPPORTO all'Autorità Giudiziaria. Mentre la comunicazione di esercente una Professione Sanitaria (Art. 365 del c.p.) si definisce REFERTO.

È opportuno evidenziare come l'operatore sociosanitario ha l'obbligo di denunciare all'Autorità Giudiziaria non la formulazione di un giudizio o un reato accertato, ma l'ipotesi di un reato perseguibile d'ufficio (Art. 331 c.p.p.). L'art. 332 c.p.p. definisce i contenuti della denuncia: esposizione degli elementi essenziali del fatto, giorno dell'acquisizione della notizia, fonti di prova già note, nonché se possibile generalità e domicilio della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti.

La denuncia può anche essere inoltrata quando le notizie che pervengono all'incaricato di pubblico servizio non sono dirette ma "de relato", cioè apprese da altra persona.

È importante ricordare che l'obbligo di riferire alle Autorità sussiste anche solo sulla base di un sospetto in quanto sta solo alla funzione giudiziaria stabilire la veridicità del fatto e la natura dolosa o accidentale del caso. La Legge punisce l'omissione di referto o denuncia (art. 365 c.p.; art. 361 c.p.; art. 362 c.p.).

Raccomandazioni:

- Sia utilizzato il modello per la segnalazione/denuncia 
- Vengano stipulati protocolli d'intesa tra Servizi Sociali, Servizi Sanitari, Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine che facilitino l'azione condivisa
- Sia sempre assicurata, in coerenza con quanto previsto dalla l.n. 172/2012, l'assistenza di uno psicologo esperto in età evolutiva/neuropsichiatra infantile nel corso della Raccolta di Sommarie Informazioni attraverso la sottoscrizione di protocolli operativi tra ASL e Procura
- Sia assicurata l'assistenza/accompagnamento del minore nel corso del procedimento giuridico 
- Sia valorizzato il ricorso all'istituto dell'incidente probatorio (Art. 392 c.p.p.) per l'ascolto del minore in ambito giudiziario, anche al fine di evitare i rischi della vittimizzazione secondaria
- Si assicuri una formazione integrata del personale dei servizi (sociali, sanitari, ecc.) con l'Autorità Giudiziaria e le Forze dell'Ordine al fine di definire percorsi condivisi e prassi operative soprattutto nei casi di urgenza
- Nell'ambito scolastico/educativo l'insegnante che rileva una condizione di rischio o di un reato perseguibile d'ufficio deve informare il Dirigente Scolastico, con cui valuterà la necessità di informare i Servizi Sociali competenti o consultare altri operatori dell'area socio-sanitaria; nello specifico, se viene rilevata un'ipotesi di reato perseguibile d'ufficio, verrà effettuata una segnalazione all'Autorità Giudiziaria. In questi ultimi casi qualora l'insegnante non dovesse avere la collaborazione del dirigente, ha l'obbligo in qualità di incaricato di pubblico servizio di inviare una segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

2.3.5 Interventi



L'analisi degli esiti della valutazione svolta sul minorenni e sui genitori deve orientare gli interventi successivi più opportuni sulla base dei seguenti criteri:

- ✓ Caratteristiche della condizione di rischio o di violenza
- ✓ Rapporto della vittima con la figura autore della violenza
- ✓ Esito della valutazione del bambino/adolescente
- ✓ Recuperabilità delle capacità genitoriali

Sulla base dell'interrelazione dei suddetti aspetti potranno essere avviate azioni di: segnalazione/denuncia, protezione del minore, interventi psicosociali e/o clinici.

Questi interventi devono seguire il paradigma proposto dalla Psicologia di comunità⁴², la quale permette di prendersi cura di persone appartenenti a gruppi considerati fortemente vulnerabili, ad alto rischio come le vittime di violenza, per le quali sono richiesti trattamenti a setting plurimi ad alta integrazione socio-sanitaria. L'intervento di Psicologia di comunità offre una risposta al disagio che tiene conto del contesto familiare, sociale e relazionale, promuovendo la presa in carico globale della persona, attraverso gli strumenti dei trattamenti integrati e degli interventi di rete. Per quanto concerne i minorenni sono, infatti, indispensabili scambi, relazioni e collaborazioni tra il Tribunale Ordinario e dei minorenni, il Servizio Sociale, nonché i gruppi di aggregazione, le scuole e le comunità di accoglienza, al fine di garantire la protezione e la tutela del bambino/adolescente, e favorire la costruzione di un ambiente capace di supportare e promuovere la crescita dello stesso. Tali interventi richiedono come condizione necessaria, oltre agli interventi psicologici individuali e familiari, l'attivazione di risorse sociali, istituzionali, spesso economiche, per poter incidere positivamente su modalità relazionali e di funzionamento ad alto rischio e profondamente radicate.

2.3.5.1 Interventi psicosociali

Nei casi in cui la valutazione del minorenni e dei genitori permette di rilevare delle **vulnerabilità**, in assenza di psicopatologia, è utile strutturare interventi integrati di tipo psicosociale.

Considerando il focus prevalente dell'intervento possiamo distinguere: programmi in cui lo scopo principale è l'intervento sulle competenze genitoriali e/o programmi in cui si mira a potenziare le competenze del bambino, tuttavia spesso appare necessario integrare questi tipi di interventi.

I primi sono focalizzati sul potenziamento delle competenze genitoriali⁴³ al fine di promuovere la qualità dell'attaccamento, la sensibilità genitoriale, la capacità di sostenere l'autonomia dei figli e lo sviluppo di abilità pro sociali. Tali programmi contemplano un coinvolgimento più diretto delle famiglie con interventi svolti con diverse modalità operative: "home-visiting"; forme di consulenza modulate sui problemi e le esigenze delle singole famiglie, videofeedback e ristrutturazioni delle rappresentazioni genitoriali.

Nello specifico relativamente agli interventi di tipo home visiting risulta opportuno sottolineare che una revisione degli studi sulla prevenzione svolta dall'OMS (2006)⁴⁴ ha permesso di riscontrare l'efficacia delle visite domiciliari nella riduzione dei casi di maltrattamento, è stata rilevata una riduzione del 40% di azioni violente contro i bambini nelle famiglie ad alto rischio che erano seguite con visite domiciliari prima e dopo il parto. La caratteristica principale dell'Home Visiting è la domiciliarietà dell'intervento di sostegno psico-educativo ai genitori. I programmi più efficaci erano quelli che prevedevano l'intervento, non su tutte le famiglie, ma su quelle con alti fattori di rischio.



Gli interventi che sono focalizzati sul bambino/adolescente mirano a ridurre le vulnerabilità individuali colmando le carenze sociali, cognitive e di regolazione delle emozioni. Tali obiettivi possono essere raggiunti tramite il collocamento in un centro diurno, l'home visiting, l'inserimento in una comunità o il ricorso all'affidamento familiare. In tali contesti è opportuno il potenziamento delle Life Skills (OMS 1994⁴⁵), cioè competenze cognitive, emozionali e relazionali necessarie per affrontare efficacemente le proprie relazioni interpersonali, i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana. Nello specifico vanno potenziate le abilità di decision making, di problem solving, di pensiero critico e creativo, di gestione dello stress, di autoregolazione e di comunicazione empatica.

2.3.5.2 Interventi di psicologia clinica

⁴² SIPSOT (2009): Linee di indirizzo per l'assistenza psicologica erogata dalle strutture complesse di psicologia, territoriali ed ospedaliere, all'interno del sistema sanitario nazionale.

⁴³ Di seguito alcuni riferimenti bibliografici relativi agli interventi sulla genitorialità riportati nella letteratura come protocolli "evidence based":

- Prinz R.J. et al. (2009) Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. triple P system population trial. *Prevention Science*, 10(1), 1-12. doi: 10.1007/s11121-009-0123-3
- Webster-Stratton C. & Reid J. (2010) Adapting the Incredible Years, an evidence-based parenting programme, for families involved in the child welfare system. *Journal of Children's Services* 5,1,25-42.

⁴⁴ OMS (2006): *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generatine evidence*

⁴⁵ OMS (1994): Sviluppo e diffusione della life skills education: una visione di insieme



Nei casi in cui la valutazione della vittima e/o dei genitori fa emergere la presenza di una psicopatologia (internalizzante e/o esternalizzante) o uno sviluppo traumatico, risulta necessario programmare un percorso psicoterapeutico integrato con gli interventi di natura psicosociale a cui si è fatto riferimento. In questi casi è auspicabile individuare uno psicologo/psicoterapeuta come case manager.

L'importanza dell'intervento clinico è sottolineato nei Livelli Essenziali di Assistenza (Decreto del presidente del consiglio dei ministri 29 novembre 2001 N. 502: *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*), in cui si evidenzia che il Servizio Sanitario Nazionale, dal momento che tutte le condizioni di pregiudizio vissute nell'età evolutiva incidono sullo sviluppo fisico e psicologico, è chiamato a farsi carico del trattamento dei minorenni e delle famiglie.

La cura nelle diverse forme di pregiudizio infantile non può fermarsi esclusivamente al bambino/adolescente, ma deve considerare il contesto in cui egli è collocato; se nel trattamento delle vittime risulta importante intervenire sul mutamento dei sistemi di significato della vittima, questo non può prescindere da un intervento anche sul microsistema, in particolare sui familiari che inevitabilmente sono coinvolti nella situazione di violenza. Fornire al minorenne nuovi strumenti per mettere ordine nel suo passato e nuove lenti per guardare il mondo, tralasciando una condivisione degli stessi con gli altri familiari comporterebbe un'efficacia ridotta dell'intervento. Prima di addentrarci nel tema del trattamento appare fondamentale sottolineare nuovamente che l'intervento riparativo del danno potrà essere attuato solo a condizione che il minorenne si trovi in una condizione di protezione fisica e psichica/emotiva. In particolare, nei casi in cui è attivo un processo penale, la cura della vittima deve essere sempre garantita così come un adeguato accompagnamento in suo favore, nell'ambito delle procedure giudiziarie in cui il minorenne sarà direttamente e indirettamente coinvolto.

Una recente review⁴⁶ svolta sugli interventi più efficaci ha evidenziato la necessità di prevedere interventi terapeutici differenziati che possano tenere conto dell'età delle vittime prevedendo degli interventi "a step" con strategie terapeutiche che coinvolgano, in misura differente, la vittima ed i caregiver; in particolare vi è l'esigenza di attuare interventi sul parenting, interventi focalizzati sul trauma ed interventi di potenziamento dell'affidamento familiare. In generale appare importante strutturare interventi focalizzati sul trauma che permettano di intervenire tempestivamente sulla sintomatologia post traumatica e soprattutto sull'iperarousal che tali condizioni determinano.

Trattamento per i minorenni

L'intervento clinico va inteso come processo dinamico caratterizzato da fasi diverse seppur interconnesse e in parte sovrapponibili. Ogni fase consta di obiettivi specifici, il processo come tale, non è necessariamente lineare e logico e, data la complessità della situazione in oggetto, sono possibili progressioni e regressioni in corso d'opera a seconda delle caratteristiche del contesto, del paziente, del terapeuta e della relazione tra i due.

1. La fase di accoglienza ha la finalità di offrire uno spazio di elaborazione dell'esperienza, permettendo il lavoro sulla decolpevolizzazione della vittima e sul suo riposizionamento nel ruolo di bambino/adolescente.
2. La fase di elaborazione delle perdite ha gli obiettivi di: affrontare la perdita dell'immagine di sé precedente al trauma; affrontare la perdita dell'immagine positiva di uno o entrambe i genitori (in caso di violenza intrafamiliare); affrontare l'eventuale perdita fisica dei genitori a causa dell'allontanamento dal nucleo.
3. La fase di rivisitazione graduale del trauma mira a affrontare: la realtà del trauma rivisitandolo nella sua complessità, nei suoi aspetti cognitivo-emotivi; le ambiguità e gli aspetti contraddittori dell'esperienza, riconnotandola e integrandola nella storia di vita del soggetto. L'obiettivo è quello di rivisitare la natura ambivalente del rapporto con il maltrattante e modificare i legami patologici.
4. La fase di valutazione della resilienza si focalizza sui seguenti obiettivi: favorire l'apprendimento di strategie di problem solving; promuovere risorse e capacità adattive; creare spazio psicologico per i nuovi investimenti affettivi; promuovere l'integrazione sociale.

In generale l'intervento, di natura individuale o di gruppo, deve perseguire i seguenti obiettivi:

- Offrirsi come contenitore dell'esperienza traumatica
- Favorire l'elaborazione mentale dell'esperienza
- Ristabilire il senso di padronanza e controllo del bambino/adolescente sul proprio corpo, sui propri bisogni e desideri
- Contenere gli stati d'ansia e i sensi di colpa
- Rafforzare l'identità, stimolare l'attivazione di nuove risorse e il consolidamento di quelle già possedute.

⁴⁶ U. S. Department of Health and Human Services & Agency for Healthcare Research and Quality (2013). *Child Exposure to Trauma: Comparative Effectiveness of Interventions Addressing Maltreatment: Comparative Effectiveness Review Number 89* Paperback



Per i bambini/adolescenti traumatizzati l'OMS (2013)⁴⁷ raccomanda l'utilizzo di strategie psicoterapeutiche basate sull'evidenza scientifica.

In questa sede appare fondamentale sottolineare l'importanza di programmare percorsi psicoterapeutici anche per i minorenni autori di violenza interpersonale, soprattutto per gli autori di violenze sessuali⁴⁸.

Trattamento per i genitori

Nei casi in cui la prognosi della valutazione su uno o entrambi i genitori sia negativa è necessario impostare un lavoro terapeutico finalizzato a permettere un adeguato distacco dal figlio e un approfondito lavoro sulle problematiche individuali e relazionali emerse dalla valutazione. Tale percorso è necessario soprattutto se il distacco dal figlio è temporaneo, ma anche quando l'allontanamento è definitivo risulta opportuno attuare programmi di supporto per i genitori.

Nei casi di prognosi positiva sulla genitorialità il lavoro psicologico⁴⁹ è finalizzato a permettere il riconoscimento dell'effetto traumatico dell'evento e poter continuare ad essere un riferimento affettivo stabile per il figlio. Tale obiettivo viene raggiunto anche attraverso una maggiore consapevolezza delle aree di fragilità individuali e familiari che hanno reso i figli e/o la famiglia più esposti a situazioni di violenza. Il percorso di supporto deve permettere ai genitori di valorizzare le loro risorse educative ed affettive, al fine di aiutarli a ricreare un ambiente sicuro e supportivo.

Nello specifico, nei casi di alcune violenze di natura sessuale in particolare adescamento e cyber sex, in cui si può avere l'idea che la vittima abbia avuto un ruolo attivo, l'intervento di supporto ai genitori deve scongiurare il rischio di una vittimizzazione secondaria dei figli da parte dei genitori, un giudizio negativo del genitore sul figlio che interferirà negativamente sul processo riparativo del danno.

In alcuni casi sarà utile strutturare un setting terapeutico familiare che potrà essere parallelo al percorso individuale, oppure essere attivato a conclusione del percorso individuale.

Raccomandazioni per il trattamento:

- Nei casi di violenza, quasi sempre, è necessario programmare interventi integrati/paralleli che intervengano sia sul minore che sull'adulto.

Anche nei casi di violenza assistita, in cui spesso viene posta l'attenzione prevalentemente sulla donna, è importante attivare interventi combinati che coinvolgano anche i minorenni in quanto vittime e non semplici "spettatori". Tale raccomandazione deve avere una ricaduta a livello organizzativo, poiché i Centri Antiviolenza che solitamente accolgono le donne madri vittime di violenza domestica, possano attivare anche la rete di tutela ai minorenni. In tali casi "è necessario combinare azioni volte a ridurre l'impatto negativo dell'esperienza traumatica con azioni dirette a promuovere sia un buon accudimento sia la resilienza del minore" (concetto preso dal documento sulla violenza assistita Latina-Daphne 2014). Quindi, nel percorso di accompagnamento delle donne con figli nell'uscita dalla violenza, l'intervento deve tendere a rivedere ed elaborare la propria storia di violenza, a proteggersi e proteggere i figli nel percorso di allontanamento dalla violenza, a ricredere in se stessa come donna e come madre, a riflettere sulle interferenze della violenza sulle sue capacità genitoriali, a smontare i sensi di colpa, a recuperare autorevolezza. "Tentare di riparare la relazione della diade

⁴⁷ OMS (2013): Guidelines for the management of conditions specifically related to stress -

http://www.who.int/mental_health/emergencies/stress_guidelines/en/

⁴⁸ L'importanza di attuare interventi di sostegno specifici in favore dei minori autori di reati di natura sessuale viene recepita dall'art.16, comma 3, della Convenzione di Lanzarote, ratificata in Italia a mezzo della legge 1 ottobre 2012, n. 172, "Le Parti provvederanno, in conformità alla propria legislazione interna, a che programmi o misure di intervento vengano messe in atto o adattate per corrispondere ai bisogni connessi allo sviluppo dei bambini che abbiano commesso reati di natura sessuale, inclusi coloro che sono al di sotto dell'età della responsabilità penale, allo scopo di trattare i loro problemi di condotta sessuale".

⁴⁹ Di seguito alcuni riferimenti bibliografici relativi agli interventi di Prevenzione Terziaria riportati nella letteratura come protocolli per i genitori e le vittime, "evidence based":

- Swenson C.C. et al. (2010) Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology* 24: 497-507
- Barlow J. (2014) *Preventing Abuse: Getting it Right from the Start*. In Bentovim A. and Gray J. (2014) *Eradicating Child Maltreatment. Evidence-based approaches to prevention and intervention across services*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Barlow J. & Schrader-MacMillan A. (2010) *Safeguarding Children from Emotional Abuse: What Works*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Fukkink R. (2008) Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programmes. *Clinical Psychology Review* 28, 6, 904 – 916.
- Chaffin M. et al. (2004) Parent child interaction therapy with physically abusive parents – reducing further abuse reports. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 72, 500 – 510.
- Urquiza, A.J. & Timmer, S.G. (2014). *Parent-Child Interaction Therapy for Maltreated Children*. In S.G. Timmer & A. J. Urquiza (Eds.), *Evidence-Based Approaches for the Treatment of Maltreated Children* (pp. 123-144). Dordrecht: Springer Netherlands.



madre-bambino è uno degli obiettivi primari dell'intervento, in quanto spesso costituisce il presupposto per consentire al bambino di affrontare vissuti più specifici legati all'essere stati spettatori di violenza in famiglia" (Luberti, Pedrocco Biancardi 2005).

Il tratto caratterizzante degli interventi sarà il lavoro sulla ricostruzione della capacità genitoriale per evitare soluzioni di allontanamento o di istituzionalizzazione.

- il trattamento integrato per la vittima e i genitori deve essere tempestivo e avere continuità nel tempo
- è necessario definire un case manager clinico per il trattamento
- il trattamento deve adottare metodologie basate sull'evidenza scientifica
- nei casi di violenza intrafamiliare evitare il ricorso ai metodi alternativi di risoluzione dei conflitti, tra cui la mediazione e la conciliazione (art. 48 l.n. 77/2013)

Raccomandazioni specifiche per il bullismo:

Gli effetti sociali, fisici e mentali negativi derivanti dall'essere vittima di bullismo non sono purtroppo confinati all'interno dell'età infantile ed adolescenziale, ma sono stati riscontrati anche nell'età adulta. Gli individui, vittime occasionali di bullismo durante l'infanzia, sono risultati essere soggetti più frequentemente a problematiche condizioni di salute fisica e psicologica all'età di cinquanta anni; i soggetti vittime frequenti durante l'infanzia sono risultati avere un aumentato rischio di depressione, disturbi d'ansia e pensieri suicidi⁵⁰. Tali dati evidenziano l'importanza di attuare interventi tempestivi e efficaci.

La letteratura internazionale sull'intervento sul fenomeno del bullismo concorda nel sottolineare l'importanza di un coinvolgimento globale dell'intera comunità scolastica e di un'attenta valutazione del contesto scolastico e dei bisogni in esso presenti. Pertanto tale problematica dovrebbe essere trattata attraverso:

- Interventi di psicologia di comunità che attivano e rendono funzionante una rete all'interno di un istituto scolastico;
- Interventi sul gruppo classe di potenziamento delle abilità emotive e sociali. Si tratta di percorsi che attraverso strumenti come il role-playing, possono favorire modalità comunicative e relazionali funzionali dei ragazzi all'interno del gruppo classe.
- Interventi di formazione a gruppi di ragazzi, con l'obiettivo di attivare modelli di "supporto tra pari", basati sulla possibilità che i ragazzi stessi siano agenti di cambiamento.
- In alcune situazioni può rendersi necessario un intervento psicologico clinico individuale sulla vittima e/o sul bullo. Gli interventi rivolti alla vittima mirano principalmente a sviluppare la capacità di reagire in modo assertivo ed ottimale a situazioni di frustrazione e prevaricazione. E' utile a tal fine favorire una rete di sostegno affinché la vittima si senta supportata ed incoraggiata nel fronteggiare le prepotenze del bullo in modo efficace, anche in presenza di altri compagni di classe. E' inoltre possibile organizzare training rivolti a gruppi di vittime affinché acquisiscano nuove abilità assertive, relazionali e comportamentali.

Gli interventi individuali nei confronti del bullo possono prevedere un approccio morale mediante cui si cerca di sensibilizzare il ragazzo al rispetto dell'etica scolastica e all'acquisizione di regole e valori morali; tuttavia l'intervento più efficace è quello che cerca di modificare non solo il comportamento in superficie, ma anche i fattori emotivo-affettivi che guidano le scelte di questi ragazzi.

2.3.5.3 – Interventi di servizio sociale professionale

L'approccio pluriprofessionale e multidisciplinare nelle diverse fasi indicate e sui molteplici livelli (individuale, familiare, ambientale) deve evitare il rischio della frammentazione e dell'isolamento terapeutico. L'intervento del servizio sociale professionale, per competenza specifica e responsabilità amministrativa in ogni fase del procedimento di tutela civile dei minori, sia all'interno di una cornice giudiziaria coattiva sia in un setting di consensualità, può agevolare e sostenere l'approccio sistemico. La conseguente disposizione di "affidamento del minore al servizio sociale", con o senza prescrizioni, da parte dell'autorità giudiziaria, consente e supporta - non solo giuridicamente - l'attivazione di misure e di servizi, raccolta di feedback, verifica del funzionamento della rete, offrendo a tutta l'equipe un luogo di raccordo, sintesi e coordinamento.

Si ritiene utile ed importante:

- disporre di una mappa delle risorse, costantemente aggiornata, relativa a strutture socio-sanitarie e servizi socio-assistenziali (autorizzati al funzionamento ex Reg. Reg. 4/07), per rendere tempestivo ogni intervento che dovesse ritenersi necessario, anche attuato delle forze dell'Ordine nei casi urgenti di competenza;

⁵⁰ Takizawa, R., Maughan, B., Arseneault, L. (2014). Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, 7, 777-784.



- adottare una cartella sociale informatizzata ove registrare e documentare l'intero percorso di presa in carico da parte dell'equipe integrata multidisciplinare;
- considerare, in ogni fase dell'intervento, gli ambiti di vita e socializzazione del minore: scuola, parrocchia, altre agenzie socio-educative del territorio, che rappresentano importanti fonti di informazione in ogni fase della valutazione e, nel contempo, possono costituire un fattore di normalizzazione e/o contenimento della percezione di disgregazione della quotidianità che di solito accompagna le procedure di tutela;
- redarre relazioni psico-sociali per l'autorità giudiziaria che procede a firma congiunta degli operatori dell'equipe o, quantomeno, utilizzando modalità che esplicitino e rendicontino l'intervento pluriprofessionale;
- prestare attenzione ad ogni aspetto giuridico e legale per evitare di alienare diritti, aggravare i procedimenti o comprometterne l'esito, con l'effetto non trascurabile di produrre vittimizzazione secondaria;
- garantire ai minorenni coinvolti il diritto ad essere informati su tutte le azioni che li riguardano e, compatibilmente con l'età e le proprie capacità, ad essere resi partecipi delle decisioni.



CAPITOLO III- LE POLITICHE REGIONALI DI PREVENZIONE E CONTRASTO

3.1 Lo scenario di contesto

A partire dalla legge regionale di riforma dei servizi sociali, la legge 19 del 2006 "Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia", e della legge per le pari opportunità, legge regionale 7 del 2007 "Norme per le politiche di genere e i servizi di conciliazione vita-lavoro in Puglia", numerosi sono stati gli interventi messi in campo dalla Regione per combattere il fenomeno della violenza contro le donne e i minorenni.

L'intervento sistematico per prevenire e contrastare il fenomeno della violenza contro donne e i minorenni parte con l'approvazione del "Programma Triennale di interventi 2009-2011" (D.G.R. n. 2227 del 18/11/2008), le cui azioni vengono confermate e rafforzate nel secondo Piano Regionale delle Politiche Sociali (PRPS 2009-2011), approvato ad ottobre 2009, che introduce priorità di policy, declinandole in veri e propri obiettivi di servizio per la Programmazione Sociale Territoriale: l'attivazione e il sostegno di almeno due Centri Antiviolenza e di una Casa rifugio per territorio provinciale, la costituzione di equipe integrate multidisciplinari in ogni ambito territoriale per la presa in carico di vittime di violenza o maltrattamento. Ad agosto 2010, un altro passo importante è rappresentato dall'approvazione delle "Linee Guida Regionali per la rete dei servizi di prevenzione e contrasto alla violenza", con cui viene definito il modello di governo per la costruzione e il potenziamento della rete dei servizi, vengono attribuiti ruoli e funzioni specifici ai soggetti coinvolti, specificati i requisiti per la composizione e il funzionamento delle équipe integrate multidisciplinari.

La Regione Puglia, quindi, attraverso i Piani Regionali delle Politiche Sociali II e III triennio ha indicato tra gli obiettivi di servizio prioritari, la costituzione e la piena operatività di un'equipe integrata multidisciplinare, per la prevenzione e il contrasto del maltrattamento e della violenza, in ogni Ambito territoriale, fra servizi sociali, sanitari di base e specialistici, servizi giudiziari, attraverso accordi di programma o protocolli di intesa che definiscano il funzionamento del modello organizzativo. Il terzo Piano Regionale delle Politiche Sociali assegna alle equipe integrate multidisciplinari specifici compiti di valutazione-validazione per la presa in carico e per il trattamento delle situazioni di maltrattamento/violenza, sospetta o conclamata, e per l'elaborazione di un progetto di aiuto e di sostegno alle vittime di violenza, in primis bambini/adolescenti, indicando tra le azioni prioritarie l'adozione di protocolli operativi Ambito/ASL per la definizione puntuale di tutto l'iter procedurale relativo alla presa in carico dei minorenni vittime di maltrattamento e violenza sospetta o conclamata (rilevazione, protezione, valutazione, trattamento) nonché delle modalità di integrazione operativa con le Forze dell'Ordine, le Scuole, il Centro Antiviolenza.

Nell'ottica di prevenire il disagio minorile, sostenendo i bisogni di crescita e i compiti di sviluppo di bambini e adolescenti, il terzo Piano regionale delle Politiche Sociali ha indicato agli Ambiti territoriali il perseguimento dei seguenti obiettivi operativi:

- *Implementare e/o consolidare i Centri di Ascolto per le Famiglie e/o i servizi di sostegno alla genitorialità dell'Ambito territoriale, con prestazioni qualificate e la possibilità di accedere a servizi di mediazione dei conflitti e spazio neutro, in stretta connessione con gli altri servizi territoriali, in particolare con quelli specifici offerti dalla rete consultoriale;*
- *Potenziare l'assistenza domiciliare educativa quale efficace forma di intervento a favore sia dei bisogni di crescita dei soggetti minori d'età, sia per le opportunità che offre di intervenire sull'intero sistema familiare attraverso percorsi e processi condivisi, capaci di determinare cambiamento e crescita di tutti i membri del nucleo familiare;*
- *Potenziare e qualificare i percorsi di affido familiare, recependo pienamente gli indirizzi nazionali e regionali in materia, al fine di invertire la tendenza tra accoglienza familiare e accoglienza residenziale dei minorenni fuori famiglia, valorizzando il ruolo delle associazioni di famiglie affidatarie e del Terzo settore per promuovere una cultura diffusa dell'accoglienza;*
- *Sviluppare e qualificare i percorsi di adozione nazionale e internazionale, recependo pienamente gli indirizzi nazionali e regionali in materia, al fine di tutelare i minorenni e sostenere le responsabilità genitoriali durante tutto l'iter del procedimento, attraverso una forte integrazione tra i soggetti istituzionali e non che esercitano un ruolo importante nel processo dell'adozione;*
- *Consolidare e qualificare l'offerta delle strutture e dei servizi comunitari a ciclo diurno per minorenni per sostenere i bisogni di crescita e di socializzazione, il lavoro di cura delle famiglie, intercettare e prevenire il rischio di marginalità e devianza, contrastare i fenomeni di dispersione scolastica e tutte le forme di bullismo, attraverso l'integrazione con gli altri servizi socio educativi e con le istituzioni scolastiche, consentire efficaci e tempestive prese in carico da parte dei servizi territoriali preposti e l'attivazione di progetti individualizzati;*



- *Promuovere e incentivare le misure di sostegno economico in favore delle famiglie, in forma mirata rispetto alle cause e alle condizioni di fragilità economica e sociale, nel rispetto dell'art.33 della legge 19/2006, per promuovere l'affermazione di progetti di vita e di inserimento socio lavorativo, l'affrancamento da situazioni di fragilità sociale e di dipendenza economica, o per sostenere il carico del lavoro di cura;*
- *Qualificare la presa in carico dei minorenni sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria allontanati dalle famiglie e dei minorenni stranieri non accompagnati, attraverso la condivisione e l'integrazione operativa tra i servizi sociali e sanitari degli Ambiti Territoriali, la Magistratura minorile e le comunità residenziali ospitanti, al fine di monitorare la qualità dei percorsi educativi intrapresi e la durata delle accoglienze residenziali rispetto a forme alternative di presa in carico.*

Unitamente a questi puntuali indirizzi, le ultime programmazioni regionali hanno posto le basi per costruire intorno alle famiglie un mix di interventi di prevenzione e di contrasto del disagio psico-sociale e relazionale. Oltre alle misure tese a favorire la conciliazione dei tempi vita-lavoro e la condivisione di responsabilità tra uomini e donne, è stata promossa e sostenuta la creazione di servizi a supporto delle responsabilità genitoriali, della relazione genitori-figli, della tutela dei diritti dei minori. Molto significativa è stata in questi anni la crescita e la riqualificazione dei servizi comunitari a carattere residenziale e semiresidenziale a ciclo diurno per minorenni per una più efficace presa in carico dei minorenni fuori famiglia e l'attivazione di percorsi e progetti individualizzati capaci di rispondere sia ai bisogni dei minorenni interessati sia a quelli della famiglia d'origine.

In riferimento ai nuclei familiari in condizioni di fragilità economica e sociale, con la Legge Regionale 14 marzo 2016, n. 3, la Regione Puglia ha istituito il "**Reddito di Dignità**" (**ReD**), per il sostegno economico e l'inclusione sociale attiva delle persone e dei rispettivi nuclei familiari, la cui situazione economica non consenta di disporre dei mezzi sufficienti ad una vita dignitosa.

Il Red costituisce una misura di integrazione del reddito, considerata come strumento di contrasto alla povertà assoluta e un programma di inserimento sociale e lavorativo in cui l'indennità economica è accompagnata da un patto di inclusione sociale attiva che il nucleo familiare beneficiario, attraverso un suo componente, stipula con i servizi sociali locali, il cui rispetto è condizione per la fruizione del beneficio. L'attuazione del ReD si integra e coordina con la misura nazionale denominata SIA - Sostegno per l'Inclusione Attiva - che prevede l'erogazione di un sussidio economico a nuclei familiari con minori in condizioni di povertà, condizionale alla adesione ad un progetto di attivazione sociale e lavorativa. Per accedere alla misura SIA/RED è necessaria una valutazione multidimensionale del bisogno dei membri del nucleo familiare e la costruzione di un patto con i servizi. Il patto implica, da parte dei servizi, una presa in carico globale nell'ottica del miglioramento del benessere della famiglia e della creazione di condizioni per l'uscita dalla condizione di povertà oltre che di isolamento. Il programma personalizzato d'interventi, a valere sulla misura, viene elaborato in coerenza con i bisogni della famiglia e dei suoi componenti, con particolare riferimento al benessere dei minori presenti nel nucleo, nella sfera dell'istruzione, della salute e della socialità, tenendo conto delle risorse che possono essere attivate per soddisfare tali bisogni, in particolare per favorire l'inserimento lavorativo, e dei fattori ambientali che possono influenzare e sostenere il percorso.

Sempre a tutela dei diritti dei minori e in attuazione di quanto previsto dalla legge 19/2006, viene istituito presso il Consiglio regionale l'Ufficio del Garante regionale dei diritti del minore, a cui è affidata la protezione e la tutela non giurisdizionale dei diritti dell'infanzia, degli adolescenti e dei minorenni residenti o temporaneamente presenti sul territorio regionale. L'Ufficio promuove, tra l'altro:

- a) le azioni per la prevenzione dell'abuso e del maltrattamento familiare e iniziative nei confronti delle famiglie;
- b) il sostegno tecnico e legale agli operatori dei servizi sociali e propone alla Giunta regionale lo svolgimento di attività di formazione;
- c) la formulazione di proposte ovvero di pareri su atti normativi e di indirizzo che riguardino l'infanzia e l'adolescenza, di competenza della Regione e degli enti locali.

L'Ufficio, tra l'altro:

- a) sostiene studi, ricerche e scambi di esperienze negli ambiti della tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;
- b) collabora con l'Assessorato regionale competente per l'avvio di campagne di comunicazione e di sensibilizzazione contro il maltrattamento e l'abuso a danno dei minorenni, per il sostegno dell'affido di minorenni, per la promozione del ruolo genitoriale.

In ultimo, la legge regionale n. 29/2014, all'art. 13, prevede l'impegno ad adottare le "**Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza in danno dei minori**", allo scopo di garantirne i diritti contro ogni forma di maltrattamento, violenza, ivi compresa la violenza assistita, sfruttamento, e per fornire orientamenti



organizzativi e operativi agli operatori dei servizi territoriali, socio-sanitari, scolastici ed educativi, al fine di realizzare interventi tempestivi, uniformi, integrati, nei diversi settori di intervento.

3.2 Il Coordinamento regionale in materia di violenza nei confronti dei minorenni

Si istituisce a livello regionale, d'intesa con il Garante regionale dei diritti del minore, il Coordinamento regionale in materia di violenza nei confronti dei minorenni, quale tavolo tecnico di lavoro, per favorire modalità stabili di confronto e di raccordo interistituzionale, volte a garantire percorsi operativi e progettuali integrati e omogenei sul territorio regionale.

Al Coordinamento regionale, partecipano in relazione ai temi da affrontare, rappresentanti del sistema degli enti locali, dei servizi sociali e sociosanitari, del sistema giudiziario e delle forze dell'ordine, del sistema educativo, dell'istruzione e della ricerca, delle associazioni e degli ordini professionali interessati, delle società scientifiche, dei centri antiviolenza.

Il Coordinamento è convocato dal/dalla dirigente della struttura regionale competente.

Il Coordinamento regionale in materia di maltrattamento e violenza nei confronti dei minorenni, d'intesa con gli enti, le istituzioni e le organizzazioni coinvolte nella materia della prevenzione e del contrasto del maltrattamento e della violenza su minorenni, che di volta in volta saranno chiamate a partecipare, ha la funzione di:

- monitorare l'attuazione delle Linee Guida Regionali
- diffondere strumenti operativi e buone prassi finalizzate a permettere l'implementazione della rete di contrasto alla violenza sui minorenni
- creare modalità di confronto e di raccordo fra gli enti, le istituzioni e le organizzazioni coinvolte, al fine di garantire un sistema integrato di interventi e servizi, mediante la promozione di protocolli d'intesa tra le diverse competenze istituzionali a vario titolo interessate e la condivisione di modelli operativi;
- proporre indirizzi generali per orientare la programmazione sociale e sanitaria, alla tutela del minore ed al benessere familiare;
- prospettare linee di indirizzo regionali per la formazione in materia di maltrattamento e violenza nei confronti dei minorenni, da implementare in tutti gli ambiti della formazione in campo sociale, sanitario, educativo, giuridico;
- suggerire forme di raccordo con i Comuni, le Aziende Sanitarie Locali, gli Ambiti territoriali, le Prefetture, le Amministrazioni scolastiche, le Procure, i Tribunali e le Questure, i Centri antiviolenza, che concorrono alla raccolta delle conoscenze e dei dati sui bisogni e sulle risorse rese disponibili sul territorio;
- promuovere iniziative di sensibilizzazione, divulgazione e comunicazione sociale, anche mediante forme di collaborazione con le agenzie di comunicazione di massa.

Il Coordinamento regionale, anche con il supporto dell'Osservatorio regionale sulla violenza alle donne e ai minorenni, mette in campo tutti gli strumenti necessari per:

- far emergere i fenomeni di maltrattamento e violenza nei confronti dei minorenni, e conoscerli sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo;
- realizzare la mappatura delle risorse disponibili nel territorio in grado di dare risposte in termini di rilevamento, protezione, diagnosi e cura;
- promuovere la ricerca clinica e scientifica nel campo delle metodologie d'intervento per la cura del maltrattamento all'infanzia.

3.3 Il Sistema informativo regionale

Nell'ambito dell'Osservatorio regionale delle Politiche sociali, di cui all'articolo 14 della l.r. 19/2006, la legge regionale n.29/2014 istituisce la sezione "**Osservatorio regionale sulla violenza alle donne e ai minori**", con il compito di predisporre idonei strumenti e realizzare le attività di monitoraggio e valutazione attraverso la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati forniti da tutti i soggetti operanti nel settore, al fine di sviluppare la conoscenza delle problematiche relative alla violenza sulle donne e sui minorenni e armonizzare le varie metodologie di intervento adottate nel territorio. Nella nostra regione, così come a livello nazionale, i dati sono carenti e frammentati, per diverse ragioni: il fenomeno della violenza è ancora largamente sommerso, soprattutto quando si tratta di violenza domestica e relazionale; manca un sistema integrato dei diversi flussi informativi derivanti dai servizi e dalle istituzioni che intercettano il fenomeno (fonti in ambito sanitario, sociale, giuridico o facenti capo ad organizzazioni non istituzionali); vi è scarsa sensibilità al tema e mancanza di formazione alle metodologie di rilevazione dati fra alcune categorie di operatori che hanno il compito di raccogliere e catalogare/archiviare informazioni all'interno dei diversi contesti e servizi; sono poco strutturati e definite le reti di servizi che si occupano della rilevazione, dell'accoglienza e della presa in carico delle donne e dei minorenni che subiscono violenza.

In coerenza con quanto delineato sia nelle "*Linee guida per la costituzione dell'Osservatorio Regionale delle Politiche sociali*" (D.G.R. n. 1380 del 3 agosto 2007), sia nel *Piano d'azione straordinario contro la violenza*



sessuale e di genere (articolo 5 del decreto legge n. 93 del 14 agosto 2013, convertito nella legge n. 119/2013 - adottato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7 luglio 2015), il livello regionale può rappresentare la cabina di regia e di raccordo del livello locale con quello nazionale. Al fine di lavorare per la realizzazione di un sistema informativo integrato, l'Osservatorio regionale sulla violenza alle donne e ai minori (Cfr. DGR N. 729/2015) opera, in collaborazione con il sistema di monitoraggio nazionale, per definire le esigenze conoscitive minime da soddisfare, mentre su scala locale organizzerà e gestirà i flussi informativi, adeguando gradualmente anche quelli esistenti, nel modo che sembra essere più opportuno a garantire la comparabilità e la qualità del dato fornito, nel rispetto delle specifiche esigenze informative contestuali. Tra gli obiettivi indicati nella legge regionale 29/2014, vi è il supporto alle attività del Tavolo interassessorile e della Task-force permanente antiviolenza, al fine di sostenere con dati statistici e di analisi, i decisori politici e i gruppi di lavoro tecnico, nella definizione strategica di obiettivi e priorità nel quadro degli scopi predefiniti dalla stessa legge.

3.3.1 I dati del primo monitoraggio in Puglia sul maltrattamento dei minorenni

Nelle more dell'implementazione del sistema informativo regionale, considerando l'urgenza di avviare una prima rilevazione del fenomeno del maltrattamento e della violenza in danno ai minorenni, e prendendo spunto dall'indagine nazionale⁵¹ sul maltrattamento in danno dei minorenni realizzata dal Cismai e dall'associazione Terre des hommes su un campione limitato di Comuni, l'Osservatorio regionale sulla violenza alle donne e ai minorenni ha predisposto una scheda di monitoraggio atta a rilevare alcune caratteristiche del fenomeno, in relazione ai minorenni presi in carico dai Servizi Sociali dei Comuni pugliesi. La scheda di rilevazione è stata fornita a tutti gli Ambiti territoriali come Allegato dell'Avviso pubblico approvato con A.D. 881/2015 per la presentazione delle istanze al finanziamento a valere sulla Linea c) del "Piano operativo per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere (D.G.R. n. 729/2015). L'elaborazione dei dati trasmessi ci consente di avere una primissima fotografia rispetto al fenomeno e può fornire elementi utili per avviare flussi informativi più mirati e specifici.

(Cfr. Appendice statistica)

3.4 Il modello organizzativo e il percorso di presa in carico integrata: servizi e soggetti coinvolti

La realizzazione e lo sviluppo di un sistema di prevenzione, protezione e tutela dei minorenni vittime di maltrattamenti, violenze e sfruttamento sessuale, richiedono l'esercizio di compiti previsti dalle normative nazionale e regionale, nonché di quelli attinenti il ruolo istituzionale e la competenza professionale di ciascun ente e operatore. Per garantire una concreta ed effettiva tutela del minorenne è necessario che tutte le Istituzioni coinvolte adempiano il loro ruolo e creino un sistema integrato di interventi caratterizzato da un elevato grado di competenza specifica e da una rete di servizi in grado di assicurare la corretta gestione del caso nella sua articolata complessità.

Il raccordo tra Servizi Sociali, Servizi Sanitari e Uffici dell'Amministrazione della Giustizia (Procure Minorile e Ordinarie, Tribunali Minorile e Ordinario) coadiuvati dalle Forze dell'Ordine e dalle Istituzioni scolastiche, deve facilitare prassi operative condivise per procedere in modo coordinato pur nel rispetto delle reciproche competenze.

I SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI

In base alla normativa vigente, gli enti locali sono i responsabili delle funzioni socio-assistenziali (art. 132 del D.Lgs 112/1998 – art.16 LR 19/2006), che includono anche gli interventi in favore di minorenni esposti a situazioni di rischio, eventualmente soggetti a provvedimenti delle autorità giudiziarie minorili nell'ambito della competenza civile e amministrativa. I servizi sociali hanno la titolarità della tutela dei minorenni e la gestione dei provvedimenti urgenti di protezione (art. 403 c.c.), nonché la gestione degli interventi prescrittivi e di controllo su mandato del Tribunale per i minorenni. Gli operatori del Servizio sociale territoriale sono responsabili del coordinamento delle prestazioni e degli interventi realizzati a favore del minore, in collaborazione con gli operatori dei servizi sanitari e coordinandosi con le decisioni dell'autorità giudiziaria. L'indagine sociale è finalizzata a raccogliere le informazioni sul contesto ambientale e relazionale in cui il minore vive, sulla presenza di fattori di rischio e di fattori protettivi a livello individuale, familiare e del contesto comunitario di riferimento.

Sono di competenza dei Comuni le prestazioni di supporto sociale ed economico alle famiglie, la copertura economica dell'accoglienza in comunità educative o familiari, di supporto educativo domiciliare e territoriale sui minorenni, la predisposizione di progetti individualizzati, di concerto con i servizi sanitari e dell'autorità giudiziaria.

⁵¹ "Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia" - http://garanteinfanzia.s3-eu-west-1.amazonaws.com/s3fs-public/documenti/Indagine_maltrattamento_TDH_Cismai_Garante_mag15.pdf



L'integrazione tra competenze sociali e sanitarie costituisce uno dei pilastri attorno a cui si deve sviluppare il sistema di prevenzione, protezione e tutela per poter valutare, sostenere e trattare efficacemente e globalmente il minore e il nucleo familiare, e in quanto dimensione strategica e criterio operativo per la realizzazione sul territorio dei sistemi integrati di interventi e servizi sociosanitari (secondo principi enunciati nella L. 328/00 e nella L.R. 19/06).

Gli operatori del Servizio Sociale del Comune di competenza, a seguito di segnalazione di pregiudizio, maltrattamento o violenza, attivano tempestivamente l'équipe multidisciplinare integrata d'Ambito per condividere la valutazione e avviare la presa in carico. Nei casi che richiedono segnalazione urgente o denuncia alla Procura della Repubblica del Tribunale dei Minori, provvedono con tempestività assicurando la collaborazione ed il raccordo con le Autorità competenti.

I SERVIZI SANITARI

Ai servizi sanitari competono gli interventi diagnostici e terapeutici a favore dei minorenni e famiglie ai fini della valutazione e del trattamento. In base alle leggi n. 405/75, n. 184/83 e successive modifiche, n. 66/96, n. 269/98 e al decreto ministeriale 24.4.2000 e al DPCM 14 febbraio 2001, dal Dlgs 502/92, alle Asl competono le attività di assistenza alla famiglia, alla maternità e ai minorenni attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche e riabilitative, nonché di recupero psicofisico dei minori vittime violenza. Le funzioni specialistiche degli operatori sanitari sono il riconoscimento, la diagnosi, la valutazione sanitaria e il trattamento.

Gli operatori dei servizi sanitari possono entrare in contatto con il fenomeno attraverso la constatazione di lesioni (es. pediatri, medici medicina generale, operatori del pronto soccorso e altri specialisti ospedalieri) oppure attraverso un'anamnesi sospetta. Gli operatori sanitari che rilevano una violenza o un'anamnesi sospetta, oltre a mettersi tempestivamente in contatto con il Servizio Sociale territorialmente competente, devono direttamente segnalare il caso all'autorità giudiziaria.

Le strutture ospedaliere di Pediatria e/o di Neuropsichiatria Infantile provvedono ai ricoveri quando il minore necessita di interventi realizzabili solo in un contesto di ospedalizzazione, ovvero quando attraverso il ricovero a breve termine si consenta una rilevazione del danno e/o del grave rischio di ulteriore esposizione a fattori violenti anche attraverso la consulenza dei servizi territoriali.

Nell'ambito del Progetto GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati) sono state costituite sul territorio della Regione: *Unità Funzionali Interdisciplinari Ospedaliere* (UFIO, costituite da referenti per: Direzione Medica, Pediatria, Ginecologia e Ostetricia, Accettazione e Pronto Soccorso, Medicina Legale, Radiologia, Chirurgia, Ortopedia, Psicologia e Servizi Sociali interni all'Ospedale) e *Unità Funzionale Interdisciplinare Territoriale* (UFIT, costituita dai referenti dei Servizi Aziendali - DSM, Distretto, Ser.D, Dip. di Prevenzione, Servizio di Riabilitazione, MMG - e dai Servizi Distrettuali - Consultorio Familiare e PLS - presenti nei territori della Pediatria Ospedaliera). Tale rete di specialisti formata sul tema della violenza ai minorenni è stata nominata dalle singole Direzioni Aziendali attraverso un atto deliberativo.

Le Linee Guida regionali, approvate con DGR n.405 del 17.03.2009, fanno riferimento alla necessità di garantire prestazioni di psicoterapia individuale e familiare. Le stesse Linee di indirizzo regionale per l'avvio del Progetto di riorganizzazione della rete consultoriale pugliese (D.G.R. n. 3066 del 27 dicembre 2012) sottolineano la necessità di istituire e/o consolidare le equipe multidisciplinari per la presa in carico di casi di abuso, maltrattamenti, incuria, nonché affido familiare, adozione, sostegno a gravidanze a rischio sociale, separazioni e divorzi.

Si richiama inoltre la Delibera di Giunta Regionale n° 1721 del 7/8/2012 (Approvazione del Piano di Rientro nella Regione Puglia 2010-12. Potenziamento dei Servizi Territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Assegnazione dei fondi alle ASL) che indica i Servizi Territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza quali servizi competenti a livello aziendale della prevenzione, diagnosi e presa in carico globale delle patologie neurologiche, neuropsicologiche e psichiatriche dell'età evolutiva. Tali patologie richiedono una presa in carico globale multidisciplinare, spesso di lunga durata, e necessitano di interventi complessi e coordinati di diagnosi, trattamento e riabilitazione, che coinvolgono la famiglia ed i contesti di vita integrati in rete con altri servizi della ASL e istituzioni del territorio.

I SERVIZI SCOLASTICI

Possono garantire azioni di prevenzione oltre che di segnalazione agli organi competenti, quali i Servizi Sociali del territorio, il Consultorio familiare del territorio, le Forze dell'Ordine o l'Autorità Giudiziaria.

Gli insegnanti rappresentano una delle fonti più importanti di segnalazione delle situazioni di disagio e di rilevamento precoce di casi e possono svolgere, soprattutto se adeguatamente aggiornati sul tema, una notevole funzione preventiva. Infatti, nello svolgimento della propria funzione educativa, l'insegnante promuove nel bambino/adolescente la consapevolezza dei propri bisogni, emozioni, sofferenze aiutandolo a verbalizzare; aiuta ad acquisire la capacità di chiedere aiuto individuando figure precise di riferimento; può favorire e promuovere progetti sull'educazione alla relazionalità e interventi di formazione per insegnanti e genitori mirati alla prevenzione.



Ma gli insegnanti, sempre nello svolgimento delle proprie funzioni, possono meglio di altri, "osservare" prestando attenzione ad eventuali presenze di segni fisici, raccogliendo confidenze e racconti spontanei, rilevando atteggiamenti/comportamenti inadeguati all'età nei rapporti con i compagni e con gli adulti.

Nel caso di un sospetto di reato l'operatore scolastico non deve raccogliere elementi di prova per avere la certezza che il reato sia stato effettivamente commesso. Così facendo si corre il rischio di mettere in allarme i supposti autori del reato e di inquinare la raccolta degli elementi di prova che compete alla Magistratura Penale. Nei casi di sospetta violenza o maltrattamento intrafamiliare o di grave pregiudizio intrafamiliare la scuola non deve convocare né avvisare la famiglia del minore. Nei casi sospetti il Dirigente scolastico chiede consulenza e collaborazione al Servizio sociale comunale e/o, laddove ricorrano i presupposti, inoltra segnalazione all'Autorità giudiziaria.

La collaborazione tra scuola e servizi è fondamentale anche nella fase di trattamento e di cura, tanto da renderne auspicabile la partecipazione anche nella fase di attuazione del progetto di trattamento e di cura, secondo le indicazioni e le modalità concordare con i servizi responsabili della presa in carico.

LA RETE DEI SERVIZI DI ACCOGLIENZA

Le strutture di accoglienza (le diverse tipologie di comunità e case-famiglia) e le famiglie affidatarie collaborano con i servizi socio-sanitari integrati e in particolare con il servizio sociale che ha la responsabilità del programma di assistenza e di vigilanza durante l'affidamento. Tra i compiti attribuiti alle realtà di accoglienza rientrano gli interventi di trattamento sociale ed educativo del minore e della famiglia con relativi progetti educativi individualizzati, la partecipazione alla presa in carico di lungo periodo dei minorenni vittime di violenza. E' per questo fondamentale la loro collaborazione con i servizi sociali e sanitari nella fase di accertamento e di valutazione nonché la loro partecipazione al progetto di trattamento e cura.

Sarebbe auspicabile la specializzazione di alcune strutture residenziali, in modo particolare delle comunità educative, finalizzata all'accoglienza qualificata di minorenni vittime di maltrattamento e violenza, con caratteristiche organizzative e professionali specifiche.

I SERVIZI SOCIO EDUCATIVI E DEL TEMPO LIBERO

Anche gli operatori dei servizi socio educativi e del tempo libero (nidi, ludoteche, centri polivalenti, centri aggregativi di varia natura, sportivi, religiosi, ect) che vengono a contatto con il minorenne nel suo percorso di crescita, possono raccogliere segnali di disagio o richieste di aiuto che segnaleranno tempestivamente ai servizi sociali territorialmente competenti. Essi partecipano alla fase di sostegno e di trattamento del minore, nell'ambito delle loro funzioni e secondo le indicazioni ricevute dai responsabili della presa in carico.

I CENTRI ANTIVIOLENZA

I centri antiviolenza rappresentano servizi strategici ai fini della rilevazione di situazioni di violenza assistita, in quanto solitamente accolgono donne che sono anche madri di figli minorenni che assistono direttamente o indirettamente alla violenza. I centri operano in raccordo funzionale con l'equipe multidisciplinare integrata dell'Ambito territoriale e con i servizi sociali competenti territorialmente, per le situazioni di violenza contro le donne che coinvolgono anche minorenni, al fine di condividere e formulare ipotesi di lavoro per quanto concerne l'eventuale sostegno al minore. I centri rivestono un ruolo fondamentale nell'accompagnamento/orientamento della donna verso i servizi preposti alla tutela dei minorenni, al fine di sostenerla ed attivare adeguati progetti di aiuto, comunque sempre nel rispetto dei tempi e delle decisioni della donna.

UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE PER I MINORENNI

L'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) – Centro per la Giustizia Minorile - si occupa ai sensi della L. 66/1996 sia delle vittime di reati a sfondo sessuale sia dei minorenni autori di reato. Per quanto riguarda le vittime, ai sensi della L. 66/1996 garantisce, in collaborazione con i servizi sociali territoriali e con l'autorità giudiziaria, in ogni stato e grado del procedimento l'assistenza e quanto altro possa essere necessario alla tutela (segnalazione, sostegno nell'audizione protetta, ecc.) Per quanto riguarda i minorenni imputati/ autori di reato, l'USSM effettua la presa in carico in ogni stato e grado del procedimento penale.

UFFICIO DEL GARANTE REGIONALE PER I DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

Istituito presso il Consiglio Regionale dall'art.30 della L.19/06, è un organismo autonomo e indipendente, con compiti di tutela e protezione non giurisdizionale delle persone di minore età residenti o temporaneamente presenti sul territorio della regione. In sinergia con tutte le altre Istituzioni titolari della protezione e della cura dei minorenni e in primis con il competente Assessorato regionale promuove azioni per la prevenzione della violenza sui minorenni, del maltrattamento familiare e iniziative di supporto alla genitorialità. Il/la garante accoglie segnalazioni relative a violazione dei diritti dei minori e sollecita le amministrazioni coinvolte nella ricerca di soluzioni e nel superamento delle criticità. Sensibilizza gli organi di stampa e il mondo dei media al trattamento delle immagini e delle notizie in forme rispettose della serenità e della dignità dei bambini e delle bambine. Può formulare proposte e pareri su atti normativi e di indirizzo e contribuire a sostenere gli operatori dei servizi sociali anche attraverso attività di formazione. La



29/2014 prevede la sua partecipazione come componente del tavolo inter-assessorile finalizzato a di favorire la piena integrazione delle politiche regionali a sostegno delle donne vittime di violenza e dei loro figli.

L'AUTORITA' GIUDIZIARIA

Il Tribunale per i Minorenni ha funzioni di tutela del minore in tutte le situazioni di pregiudizio ascrivibili a comportamenti dei genitori o di familiari a cui il minore è affidato: la situazione di pregiudizio per il bambino è indipendente dalla natura dolosa o colposa del comportamento dei genitori. Può disporre un'indagine, previo ricorso alla Procura della Repubblica, per chiarire i contenuti della segnalazione, può dettare prescrizioni alla famiglia, con possibilità, nei casi più gravi, di decidere l'allontanamento del minore dal nucleo. E' costituito, oltre che da magistrati, da giudici onorari, rappresentanti di diverse professionalità attinenti alle problematiche minorili.

La Magistratura penale (Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario, Tribunale Penale, Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni) ha come finalità accertare se è stato commesso un reato ed, in particolare, per quanto rileva in questa sede, una violenza o sfruttamento sessuale o una lesione all'integrità fisica del minore, applicando le sanzioni previste dalla Legge. Il Tribunale Ordinario in sede civile si occupa di tutela dei minori, in tutti i casi in cui sia in corso o pendente procedimento di separazione dei coniugi.

FORZE DELL'ORDINE

Collaborano alla realizzazione del sistema di prevenzione, protezione e tutela del minore vittima di violenza attraverso le attività di contrasto dei reati e l'integrazione operativa con gli altri attori del sistema. L'attività di contrasto alle diverse forme di abuso e maltrattamento si esplica nella fase di prevenzione, attraverso la vigilanza e tutela assicurata nelle attività di monitoraggio del territorio e di acquisizione di informazioni, nella fase di rilevazione, attraverso l'acquisizione delle notizie di reato e la conseguente informativa all'Autorità Giudiziaria. La normativa ha stabilito, per quanto riguarda le indagini preliminari, che la polizia giudiziaria può avvalersi di figure professionali che in veste di ausiliari possono coadiuvare lo svolgimento delle indagini. In un protocollo operativo dovrebbe essere messo in evidenza il raccordo operativo tra i servizi territoriali preposti e le strutture di polizia giudiziaria territoriali nonché l'impegno a partecipare ai percorsi di formazione promossi dai soggetti della rete interistituzionale in modo da specializzare almeno le figure preposte all'accoglienza e all'ascolto di minorenni e di donne vittime di violenza.

Sarebbe auspicabile la definizione di protocolli operativi e procedurali tra i soggetti preposti alla tutela e alla sicurezza delle vittime, all'accertamento e alla repressione dei reati e all'attuazione delle misure interdittive comminate, che favoriscano, nei casi di violenza intrafamiliare, la permanenza delle donne e dei minorenni nei loro contesti di vita e l'allontanamento immediato del maltrattante⁵² (cf. *Appendice normativa*).

3.5 Indicazioni operative per la presa in carico

La Regione Puglia con i Piani Regionali delle Politiche Sociali II e III triennio (D.G.R. n. 1875/2009 - D.G.R. n. 1534/2013) ha indicato tra gli obiettivi di servizio prioritari, la costituzione e la piena operatività di un'equipe integrata multidisciplinare, per la prevenzione e il contrasto del maltrattamento e della violenza, in ogni Ambito territoriale, fra servizi sociali, sanitari di base e specialistici, servizi giudiziari, attraverso accordi di programma o protocolli di intesa che definiscano il funzionamento del modello organizzativo. Le suddette equipe svolgono specifici compiti di valutazione-validazione per la presa in carico e per il trattamento delle situazioni di maltrattamento/abuso, sospetto o conclamato, e per l'elaborazione di un progetto di aiuto e di sostegno alle vittime di violenza. Inoltre, le "Linee Guida Regionali per la rete dei servizi di prevenzione e contrasto alla violenza" (D.G.R. 1890/2010), individuano anche la composizione minima dell'equipe e ribadiscono la necessità di una forte integrazione tra i professionisti attivi nelle varie fasi dell'intervento (rilevazione, protezione, valutazione, trattamento). In particolare, il PRPS 2013-2015 indica tra le azioni prioritarie l'adozione di protocolli operativi Ambito/ASL per la definizione puntuale di tutto l'iter procedurale relativo alla presa in carico dei minorenni vittime di maltrattamento e violenza sospetto o conclamato, in tutte le fasi dell'intervento (rilevazione, protezione, valutazione, trattamento) nonché delle modalità di integrazione operativa con le Forze dell'Ordine, le Scuole, il Centro Antiviolenza.

⁵² LEGGE 27 giugno 2013, n. 77 Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l'11 maggio 2011. (13G00122) (GU Serie Generale n.152 del 1-7-2013) – Art. 52 *(Le Parti adottano le misure legislative o di altro tipo necessarie per garantire che le autorità competenti si vedano riconosciuta la facoltà di ordinare all'autore della violenza domestica, in situazioni di pericolo immediato, di lasciare la residenza della vittima o della persona in pericolo per un periodo di tempo sufficiente e di vietargli l'accesso al domicilio della vittima odella persona in pericolo, impedirgli di avvicinarsi alla vittima. Le misure adottate in virtù del presente articolo devono dare priorità alla sicurezza delle vittime o delle persone in pericolo).*



La Regione Puglia con DGR n. 1397/07 e n. 2236/09 ha avviato le attività del Progetto GIADA finalizzate alla "diagnosi precoce e cura delle forme di abuso all'infanzia", con la creazione di una rete regionale interdisciplinare e interistituzionale socio-sanitaria per fronteggiare il fenomeno dell'abuso sui minorenni. A conclusione del primo biennio di attività, la Regione, con una successiva delibera (N. 504 del 22/03/2011), ha dato continuità alle attività progettuali al fine di proseguire le azioni di assistenza in favore dei minorenni vittime di violenza e delle loro famiglie.

Nonostante le forti indicazioni fornite da tre Piani Regionali delle Politiche Sociali, dalle "Linee Guida Regionali per la rete dei servizi di prevenzione e contrasto alla violenza", dal Piano Regionale per la Salute 2008-2010, solo nel corso del 2015 si è dato corso effettivo (grazie alla spinta esercitata dall'attuazione del Piano operativo regionale antiviolenza - DGR 729/2015), alla costituzione delle previste equipe multidisciplinari in diversi Ambiti territoriali/Distretti Sociosanitari che ne risultavano ancora sprovvisti.

Dai dati di monitoraggio forniti dai Comuni pugliesi con riferimento all'annualità 2014 (cfr. *Appendice statistica*) emerge che solo il 23% dei minorenni presi in carico dai servizi sociali per maltrattamento/violenza viene seguito dalle equipe integrate multidisciplinari e che solo il 10% accede a servizi di natura sanitaria. Questo scenario richiede pertanto un forte investimento, anche culturale, verso l'integrazione sociosanitaria, la piena integrazione interistituzionale tra scuola, giustizia e servizi territoriali nonché la piena collaborazione tra servizi pubblici e privato sociale qualificato.

L'Autorità Garante Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza nel documento di proposta "*Prendersi cura dei bambini e degli adolescenti vittima di maltrattamento*"⁵³ (2015), al fine di assicurare il diritto alle cure da parte dei minorenni, ha auspicato un'organizzazione dei servizi su due livelli: un primo livello di servizi di base (es. le Equipe integrate multidisciplinari) e la costituzione di servizi specialistici per il trattamento del trauma.

Pertanto, tenendo conto dei processi già avviati e delle criticità delineate, al fine di favorire e promuovere una presa in carico integrata e globale nelle diverse fasi (dalla rilevazione al trattamento), si forniscono le seguenti indicazioni operative:

I LIVELLO - EQUIPE INTEGRATE MULTIDISCIPLINARI TERRITORIALI

In ogni Ambito Territoriale/Distretto sociosanitario deve essere assicurata la costituzione e la piena operatività di un'equipe integrata multidisciplinare per la presa in carico e gli interventi relativi alla prevenzione e contrasto del maltrattamento e della violenza con i seguenti compiti:

- Attività di prevenzione primaria
- Accoglienza delle segnalazioni e analisi del rischio
- Tempestiva segnalazione/denuncia all'Autorità Giudiziaria e, relativamente al rischio eventuale, proposta di provvedimento a tutela dei minorenni
- Interventi di natura protettiva del minore d'intesa con il servizio sociale territoriale, di riferimento e in collaborazione con i servizi di pronto intervento sociale
- Valutazione (set minimo per la valutazione)
- Elaborazione del progetto di intervento con gli altri servizi coinvolti
- Attuazione del progetto di intervento, compreso il trattamento psico terapeutico in favore del minore e del nucleo familiare
- Attivazione del **Centro Specialistico** di riferimento **per la cura del trauma**, per gli approfondimenti diagnostici della situazione traumatica, la supervisione, l'elaborazione e la realizzazione del progetto di intervento psicoterapeutico
- Monitoraggio e verifica del progetto di intervento
- Collaborazione nell'ambito delle attività di monitoraggio del fenomeno della violenza su donne e minorenni nel territorio di riferimento

La composizione minima dell'equipe deve prevedere:

- 1 assistente sociale di ambito territoriale con adeguata formazione in materia (cui si deve affiancare l'assistente sociale del comune di residenza del minore e della famiglia salvo che la titolarità della presa in carico non venga delegata per effetto della gestione associata dei servizi all'Ambito territoriale)
- 1 psicologo del Consultorio familiare del Distretto⁵⁴, con adeguata esperienze e formazione in materia, per almeno 12 ore settimanali

⁵³ [http://garanteinfanzia.s3-eu-west-1.amazonaws.com/s3fs-](http://garanteinfanzia.s3-eu-west-1.amazonaws.com/s3fs-public/documenti/Indagine_maltrattamento_TDH_Cismai_Garante_mag15.pdf)

[public/documenti/Indagine_maltrattamento_TDH_Cismai_Garante_mag15.pdf](http://garanteinfanzia.s3-eu-west-1.amazonaws.com/s3fs-public/documenti/Indagine_maltrattamento_TDH_Cismai_Garante_mag15.pdf)

⁵⁴ In sede di definizione dei protocolli operativi, laddove l'Ambito territoriale dovesse avere già in organico psicologi con adeguata esperienza e formazione in materia, gli stessi potranno essere incaricati quali componenti l'equipe.



- 1 educatore (se non in organico, potrebbe essere l'educatore di riferimento del servizio di accoglienza o altra figura esperta impegnata nei servizi socio-educativi territoriali – centri famiglia – educativa domiciliare, l'educatore della comunità di accoglienza del minore ovvero del centro anti violenza che segue la madre del minorenne nel percorso di uscita dalla violenza intrafamiliare).
- L'equipe dovrà avvalersi, in base alla specificità di ogni caso, delle competenze di altri professionisti dei servizi (NPI, Ser.D., UEPE, CSM, USSM, ecc.) e/o ospedalieri.
- L'equipe potrà avvalersi, in base alla specificità della situazione, della collaborazione degli insegnanti di riferimento del minorenne.

La complessità delle situazioni a cui si fa riferimento richiede l'adozione di un approccio globale che coinvolga tutti i contesti di vita del minorenne e, pertanto, anche la capacità di operare in maniera integrata e sinergica tra i servizi a vario titolo coinvolti nella presa in carico tanto dei minori quanto delle figure adulte di riferimento.

Tenuto conto che il presidio delle funzioni di tutela del minore (in tutte le fasi dell'intervento: rilevazione, protezione, valutazione, trattamento) necessita di risorse umane stabilmente dedicate, che possano diventare punto di riferimento per i soggetti istituzionali a diverso titolo coinvolti e, in particolare, per il tribunale per i minorenni, sarebbe auspicabile l'individuazione di figure da assegnare al funzionamento dell'equipe. L'equipe deve individuare, al suo interno, una figura che assuma in maniera stabile la funzione di coordinamento delle diverse fasi. L'individuazione di un referente con funzioni di coordinamento è, pertanto, funzionale a rendere operativo e concreto il raccordo tra diverse istituzioni e diversi professionisti che, ciascuno per il proprio ambito di competenza, sono già impegnati nello svolgimento delle medesime attività.

L'intero iter procedurale (rilevazione, protezione, valutazione, trattamento) e le evidenti esigenze di tutela del minore richiedono una regia che faciliti le collaborazioni tra i diversi professionisti e servizi e possa assumere, all'occorrenza, la responsabilità giuridica e amministrativa della protezione del minorenne nei casi di rischio e pregiudizio.

Per tali ragioni è necessario individuare, per ciascun caso, anche una figura che assuma la funzione di referente del caso (cd "case manager").

L'equipe integrata multidisciplinare che effettua una diagnosi di trauma ovvero di psicopatologia derivante da situazione di maltrattamento, incuria, violenza e/o altre esperienze sfavorevoli, potrà attivare il Centro specialistico di riferimento per la cura del trauma.

II LIVELLO - CENTRI SPECIALISTICI PER LA CURA DEL TRAUMA INTERPERSONALE

Si individuano, su base provinciale (almeno uno per ogni ASL), Centri Specialistici qualificati per la diagnosi e la cura del trauma derivante da maltrattamenti, violenze e/o altre esperienze sfavorevoli di cui sono vittime bambini e adolescenti. I Centri hanno funzioni di consulenza, supporto e supervisione alle equipe territoriali di riferimento già costituite (sia equipe integrate multidisciplinari per il maltrattamento e la violenza, che equipe integrate per l'affido e l'adozione) con particolare attenzione alla fase di valutazione diagnostica, di costruzione del progetto di intervento e alla realizzazione degli interventi psicoterapeutici.

L'equipe di lavoro del Centro Specialistico si compone di psicologi-psicoterapeuti in possesso di riconosciuta esperienza pluriennale e formazione specifica in materia di maltrattamento/violenza, prevedendo in ogni caso la presenza di almeno uno psicologo dell'età evolutiva.

L'equipe si avvale di altre competenze, quali quelle del Medico pediatra, del Neuropsichiatra infantile, del Ginecologo, opportunamente individuate dall'Azienda Sanitaria Locale con riferimento particolare alla formazione specifica e all'esperienza maturata in materia. La funzione di coordinamento sarà assolta da uno degli psicologi componenti l'equipe.

All'apposita equipe di lavoro costituita per ogni singolo caso si affiancherà il "case manager" dell'equipe territoriale. Per i casi che vedono coinvolti minorenni/imputati autori di reato l'equipe si avvarrà della collaborazione dell'assistente sociale dell'USSM.

Il Centro specialistico dovrà avvalersi di specifica consulenza legale e, in base alla specificità di ogni caso, delle competenze di altri professionisti dei servizi (NPI, Ser.D., CSM, USSM, ecc.) e/o ospedalieri.

Il Centro potrà avere funzioni di programmazione e coordinamento per le attività a valenza sovradistrettuale (formazione e aggiornamento, supervisione, organizzazione di specifiche campagne di sensibilizzazione e/o informazione, documentazione) e costituirà punto di riferimento e di supporto delle equipe integrate multidisciplinari per le attività di:

- consulenza specialistica agli operatori dei servizi territoriali che ne fanno richiesta per la valutazione della situazione traumatica nei suoi aspetti individuali e relazionali
- elaborazione del progetto di intervento riparativo e terapeutico, in stretta collaborazione con l'equipe territoriale



- presa in carico di casi complessi in cui il primo livello individua già la presenza di un trauma ovvero di psicopatologia derivante da situazione di maltrattamento/violenza, (minorenni vittime/autori e famiglie) con prestazioni di psicoterapia individuale e familiare
- assistenza psicologica nel corso dell'escussione del minore e gestione spazio attrezzato per l'ascolto
- partecipazione ad audit clinici trimestrali con i centri/strutture di terzo livello
- presa in carico di adulti maltrattanti o violenti per progetti di intervento terapeutico.

Entro **180** giorni dalla pubblicazione delle presenti Linee guida, ciascuna Azienda Sanitaria Locale, con proprio atto deliberativo, provvederà ad istituire un Centro Specialistico attraverso l'individuazione della sede operativa e dei professionisti dedicati che costituiranno l'equipe di lavoro.

L'individuazione dei Centri Specialistici non potrà prescindere dal riconoscimento e dalla valorizzazione di esperienze già consolidate in alcune Aziende Sanitarie della Regione Puglia, con riferimento alla presenza di equipe di lavoro/gruppi interdisciplinari che hanno già maturato specifica esperienza nell'ambito della cura del trauma e del supporto consulenziale alle equipe territoriali.

Nel caso di impossibilità da parte delle Aziende Sanitarie Locali ad individuare il personale in servizio da impiegare presso i suddetti Centri Specialistici, si procederà a convenzionare specialisti ambulatoriali in possesso di particolari capacità professionali in materia, così come previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale⁵⁵ ovvero ad attivare forme di convenzione con centri specialistici per lo studio, la diagnosi e la cura delle conseguenze psicologiche della violenza, in possesso di comprovata capacità professionale.

Il personale impiegato nei Centri Specialistici deve essere in possesso di specifiche competenze, deve essere in grado di assicurare l'intervento di setting multiplo attraverso il coinvolgimento di tutti i professionisti, in relazione ai contesti di vita del minore.

Al personale dei centri specialistici deve essere assicurata formazione permanente e supervisione periodica di carattere specialistico, interdisciplinare e interistituzionale. In particolare è richiesta una specifica capacità di rapportarsi con la Magistratura affrontando i nodi critici relativi all'interazione tra l'intervento clinico ed i procedimenti giudiziari. Tutti gli operatori coinvolti, oltre ad osservare con rigorosa consapevolezza le disposizioni giuridiche e deontologiche, devono rendersi disponibili a portare il proprio contributo in ambito giudiziario acquisendo apposite conoscenze delle procedure e del linguaggio di tale ambito.

L'accesso al Centro specialistico avviene su richiesta dell'equipe integrata multidisciplinare territoriale responsabile del caso o su diretta richiesta dell'Autorità Giudiziaria nei casi di raccolta delle sommarie informazioni testimoniali. Laddove si ravvisi la necessità di una presa in carico da parte del Centro specialistico per gli interventi di trattamento, la responsabilità del caso passa all'equipe del Centro specialistico che individua il referente del caso con funzioni di coordinamento per tutto il periodo dell'intervento. Le eventuali attività di trattamento potranno anche svolgersi presso le sedi di lavoro delle equipe integrate territoriali.

A garanzia della coerenza dell'intervento si richiede la massima collaborazione tra i professionisti a diverso titolo coinvolti; il percorso di lavoro sarà tanto più agevole e proficuo quanto più saranno chiare e definite le rispettive competenze e funzioni. In particolare l'equipe integrata multidisciplinare territoriale dovrà essere coinvolta ed aggiornata periodicamente in merito all'andamento del programma di interventi attuati, al fine di condividere e monitorare obiettivi e risultati.

A questo proposito sono di fondamentale importanza i Protocolli di intesa e operativi concordati tra Direzione Generale ASL, Distretti Sociosanitari, Ambiti territoriali Sociali di riferimento. Gli stessi protocolli definiranno le procedure di intervento e il raccordo funzionale con gli altri soggetti preposti alla tutela e protezione dei minorenni, nonché con i centri antiviolenza per la condivisione dei progetti finalizzati al recupero della diade madre-bambino.

III LIVELLO - STRUTTURE E CENTRI ALTAMENTE SPECIALIZZATI PER IL TRATTAMENTO DEI MINORENNI VITTIME DI VIOLENZA

Il Centro di Riferimento Regionale di III livello è individuato nell'equipe GIADA, presso il Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico-Giovanni XXIII di Bari. Conta su *un'equipe dedicata* costituita da: quattro Psicologi/Psicoterapeuti, due Assistenti Sociali e un Informatico, e *un'equipe specialistica funzionale* formata da: un dirigente psicologo

⁵⁵ ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE. Disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi del del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni. 2015 www.sisac.info



come responsabile scientifico, un medico della direzione sanitaria, un medico legale, un gruppo di medici specialisti delle discipline correlate alle varie forme di violenza (pediatria, neonatologia, neuropsichiatria infantile, radiologia, chirurgia, ginecologia e ortopedia), una infermiera professionale e un amministrativo. Il Centro, inoltre, si avvale delle specialità mediche presenti nell'Azienda.

GIADA coordina un *network regionale*, costituito da servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, in ogni ASL della Regione e si articola come di seguito:

- ✓ reti decentrate di Unità Funzionali Interdisciplinari Ospedaliere - UFIO (Direzione Medica, Pediatria, Ginecologia e Ostetricia, Accettazione Pronto Soccorso, Medicina Legale, Radiologia, Chirurgia, Ortopedia, Psicologia, Servizi Sociali);
- ✓ Unità Funzionali Interdisciplinari Territoriali - UFIT (NPI, CF, PLS, MMG, Ser.D, CSM, Psicologia).

Il Centro svolge le seguenti funzioni:

- assistenza psicologica, pediatrica e specialistica nelle condizioni di rischio e di violenza sui minorenni; l'accesso all'assistenza può avvenire in condizione di urgenza-emergenza, di ricovero programmato e in regime ambulatoriale, anche su invio dei servizi territoriali (sociali e sanitari) o dell'autorità giudiziaria
- consulto specialistico, anche a distanza, agli operatori dell'area materno – infantile su specifici e qualificati quesiti critici
- attività di prevenzione e contrasto della violenza all'infanzia e campagne di sensibilizzazione sui diritti dell'infanzia
- accompagnamento giudiziario e assistenza psicologica nel corso dell'escussione delle vittime e dei testimoni di minore età
- gestione dell'osservatorio ospedaliero sullo stress interpersonale acuto e cronico
- ricerca e formazione di base e specialistica
- comunicazione, sito Web www.giadainfanzia.it
- audit clinici trimestrali con i centri specialistici di secondo livello
- componente del Coordinamento regionale in materia di violenza nei confronti dei minorenni



3.6 La formazione e l'informazione

La diffusione della consapevolezza e dell'attenzione verso i fenomeni di maltrattamento e violenza in danno dei minorenni, nonché lo sviluppo di capacità professionali tali da far fronte ai casi concreti sono le premesse fondamentali per rendere "operative" le presenti linee-guida.

L'implementazione della rete di servizi integrata, interprofessionale e multidisciplinare, capace di concertare modalità di gestione degli interventi di protezione del minorenne e di aiuto alla famiglia deve essere supportata da una forte competenza professionale e da una adeguata formazione degli operatori impegnati nei servizi, pubblici e privati.

Le attività di sensibilizzazione e formazione in materia di maltrattamento e violenza sui minorenni, si potranno svolgere su diversi livelli di contenuto ed approfondimento:

a) *Informazione e sensibilizzazione culturale della cittadinanza*

L'obiettivo è diffondere una cultura attenta ai diritti dell'infanzia, al fenomeno del maltrattamento e della violenza in tutte le sue forme, al ruolo dei servizi, all'importanza dell'educazione affettiva/emotiva in età evolutiva, alla necessità per gli adulti datori di cura di imparare ad ascoltare i minorenni. Fondamentale è anche un'azione di prevenzione, formazione e sensibilizzazione culturale sul tema della violenza di genere e del nesso strettissimo tra violenza domestica e violenza assistita. È di grande importanza la promozione di cambiamenti nei comportamenti socio-culturali delle donne e degli uomini, al fine di eliminare pregiudizi, costumi, tradizioni e qualsiasi altra pratica basata su modelli stereotipati dei ruoli, valorizzando la funzione fondamentale delle scuole nel veicolare messaggi, appropriati al livello cognitivo degli allievi, volti ad educare e sensibilizzare a temi quali la parità tra i sessi, i ruoli di genere non stereotipati, il reciproco rispetto, la soluzione non violenta dei conflitti nei rapporti interpersonali, la violenza contro le donne basata sul genere e il diritto all'integrità personale, il rispetto di tutte le differenze.



b) Formazione di base

Obiettivo delle attività formative di questo livello sarà quello di sviluppare le capacità di ascolto del minore e di rilevazione dei segnali di disagio, con indicazioni precise sul percorso che dalla raccolta del segnale porta alla segnalazione alle autorità giudiziarie e al coinvolgimento dei servizi sociali/sanitari competenti.

Questo livello di formazione dovrà quindi coinvolgere tutti gli operatori dell'area socio-assistenziale, sanitaria e psicologica e potrà estendere le attività di sensibilizzazione, agli operatori dell'area scolastica e socio-educativa, avvalendosi anche, laddove possibile ed opportuno, della collaborazione degli stessi operatori dei servizi sociali e sanitari e dei soggetti privati con esperienza nei percorsi di formazione nell'ambito della prevenzione del fenomeno della violenza. Si ritiene, infatti, di fondamentale importanza che ogni adulto che entri in relazione con il soggetto minore, in considerazione del proprio lavoro, possieda un livello minimo di conoscenze sul come riconoscere e rilevare segnali di disagio/richieste di aiuto e sul percorso da attivare al fine di assicurare l'adozione tempestiva di adeguate misure di tutela da parte delle autorità competenti. Inoltre, le attività formative dovranno consentire l'approfondimento sulle nuove forme di maltrattamento e violenza e le strategie per contrastarle, unitamente alla conoscenza circa i servizi attivi ed operativi sul territorio.

c) Formazione specialistica

Obiettivo di questo livello è quello di incrementare le capacità professionali degli operatori delle équipes integrate multidisciplinari istituite a livello territoriale e sovra-distrettuale, ai fini della creazione di un rete di servizi che assicurino lo svolgimento tempestivo delle funzioni di competenza, creando anche le opportunità di confronto e di scambio tra gli operatori che a diversi livelli si occupano della presa in carico dei minorenni.

Lo scopo è anche quello di integrare la necessaria formazione di base con percorsi formativi specialistici, particolarmente rivolti ai professionisti dell'area sanitaria, psicologica, neuropsichiatrica, medico-chirurgica, sociale e educativa. La formazione specialistica riguarderà tutte le fasi dell'intervento con approfondimenti relativi agli strumenti di rilevazione precoce, all'accertamento dei sospetti casi di maltrattamento/violenza, agli strumenti per la diagnosi e l'elaborazione di un progetto complessivo di sostegno al minore ed, eventualmente, di trattamento ai fini del recupero della capacità genitoriale, di presa in carico del caso ed assistenza al minore in tutte le fasi del procedimento (audizione protetta-visite protette, se previste, trattamento psicoterapeutico...).

Nell'ambito dei percorsi formativi dovranno prevedersi opportunità di supervisione periodica e stabile da parte degli operatori non solo per permettere maggiore riflessività (capacità progettuale), ma anche per prevenire condizioni di *burn out* altamente probabili in un ambito di lavoro dove la singolarità emotiva e relazionale degli operatori è chiamata in causa.

La formazione andrà ripetuta periodicamente con cadenza programmata per la copertura del turnover del personale e per assicurare l'aggiornamento, cogliendo l'occasione per la verifica delle problematiche emerse e delle conseguenti proposte migliorative.

Le attività formative devono essere considerate veri e propri strumenti professionalizzanti e divenire oggetto di valutazione circa il loro impatto nella pratica operativa.

L'attenzione alla presa in carico multidisciplinare e all'integrazione dei servizi dovrebbe coinvolgere anche dirigenti e amministratori con l'obiettivo di individuare e realizzare una cultura organizzativa dei servizi in grado di integrare gli interventi nei casi di maltrattamento e violenza, con lo scopo di superare la tendenza all'autoreferenzialità e alla frammentazione.



AZIONI RACCOMANDATE' PER LA TUTELA DELL'INFANZIAUNICEF

Nell'ottavo capitolo della serie *Progressi per l'infanzia*, finalizzata al monitoraggio dei progressi verso gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, l'UNICEF-Italia ha prodotto un compendio di dati che funge da rapporto sull'impegno che si sta effettuando a livello globale e nazionale per proteggere i diritti dell'infanzia⁵⁶.

Nella sezione propositiva, *COSTRUIRE UN AMBIENTE PROTETTIVO: UN INVITO ALL'AZIONE*, l'UNICEF propone di:

- 1) **Far sì che i governi s'impegnino a garantire una protezione olistica a tutti i bambini.** I governi devono fornire adeguate risorse di budget per la protezione dell'infanzia, nonché incrementare i settori che svolgono un ruolo in tale protezione. I servizi devono essere sia di risposta sia preventivi, e devono coordinarsi tra loro.
- 2) **Approvare e far rispettare leggi che affrontino in modo esauriente i problemi di protezione dell'infanzia.** Il punto di partenza deve essere rappresentato dalla ratifica da parte dei governi degli standard internazionali per la protezione dell'infanzia, ma anche da un impegno a rispettarli. I quadri legislativi in linea con le norme e gli standard internazionali devono essere fatti rispettare efficacemente e applicati regolarmente. La responsabilità e la fine dell'impunità per i crimini contro i bambini risultano essenziali.
- 3) **Fornire informazioni corrette e provenienti da fonti credibili sulle alternative realizzabili agli atteggiamenti, ai comportamenti e alle pratiche esistenti che violano i diritti dell'infanzia.** Le comunità devono essere messe in grado di individuare e di adottare modi migliori di perseguire il benessere dei loro bambini e di proteggerli dalla violenza e dallo sfruttamento. In aggiunta ad attività a livello comunitario, le campagne di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, comprendenti un impegno attivo e responsabile da parte dei media, possono svolgere un ruolo importante nel cambiamento degli atteggiamenti, delle convinzioni e delle pratiche che minacciano la protezione dell'infanzia.
- 4) **Promuovere una discussione aperta sulle questioni relative alla protezione dell'infanzia.** Laddove le pratiche dannose sono conseguenza di atteggiamenti e norme sociali, la discussione aperta è essenziale per raggiungere il consenso collettivo coordinato necessario all'abbandono su vasta scala di tali atteggiamenti e norme. Tutte le forme di violenza, abuso e sfruttamento dovrebbero essere riconosciute, documentate e riferite dai media, così come i cambiamenti positivi di atteggiamenti e comportamenti, perché la conoscenza di questi ultimi può contribuire a ulteriori cambiamenti positivi.
- 5) **Promuovere una partecipazione e un empowerment nei bambini.** Coinvolgere i bambini nelle questioni che li riguardano è essenziale per consentire loro di svolgere un ruolo attivo nella protezione di loro stessi e dei loro coetanei. Ciò comprende la partecipazione dei bambini attraverso la formazione per le competenze pratiche, la comunicazione tra coetanei e le attività per prevenire la stigmatizzazione e la discriminazione, oltre alla partecipazione ai procedimenti legali e alla ricerca di soluzioni ai problemi che li riguardano.
- 6) **Rafforzare il ruolo protettivo delle famiglie e delle comunità.** Genitori e tutori possono beneficiare di programmi che affrontano gli stereotipi di genere, migliorano la comprensione dello sviluppo infantile e promuovono forme punitive non violente.
- 7) **Migliorare il monitoraggio e la tutela attraverso raccolta, analisi e utilizzo migliori dei dati.** I paesi devono migliorare i sistemi informativi e per la raccolta di dati, al fine di individuare i gruppi a rischio, di informare le politiche e di seguire i progressi.
- 8) **Garantire un ambiente protettivo per i bambini nelle emergenze.** Questo comporta un approccio multi-settoriale comprendente elementi di vari settori come l'assistenza sociale, l'istruzione, la salute, l'applicazione della legge e la giustizia. Le fazioni coinvolte nei conflitti devono garantire che i bambini siano protetti da decessi, ferimenti, danni, arresto e detenzione arbitrari, reclutamento da parte di gruppi armati, violenza di genere, tortura e altri trattamenti crudeli, disumani e degradanti. A tal fine, i paesi colpiti da conflitti devono monitorare e riferire le violazioni gravi dei diritti dell'infanzia ai sensi della Risoluzione 1612 del Consiglio di Sicurezza dell'ONU, mettere fine all'impunità per tali violazioni e aderire ai piani d'azione concordati.

⁵⁶ UNICEF - *PROGRESSI PER L'INFANZIA* Report Card sulla protezione dell'infanzia Numero 8, Settembre 2009 - <http://www.cismai.org/ScaricaFile.aspx?D=1&ID=54&T=1>



APPENDICE NORMATIVA

Un qualsivoglia intervento di tutela dalle diverse forme di maltrattamento, non può non partire dalla consapevolezza che i minorenni sono portatori di autonomi diritti così come sancito dalle seguenti convenzioni:

- Convenzione ONU relativa ai diritti del fanciullo, firmata a New York il 20 novembre 1989 e ratificata in Italia ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176 (Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989);
- Convenzione europea relativa all'esercizio dei diritti dei fanciulli, firmata a Strasburgo il 25 gennaio 1996 e ratificata ai sensi della legge 20 marzo 2003, n. 77 (Ratifica ed esecuzione della Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli, fatta a Strasburgo il 25 gennaio 1996).

Il Consiglio d'Europa, nell'ambito del programma "Costruire un'Europa per e con i bambini", ha approvato le Linee Guida per le strategie nazionali integrate di protezione dei bambini dalla violenza al fine di definire strategie nazionali comuni ed integrate di protezione dei bambini dalla violenza. Le Linee Guida sono state approvate dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 18 novembre 2009 all'interno della Raccomandazione n. 10/2009.

Le linee guida sono basate su otto principi generali:

- 1) protezione dalla violenza;
- 2) diritto alla vita ed ai massimi sviluppo e sopravvivenza;
- 3) non discriminazione;
- 4) parità di genere;
- 5) partecipazione dei bambini;
- 6) obbligo di tutela da parte degli Stati;
- 7) obbligo di tutela da parte delle istituzioni;
- 8) interesse per i bambini come considerazione primaria in ogni azione.

Le linee guida raccomandano l'elaborazione di piani strategici nazionali intesi come interventi di sistema in cui vengano assunti obiettivi realistici perseguibili in un tempo predefinito e in cui le azioni siano coordinate da una agenzia centrale. Le nazioni nella fase di organizzazione degli interventi nell'ambito del maltrattamento devono seguire quattro principi operativi: natura multidimensionale della violenza; approccio integrato; cooperazione cross-settoriale; approccio multi stake-holder.

La titolarità giuridica dell'intervento di tutela compete al settore dei servizi sociali, mentre la presa in carico con finalità di valutazione clinica e trattamento (e quindi la connessa responsabilità professionale) coinvolge paritariamente il settore dei servizi sanitari, con le necessarie conseguenze di una compartecipazione delle risorse sanitarie e la previsione di apposite poste di bilancio da parte delle Aziende Sanitarie Locali. La disciplina di riferimento è data, in particolare, dal D.P.C.M. 14.2.01 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) e dai puntuali riferimenti degli artt. 25 e 39 della L.176/1991 (Convenzione ONU) in tema di protezione e recupero del benessere psicologico del bambino.

E' quindi fondamentale che gli interventi di protezione e cura di minorenni maltrattati siano collocati in un contesto di rete interprofessionale e interistituzionale, in conformità col progetto obiettivo materno-infantile del Piano Sanitario Nazionale, che si ispira ad una forte collaborazione socio-sanitaria ed a rapporti privilegiati con Scuola, Giustizia e Privato sociale, anche in considerazione del fatto che la tutela minorile è funzione di prevalente interesse pubblico, presidiata dalla giurisdizione, in conformità col suo rilievo costituzionale (art.31 Cost.).

Tutti gli operatori socio-sanitari che, nell'esercizio delle loro funzioni, entrano in contatto col minore (Assistente Sociale, Educatore, Psicologo, Pediatra, Neuropsichiatra Infantile, etc...) hanno precisi doveri di vigilare ed affrontare eventuali situazioni di pregiudizio del minore stesso. Tale obbligo si evince dall'art. 13 del T.U. ONMI (vigilare ed assumere iniziative a tutela del minore, attivando all'occorrenza l'Autorità giudiziaria) e dalla legge 698/1975., di scioglimento dell'ONMI, che ha trasferito tali compiti ai Servizi sociali e dagli artt. 23, lett. c del D.P.R. 616/1977 e art. 132 del D.L.g.s. 112/1998.

Si consideri, inoltre, che ai sensi dell'art. 32 del Codice deontologico della FNOMeC del 18 maggio 2014 "Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili": "Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità psico-fisica, sociale e civile quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita..."

Le convenzioni e le leggi sin qui citate forniscono un importante quadro di riferimento, il quale deve essere arricchito dalla conoscenza degli articoli del codice civile e penale che trattano il tema del maltrattamento. Tale normativa, indirettamente, determina una "responsabilità" dell'operatore socio-sanitario, da intendersi come obbligo di conoscere le leggi per una globale tutela dell'infanzia. Nondimeno vi potrebbe essere una



diretta responsabilità giuridica del professionista qualora si violino i doveri di denunciare un reato procedibile d'ufficio.

È opportuno ricordare che la segnalazione all'Autorità Giudiziaria di una situazione di pregiudizio che si configura come un possibile reato ai danni di un minore, rappresenta per l'operatore un atto di responsabilità individuale oltre che un obbligo imposto dalla Legge.

L'Art. 331 del c.p.p. stabilisce quanto di seguito riportato:

1. Salvo quanto stabilito dall'articolo 347, i pubblici ufficiali [c.p. 357] e gli incaricati di un pubblico servizio [c.p. 358] che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito.

2. La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria.

3. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto.

4. Se, nel corso di un procedimento civile o amministrativo, emerge un fatto nel quale si può configurare un reato perseguibile di ufficio, l'autorità che procede redige e trasmette senza ritardo la denuncia al pubblico ministero.

La segnalazione di un Pubblico Ufficiale o di un incaricato di Pubblico Servizio si definisce DENUNCIA di reato/RAPPORTO all'autorità giudiziaria. Mentre, la segnalazione di esercente una Professione Sanitaria si definisce REFERTO.

Gli Artt. 361/362 del c.p. stabiliscono che tutti i Pubblici Ufficiali e gli incaricati di Pubblico Servizio sono obbligati ad effettuare la denuncia. In particolare,

L'Art. 361 del c.p. stabilisce che:

Il Pubblico Ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferire un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da € 30,99 € 516,46€.

Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa.

L'Art. 362 del c.p. stabilisce che:

L'incaricato di un Pubblico Servizio, che omette o ritarda di denunciare all'Autorità indicata nell'articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del suo servizio, è punito con la multa fino a € 103,29. Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa.

Inoltre, **L'Art. 365 del c.p.** stabilisce che gli esercenti una professione sanitaria sono tenuti a presentare il "referto" all'autorità giudiziaria: chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa fino a € 516.

Si noti che l'obbligo diviene ancor più cogente quando il professionista sanitario svolge la propria attività professionale presso una struttura pubblica ovvero convenzionata; in tali casi assume, ai sensi degli Artt. 357/358 c.p., la qualifica di pubblico ufficiale ovvero incaricato di un pubblico servizio ed è obbligato, qualora ricorrano le condizioni previsti dalla legge, alla denuncia di reato.

Gli Artt. 332 e 334 c.p.p. indicano le modalità di compilazione del referto da parte degli operatori sanitari.

Per un quadro dei riferimenti giuridici non penali di protezione dal maltrattamento di seguito vengono riportati alcuni articoli del Codice Civile relativi alla responsabilità genitoriale, come modificati dal D.L. n.154 del 28/12/2013.

<p>Art. 330 c.c. Decadenza dalla responsabilità genitoriale sui figli Il giudice può pronunciare la decadenza dalla responsabilità quando il genitore viola o trascura i doveri ad essa inerenti o abusa dei relativi poteri con grave pregiudizio del figlio. In tale caso, per gravi motivi, il giudice può ordinare l'allontanamento del figlio dalla residenza familiare ovvero l'allontanamento del genitore o convivente che maltratta o abusa del minore.</p>
<p>Art. 332 c.c. Reintegrazione nella responsabilità Il giudice può reintegrare nella potestà il genitore che ne è decaduto, quando, cessate le ragioni per le quali la decadenza è stata pronunciata, è escluso ogni pericolo di pregiudizio per il figlio.</p>
<p>Art. 333 c.c. Condotta del genitore pregiudizievole ai figli Quando la condotta di uno o di entrambi i genitori non è tale da dare luogo alla pronuncia di decadenza prevista dall'articolo 330, ma appare comunque pregiudizievole al figlio, il giudice, secondo le circostanze, può adottare i provvedimenti convenienti e può anche disporre l'allontanamento di lui dalla residenza</p>



familiare ovvero l'allontanamento del genitore o convivente che maltratta o abusa del minore. Tali provvedimenti sono revocabili in qualsiasi momento.

Art. 336 c.c. Procedimento (1) (2) (3).

I provvedimenti indicati negli articoli precedenti sono adottati su ricorso [c.p.c. 737] dell'altro genitore, dei parenti o del pubblico ministero e, quando si tratta di revocare deliberazioni anteriori, anche del genitore interessato.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, assunte informazioni e sentito il pubblico ministero; dispone, inoltre, l'ascolto del figlio minore che abbia compiuto gli anni dodici e anche di età inferiore ove capace di discernimento. Nei casi in cui il provvedimento è richiesto contro il genitore, questi deve essere sentito (4).

In caso di urgente necessità il tribunale può adottare, anche d'ufficio, provvedimenti temporanei nell'interesse del figlio (5).

Per i provvedimenti di cui ai commi precedenti, i genitori e il minore sono assistiti da un difensore (6).

Art. 336-bis c.c. Ascolto del minore (1).

Il minore che abbia compiuto gli anni dodici e anche di età inferiore ove capace di discernimento è ascoltato dal presidente del tribunale o dal giudice delegato nell'ambito dei procedimenti nei quali devono essere adottati provvedimenti che lo riguardano. Se l'ascolto è in contrasto con l'interesse del minore, o manifestamente superfluo, il giudice non procede all'adempimento dandone atto con provvedimento motivato.

L'ascolto è condotto dal giudice, anche avvalendosi di esperti o di altri ausiliari. I genitori, anche quando parti processuali del procedimento, i difensori delle parti, il curatore speciale del minore, se già nominato, ed il pubblico ministero, sono ammessi a partecipare all'ascolto se autorizzati dal giudice, al quale possono proporre argomenti e temi di approfondimento prima dell'inizio dell'adempimento.

Prima di procedere all'ascolto il giudice informa il minore della natura del procedimento e degli effetti dell'ascolto. Dell'adempimento è redatto processo verbale nel quale è descritto il contegno del minore, ovvero è effettuata registrazione audio video.

Art. 337-ter c.c. Provvedimenti riguardo ai figli (1) (2).

Il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno dei genitori, di ricevere cura, educazione, istruzione e assistenza morale da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale.

Per realizzare la finalità indicata dal primo comma, nei procedimenti di cui all'articolo 337-bis, il giudice adotta i provvedimenti relativi alla prole con esclusivo riferimento all'interesse morale e materiale di essa. Valuta prioritariamente la possibilità che i figli minori restino affidati a entrambi i genitori oppure stabilisce a quale di essi i figli sono affidati, determina i tempi e le modalità della loro presenza presso ciascun genitore, fissando altresì la misura e il modo con cui ciascuno di essi deve contribuire al mantenimento, alla cura, all'istruzione e all'educazione dei figli. Prende atto, se non contrari all'interesse dei figli, degli accordi intervenuti tra i genitori. Adotta ogni altro provvedimento relativo alla prole, ivi compreso, in caso di temporanea impossibilità di affidare il minore ad uno dei genitori, l'affidamento familiare. All'attuazione dei provvedimenti relativi all'affidamento della prole provvede il giudice del merito e, nel caso di affidamento familiare, anche d'ufficio. A tal fine copia del provvedimento di affidamento è trasmessa, a cura del pubblico ministero, al giudice tutelare.

La responsabilità genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione, alla salute e alla scelta della residenza abituale del minore sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice. Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la responsabilità genitoriale separatamente. Qualora il genitore non si attenga alle condizioni dettate, il giudice valuterà detto comportamento anche al fine della modifica delle modalità di affidamento.

Salvo accordi diversi liberamente sottoscritti dalle parti, ciascuno dei genitori provvede al mantenimento dei figli in misura proporzionale al proprio reddito; il giudice stabilisce, ove necessario, la corresponsione di un assegno periodico al fine di realizzare il principio di proporzionalità, da determinare considerando:

- 1) le attuali esigenze del figlio.
- 2) il tenore di vita goduto dal figlio in costanza di convivenza con entrambi i genitori.
- 3) i tempi di permanenza presso ciascun genitore.
- 4) le risorse economiche di entrambi i genitori.
- 5) la valenza economica dei compiti domestici e di cura assunti da ciascun genitore.

L'assegno è automaticamente adeguato agli indici ISTAT in difetto di altro parametro indicato dalle parti o dal giudice.

Ove le informazioni di carattere economico fornite dai genitori non risultino sufficientemente documentate, il giudice dispone un accertamento della polizia tributaria sui redditi e sui beni oggetto della contestazione, anche se intestati a soggetti diversi.

Art. 403 c.c. Intervento della pubblica autorità a favore dei minori

Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o è allevato in locali insalubri o pericolosi,



<p>oppure da persone per negligenza, immoralità, ignoranza o per altri motivi incapaci di provvedere, all'educazione di lui, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in luogo sicuro, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione.</p>
<p>Art. 337-octies c.c. Poteri del giudice e ascolto del minore (1). Prima dell'emanazione, anche in via provvisoria, dei provvedimenti di cui all'articolo 337-ter, il giudice può assumere, ad istanza di parte o d'ufficio, mezzi di prova. Il giudice dispone, inoltre, l'ascolto del figlio minore che abbia compiuto gli anni dodici e anche di età inferiore ove capace di discernimento. Nei procedimenti in cui si omologa o si prende atto di un accordo dei genitori, relativo alle condizioni di affidamento dei figli, il giudice non procede all'ascolto se in contrasto con l'interesse del minore o manifestamente superfluo. Qualora ne ravvisi l'opportunità, il giudice, sentite le parti e ottenuto il loro consenso, può rinviare l'adozione dei provvedimenti di cui all'articolo 337-ter per consentire che i coniugi, avvalendosi di esperti, tentino una mediazione per raggiungere un accordo, con particolare riferimento alla tutela dell'interesse morale e materiale dei figli.</p>
<p>Art. 342-bis c.c. Ordini di protezione contro gli abusi familiari (3) (4). Quando la condotta del coniuge o di altro convivente è causa di grave pregiudizio all'integrità fisica o morale ovvero alla libertà dell'altro coniuge o convivente, il giudice, su istanza di parte, può adottare con decreto uno o più dei provvedimenti di cui all'articolo 342-ter</p>
<p>Art. 342-ter c.c. Contenuto degli ordini di protezione (2)(3). Con il decreto di cui all'articolo 342-bis il giudice ordina al coniuge o convivente, che ha tenuto la condotta pregiudizievole, la cessazione della stessa condotta e dispone l'allontanamento dalla casa familiare del coniuge o del convivente che ha tenuto la condotta pregiudizievole prescrivendogli altresì, ove occorra, di non avvicinarsi ai luoghi abitualmente frequentati dall'istante, ed in particolare al luogo di lavoro, al domicilio della famiglia d'origine, ovvero al domicilio di altri prossimi congiunti o di altre persone ed in prossimità dei luoghi di istruzione dei figli della coppia, salvo che questi non debba frequentare i medesimi luoghi per esigenze di lavoro. Il giudice può disporre, altresì, ove occorra l'intervento dei servizi sociali del territorio o di un centro di mediazione familiare, nonché delle associazioni che abbiano come fine statutario il sostegno e l'accoglienza di donne e minori o di altri soggetti vittime di abusi e maltrattati; il pagamento periodico di un assegno a favore delle persone conviventi che, per effetto dei provvedimenti di cui al primo comma, rimangono prive di mezzi adeguati, fissando modalità e termini di versamento e prescrivendo, se del caso, che la somma sia versata direttamente all'avente diritto dal datore di lavoro dell'obbligato, detraendola dalla retribuzione allo stesso spettante. Con il medesimo decreto il giudice, nei casi di cui ai precedenti commi, stabilisce la durata dell'ordine di protezione, che decorre dal giorno dell'avvenuta esecuzione dello stesso. Questa non può essere superiore a un anno e può essere prorogata, su istanza di parte, soltanto se ricorrano gravi motivi per il tempo strettamente necessario (1). Con il medesimo decreto il giudice determina le modalità di attuazione. Ove sorgano difficoltà o contestazioni in ordine all'esecuzione, lo stesso giudice provvede con decreto ad emanare i provvedimenti più opportuni per l'attuazione, ivi compreso l'ausilio della forza pubblica e dell'ufficiale sanitario .</p>
<p>Art. 742-bis p.c. Ambito di applicazione degli articoli precedenti. Le disposizioni del presente capo si applicano a tutti i procedimenti in camera di consiglio, ancorché non regolati dai capi precedenti o che non riguardano materia di famiglia o di stato delle persone [c.p.c. 706, 783]</p>
<p>Art. 709-ter c.p.c. Soluzione delle controversie e provvedimenti in caso di inadempienze o violazioni. Per la soluzione delle controversie insorte tra i genitori in ordine all'esercizio della responsabilità genitoriale o delle modalità dell'affidamento è competente il giudice del procedimento in corso. Per i procedimenti di cui all'articolo 710 è competente il tribunale del luogo di residenza del minore (1). A seguito del ricorso, il giudice convoca le parti e adotta i provvedimenti opportuni. In caso di gravi inadempienze o di atti che comunque arrechino pregiudizio al minore od ostacolino il corretto svolgimento delle modalità dell'affidamento, può modificare i provvedimenti in vigore e può, anche congiuntamente: 1) ammonire il genitore inadempiente; 2) disporre il risarcimento dei danni, a carico di uno dei genitori, nei confronti del minore; 3) disporre il risarcimento dei danni, a carico di uno dei genitori, nei confronti dell'altro; 4) condannare il genitore inadempiente al pagamento di una sanzione amministrativa pecuniaria, da un minimo di 75 euro a un massimo di 5.000 euro a favore della Cassa delle ammende. I provvedimenti assunti dal giudice del procedimento sono impugnabili nei modi ordinari (2).</p>

In definitiva, dinanzi ad una situazione di disagio che si configura come possibile reato ai danni di un minore, gli operatori socio-sanitari che ne vengano a conoscenza, attiveranno la Magistratura e la rete dei Servizi preposti a tutelare il percorso di crescita del minore



Qualora si intraveda un quadro di tipo penale è opportuno evidenziare come l'operatore sociosanitario ha l'obbligo di segnalare all'Autorità Giudiziaria non la formulazione di un giudizio o un reato accertato, ma l'ipotesi di un reato perseguibile d'ufficio. Per reati perseguibili d'ufficio si intendono tutte quelle ipotesi criminose per le quali lo Stato è tenuto a perseguire a prescindere dalla volontà dei privati titolari dei delitti che sono stati violati.

Qui di seguito vengono riportati alcuni articoli del Codice Penale relativi ai **reati perseguibili d'ufficio** di cui può essere vittima un minore.

Art. 570 c.p. Violazione degli obblighi di assistenza familiare

"Chiunque, abbandonando il domicilio domestico, o comunque serbando una condotta contraria all'ordine o alla morale delle famiglie, si sottrae agli obblighi di assistenza inerenti alla responsabilità dei genitori o alla qualità di coniuge, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa da euro 103 a euro 1032.

Art. 571 c.p. Abuso dei mezzi di correzione o disciplina

"Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi.

Se dal fatto deriva una lesione personale, si applicano le pene stabilite negli articoli 582 e 583, ridotte a un terzo; se ne deriva la morte, si applica la reclusione da tre a otto anni".

Art. 572 c.p. Maltrattamenti in famiglia o verso minori (successivamente modificato dalla Legge 1 ottobre 2012, n. 172 e Decreto Legge 14 agosto 2013 n.93 come Maltrattamenti contro familiari e conviventi)

"Chiunque, fuori dai casi indicati dall'articolo precedente (art. 571 c.p.), maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da due a sei anni". Costituiscono maltrattamento non solo le violenze di tipo fisico, ma anche le vessazioni psicologiche quali ricatti, inviti al silenzio, sottoposizione di materiale pornografico, ecc. Tale reato si configura quando esiste una abituale sottoposizione a sofferenze fisiche o psichiche (Cass. Pen. 193284/92), quando cioè vengono compiuti atti lesivi dell'integrità fisica e morale, della libertà o del decoro delle persone della famiglia (Cass. Pen. 181768/89).

Art. 61 c.p. n. 11 – quinquies.....Aggravano il reato quando non ne sono elementi costitutivi o circostanze aggravanti speciali [c.p. 68, 112, 628, 719]^[2], le circostanze seguenti:..... 11-quinquies. l'aver, nei delitti non colposi contro la vita e l'incolumità individuale, contro la libertà personale nonché nel delitto di cui all'articolo 572, commesso il fatto in presenza o in danno di un minore di anni diciotto ovvero in danno di persona in stato di gravidanza

Art. 582 e segg. c.p. Lesioni personali perseguibili d'ufficio

Lesioni personali volontarie lievi, gravi e gravissime:

- a) Se la malattia ha una durata superiore ai venti giorni
 b) Se concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste dagli artt. 583 e 585 c.p.:

lesioni personali gravi:

- pericolo per la vita;
 c) malattia o incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni;
 indebolimento permanente di un senso o di un organo;
 • gravissime:
 malattia certamente o probabilmente insanabile;
 perdita di un senso;
 perdita di un arto o una mutilazione che renda l'arto inservibile;
 perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare;
 permanente e grave difficoltà della favella;
 deformazione ovvero lo sfregio permanente del viso;
 circostanze aggravanti: utilizzo di armi o sostanze corrosive

Art. 583 bis – Introdotto con la Legge del 9 gennaio 2006 n. 7 (Disposizioni concernenti la prevenzione ed il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile) modificato dalla Legge 1 ottobre 2012

Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili e' punito con la reclusione da quattro a dodici anni.

Ai fini del presente articolo, si intendono come pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo.

Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, provoca, al fine di menomare le funzioni sessuali, lesioni agli organi genitali femminili diverse da quelle indicate al primo comma, da cui derivi una malattia nel corpo o nella mente, e' punito con la reclusione da tre a sette anni. La pena e' diminuita fino a due terzi se la lesione e' di lieve entita'. La pena e' aumentata di un terzo quando le pratiche di cui al primo e al secondo



<p>comma sono commesse a danno di un minore ovvero se il fatto e' commesso per fini di lucro. La condanna ovvero l'applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale per il reato di cui al presente articolo comporta, qualora il fatto sia commesso dal genitore o dal tutore, rispettivamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) la decadenza dall'esercizio della potestà del genitore; 2) l'interdizione perpetua da qualsiasi ufficio attinente alla tutela, alla curatela e all'amministrazione di sostegno.
<p>Art. 591 c.p. Abbandono di persone minori o incapaci "Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba averne cura, ...". Tale circostanza ricorre in tutti quei casi in cui sussiste un rischio per l'incolumità della parte lesa.</p>
<p>Art. 600 bis, 2° comma c.p. Prostituzione minorile Con la legge 3 agosto 1998, n. 269, sono state identificate le "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù". All'articolo 2 è dettagliato il reato di prostituzione minorile.</p>
<p>Art. 600 quinquies Iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile Chiunque organizza o propaga viaggi finalizzati alla fruizione di attività di prostituzione a danno di minori o comunque comprendenti tale attività è punito con la reclusione da sei a dodici anni e con la multa da euro 15.493 a euro 154.937</p>
<p>Art. 600 octies. Impiego di minori nell'accattonaggio Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque si avvale per mendicare di una persona minore degli anni quattordici o, comunque, non imputabile, ovvero permette che tale persona, ove sottoposta alla sua autorità o affidata alla sua custodia o vigilanza, mendichi, o che altri se ne avvalga per mendicare, è punito con la reclusione fino a tre anni.</p>
<p>Art. 609 bis Violenza sessuale successivamente modificato dal Decreto Legge 14 agosto 2013 n.93 "Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da cinque a dieci anni. Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto; 2) traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona. <p>Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi".</p>
<p>Art. 609 ter Circostanze aggravanti. successivamente modificato dal Decreto Legge 14 agosto 2013 n.93 La pena è della reclusione da sei a dodici anni se i fatti di cui all'articolo 609-bis sono commessi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni quattordici; 2) con l'uso di armi o di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesivi della salute della persona offesa; 3) da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio; 4) su persona comunque sottoposta a limitazioni della libertà personale; 5) nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni sedici della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore. <p>5-bis) all'interno o nelle immediate vicinanze di istituto di istruzione o formazione frequentato dalla persona offesa. 5-ter) nei confronti di donna in stato di gravidanza 5-quater) nei confronti di persona della quale il colpevole sia il coniuge, anche separato o divorziato, ovvero colui che alla stessa persona è o è stato legato da relazione affettiva, anche senza convivenza</p>
<p>Art. 609 quinquies (Corruzione di minorenni) modificato dalla Legge 1 ottobre 2012 - Chiunque compie atti sessuali in presenza di persona minore di anni quattordici, al fine di farla assistere, è punito con la reclusione da uno a cinque anni. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, alla stessa pena di cui al primo comma soggiace chiunque fa assistere una persona minore di anni quattordici al compimento di atti sessuali, ovvero mostra alla medesima materiale pornografico, al fine di indurla a compiere o a subire atti sessuali. La pena è aumentata fino alla metà quando il colpevole sia l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato, o che abbia con quest'ultimo una relazione di stabile convivenza»</p>
<p>Art. 609 sexies (Ignoranza dell'età della persona offesa) – modificato dalla Legge 1 ottobre 2012 Quando i delitti previsti negli articoli 609-bis, 609-ter, 609-quater, 609-octies e 609-undecies sono commessi in danno di un minore degli anni diciotto, e quando è commesso il delitto di cui all'articolo 609-quinquies, il colpevole non può invocare a propria scusa l'ignoranza dell'età della persona offesa, salvo che si tratti di ignoranza inevitabile»;</p>
<p>Art. 609 septies Procedibilità d'ufficio</p>



<p>"[...] Si procede tuttavia d'ufficio:</p> <p>1) se il fatto di cui all'articolo 609-bis è commesso nei confronti di persona che al momento del fatto non ha compiuto gli anni quattordici (la legge 38/2006, art. 7 ha modificato tale età, prevedendo la perseguibilità d'ufficio sino ai diciotto anni)</p> <p>2) se il fatto è commesso dal genitore, anche adottivo, o dal di lui convivente, dal tutore, ovvero da altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia;</p> <p>3) se il fatto è commesso da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni;</p> <p>4) se il fatto è connesso con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio;</p> <p>5) se il fatto è commesso nell'ipotesi di cui all'articolo 609-quater, ultimo comma".</p> <p>Ultimo comma art. 609-quater: "Si applica la pena di cui all'art. 609-ter, secondo comma, se la persona offesa non ha compiuto anni 10".</p>
<p>Art. 609 octies Violenza sessuale di gruppo</p> <p>1)La violenza sessuale di gruppo consiste nella partecipazione, da parte di più persone riunite, ad atti di violenza sessuale di cui all'art. 609 bis.</p> <p>2)Chiunque commette atti di violenza sessuale di gruppo è punito con la reclusione da sei a dodici anni.</p> <p>3)La pena è aumentata se concorre taluna delle circostanze aggravanti previste dall'art. 609 ter.</p> <p>La pena è diminuita per il partecipante la cui opera abbia avuto minima importanza nella preparazione o nella esecuzione del reato. La pena è altresì diminuita per chi sia stato determinato a commettere il reato quando concorrono le condizioni stabilite dai nn. 3) e 4) del primo comma e dal terzo comma dell'art. 11.</p>
<p>Art. 609 decies Comunicazione al tribunale per i minorenni</p> <p>Quando si procede per taluno dei delitti previsti dagli articoli 600, 600-bis, 600-ter, 600-quinquies, 601, 602, 609-bis, 609-ter, 609-quinquies, 609-octies e 609-undecies commessi in danno di minorenni, ovvero per il delitto previsto dall'articolo 609-quater o per i delitti previsti dagli articoli 572 e 612-bis, se commessi in danno di un minorenne o da uno dei genitori di un minorenne in danno dell'altro genitore, il procuratore della Repubblica ne dà notizia al tribunale per i minorenni(1).</p> <p>Qualora riguardi taluno dei delitti previsti dagli articoli 572, 609-ter e 612-bis, commessi in danno di un minorenne o da uno dei genitori di un minorenne in danno dell'altro genitore, la comunicazione di cui al primo comma si considera effettuata anche ai fini dell'adozione dei provvedimenti di cui agli articoli 155 e seguenti, nonché 330 e 333 del codice civile (2).</p> <p>Nei casi previsti dal primo comma, l'assistenza affettiva e psicologica della persona offesa minorenne è assicurata, in ogni stato e grado del procedimento, dalla presenza dei genitori o di altre persone idonee indicate dal minorenne, nonché di gruppi, fondazioni, associazioni od organizzazioni non governative di comprovata esperienza nel settore dell'assistenza e del supporto alle vittime dei reati di cui al primo comma e iscritti in apposito elenco dei soggetti legittimati a tale scopo, con il consenso del minorenne, e ammessi dall'autorità giudiziaria che procede (3).</p> <p>In ogni caso al minorenne è assicurata l'assistenza dei servizi minorili dell'Amministrazione della giustizia e dei servizi istituiti dagli enti locali.</p> <p>Dei servizi indicati nel terzo comma si avvale altresì l'autorità giudiziaria in ogni stato e grado del procedimento(4)(5).</p>
<p>Art. 609-undecies Adescamento di minorenni</p> <p>Chiunque, allo scopo di commettere i reati di cui agli articoli 600, 600-bis, 600-ter e 600-quater, anche se relativi al materiale pornografico di cui all'articolo 600-quater.1, 600-quinquies, 609-bis, 609-quater, 609-quinquies e 609-octies, adesci un minore di anni sedici, è punito, se il fatto non costituisce più grave reato, con la reclusione da uno a tre anni. Per adescamento si intende qualsiasi atto volto a carpire la fiducia del minore attraverso artifici, lusinghe o minacce posti in essere anche mediante l'utilizzo della rete internet o di altre reti o mezzi di comunicazione.</p>
<p>612 bis - Atti persecutori. Stalking, modificato dal Decreto Legge 14 agosto 2013 n.93</p> <p>Salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito con la reclusione da sei mesi a quattro anni chiunque, con condotte reiterate, minaccia o molesta taluno in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita.</p> <p>La pena è aumentata se il fatto è commesso dal coniuge anche separato o divorziato o da persona che sia stata legata da relazione affettiva alla persona offesa se il fatto è commesso attraverso strumenti informatici o telematici. La pena è aumentata fino alla metà se il fatto è commesso a danno di un minore, di una donna in stato di gravidanza o di una persona con disabilità di cui all'art. 3 della legge 5/2/1992 n. 104, ovvero con armi o da persona travisata.</p> <p>Il delitto è punito a querela della persona offesa. Il termine per la proposizione della querela è di sei mesi. Si procede tuttavia di ufficio se il fatto è commesso nei confronti di un minore o di una persona con disabilità di cui all'art. 3 legge 5/2/1992, n.104, nonché quando il fatto è connesso con altro delitto per il quale si deve procedere di ufficio.</p>



Art 414 bis Istigazione a pratiche di pedofilia e di pedopornografia, modificato dalla Legge 1 ottobre 2012

Salvo che il fatto costituisca piu' grave reato, chiunque, con qualsiasi mezzo e con qualsiasi forma di espressione, pubblicamente istiga a commettere, in danno di minorenni, uno o piu' delitti previsti dagli articoli 600-bis, 600-ter e 600-quater, anche se relativi al materiale pornografico di cui all'articolo 600-quater.1, 600-quinquies, 609-bis, 609-quater e 609-quinquies e' punito con la reclusione da un anno e sei mesi a cinque anni.

Alla stessa pena soggiace anche chi pubblicamente fa l'apologia di uno o piu' delitti previsti dal primo comma.

Non possono essere invocate, a propria scusa, ragioni o finalita' di carattere artistico, letterario, storico o di costume.

L'ascolto del minore nel processo penale. L'incidente probatorio

Art. 392 c.p.p. comma 1-bis Incidente probatorio

Nei procedimenti per i delitti di cui agli articoli 572, 600, 600-bis, 600-ter e 600-quater, anche se relativi al materiale pornografico di cui all'articolo 600-quater.1, 600-quinquies, 601, 602, 609-bis, 609-quater, 609-quinquies, 609-octies, 609-undecies e 612-bis del codice penale il pubblico ministero, anche su richiesta della persona offesa, o la persona sottoposta alle indagini possono chiedere che si proceda con incidente probatorio all'assunzione della testimonianza di persona minorenni ovvero della persona offesa maggiorenne, anche al di fuori delle ipotesi previste dal comma 1. In ogni caso, quando la persona offesa versa in condizione di particolare vulnerabilità, il pubblico ministero, anche su richiesta della stessa, o la persona sottoposta alle indagini possono chiedere che si proceda con incidente probatorio all'assunzione della sua testimonianza.

Art. 398 c.p.p. Provvedimenti sulla richiesta di incidente probatorio

1. Entro due giorni dal deposito della prova della notifica [c.p.p. 395] e comunque dopo la scadenza del termine previsto dall'articolo 396 comma 1, il giudice pronuncia ordinanza con la quale accoglie, dichiara inammissibile o rigetta la richiesta di incidente probatorio. L'ordinanza di inammissibilità o di rigetto è immediatamente comunicata al pubblico ministero e notificata alle persone interessate.

2. Con l'ordinanza che accoglie la richiesta il giudice stabilisce:

- a) l'oggetto della prova [c.p.p. 187] nei limiti della richiesta e delle deduzioni;
- b) le persone interessate all'assunzione della prova individuate sulla base della richiesta e delle deduzioni;
- c) la data dell'udienza. Tra il provvedimento e la data dell'udienza non può intercorrere un termine superiore a dieci giorni.

3. Il giudice fa notificare alla persona sottoposta alle indagini, alla persona offesa e ai difensori avviso del giorno, dell'ora e del luogo in cui si deve procedere all'incidente probatorio almeno due giorni prima della data fissata con l'avvertimento che nei due giorni precedenti l'udienza possono prendere cognizione ed estrarre copia delle dichiarazioni già rese dalla persona da esaminare. Nello stesso termine l'avviso è comunicato al pubblico ministero (1).

3-bis. La persona sottoposta alle indagini ed i difensori delle parti hanno diritto di ottenere copia degli atti depositati ai sensi dell'articolo 393, comma 2-bis (2).

4. Se si deve procedere a più incidenti probatori, essi sono assegnati alla medesima udienza, sempre che non ne derivi ritardo.

5. Quando ricorrono ragioni di urgenza e l'incidente probatorio non può essere svolto nella circoscrizione del giudice competente, quest'ultimo può delegare il giudice per le indagini preliminari del luogo dove la prova deve essere assunta.

5-bis. Nel caso di indagini che riguardino ipotesi di reato previste dagli articoli 572, 600, 600-bis, 600-ter, anche se relativo al materiale pornografico di cui all'articolo 600-quater.1, 600-quinquies, 601, 602, 609-bis, 609-ter, 609-quater, 609-octies, 609-undecies e 612-bis del codice penale, il giudice, ove fra le persone interessate all'assunzione della prova vi siano minorenni, con l'ordinanza di cui al comma 2, stabilisce il luogo, il tempo e le modalità particolari attraverso cui procedere all'incidente probatorio, quando le esigenze di tutela delle persone lo rendono necessario od opportuno. A tal fine l'udienza può svolgersi anche in luogo diverso dal tribunale, avvalendosi il giudice, ove esistano, di strutture specializzate di assistenza o, in mancanza, presso l'abitazione della persona interessata all'assunzione della prova. Le dichiarazioni testimoniali debbono essere documentate integralmente con mezzi di riproduzione fonografica o audiovisiva. Quando si verifica una indisponibilità di strumenti di riproduzione o di personale tecnico, si provvede con le forme della perizia, ovvero della consulenza tecnica. Dell'interrogatorio è anche redatto verbale in forma riassuntiva. La trascrizione della riproduzione è disposta solo se richiesta dalle parti (3).

5-ter. Il giudice, su richiesta di parte, applica le disposizioni di cui al comma 5-bis quando fra le persone interessate all'assunzione della prova vi siano maggiorenni in condizione di particolare vulnerabilità, desunta anche dal tipo di reato per cui si procede (4).



5-quater. Fermo quanto previsto dal comma 5-ter, quando occorre procedere all'esame di una persona offesa che versa in condizione di particolare vulnerabilità si applicano le disposizioni di cui all'articolo 498, comma 4-quater (5).

Misure di protezione in sede penale nei casi di violenza domestica

Art 282-bis c.p.p. Allontanamento dalla casa familiare ¹¹

1. Con il provvedimento che dispone l'allontanamento il giudice prescrive all'imputato di lasciare immediatamente la casa familiare, ovvero di non farvi rientro, e di non accedervi senza l'autorizzazione del giudice che procede. L'eventuale autorizzazione può prescrivere determinate modalità di visita.
2. Il giudice, qualora sussistano esigenze di tutela dell'incolumità della persona offesa o dei suoi prossimi congiunti, può inoltre prescrivere all'imputato di non avvicinarsi a luoghi determinati abitualmente frequentati dalla persona offesa, in particolare il luogo di lavoro, il domicilio della famiglia di origine o dei prossimi congiunti, salvo che la frequentazione sia necessaria per motivi di lavoro. In tale ultimo caso il giudice prescrive le relative modalità e può imporre limitazioni.
3. Il giudice, su richiesta del pubblico ministero, può altresì ingiungere il pagamento periodico di un assegno a favore delle persone conviventi che, per effetto della misura cautelare disposta, rimangano prive di mezzi adeguati. Il giudice determina la misura dell'assegno tenendo conto delle circostanze e dei redditi dell'obbligato e stabilisce le modalità ed i termini del versamento. Può ordinare, se necessario, che l'assegno sia versato direttamente al beneficiario da parte del datore di lavoro dell'obbligato, detraendolo dalla retribuzione a lui spettante. L'ordine di pagamento ha efficacia di titolo esecutivo.
4. I provvedimenti di cui ai commi 2 e 3 possono essere assunti anche successivamente al provvedimento di cui al comma 1, sempre che questo non sia stato revocato o non abbia comunque perduto efficacia. Essi, anche se assunti successivamente, perdono efficacia se è revocato o perde comunque efficacia il provvedimento di cui al comma 1. Il provvedimento di cui al comma 3, se a favore del coniuge o dei figli, perde efficacia, inoltre, qualora sopravvenga l'ordinanza prevista dall'articolo 708 del codice di procedura civile ovvero altro provvedimento del giudice civile in ordine ai rapporti economico-patrimoniali tra i coniugi ovvero al mantenimento dei figli.
5. Il provvedimento di cui al comma 3 può essere modificato se mutano le condizioni dell'obbligato o del beneficiario, e viene revocato se la convivenza riprende.
6. Qualora si proceda per uno dei delitti previsti dagli articoli 570, 571, 582, limitatamente alle ipotesi procedibili d'ufficio o comunque aggravate, 600, 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-septies.1, 600-septies.2, 601, 602, 609-bis, 609-ter, 609-quater, 609-quinquies, 609-octies e 612, secondo comma, del codice penale, commesso in danno dei prossimi congiunti o del convivente, la misura può essere disposta anche al di fuori dei limiti di pena previsti dall'articolo 280, anche con le modalità di controllo previste all'articolo 275-bis

Art. 282-ter c.p.p. Divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa

1. Con il provvedimento che dispone il divieto di avvicinamento il giudice prescrive all'imputato di non avvicinarsi a luoghi determinati abitualmente frequentati dalla persona offesa ovvero di mantenere una determinata distanza da tali luoghi o dalla persona offesa.
2. Qualora sussistano ulteriori esigenze di tutela, il giudice può prescrivere all'imputato di non avvicinarsi a luoghi determinati abitualmente frequentati da prossimi congiunti della persona offesa o da persone con questa conviventi o comunque legate da relazione affettiva ovvero di mantenere una determinata distanza da tali luoghi o da tali persone.
3. Il giudice può, inoltre, vietare all'imputato di comunicare, attraverso qualsiasi mezzo, con le persone di cui ai commi 1 e 2.
4. Quando la frequentazione dei luoghi di cui ai commi 1 e 2 sia necessaria per motivi di lavoro ovvero per esigenze abitative, il giudice prescrive le relative modalità e può imporre limitazioni



APPENDICE STATISTICA

PREMESSA

La raccolta dei dati e il monitoraggio sul fenomeno del maltrattamento/violenza in danno dei minori rappresentano uno strumento indispensabile sia per la conoscenza e l'emersione del fenomeno sia per la definizione di efficaci misure per la prevenzione e il contrasto.

La rilevazione dei dati sulla condizione dei minori è una responsabilità istituzionale anche al fine di monitorare l'effettiva applicazione dei diritti sanciti dalla Convenzione sui diritti del fanciullo, ratificata dal nostro Paese con la Legge 27 maggio 1991, n. 176.

La stessa **Convenzione di Lanzarote** (Convenzione del Consiglio d'Europa sulla protezione dei bambini contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale) che l'Italia ha ratificato con la legge 1 ottobre 2012, n. 172, prevede che gli Stati istituiscano "meccanismi per la raccolta di dati o punti di informazione a livello nazionale o locale e in collaborazione con la società civile, che consentano, nel rispetto delle esigenze legate alla protezione dei dati personali, l'osservazione e la valutazione dei fenomeni di sfruttamento e di abusi sessuali a danno dei bambini".

Nell'ambito dell'Osservatorio regionale delle Politiche sociali, di cui all'articolo 14 della l.r. 19/2006, la **legge regionale n.29/2014 "Norme per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere, il sostegno alle vittime, la promozione della libertà e dell'autodeterminazione delle donne"** istituisce la sezione "Osservatorio regionale sulla violenza alle donne e ai minori", con il compito di predisporre idonei strumenti e realizzare le attività di monitoraggio e valutazione attraverso la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati forniti da tutti i soggetti operanti nel settore, al fine di sviluppare la conoscenza delle problematiche relative alla violenza sulle donne e sui minori e armonizzare le varie metodologie di intervento adottate nel territorio. Tra gli obiettivi indicati nella legge regionale 29/2014, vi è il supporto alle attività del Tavolo interassessorile e della Task-force permanente antiviolenza, al fine di sostenere con dati statistici e di analisi, i decisori politici e i gruppi di lavoro tecnico, nella definizione strategica di obiettivi e priorità nel quadro degli scopi predefiniti dalla stessa legge.

Le funzioni dell'Osservatorio regionale sulla violenza alle donne e ai minori sono le seguenti:

- mappatura, monitoraggio e valutazione del sistema di offerta dei servizi di prevenzione e contrasto della violenza su donne e minori, partendo da definizioni e classificazioni condivise e standardizzate;
- definizione e gestione dei flussi informativi e del loro sistema di circolazione, con l'individuazione dei livelli territoriali su cui articolare il sistema informativo e dei soggetti responsabili dei processi di produzione dei dati e delle informazioni;
- monitoraggio e valutazione dell'utenza dei servizi, nell'ottica prospettica di integrazione tra i diversi flussi informativi, per tracciare il percorso dell'utenza attraverso i nodi della rete;
- osservazione ed analisi del fenomeno della violenza di genere e delle variabili ad esso collegate, attraverso gli strumenti della documentazione e della ricerca sociale, per favorire la stima dei fenomeni sommersi;
- rilevazione delle buone pratiche e diffusione della conoscenza sul territorio regionale;
- monitoraggio e valutazione della rispondenza alla domanda e soddisfazione dell'utenza rispetto ai servizi offerti;
- informazione e formazione dei soggetti coinvolti nella produzione, raccolta, gestione dei dati per garantirne la qualità;
- connessione con il livello nazionale del sistema informativo e definizione delle modalità di benchmarking utili ai fini di valutazioni comparative.

Nelle more dell'implementazione del sistema informativo regionale, considerando l'urgenza di avviare una prima rilevazione del fenomeno del maltrattamento e della violenza in danno ai minori, l'Osservatorio regionale sulla violenza alle donne e ai minori ha predisposto una scheda di monitoraggio atta a rilevare alcune caratteristiche del fenomeno, in relazione ai minori presi in carico dai Servizi Sociali dei Comuni che, sulla base della legislazione italiana vigente, rappresentano il servizio locale responsabile della tutela dei minori.

La scheda di monitoraggio è stata fornita a tutti gli Ambiti territoriali come Allegato dell'Avviso pubblico approvato con A.D. 881/2015 per la presentazione delle istanze al finanziamento a valere sulla *Linea c)* del "Piano operativo per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere (D.G.R. n. 729/2015).



INTRODUZIONE METODOLOGICA

La rilevazione, la prima nel suo genere in Puglia (e con molta probabilità in Italia) ha preso spunto dall'indagine nazionale sul maltrattamento in danno dei minori promossa dall'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, e realizzata dal Cismai e dall'associazione Terre des hommes con la collaborazione di ISTAT e ANCI, con l'obiettivo di stimare il numero di minorenni in carico ai Servizi Sociali per ragioni legate a maltrattamenti e abusi⁵⁷.

L'indagine nazionale, che ha interessato un campione di 231 Comuni (tra cui 16 in Puglia) e coperto un bacino pari al 25% della popolazione minorile italiana, prova a fornire una fotografia del fenomeno al 31 dicembre 2013 e rappresenta nel panorama italiano la prima ed unica esperienza statisticamente significativa di questo tipo. L'indagine presenta anche un'interessante comparazione tra i dati italiani e i dati rilevati in altri paesi.

Al fine di consentire una possibile comparazione con i dati emersi a livello nazionale, l'Osservatorio regionale ha utilizzato lo stesso strumento di rilevazione, integrandolo di alcuni item rispetto: ai minori residenti (anche stranieri), alle diverse forme di maltrattamento/violenza (es. bullismo), alle tipologie di servizio e di prestazione cui i minori hanno avuto accesso (es. casa rifugio e servizi sanitari), al contesto in cui avviene il maltrattamento (non previsto dall'indagine nazionale).

Al monitoraggio regionale hanno risposto 37 Ambiti territoriali (esattamente il numero degli Ambiti che ha risposto all'Avviso pubblico già citato) anche se, per esigenze di omogeneità e comparabilità, l'elaborazione dei dati è stata realizzata sulla rilevazione fornita da 31 Ambiti territoriali, per un totale di 191 comuni coinvolti (74% del totale), comprendendo anche i Comuni capoluogo, con una copertura di un bacino di 513.032 minori, pari al 73% del totale complessivo della popolazione minorile residente.

L'elaborazione dei dati trasmessi, riferiti ai minori in carico al 31.12.2014, ci consente di avere una primissima fotografia rispetto al fenomeno e può fornire elementi utili per avviare flussi informativi più mirati e specifici, oltre che per affrontare e provare a risolvere le criticità derivanti dall'assenza di un sistema di rilevazione di questi dati da parte dei Servizi Sociali dei Comuni.

Allo stesso tempo la rilevazione ha consentito agli stessi Comuni di avere un report automatico grazie alla generazione di tabelle e grafici sulla scorta dei dati inseriti.

⁵⁷ "Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia" - http://garanteinfanzia.s3-eu-west-1.amazonaws.com/s3fs-public/documenti/Indagine_maltrattamento_TDH_Cismai_Garante_mag15.pdf



L'ANALISI DELL'UNIVERSO DI RIFERIMENTO

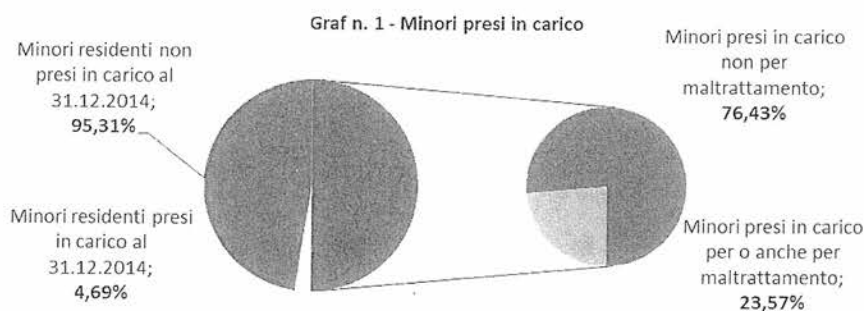
1. La presa in carico

I minori presi in carico complessivamente dai Servizi Sociali dei Comuni pugliesi rappresentano il 4,7% del totale dei minori 0-17 anni residenti in Puglia. La percentuale sale se si analizza il dato dei minori stranieri presi in carico sul totale dei minori stranieri residenti (26,7% di minori maschi e 9% minori femmine).

Il valore assoluto dei minori residenti (513.032) si riferisce al 73% del totale complessivo della popolazione minorile residente ovvero al campione analizzato.

Tab n. 1 – Minori residenti, presi in carico e presi in carico per o anche per maltrattamento

POPOLAZIONE MINORENNE RESIDENTE al 31.12.2014	MINORI IN CARICO al 31.12.2014	MINORI IN CARICO PER O ANCHE PER MALTRATTAMENTO E VIOLENZA al 31.12.2014
513.032	24.085	5.676



Su un totale di 24.085 minori presi in carico dai Servizi Sociali, sono 5.676 i minori in carico per maltrattamento/violenza con un'incidenza pari al 23,6%. Questa percentuale include sia i minori presi in carico dai servizi solo per maltrattamento/violenza (poco più del 40%) sia i minori presi in carico per altri motivi ma che risultano anche maltrattati (c.ca il 60%).

Tab n. 2 – Minori residenti, presi in carico e presi in carico per o anche per maltrattamento

TIPOLOGIA DI MALTRATTAMENTO	Minori presi in carico dai servizi sociali solo per maltrattamento/violenza (A)	Minori presi in carico dai servizi sociali per altri motivi ma che risultano anche maltrattati (B)	TOTALE minori maltrattati (A+B)
Totale	2.317	3.354	5.676

1.1 Il confronto con il livello nazionale

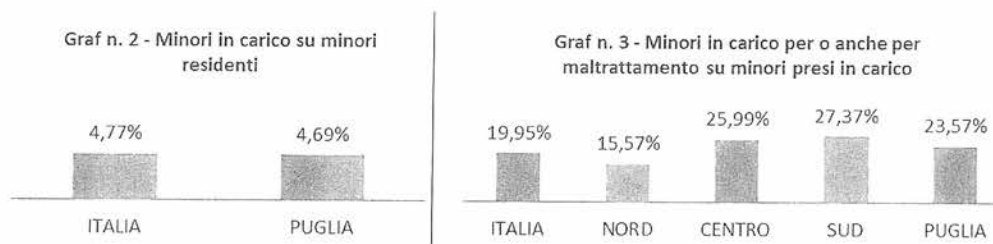
La percentuale relativa al numero complessivo dei minori seguiti in Puglia dai Servizi Sociali (4,7%) non si discosta dalla media nazionale ma risulta essere sensibilmente più alta rispetto alla percentuale registrata dall'indagine nazionale per le regioni meridionali. Infatti, dall'indagine nazionale emergono delle differenze importanti rispetto alle aree geografiche, con un progressivo decremento della presa in carico dei minori scendendo da Nord (6,3%) verso Sud (3%), con il Centro che registra una percentuale del 4,4%.

Questo dato sembra rilevare una maggiore capacità dei Servizi Sociali pugliesi di intercettare e prendere in carico i minorenni in stato di disagio rispetto a quanto accade nelle altre regioni meridionali.

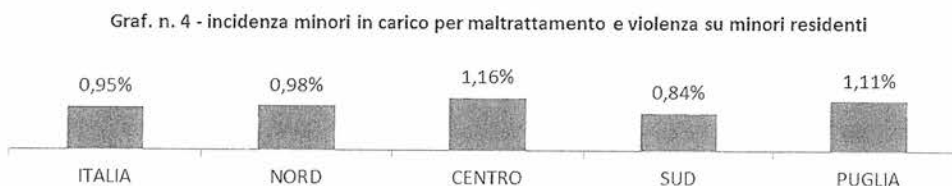
I motivi della presa in carico dei minori attengono per lo più a situazioni di "disagio familiare" derivante da difficoltà socio-economiche, inadeguatezza del ruolo genitoriale, alta conflittualità nella coppia, negligenza



familiare, rischio di inadempienza scolastica e/o disagio scolastico, rischio di devianza minorile, azioni di bullismo, dipendenze e new addiction, maltrattamento, violenza.



I minorenni in carico per maltrattamento, sul totale di quelli complessivamente in carico, sono più numerosi al Sud (27,3%) e al Centro (26%). La percentuale pugliese è sensibilmente più bassa rispetto alla percentuale delle regioni meridionali ma più alta rispetto alla media nazionale (+ 3,5%). In Puglia più di un bambino su 5 di quelli in stato di disagio o di bisogno seguiti dai servizi sociali, è vittima di una o più forme di maltrattamento.



Se invece guardiamo alla popolazione minorile residente, la prevalenza complessiva del maltrattamento è maggiore al Centro (1,16%) e al Nord (0,98%) rispetto al Sud (0,84%). Anche in questo caso, il dato pugliese si differenzia da quello del Sud, con un percentuale molto più vicina a quella del Centro (1,11%).

2. La struttura per età

Dalla tabella seguente e relativo grafico, emerge che la prevalenza dei minorenni in carico aumenta al crescere dell'età del minore. La fascia con percentuale più alta è quella dei minori di età compresa tra gli 11 e i 17 anni (50,34% dei minori presi in carico dai servizi), segue la fascia dei 6-10 anni (29,16%), quella dei 4-5 anni (10,32%) e infine la fascia 0-3 anni (10,18%). Anche per quanto riguarda i minori presi in carico per maltrattamento e violenza, la percentuale più alta è quella della fascia di età 11-17 anni (47,47%), la percentuale più bassa quella della fascia 0-3 anni.

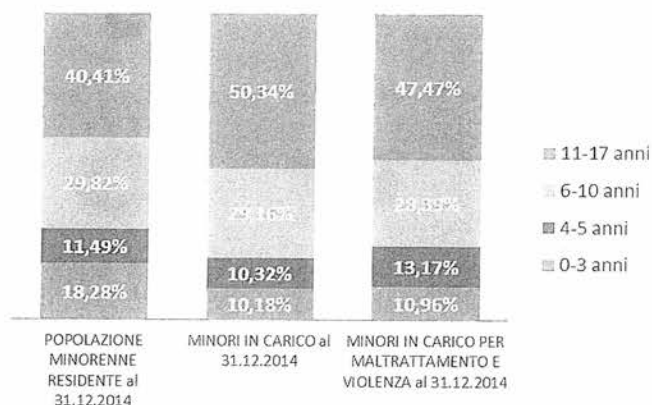
Questi dati mettono in evidenza come i Servizi sociali purtroppo intervengano "tardivamente" e spesso in situazioni già cronicizzate, anche a causa dello scarso o discontinuo sviluppo di servizi che favoriscono la prevenzione e la rilevazione precoce dei casi di maltrattamento/violenza.

Tab n. 3 – Minori residenti, presi in carico e presi in carico per o anche per maltrattamento per età

ETA'	POPOLAZIONE MINORENNE RESIDENTE al 31.12.2014	MINORI IN CARICO al 31.12.2014	MINORI IN CARICO PER MALTRATTAMENTO E VIOLENZA al 31.12.2014
0-3 anni	18,28%	10,18%	10,96%
4-5 anni	11,49%	10,32%	13,17%
6-10 anni	29,82%	29,16%	28,39%
11-17 anni	40,41%	50,34%	47,47%
TOTALE	100,00%	100,00%	100,00%



Graf n. 5 - Struttura per fasce di età



2.1 Il confronto con il livello nazionale

Anche a livello nazionale, la fascia di età che registra una percentuale più alta di presa in carico è quella degli 11-17 anni. Sono 5,4, su cento residenti, i minori in carico della fascia 11-17 anni contro i 2,9 su cento della fascia 0-3 anni. In Puglia sono 4,4 su cento nella fascia 11-17 anni, 2,1 su cento nella fascia 0-3 anni.

	Incidenza minori in carico su totale minori residenti PER ETA'	
	ITALIA	PUGLIA
0-3 anni	2,91%	2,10%
4-5 anni	5,09%	3,65%
6-10 anni	5,14%	3,57%
11-17 anni	5,42%	4,44%

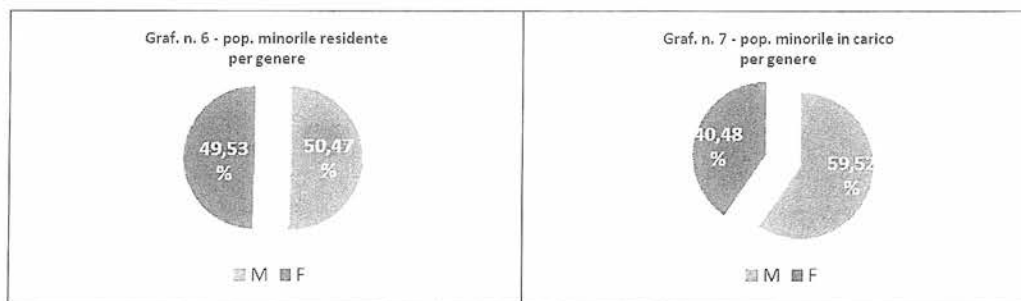
3. La struttura per genere

E' quasi divisa a metà per genere la popolazione minorile residente in Puglia mentre rispetto al genere dei minorenni in carico ai Servizi Sociali (graf. n. 7), la percentuale dei maschi (59,52%) supera quella delle femmine (40,48). In termini di valore assoluto, sul campione analizzato, sono 14.336 i minorenni maschi in carico ai Servizi sociali e 9.749 le minorenni.

Tab n. 4 – Minori residenti, presi in carico e presi in carico per o anche per maltrattamento per genere

POPOLAZIONE MINORENNE RESIDENTE al 31.12.2014		MINORI IN CARICO al 31.12.2014	
M	F	M	F
50,47%	49,53%	59,52%	40,48%





Le percentuali cambiano se invece analizziamo la presa in carico per genere relativa al maltrattamento e violenza. Prendendo in considerazione la quantità di minorenni maltrattati sul totale dei minori già in carico ai Servizi sociali, risulta una percentuale più alta per le femmine (23,9%) rispetto a quella dei maschi (19,25%). Emerge quindi che le bambine/adolescenti sono più esposte al rischio di maltrattamento/violenza, sia in Puglia che, più in generale, in Italia (graf. n. 12).

3.1 *Il confronto con il livello nazionale*

Con riferimento al genere dei minori presi in carico, il dato pugliese sembra essere in linea con quanto emerso dall'indagine nazionale. Il 5,54% dei minori maschi residenti in Puglia è in carico ai Servizi Sociali, la percentuale delle minorenni è invece del 3,84%. La percentuale nazionale di presa in carico delle femmine sul totale della popolazione minorile di genere femminile è leggermente più alta (4,53%) anche se rimane di poco inferiore alla percentuale dei maschi (5%).

Tab n. 5 – Incidenza minori in carico su totale minori residenti per genere

ITALIA		PUGLIA	
MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
5,02%	4,53%	5,54%	3,84%

Graf. n. 9 - minori in carico su minori residenti per genere in Italia		Graf. n. 10 - minori in carico su minori residenti per genere in Puglia	
MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
5,02%	4,53%	5,54%	3,84%

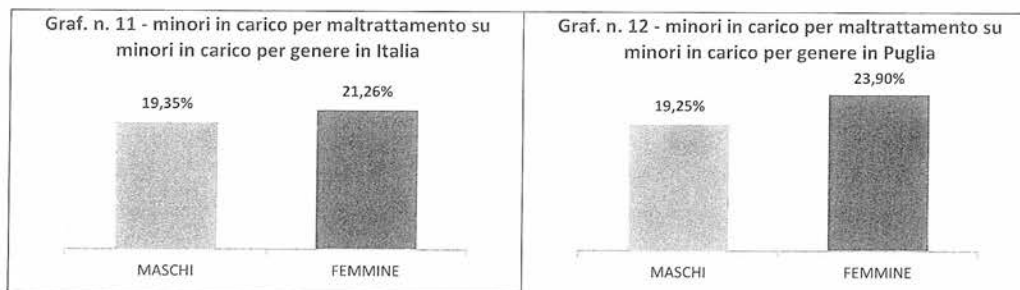
A fronte di una prevalenza dei maschi presi in carico dai Servizi sul totale della popolazione minorile residente (5,02%)⁵⁸, risultano essere più maltrattate le femmine (21,26%) rispetto ai minorenni (19,35%). In Puglia è leggermente più alta la percentuale (23,90%) rispetto al dato nazionale: su 100 femmine prese in carico, c.ca 24 sono le bambine/adolescenti che risultano vittime di maltrattamento/violenza mentre i maschi sono 19 su 100.

Tab n. 6 – Incidenza minori in carico per maltrattamento e violenza su minori in carico per genere

ITALIA		PUGLIA	
MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
19,35%	21,26%	19,25%	23,90%

⁵⁸ A livello nazionale i comuni intervistati non hanno fornito il dato relativo ai minori in carico per genere





4. La struttura per nazionalità

I minori stranieri in carico rappresentano l'8,15% del totale. La fascia di età con la percentuale più alta di presa in carico da parte dei Servizi è quella compresa tra gli 11 e i 17 anni (49,89%) segue la fascia dei 6-10 anni (22,95%), quella dei 0-3 anni (15,51%) e infine la fascia 4-5 anni (11,65%). Per quanto riguarda i minori presi in carico per maltrattamento e violenza, la percentuale più alta rimane quella della fascia di età 11-17 anni (49,81%), mentre la percentuale più bassa è quella registrata per la fascia 0-3 anni (15,25). Sale invece la percentuale di minori stranieri presi in carico per maltrattamento e violenza (10,18).

Tab n. 7 – Minori residenti, presi in carico e presi in carico per o anche per maltrattamento per nazionalità

POPOLAZIONE MINORENNE RESIDENTE al 31.12.2014		MINORI IN CARICO al 31.12.2014		MINORI IN CARICO PER MALTRATTAMENTO E VIOLENZA al 31.12.2014	
ITALIANA	STRANIERA	ITALIANA	STRANIERA	ITALIANA	STRANIERA
96,57%	3,43%	91,85%	8,15%	89,82%	10,18%

Descrizione	Percentuale
Incidenza stranieri su minori residenti	3,43%
Incidenza stranieri su minori in carico	8,15%
Incidenza stranieri su minori in carico per maltrattamento	10,18%

La percentuale dei minori stranieri presi in carico per maltrattamento è pari al 36,38% del totale dei minori stranieri complessivamente in carico ai Servizi sociali. Una percentuale significativamente più alta di quella registrata complessivamente per i minori presi in carico per maltrattamento (23,57%).

4.1 Il confronto con il livello nazionale

Tra la popolazione minorile straniera residente in Italia, la prevalenza dei bambini maltrattati è doppia rispetto alla media rilevata sul totale minori residenti: 2 minori stranieri ogni 100 contro lo 0,83% dei minori complessivamente maltrattati sul totale dei residenti. In Puglia il dato è ancora più significativo: sono circa 3 ogni 100 minori residenti (2,94%) i minori stranieri maltrattati contro l'1,11 dei minori complessivamente maltrattati sul totale dei minori residenti.

Tab n. 8 – Incidenza minori stranieri in carico per maltrattamento su totale minori stranieri residenti

ITALIA	PUGLIA
2,00%	2,94%



5. La struttura per tipologia di violenza o maltrattamento

La tabella seguente analizza le forme di maltrattamento di cui sono vittime i minori in carico ai Servizi Sociali. La prima colonna della Tabella n. 9 riporta i dati relativi ai minori che hanno avuto accesso ai Servizi direttamente per maltrattamento/violenza. La seconda colonna invece riporta il dato dei minori presi in carico per altri motivi e poi risultati anche maltrattati. Accade spesso, infatti, che i minori giungano al servizio con bisogni non identificati chiaramente o con altre richieste di intervento/prestazione e che solo successivamente i Servizi rilevano il maltrattamento.

Questi minori rappresentano il 60% del totale dei minori presi in carico per maltrattamento.

Il monitoraggio ha inteso analizzare anche le forme di maltrattamento subito dai minori.

Pur in presenza di più forme di maltrattamento, è stato chiesto ai Servizi di indicare la tipologia di maltrattamento prevalente.

Emerge che oltre la metà dei bambini/adolescenti è vittima di una forma di maltrattamento che si configura come trascuratezza materiale e/o affettiva, o inadeguatezza delle cure, se si prendono in considerazione anche le patologie delle cure (55,2%).

Desti preoccupazione la violenza assistita che, insieme al maltrattamento psicologico, è la seconda forma di maltrattamento. Questo dato mette in evidenza la crescente capacità dei Servizi di riconoscere la violenza domestica e, di conseguenza, la violenza assistita, anche grazie al lavoro dei centri antiviolenza e alla stretta collaborazione tra questi e i Servizi sociali, soprattutto con riferimento alle situazioni di violenza sulle donne che coinvolgono anche figli minori.

Le forme di maltrattamento meno prevalenti sono quelle riferite al maltrattamento fisico (3,5%) e alla violenza sessuale (1,9) anche se per questa ultima tipologia di violenza si può, purtroppo, ipotizzare una difficoltà di intercettazione/rilevazione del fenomeno.

Rispetto al monitoraggio realizzato a livello nazionale, l'Osservatorio regionale ha voluto rilevare anche la capacità di presa in carico integrata dei minori da parte dei Servizi pubblici, con particolare riferimento ai Servizi Sociali dei Comuni e ai Servizi Consultoriali.

Dai dati forniti emerge che solo il 23,5% dei minori presi in carico dai Servizi sociali per maltrattamento/violenza viene seguito dalle equipe integrate multidisciplinari previste dalla normativa regionale. Questo dato conferma la grave lentezza con cui gli Ambiti territoriali e i Distretti sociosanitari hanno proceduto alla costituzione formale e sostanziale delle citate equipe di lavoro, e mette in evidenza una generale debolezza rispetto alla presa in carico globale e integrata dei minori vittime di maltrattamento/violenza oltre che una grave insufficienza rispetto alla presa in carico psicologica/psicoterapeutica del minore traumatizzato che vede, quindi, negato il suo diritto a ricevere le cure adeguate.

Infatti, solo il 10% dei minori in carico per maltrattamento accede a prestazioni di carattere sanitario (graf. n. 15).

Nel corso dell'anno 2015, grazie anche alla forte pressione esercitata dalla Regione Puglia attraverso le modalità di attuazione delle diverse linee di intervento del citato "**Piano operativo per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere**" (D.G.R. n. 729/2015), è sensibilmente aumentato il numero delle equipe integrate multidisciplinari attive a livello territoriale e diversi Ambiti Territoriali hanno aggiornato, di concerto con i Distretti sociosanitari di riferimento, le procedure operative rispetto alla presa in carico integrata e provvedendo a nominare e incaricare i relativi componenti.

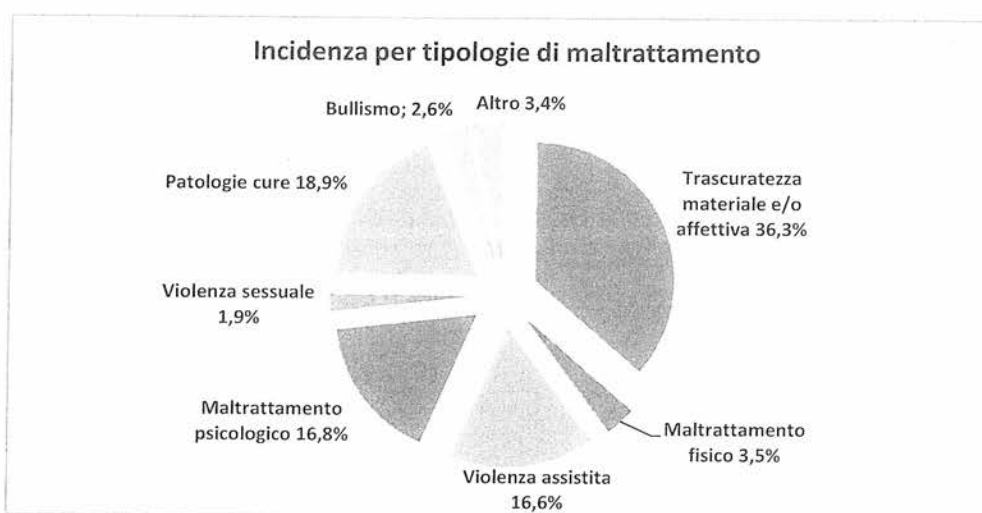
In alcuni casi si sta lavorando per integrare i protocolli esistenti con il pezzo del raccordo operativo con i centri antiviolenza presenti sul territorio.

Tab n. 9 – Minori in carico per o anche per maltrattamento, per tipologia di maltrattamento

TIPOLOGIA DI MALTRATTAMENTO	Minori presi in carico dai servizi sociali solo per maltrattamento/violenza (A)	Minori presi in carico dai servizi sociali per altri motivi ma che risultano anche maltrattati (B)	TOTALE minori maltrattati (A+B)	Percentuali	Di cui in carico all'Equipe integrata Ambito/ASL	Percentuali
Trascuratezza materiale e/o affettiva	883	1.173	2.061	36,3%	347	25,9%
Maltrattamento fisico	131	67	198	3,5%	117	8,7%
Violenza assistita	349	595	944	16,6%	335	25,0%
Maltrattamento psicologico	270	682	952	16,8%	205	15,3%



Violenza sessuale	70	38	108	1,9%	79	5,9%
Patologie cure	450	622	1.072	18,9%	161	12,0%
Bullismo	71	77	148	2,6%	38	2,8%
Altro (specificare)	91	100	191	3,4%	58	4,3%
Altro (specificare)	2	0	2	0,0%	2	0,1%
Totale	2.317	3.354	5.676	100,0%	1.342	100,0%



Con riferimento al contesto in cui avviene il maltrattamento, l'86,3% dei casi in carico ai Servizi Sociali fa riferimento al contesto familiare, il 4,5% al contesto scolastico, il 4,2% al gruppo dei pari, mentre solo lo 0,5% dei casi si riferisce al contesto on-line, a conferma di quanto sia davvero difficile per i Servizi intercettare le nuove forme di maltrattamento/violenza che passano per il web.

5.1 Il confronto con il livello nazionale

Dal confronto con i dati dell'indagine nazionale, emerge una sostanziale coincidenza circa la prevalenza di alcune tipologie di maltrattamento. Infatti, se teniamo insieme la trascuratezza grave e le patologie delle cure, rileviamo che il 55% dei minorenni pugliesi è vittima di maltrattamento legato a trascuratezza fisica e/o psico-affettiva, alla stregua dei minori italiani. Rileviamo con una percentuale poco inferiore a quella nazionale la violenza assistita (16,6%) ma con percentuale più alta il maltrattamento psicologico (16,8%). Le differenze più marcate in termini percentuali si rilevano per il maltrattamento fisico e per la violenza sessuale.

In quest'ultimo caso la percentuale dell'1,9% pugliese rispetto al 4,2% del dato nazionale, sembra confermare la difficoltà di rilevazione, da parte dei Servizi, di un fenomeno ancora drammaticamente sommerso.

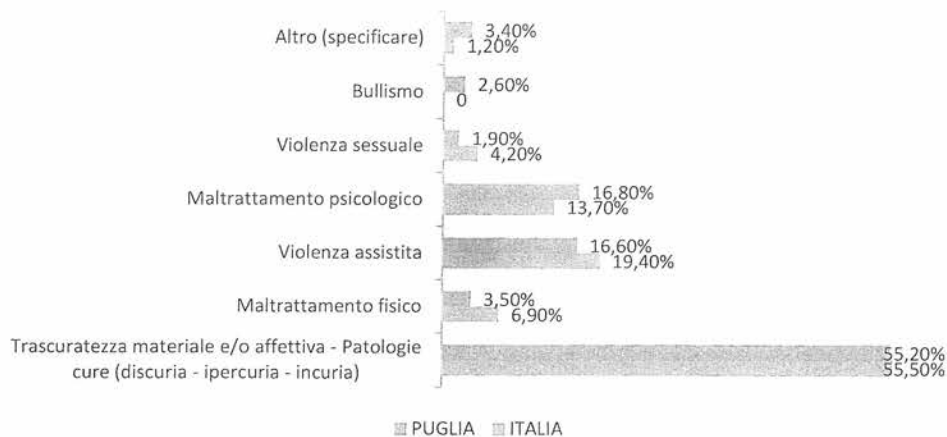
L'indagine pugliese ha rilevato anche l'incidenza percentuale dei casi di bullismo in carico ai Servizi Sociali (2,6%), una forma di maltrattamento non contemplata dal monitoraggio nazionale.

Tab n. 10 – Minori in carico per o anche per maltrattamento, per tipologia di maltrattamento

	ITALIA	PUGLIA
Trascuratezza materiale e/o affettiva - Patologie cure (discuria - ipercuria - incuria)	55,5%	55,2%
Maltrattamento fisico	6,9%	3,5%
Violenza assistita	19,4%	16,6%
Maltrattamento psicologico	13,7%	16,8%
Violenza sessuale	4,2%	1,9%
Bullismo	nd	2,6%
Altro (specificare)	1,2%	4,4%



Graf. n. 14 - distribuzione minori in carico per tipologia di maltrattamento



6. La struttura per tipologia di servizio cui il minore ha avuto accesso

Insieme alle stime di prevalenza delle diverse tipologie di maltrattamento, la rilevazione ha inteso analizzare anche le principali tipologie di intervento messe in atto dai Servizi Sociali in favore dei minori presi in carico per maltrattamento/violenza.

Tab n. 11 – Minori in carico per maltrattamento, per tipologia di servizio cui hanno avuto accesso

Affidamento familiare	640	11,3%
Comunità	1.107	19,5%
Assistenza domiciliare	754	13,3%
Assistenza economica	1.921	33,8%
Centro diurno	545	9,6%
Altro servizio	817	14,4%
Casa rifugio	84	1,5%
Servizi sanitari (specificare)	573	10,1%
Nessuno	101	1,8%
Totale accessi ai servizi	6.542	115,3%

Dall'analisi dei dati emerge ogni singolo minorenne ha accesso a poco più di un intervento (1,15). La misura di intervento prevalente è quella dell'assistenza economica (33,8%), seguita dall'allontanamento del minore presso le comunità (19,5%), dall'assistenza domiciliare (13,3%), dall'affidamento familiare (11,3%), dall'accesso ai servizi sanitari (10%), dal centro diurno (9,6%), e infine dalla casa rifugio (1,5%).

Nella percentuale del 14,4% che fa riferimento ad "altro servizio" (molti Ambiti territoriali non hanno indicato la tipologia di intervento pur essendo stata richiesta la specificazione) rientrano diverse tipologie di intervento: attività di sostegno extrascolastico, educativa di strada, attività ludico-ricreative e di socializzazione, consulenza psico-sociale esterna, altre attività non specificate.

6.1 Il confronto con il livello nazionale

In Italia ogni minore in carico per maltrattamento riceve almeno due tipologie di intervento/servizio, mentre in Puglia poco più di un intervento. Di contro, in Puglia solo l'1,80% dei minori non riceve alcun tipo di intervento rispetto ad una percentuale del 7,60% registrata in sede nazionale.

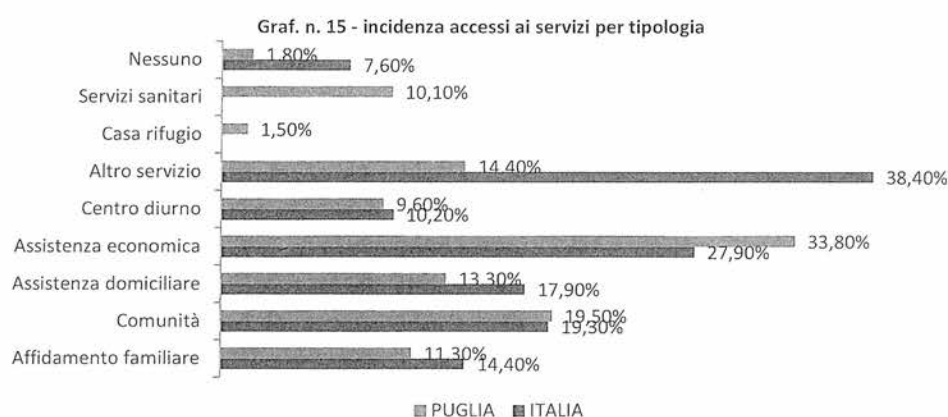
La differenza più significativa che emerge dal confronto con il livello nazionale, evidente nel grafico seguente, è quella relativa all'intervento di assistenza economica che in Puglia raggiunge la percentuale del 33,8%, attestandosi come intervento prevalente, rispetto alla percentuale italiana del 27,90%. Questo dato sembra confermare la necessità per i Servizi Sociali pugliesi di intervenire a sostegno di situazioni di fragilità anche di natura socio-economica da parte di molte famiglie, circostanza che con molta probabilità è comune ad altre regioni meridionali. Purtroppo l'indagine nazionale non rileva questo dato distinguendo per le tre aree geografiche, così come invece ha fatto per le altre strutture di rilevazione.



E' simile l'incidenza dell'allontanamento del minore dal nucleo familiare per l'inserimento in strutture residenziali a carattere comunitario mentre la percentuale dei minori in affidamento in Puglia è più bassa (11,30%) rispetto alla percentuale nazionale (14,40%).

Significativamente più alta a livello nazionale anche la percentuale di accesso all'intervento di assistenza domiciliare (17,90% contro il 13,30%) mentre si discosta di poco l'incidenza del ricorso a servizi comunitari a ciclo diurno (9,60% contro il 10,20% nazionale). Preponderanti risultano essere le risposte "altre", con una percentuale a livello nazionale del 38,40% e del 14,40% nella nostra regione.

E' il caso di puntualizzare che la rilevazione fatta nella nostra regione, ha voluto aggiungere, rispetto al monitoraggio nazionale, la voce "Servizi sanitari" (10,10%) e la voce "Casa rifugio" (1,50%), misure indistintamente comprese nella percentuale nazionale del 38,40% insieme a misure e interventi di altra natura che non sempre i Servizi specificano.



CONCLUSIONI

Il monitoraggio ha intercettato un bacino di **513.032 minori, pari al 73% del totale complessivo della popolazione minorile residente in Puglia**, e ha evidenziato come la dimensione del fenomeno del maltrattamento sui minorenni pugliesi non si discosti molto da quella rilevata in Italia, sia pure con qualche significativa differenza.

I minori presi in carico complessivamente dai Servizi Sociali dei Comuni pugliesi rappresentano il 4,7% del totale dei minori 0-17 anni residenti in Puglia. Questa percentuale non si discosta dalla media nazionale anche se risulta essere sensibilmente più alta rispetto alla percentuale registrata dall'indagine nazionale per le regioni meridionali.

L'indagine rileva che **la prevalenza dei minorenni in carico aumenta al crescere dell'età del minore.** La fascia con percentuale più alta è quella dei minori di età compresa tra gli 11 e i 17 anni (50,34% dei minori presi in carico dai servizi), segue la fascia dei 6-10 anni (29,16%), quella dei 4-5 anni (10,32%) e infine la fascia 0-3 anni (10,18%). Questi dati mettono in evidenza la risposta ex post da parte dei Servizi Sociali che spesso purtroppo intervengono in situazioni già cronicizzate, anche a causa dello scarso o discontinuo sviluppo di servizi che favoriscano la prevenzione e la rilevazione precoce del "disagio" e delle situazioni di maltrattamento/violenza.

L'incidenza dei minori in carico per maltrattamento/violenza è pari al 23,6% del totale dei bambini/adolescenti presi in carico.

E' quasi divisa a metà per genere la popolazione minorile residente in Puglia mentre rispetto al genere dei minorenni in carico ai Servizi Sociali, la percentuale dei maschi (59,52%) supera quella delle femmine (40,48). Le percentuali cambiano se invece analizziamo la presa in carico per genere relativa al maltrattamento e violenza. Prendendo in considerazione il dato dei minori maltrattati sul totale dei minori già



in carico ai Servizi sociali, risulta una percentuale più alta per le femmine (23,9%) rispetto a quella dei maschi (19,25%).

Emerge quindi che le bambine/adolescenti sono più esposte al rischio di maltrattamento/violenza, sia in Puglia che, più in generale, in Italia.

L'esposizione al rischio di maltrattamento/violenza è più alta anche per i minori stranieri. Infatti la percentuale dei minori stranieri presi in carico per maltrattamento è pari al 36,38% del totale dei minori stranieri complessivamente in carico ai Servizi sociali, mentre i minori stranieri in carico rappresentano l'8,15% del totale.

Questa tendenza, in ordine al genere e alla nazionalità, è confermata anche dall'indagine nazionale e impone riflessioni sulla necessità di interventi anche di portata culturale al fine di ridurre progressivamente i fattori di rischio per il target più vulnerabile rappresentato, appunto, dalle bambine/adolescenti e dai minorenni di origine straniera.

Con riferimento al rapporto tra minori vittime di maltrattamento e le forme di maltrattamento, emerge che **la metà dei bambini/adolescenti maltrattati è vittima di forme di maltrattamento che si configurano come grave trascuratezza materiale e/o affettiva, o inadeguatezza delle cure, se si prendono in considerazione anche le patologie delle cure (55,2%).**

Preoccupante anche il fenomeno della violenza assistita che, insieme al maltrattamento psicologico, rappresenta la seconda forma di maltrattamento.

Le forme di maltrattamento meno prevalenti in Puglia sono quelle riferite al maltrattamento fisico (3,5%) e alla violenza sessuale (1,9). In quest'ultimo caso la percentuale dell'1,9% rispetto al 4,2% del dato nazionale, sembra confermare purtroppo **la difficoltà di rilevazione, da parte dei Servizi, di un fenomeno ancora drammaticamente sommerso.**

Con riferimento al contesto in cui avviene il maltrattamento, **l'86,3% dei casi in carico ai Servizi Sociali fa riferimento al contesto familiare**, il 4,5% al contesto scolastico, il 4,2% al gruppo dei pari, mentre solo lo 0,5% dei casi si riferisce al contesto on-line.

L'analisi degli interventi erogati dai Comuni pugliesi per rispondere alle situazioni di maltrattamento intercettate, mette in evidenza come **ogni minorenne riceva poco più di un intervento (1,15)**, rispetto alla media di due interventi erogati a livello nazionale.

La misura di intervento prevalente è quella dell'assistenza economica (33,8%), seguita dall'allontanamento del minore presso le comunità (19,5%), dall'assistenza domiciliare (13,3%), dall'affidamento familiare (11,3%), dall'accesso ai servizi sanitari (10%), dal centro diurno (9,6%), e infine dalla casa rifugio (1,5%).

La differenza più significativa che emerge dal confronto con il livello nazionale è quella relativa all'intervento di assistenza economica che in Puglia raggiunge la percentuale del 33,8%, rispetto alla percentuale italiana del 27,90%. Se da un lato questo dato sembra confermare la necessità per i Servizi Sociali pugliesi di intervenire a sostegno di situazioni di fragilità anche di natura socio-economica da parte di molte famiglie, dall'altro lato denota il carattere "emergenziale" della risposta che rischia di risultare assolutamente inadeguata se non integrata da altri interventi tesi a proteggere e curare, oltre che a rimuovere i fattori di rischio di maltrattamento.

Tra le criticità che emergono da questa prima fotografia c'è anche la mancata (o lenta) integrazione tra i Servizi territoriali, in particolare tra Servizi Sociali e Servizi Sanitari. Infatti, emerge che **solo il 23% dei minori presi in carico dai Servizi sociali per maltrattamento/violenza viene seguito dalle equipe integrate multidisciplinari previste dalla normativa regionale e che solo il 10% dei minori in carico per maltrattamento accede a prestazioni di carattere sanitario.** Si evidenzia quindi una generale debolezza rispetto alla presa in carico globale e integrata dei minori vittime di maltrattamento/violenza, oltre che una grave insufficienza rispetto alla presa in carico psicologica/psicoterapeutica del minore traumatizzato che vede, quindi, negato il suo diritto a ricevere le cure adeguate.

La presente ricerca vuole essere solo un primo tassello di un sistema da implementare, più puntuale e integrato rispetto ai diversi flussi informativi che riguardano i minori vittime di maltrattamento, che deve avere come obiettivo quello di orientare e mirare le politiche di prevenzione, protezione e cura dei minori vittime di maltrattamento/violenza, al fine di garantire risposte tempestive e adeguate in tutte le fasi della loro presa in carico, dalla fase di rilevazione/intercettazione del rischio di maltrattamento fino agli interventi di protezione e di cura



Allegati



1. Trauma psicologico nell'infanzia
2. Saper ascoltare i minorenni. Indicazioni operative per la comunicazione con i minorenni in caso di rivelazione spontanea o in caso di sospetto
3. Home Visiting: uno strumento di prevenzione
4. Centro di Riferimento Regionale GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati)
5. Scheda di segnalazione/denuncia di reato
6. Linkografia

Trauma psicologico nell'infanzia

Il concetto di trauma psicologico

In ambito psicologico il trauma viene inteso come *"una circostanza in cui un evento supera o eccede la capacità di una persona di proteggere il proprio benessere e la propria integrità psichica"* (Cloitre, Cohene Koenen, 2006); ciò implica che *"la definizione vera e propria di trauma psicologico è complessa e coinvolge sia le caratteristiche dell'evento stesso sia gli aspetti soggettivi della risposta dell'individuo"* (Koenen et al. 2010). Tale complessità trova la sua espressione nella definizione che ne dà il DSM 5 secondo il quale il trauma deriva dal *"l'esposizione, diretta o indiretta, a morte reale, minaccia di morte, grave lesione o violenza sessuale"* (APA, 2013).

Il trauma, inoltre, può essere generato dall'esposizione ad un singolo evento circoscritto nel tempo oppure può essere l'espressione dell'esposizione ad una condizione di stress traumatico persistente nel tempo, spesso caratterizzata dall'esposizione simultanea a forme diverse di vittimizzazione. Questa ripetizione genera secondo la Herman il *complex Post Traumatic Stress Disorder (cPTSD)*, derivante dal susseguirsi di eventi traumatici multipli e di diversa natura, nell'ambito di un contesto relazionale e per un arco di tempo prolungato. Tale trauma si esplicita attraverso diversi sintomi che rientrano nelle alterazioni nella regolazione delle emozioni e del comportamento, nei disturbi della coscienza e dell'attenzione, nelle somatizzazioni, nelle alterazioni della percezione di sé, nelle alterazioni nella percezione delle figure maltrattanti, nei disturbi relazionali e nelle alterazioni nei significati personali (Herman, 1992). Esempi di trauma complesso sono la relazione tra un bambino ed il proprio genitore violento, le continue vessazioni subite nei contesti relazionali dei pari (bullismo), la prostituzione, le torture subite in condizione di carcerazione, i conflitti armati (Courtois, 2008).

Il concetto di trauma, dunque, risente non solo dell'oggettiva gravità dell'evento traumatico, ma anche delle possibilità di sostenere le conseguenze che il soggetto, esposto a tale evento, avrà a disposizione; per tale ragione il trauma viene definito come *"evento emotivamente non sostenibile per chi lo subisce"* (Liotti e Farina, 2011) e la possibilità di reagire efficacemente ad una minaccia segna il confine tra un'esperienza grave ed estrema la quale, però, viene fronteggiata e superata senza determinare delle implicazioni cliniche e il trauma psicologico che genera degli effetti a breve, medio e lungo termine.

Gli effetti dei traumi, pertanto, sono molto più gravi se la stessa esperienza traumatica avviene nell'infanzia e/o nell'adolescenza, quando il soggetto sta attuando il processo di sviluppo della propria personalità. Secondo la Herman, infatti, il trauma complesso interferisce con lo sviluppo delle principali funzioni dell'individuo (capacità di autoregolazione psicobiologica, di adattamento all'ambiente interpersonale e di costruzione dell'immagine di sé) e può causare deficit nella regolazione delle emozioni, impulsività, gravi problemi relazionali, somatizzazioni, dissociazione della coscienza ed alterazioni dell'identità (Liotti e Farina, 2011).

I quadri diagnostici legati allo sviluppo traumatico

Il DSM 5 (APA, 2013) ha apportato un'innovazione rispetto alle precedenti versioni che si focalizzavano prevalentemente su traumi singoli e, oltre ad aver racchiuso varie manifestazioni patologiche nella sezione *Disturbi collegati a traumi e fattori stressanti*, ha attribuito il giusto spazio al trauma di tipo interpersonale. L'attuale manuale diagnostico, inoltre, attribuisce un significato rilevante alle esperienze traumatiche, comprendendone sia singoli episodi che molteplici avvenimenti, ed ha introdotto l'esposizione ad eventi avversi con esplicito riferimento a situazioni vissute direttamente o di cui si è stati testimoni; tra queste esperienze avverse viene contemplata anche la trascuratezza sociale, ovvero l'assenza di un accudimento



adeguato nel corso dell'infanzia. In tal modo il DSM 5 ha riconosciuto la variabilità nella manifestazione clinica della sofferenza legata a eventi di carattere stressante e traumatico (APA, 2013).

Il DSM 5 ha, inoltre, previsto una ulteriore specificazione riguardante i criteri necessari per porre diagnosi di PTSD nei bambini sotto i 6 anni; nello specifico, pur se il quadro generale è sovrapponibile a quello per la diagnosi del PTSD sopra i 6 anni, vi è una differenza nel numero di sintomi richiesti per porre diagnosi. Nello specifico è necessario un sintomo intrusivo, un sintomo di evitamento o cognitivtà negativa o sintomo dell'umore, e due sintomi comportamentali di alterazione dell'arousal e della reattività. Il DSM 5, infine, definisce con maggiore pregnanza la significatività della relazione tra genitori e figli e l'eventuale impatto traumatico di cure inadeguate e non responsive, tanto da introdurre il *Disturbo reattivo dell'attaccamento* e il *Disturbo da disimpegno sociale disinibito*, nell'ambito della sezione *Disturbi collegati a traumi e fattori stressanti*.

La Classificazione Internazionale delle Malattie attualmente in uso (ICD 10), invece, riporta la Sindrome Post Traumatica da Stress tra le Sindromi nevrotiche, legate a Stress e Somatoformi, nella più ampia sezione Reazioni a gravi Stress e sindromi da disadattamento, mentre colloca i Disturbi dell'attaccamento nella sezione Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza, in particolare nella sezione Disturbi del Funzionamento sociale.

La Sindrome post traumatica da stress viene, pertanto, identificata come una risposta ritardata o prolungata a un evento stressante o ad una situazione (di breve o lunga durata) di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, che sembra causare disagio diffuso in quasi tutte le persone.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sembra aver previsto dei cambiamenti nella nuova versione ICD 11, di prossima pubblicazione, con riferimento ai criteri diagnostici per la diagnosi di PTSD. Tale disturbo, compreso tra i disturbi legati a stress e traumi, prevede due diagnosi correlate, ovvero il Disturbo post traumatico da stress (PTSD) e il PTSD complesso, considerati disturbi "fratelli" (Maercker et al., 2013).

Un'ulteriore proposta diagnostica, inoltre, è stata avanzata (van der Kolk, 2005) in considerazione del fatto che il trauma ha il suo impatto più pervasivo durante il primo decennio di vita e diventa più circoscritto, vale a dire più simile al PTSD, con l'avanzare dell'età. Queste considerazioni hanno reso necessaria una revisione dei criteri diagnostici del cPTSD ed un suo adattamento all'età evolutiva. È stata, quindi, proposta la categoria diagnostica del *Developmental Trauma Disorder* (DTD) la quale si basa su specifici criteri quali l'esposizione ad una o più forme di *traumi interpersonali*, la *disregolazione* (emotiva, comportamentale e cognitiva, nelle funzioni fisiologiche, nelle relazionali interpersonali e nella percezione di sé), la presenza di *attribuzioni ed aspettative negative* e la presenza di *problematiche nel funzionamento globale familiare, sociale e scolastico* (Liotti e Farina, 2011).

L'esposizione al trauma relazionale precoce determina quadri sintomatologici complessi e differenti, talvolta fluttuanti; occorre, pertanto, porre l'attenzione sul fatto che questi minori spesso mostrano un ampio spettro di ritardi nello sviluppo che possono riguardare le sfere cognitive, linguistiche, motorie e le competenze di socializzazione (van der Kolk, 2005).

Numerose ricerche scientifiche mostrano che l'esposizione a traumi può avere un impatto profondo e duraturo sullo sviluppo dell'individuo, specie se essa avviene in età critiche o durante dei passaggi evolutivi, se comporta un'alterazione o interruzione delle relazioni di attaccamento o se determina una violazione del sé (Ford, 2010).

Schore ha introdotto il concetto di trauma relazionale precoce, tipico dei primi due anni di vita, che fa riferimento a particolari interazioni tra bambino e caregiver, caratterizzate da una costante ed inconsapevole espressione della paura da parte di quest'ultimo, la quale viene interiorizzata dal bambino determinando una serie di implicazioni, tra le quali la principale è rappresentata dalla disorganizzazione dell'attaccamento (Liotti e Farina, 2011).

Importanti ricerche hanno mostrato una forte correlazione fra la disorganizzazione dell'attaccamento nel bambino e stati mentali del caregiver caratterizzati da ostilità ed impotenza; tali stati mentali pongono il bambino in un paradosso senza soluzione nel quale egli sperimenta vissuti di paura indotti dal caregiver i quali, però, non possono essere risolti facendo ricorso ai sistemi motivazionali della fuga o dell'attacco poiché il caregiver, simultaneamente, rappresenta per il piccolo sia la figura da cui fuggire, sia la figura a cui, in maniera innata, far riferimento per ottenere cura e protezione (Foschino Barbaro, Pellegrini, 2015). I bambini con attaccamento disorganizzato costruiscono un modello operativo interno caratterizzato da molteplicità, incoerenza e frammentazione ed hanno la tendenza a costruire rappresentazioni di sé con l'altro nell'attaccamento molteplici e incompatibili tra loro; tali rappresentazioni, nel corso dello sviluppo, assumono le sembianze di temi narrativi e diventano dei modelli per attribuire significato agli eventi interpersonali, i quali assumono anch'essi la caratteristica di essere frammentati e dissociati (Liotti, 2001).

Le risposte al trauma

Le esperienze stressanti producono diversi effetti tra i quali rientrano la disregolazione degli stati emotivi e dell'arousal, intesa come attivazione corporea, che può assumere delle espressioni di particolare gravità specie nei traumi complessi e/o avvenuti in età precoce. Diverse prove empiriche hanno mostrato che gli eventi traumatici svolgono la loro azione patogena modificando la connessione tra le differenti strutture



cerebrali, generando alterazioni della capacità di autoregolazione del sistema nervoso centrale e del sistema nervoso periferico (Frewen e Lanius, 2006). Gli eventi traumatici, infatti, sottopongono i sistemi neurobiologici di regolazione ad un sovraccarico che genera una disregolazione dell'arousal che è strettamente connessa all'intensità e alla frequenza dell'evento stesso (Herman, 1992). Tuttavia, se l'evento traumatico si verifica in età precoce, non è necessario che abbia una particolare intensità vista la fase evolutiva nella quale si trova il sistema nervoso del bambino; allo stesso modo eventi che si ripetono con una frequenza significativa nella vita del bambino, possono rappresentare una fonte di rischio per un corretto processo di sviluppo del sistema nervoso e determinare dei deficit nella regolazione dell'arousal.

Occorre sottolineare, pertanto, che assume carattere di trauma l'evento che genera una disregolazione cronica, di varia intensità, dell'arousal fisiologico, emotivo e comportamentale; tale malfunzionamento delle capacità di regolazione dell'arousal può avvenire sia mediante l'alterazione dei sistemi regolatori già maturi, sia mediante una compromissione dello sviluppo degli stessi sistemi. L'arousal disregolato, inoltre, ha la tendenza a generare una dissociazione di aree cerebrali solitamente connesse tra loro e, nei casi in cui la traumatizzazione avviene in forma grave e precoce, è possibile ipotizzare che tale dissociazione trovi riscontro a livello organico in termini di alterata connettività o di problematiche nello sviluppo del sistema nervoso centrale (Perry, 2005).

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. American Psychiatric Association Pub., Washington, DC
- Cloitre, M., Cohen, L. R., Koenen, K. C. (2006). Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life. New York: Guilford
- Courtois, C. A. (2008). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, Vol 5(1), Aug 2008, 86-100
- Ford J. D. (2010). Sequele complesse nell'adulto dell'esposizione precoce a trauma psicologico, tr. it. in Lanius R. A., Vermetten E., Pain C. (2012), a cura di, L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta, Fioriti, Roma
- Foschino Barbaro M.G., Pellegrini M. (2015). Trauma infantile e salute: dalla rilevazione precoce alla cura, in De Isabella G., Majani G., Psicologia in medicina: vantaggi e prospettive, FrancoAngeli, Milano
- Frewen PA, Lanius R (2006). Toward a psychobiology of posttraumatic self-dysregulation: reexperiencing, hyperarousal, dissociation, and emotional numbing. Annals of New York Academy of Science;1071:110-24.
- Herman J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma, Journal of Traumatic Stress, 5, 3: 377-391
- Herman J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma, Journal of Traumatic Stress, 5, 3: 377-391
- Koenen, K. C., Roberts, A. L., Stone D. M., Dunn E. C.. Epidemiologia del trauma infantile precoce in Lanius R. A., Vermetten E., Pain C (a cura di) (2010) L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta. Tr. It. Fioriti Editore, Roma (2012)
- Liotti G. (2001). Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista, Raffaello Cortina, Milano
- Liotti G., Farina B. (2011). Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa. Cortina, Milano
- Maercker A, Perkonig A. Applying an international perspective in defining PTSD and related disorders: comment on Friedman (2013). J Trauma Stress. 2013;26(5):560-562.
- Organizzazione Mondiale della Sanità OMS (1992). ICD 10, decima revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche (tr. It. Masson, Milano, 1996)
- Perry BD (2005). The Neurosequential Model of therapeutics: using principles of neurodevelopment to help traumatized and maltreated children. In: Boyd Webb N (a cura di), Working with Traumatized Youth in Child Welfare. Guilford Press, New York

Saper ascoltare i minorenni
 indicazioni operative per la comunicazione con i minorenni
 in caso di rivelazione spontanea o in caso di sospetto

Ogni operatore che si occupi d'infanzia, può trovarsi nella routine quotidiana, a confrontarsi con i minori e talvolta, con la loro sofferenza. Solitamente i bambini più piccoli utilizzano i comportamenti per esprimere il proprio disagio, altre volte possono esplicitarlo in modo spontaneo attraverso le parole, narrando le esperienze che fanno, talvolta riferendo proprio quelle esperienze che comportano malessere. E' possibile quindi che, gli operatori si trovino ad **ascoltare** la rivelazione spontanea di una violenza oppure è possibile



che si trovino a rilevare/osservare situazioni di rischio. Gli elementi osservativi e la rivelazione ascoltata possono contribuire alla formulazione di ipotesi e alla raccolta di informazioni utili per effettuare una denuncia tempestiva.

È opportuno *fornire* alcune "regole minime" da utilizzare nella comunicazione con il bambino/adolescente, presunta vittima di violenza, per la *raccolta delle informazioni*.

L'ascolto del minore in tale cornice, va inteso come avvicinamento mentale ed emotivo, per consentire al bambino/adolescente di raccontare le proprie esperienze. Spesso questa disponibilità all'ascolto non si verifica e di conseguenza non viene facilitata neanche l'emersione della violenza all'infanzia.

COSE DA FARE nel caso della rivelazione spontanea

- ✓ **Accogliere:** è fondamentale costruire con il minore un rapporto di fiducia e sostegno all'interno di un contesto sensibile e rispettoso dell'equilibrio affettivo e dei suoi bisogni evolutivi. Per comunicare, è indispensabile empatia: essere empatici non vuol dire confondersi con l'altro, ma mantenere una posizione obiettiva ed autorevole, pur tentando di capire ciò che l'altro prova. Tale atteggiamento di **accoglienza** consente a ciascun bambino/adolescente di riferire i propri vissuti e i propri ricordi; è possibile che comunichi risposte incerte, impreviste e incomplete: queste vanno accettate positivamente.
- ✓ **Setting adeguato:** se parliamo con un bambino/adolescente, sono necessari disponibilità di **tempo** e **contesto adeguato**, evitando corridoi, stanze condivise con altri colleghi; si deve poter colloquiare senza interruzioni per garantire un'adeguata serenità e spontaneità nella comunicazione. Se il minore percepisce come accogliente il primo adulto con cui parla, è possibile che sarà incoraggiato a parlarne ancora nelle sedi ufficiali; risulta importante sottolineare che, alla prima rivelazione, è un errore preavvertirlo che dovrà ancora riferire tutto, si sentirebbe subito calato in un contesto inquisitorio nel quale non può che sentirsi dalla parte del torto.
- ✓ **Annotare:** se il bambino/adolescente durante l'anamnesi medica o durante un qualsiasi colloquio, rivela spontaneamente alcune informazioni importanti afferibili a sospetta violenza, è necessario annotare il colloquio tra minore e operatore; a tale proposito si suggerisce di spiegare e giustificare al piccolo la necessità di scrivere quanto da lui narrato, utilizzando la seguente formula: "*come puoi vedere qui ho carta e penna, trascriverò o sto trascrivendo quello di cui stiamo parlando così potrò ricordarmi ogni cosa che tu mi dici*".
- ✓ **Elementi informativi sufficienti** (necessari/indispensabili): nella fase di rivelazione l'operatore, dopo aver annotato il racconto spontaneo del minore, può chiedergli alcuni approfondimenti, o porgli domande per chiarire ciò che il piccolo vuole riferire e magari specificare alcuni particolari importanti. Si possono pertanto formulare domande brevi, chiare e facilmente comprensibili, usando un linguaggio adeguato al livello di sviluppo del minore. Tali domande non devono implicare o contenere la risposta. Durante tali conversazioni, per evitare condizionamenti, è importante porre domande aperte, del tipo "*cosa ti è accaduto? cosa è successo?*"; in tal modo il bambino/adolescente è favorito nel descrivere l'evento con le parole che usa di solito, senza ricevere influenze a causa della terminologia usata dall'operatore. Durante il colloquio, il minore non va interrotto né corretto e, soprattutto, vanno rispettati i suoi silenzi. Si ricorda che non è necessario intervistare direttamente il bambino/adolescente (per esempio sulle modalità in cui i fatti si sono svolti o riguardo ai responsabili coinvolti), in quanto tale esame sarà effettuato successivamente da personale addestrato ed incaricato dalla magistratura, con l'utilizzo della video registrazione (per approfondimenti si consulti il sito www.giadainfanzia.it).
- ✓ **Chiarezza e lealtà:** si raccomanda l'operatore di non fare promesse che non sarà in grado di mantenere: a tale proposito si ricorda che se il bambino/adolescente chiede "*se te lo dico, tu non lo dirai a nessuno?*", l'operatore potrebbe rispondere: "*ti ringrazio per la fiducia, sarò onesto con te; ciò che mi comunicherai non lo dirò a nessuno delle persone che temi, ne parlerò soltanto con una o due persone che so essere in grado di aiutarti*".

COSE DA FARE in caso si sospetta

- ✓ **Disponibilità:** porsi in un atteggiamento di disponibilità e rassicurazione, per creare un rapporto positivo; esplorare temi significativi per il minore, su temi neutri, legati ai suoi interessi, ai suoi contesti di vita e alle persone significative; prestare attenzione alla comunicazione non verbale e al tono emotivo del piccolo mentre sta narrando di persone o fatti.
- ✓ **Osservare:** i soggetti in fase di sviluppo esprimono vissuti ed esperienze attraverso i comportamenti; è utile osservare le modalità comportamentali dei bambini e raccogliere informazioni su tali modalità nei contesti di vita, e/o in funzione della presenza/assenza di adulti.
- ✓ **Domande di apertura:** se in questa fase il bambino/adolescente non dice nulla o dice che è accaduto qualcosa ma non vuole parlarne si può dire: "*capisco che tu abbia difficoltà a parlarne; qualche*



volta è davvero difficile raccontare alcune cose; però in generale fa bene parlarne con qualcuno, poi ci si sente meglio".

Nel caso di personale sanitario:

- ✓ preparare adeguatamente il minorenne alla visita medica in corso, che sarà effettuata alla presenza di un adulto di riferimento per il bambino/adolescente stesso, ovvero da solo con il medico ed infermiere, qualora lo richieda il minorenne;
- ✓ annotare il resoconto di quanto accaduto così come riferito dall'accompagnatore (senza la presenza del minore) e annotare il resoconto del fatto, così come riferito dal minore (con le sue parole, specificando chi è presente durante il racconto), ponendo attenzione alla coerenza tra le due versioni;
- ✓ raccogliere la documentazione di eventuali segni/lesioni.

COSE DA NON FARE, in quanto POSSONO PREGIUDICARE L'AVVIO DEL PERCORSO DI TUTELA E IL PERCORSO GIUDIZIARIO

1. Fare domande suggestive e introdurre elementi non riferiti dal minore, che di fatto possono contaminare il suo ricordo.
2. Chiedere prove allo stesso bambino/adolescente di quello che ha riferito, o cercare elementi probatori attraverso altri coinvolti.
3. Se i riferiti del bambino riguardano il contesto familiare, non si devono informare i genitori, per evitare minacce o pressioni psicologiche sul minore o la manipolazione delle informazioni successive. Qualora invece, il riferito riguardi l'ambito extrafamiliare, è possibile coinvolgere i genitori, sebbene si raccomanda di decidere in funzione del singolo caso, se colloquiare con minore e genitori contemporaneamente oppure comunicare con la coppia dopo la rivelazione del minore.

Home Visiting: uno strumento di prevenzione

Introduzione

Sulla base della evidenza di efficacia di programmi di Home Visiting realizzati a livello internazionale ed europeo, sono state sviluppate raccomandazioni e indicazioni operative da parte di Organismi Governativi (UNICEF *Young child development, health and wellbeing - the role of home visiting*, 2014; OMS *Postnatal care of the mother and newborn*, 2013) relative ad interventi domiciliari per migliorare l'outcome sanitario sociale ed educativo per donne e bambini in situazioni di vulnerabilità, assicurando così eguali opportunità fin dal concepimento.

In linea con tali raccomandazioni in Italia il *IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva*, approvato dal Consiglio dei Ministri il 10 agosto 2016, prevede tra gli obiettivi specifici relativi al miglioramento della reattività dei sistemi sanitari nel rispondere alle esigenze dei minorenni svantaggiati, la promozione di interventi di home visiting in tutte le Regioni.

Questo tipo di programma di prevenzione prevede interventi integrati e sinergici a stretto contatto con i reparti ospedalieri (ostetricia, neonatologia, pediatria), i consultori familiari, i servizi di salute mentale, i SerT, i pronto soccorso ospedalieri, per individuare le fasce e le situazioni a rischio di violenza, sulle quali intervenire in termini di sostegno precoce, anche pre-nascita, come suggerito dalle Linee guida WHO-ISPCAN (2006) che descrivono accuratamente le regole e i passaggi applicativi del modello home visiting.

L'individuazione precoce di relazioni familiari disfunzionali e delle vulnerabilità infantili, la tempestiva presa in carico di queste situazioni è fondamentale per un efficace intervento e una buona economia negli investimenti di welfare.

Le condizioni di rischio quali difficoltà economiche, isolamento sociale, perdite e separazioni precoci, violenza familiare, depressione post partum, maternità precoce, abuso di sostanze, possono condizionare negativamente le interazioni tra caregiver e bambino, pertanto, al fine di prevenire condizioni di vita sfavorevoli da diverso tempo la letteratura è concorde nel proporre interventi precoci e preventivi, attraverso il monitoraggio socio-sanitario, su fasce di popolazione più vulnerabili, nelle quali potrebbero maturare difficoltà nella cura e nell'educazione della prole (OMS 2006 *Preventing Child Maltreatment*).

A partire soprattutto dagli anni 60, nell'ambito dei programmi di tutela per salute materno infantile e di sostegno alla genitorialità si sono diffusi sensibilmente programmi-intervento che utilizzano, come principale strumento le visite domiciliari; nell'ottica della prevenzione secondaria tali programmi intervengono nel contesto relazionale primario del bambino agendo sui comportamenti disfunzionali dei genitori.

Gli enormi vantaggi di tali interventi (facilità di realizzazione, costi contenuti, minori conseguenze negative sui minorenni e sulle famiglie rispetto ad altri programmi che intervengono sul disturbo conclamato) hanno dato vita a numerosi programmi, che mantenendo come obiettivo comune il supporto alla genitorialità



sono poi differenziati nell'impianto metodologico (popolazione target, personale impiegato, servizi offerti e durata e intensità degli incontri).

Una rassegna approfondita ed esaustiva delle varie pratiche, analizzate nelle loro caratteristiche più importanti, diventa alquanto difficile⁵⁹ tuttavia tutte le ricerche e le esperienze di home visiting fanno sempre riferimento ai contributi di **David Olds**, esaustivi nell'impianto teorico e metodologico e nella strategia di raccolta e analisi dei dati, tanto da porsi come punto di riferimento imprescindibile in questo settore.

I suoi due programmi più noti, il progetto *Elmira* e il progetto *Memphis*, ampiamente documentati in letteratura, sono ispirati a tre teorie di riferimento:

- la teoria ecologica di Bronfenbrenner (1979);
- la teoria dell'autoefficacia percepita di Bandura (1982);
- la teoria dell'attaccamento di Bowlby (1980).

Il progetto Elmira (The Prenatal/Early Infancy Project)

Questo programma di prevenzione è stato lanciato nel 1977 in una piccola comunità con un tasso elevato di segnalazioni e casi confermati di abuso e trascuratezza all'infanzia. Gli obiettivi del progetto erano di intervenire sui fattori di rischio per la genitorialità e per lo sviluppo dei figli. Al programma aderivano circa 400 famiglie caratterizzate dalla presenza di almeno uno dei seguenti fattori di rischio: madri primipare, meno di 26 settimane di gestazione, madri con meno di 19 anni di età, famiglie monoparentali o con basso status socioeconomico.

Il campione è stato poi assegnato in modo randomizzato a quattro gruppi con diverse condizioni sperimentali: gruppo 1: screening evolutivo per i bambini a 12 e 24 mesi; gruppo 2: condizioni gruppo 1 + trasporto gratuito alle madri e ai bambini per visite mediche dei bambini dalla gravidanza ai 2 anni; gruppo 3: condizioni gruppo 1 e 2 + home visiting durante la gravidanza; gruppo 4: condizioni gruppo 1, 2 e 3 + home visiting fino ai 24 mesi.

La frequenza delle visite era modulata in funzione degli stadi della gravidanza e dello sviluppo e dei bisogni dei genitori, con una media di 9 visite durante la gravidanza e di 23 dalla nascita al secondo compleanno. Ogni visita durava circa 75-90 minuti.

Gli operatori professionali incaricati dell'home visiting avevano il compito di migliorare il contesto materiale e sociale coinvolgendo altri membri della famiglia (i padri, soprattutto) nelle visite, cercando di mettere in rete la famiglia con i servizi e di spiegare alle donne l'influenza di particolari comportamenti sulla propria salute e su quella del bambino, per poi orientarle al raggiungimento di obiettivi realistici così da aumentare la loro self-efficacy e modificarne i comportamenti inappropriati, infine, si aiutava il caregivers a rileggere le vicissitudini dei loro legami di attaccamento e nel prendere decisioni in base al confronto con il modo in cui erano stati allevati nella loro infanzia.

Operando un confronto sugli esiti tra gruppi controllo e gruppi sperimentali è emerso che le madri che avevano ricevuto home visiting avevano sviluppato una maggiore attenzione alla propria salute fruivano di maggiore supporto sociale e della comunità. Rispetto alle competenze di "care" queste madri mostravano comportamenti meno punitivi e restrittivi, e fornivano ai bambini materiale di gioco più appropriato. Le madri adolescenti presentavano l'80% in meno di casi di abuso e trascuratezza sui propri bambini.

L'analisi complessiva dei risultati ha mostrato come i suoi effetti siano stati particolarmente positivi per le famiglie a più alto rischio. Più precisamente, nei primi due anni di vita dei bambini gli effetti più consistenti circa la riduzione di lesioni, dei comportamenti di abuso e di trascuratezza dei genitori verso i propri figli si sono avuti con quelle madri che avevano poca fiducia nella loro capacità di controllo sulle circostanze della propria vita.

Il progetto Memphis

Questo secondo progetto è stato realizzato con l'obiettivo di valutare se i risultati incoraggianti del progetto precedente potevano essere confermati laddove l'intervento, fosse stato condotto da un dipartimento di salute già esistente replicando lo stesso impianto teorico e metodologico.

Il campione riguardava circa 1200 donne afroamericane di età pari o inferiore a 18 anni di una grande area urbana. I criteri d'inclusione erano: un tempo di gestazione inferiore alle 29 settimane; madri primipare; almeno due fattori di rischio tra i seguenti: assenza di convivenza stabile, meno di 12 anni di scolarità, disoccupazione; assenza di apparenti e rilevate malattie croniche con possibile influenza sul ritardo dello sviluppo fetale o parto pre-termine. In media, sono state compiute 7 visite durante la gravidanza, con una media di 26 dalla nascita al secondo anno del bambino.

Anche questo progetto registrò effetti positivi in termini di migliore relazione madre-bambino e riduzione di aspetti disfunzionali nell'accudimento. Le madri che avevano ricevuto home visiting si riferivano più

⁵⁹ Per ulteriori approfondimenti si può far riferimento ai seguenti programmi: Portage Project di David E. Shearer; Parent Education Home Visitation di McDonald- Cup e colleghi; Parents as Teachers di Vartuli & Winter; STEEP (Steps Toward Effective Enjoyable Parenting) di Egeland ed Erickson.



frequentemente ad altri servizi territoriali per avere sostegno e aiuto. Anche gli esiti della gravidanza e del parto erano positivi (peso, durata gestazione, parto spontaneo, indice di Apgar, ecc.), inoltre le madri che avevano ricevuto home visiting riportavano maggiori tentativi di allattamento al seno e fornivano ambiti di vita più funzionali per i bisogni di sviluppo emotivo e cognitivo dei bambini.

I follow up dopo 4-5 anni, mostravano che le madri che avevano ricevuto home visiting avevano un minor numero di successive gravidanze, di aborti terapeutici e maggiore distanza di tempo tra la nascita del primo e del secondo figlio. Inoltre, queste madri riportavano una maggiore stabilità di convivenza con un partner e di matrimonio e/o convivenza con il padre biologico del bambino.

Le implicazioni di questi risultati in termini di politica sanitaria indicano il vantaggio di tali programmi di home visiting per le fasce di popolazione svantaggiate e caratterizzate dalla presenza di molteplici fattori di rischio di tipo psicosociale. L'analisi di efficacia relativa a questi due importanti programmi di home visiting ha rafforzato la convinzione che tali interventi siano efficaci sia per l'utenza, che convenienti per le amministrazioni.

Tra le esperienze italiane riportiamo il lavoro svolto da **M. Ammanniti**⁶⁰ che fonda i suoi interventi-ricerca sui modelli della "teoria dell'attaccamento" di Bowlby (1969) e della "sintonizzazione affettiva" di Stern (1985).

L'intervento è stato svolto con i consultori familiari dell'ASL RMC del Comune di Roma, la ricerca ha come obiettivo la verificare dell'efficacia dell'intervento precoce di home visiting, diretto a rafforzare la qualità della relazione madre-bambino in diadi dove le madri presentano o un rischio depressivo o un rischio psicosociale, o entrambi. Sono state selezionate un campione di donne tra i 20 e i 43 anni con diversi fattori di rischio: assenza di partner e supporti sociali, basso livello d'istruzione, comportamenti devianti, alto numero di figli, eventi stressanti per la gestante nell'ultimo anno di vita, storie psichiatriche.

Dopo aver somministrato un questionario per la valutazione dello stato depressivo al 5° 6° mese di gravidanza (CES-D), anche in questa ricerca il campione è stato diviso in 4 gruppi: donne a basso rischio, donne a rischio psicosociale, donne a rischio depressivo e donne a doppio rischio. Ogni gruppo è stato poi suddiviso casualmente in due sottogruppi: un gruppo sperimentale che ha ricevuto il programma di home visiting e un gruppo di controllo sottoposto unicamente alle interviste e questionari previsti per la raccolta dei dati.

Il programma di home visiting ha inizio dall'ultimo mese di gravidanza e termina al compimento del primo anno di vita del bambino e si caratterizza per una cadenza settimanale per i primi sei mesi di vita, seguendo poi una cadenza quindicinale per il successivo semestre. Le visite domiciliari sono compiute da un gruppo di psicologhe e assistenti sociali.

Obiettivo del programma è sempre sostenere lo sviluppo del bambino e migliorare le competenze genitoriali, promuovendo e favorendo la costruzione e lo sviluppo di relazioni positive tra caregiver e bambino (Korfmacher, 1999), far riconoscere alle madri l'importanza della loro influenza sullo sviluppo del figlio, aumentare la capacità di comunicazione e di ascolto del bambino, rafforzare l'autostima della madre, aiutarla a capire meglio i bisogni del figlio attraverso i segnali emotivi e i comportamenti che mettono in atto.

I risultati dello studio confermano l'efficacia del modello d'intervento: già dopo i primi 6 mesi di vita del bambino, si sono riscontrati, nelle madri seguite con l'home visiting, una riduzione dei sentimenti negativi relativi allo stato affettivo materno; un incremento d'interazioni maggiormente cooperative all'interno della diade; un potenziamento della sensibilità materna.

⁶⁰ M. Ammanniti, A.Speranza, R. Tambelli, F. Odorisio, L. Vismara- SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ NELLE MADRI A RISCHIO: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia- Infanzia e Adolescenza Vol. 6, n. 2, 2007



Conclusioni

Sulla scia dei lavori sviluppati da Olds e da altri ricercatori in America ed Europa⁶¹, dalle evidenze mostrate nel nostro Paese da Ammanniti, da poco si sta assistendo anche in Italia a un incremento di programmi basati sull'home visiting. Le esperienze italiane avviate negli ultimi anni⁶² sono perlopiù realtà isolate e poco conosciute agli operatori dell'area materna infantile poiché spesso avviate, a differenze di quanto avviene in altri paesi, a livello locale da associazioni o enti locali, che, stimata l'efficacia, li finanziano con risorse marginali e poco continuative.

Bibliografia e linkografia:

World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect- PREVENIRE IL MALTRATTAMENTO SUI MINORI: INDICAZIONI OPERATIVE E STRUMENTI DI ANALISI, 2006

IV PIANO NAZIONALE DI AZIONE E INTERVENTI PER LA TUTELA DEI DIRITTI E LO SVILUPPO DEI SOGGETTI IN EtÀ EVOLUTIVA 2016/2017, Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza il 28 luglio 2015

U. Bronfenbrenner (1979). THE ECOLOGY OF HUMAN DEVELOPMENT: EXPERIMENTS BY NATURE AND DESIGN, Harvard University Press Cambridge

A. Bardura (1982). SELF EFFICACY MECHANISM IN HUMAN AGENCY, American Psychologist, 37(2)

J. Bowlby (1989). UNA BASE SICURA, trad.it. Raffaello Cortina Milano 1989

A.M. Speranza, E.Mattei (2007). PROGRAMMI DI SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ. L'Home Visiting- Edizioni Kappa, Roma

Korfmacher J, O'Brien R, Hiatt S, Olds D. (1999). Differences in program implementation between nurses and paraprofessionals providing home visits during pregnancy and infancy: a randomized trial. Am J Public Health.

M. Ammanniti, A.Speranza, R. Tambelli, F. Odorisio, L. Vismara (2007). SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ NELLE MADRI A RISCHIO: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia- Infanzia e Adolescenza Vol. 6, n. 2

P. Bastianoni, A. Taurino, F. Zullo (2015). GENITORIALITÀ COMPLESSE. Interventi di rete a sostegno dei sistemi familiari in crisi- Edizioni Unicopli, Milano

M.T. Pedrocco Biancardi (2013). CURARE SENZA ALLONTANARE. Esperienze di home visiting per il sostegno educativo alla famiglia- Franco Angeli, Milano 2013

Finzi, F. Imbimbo, S. Kaneklin (2013) ACCOMPAGNAMI PER UN PO'. Esperienze di home visiting nei primi due anni di vita- Franco Angeli, Milano

LA PREVENZIONE DEL DISAGIO NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA (2002). Le politiche e i servizi di promozione e tutela, l'ascolto del minore e il lavoro di rete- Atti e approfondimenti del seminario nazionale Firenze 24 settembre 2002- Istituto degli Innocenti

M. Prezza (2006). AIUTARE I NEO-GENITORI IN DIFFICOLTÀ. L'intervento di sostegno domiciliare- Franco Angeli, Milano 2006

VALUTARE L'IMPATTO DELL'INCONTRO TRA BISOGNI RISPOSTE E RISORSE PER L'INFANZIA. Idee Condivise n.4 Fondazione con il Sud Progetto TFIEY

A.Putton, A. Molinari- (2011) MANUALE DI EMPOWERMENT CON I GENITORI. Preparare i figli ad affrontare la vita - Maggioli Editore

Stati Generali CISMAI (2009). LA PREVENZIONE DEL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA Bologna 19 maggio 2009

<http://www.favambrosiana.it/madri-adolescenti>

<http://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/Piano-di-azione/Documents/IV-Piano-%20Azione-infanzia.pdf>

⁶¹ Germania - Prokind Project del 2006- rivolto a donne alla prima gravidanza in condizioni socio economiche disagiate e condotto dal Criminological Research Institute of Lower Saxony, Università tedesche e dal Dipartimento di Psichiatria Infantile; Olanda - Positiv Parenting Program - un programma, diffuso su scala internazionale, di supporto alla genitorialità che segue i bambini dalla nascita sino a sedici anni; Inghilterra - Sure Start - ideato nel 1998 finanziato dal Governo e affidato alle amministrazioni locali ha come obiettivo il contrasto alla deprivazione infantile e gli effetti della povertà

⁶² Madri Adolescenti, due minori a rischio- Ospedale San Paolo Milano Progetto dell'Ospedale San Paolo di Milano insieme alla Fondazione Ambrosiana per la vita, con il supporto scientifico dell'Università Bicocca e il contributo di Fondazione Cariplo, nel 2009;

Diventare Genitori CAF-Milano Progetto "Diventare promosso dal Centro specializzato nella riabilitazione e trattamento di bambini che hanno subito maltrattamenti e abusi, CAF, finanziato sul territorio di Milano dal 2008, con fondi privati (Fondazione Cariplo e Gruppo Allianz); Raggiungere gli Irrangiungibili - Associazione Il Melograno Roma Programma di sostegno alla neogenitorialità realizzato dall'Associazione Il Melograno, Centro Informazione Maternità e Nascita di Roma, finanziato con il Fondo Nazionale per l'infanzia e l'Adolescenza della legge 285/1997; SoFa Sostegno alle Famiglie, Cooperativa Orsa Maggiore, Napoli-Sostegno alla Famiglie delle bambine e dei bambini di territori a ritardo di sviluppo, nato dalla cooperatività tra Comune di Napoli, ASL e Terzo settore; finanziato con fondi di provenienza regionale.



Centro di Riferimento Regionale GIADA



GIADA (Gruppo Interdisciplinare Donne e bambini Abusati) dal 2000 opera presso il Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII e conta su *un'equipe dedicata* costituita da: quattro Psicologi/Psicoterapeuti, due Assistenti Sociali e un Informatico, e un'*equipe specialistica funzionale* formata da: un dirigente psicologo come responsabile scientifico, un medico della direzione sanitaria, un medico legale, un gruppo di medici specialisti delle discipline correlate alle varie forme di violenza (pediatria, neonatologia, neuropsichiatria infantile, radiologia, chirurgia, ginecologia e ortopedia), una infermiera professionale e un amministrativo. Il Centro, inoltre, si avvale delle specialità mediche presenti nell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico-Giovanni XXIII di Bari.

Il Centro coordina un network regionale, costituito da servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, in ogni ASL della Regione e si articola come di seguito:

- reti decentrate di Unità Funzionali Interdisciplinari Ospedaliere - UFIO (Direzione Medica, Pediatria, Ginecologia e Ostetricia, Accettazione Pronto Soccorso, Medicina Legale, Radiologia, Chirurgia, Ortopedia, Psicologia, Servizi Sociali);
- Unità Funzionali Interdisciplinari Territoriali - UFIT (NPI, CF, PLS, MMG, Ser.D, CSM, Psicologia).

Il Centro svolge le seguenti funzioni:

- **assistenza psicologica, pediatrica e specialistica** nelle condizione di rischio e di violenza sui minorenni; l'accesso all'assistenza può avvenire in condizione di urgenza-emergenza, di ricovero programmato e in regime ambulatoriale, anche su invio dei servizi territoriali (sociali e sanitari) o dell'autorità giudiziaria
- **consulto specialistico**, anche a distanza, agli operatori dell'area materno – infantile su specifici e qualificati quesiti critici, il servizio è garantito tutti i giorni dal lunedì al venerdì H12 e il sabato dalle 8.30 alle 13.30
- **prevenzione e contrasto della violenza all'infanzia**
- **accompagnamento giudiziario e assistenza psicologica** nel corso dell'escussione delle vittime e dei testimoni di minore età
- **gestione dell'osservatorio ospedaliero sullo stress interpersonale acuto e cronico**
- **ricerca e formazione di base e specialistica**
- **comunicazione, sito web www.giadaininfanzia.it** (sul sito sono disponibili monografie e materiali educativi)

Normativa regionale di riferimento: D.G.R. n. 1397 del 3/08/2007, D.G.R. n. 2236 del 17/11/2009, D.G.R. n. 504 del 22/03/2011, D.G.R. n. 867 del 29/04/2015.

Modello Organizzativo

GIADA nel corso degli anni ha messo a punto un percorso operativo denominato "SISTEMA GIADA" che ha consentito di perseguire gli obiettivi di rilevare il sommerso, anche attraverso la valutazione della qualità del legame di attaccamento, e formulare precocemente diagnosi e piani assistenziali interdisciplinari e integrati, anche in rete con altre Istituzioni ed Enti Sanitari, Sociali e Giudiziari.

Il Sistema GIADA agisce attraverso vari percorsi operativi strutturati, di seguito riportati.

PERCORSI ASSISTENZIALI INTRAOSPEDALIERI

Condizione di urgenza/emergenza

Nei casi di traumatismi con lesioni peculiari e/o non corrispondenti al dato anamnestico, in situazione di riferita violenza sessuale e maltrattamento fisico, in evidenti circostanze di trascuratezza e abbandono psico-fisico a danno dei minorenni, i sanitari addetti al triage del Pronto Soccorso attivano il codice GIADA che va ad equipararsi per tempi e modalità di accoglienza, al codice giallo.

L'attivazione del Codice GIADA prevede: la riduzione tempi d'attesa e accoglienza in un luogo adeguato e riservato; il coinvolgimento di uno psicologo e assistente sociale GIADA che affiancheranno i medici di



Pronto Soccorso sin dalla fase anamnestica e la richiesta di consulenze specialistiche all'Equipe Interdisciplinare. Nel corso dell'anamnesi si effettua la ricerca di precedenti accessi in Pronto Soccorso. All'esito dei dati raccolti all'accesso al Pronto Soccorso gli operatori possono procedere con il ricovero del minorenni sia nei casi in cui la violenza ha causato lesioni gravi che nei casi in cui vi è una situazione di grave pericolo per il minorenni.

Nel caso in cui viene rilevato un Reato Perseguibile d'Ufficio o si evidenzia un fondato sospetto, si procederà con l'invio del referto alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Civile e Penale e/o presso il Tribunale per i Minorenni, o ad un Ufficio di Polizia Giudiziaria. Se invece viene rilevata una condizione di Rischio per il minorenni in assenza di reato l'Equipe GIADA si occuperà di strutturare, a seconda del caso, diversi livelli di intervento e di raccordo con i Servizi Territoriali.

In alcuni casi l'accesso al Pronto Soccorso può essere programmato con i Servizi Territoriali rilevando la necessità di un approfondimento specialistico, tale accesso viene gestito e programmato attraverso un Consulto Specialistico con gli operatori GIADA.

Regime di Ricovero/Day Hospital

Al fine di rilevare il sommerso sono stati condivisi protocolli diagnostico-terapeutici con i reparti ospedalieri relativamente a disturbi funzionali, malattie croniche, sintomatologia dolorosa, ritardi dello sviluppo, problematiche emozionali e comportamentali, disadattamenti al contesto di ricovero e alle procedure assistenziali e bambini/adolescenti con special needs. Tali protocolli prevedono l'attivazione della consulenza psicologica/sociale per la diagnosi differenziale di sintomi somatoformi spesso all'origine di esperienze traumatiche acute o croniche riferibili a condizioni di violenza.

In altri casi sono direttamente gli operatori del reparto a formulare sospetti diagnostici richiedendo gli opportuni approfondimenti all'equipe GIADA al fine di pervenire ad una diagnosi certa/dubbia/non confermata e alla definizione di un opportuno piano di intervento intraospedaliero e/o di raccordo interistituzionale.

In alcuni casi, dopo un Consulto Specialistico richiesto dai Servizi Sanitari e/o Sociali, si può programmare un ricovero/DH presso i reparti, coerentemente con la sintomatologia manifestata, al fine di realizzare gli approfondimenti del caso.

Fornisce anche in accordo con la Procura della Repubblica, indicazioni circa la dimissibilità dei minorenni e si occupa, eventualmente, della loro collocazione in accordo con i Servizi Sociali Ospedalieri e Territoriali.

PERCORSO ASSISTENZIALE AMBULATORIALE

Setting Multiplo

Si utilizza il protocollo del setting multiplo per la presa in carico ambulatoriale di minorenni esposti a Esperienze Sfavorevoli Infantili, nello specifico tale percorso viene avviato anche per i casi di adozioni con special needs.

L'attivazione di tale percorso può avvenire su invio da parte dei Servizi Territoriali (Pediatra di Libera Scelta, Servizi Sociali, Consultorio Familiare, ecc.) e dell'Autorità Giudiziaria.

Inizialmente attraverso riunioni di intervizione, con i soggetti già attivi sul caso, si formula il sospetto diagnostico, si definiscono gli opportuni approfondimenti specialistici e il piano di intervento sul caso. Il modello di intervento viene articolato su diversi setting correlati ai vari contesti di vita del bambino (scuola, comunità, ecc.) con obiettivi specifici condivisi, tale scelta metodologica, in linea con la letteratura sul tema, prevede raccordi sistematici con i diversi operatori che si rapportano con il bambino/adolescente e la famiglia. Gli interventi svolti nei setting devono essere coordinati dal terapeuta del bambino, affinché si realizzi la migliore sinergia per il benessere del minorenni.

PERCORSO ASSISTENZIALE in contesto GIUDIZIARIO

Nel 2013 è stato stipulato un Protocollo relativo all'Assunzione di Sommarie Informazioni con la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni e la Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario di Bari (delibera del D.G. 834 del 23 luglio 2013). Gli psicologi GIADA forniscono su richiesta del Pubblico Ministero l'assistenza specialistica nel corso dell'escussione della vittima e/o del testimone, tale protocollo in accordo con la legge 172/2012, permette l'adeguato supporto all'Autorità Giudiziaria e sostegno psicologico ai minorenni coinvolti in indagini giudiziarie. In tale occasione è garantito il sostegno psicoeducativo alla famiglia.



PROGRAMMA DI PREVENZIONE

Nell'ambito del Piano Strategico Regionale per la Promozione della Salute nelle Scuole è stato strutturato un Progetto di formazione e prevenzione sulle tematiche della violenza sessuale online, cyber bullismo, adescamento online. Le azioni progettuali svolte in collaborazione con i referenti regionali GIADA e la Polizia Postale, sono rivolte alle scuole della Nostra Regione e coinvolgono insegnanti, alunni e genitori.

Osservatorio Ospedaliero sullo stress interpersonale acuto e cronico

Dal 2009 (anno di costituzione dell'equipe dedicata GIADA) al 2015, su un totale di 3551 minorenni giunti al Servizio di Psicologia, sono stati individuati, dall'equipe GIADA, 727 minori in condizioni di violenza. Lo studio della prevalenza dei casi mostra un progressivo incremento nel corso degli anni, infatti da un valore di 4,8% si è gradualmente passati al 25%, con una media annua di 18,1%.

Al fine di evidenziare le caratteristiche del fenomeno osservato di seguito si presentano alcuni dati relativi alla casistica dell'ultimo anno di attività. Nel 2015 sono stati seguiti 183 casi di violenza all'infanzia, di cui 131 nuovi accessi e 52 casi già in carico. Tale campione è costituito dal 54% di femmine e 46% di maschi, la distribuzione in base all'età mostra la seguente distribuzione: 1%, 1-12 mesi; 20%, 1-5 anni; 35%, 6-10 anni; 44%, 11-18 anni.

Relativamente ai nuovi casi diagnosticati di seguito si riporta la distribuzione per tipologia di violenza (Grafico 1), in particolare risulta interessante evidenziare che il 41% (54) dei casi è stato esposto a violenze multiple (maltrattamento multiplo).

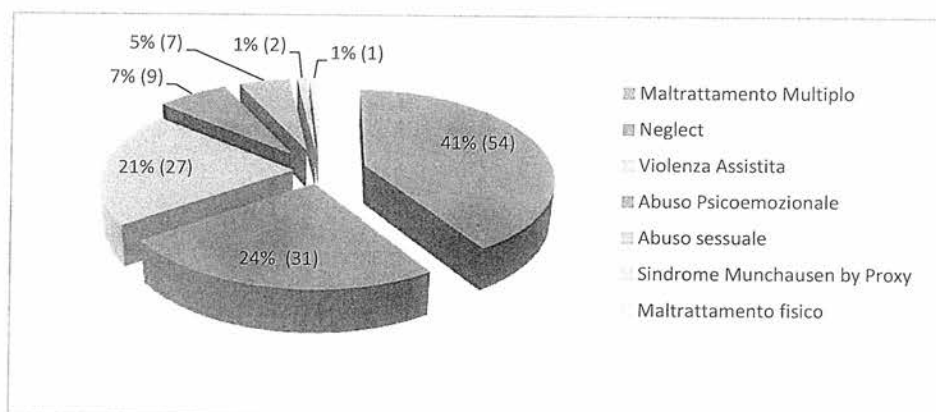


Grafico 1: Distribuzione per tipologie di violenza all'infanzia

Il 68% dei nuovi casi è stato rilevato nell'ambito di un accesso ospedaliero (Ricovero, Day Hospital, Pronto Soccorso), i restanti casi sono stati inviati dal Pediatra di Libera Scelta, dal Servizio Sociale e dal Tribunale per i Minorenni (Grafico 2).

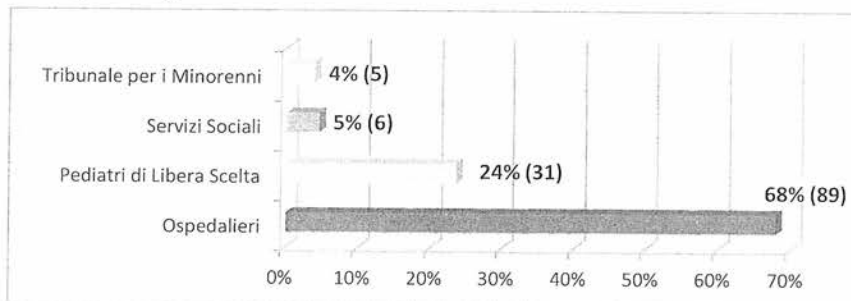


Grafico 2: Distribuzione per tipologia di accesso



Dei nuovi casi il 70% (91) presenta un quadro psicopatologico (Grafico 3), in particolare il 27% (35) un disturbo traumatico, il 37% (48) una problematica internalizzante, che difficilmente giunge all'attenzione dei servizi, e il 6% (8) problematiche esternalizzanti che, talvolta, possono indurre operatori non sufficientemente formati sul trauma infantile, a racchiudere questa sintomatologia in quadri diagnostici che pongono l'attenzione più sugli aspetti comportamentali che sul vissuto di malessere legato all'esposizione ad esperienze sfavorevoli infantili. Nel 7% (9) circa dei minori osservati sono state registrate condizioni di alta vulnerabilità psicologica conseguenti alla numerosità di fattori di rischio individuali e familiari, per cui si avviano follow-up clinici sistematici, multidisciplinari ed integrati. Infine, il 24% (31) dei casi presentano sviluppi nella norma, cioè sono minorenni resilienti, ossia in grado di fronteggiare le conseguenze dell'esposizione a condizioni di vita avverse.

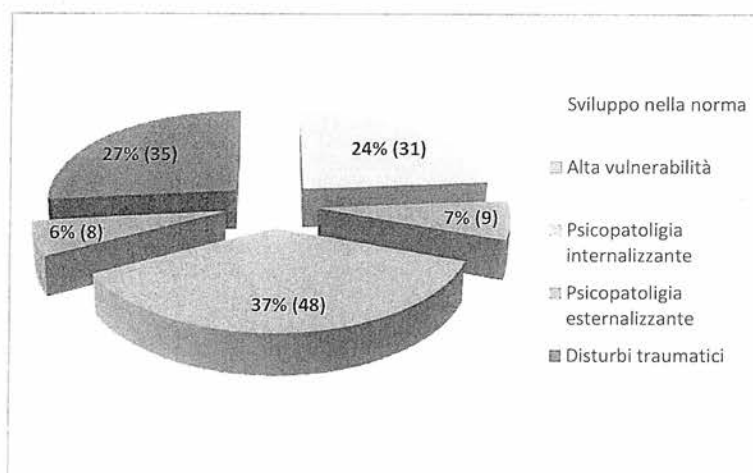


Grafico 3: Distribuzione per diagnosi psicologica

Nei casi in cui è stato diagnosticato un quadro psicopatologico è stato previsto un piano di intervento: la nostra équipe nel 61% (56) dei casi ha avviato un percorso psicoterapeutico e nel 17% (15) dei casi sono stati programmati follow-up clinici, mentre nel 22% (20) dei casi è stato previsto un invio ai servizi territoriali competenti, soprattutto quando i casi provenivano da altre ASL della Regione. Di seguito la distribuzione per vari tipi di percorsi psicoterapeutici effettuati dalla nostra équipe (Grafico 4).

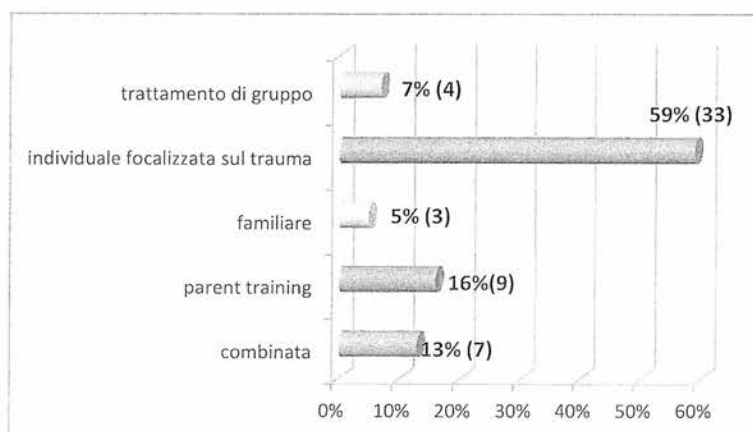


Grafico 4: Distribuzione per tipologia di trattamento



Dal 2013 anno di avvio del Protocollo operativo con le Procure sono stati effettuati, 152 ascolti protetti di minorenni vittime o testimoni, su richiesta delle Procure ordinaria e minorile.

Nell'ambito del Progetto di formazione e prevenzione sulle tematiche della violenza sessuale online, cyber bullismo, adescamento online "TEEN EXPLORER" nel Triennio 2013- 2016 sono stati coinvolti: 10.402 alunni, 619 insegnanti e 78 scuole (48 scuole secondarie di I grado e 30 scuole secondarie di II grado).



Schema di segnalazione/denuncia di reato



OGGETTO: Segnalazione/Denuncia relativa al minorenne _____

Dati del bambino/adolescente: nome _____ cognome _____

paternità _____ maternità _____

residenza _____ indirizzo: _____

Dati del segnalante (nome e cognome, qualifica, recapiti telefonici): _____

La relazione deve contenere le seguenti informazioni:

1. Dati anagrafici del nucleo della presunta vittima (compresi eventuali conviventi).
2. Descrizione della situazione di pregiudizio ovvero di reato individuata dagli scriventi ("chi, cosa, dove e quando", attenersi il più possibile ai fatti, riportando tra virgolette il linguaggio utilizzato dal minorenne), specificare il giorno in cui la notizia è stata acquisita.
3. Descrizione degli eventuali interventi già effettuati a tutela e /o a sostegno del bambino/adolescente.
4. Informazioni sull'attuale condizione di sicurezza del minorenne (incluse informazioni se il luogo dove risiede sia sicuro, se corre rischi di qualsiasi tipo, se ha espresso timori da tenere in considerazione, ecc.).
5. Eventuali altre informazioni sul minore già in possesso del segnalante.
6. Specificare se altre persone sono a conoscenza dei fatti.
7. Informazioni sul presunto maltrattante (tutto ciò di cui si è a conoscenza: nome e cognome, indirizzo, utenza telefonica, grado di parentela con il minorenne, ecc.).
8. Se è stata effettuata una visita medica: riportare i dati di colui che ha effettuato il referto, risultati dell'esame clinico, specificare se sono state eseguite fotografie, prelievi biologici, prelievi per le indagini tossicologiche, infettivologiche, ecc. Riportare se sono stati reperiti indumenti o altre prove e indicare il luogo di conservazione.

Luogo, Data _____

Firma _____



Linkografia

- Violenza on line. Link utili per l'approfondimento:
www.azzurro.it/it/informazioni-e-consigli/consigli/adescamento-online
www.eticaepolitica.net/famiglia/adescamento.pdf
www.moige.it/sos-minori/bullismo
www.azzurro.it/it/informazioni-e-consigli/consigli/cyberbullismo/cyberbullismo
www.navigaresicuri.telecomitalia.it
 - Glossario dei comportamenti devianti online costantemente aggiornato sul sito del Ministero della Giustizia: https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_5_12.wp
 - "Fuori dalla Rete. PROCEDURE OPERATIVE PER LA TUTELA DELLE VITTIME MINORENNI DI ABUSO SESSUALE ONLINE" : http://images.savethechildren.it/IT/f/img_pubblicazioni/img251_b.pdf
 - "L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata" a cura di Maria Rosa Giolito e del Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1522_allegato.html
 - "Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia" Approvata dall'Assemblea Nazionale dei soci CISMAI tenutasi a Roma il 15 maggio 2015: <http://cismai.it/dichiarazione-di-consenso-in-tema-di-abuso-sessuale/>
 - Trattamento dei bambini/adolescenti- OMS (2013): *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress:*
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf
 - http://garanteinfanzia.s3-eu-west-1.amazonaws.com/s3fs-public/documenti/Indagine_maltrattamento_TDH_Cismai_Garante_mag15.pdf
- www.cismai.it
➤ www.terredeshommes.it
➤ www.savethechildren.it
➤ www.who.int/en/
➤ www.unicef.it
➤ www.garanteinfanzia.org

