

Attraverso i suoi occhi

Un progetto per la protezione e il sostegno
dei minori vittime di abusi e degli orfani speciali



Progetto realizzato con il contributo del
 Dipartimento
per le politiche della famiglia
Presidenza del Consiglio dei ministri

Gli orfani speciali

I minori vittime di violenza assistita

LINEE GUIDA

PREMESSA	6
1. CHI SONO GLI ORFANI SPECIALI	7
1.1 Conseguenze psicologiche negli orfani speciali	7
1.2 La childhood traumatic grief	8
1.3 Considerazioni normative	16
2.LINEE GUIDA PER L'ESAME DEL MINORE IN CASO DI ABUSO SESSUALE	17
2.1 Una formazione specifica	17
2.2 Linee di indirizzo: obiettivi e sintesi	21
2.2.1 Un problema di salute pubblica.	22
2.2.4 Complessità del fenomeno e nodi operativi nella "rete" degli interventi	25
3.CLASSIFICAZIONE DELLE FORME DI MALTRATTAMENTO E ABUSO	27
3.1 Maltrattamento fisico	27
3.2 Maltrattamento psicologico	28
3.3 Violenza assistita	29
3.4 Abuso sessuale	29
3.5 Abuso "on line"	31
3.6 Patologia delle cure	32
3.7 Violenza tra pari: bullismo e cyberbullismo	33
4. QUADRO NORMATIVO	34
4.1 premessa	34
4.2 Strumenti giuridici non penali di protezione dal maltrattamento	35
4.2.1 Il procedimento di controllo della potestà	36
4.2.2 Il procedimento di verifica dello stato di abbandono	37
4.3 Segnalazioni e procedimenti civili di protezione	38
4.4 Segnalazione	38
4.5 Segnalazioni e maltrattamenti penalmente rilevanti	40
4.6 Il minore conteso	41
4.7 Il minore vittima di reati di maltrattamento	42

5. METODOLOGIA DI LAVORO	44
5.1 Prima fase	44
5.2 Seconda fase	45
5.3 Terza fase	46
6. RACCOMANDAZIONI IN CASO DI MALTRATTAMENTO/ABUSO	47
6.1 Introduzione e fasi dell'intervento	47
6.2 Rilevazione	48
6.2.1 Raccomandazioni nella fase di rilevazione	48
6.2.2 Raccomandazioni SPECIFICHE AGGIUNTIVE	51
6.3 Attivazione della rete dei servizi: il lavoro di rete	54
6.3.1 Raccomandazioni nella fase di attivazione della rete dei servizi	54
6.4 Segnalazione all'autorità giudiziaria e misure di protezione del minore	55
6.4.1 Raccomandazioni relative alla fase di segnalazione all'autorità giudiziaria e misure di protezione del minore	55
6.5 Raccomandazioni relative alla fase di valutazione multidisciplinare	57
6.6 Raccomandazioni nella fase di trattamento	58
7. RACCOMANDAZIONI PER UN PERCORSO ORGANIZZATIVO:	59
7.1 Ipotesi per lo sviluppo di accordi di livello locale	59
7.2. Aziende sanitarie ed Enti Locali	59
8. DISCIPLINARE INTERNO	60
8.1 Premessa	60
8.2 Indicatori di possibile maltrattamento, trascuratezza e abuso	60
8.2.1 maltrattamento fisico	61
8.3. Linee di comportamento per il personale e per i collaboratori del servizio	61
8.4 Segnalazione di denuncia: istruzioni per l'uso	62
9. ORFANI SPECIALI: sintesi conclusiva	63

PREMESSA

Il presente documento predispone le **linee guida per il sostegno dei minori vittime di abusi** quali strumenti essenziali per garantire un approccio adeguato e sensibile nei confronti dei bambini che hanno subito violenze.¹

Gli **orfani speciali** sono i minori e gli adolescenti che hanno perso entrambi i genitori nello stesso momento. Uno dei genitori, principalmente la madre, è vittima di omicidio, mentre l'altro genitore è l'autore del crimine, spesso suicidatosi o successivamente detenuto. **Questi giovani rappresentano il volto più nascosto della violenza familiare e incarnano il concetto di vittimizzazione secondaria.**

Dal punto di vista **civilistico**, i casi di bambini orfani vengono trattati dai tribunali senza protocolli specifici. Tuttavia, negli ultimi anni, sono state introdotte alcune importanti misure a favore degli orfani speciali. Esse sono:

1. Benefici per gli orfani di crimini domestici:

- **Sostegno allo studio:** Erogazione di borse di studio e possibilità di frequentare gratuitamente o semigratuitamente convitti, educandati o altre istituzioni educative.
- **Inserimento lavorativo:** Iniziative di orientamento, formazione e sostegno per l'entrata nel mondo del lavoro, con incentivi alle assunzioni.
- **Assistenza medico-psicologica:** Fornita gratuitamente fino al pieno recupero psicologico.
- **Sostegno alle famiglie affidatarie:** Le famiglie che si prendono cura degli orfani ricevono supporto nella gestione delle spese.

Questi benefici sono cumulabili tra loro e le domande vanno presentate alle autorità competenti per il coordinamento delle iniziative di solidarietà per le vittime dei reati di tipo mafioso e intenzionali violenti.³ Inoltre, è importante sottolineare che gli orfani speciali sono vittime invisibili dei femminicidi e meritano tutta la nostra attenzione e sostegno.

Quando si parla di **violenza di genere all'interno delle relazioni intime**, si intendono tutti quegli atti di violenza fisica, psicologica, economica e sessuale che vengono agiti dagli uomini nei confronti delle donne.

Donne che, per la maggior parte dei casi, sono le loro compagne, fidanzate o mogli.

Donne che, spesso, sono anche madri.

E dove c'è una madre che subisce violenza, di qualsiasi forma si tratti, ci sono uno o più figli che assistono, direttamente o indirettamente.

¹ Per approfondimenti suggeriamo i seguenti documenti presenti in letterature e operativi in altri contesti italiani.

1. **Carta di Noto III (2011):** frutto della collaborazione tra avvocati, magistrati, psicologi, psichiatri, criminologi e medici legali, fornisce indicazioni per l'esame dei minori vittime di abuso sessuale.
2. **Linee di indirizzo in Emilia Romagna:** analizzano le principali forme di maltrattamento e abuso, fornendo indicazioni su come riconoscere e far emergere situazioni di malessere nei minori.
3. **Linee guida nei casi di maltrattamenti o abusi su minori:** offre orientamenti specifici per affrontare situazioni di maltrattamento o abuso su minori.
4. **Linee guida per gli interventi nei casi di violenza assistita:** sviluppate dal Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia (Cismai), forniscono indicazioni per gli operatori che lavorano con minori vittime di violenza assistita.

E quando queste madri vengono uccise per mano dei loro partner, o ex, ci sono altrettanti **figli che rimangono orfani**.

Questi orfani sono da considerarsi vittime dei femminicidi, vittime di cui non si parla mai abbastanza.

Orfani che hanno perso le mamme, per mano dei loro papà, che in alcuni casi si sono tolti la vita, e in altri sono stati allontanati per essere sottoposti a regimi detentivi.

Questi bambini sono stati prima testimoni delle violenze perpetrate ai danni delle loro mamme; spesso, infatti, si sono trovati a dover chiamare i soccorsi, sono stati testimoni dell'uccisione delle loro mamme e in alcuni casi, essendo troppo piccoli per poter fare qualsiasi cosa, si sono trovati a trascorrere diverso tempo a fianco del corpo della mamma deceduta.

1. CHI SONO GLI ORFANI SPECIALI

Questi orfani sono stati definiti "Speciali" dalla Prof.ssa **Anna Costanza Baldry**, che ha condotto una ricerca proprio su di loro², sui loro bisogni, sulle loro problematiche e sulla condizione psico – sociale in cui si trovano.

Sono stati definiti "speciali" a seguito della peculiarità della situazione che vivono. Una condizione di lutto che li distingue dagli orfani "tipici".

Questi orfani si trovano a perdere improvvisamente, e nello stesso momento, entrambi i genitori. Come abbiamo già affermato, questi orfani si ritrovano a perdere la mamma, vittima di femminicidio, e il papà o morto suicida o chiuso in carcere.

Bisogna ricordare poi, che oltre al trauma che viene provocato da tale lutto, si deve aggiungere quello dato dall'incertezza del loro futuro.

Nella maggior parte dei casi, questi orfani vengono affidati a nonni o zii, che se ne devono prendere cura dovendo fronteggiare una pluralità di situazioni e condizioni.

1.1 Conseguenze psicologiche negli orfani speciali

Sono diverse le ricerche che si sono incentrate sugli effetti psicologici sugli orfani speciali. In tutte emergono una serie di sintomi di natura psicologica quali:

- ✚ La paura
- ✚ Un continuo stato di dolore e afflizione
- ✚ Pensieri e ricordi intrusivi
- ✚ Disturbi del sonno
- ✚ Comportamenti aggressivi e autolesionistici

² *Anna Costanza Baldry* Orfani speciali. Chi sono, dove sono, con chi sono. Conseguenze psico-sociali su figlie e figli del femminicidio: Milano, Franco Angeli 2017, Pagine 158

- ✚ Stati dissociativi e stati di umore negativo
- ✚ Processi di regressione

1.2 La childhood traumatic grief

In letteratura si fa riferimento ad una sindrome vera e propria, studiata da E.J. Brown e R.F. Goodman, e definita "Childhood traumatic grief" (dolore cronico infantile).

Secondo E. J. Brown e R. F. Goodman (2005), che hanno ampiamente esplorato il costrutto del CTG, la prima definizione di Childhood traumatic grief risale a Stroebe, Hansson, Stroebe e Shut (2001).

Secondo il National Institute of Mental Health (NIMH, 2006) il Childhood Traumatic Grief (CTG): *"Si riferisce a quella condizione in cui un bambino o un adolescente ha perso una persona amata, in circostanze oggettivamente e soggettivamente traumatiche ed, in cui, i sintomi del trauma colpiscono l'abilità del bambino di superare il normale processo del lutto". Sembrerebbe che il CTG sia un costrutto nuovo, ancora non compreso nel DSM-IV ma evidenziabile dai dati empirici disponibili al momento e descritto come una combinazione del lutto non risolto e di sintomi post-traumatici da stress, associato a un danno significativo in importanti aree di funzionamento*³.

Diversi sintomi da stress post-traumatico nel CTG sono simili a quelli del Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), come:

- ✚ ri-sperimentare aspetti della causa traumatica della morte, inclusi pensieri preoccupanti circa il trauma o la persona che è morta,
- ✚ evitamento dei ricordi traumatici e "stordimento" emotivo (emotional numbing),
- ✚ iperattivazione fisiologica, irritabilità, rabbia.

Tuttavia, i bambini con CTG possono sperimentare sintomi depressivi come tristezza, mancanza di speranza e senso di colpa del sopravvissuto⁴. Sembra che ci siano dei sintomi aggiuntivi rispetto al lutto non risolto oltre ai criteri diagnostici per il PTSD. Ciò che distingue il CTG dalle altre condizioni sembra essere dovuto ai sintomi del trauma che interferiscono con l'abilità del bambino nel gestire i tipici processi del lutto. Naturalmente, non tutti i bambini o gli adolescenti che subiscono una perdita affrontano, un processo di elaborazione del lutto in modo traumatico. Secondo il NIMH, le memorie, i pensieri e le immagini relative alla natura traumatica della perdita della persona amata potrebbero condurre a conseguenze quali: continue rappresentazioni intrusive del trauma, un'iper-attivazione fisiologica ed al distress psicologico.

L'interazione dei sintomi traumatici e del lutto sono tali per cui anche pensieri e ricordi di natura positiva potrebbero scatenare pensieri terrorizzanti, immagini, ricordi di come è morta la persona. In particolare, vengono elencati tre tipologie di fattori scatenanti (trigger):

³ Cohen e Mannarino, 2004 op. cit.

⁴ Brown and Goodman, 2005; Cohen and Mannarino, 2004

- ✚ **Trauma reminders:** i fattori che richiamano/ricordano il trauma (persone, luoghi, scenari, odori, suoni che ricordano al bambino la natura traumatica della morte);
- ✚ **Loss reminders:** i fattori che richiamano/ricordano la perdita (situazioni, pensieri e memorie che ricordano al bambino la scomparsa di quella persona; es. la data di un compleanno o vedere delle fotografie);
- ✚ **Change reminders:** i fattori che richiamano/ricordano il cambiamento (situazioni, persone, luoghi o oggetti che ricordano al bambino i cambiamenti nelle abitudini di vita legati all'evento traumatico; es. un trasferimento in un altro quartiere o l'essere affidato ad uno zio).

Viene specificato, che nel CTG la causa della morte non deve essere necessariamente traumatica ma deve essere stata soggettivamente vissuta dal bambino come orrenda, immediata o inaspettata. Inoltre, le morti legate a ciò che definiamo "morte naturale" (cancro, infarto, ictus...) potrebbero portare ad un lutto traumatico se l'esperienza della morte è stata particolarmente traumatica (per esempio, se il bambino ha direttamente assistito alla morte, se la morte è stata percepita carica di dolore e sofferenza, se l'aspetto esteriore del deceduto era stato mutilato, sfigurato o, comunque, risultava orrendo al bambino). Al fine di una diagnosi differenziale va considerato che sebbene i bambini con CTG spesso manifestino i sintomi di un Disturbo post-traumatico da stress (PTSD), che interferiscono con la capacità del bambino di affrontare il cordoglio, tale sintomatologia non sempre deve giungere sino al livello di una completa diagnosi del PTSD. ⁵

Anche Boelen, van de Bout, de Keijser (2003) sostengono la distinzione in 3 distinti fattori dei sintomi del lutto traumatico, dell'ansia e della depressione. Secondo NIMH, le difficoltà specifiche del CTG, che si verificano comunemente, includono tali condizioni:

1. **Intrusive memories about the death.** Il continuo rivivere l'evento traumatico che ha determinato la morte della persona amata dal bambino, può avvenire attraverso incubi, senso di colpa, colpa circa la modalità secondo cui è morta la persona o pensieri ricorrenti ed intrusivi sulla morte (soprattutto quando particolarmente atroce).
2. **Avoidance and numbing.** L'evitamento di tutto ciò che ricorda l'evento traumatico, la morte e la persona cara; può manifestarsi attraverso il ritiro, il bambino può comportarsi come se non fosse triste ed evitando il ricordo della persona cara.
3. **Physical or emotional symptoms of increased arousal.** Iper-arousal fisiologico, evidente attraverso l'irritabilità, la rabbia, problemi del sonno, diminuzione della concentrazione, fallimenti scolastici, mal di pancia, mal di testa, aumento della vigilanza e paura sulla sicurezza degli altri e di se stesso. Al fine di soddisfare i criteri per il PTSD, i bambini devono aver sperimentato seri danni o minacce all'integrità fisica per se stessi o per gli altri e rispondere con intenso orrore, paura o senso di impossibilità ad essere aiutati.

⁵ A questo proposito, Melhem, Shear, Day et al. (2004) hanno studiato la relazione tra il lutto traumatico e la depressione e il disturbo post-traumatico da stress in un campione di adolescenti esposti al suicidio di un loro coetaneo. Un campione di 146 amici e conoscenti di 26 vittime di suicidio è stato intervistato (e valutato con il Texas Revised Inventory of grief e con Inventory of complicated Grief) a distanza di 6, 12, 18, 36 mesi e dopo 6 anni. I loro risultati dimostrerebbero che il manifestarsi del lutto traumatico sia indipendente dalla depressione e dal PTSD.

Shear, Frank, Houck, Reynolds (2005) hanno proposto una tabella riassuntiva che permette di confrontare le similitudini e le differenze che si riscontrano tra il complicated grief e la depressione maggiore e il disturbo post-traumatico da stress, sulla base dei criteri diagnostici del DSM- IV.⁶

SIMILARITÀ TRA LUTTO TRAUMATICO	
E	
DEPRESSIONE MAGGIORE	DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS
Tristezza, perdita di interesse, perdita di auto-stima, senso di colpa.	Attivazione da evento traumatico, senso di shock, impotenza, immagini intrusive, comportamento evitante
DIFFERENZE TRA	
DEPRESSIONE MAGGIORE	LUTTO TRAUMATICO
Umore triste pervasivo	Tristezza collegata alla nostalgia della persona deceduta
Perdita di interesse o piacere	Mantenimento dell'interesse verso i ricordi che riguardano la persona deceduta, fantasticherie piacevoli
Pervasivo senso di colpa	Senso di colpa focalizzato sulle interazioni con la persona deceduta
Ruminazione sugli errori del passato o sulle debolezze	Immagini intrusive della persona deceduta
	Evitamento delle situazioni e delle persone collegate a ricordi della perdita
DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS	LUTTO TRAUMATICO
Attivazione (trigger) da minaccia fisica	Attivazione (trigger) dalla perdita
L'emozione primaria è la paura	L'emozione primaria è la tristezza
Gli incubi sono molto comuni	Gli incubi sono rari
Ricordi dolorosi collegati all'evento traumatico, solitamente specifici dell'evento	Ricordi dolorosi sono molto pervasivi ed inaspettati
	Forte desiderio e nostalgia della persona che è morta
	Piacevoli <i>reverie</i> , fantasticherie ad occhi aperti

Figura 1. Similitudini e differenze tra lutto complicato e disturbi classificati nel DSM-IV, da JAMA, June 1, 2 Vol.293, n. 21

Secondo il Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh Medical Center (2006), i criteri che sono attualmente considerati caratteristici del CTG sono :

1. La morte di una persona amata dal bambino in circostanze che sono oggettivamente o soggettivamente traumatiche;

⁶ Il campione è costituito da 129 bambini ed adolescenti, di età compresa tra i 7 ed i 18 anni, selezionati da 89 famiglie in cui un genitore è morto per suicidio, incidente o per cause naturali. L'assessment dei bambini e adolescenti in lutto è stato condotto entro un anno dalla morte del genitore (media = 8.2 mesi), a casa dei partecipanti, utilizzando ICG-R Inventory of Complicated Grief-Revised Psicoterapia cognitiva nel Childhood Traumatic Grief (che ha mostrato un'elevata validità interna); Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age Children Present and Lifetime version (Kaufman et al. 1997) oppure l'Intervista Clinica Strutturata per le diagnosi con DSM-IV per i ragazzi di 18 anni (Spitzer et al. 1992).

2. La presenza significativa di sintomi tipici del PTSD, inclusi i fattori che richiamano la perdita ed il cambiamento, che successivamente conducono da una sorta di stordimento iniziale all'evitamento.

3. La ricaduta della sintomatologia legata al PTSD sull'abilità del bambino di elaborare il lutto "normale". Secondo il NCTSN non devono essere sottovalutate tutte le "avversità secondarie" che seguono la morte o l'esperienza traumatica e che il bambino si trova ad affrontare contemporaneamente al lutto, rendendo ancora più probabile il rischio di reazioni traumatiche al lutto.

Numerosi altri test volti a misurare la condizione problematica dei ragazzi sono stati utilizzati in questo studio.

Contrariamente alle aspettative, i punteggi del CG non erano elevati nei bambini e negli adolescenti che hanno perso un genitore perché si è suicidato rispetto a quelli che hanno perso un genitore a causa di un incidente o di una improvvisa morte naturale. Gli autori sostengono di aver identificato alcune differenze con il Complicated Grief negli adulti, per questo, hanno eliminato dalle analisi fattoriali alcuni sintomi come: il cercare la persona deceduta, l'imitazione dei comportamenti o dei sintomi della persona deceduta, i sintomi di evitamento.

Tuttavia, nelle loro conclusioni sostengono di aver fornito un'iniziale evidenza dell'esistenza e del significato clinico del CG nei bambini e negli adolescenti, anche se ritengono necessari ulteriori studi per esaminare il corso e la prognosi del CG e per identificare il substrato dei bambini in lutto, che potrebbero avere la necessità di un trattamento specifico.

Secondo un recente articolo di Tory De Angelis⁷, l'indicatore preso in considerazione per valutare quanti bambini soffrano a causa di severi traumi nel corso della loro infanzia (abuso, stati di tra scurezza o abbandono, persistente violenza sociale, genitori danneggiati da malattie, alcool o depressione...ecc.) è il numero impressionante di bambini che annualmente è riportato dai servizi dedicati alla protezione infantile, per problematiche legate ad abuso ed abbandono: 3 milioni. Di questi, circa un milione di casi sono stati documentati, in accordo ad una relazione del 2003 dell'Amministrazione per i Bambini, i Giovani e le Famiglie.

Un gruppo di lavoro composto da psichiatri e psicologi dell'età evolutiva (un gruppo che fa parte del NCTSN e comprende un consorzio di 70 centri dedicati alla salute mentale infantile) si sta occupando di inserire una nuova diagnosi che comprenderà la situazione critica che riguarda questi bambini e questi giovani e che, attualmente, non è adeguatamente compresa dalle attuali categorie diagnostiche. Questo gruppo di specialisti sta studiando una nuova diagnosi chiamata: DTD Developmental Trauma Disorder; tale diagnosi sarebbe maggiormente appropriata nei casi di esposizioni a diversi traumi cronici, generalmente di natura interpersonale; quando si manifesta un set unico di sintomi che si differenzia dalla sintomatologia del Disturbo Post-traumatico da Stress e nelle situazioni in cui tali traumi condizionino i bambini, in modo diverso, a seconda del loro stadio di sviluppo. La diagnosi proposta non è stata ancora definita completamente ma, secondo van der Kolk (2005)

⁷ tratto da APA ONLINE (Monitor on Psychology, Marzo 2007)

queste potrebbero essere le caratteristiche da considerare per effettuare questo tipo di diagnosi:

1. Esposizione: Esposizione ad uno o più forme di traumi interpersonali avversi allo sviluppo, come: abbandono, tradimento, abuso fisico o sessuale ed abuso emotivo. In relazione a questo tipo di trauma, si potrebbero manifestare alcune reazioni (emotive) soggettive come: la collera, la sfiducia legata al sentirsi tradito, la paura, la rassegnazione, il pessimismo, la vergogna.

2. Disregolazione: Lo sviluppo di sregolato in risposta a traumi, include disturbi nella sfera emotiva, di salute, comportamentali (es. auto-aggressività), cognitivi (ad esempio: confusione e dissociazione), relazionali e di auto-attribuzioni.

3. Attribuzioni ed aspettative negative: Credenze negative in linea con l'esperienza del trauma interpersonale. Potrebbero, ad esempio, riguardare il mettere fine all'aspettativa di essere protetto dagli altri e nel credere che la futura vittimizzazione sia inevitabile.

4. Danni funzionali: Danneggiamento in qualcuna o in tutte le aree di vita del bambino, compresa la scuola, le amicizie, le relazioni familiari e il rapporto con l'autorità/la legge.

"Mentre il PTSD è una buona definizione per il trauma acuto negli adulti, non è adeguato nei bambini, che spesso sono traumatizzati in un contesto relazionale e, poiché lo sviluppo cerebrale non è completato, il trauma ha un'influenza molto più pervasiva e di lunga portata sul loro concetto di sé, sul loro senso del mondo, sulla loro abilità di auto-regolazione.⁸ Robert Pynoos, ritiene che il DTD abbia una forte base scientifica e che, introducendo una diagnosi rigorosa si possa fare molto per migliaia di bambini.

J. Ford, psicologa dell'Università del Connecticut, sostiene che il quadro teorico di riferimento è dato dalla letteratura sull'attaccamento, sullo sviluppo e sul trauma interpersonale ed, in particolare, sono analizzate due correnti di ricerca. La prima riguarda le ricerche sui bambini, che hanno subito traumi interpersonali, che manifestano un'abilità alterata nella regolazione delle emozioni, del comportamento e dell'attenzione. Esperimenti con alcuni animali hanno dimostrato che quando il caregiving è interrotto o ritirato, diventano ansiosi, hanno un'elevata reattività ai fattori di stress e quando diventano più grandi, sono molto meno propensi ad esplorare i loro ambienti.

L'altro filone di ricerca dimostra che l'abilità successiva dei bambini di ragionare chiaramente e di risoluzione dei problemi con una modalità calma, non impulsiva proviene dalle loro esperienze relative ai primi 5 / 7 anni di vita. Uno studio retrospettivo in corso su 17.337 adulti (utenti dei servizi fondati da "Kaiser Permanente" e del Centro di controllo e prevenzione dei disturbi) ha considerato una relazione altamente significativa tra le esperienze traumatiche infantili (come abusi sessuali e fisici) e episodi successivi di depressione, tentati suicidi, alcolismo, abuso di sostanze stupefacenti, promiscuità sessuale e violenza domestica.

Hanno anche dimostrato che più sono avverse le esperienze infantili riportate e più facilmente il soggetto potrebbe sviluppare malattie quali attacchi cardiaci, cancro e ictus. Il gruppo sta anche prendendo in considerazione le ultime scoperte sulle conseguenze

⁸ B. van der Kolk (Boston University Medical Center)

neurobiologiche dello stress traumatico interpersonale. Ad esempio, in donne abusate da bambine che ricordano memorie dell'abuso o che si trovano ad affrontare stimoli cognitivi stressanti si manifestano forti reazioni in aree del cervello che segnalano la minaccia, tranne una ridotta mobilitazione delle aree cerebrali coinvolte nella focalizzazione dell'attenzione e nella categorizzazione delle informazioni.

Per quanto riguarda il trattamento del trauma infantile è abbastanza evidente la necessità di raccogliere le informazioni sui nuovi interventi specifici per lavorare con questi giovani.

Una tipologia di trattamento si basa sull'insegnamento di abilità di auto-regolazione con la finalità di raggiungere la consapevolezza sul loro livello di adattamento al trauma. Il trattamento potrebbe aiutarli a modificare il loro stile di adattamento spostandosi da un modo iniziale legato alla sopravvivenza ad uno maggiormente appropriato allo stadio di sviluppo, recuperando competenze specifiche della crescita.

La Lieberman è critica rispetto al coinvolgimento dei genitori dal momento che coloro che maltrattano i propri figli spesso hanno anch'essi dei problemi di disregolazione (trasmissione intergenerazionale del trauma).

Trauma Focused Cognitive Therapy And Specific Grief-Focused Components Cohen, Mannarino e Staron (2006) hanno presentato una ricerca in cui la precedente versione, composta di 16 sessioni, della CBT-CTG da loro ideata è stata ridotta alle 12 sessioni. Nello specifico, questo trattamento include 8 sessioni focalizzate al trauma seguite da 8 sessioni focalizzate al lutto; la modalità prevalente consiste in visite individuali al bambino ed al genitore ma sono state inserite, in entrambe le sessioni, delle sedute bambino-genitore insieme.

Modified 12 session cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief protocol da J. Cohen, A. P. Mannarino, V. R. Staron. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 45:12, Dec. 2006	
Sessione 1	Introduzione al modello, psicoeducazione, identificazione delle emozioni, skills della modulazione affettiva
Sessione 2	Skills del rilassamento e calma (focalizzato su respiro, rilassamento muscolare, interruzione del pensiero, identificazione e metodi personalizzati di riduzione dello stress (es. danza, yoga, artigianato, lettura, ecc.), sessione con il genitore, skills della gestione del ruolo di genitore
Sessione 3	Introduzione alla triade cognitiva (esplorare e fare pratica con l'applicazione della relazione tra pensieri, emozioni e comportamenti, a come si relazionano agli eventi quotidiani, al fine di migliorare il coping cognitivo per gli eventi negativi quotidiani)
Sessione 4	Recensione delle coping skills, introduzione al rationale per creare la <u>narrativa</u> del trauma
Sessioni 5 - 7	Creazione della narrativa del trauma del bambino legata alla morte, elaborazione cognitiva, sessioni con il genitore, lettura al genitore del racconto del bambino
Sessioni 7 - 8	Sessioni riunite genitore – bambino, il bambino condivide la narrazione del trauma con il genitore, identificazione e preparazione ai futuri ricordi del trauma
Sessione 9	Psicoeducazione sul lutto, nominare chi è stato perso, affrontare le emozioni ambivalenti sulla persona deceduta
Sessione 10	Creazione e conservazione di memorie positive della persona deceduta, modificazione della relazione passando dall'interazione alla memoria
Sessioni 11	Riaffidarsi a relazioni attuali, creare un significato della perdita traumatica, sessione riunita genitore – bambino
Sessione 12	Tematiche finali (condivisione dei ricordi positivi, il ciclo della vita, prevedere, preparare e dare il permesso a futuri ricordi del lutto), sessione riunita genitore – bambino, conclusione

Figura 2. Protocollo modificato della terapia di 12 sessioni per il CTG.

Nel tipo di psicoterapia Genitore-Bambino si interviene aiutando il padre o la madre ad abituarsi alla loro stessa disregolazione ed a divenire più responsivi a quella del bambino. Molti esperti sostengono che le basi del nuovo gruppo di studiosi è ben radicato nelle recenti scoperte della ricerca sull'attaccamento genitore-bambino, sullo sviluppo neurobiologico, sui processi di elaborazione delle informazioni e nei risultati del trattamento. Ovviamente, questi autori ritengono di vitale importanza che la ricerca sia efficace nell'identificare correttamente i bambini e che una tale diagnosi non venga utilizzata in modo scorretto o abusata.

Ogni sessione del trattamento ha la durata di 60 minuti, ugualmente suddivisi tra le sessioni del genitore e del bambino. Ogni seduta è stata audio-registrata e valutata per stimare l'aderenza al modello terapeutico.

Il trattamento terapeutico è stato condotto da due terapeuti che singolarmente vedevano il genitore e il bambino. I risultati di questo studio dimostrano che la versione ridotta a 12 sessioni del protocollo CBT-CTG può essere in modo significativo efficace per la popolazione dei bambini in lutto, permettendo un buon miglioramento dei sintomi legata allo stress traumatico, quelli legati al lutto traumatico, all'ansia, alla depressione ed ai problemi comportamentali, oltre che migliorare la sintomatologia del PTSD dei genitori o delle figure che partecipano al trattamento, insieme al bambino.

Gli autori delineano anche le future possibilità di ricerca in relazione al CTG, secondo loro, sarebbe utile valutare, attraverso assegnazioni casuali, gruppi con diversi numeri di sessioni di trattamento focalizzato al lutto e l'impatto conseguente del somministrare diverse "dosi" di trattamento, a seguito della "somministrazione" dei componenti focalizzati al trauma.

A proposito degli attentati terroristici in USA, Chetomb, Conroy, Hochauer, Laraque et al. (2007), ritenendo che la perdita di un genitore sia uno degli eventi maggiormente stressanti che possa accadere nella vita di un bambino, stanno costruendo un registro (il primo e l'unico al momento) per identificare e caratterizzare la popolazione costituita da tutti i bambini che hanno subito la perdita di un genitore o di un familiare l'11 Settembre 2001. Fino ad ora, sono state identificate 1363 vittime - genitori di bambini piccoli e 2752 bambini al di sotto dei 18 anni, che hanno subito un lutto nell'attentato.

Attraverso questo registro, si cercherà di avviare un assessment multidisciplinare di base della salute fisica e mentale della fascia pediatrica coinvolta, in vista delle vulnerabilità dei bambini nei periodi più critici del loro sviluppo. Il commento dello psichiatra I. Mushtaq⁹ sembra rimarcare la scarsa efficacia della CBT sul lutto complicato; osservando criticamente che il rischio di definire una reazione ad un lutto come "anormale" o semplicemente traumatica dipenda solo dal fatto che la sintomatologia sia presente almeno per sei mesi. Gli autori della ricerca, che hanno impiegato la CBT per prevenire il lutto complicato tra parenti e mogli di persone che si sono suicidate, propongono delle linee guida "evidence-based" per la diagnosi ed il trattamento del lutto complicato.

Le tecniche cognitivo-comportamentali includono la ripetizione della storia della morte ed il lavoro sui comportamenti di evitamento; le tecniche cognitive riguardano delle conversazioni immaginarie con il morto ed un lavoro sui ricordi. Le tecniche della psicoterapia interpersonale accrescono la costruzione di nuovi legami affettivi, la ristrutturazione del funzionamento interpersonale e la fine del trattamento. I loro risultati hanno mostrato una buona efficacia del nuovo modello terapeutico rispetto alla psicoterapia interpersonale; il 51% del campione ha risposto positivamente al trattamento per il CTG.

Cohen, Mannarino, Staron (2006) suggeriscono che ancora molto vada fatto in termini di ricerca sul CTG, sia per definire meglio il costrutto e sia rispetto agli strumenti di valutazione. Secondo loro, sarebbe utile focalizzare l'attenzione sul numero di sessioni relative al loro protocollo di trattamento per vedere l'efficacia in relazione alla durata della psicoterapia. Un'altra linea di ricerca potrebbe dedicarsi al confronto tra diverse tipologie di trattamento, ad esempio, la Trauma-focused therapy confrontata con la CBT-CTG, per avere ulteriori dati necessari a comprendere se la risoluzione della sintomatologia legata al trauma ed al PTSD possa essere sufficiente a determinare la riduzione del CTG. Gli autori che hanno fatto le ricerche sulla Internet-based cognitive-behavioral psychotherapy indicano che i risultati di efficacia vadano replicati in futuro e che tale approccio vada sviluppato in relazione alla facile disponibilità ed accesso a basso costo per le persone che potrebbero aver bisogno di un trattamento per il lutto complicato.

Appare piuttosto evidente la lacuna che la ricerca e gli studi psicologici hanno prodotto nel tempo rispetto ad un argomento importante quale il trauma infantile, in particolare quello

⁹ (12 Maggio 2007 su www.bmj.it) sul recente studio di de Groot, de Keijser, Neeleman, et al. (BMJ 2007: 334: 994)

legato al lutto di una significativa figura d'attaccamento. Eppure, possiamo facilmente immaginare che un tale evento traumatico nel corso della crescita di un bambino potrebbe determinare, non solo, una manifestazione clinica di lutto traumatico ma, anche, potrebbe portare successivamente allo sviluppo di ulteriori problematiche psicologiche, in età adulta, se non risolto adeguatamente. Si potrebbe ipotizzare che un evento traumatico tale potrebbe portare a diversi problemi rispetto al sistema dell'attaccamento in termini di disregolazione/disorganizzazione affettiva ma anche ipotizzare un danneggiamento nella funzione di mentalizzazione, come descritta da Bateman e Fonagy (2006).

Ad esempio, alcuni studi rispetto alle influenze psicosociali, in particolare a quelle genitoriali, nello sviluppo del disturbo borderline di personalità dimostrano una percentuale dell'80% nelle storie di persone con DBP di eventi di perdita delle cure genitoriali a causa di divorzio, malattia o decesso di un genitore (Walsh, 1977). M. Zanarini et al. (1989) ritengono che separazioni precoci dalle figure genitoriali (da 1 a 3 mesi) siano un elemento caratterizzante del gruppo dei pazienti con disturbo borderline di personalità.

Tuttavia, gli studi sulle eventuali correlazioni tra il CTG e i disturbi psicopatologici in età adulta sono ancora scarsi. Inoltre, sono molto recenti gli studi che valutano l'efficacia di nuovi protocolli di trattamento cognitivo-comportamentale specifici per il CTG e che necessitano di ulteriori prove e conferme.

Appare anche evidente che mentre gli Stati Uniti o molti paesi europei, quali l'Austria, il Belgio, l'Olanda, l'Inghilterra, la Francia, la Germania, la Svizzera, il Giappone, l'Argentina e il Messico sono associati ad importanti organizzazioni internazionali, come i gruppi di E. Kubler-Ross e tante altre associazioni ed enti no profit (www.dougy.org, www.wistonwish.org.uk, www.elisabethkublerross.com, www.inmournigband.org, www.missfoundation.org, www.barnardos.org.uk) l'Italia sembra poco interessata a questo argomento e sono ancora pochi i contributi, i centri e gli specialisti psichiatri e psicologi che si occupano specificamente del trattamento del lutto traumatico in età evolutiva. Dalle ricerche anche in rete sembra che solo a Bologna sia presente un Servizio di aiuto psicologico alle persone in situazione di crisi, separazione e lutto presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna

1.3 Considerazioni normative

La CTG dunque va intesa come sindrome di combinazione del trauma subito e le conseguenti reazioni di dolore ad esso collegate.

È una condizione di disagio grave e persistente che va oltre i sei mesi dal lutto ed è caratterizzata dalla negazione della morte, l'inettitudine, i problemi legati alla separazione improvvisa e traumatica insieme a sensazioni di insensatezza della propria esistenza. Tali reazioni sono strettamente connesse e interdipendenti dal tipo di legame che l'orfano aveva con la madre defunta ed è quindi possibili affermare che tale sindrome si presenti negli organi speciali.

Bisogna considerare che le difficoltà nell'elaborazione del lutto subentrano anche perché, spesso, le figure di riferimento a cui questi minori vengono affidati, non sono in grado loro stessi di elaborare quanto accaduto.

Spesso si tratta dei genitori o fratelli/sorelle della madre che devono anche loro elaborare una perdita molto dolorosa e tragica.

Nel 2016¹⁰ sono state pubblicate le linee guida di intervento per gli orfani speciali, le quali hanno poi portato all'approvazione della **Legge n. 4 dell' 11 gennaio 2018**, entrata in vigore il 16.12.2018 recante "*Modifiche al codice civile, al codice penale, al codice di procedura penale ed altre disposizioni in favore degli orfani per crimini domestici.*"

Questa legge ha introdotto alcune **importanti garanzie a favore di questi minori orfani speciali**, ossia l'indegnità a succedere da parte del coniuge omicida, la possibilità del cambio di cognome qualora questi orfani non vogliano più conservare quello del padre omicida, e, dal 2017, l'estensione per gli orfani speciali, del fondo per le vittime di mafia, usura e reati internazionali violenti, così da assicurare l'assistenza medico-psicologica-farmaceutica gratuita fino al pieno recupero psicologico, l'attivazione di borse di studio ed attribuita la quota di riserva prevista per l'assunzione di categorie protette.

2.LINEE GUIDA PER L'ESAME DEL MINORE IN CASO DI ABUSO SESSUALE¹¹

L'irruzione delle nuove tecnologie informatiche nel mondo giovanile ha prodotto profonde modificazioni nei sistemi cognitivo ed emotivo, tanto più radicali quanto più debole ed esposta sia la mente che subisce il fenomeno. Le linee guida che seguono sono indicazioni dirette a **garantire l'attendibilità dei risultati degli accertamenti tecnici e la genuinità delle dichiarazioni, assicurando nel contempo al minore la protezione psicologica, la tutela dei suoi diritti relazionali, nel rispetto dei principi costituzionali del giusto processo e degli strumenti del diritto internazionale.**

I principi e le regole qui contenuti recepiscono le disposizioni contemplate dall'articolo 8, comma 6 del Protocollo della Convenzione di New York ratificato l' 11 marzo 2002 e dall'articolo 30, comma 4 della Convenzione di Lanzarote ratificata in data 19 gennaio 2010. Quando non fanno riferimento a specifiche figure professionali, le linee guida valgono per qualunque soggetto che nell'ambito del procedimento instauri un rapporto con il minore.

2.1 Una formazione specifica

1. Le collaborazioni come ausiliari della P.G. e dell'Autorità Giudiziaria, nonché gli incarichi di consulenza tecnica e di perizia in materia di abuso sessuale, devono essere affidate a professionisti che abbiano conseguito **una specifica formazione**, tanto se scelti in ambito pubblico quanto se scelti in ambito privato. Essi sono tenuti a garantire il loro costante

¹⁰ A seguito degli importanti studi e delle ricerche condotte dalla Prof.ssa Baldry insieme alla Dr.ssa Cinquegrana.

¹¹ Documento nato dalla collaborazione interdisciplinare tra avvocati, magistrati, psicologi, psichiatri, criminologi e medici legali (da convegno "Abuso sessuale sui minori e processo penale", tenutosi a Noto il 9 Giugno 1996 ed organizzato dalla Prof.ssa de Cataldo Neuburger e dall'Istituto Superiore Internazionale di Scienze Criminali).

aggiornamento professionale interdisciplinare. Nel raccogliere e valutare le informazioni del minore gli esperti devono:

- + utilizzare metodologie evidence-based e strumenti (test, colloqui, analisi delle dichiarazioni, ecc.) che possiedano le caratteristiche di ripetibilità e accuratezza, e che siano riconosciuti come affidabili dalla comunità scientifica di riferimento;
- + esplicitare i modelli teorici utilizzati, così da permettere la valutazione critica dei risultati. E' metodologicamente corretta una procedura basata su principi verificabili di acquisizione, analisi e interpretazione di dati e fondata su tecniche ripetibili e controllabili, in linea con le migliori e aggiornate evidenze scientifiche.

2. E' diritto delle parti processuali, in occasione del conferimento di ogni incarico peritale, interloquire sull'effettiva competenza dell'esperto e sul contenuto dei quesiti.

3. In tema di idoneità a testimoniare del minore le parti e gli esperti si assicurano che i quesiti siano formulati in modo da non implicare giudizi, definizioni o altri profili di competenza del giudice.

4. La valutazione psicologica **non può avere ad oggetto la ricostruzione dei fatti o la veridicità** di quanto raccontato dal minore che spettano esclusivamente all'Autorità Giudiziaria. L'esperto deve esprimere giudizi di natura psicologica avuto anche riguardo alla peculiarità della fase evolutiva del minore.

5. Per soggetti minori di età inferiore agli anni dieci si ritiene necessario, salvo in casi di eccezionali e comprovate ragioni di tutela del minore, che sia disposta **perizia al fine di verificarne la idoneità a testimoniare**. La idoneità a testimoniare non implica la veridicità e credibilità della narrazione.

6. L'accertamento sulla idoneità a testimoniare **deve precedere l'audizione del minore**. Tale accertamento va condotto evitando di sollecitare la narrazione sui fatti per cui si procede.

7. Le dichiarazioni del minore **vanno sempre assunte utilizzando protocolli d'intervista o metodiche ispirate alle indicazioni della letteratura scientifica**, nella consapevolezza che ogni intervento sul minore, anche nel rispetto di tutti i canoni di ascolto previsti, causa modificazioni, alterazioni e anche perdita dell'originaria traccia mnemonica. Le procedure d'intervista devono adeguarsi, nella forma e nell'articolazione delle domande alle competenze cognitive, alla capacità di comprensione linguistica (semantica, lessicale e sintattica), alla capacità di identificare il contesto nel quale l'evento autobiografico può essere avvenuto, alla capacità di discriminare tra eventi interni ed esterni, nonché al livello di maturità psico-affettiva del minore. Un particolare approfondimento dovrà essere effettuato in ordine all'abilità del minore di organizzare e riferire il ricordo in relazione alla complessità narrativa e semantica delle tematiche in discussione e all'eventuale presenza di influenze suggestive, interne o esterne, derivanti dall'interazione con adulti.

8. **Non è metodologicamente corretto esprimere un parere** senza aver esaminato il minore e gli adulti di riferimento, salvo che non ve ne sia la rituale e materiale possibilità, dando conto in tal caso delle ragioni dell'incompletezza dell'indagine. Tale valutazione – allo

scopo di identificare eventuali influenze suggestive esterne – non può prescindere dall'analisi dei contesti e delle dinamiche che hanno condotto il minore a riferire o rivisitare la propria esperienza.

9. Il parere dell'esperto dovrà chiarire e considerare le modalità attraverso le quali, prima del proprio intervento, il minore ha narrato i fatti a familiari, P.G., magistrati ed altri soggetti. In particolare, dovrà dar conto:

- ✚ delle sollecitazioni e del numero di ripetizioni del racconto;
- ✚ delle modalità utilizzate per sollecitare il racconto;
- ✚ delle modalità della narrazione dei fatti (se spontanea o sollecitata, se riferita solo dopo ripetute insistenze da parte di figure significative);
- ✚ del contenuto e delle caratteristiche delle primissime dichiarazioni, nonché delle loro modificazioni nelle eventuali reiterazioni sollecitate.

10. Le attività di acquisizione delle dichiarazioni e dei comportamenti del minore **devono essere video-registrate**, in quanto anche gli aspetti non verbali della comunicazione sono importanti per una corretta valutazione. La videoregistrazione è finalizzata anche a ridurre le audizioni del minore. Tutto il materiale video-registrato, anche in contesti quotidiani e domestici, relativo all'ascolto di minori da parte di figure adulte significative, deve essere acquisito agli atti al fine di valutarne la rispondenza ai requisiti di validità elaborati dalla letteratura psico-giuridica e dalle scienze cognitive. Le riprese video dovranno sempre consentire di verificare le modalità dell'interazione dell'esperto con il minore (comunicazione non verbale, feedback, ecc.). In caso di abuso intrafamiliare gli accertamenti devono essere estesi ai membri della famiglia, compresa la persona cui è attribuito il fatto, e, ove necessario, al contesto sociale del minore. Tali accertamenti non possono prescindere dalla videoregistrazione delle dichiarazioni delle persone sopraindicate.

11. Qualora il minore sia sottoposto a test psicologici **i protocolli e gli esiti della somministrazione devono essere prodotti integralmente ed in originale**. I test utilizzati devono essere caratterizzati da elevata e comprovata affidabilità scientifica. La scelta dei test è affidata alla competenza dell'esperto che dovrà rispondere al giudice e alle parti del loro grado di scientificità. I test e i disegni non sono utilizzabili per trarre conclusioni sulla veridicità dell'abuso. Non esistono, ad oggi, strumenti o costrutti psicologici che, sulla base di teorie accettate dalla comunità scientifica di riferimento, consentano di discriminare un racconto veritiero da uno non veritiero, così come non esistono segnali psicologici, emotivi o comportamentali attendibilmente assumibili come rivelatori o "indicatori" di una vittimizzazione sessuale o della sua esclusione.

12. In sede di raccolta delle dichiarazioni del minore ritenuto idoneo a testimoniare occorre:

- ✚ garantire che egli sia sentito in contraddittorio il più presto possibile;
- ✚ garantire che l'incontro avvenga in orari, tempi, modi e luoghi tali da assicurare, per quanto possibile, la sua serenità;
- ✚ informarlo dei suoi diritti e del suo ruolo in relazione alla procedura in corso;
- ✚ consentirgli di esprimere esigenze e preoccupazioni;

- ✚ evitare, anche nella fase investigativa, modalità comunicative anche non verbali che possano compromettere la spontaneità e le domande che possano nuocere alla sincerità e genuinità delle risposte;
- ✚ contenere la durata e le modalità del colloquio in tempi rapportati all'età e alle condizioni emotive del minore, nel rispetto comunque dei diritti processuali delle parti.

13. Al fine di garantire nel modo migliore l'obiettività dell'indagine, l'esperto deve individuare eventuali ipotesi alternative emerse o meno nel corso dei colloqui. I sintomi di disagio che il minore manifesta non possono essere considerati come "indicatori" specifici di abuso sessuale, potendo derivare da conflittualità familiare o da altre cause, mentre la loro assenza non esclude l'abuso. Attenzione particolare va riservata ad alcune situazioni specifiche, idonee ad influire sulle dichiarazioni dei minori come:

- ✚ separazioni coniugali caratterizzate da inasprimento di conflittualità dove si possono verificare, ancor più che in altri casi, situazioni di falsi positivi o falsi negativi;
- ✚ allarmi generati solo dopo l'emergere di un'ipotesi di abuso;
- ✚ fenomeni di suggestione e di contagio 'dichiarativo';
- ✚ condizionamenti o manipolazioni anche involontarie (es. contesto psicoterapeutico, scolastico, ecc.).

14. Nei casi di abusi sessuali collettivi cioè di eventi in cui si presume che una o più persone abbiano abusato sessualmente di più minori, occorre acquisire elementi per ricostruire, per quanto possibile, la genesi e le modalità di diffusione delle notizie anche al fine di evidenziare una eventuale ipotesi di "contagio dichiarativo".

15. **L'incidente probatorio è la sede privilegiata** di acquisizione delle dichiarazioni del minore nel corso del procedimento, sempre che venga condotto in modo da garantire, nel rispetto della personalità in evoluzione del minore, il diritto alla prova costituzionalmente riconosciuto.

16. Quando sia formulato un quesito o prospettata una questione relativa alla compatibilità tra quadro psicologico del minore e ipotesi di reato che abbiano visto lo stesso vittima di violenza anche sessuale, è necessario che l'esperto rappresenti, a chi gli conferisce l'incarico, che le attuali conoscenze in materia non consentono di individuare dei nessi di compatibilità od incompatibilità tra sintomi di disagio e supposti eventi traumatici. L'esperto non deve esprimere, sul punto della compatibilità, pareri né formulare conclusioni.

17. La funzione dell'esperto incaricato di effettuare una valutazione sul minore a fini giudiziari deve restare distinta da quella finalizzata al sostegno e trattamento e va pertanto affidata a soggetti diversi. **La distinzione dei ruoli e dei soggetti deve essere rispettata** anche nel caso in cui tali compiti siano attribuiti ai Servizi Socio-Sanitari pubblici. In ogni caso, i dati ottenuti nel corso delle attività di sostegno e di terapia del minore non sono influenti, per loro natura, ai fini dell'accertamento dei fatti, che è riservato esclusivamente all'Autorità Giudiziaria. La stessa persona che ha svolto o sta svolgendo a favore della presunta vittima attività psicoterapeutica o di sostegno psicologico non può

assumere il ruolo di esperto in ambito penale. Fatta eccezione per i casi di rilevante e accertata urgenza e gravità di disturbi a livello psicopatologico del minore, l'avvio di un percorso terapeutico deve avvenire dopo l'acquisizione della testimonianza per evitare eventuali inquinamenti.

18. L'assistenza psicologica al minore va affidata ad un operatore specializzato che manterrà l'incarico in ogni stato e grado del procedimento penale. Tale persona dovrà essere diversa dall'esperto e non potrà, comunque, interferire nelle attività di indagine e di formazione della prova.

2.2 Linee di indirizzo: obiettivi e sintesi

Per maltrattamento sui bambini e gli adolescenti s'intendono "tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano 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 o potere"¹².

La storia dei diritti dei minori e della loro rappresentanza nella società è piuttosto recente, legata ai mutamenti culturali e allo sviluppo delle scienze psicologiche; prende corpo a partire da una maggiore considerazione del bambino come persona, dal conseguente mutamento della sua rappresentazione nel mondo adulto e dal ruolo assegnatogli nella società.¹³

Il maltrattamento è il risultato di una complessa interazione di fattori individuali, relazionali, sociali, culturali e ambientali. Sul piano culturale è ancora scarso l'investimento nella ricerca scientifica volto allo sviluppo di metodologie e strumenti operativi socio-sanitari confrontabili, quali buone prassi e linee guida d'intervento formalmente adottati a livello locale e nazionale. Inoltre, molto c'è ancora da fare per sensibilizzare i mass media e passare da un'impronta prevalentemente sensazionalistica a forte impatto emotivo negativo, soprattutto sul versante dei Servizi, ad una informazione culturale a valenza più educativa e preventiva.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità da tempo raccomanda a tutti gli Stati di dotarsi di un piano nazionale di prevenzione della violenza¹⁴ e di metodologie di progettazione rigorose e scientifiche al fine di poter controllare e confrontare i risultati raggiunti e l'efficacia delle azioni. Anche le presenti linee possono perciò dare un contributo significativo per accompagnare un processo storico-culturale che assicuri appropriatezza degli interventi, coordinamento e modalità stabili di confronto e di raccordo interistituzionale. **Si tratta di promuovere e sostenere un avanzamento culturale su una tematica che ancora**

¹² WHO, 2002

¹³ Anche se il riconoscimento e l'introduzione del concetto di maltrattamento del bambino risale già a metà dell'800, con l'articolo scientifico di Ambroise Tardieu che descriveva lesioni fisiche riscontrate in bambini, una parte dei quali deceduti.

¹⁴ Raccomandazione 1- WHO, 2002

oggi sollecita un ripensamento delle prassi di accoglienza e delle modalità di cura.

Obiettivi delle presenti linee di indirizzo sono:

- ✚ rendere omogeneo il percorso di accoglienza e cura dei bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso;
- ✚ implementare assetti organizzativi che favoriscano il confronto/integrazione tra professionisti/servizi per il raggiungimento di obiettivi condivisi negli interventi di protezione, tutela e cura nell'ottica del preminente interesse del minore.

Le Linee di indirizzo in sintesi:

- ✚ Rappresentano una cornice di riferimento per i Servizi, gli Enti e i diversi soggetti della rete a vario titolo coinvolti dalla tematica.
- ✚ Costituiscono indicazioni concrete e operative per utilizzare le prassi in uso (linee guida, protocolli, raccomandazioni) e, possibilmente, migliorarle, intervenendo per rimuovere le condizioni (criticità) che ostacolano un tempestivo, efficiente ed efficace funzionamento dei servizi.
- ✚ Evidenziano che il lavoro concernente il maltrattamento/abuso sul minore esige il massimo livello di integrazione tra i professionisti, tra i Servizi e tra quest'ultimi ed Enti/Agenzie.

Nel rispetto degli assetti locali il modello di intervento rispetta l'ambito regionale in cui sono stati individuati due livelli:

- ✚ livello locale (Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie/Aziende sanitarie ed Enti Locali)
- ✚ livello regionale: costituzione gruppo di coordinamento regionale per monitorare l'applicazione delle linee di indirizzo.

Restano in evidenza come formazione e consulenza multidisciplinare costituiscano fattori agevolanti l'integrazione e l'interscambio tra servizi e agenzie, aiutino a sviluppare, sostenere e integrare le risorse disponibili e proteggano i professionisti dal senso di isolamento.

2.2.1 Un problema di salute pubblica.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ribadisce che "ogni bambino ha diritto alla salute e a una vita priva di violenza" (WHO, 2006). Nonostante questo diritto sia stato sancito da numerose Convenzioni Internazionali e Leggi nazionali, in tutto il mondo ogni anno milioni di soggetti in età evolutiva sono vittime e testimoni di violenza fisica, sessuale, psicologica e sfruttamento. Il maltrattamento è dunque "un problema di salute pubblica" (WHO, 2006) per l'impatto sul benessere fisico, mentale e sociale delle vittime, sul loro sviluppo e, più in generale, sulla società anche in termini di spesa sociale e sanitaria (Felitti et al., 2012). Il maltrattamento nei confronti dei soggetti in età evolutiva si configura come un fenomeno complesso per le sue caratteristiche, che sono assai differenziate a seconda dell'età della vittima, della tipologia e della gravità della violenza (che in casi estremi può provocare la morte), del contesto in cui avviene e della relazione tra la vittima e l'autore della violenza.

La violenza sui minori è molto diffusa ma, al contempo, difficilmente rilevabile sia per meccanismi culturali di minimizzazione e negazione del fenomeno, sia perché si caratterizza per verificarsi prevalentemente all'interno della famiglia (WHO, 2002), col forte rischio di restare inespressa e invisibile, ampliando e cronicizzando i danni sul piano fisico e psicologico delle vittime. Le evidenze cliniche e le ricerche svolte in tutto il mondo hanno dimostrato le conseguenze a breve, medio e lungo termine della violenza sulla salute, evidenziando danni fisici e psicologici, che impongono di attuare cure precoci, efficaci, integrate e specialistiche (Cheli et al., 2012).

Il danno cagionato è tanto maggiore quanto più il fenomeno:

- ✚ resta sommerso e non viene individuato;
- ✚ è ripetuto nel tempo;
- ✚ la risposta di protezione alla vittima ritarda o è elusa;
- ✚ il vissuto traumatico è negato, resta non espresso o non elaborato;
- ✚ è intrafamiliare.

2.2.2 Definizione del fenomeno e conseguenze sullo sviluppo

Per maltrattamento sui bambini e gli adolescenti s'intendono "tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano 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 o potere" (WHO, 2002).

La storia dei diritti dei minori e della loro rappresentanza nella società è piuttosto recente, legata a mutamenti culturali e allo sviluppo delle scienze psicologiche; prende corpo a partire da una maggiore considerazione del bambino come persona, dal conseguente mutamento della sua rappresentazione nel mondo adulto e dal ruolo assegnatogli nella società. Nello stesso tempo si è consolidata una conoscenza scientifica sugli effetti del maltrattamento in età evolutiva, fino alle ricerche più recenti delle neuroscienze che ne evidenziano le dannose implicazioni a livello neurologico e le alterazioni sullo sviluppo cerebrale¹⁵.

Ogni evento di natura maltrattante, specialmente se sperimentato precocemente e ripetutamente nelle relazioni primarie di cura, cioè con le figure che dovrebbero garantire sicurezza, affidabilità, stabilità, contenimento affettivo ed emotivo, in carenza o assenza di fattori protettivi e di "resilienza" nel bambino, produce trauma psichico/interpersonale, che colpisce e danneggia le principali funzioni dello sviluppo¹⁶ provoca una grave privazione del potere e del controllo personale, una rilevante distorsione dell'immagine di sé e del mondo circostante. In ogni caso costituisce sempre un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità in formazione.

2.2.3 Il modello ecologico dell'intervento.

¹⁵ Courtois e Ford, 2009; Felitti et al., 2012

¹⁶ Malacrea, 2002; Van der Kolk, 2005; Courtois e Ford, 2009

Il maltrattamento è il risultato di una complessa interazione di fattori individuali, relazionali, sociali, culturali e ambientali. Per la comprensione e il contrasto al fenomeno il "Rapporto su violenza e salute" (WHO, 2002) e "Prevenire il maltrattamento sui minori" (WHO, 2006) suggeriscono l'adozione di una prospettiva "ecologica" ispirata al modello di Bronfenbrenner (1986, 2010; Malacrea, 2010) che considera quattro aree concentriche che interagiscono nell'eziologia, nella prevenzione e nella cura del danno.

Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso



Figura 1. Prospettiva ecologica: eziologia, prevenzione e cura del danno

I fattori che, a più livelli, possono amplificare o ridurre il rischio di maltrattamento sono stati ampiamente studiati in letteratura. Il maltrattamento, come patologia delle relazioni di cura, è fortemente correlato a specifici fattori di vulnerabilità e di resilienza individuali, familiari e sociali che, in un processo interattivo, moderano o aggravano il rischio di esposizione alla violenza. In particolare la violenza domestica è un fattore altamente predittivo di maltrattamento fisico, sessuale, trascuratezza¹⁷. Il modello ecologico fornisce una base globale e articolata di opzioni per tutte le fasi dell'intervento incluse le necessarie azioni di prevenzione (Cismai, 2010).

Il maltrattamento, in particolare quello di natura intrafamiliare, è altamente associato a pregresse esperienze sfavorevoli dei genitori che possono costituire un terreno favorente la trasmissione transgenerazionale delle dinamiche maltrattanti.

In particolare il modello ecologico sollecita l'adozione di una prospettiva orientata a un sistema di cura piuttosto che a singoli e "frammentati" interventi di cura (WHO, 2002,

¹⁷ Di Blasio et al., 2005

2006). Prevenire il maltrattamento si deve e si può fare. L'Organizzazione Mondiale della Sanità da tempo raccomanda a tutti gli Stati di dotarsi di un piano nazionale di prevenzione della violenza (Raccomandazione 1- WHO, 2002) e di metodologie di progettazione rigorose e scientifiche al fine di poter controllare e confrontare i risultati raggiunti e l'efficacia delle azioni (Cismai, 2010). La prospettiva "ecologica" dell'intervento suggerisce di adottare efficaci strategie preventive su almeno tre livelli (WHO, 2006) (vedi fig. 2)

Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso



Figura 2. Prospettiva ecologica: strategie preventive.

2.2.4 Complessità del fenomeno e nodi operativi nella "rete" degli interventi

Il modello ecologico suggerisce che le azioni d'intervento sia a livello preventivo, nella lettura degli elementi eziologici del maltrattamento, che nell'organizzazione della cura vadano strutturate in senso globale, sinergico e a più livelli per garantire risultati efficaci e adeguate modalità protettive per le vittime. Gli interventi nell'ambito del maltrattamento prefigurano, nella maggior parte dei casi, una pluralità di interlocutori, finalità, prospettive, stili operativi (culturali e organizzativi) che costituisce indubbiamente una potenziale ricchezza ma che, quando non si ricompone in una cultura professionale integrata, espone il minore a rischio di vittimizzazione secondaria.

I maltrattamenti che prefigurano reati perseguibili penalmente rendono ulteriormente più complessa la cornice degli interventi per:

- ✚ procedimenti diversi davanti ad autorità giudiziarie (AA.GG.) differenti (processo penale, processo di tutela, sempre più frequentemente anche il processo di separazione dei genitori) che si muovono con regole e obiettivi non sempre coincidenti
- ✚ la presenza necessaria di varie figure professionali con compiti istituzionali che a volte possono confliggere tra loro (avvocati, psicologi, psichiatri, operatori sociali ed educatori, pubblici ministeri e giudici, consulenti tecnici, ecc).

In questi possibili scenari numerose questioni rimangono ancora aperte e risentono della scarsa attenzione ai diritti del minore, pur sottolineati dalle Convenzioni Internazionali (Strasburgo, Lanzarote) tra cui:

- ✚ essere informato e preparato
- ✚ essere accompagnato a rendere testimonianza nel contesto giudiziario per evitare traumatizzazioni secondarie e per portare al meglio il proprio contributo nel processo
- ✚ essere ascoltato in modo rispettoso
- ✚ avere garantita la cura durante il procedimento giudiziario.

Livello sociale/di comunità: ridurre i fattori di rischio ambientali, investire in sistemi di protezione dell'infanzia e sostegno alla famiglia, sensibilizzare e promuovere i diritti dell'infanzia, anche nelle scuole

Livello relazionale: sensibilizzare e formare alla genitorialità responsabile, implementare i servizi per le famiglie, assicurare formazione agli operatori
Livello individuale: promuovere l'accesso ai servizi pre e post natali, monitorare i rischi in gravidanza, sensibilizzare i minori sui loro diritti

I Servizi (sociali, sanitari, educativi) rivestono un ruolo fondamentale nell'intercettare precocemente i segnali di disagio e di rischio attraverso un'efficace e tempestiva rilevazione e segnalazione dei segni/sintomi significativi. Questa capacità costituisce uno dei fattori predittivi più importanti sull'esito positivo dell'intervento¹⁸. Può, tuttavia, risentire della scarsa integrazione tra le varie Agenzie e diventare la "cassa di risonanza" delle contraddizioni che il sistema di welfare sta attraversando, in particolare per la drastica riduzione delle risorse dedicate e la difficoltà **a garantire la necessaria formazione e supervisione agli operatori**. Quest'ultima è condizione necessaria per contenere il vissuto di solitudine/isolamento professionale, per acquisire o implementare una mappa utile a muoversi in modo appropriato in un ambito così complesso e "delicato".

I temi cruciali sono:

- ✚ intercettare le condizioni familiari a maggior rischio di violenza (condivisione di parametri comuni e confrontabili, scientificamente fondati);
- ✚ acquisire e mantenere una visione d'insieme (cornice multidisciplinare dell'intervento);
- ✚ garantire e conciliare le esigenze di cura del minore durante il percorso giudiziario;
- ✚ assicurare l'intervento di recupero, ove possibile, delle relazioni familiari maltrattanti;

¹⁸ Di Blasio et al., 2005

- ✚ garantire adeguato trattamento ai disturbi post-traumatici infantili derivanti dalla violenza e le risorse specialistiche sulle quali poter fare affidamento;
- ✚ assicurare un sapere aggiornato sul fenomeno.

E inoltre:

- ✚ con quali modalità operative realizzare la necessaria integrazione tra Servizi sociali e sanitari, tra ospedale e territorio e nella "rete" inter-istituzionale più ampia;
- ✚ quando e in che modo segnalare all'AA.GG. competente una condizione di rischio e pregiudizio e come gestire la relazione con i genitori.

La necessità di garantire appropriatezza ed efficacia delle azioni sollecita quindi l'adozione di una prospettiva professionale integrata tra diverse discipline e servizi. Principi come "lavoro di rete" e "approccio multidisciplinare" non possono rimanere relegati nel confine delle "buone intenzioni" o di esperienze professionali isolate senza correre il rischio, nel tempo, di svuotarsi di significato. Affrontare il maltrattamento/abuso richiede una cornice tutelante rivolta principalmente alle vittime per sostenere le loro necessità evolutive, ma necessaria anche agli operatori coinvolti per supportare e qualificare interventi complessi e rilevanti risolti emotivi, prodotti dall'impatto con la violenza e la sofferenza.

3.CLASSIFICAZIONE DELLE FORME DI MALTRATTAMENTO E ABUSO

Di seguito una classificazione generale a cui corrispondono i relativi processi interni di organizzazione della rete.

Il Maltrattamento può esprimersi in:

- ✚ maltrattamento fisico
- ✚ maltrattamento psicologico
- ✚ violenza assistita
- ✚ abuso sessuale
- ✚ abuso on line
- ✚ patologia delle cure (incuria/trascuratezza grave, discuria, ipercura)
- ✚ bullismo e cyberbullismo.

Classificare le varie forme di maltrattamento all'infanzia¹⁹ è utile per fini esemplificativi, ma è opportuno ribadire che il minore è più frequentemente vittima di "costellazioni" maltrattanti multiformi.

3.1 Maltrattamento fisico

Per maltrattamento fisico s'intende il ricorso sistematico alla violenza fisica come aggressioni, punizioni corporali o gravi attentati all'integrità fisica, alla vita del bambino/adolescente e alla sua dignità. "Questo include il colpire, percuotere, prendere a

¹⁹ Montecchi, 2002; WHO 1999, 2006; SINPIA, 2007

calci, scuotere, mordere, strangolare, scottare, bruciare, avvelenare, soffocare. Gran parte della violenza a danno di minori dentro le mura domestiche viene inflitta con lo scopo di punire” (WHO, 2006) I bambini molto piccoli portatori di disabilità o che necessitano di cure speciali sono più vulnerabili al rischio di maltrattamento fisico, che si presenta spesso associato a isolamento sociale della famiglia, carenza di reti di sostegno, incuria e violenza psicologica.

Non sempre il maltrattamento fisico lascia segni evidenti sul corpo del bambino e anche quando questi sono presenti, possono non essere facilmente visibili o immediatamente interpretabili in maniera corretta. Le lesioni possono essere a carico di diversi organi e apparati configurando quadri clinici diversi (fratture, lesioni cutanee, concussione cranica e sindrome dello “Shaken baby”, danni profondi viscerali) e pongono complesse questioni di diagnostica differenziale²⁰. In tutti i casi dubbi è raccomandabile un confronto con pediatri esperti nella materia. Possono essere inquadrate come maltrattamento fisico anche le mutilazioni genitali femminili a cui vengono sottoposte le bambine, di solito prima dei 13 anni, a seconda del gruppo etnico di riferimento, provenienti da alcuni paesi dell’Africa, del Medio Oriente e dell’Asia.

Gli interventi effettuati possono avere una diversa estensione:

- ✚ circonscisione, cioè taglio del prepuzio del clitoride
- ✚ recisione, cioè asportazione del clitoride e di parte delle piccole labbra
- ✚ infibulazione, cioè asportazione del clitoride, delle piccole labbra e dei 2/3 anteriori delle grandi labbra, seguita dalla sutura delle due estremità residue delle grandi labbra, in modo da occludere l’aditus vaginale ad eccezione di un piccolo orifizio in alto per il passaggio dell’urina e del sangue mestruale.

Queste pratiche, spesso effettuate in casa, non sono prive di complicanze sia a breve che a lungo termine. L’O.M.S. con una risoluzione del 1993 ha condannato le mutilazioni genitali femminili ma il fenomeno riguarda attualmente 100 milioni di donne (nei 29 stati in cui tale pratica è maggiormente in uso) la pratica delle MGF è contrastata dalla legge italiana.²¹

Le nuove stime arrivano in seguito all’adozione unanime da parte dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite della Risoluzione del dicembre 2012 con la quale gli Stati membri sono stati invitati a intensificare gli impegni verso la completa eliminazione delle MGF. Da quando il programma congiunto UNFPA-UNICEF sulle mutilazioni genitali femminili è stato istituito (2008), circa 10.000 comunità in 15 Stati, equivalenti a quasi 8 milioni di persone, hanno posto fine alla pratica.

3.2 Maltrattamento psicologico

Per maltrattamento psicologico s’intendono i comportamenti e le frasi che si configurano come pressioni psicologiche, ricatti affettivi, minacce, intimidazioni, discriminazioni,

²⁰ vedi Quaderno “Fratture e Abuso”, Baronciani et al. 2013

²¹ Legge 9 gennaio 2006, n.7 “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”. G.U. n. 14 del 18.1.2006

indifferenza, rifiuto volti a provocare umiliazione, denigrazione e svalutazione in modo continuato e duraturo nel tempo.

È una forma molto insidiosa di violenza perché difficilmente rilevabile e può essere associata ad altre forme di maltrattamento. Rientra in tale categoria anche il coinvolgimento del figlio minore nelle separazioni coniugali altamente conflittuali, che comportano il suo attivo coinvolgimento in strategie volte a denigrare, svalutare, alienare, rifiutare un genitore²². Il maltrattamento psicologico, nel tempo, mina profondamente la struttura di personalità in formazione, il senso di autostima del bambino e dell'adolescente, le sue competenze sociali e, più in generale, la sua rappresentazione del mondo.

3.3 Violenza assistita

Per violenza assistita s'intende il fare esperienza, da parte del bambino, di qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte e minori. S'include l'assistere alle violenze messe in atto da minori su minori o su altri membri della famiglia, gli abbandoni e i maltrattamenti ai danni di animali domestici. Il bambino può fare esperienza di tali atti direttamente (quando avvengono nel suo campo percettivo) oppure indirettamente quando ne è a conoscenza o ne percepisce gli effetti.²³

La violenza assistita rappresenta un fattore di rischio altamente predittivo per le altre forme di maltrattamento. Nelle situazioni più gravi, le madri e i figli possono venire uccisi, anche per la tendenza del fenomeno a prefigurarsi come un'escalation in termini di danno prodotto e pericolosità.

È necessario distinguere le situazioni di "conflitto genitoriale" dalle condizioni di violenza di un partner sull'altro. Le prime riguardano i litigi tra familiari e le separazioni conflittuali, nelle quali possono essere coinvolti i minori. 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.

3.4 Abuso sessuale

Per abuso sessuale s'intende "ogni situazione in cui il bambino sia tratto a espressioni sessuali alle quali, in ragione della sua giovane età, non può liberamente acconsentire con totale consapevolezza, o che violino radicati tabù sociali"²⁴. Questa definizione per la sua ampiezza e genericità, è particolarmente efficace perché considera abuso sessuale qualsiasi approccio o azione di natura sessuale che coinvolga un bambino o un adolescente e/o che causi in lui disagio o sofferenza psicologica, incluse le più sfumate manifestazioni seduttive ed erotizzate che il bambino non può comprendere e decodificare.

²² Montecchi, 2005

²³ Cismai, 2003

²⁴ Kempe e Kempe, 1980

A seconda del rapporto esistente tra il bambino e l'abusante, l'abuso sessuale può suddividersi in:

- ✚ intra-familiare, attuato da membri della famiglia nucleare o allargata
- ✚ peri-familiare, attuato da persone conosciute dal minore, comprese quelle a cui è affidato per ragioni di cura/educazione. Queste due forme di abuso sono le più frequenti.
- ✚ extra-familiare, se l'abusante è una figura estranea all'ambiente familiare e al minore. L'abuso sessuale è raramente un atto violento che lascia segni fisici.

La valutazione medica rappresenta solo un aspetto spesso non dirimente di un complesso percorso diagnostico che deve necessariamente essere multidisciplinare. Di fronte al sospetto di abuso sessuale ricordiamo che in ogni caso la valutazione va fatta in modo esteso e complesso, analizzando almeno tre aree: segni fisici, psicologici, sociali oltre a racconti e affermazioni spontanee della presunta vittima. A fronte della frequente aspecificità sintomatologica sono particolarmente orientativi i comportamenti sessualizzati inadeguati per l'età dello sviluppo, soprattutto se caratterizzati da compulsività e pervasività.

3.4.1 Sfruttamento sessuale

Una particolare tipologia di abuso sessuale è rappresentata dallo sfruttamento sessuale. È il comportamento di chi percepisce danaro od altre utilità, da parte di singoli o di gruppi criminali organizzati, finalizzato all'esercizio di:

- ✚ 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: il minore viene indotto a compiere atti sessuali in cambio di denaro o altra utilità;
- ✚ turismo sessuale: si definisce "turista sessuale" colui che al fine di praticare sesso con i minori, 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.

La legge 3 agosto 1998, n. 269, recante "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, la pornografia, il turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù", ispirata ai principi dettati dalla Convenzione di New York e Dichiarazione finale della Conferenza mondiale di Stoccolma contro lo sfruttamento sessuale dei bambini a fini commerciali del 31 agosto 1996 chiarisce bene gli aspetti indicati.

La qualificazione dei reati di sfruttamento sessuale dei minori quali «nuove forme di riduzione in schiavitù» e la loro collocazione codicistica nella sezione dedicata ai delitti contro la personalità individuale realizza un'equiparazione sostanziale tra la violazione dell'integrità psico-fisica del minore a seguito dei delitti di cui agli artt. 600 bis e ss. c.p. e la condizione di schiavitù.

3.5 Abuso "on line"

L'utilizzo abituale da parte dei bambini e dei ragazzi delle nuove tecnologie e di internet in particolare, se da una parte rappresenta un'opportunità di ampliare le possibilità di esperienza e di relazione, dall'altra ha modificato le modalità di comunicare e si è rivelato lo scenario di possibili forme di violenza anche molto gravi come l'abuso sessuale²⁵.

Recenti ricerche effettuate hanno messo in evidenza l'estrema diffusione, anche nel nostro paese, dell'utilizzo di internet da parte delle nuove generazioni, e come si stiano diffondendo condizioni che espongono i giovani a reali situazioni di rischio di vittimizzazione sessuale. Per abuso "on line" si intende ogni forma di abuso sessuale su minori perpetrata attraverso internet e la documentazione di immagini, video, registrazioni di attività sessuali esplicite, reali o simulate. L'abuso può prendere l'avvio da diverse situazioni:

- + adescamento su internet con lo scopo di un coinvolgimento in attività di cibersex (sesso virtuale);
- + induzione a guardare pornografia per adulti, induzione alla produzione di foto o video erotiche;
- + adescamento su internet a scopo di incontri sessuali offline, con presenza o meno di materiale pedopornografico, per abuso offline per la produzione di materiale pedopornografico;
- + servizi di sesso online o offline remunerati in seguito all'aggancio online.

La rete permette la diffusione delle immagini in un enorme circuito telematico, l'accesso alle immagini dell'abuso da parte di molte persone e la possibilità di scaricarle. Il fatto che la "realtà" dell'abuso si cristallizza nella rete, distorcendo la dimensione temporale dei fatti, unito alle conseguenze della vittimizzazione sessuale in un soggetto in età evolutiva, lo caratterizza come un "trauma pervasivo": le immagini dell'abuso o dei contatti sessuali in rete amplificano all'infinito gli effetti dell'abuso sulla vittima, l'abuso diventa, così, una realtà fattuale persecutoria ed eterna con cui la vittima deve fare i conti "per sempre". I dati sull'attività di contrasto alle forme di abuso online compiute dalle Polizie di tutto il mondo e alcune delle ricerche più recenti sul fenomeno, sia straniera²⁶ che italiane, individuano, nei preadolescenti e negli adolescenti, d'età compresa fra i 13-17 anni, due delle fasce più a rischio di vittimizzazione sessuale via internet. Nello stesso tempo le attività di polizia mettono in evidenza un fenomeno estremamente grave: la diffusione di immagini di abuso sessuale su bambini con un'età compresa fra 0 e 12 anni, ad opera di famigliari che mettono in rete l'abuso o azioni legate ad attività pedofile in senso stretto.

Si stima che siano 71.806 i siti segnalati nell'anno 2011 in 37 paesi, che siano 9.433 le segnalazioni in più rispetto all'anno precedente, che il 40% dei bambini vittime abbia meno di 5 anni e che il 5% dei pedofili su internet sia italiano.

²⁵ Wolak, Mitchell, & Finkelhor, 2006

²⁶ Wolak, et al. 2004, 2008

Dai dati raccolti dal CNCPO (Centro per il Contrasto della Pedopornografia su Internet – Servizio Polizia Postale e delle Comunicazioni) emerge che le immagini più frequenti sono quelle che ritraggono il minore parzialmente vestito o nudo in posa dove il contesto suggerisce riferimenti sessuali o esplicite attività sessuali senza il coinvolgimento dell'adulto, o ancora la vittima viene indotta a mettere online proprie immagini a carattere sessualizzato²⁷. (Legge 6 febbraio 2006, n. 38, "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet").

3.6 Patologia delle cure

Per patologia delle cure s'intendono quelle condizioni in cui i genitori o le persone legalmente responsabili del bambino/adolescente non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni fisici, psichici e affettivi, in rapporto alla fase evolutiva.

Comprende:

- ✚ Incuria/trascuratezza grave. Per incuria/trascuratezza grave s'intende qualsiasi atto omissivo prodotto da una grave incapacità del genitore nel provvedere ai bisogni del figlio, che comporta un rischio imminente e grave per il bambino quale abbandono, rifiuto, grave compromissione dello sviluppo fisico, cognitivo, emotivo ("failure to thrive") o altre forme di abuso e violenza, fino al decesso. E' spesso non rilevata e scarsamente riconosciuta, frequentemente associata ad altre forme di maltrattamento. Tuttora scarsi sono i protocolli e le raccomandazioni prodotte per il contrasto del fenomeno, nonostante sia ormai condiviso e riconosciuto dalla letteratura scientifica che la trascuratezza grave può essere non meno dannosa di altre forme di maltrattamento.
- ✚ Discuria. Si realizza quando le cure vengono fornite in modo distorto, non appropriato o congruo al momento evolutivo, tali da indurre un anacronismo delle cure (cioè cure non adeguate rispetto alla fase evolutiva del bambino), l'imposizione di ritmi di acquisizione precoci, aspettative irrazionali, eccessiva iperprotettività.
- ✚ Ipercure. Si realizza quando le cure fisiche sono caratterizzate da una persistente ed eccessiva medicalizzazione da parte di un genitore, generalmente la madre e si distinguono le seguenti forme:

1. il "Medical Shopping per procura" è una condizione nella quale uno o entrambi i genitori, molto preoccupati per lo stato di salute del bambino a causa di segni/ sintomi modesti, lo sottopongono a inutili ed eccessivi consulti medici,

2. nel "Chemical Abuse" vengono somministrate al bambino dai genitori, di propria iniziativa, sostanze o farmaci che possono essere dannose allo scopo di provocare sintomi che richiamino l'attenzione dei sanitari;

3. nella "Sindrome di Münchhausen per procura (MPS)" un genitore, generalmente la madre, attribuisce al figlio malattie inesistenti, frutto di una convinzione distorta circa la propria salute, poi trasferita sul bambino che tende successivamente a colludere con questo atteggiamento simulando i sintomi di malattie. La diagnosi è spesso difficile e tardiva,

²⁷ Ricerche di Save the Children: www.savethechildren.it

complice la frequente incredulità e la involontaria collusione dei medici, ed elevata la mortalità.

Per la rilevanza che ha progressivamente acquisito negli ultimi anni si analizza di seguito il tema della violenza tra pari.

3.7 Violenza tra pari: bullismo e cyberbullismo

Con il termine "bullismo" si definiscono quei comportamenti offensivi e/o aggressivi che un singolo individuo o più persone mettono in atto, ripetutamente nel corso del tempo, ai danni di una o più persone con lo scopo di esercitare un potere o un dominio sulla vittima. In questa definizione è implicito il concetto di intenzionalità da parte dell'autore delle offese, vere e proprie forme di abuso che creano disagio e un danno fisico o psicologico nelle vittime. La differenza tra le normali dispute tra bambini o adolescenti e gli atti di bullismo veri e propri consiste nella predeterminazione e nell'intenzionalità che caratterizzano questi ultimi, nella ripetitività nel tempo, nonché nella soddisfazione che gli autori di tali abusi ne traggono, nello squilibrio di potere tra il bullo e la vittima, con l'affermazione della supremazia del bullo sulla vittima (in termini di età, forza fisica, numerosità, ecc.)²⁸. Il fenomeno del bullismo è una dinamica essenzialmente di gruppo basata sulla prevaricazione e si evidenzia soprattutto tra compagni nelle prime classi, cioè quando gli allievi non si conoscono ancora e devono trovare un modo per stare bene insieme.

Il bullismo come tale non è un'ipotesi di reato prevista nel nostro ordinamento penale ma molto spesso il bullo commette dei reati nei confronti della vittima (esempi: reato di minaccia, estorsione, violenza aggravata, etc.) evidenziano le seguenti forme di bullismo a seconda del tipo e dell'intensità del comportamento aggressivo:

1. fisiche (botte, spinte, prepotenze fisiche)
2. verbali (ingiurie, ricatti, intimidazioni, vessazioni, insulti, chiamare con nomi offensivi),
3. indirette (manipolazione sociale che consiste nell'usare gli altri come mezzi piuttosto che attaccare la vittima in prima persona, ad esempio i pettegolezzi fastidiosi e offensivi, l'esclusione sistematica di una persona dalla vita di gruppo, etc.).

Le aggressioni fisiche e verbali possono essere considerate forme di bullismo diretto dal momento che implicano una relazione faccia a faccia tra il bullo e la vittima. L'uso improprio delle nuove tecnologie per colpire intenzionalmente persone indifese è stato definito "cyberbullismo" ("cyberbullying" nella letteratura anglofona).

Esso descrive un atto aggressivo, intenzionale condotto da un individuo o un gruppo usando varie forme di contatto elettronico, ripetuto nel tempo contro una vittima che non può facilmente difendersi. L'aggressore può agire nell'anonimato e può diffondere le offese attraverso il web raggiungendo un pubblico potenzialmente illimitato.

²⁸ Cullingford e Morrison, 1995

4. QUADRO NORMATIVO

4.1 premessa

Un approccio giuridico al tema del maltrattamento dei minori (o meglio, delle persone di minore età) che prenda le mosse dal diritto penale, rischia di essere pericolosamente riduttivo e fuorviante. Il maltrattamento dell'infanzia va invece considerato, anche dal punto di vista giuridico, come un fenomeno assai più vasto, nei cui confronti l'ordinamento predispone un sistema apposito di prevenzione e di contrasto con strumenti e interventi non solo di tipo penale ma anche di altro tipo, come quelli relativi agli interventi per e sui genitori.

E' un sistema che ha radici negli artt. 30 e 31 della Costituzione e che si è formato gradualmente ma disordinatamente, in una evoluzione non ancora conclusa dove si intrecciano e si sovrappongono competenze dello Stato e delle Regioni, di organi giudiziari e di organi amministrativi, di servizi sociali e di servizi sanitari, che deve ormai tenere conto degli obblighi derivanti al nostro Paese da numerosi strumenti internazionali, primo fra tutti la Convenzione delle Nazioni Unite (N.U.) sui diritti del fanciullo.

Si tratta del sistema di protezione delle persone di minore età, un sistema complesso che va visto in maniera unitaria benché strutturato su due versanti: quello dei servizi e quello giudiziario, che devono interagire verso lo stesso obiettivo, la realizzazione dei diritti del minore. Obiettivo primario del diritto penale è l'individuazione e la punizione del colpevole: ma in tema di maltrattamenti all'infanzia questo è, da solo, un obiettivo insufficiente e spesso inadeguato se non controproducente. Non subordinato a questo, ed anzi talora prevalente (cfr. artt. 27 e 28 proc. pen. min.), è l'obiettivo di prevenire la condotta maltrattante, di proteggere la vittima, di recuperare ove possibile le relazioni interpersonali. Dunque, l'approccio penale in tema di maltrattamento all'infanzia non può essere il punto di partenza.

Altri riferimenti legislativi che delineano il quadro e che vanno necessariamente considerati e conosciuti sono: la legge 10 dicembre 2012 n. 219 "Disposizioni in materia di riconoscimento dei figli naturali", che demanda importanti compiti normativi a futuri decreti legislativi, in particolare, per quanto riguarda l'oggetto del presente atto, quello di delineare "la nozione di responsabilità genitoriale quale aspetto dell'esercizio della potestà genitoriale".

Successivamente è stato inoltre emanato il DL 14 agosto 2013, n. 93 convertito in legge 119 del 2013 "Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province", che contiene importanti novità normative e culturali specie in materia di violenza intrafamiliare.

Per questi motivi il presente contributo va considerato un inquadramento generale della problematica dal quale partire per l'esame delle norme successivamente emanate, che formeranno oggetto di continuo approfondimento.

Pertanto, le linee di indirizzo per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso senza non può essere considerato isolatamente, ma va inquadrato nel più ampio sistema di protezione di cui si è detto.

È noto che la maggior parte degli episodi di maltrattamento si verifica come patologia delle relazioni educative e di cura, e quindi all'interno della famiglia. Il fenomeno tocca perciò in primo luogo le relazioni genitore-figlio, dove si manifesta come espressione di incapacità genitoriale. Questo termine va inteso nel suo significato oggettivo: un genitore che trascura gravemente il figlio o lo maltratta o ne abusa è certamente "incapace" di adempiere i doveri del suo ruolo.

Dunque, ogni violazione dei doveri genitoriali, volontaria o inconsapevole, omissiva o commissiva, rientra nel concetto. Come ci ricorda l'art. 29 della Convenzione delle N. U., i doveri genitoriali consistono in primo luogo nel "favorire lo sviluppo della personalità del fanciullo nonché lo sviluppo delle sue facoltà e delle sue attitudini mentali e fisiche in tutta la loro potenzialità".

È solo in funzione del compimento di tali doveri che la legge attribuisce ai genitori quella che nel nostro diritto si chiama ancora "potestà", ma che ormai viene pacificamente interpretata come "responsabilità".

Prima di essere figlio, il minore è anzitutto persona, e in quanto tale va rispettato. Ed è persona di minore età, che ha diritto "alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo" (Conv. N.U., art. 6). Prima del diritto alla famiglia, il minore ha diritto di essere protetto "contro ogni forma di violenza, aggressione, brutalità fisiche o mentali, abbandono, negligenza, maltrattamenti o sfruttamento, compresa la violenza sessuale, per tutto il tempo in cui è affidato all'uno o all'altro o a entrambi i genitori" (Conv. N.U., art. 19).

Il diritto a questa protezione sussiste indipendentemente dal fatto che la condotta del genitore abbia rilevanza penale e che il genitore sia riconosciuto colpevole. Né può essere di ostacolo il diritto a crescere ed essere educato nella propria famiglia, sancito dall'art. 1 della legge 149/2001. Come ha chiarito la Corte di cassazione (Cass., 2009, n. 18219), quel diritto non deve essere interpretato in senso assoluto, poiché ciò sarebbe in contrasto con gli stessi principi costituzionali, dove si afferma che "è dovere e diritto dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli" e che "nel caso di incapacità dei genitori la legge provvede a che siano assolti i loro compiti." (cost., art. 30).

4.2 Strumenti giuridici non penali di protezione dal maltrattamento

Occorre dunque vedere quando per il diritto vi è "incapacità" dei genitori, e in che maniera "la legge provvede" a supplire in tutto o in parte i loro compiti. Questo ruolo spetta in primo luogo ai servizi sociali e sanitari, che debbono intervenire con appropriati interventi di sostegno alla genitorialità nel quadro delle competenze loro attribuite dalla normativa nazionale e regionale. Ma spetta anche all'autorità giudiziaria minorile, che ha il compito di riaffermare il diritto del minore se violato, e – diversamente dai servizi – ha il potere di

disporre interventi coercitivi di protezione che limitano o elidono la potestà dei genitori quando è male esercitata.

L'ordinamento giuridico prevede a questo scopo due diversi procedimenti: quello di controllo della potestà dei genitori, e quello di verifica dello stato di abbandono. Il primo è disciplinato dal codice civile, il secondo dalla legge 1983 n. 184 come modificata dalla legge 2001 n. 149. Entrambi sono di competenza del Tribunale per i minorenni. Il primo può iniziare a seguito di un ricorso al Tribunale dell'altro genitore, di un parente, o del pubblico ministero minorile; il secondo soltanto a seguito di un ricorso al Tribunale del pubblico ministero minorile.

4.2.1 Il procedimento di controllo della potestà

Le disposizioni del codice civile in tema di controllo della potestà genitoriale sono contenute negli articoli 330 e 333 del codice stesso. Il primo riguarda i casi in cui il genitore "viola o trascura i doveri ad essa (alla potestà) inerenti, o abusa dei relativi poteri, con grave pregiudizio del figlio". Il secondo si occupa di condotte meno gravi, ma "comunque pregiudizievoli al figlio". Nel primo caso il giudice (che è il Tribunale per i minorenni) pronuncia la decadenza della potestà: vale a dire toglie al genitore tutti i poteri che la legge gli aveva conferito perché adempisse ai doveri del suo ruolo, e può anche allontanarlo dalla residenza familiare. Nel secondo caso il giudice (anche qui il Tribunale per i minorenni) prende "i provvedimenti convenienti secondo le circostanze".

La genericità di questa formulazione è stata oggetto di critiche. Essa, tuttavia, permette al giudice di modulare il provvedimento protettivo in funzione del caso concreto e della sua specificità, tenendo presente che scopo del provvedimento non è la punizione del genitore, ma la protezione del minore da una condotta genitoriale che gli reca pregiudizio.

Questo termine si collega al concetto di incapacità sopra considerato, e consiste in una lesione del diritto del minore "alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo" (Conv. N.U., art. 6 cit.). Sono quindi possibili provvedimenti del Tribunale che prescrivono al genitore determinate condotte (come, ad esempio, accompagnare con regolarità il figlio a una fisioterapia; farlo partecipare ad attività sportive); che autorizzano un intervento dei servizi sociali rifiutato dai genitori (come, ad esempio, un'assistenza domiciliare e un sostegno alla genitorialità); che dispongono un affidamento familiare temporaneo inutilmente proposto dai servizi.

Nel caso di decadenza della potestà, se il provvedimento riguarda entrambi i genitori dovrà essere nominato un tutore dal Giudice tutelare. E' frequente il deferimento della tutela al sindaco, al comune o al servizio sociale. Sono anche possibili in base alle due norme citate provvedimenti che affidano il minore al servizio sociale, a cui vengono così attribuiti in parte maggiore o minore i poteri autoritativi specificati nel provvedimento. E sono consentiti dalla legge, nei casi di urgente necessità, provvedimenti provvisori di affidamento o di collocamento. Tutti questi provvedimenti sono sempre modificabili e revocabili in funzione dell'evolversi negativo o positivo della situazione.

4.2.2 Il procedimento di verifica dello stato di abbandono

Un'ulteriore modalità di protezione dei minori contro il maltrattamento che prescinde dall'esistenza di un reato e che si esplica in ambito civile e non penale è offerta dal procedimento per la verifica dello stato di abbandono. Questo è diretto ad accertare se il minore si trovi "privo di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi" (art. 8 legge 184/1983 modif. da l. 149/2001).

In caso affermativo, il minore è dichiarato adottabile e ha diritto che gli sia trovata una nuova famiglia. La giurisprudenza ha chiarito che la mancanza di assistenza morale e materiale (e quindi lo stato di abbandono) ricorre non solamente quando il minore si trova fuori dalla famiglia (ad es. perché affidato a terzi o collocato in struttura, e senza più rapporti con i genitori), ma anche quando si trovi nella propria famiglia con i genitori, quando l'incapacità genitoriale di questi raggiunga livelli di tale entità da costituire un rischio gravissimo per l'evoluzione del bambino.

Così, è stato ritenuto (Cass., 2008, n. 29118) che si trovi in stato di abbandono una bambina di tre anni con genitori affetti da gravissime patologie (madre affetta da schizofrenia cronica con delirio paranoideo, padre affetto da irreversibile malattia vascolare con seri danni ai centri motori e ad un'ampia area cerebrale), che determinano assoluta incapacità al ruolo genitoriale esplicitantesi in gravissima trascuratezza e incuria.

Ugualmente è stato affermato (Cass., 2009, n. 16795) che la mera espressione di volontà dei genitori di occuparsi del figlio così come una generica speranza del loro recupero non bastano ad escludere lo stato di abbandono e la conseguente dichiarazione dello stato di adottabilità, poiché questa non ha lo scopo di sanzionare i comportamenti del genitore ma di garantire il diritto del fanciullo al suo pieno sviluppo psicofisico.

Come si vede, non rileva sotto questo aspetto accertare se la condotta del genitore abbia o meno posto in essere un reato. E anche nell'ipotesi affermativa, non rileva un suo proscioglimento, poiché il pregiudizio per il minore è una conseguenza oggettiva dell'incapacità al ruolo parentale e non dipende da un accertamento del giudice penale. Sistema penale e sistema di protezione dell'infanzia agiscono su piani diversi, che a prima vista possono anche apparire contrastanti: come quando, dopo il proscioglimento del genitore in sede penale, in sede civile vengano confermati i provvedimenti limitativi della potestà o venga dichiarato lo stato di abbandono.

Ciò è dovuto non solo al fatto che i due sistemi hanno avuto evoluzioni separate, ma anche al cattivo coordinamento ancora esistente fra procedimento penale e procedimento di protezione. Un raccordo normativo tra i due piani è stato visto nell'art. 34 del codice penale, che per certi reati di maltrattamento prevede, come pena accessoria della condanna penale, la perdita o la sospensione della potestà genitoriale. Tuttavia, in base alla presunzione di non colpevolezza, il provvedimento ha effetto soltanto dopo il passaggio in giudicato della sentenza penale, e quindi anche alcuni anni dopo il fatto di maltrattamento.

Esso, quindi, è del tutto inidoneo ai fini della protezione del minore. In altri casi invece la perdita della potestà genitoriale consegue automaticamente a reati che non comportano condotte maltrattanti, come ad esempio nei delitti di soppressione di stato (art 569 cod. pen.).

Qui, la Corte costituzionale è dovuta intervenire per dichiarare l'illegittimità della norma, il cui automatismo finisce per precludere al giudice ogni possibilità di valutazione dell'interesse del minore (Corte cost., 23.1.2013, n.7).

Dunque, un corretto rapporto fra interventi penali e interventi di protezione della vittima è ancora da costruire, e deve tendere a realizzare una risposta penale al maltrattamento dell'infanzia integrata e non in contrasto col sistema di protezione. Questo obiettivo è nelle mani di tutti gli operatori minorili: sociali, sanitari, educativi e giudiziari, inclusi tra questi ultimi i difensori.

4.3 Segnalazioni e procedimenti civili di protezione

I procedimenti civili di protezione iniziano a seguito di un ricorso al Tribunale per i minorenni presentato dai soggetti legittimati a chiederne l'intervento. Come si è detto, nel caso dell'adottabilità unico legittimato è il pubblico ministero minorile, nel caso dei procedimenti di potestà sono anche legittimati a presentare ricorso l'altro genitore o i parenti. Purtroppo, la legge italiana non prevede una analoga legittimazione dei servizi o degli operatori sociosanitari, che non possono quindi rivolgersi direttamente al Tribunale per i minorenni (com'era invece possibile fino al 30 giugno 2007). I servizi però hanno l'obbligo, sanzionato penalmente, di "riferire al più presto al procuratore della repubblica presso il Tribunale per i minorenni del luogo in cui il minore si trova sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengano a conoscenza in ragione del proprio ufficio" (art. 8 legge 1983 n.184, come modif. dalla legge 2001 n.149). Quest'obbligo grava su tutti i pubblici ufficiali, gli incaricati di pubblico servizio e gli esercenti un servizio di pubblica necessità.

E' quindi un obbligo personale, che riguarda ogni singolo operatore sociale, sanitario e scolastico quali che ne siano la qualifica professionale ed il livello. L'omessa segnalazione di abbandono è punita ai sensi dell'art. 328 cod. pen. come omissione di atti di ufficio. Di fronte a tali disposizioni sarebbe quindi inutile invocare il diritto alla privacy del minore o dei suoi familiari. La segnalazione non incide su tale diritto, in quanto i dati non sono divulgati ma sono indirizzati per obbligo di legge all'autorità giudiziaria minorile e non destinati a diventare di pubblico dominio. E lo stesso vale nei rapporti tra i vari servizi in particolare tra servizi sanitari che si occupano di adulti (Sert, CSM) e servizi sociali competenti nella protezione del minore: senza una comunicazione ed una integrazione reciproca non potrebbero svolgere il loro compito istituzionale.

4.4 Segnalazione a chi, come, quando

La segnalazione va indirizzata al procuratore della repubblica presso il Tribunale per i minorenni, ma se risulta che è in corso procedimento di separazione o divorzio va invece

indirizzata al procuratore della repubblica presso il Tribunale civile ordinario dove è pendente il giudizio. Ciò per effetto delle modifiche introdotte dalla legge 219/2012 di cui si dirà oltre.

È opportuno che la segnalazione avvenga facendo uso del modello recentemente approvato in via sperimentale dal tavolo di lavoro tra autorità giudiziaria minorile e responsabili regionali dei servizi sociosanitari.

È un modello che ha lo scopo di fornire sin dall'inizio all'autorità giudiziaria i dati personali e familiari il più possibile completi ed esatti, evitando perdite di tempo successive. Più complesso è stabilire in concreto quando un minore debba essere segnalato.

La legge parla di minore "in situazione di abbandono", ma questa non può essere intesa in senso letterale né in senso restrittivo. Il giudizio sull'esistenza o meno di un abbandono non spetta infatti ai servizi ma, come si è detto sopra, al Tribunale, con tutte le garanzie di difesa e di contraddittorio tra le parti. Certamente vi è obbligo di segnalazione quando i genitori rifiutano l'intervento di aiuto e sostegno dei servizi malgrado la situazione di pregiudizio in cui il minore si trova. Ma anche se l'intervento è stato accettato, non per questo la situazione di pregiudizio può prolungarsi più di tanto. I tempi dei bambini non sono quelli degli adulti. Inoltre, l'operatore deve stare molto attento a non focalizzare l'attenzione sui bisogni dell'adulto, dimenticando quelli del minore. Come l'adulto, anche il minore è persona, ed è portatore di autonomi diritti. Il fatto che, in ragione dell'età, non sia in grado autonomamente di farli valere, deve responsabilizzare ancora di più l'operatore nei suoi confronti.

Il primo dei diritti del minore che l'operatore impegnato sul caso deve rispettare è il diritto all'ascolto, inteso come capacità professionale di saper cogliere i messaggi anche non verbali che il minore anche infante manda all'esterno: richiesta di maggiore affetto e di cure; richiesta di stabilità delle figure accudenti; richiesta di ambiente familiare accogliente e nonviolento, e così via. Il rischio (elevato) è che l'operatore "ascolti" solo i bisogni dell'adulto, oppure che viva la segnalazione all'autorità giudiziaria come un insuccesso professionale.

È invece indice di buona professionalità saper individuare il momento in cui la segnalazione è opportuna, dandone leale e corretta informazione al genitore inutilmente responsabilizzato. L'impossibilità di definire a priori e in astratto casi e tempi per la segnalazione aveva originato in passato la diffusa prassi di consultare preventivamente il Tribunale per i minorenni in persona del suo presidente o di un giudice delegato.

Questo non è più consentito.

Dopo l'entrata in vigore delle disposizioni processuali della legge 149/2001, avvenuta il 1° luglio 2007, il servizio deve necessariamente relazionarsi con il pubblico ministero minorile, al quale spetta decidere se dare corso o meno alla segnalazione chiedendo al Tribunale l'inizio di un procedimento civile di protezione. È importante che il servizio segnalante venga informato tempestivamente di tali decisioni da parte della procura. In alcune sedi di procura esiste la buona prassi di istituire, anche per la materia civile, un turno, designando un sostituto che i servizi possono contattare e consultare in ogni momento.

4.5 Segnalazioni e maltrattamenti penalmente rilevanti

In molti casi i fatti di maltrattamento all'infanzia hanno rilevanza penale e configurano dei reati perseguibili di ufficio. E' fatto obbligo allora ai pubblici ufficiali e agli incaricati di pubblico servizio che ne abbiano avuto notizia nell'esercizio delle loro funzioni farne denuncia senza ritardo e per iscritto al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria (art. 331 c.p.p.).

Il contenuto della denuncia è così precisato dalla legge: 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 e della persona offesa (art. 332 c.p.p.). Non c'è alcun dubbio che gli operatori dei servizi sociali rientrino nella categoria dei pubblici ufficiali e degli incaricati di pubblico servizio, quindi hanno l'obbligo della denuncia.

Da parte loro gli operatori sanitari, che hanno prestato assistenza in casi che possono presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio, hanno l'obbligo di riferirne senza ritardo all'autorità giudiziaria (obbligo di referto: art. 365 cod. pen.).

L'obbligo di referto è escluso solo quando il referto stesso esporrebbe la persona assistita ad un procedimento penale a suo carico.

Queste due ipotesi sono assai diverse da quelle in cui, a norma degli artt. 8 e 9 della legge 184/1983 e 149/2001 sul diritto del minore a una famiglia, gli stessi destinatari delle norme precedenti (vale a dire gli operatori dei servizi sociali e sanitari) sono obbligati a fare segnalazione del caso al pubblico ministero minorile. Segnalazione e denuncia sono quindi atti diversi per finalità e contenuti, così come sono ipotesi diverse quelle dell'abbandono rilevante ai fini della dichiarazione di adottabilità (artt. 8 e 9 legge citata) e quella del reato di abbandono di persona incapace o minore prevista dall'art. 591 cod. pen.

Quando un caso presenta entrambi gli aspetti, in mancanza di appositi protocolli d'intesa è opportuno mantenere separata e diversificata la segnalazione al procuratore per i minorenni dalle denunce alle procure ordinarie. Il contenuto delle denunce, infatti, determinato dall'art. 332 c.p.p. citato sopra, è più specifico e ridotto, mentre la segnalazione alla procura minorile, riferendosi a casi di incapacità genitoriale, deve contenere più ampi elementi di valutazione della situazione personale del minore e del contesto ambientale e familiare.

L'articolo 403 del codice civile Strumento importante di protezione è l'art. 403 codice civile, secondo il quale quando un minore è in una situazione di pregiudizio ambientale abitativo educativo o relazionale, o è trascurato maltrattato o abbandonato, "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".

La norma, risalente alla entrata in vigore del codice civile (1942) e mai armonizzata con le successive riforme, pecca di eccessiva genericità, ma non c'è dubbio che attribuisca ai servizi sociali del territorio ("organi di protezione dell'infanzia") il potere/dovere di disporre

allontanamenti provvisori e urgenti dandone immediata comunicazione all'autorità giudiziaria minorile (e cioè al procuratore della repubblica presso il Tribunale per i minorenni).

Ancor più di quanto si è appena detto per le segnalazioni ed a maggior ragione, la genericità della formulazione dell'art. 403 e la delicatezza dei poteri/doveri che esso attribuisce ai servizi richiederebbero l'esistenza di buone prassi concordate tra procura minorile e servizi territoriali in questa materia, compresa la possibilità per i servizi di consultare senza formalità il sostituto procuratore di turno

4.6 Il minore conteso

Sono molto aumentate in questi anni le controversie giudiziarie che hanno per oggetto l'affidamento della prole in caso di separazione o divorzio dei genitori, di competenza del Tribunale ordinario. Il fenomeno si è esteso ai casi di genitori non coniugati e non più conviventi, in conflitto tra loro per l'attribuzione dell'esercizio della potestà sul figlio naturale e il suo collocamento. È l'effetto dei mutamenti sociali e culturali in atto, e del nuovo ruolo assunto dal padre.

A questi mutamenti hanno fatto seguito recenti modifiche piuttosto disordinate del quadro normativo e riforme parziali che pongono problemi interpretativi e applicativi. In sintesi, a seguito della legge 54/2006 sull'affidamento condiviso è stato introdotto il principio della bigenitorialità, che attribuisce al figlio il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno dei due genitori e di conservare rapporti con gli ascendenti e i parenti di ciascun ramo genitoriale. Tale principio vale anche nei confronti di genitori non coniugati. Queste ultime controversie erano di competenza del Tribunale per i minorenni.

Successivamente, la legge 219/2012 sull'equiparazione dei figli naturali ai figli legittimi ha tolto al Tribunale per i minorenni la competenza per queste controversie, attribuendola al Tribunale ordinario. Per effetto di ciò, il Tribunale ordinario è divenuto anche il giudice della potestà quando davanti a lui è in corso un procedimento di separazione o divorzio oppure una controversia fra genitori naturali per l'affidamento del figlio.

La riforma ha il pregio di attribuire a un solo giudice la materia dell'affidamento e del mantenimento della prole in caso di frattura della coppia genitoriale coniugata o non coniugata. Ha però il difetto di non avere previsto la creazione di sezioni specializzate per la famiglia nei tribunali ordinari, di non avere dettato norme per l'esecuzione dei provvedimenti di affidamento, e di avere reso problematico il rapporto fra servizi sociali e giudice. Infatti il raccordo tra servizi e autorità giudiziaria ordinaria non è stato disciplinato dalla legge, ed è reso oggettivamente difficile dalle norme del processo civile contenzioso, dall'impreparazione di molti operatori giudiziari e forensi, dalla scarsa attenzione che le procure ordinarie della repubblica riservano solitamente agli affari civili.

Queste difficoltà potrebbero essere in parte superate attraverso una più attenta gestione delle proprie competenze civili da parte delle procure della repubblica dei tribunali ordinari. Infatti, a norma dell'art. 70 del codice di procedura civile, il pubblico ministero deve intervenire nei giudizi di separazione e divorzio, e deve essere sentito nei procedimenti di

potestà (artt. 738-740 c.p.c.). Per di più, egli ha il potere di impugnare il provvedimento del giudice. Attraverso il canale del pubblico ministero i servizi possono dunque far sentire la loro voce, che sarà tanto più ascoltata quanto più sarà professionalmente qualificata.

Nei casi poi in cui i servizi hanno anche la tutela, il loro intervento in qualità di legali rappresentanti del minore non potrà essere ignorato né sul piano sostanziale né su quello processuale.

Il problema dell'esecuzione dei provvedimenti, spesso esasperato da un'accesa conflittualità fra genitori non controllata e talora alimentata da strategie difensive rozze e professionalmente squalificanti, potrà essere avviato a soluzione solo con una strategia complessa che comprenda una maggior diffusione della cultura della mediazione e che veda impegnati i capi degli uffici giudiziari, i consigli degli ordini forensi, le sedi formative degli operatori giudiziari, le forze dell'ordine e i responsabili dei servizi sociali per l'infanzia. Uno sforzo per definire linee guida comuni è in atto, ma non potrà dare risultati in tempi brevi.

4.7 Il minore vittima di reati di maltrattamento

L'emersione del fenomeno della violenza domestica e nelle relazioni strette ha prodotto una maggiore sensibilità per le vittime in generale e per le vittime minorenni in particolare. Nel campo del diritto penale questo ha avuto una duplice conseguenza: la stesura di numerose carte e linee guida sia nazionali che internazionali, e l'introduzione di nuove ipotesi di reato.

Sotto questi aspetti vanno in rapida sintesi ricordate la Convenzione di Lanzarote e la recente Direttiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo, e a livello nazionale la Carta di Noto ed i reati di pornografia minorile (art. 600 ter cod. pen.), pornografia virtuale minorile (/600 quater cod. pen.).

Nel nostro ordinamento un certo numero di condotte violente o maltrattanti in danno di soggetti minorenni era da tempo previsto e punito dalla legge penale come reato. Esemplificando, la violenza fisica può costituire il delitto di lesioni personali (artt. 582, 583, 585 cod. pen.); la violenza psicologica il delitto di maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli (art. 572 cod. pen.); l'abbandono di minore il delitto di abbandono di persone minori o incapaci (art. 591 cod. pen.). Tuttavia, fatta eccezione per i delitti contro la personalità individuale (es.: art. 600 bis, prostituzione minorile) e contro la libertà personale (es.: art. 609 bis, violenza sessuale; 609 quater, atti sessuali con minorenne; art. 609 octies, violenza sessuale di gruppo), per i quali l'art. 609 decies prevede che il procuratore della repubblica ne dia notizia al Tribunale per i minorenni; che il minore vittima abbia diritto all'assistenza affettiva e psicologica di una persona da lui indicata; che in ogni caso gli sia assicurata l'assistenza del servizio sociale minorile del ministero della giustizia e dei servizi dell'ente locale, non esiste nel nostro diritto penale un sistema organico di protezione e tutela della vittima minorenne. Nemmeno esiste un organico raccordo normativo con il settore della protezione giudiziaria e con quello dei servizi sociali.

Questo può dar luogo a sovrapposizione di interventi, o a interventi contraddittori e non coordinati, tanto più che anche la terminologia favorisce gli equivoci, come accade per la nozione di abbandono.

Questa infatti ha un diverso significato e diversi effetti in campo penale (cfr. art. 591 cod. pen.) e in campo civile (cfr. art. 8 legge 184/1983). Un approccio organico alla materia dei diritti delle vittime di reato e della loro assistenza e protezione è fornito invece nella citata Direttiva 2012/29/UE del Parlamento e del Consiglio Europeo, alla quale i Paesi membri dovranno conformare la loro legislazione entro il 16 novembre 2015.

Nel frattempo, le disposizioni della Direttiva hanno già valore di criterio interpretativo della normativa vigente e possono fornire indicazioni importanti. Prima fra queste è il diritto della vittima di essere riconosciuta e trattata "in maniera rispettosa, sensibile, personalizzata, professionale e non discriminatoria", in tutti i contatti con i servizi o con la giustizia penale. Se la vittima è un minore, deve essere considerato il suo superiore interesse e si deve procedere a una valutazione individuale delle sue specifiche esigenze di protezione. Si privilegia un approccio rispettoso che tenga conto dell'età, della maturità, delle opinioni, delle necessità e delle preoccupazioni (art.1).

Fin dal primo contatto, la vittima minorenni ha il diritto di capire e di essere capita (art. 3); ha il diritto di essere ascoltata (art. 10); di avere accesso alla difesa a spese dello Stato dove la normativa interna lo preveda art. 13); di avere un rappresentante legale o un curatore speciale quando vi sia conflitto di interesse con i genitori o quando non sia accompagnato o sia separato dalla famiglia (art. 24 b, c). 16 ratificata con legge 1 ottobre 2012 n. 172 Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale, fatta a Lanzarote il 25 ottobre 2007, nonché norme di adeguamento dell'ordinamento interno.

Particolarmente significative sono le disposizioni della Direttiva in materia di giustizia riparativa, e cioè di quel particolare tipo di risposta penale al reato che non prevede meccanicamente la punizione del colpevole, ma punta alla sua responsabilizzazione nei confronti della vittima e alla ricomposizione del microconflitto sociale creatosi col reato. E' un tipo di risposta penale ancora acerbo per il nostro ordinamento, ma è già previsto nel procedimento penale minorile introdotto dal d.p.r. 448/1988 attraverso la sospensione del processo e la messa alla prova (art. 28 dpr citato). Con questa infatti il giudice, sulla base di un progetto elaborato dai servizi sociali, può "impartire prescrizioni dirette a riparare le conseguenze del reato e a promuovere la conciliazione del minore con la persona offesa". In caso di esito positivo della prova, il reato è estinto e l'imputato prosciolto.

Questo tipo di intervento – ricorda l'art. 12 della Direttiva – deve evitare il pericolo di vittimizzazione secondaria, di intimidazioni e di ritorsioni. Pertanto, perché possa farsi utile ricorso alla giustizia riparativa, è necessario che i servizi coinvolti siano "sicuri e competenti"; che l'intervento sia nell'interesse della vittima; che sia basato sul suo consenso libero e informato revocabile in qualsiasi momento; che siano tenute in debito conto l'età e la maturità della vittima minorenni.

La formazione della polizia, del personale giudiziario, dei giudici e dei pubblici ministeri, degli avvocati è considerata condizione indispensabile per garantire i diritti delle vittime di maltrattamenti e violenze. E' quindi riconosciuta per tutti questi operatori ed a tutti i livelli la necessità di una formazione "sia generale che specialistica che li sensibilizzi maggiormente alle esigenze delle vittime" (art. 25). Esiste infatti, e non va sottovalutato, il pericolo che

nella materia penale la fondamentale esigenza di garantire i diritti dell'imputato – tra i quali il principio costituzionale di non colpevolezza fino alla condanna definitiva – tenga in vita e rinforzi una disattenzione per i diritti delle vittime, e tra queste in primo luogo per quelle di minore età, e tra queste ancora di più per quelle suscettibili di essere discriminate per motivi di genere o di etnia. E' un rischio che nel nostro ordinamento e nella nostra cultura è più alto che nei Paesi del Centro e del Nord dell'Unione Europea, dove alle garanzie per i diritti dell'imputato fanno da contrappeso sistemi di protezione dell'infanzia forti diffusi e ben strutturati, capaci di difendere i diritti del minore anche di fronte alla giustizia. Deve ammettersi che così non è ancora nel nostro Paese, dove la voce dei servizi di protezione e tutela dell'infanzia è ancora debole e in molte zone assente. Questa voce va rinforzata sul piano istituzionale, giudiziario e della qualificazione professionale. L'art. 24 della legge regionale 28 luglio 2008 n. 14, "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni", indica tutti gli strumenti necessari a questo scopo. Non può essere considerato solo una norma programmatica, ma va applicato con maggiore sistematicità e convinzione

5.METODOLOGIA DI LAVORO

In ottemperanza al mandato del committente, e alla luce della propria esperienza, si è inteso produrre un documento non genericamente declaratorio ma concretamente operativo volto a utilizzare al meglio le prassi in uso e, possibilmente, a migliorarle, intervenendo per rimuovere le condizioni che ostacolano, a livello di Istituzioni, Servizi e professionisti, un tempestivo, efficiente ed efficace funzionamento dei servizi che operano nel contrasto al maltrattamento/abuso all'infanzia. Tenendo conto di tali finalità il metodo di lavoro è stato caratterizzato dal confronto tra le "indicazioni" contenute nei diversi documenti e le possibili criticità che si frappongono alla loro attuazione.

5.1 Prima fase

Questa fase ha comportato l'esame dei dati e dei documenti disponibili

L'esame di tali documenti è stato condotto: a) analizzando separatamente i principali tipi di maltrattamento/abuso (maltrattamento fisico, abuso sessuale, trascuratezza grave, violenza assistita, patologia delle cure) con l'obiettivo di fare risaltare le eventuali specificità e criticità di ciascuno, con l'intenzione di procedere in un secondo tempo a eventuali possibili accorpamenti. b) prendendo in considerazione - diversi ipotetici scenari (vedi box 1) in contesti diversi (vedi box 2) - separando le diverse fasi dell'intervento: la rilevazione, l'attivazione della rete dei servizi, la segnalazione all'Autorità giudiziaria e misure di protezione, la valutazione multidisciplinare, il trattamento del minore e della sua famiglia, quando possibile. Tale suddivisione è stata adottata per esigenze di maggiore analisi e seguendo le indicazioni della letteratura internazionale che valuta "buona prassi" questa metodologia

Box 1

Gli scenari

L'acquisizione dell'informazione può avvenire attraverso:

- il racconto spontaneo di maltrattamento/abuso da parte del minore o di un genitore o di altri, minore o adulto, che hanno ricevuto la confidenza (racconto indiretto) da parte di personale incaricato di pubblico servizio
- il riscontro di lesioni fisiche dubbie o compatibili con un sospetto maltrattamento/abuso in un minore
- la ricorrenza non sufficientemente spiegata di tali lesioni, o di segni comportamentali o emotivi di disagio correlabili a situazioni violente, dirette o assistite, o a situazioni d'incuria importanti

Box 2

I contesti:

- il Servizio Sanitario nelle sue articolazioni territoriali e ospedaliere
- il Servizio Sociale
- la Scuola
- i Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-3 e 3-6 anni del sistema integrato regionale
- le strutture e gli ambienti riferibili al Terzo Settore quali società sportive, centri di aggregazione, organizzazioni di volontariato e adulti di riferimento del minore
- le Forze dell'Ordine, la Polizia Municipale
- l'autorità giudiziaria

5.2 Seconda fase

E' stata caratterizzata da un'analisi dettagliata di problemi e difficoltà più frequenti, delle incertezze che si verificano nell'operare quotidiano da parte dei diversi professionisti (vedi box 3) nei vari contesti, e fra i professionisti nei e fra i servizi, nei rapporti fra le istituzioni, così come si evidenziano nella letteratura scientifica sull'argomento e come si sono declinate nell'esperienza concreta, fatta dagli stessi componenti del sottogruppo di lavoro regionale

Box 3

Professionisti coinvolti nell'accoglienza nei diversi contesti:

- Il Servizio Sanitario sul territorio con i pediatri di famiglia e i medici di medicina generale, i pediatri di comunità, gli assistenti sanitari, gli psicologi e i neuropsichiatri infantili, i logopedisti e i terapisti della riabilitazione, gli educatori professionali, i professionisti dei SERT, della salute mentale e dei consultori familiari
- Il Servizio Sanitario ospedaliero con i pediatri e i medici, infermieri, ostetriche dei Pronto Soccorso, delle Unità di degenza, dei Day-Hospital ed ambulatori
- Il Servizio Sociale con le assistenti sociali in ospedale e sul territorio
- La Scuola, con il personale dirigente, docente e A.T.A. (assistenti amministrativi e tecnici, collaboratori scolastici e direttori dei servizi generali e amministrativi)
- i Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-3 e 3-6 anni del sistema integrato regionale
- ambienti riferibili al Terzo settore (società sportive, centri di aggregazione, organizzazioni di volontariato e adulti di riferimento del minore) con allenatori sportivi, educatori, personale dei centri di aggregazione, del volontariato, vicinato, ecc.

Sulla base di questo lavoro sono state costruite griglie di analisi e di possibili interventi (vedi Allegato 4) comportanti:

- l'identificazione dei possibili **fattori di ostacolo (criticità)** che si frappongono all'adozione delle indicazioni emerse dai diversi documenti;
- la definizione di possibili **interventi** atti alla loro rimozione.

5.3 Terza fase

E' stata caratterizzata da un processo di riaccorpamento e di sintesi progressive a ritroso per mettere insieme quanto poteva essere comune, arrivando alla definizione di raccomandazioni generali ai professionisti e ai Servizi per ciascuna fase) mettendo in evidenza quelle specifiche per ciascun tipo di maltrattamento, relative a:

- costruzione/miglioramento di protocolli intraservizi, interservizi e interistituzionali
- percorsi dedicati
- percorsi di formazione da realizzare nelle singole realtà aziendali/aree vaste
- revisione e omogeneizzazione dei sistemi di raccolta dati ai fini statistici epidemiologici
- monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni nelle singole realtà aziendali/aree vaste
- valutazione dei risultati con proposte di alcuni indicatori comuni.

Box 3

Professionisti coinvolti nell'accoglienza nei diversi contesti:

- Il Servizio Sanitario sul territorio con i pediatri di famiglia e i medici di medicina generale, i pediatri di comunità, gli assistenti sanitari, gli psicologi e i neuropsichiatri infantili, i logopedisti e i terapisti della riabilitazione, gli educatori professionali, i professionisti dei SERT, della salute mentale e dei consultori familiari

- Il Servizio Sanitario ospedaliero con i pediatri e i medici, infermieri, ostetriche dei Pronto Soccorso, delle Unità di degenza, dei Day-Hospital ed ambulatori
- Il Servizio Sociale con le assistenti sociali in ospedale e sul territorio
- La Scuola, con il personale dirigente, docente e A.T.A. (assistenti amministrativi e tecnici, collaboratori scolastici e direttori dei servizi generali e amministrativi)
- i Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-3 e 3-6 anni del sistema integrato regionale
- ambienti riferibili al Terzo settore (società sportive, centri di aggregazione, organizzazioni di volontariato e adulti di riferimento del minore) con allenatori sportivi, educatori, personale dei centri di aggregazione, del volontariato, vicinato, ecc.

6. RACCOMANDAZIONI IN CASO DI MALTRATTAMENTO/ABUSO

6.1 Introduzione e fasi dell'intervento

Gli interventi nell'ambito del maltrattamento/abuso dell'infanzia comportano molte sfide. Per le sue peculiarità (gravità, multiformità, sommersione, incrocio tra differenti esigenze e obiettivi) il lavoro concernente il maltrattamento/abuso sul minore esige il massimo livello d'integrazione tra i professionisti, tra i Servizi e fra questi ultimi e gli Enti/Agenzie. E' in questo ambito che si riscontrano le principali criticità. Diviene pertanto necessario implementare assetti organizzativi che favoriscano il confronto fra professionisti (saperi, competenze e prassi) in un sistema volto al raggiungimento di obiettivi condivisi negli interventi di protezione, tutela e cura nell'ottica del preminente interesse del minore.

Ciò richiede:

1. competenze di base (prevenzione e riconoscimento) e specialistiche (diagnosi e cura)
2. lavoro in equipe multiprofessionale attivata sul caso
3. attivazione tempestiva degli interventi dei servizi in un'ottica multidimensionale, garantendo in ogni caso l'intervento sanitario in emergenza
4. rinforzo e diffusione dei percorsi integrati fra sociale, sanitario e agenzie educative, tra ospedale e servizi sanitari territoriali, tra magistratura minorile e ordinaria (AA.GG.), tra queste e i servizi di protezione e cura
5. individuazione di soluzioni idonee e qualificate per l'emergenza e per l'accoglienza dei minori che hanno subito esperienze traumatiche
6. percorsi diagnostico-assistenziali dedicati
7. strumenti di rilevazione, valutazione e cura confrontabili per efficacia, appropriatezza ed economicità

8. formazione integrata e sostegno agli operatori nella complessità degli interventi
9. promozione di progetti di ricerca sul fenomeno della violenza ai minori
10. consolidamento dell'empowerment di comunità attraverso la promozione dei servizi e delle loro attività. L

e raccomandazioni di seguito esplicitate prevedono la suddivisione del processo d'intervento in fasi, come è riconosciuto essere "buona prassi" nella letteratura nazionale e internazionale: - rilevazione - attivazione della rete dei servizi - segnalazione all'autorità giudiziaria e misure di protezione del minore - valutazione multidisciplinare - trattamento.

6.2 Rilevazione

La rilevazione costituisce una fase cruciale per la prevenzione, la protezione e la cura. E' caratterizzata dal precoce riconoscimento dei segni e individuazione dei segnali di malessere dei minori, le condizioni di rischio reale e potenziale entro cui sono posti, nonché eventuali condotte pregiudizievoli degli adulti di riferimento. Questa fase coinvolge tutti i soggetti che osservano il bambino, secondo il modello ecologico dell'intervento (WHO, 2002) e si avvale delle diverse competenze professionali e funzioni istituzionali. L'accuratezza degli elementi raccolti determina in modo significativo la possibile attivazione di un tempestivo intervento di protezione, valutazione, eventuale segnalazione all'AA.GG., presa in carico, trattamento (vedi Scenari Cap. 4 e Griglie alleg. 4).

6.2.1 Raccomandazioni nella fase di rilevazione

Dal monitoraggio delle buone prassi attualmente in essere in Regione e dalle principali criticità operative, si individuano le seguenti raccomandazioni riferite ai diversi servizi/enti/agenzie.

SERVIZIO SOCIALE

Si raccomanda che i Servizi Sociali concorrano a definire o implementare, se già esistenti, procedure integrate tra i servizi della rete, in particolare con il Servizio Sanitario e la Scuola, perchè:

- ✚ non escluda la possibilità del maltrattamento/abuso fra le ipotesi eziopatogenetiche
- ✚ si ponga in atteggiamento di ascolto del minore senza sottovalutare o sovrastimare gli elementi raccolti/osservati
- ✚ sia consapevole della complessità del fenomeno
- ✚ si muova nell'ottica della valutazione multidisciplinare
- ✚ possa avvalersi di consulenze specialistiche esperte
- ✚ attivare un precoce confronto multidisciplinare sui singoli casi
- ✚ fornire indicazioni chiare e dettagliate sulla propria organizzazione (chi contattare e come)

SERVIZIO SANITARIO

Oltre a quanto previsto per i Servizi Sociali, al Servizio Sanitario si raccomanda di definire procedure interne che: E' auspicabile che i Pronto Soccorso regionali siano integrati in maniera informatica per facilitare la ricerca di precedenti accessi e rilevare la migrazione degli adulti presunti abusanti per valutare l'entità del rischio e attuare misure preventive e protettive.

SCUOLA

Come già previsto dai protocolli stipulati a livello provinciale fra diverse istituzioni i piani dell'offerta formativa predisposti dalle istituzioni scolastiche devono comprendere l'impegno alla tutela dei minori anche prevedendo specifiche modalità di intervento per l'accoglienza e presa in cura delle vittime di violenza. Al riguardo si raccomanda siano definite procedure interne, con indicazioni al personale della scuola circa le modalità con cui immediatamente riferire al Dirigente Scolastico situazioni riscontrate, o di cui si sia venuti a conoscenza, di pregiudizio per i minori o di violenza verso di loro.

Si raccomanda inoltre che la Scuola concorra a definire procedure di raccordo esterne con:

- + facilitino l'accesso ai servizi
- + connettano e integrino i Servizi Ospedalieri con i Servizi Territoriali, e il Servizio Sanitario stesso nelle sue articolazioni con il Servizio Sociale
- + prevedano l'inserimento nella scheda di accesso/dimissione del Pronto Soccorso, nella cartella clinica di degenza/day hospital e nella scheda ambulatoriale almeno della voce "sospetto maltrattamento/abuso" da barrare da parte del medico curante come risposta obbligatoria per la chiusura del documento
- + effettuare sollecitamente la comunicazione al Dirigente scolastico/Gestore scuola paritaria • attivare tempestivamente il confronto con il Servizio Sociale che farà eventualmente da tramite con il Servizio Sanitario
- + sapere come e a chi rivolgersi nelle situazioni che richiedono una protezione immediata del minore
- + il S. Sociale, con relativa modulistica per la segnalazione e la richiesta di intervento
- + il S. Sanitario, o il Centro specialistico ove esiste, per le eventuali consulenze, preferibilmente tramite il Servizio Sociale
- + le Forze dell'Ordine

SERVIZI EDUCATIVI RIVOLTI ALL'INFANZIA 0-3 e 3-6 anni

Si raccomanda siano definiti accordi interni, contenenti indicazioni al personale dei servizi educativi e scolastici circa le modalità con cui riferire tempestivamente al Coordinatore pedagogico del servizio, al quale compete la responsabilità dei servizi 0-3 anni pubblici e privati convenzionati/appaltati così come per le scuole dell'infanzia 3-6 anni paritarie comunali e paritarie private, mentre per le scuole statali vale come riferimento il Dirigente Scolastico.

Anche per i servizi 0-6 anni valgono dunque i passaggi di seguito indicati:

TERZO SETTORE

E' raccomandabile che il personale/i volontari:

- + effettuare sollecitamente la comunicazione al Dirigente scolastico/Gestore scuola paritaria/Coordinatore pedagogico
- + attivare tempestivamente il confronto con il Servizio Sociale che farà eventualmente da tramite con il Servizio Sanitario
- + sapere come e a chi rivolgersi nelle situazioni che richiedono una protezione immediata del minore
- + siano facilitati nell'accesso al Servizio Sociale e/o Sanitario o al Centro specialistico ove esiste, per un confronto appropriato su dubbi e segni di disagio rilevati in questa fase
- + siano facilitati nell'accesso al Servizio Sociale e/o Sanitario o al Centro specialistico ove esiste, per un confronto appropriato su dubbi e segni di disagio rilevati in questa fase

L'attenzione e la cura del personale educativo alle caratteristiche con cui i genitori si rapportano ai loro figli, assieme ad un'osservazione non giudicante ed intrusiva, verso le modalità con cui padri e madri relazionano tra loro, costituiscono aspetti che possono, se colti con la necessaria professionalità, costituire fattori preventivi e di contrasto agli indizi a volte già presenti in questa età. Al riguardo si raccomanda che il personale venga facilitato nel cogliere i segnali sospetti presenti nella relazione tra bambini e adulti, attraverso una adeguata formazione in servizio, in grado di offrire strumenti di osservazione e stili comunicativi efficaci. Allo stesso tempo occorre che il personale, opportunamente sensibilizzato a rilevare atteggiamenti considerati già indizi di una futura e probabile relazione distorta, esposta cioè a progressivi deterioramenti, possa essere tutelato nella segnalazione delle persone su cui pesa il sospetto di un possibile maltrattamento.

Il Terzo Settore comprende: sistema di accoglienza extra-familiare, cooperative sociali, associazione di volontariato, Centri di aggregazione, Centri Antiviolenza ecc.)

6.2.2 Raccomandazioni SPECIFICHE AGGIUNTIVE

* **Maltrattamento fisico**

Si raccomanda di **sospettare una condizione di maltrattamento fisico** ogniqualvolta, a fronte di una lesione fisica in un minore, ricorra **anche soltanto una delle seguenti situazioni:**

- il tempo intercorso prima del coinvolgimento del servizio sanitario è inusuale e non è data una giustificazione plausibile del ritardo
- la spiegazione della dinamica dell'evento che ha provocato la lesione non è fornita, è vaga, appare incoerente, inconsistente o soggetta a successive modifiche
- presenza di altri segni di maltrattamento (es. trascuratezza grave)
- precedenti accessi del minore al Servizio Sanitario per traumi o lesioni sospette, dubbie o non adeguatamente spiegate (pediatra di famiglia/medico di Medicina Generale, stesso Pronto Soccorso (PS) o PS limitrofi)
- presenza di segnali comportamentali ed emotivi nel bambino (es. segnali di disagio quali paura, allarme e ipervigilanza oppure apatia e distacco) o nella coppia genitoriale (imbarazzo, evitamento, aggressività che prevalgono sull'atteggiamento coerente di preoccupazione e rassicurazione verso il bambino).

E' raccomandabile che sia assicurato:

- un II° livello sanitario per un'eventuale consulenza esperta e per un confronto clinico sui segni
- il supporto di specifici strumenti metodologici di ausilio ai sanitari per la diagnosi differenziale (vedi Bibliografia, Baronciani et al. Fratture e abuso - auspicabili altri quaderni analoghi su aspetti altrettanto problematici)
- la possibilità di fotografare le lesioni (es. lesioni cutanee in evoluzione)
- l'accesso facilitato ai servizi ospedalieri per l'esecuzione di accertamenti e/o per il ricovero a fini diagnostici e/o di protezione.

* **Abuso sessuale**

Va tenuto presente che in questi casi:

- i segni fisici sono rari e spesso aspecifici
- l'assenza di segni fisici non permette di escludere l'ipotesi di abuso
- vanno quindi particolarmente valorizzati i sintomi/segnali emotivi e comportamentali, pure se aspecifici, anche in assenza di rivelazione
- in particolare vanno approfondite le conoscenze sessuali improprie che emergono e i comportamenti sessualizzati¹, soprattutto se compulsivi e pervasivi, non adeguati all'età e alla fase dello sviluppo.

Si raccomanda che sia assicurato:

- un percorso specifico dedicato² nell'ambito di tutte le strutture di accesso sia ospedaliere che territoriali per assicurare una tempestiva presa in carico ed evitare la ripetizione inutile di visite e accertamenti
- un clima di accoglienza, approntando un ambiente idoneo e riservato
- che possa essere presente durante la visita un adulto di riferimento del bambino/a, se questi non desidera diversamente
- che gli operatori sappiano cosa fare e cosa non fare fin dai primi momenti della fase di rilevazione (es. evitare procedure infermieristiche che possano interferire con l'eventuale repertazione di materiale biologico a fini forensi, evitare che il minore resti presente al racconto del genitore/adulto relativo al presunto abuso)
- che la visita sia condotta da due professionisti (il secondo dei quali anche non medico)
- che chi conduce la visita (pediatra e/o ginecologo) sia in possesso di specifiche abilità tecniche e comunicative
- che venga raccolto il racconto spontaneo del minore documentandolo nel modo più corretto e testuale possibile, evitando l'induzione positiva e negativa, ponendosi il problema di non ri-vittimizzare il minore, evitando in particolare la richiesta di reiterare il racconto del fatto
- la registrazione fedele delle dichiarazioni dell'adulto/i che accompagna/accompagnano il minore
- che venga effettuata una documentazione fotografica
- la valutazione clinica multiprofessionale
- la possibilità che l'equipe multiprofessionale di primo livello o "Unità di Valutazione Multiprofessionale³ - UVM" possa avvalersi di equipe specialistica di secondo livello (ginecologo, pediatra e altri) assicurata almeno a livello provinciale/Area Vasta
- l'acquisizione tempestiva di ulteriori informazioni sanitarie: collegamento con pediatra di famiglia/medico di medicina generale e con PS limitrofi
- l'accesso facilitato ai servizi ospedalieri per l'esecuzione di accertamenti e/o per il ricovero a fini diagnostici e/o di protezione.

* **Sindrome di Münchausen per procura (MPS)**

Si raccomanda che sia assicurata:

- la raccolta dell'anamnesi effettuata in modo da mettere a fuoco gli aspetti correlati alla "migrazione sanitaria" tipica di questi casi, prevedendo la registrazione accurata e cronologicamente dettagliata dei diversi professionisti consultati, dei vari accertamenti anche strumentali eseguiti, delle terapie effettuate e della loro durata, della aderenza riferita alle indicazioni terapeutiche ricevute
- la valutazione clinica alla ricerca della corrispondenza tra quanto riferito nell'anamnesi e le reali condizioni cliniche del bambino, tenendo presente la possibilità della somministrazione non dichiarata di sostanze chimiche/farmaci e di eventuali segni/sintomi correlabili
- il confronto tra i diversi professionisti, in particolare quelli sanitari che hanno seguito il caso

* **Violenza assistita**

Si raccomanda di:

- distinguere le situazioni di "conflitto genitoriale", caratterizzate da alta litigiosità e da separazioni conflittuali in un contesto di parità fra i partner, dalle condizioni di violenza di un partner sull'altro, caratterizzate al contrario da una evidente disparità di potere.
- fare attenzione alle problematiche del minore da parte dei Servizi che si occupano della madre come vittima di violenza e/o del partner (Pronto Soccorso, Consulenti Familiari, MMG, SERT, Salute Mentale, Centri antiviolenza e Forze dell'Ordine) (Vedi anche *Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere*)
- non sottovalutare il singolo episodio e la sua potenziale pericolosità

* **Incuria/trascuratezza grave**

Si raccomanda che sia assicurata particolare attenzione nei 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 necessarie, prescritte o raccomandate; rifiuto dei genitori a ricevere servizi di cura per il figlio minore in caso di bisogno, es. un disturbo di apprendimento diagnosticato, o altre necessità di tipo fisico o psichico, senza una ragionevole spiegazione
- frequenti ricorsi a cure mediche/ricoveri causati da assente o inadeguata vigilanza come lasciare esposto il bambino a pericoli all'interno ed all'esterno dell'abitazione
- condizione di isolamento del bambino, 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
- frequenti e ripetitive assenze ingiustificate da scuola qualora il genitore sia informato del problema e non abbia cercato una soluzione
- grave compromissione dello sviluppo fisico, cognitivo, emotivo ("*failure to thrive*")

6.3 Attivazione della rete dei servizi: il lavoro di rete

E' indispensabile per:

- ✚ garantire il necessario approccio multidisciplinare
- ✚ prevenire o contenere i rischi di frammentazione degli interventi
- ✚ facilitare la realizzazione di interventi coerenti
- ✚ evitare la sovrapposizione delle iniziative e delle azioni
- ✚ contenere gli aspetti emotivi dei professionisti
- ✚ aiutare a creare uno spazio di accoglienza del dubbio (la maggioranza dei casi di sospetto maltrattamento/abuso) riducendo il rischio di sopra/sottovalutazione - favorire una prima valutazione congiunta degli elementi di rischio per il minore e del grado di protezione necessario.

Il lavoro di rete richiede una funzione di coordinamento interistituzionale durante tutto il processo d'intervento (rilevazione, protezione, valutazione, trattamento); la rete non deresponsabilizza le singole istituzioni ed opera nell'assoluto rispetto delle specifiche competenze e professionalità.

6.3.1 Raccomandazioni nella fase di attivazione della rete dei servizi

In generale, è raccomandabile che:

- ✚ sia utilizzata la metodologia del lavoro di equipe, che consente l'integrazione delle professioni sociali, educative e sanitarie, declinabile come equipe multiprofessionale di primo livello o "Unità di Valutazione Multiprofessionale - UVM" per la valutazione, l'approfondimento e il coordinamento
- ✚ siano definite raccomandazioni da parte del Garante dell'infanzia per diffondere indicazioni legislative e operative univoche riguardo alla privacy tra servizi in tema di protezione dei minori
- ✚ il referente con funzione di regia (auspicabilmente individuato all'interno del servizio sociale§) coordini gli interventi e riceva la collaborazione attiva da parte degli altri professionisti coinvolti in prima istanza o che conoscono il caso
- ✚ la segnalazione e la conseguente presa in carico, previste negli accordi interservizi, risultino assicurate e documentate nelle rispettive cartelle/documentazione

FORZE DELL'ORDINE/POLIZIA MUNICIPALE

Si raccomanda che nella formazione congiunta delle Forze dell'Ordine

- ✚ sia garantita l'accoglienza appropriata e tempestiva del minore nei casi urgenti;
- ✚ siano definiti i percorsi di protezione ed eventuali convenzioni con comunità di accoglienza, anche in emergenza;

- ✚ siano fornite ai professionisti e ai servizi indicazioni chiare e dettagliate sulla propria organizzazione (chi contattare e come);
- ✚ il personale del Servizio Sanitario, nelle sue diverse articolazioni, abbia indicazioni chiare su chi contattare e come poterlo fare (istruzioni operative/protocolli) per garantire l'attivazione della rete sia in orario di apertura dei servizi sia, auspicabilmente, nelle fasce orarie di chiusura, per garantire l'accoglienza in emergenza (procedure interservizi) in alternativa al ricovero ospedaliero;
- ✚ sia resa chiara e condivisa la definizione dei ruoli e delle responsabilità di presa in carico e di coordinamento degli interventi;
- ✚ siano resi disponibili alle scuole/servizi educativi strumenti costantemente aggiornati per il rapido coinvolgimento dei Servizi Sociali e Sanitari (indicazioni dettagliate su chi, come e dove contattare) e per indirizzare le famiglie in caso di necessità;
- ✚ concorra a definire raccordi con i Servizi della rete e in particolare con il Servizio Sociale;
- ✚ venga dato adeguato risalto all'importanza dell'attivazione tempestiva dei Servizi anche nei casi di segnalazione all'AA.GG.

6.4 Segnalazione all'autorità giudiziaria e misure di protezione del minore

La segnalazione all'AA.GG. costituisce un nodo cruciale nel percorso protettivo dei bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso nei casi in cui si delinei, come definito dalla Legge, un'ipotesi di rischio/reato. Le incertezze e, a volte, il disagio espressi dagli operatori possono riguardare il se, il quando, il come segnalare in considerazione degli elementi raccolti, e a chi farlo. L'obiettivo è come poter meglio integrare gli aspetti di cura con l'obbligo della protezione, al fine di prevenire possibili danni "iatrogeni" causati da segnalazioni improprie o omesse segnalazioni.

6.4.1 Raccomandazioni relative alla fase di segnalazione all'autorità giudiziaria e misure di protezione del minore

Violenza assistita

Si raccomanda che venga sempre attivata, da parte di chi si occupa della madre come vittima di violenza e/o del partner, la rete dei servizi in funzione di tutela del minore coinvolto.

Incuria/trascuratezza grave

Si raccomanda di favorire il raccordo tra Scuola, Servizio Sociale e Servizio Sanitario per monitorare i casi di trascuratezza grave e per un confronto multidisciplinare sui segni/sintomi, coinvolgendo il pediatra curante.

Si raccomanda che:

- ✚ sia garantita la consulenza giuridica per assicurare l'appropriatezza della segnalazione;
- ✚ siano definiti i requisiti da soddisfare nella relazione per la segnalazione all'autorità giudiziaria;
- ✚ sia assicurata una formazione integrata del personale dei servizi (Sociali, Sanitari, della Scuola ecc.) con l'AA.GG.;
- ✚ sia utilizzato operativamente lo strumento equipe multiprofessionale di primo livello/Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM) per garantire l'appropriatezza della refertazione sanitaria;
- ✚ sia sempre informato e coinvolto il Servizio Sociale;
- ✚ sia attivata tempestivamente l'equipe multiprofessionale nei casi dubbi, per assicurare il confronto sull'appropriatezza degli interventi in caso di segnalazione all'AA.GG.;
- ✚ vi siano Protocolli d'intesa fra Procure, Servizi Sociali e Sanitari che facilitino un'azione condivisa a tutela e in favore dei diritti del minore;
- ✚ sia data preminenza alla protezione endo ed extra-processuale provvedendo all'accompagnamento/assistenza del minore nel procedimento giudiziario;
- ✚ sia in possesso di indicazioni chiare su come effettuare segnalazione/denuncia alla AA.GG. e su come attivare sempre contestualmente il Servizio Sociale;
- ✚ abbia la possibilità di condividere tempestivamente la responsabilità di questo passo con consulenti sanitari esperti, medico legale e cons. giuridico;
- ✚ lo psicologo e il NPJA provvedano all'accompagnamento/assistenza del minore nel procedimento giudiziario;
- ✚ su come comportarsi in casi di urgenza e di non urgenza, anche con riferimento al ricorso alle Forze dell'Ordine ed all'AA. GG.;
- ✚ su come comportarsi con la famiglia in caso di segnalazione/denuncia alla Magistratura sulle procedure di rapida attivazione del Servizio Sociale;
- ✚ sulle opportunità territoriali disponibili per realizzare azioni di informazione/formazione per le famiglie.

SCUOLA e SERVIZI EDUCATIVI RIVOLTI ALL'INFANZIA 0-3 e 3-6 anni del sistema integrato

Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico curerà che il personale della Scuola/Servizi educativi sia in possesso di indicazioni chiare.

Valutazione multidisciplinare

La fase di valutazione degli elementi diagnostici e prognostici impegna in modo integrato competenze sociali, mediche, psicologiche ed educative.

E' finalizzata a comprendere/valutare:

- ✚ il quadro complessivo della situazione traumatica nei suoi aspetti individuali, relazionali e sociali;
- ✚ l'entità del danno fisico e/o psicologico causato dalla situazione traumatica sul minore;

- ✚ il grado di assunzione di responsabilità da parte degli adulti coinvolti e le possibilità di cambiamento;
- ✚ la capacità di recupero del nucleo familiare e della adeguatezza della rete parentale;
- ✚ le risorse alternative in caso di elementi prognostici negativi degli adulti di riferimento.

Tale intervento "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, 2001) finalizzato alla cura del danno.

6.5 Raccomandazioni relative alla fase di valutazione multidisciplinare

SERVIZIO SANITARIO e SERVIZIO SOCIALE.

Si raccomanda che:

6.5.1 Trattamento

È necessario ribadire che protezione e cura sono entrambi indispensabili per ridurre i danni e superare le conseguenze del trauma. Gli interventi di sostegno e cura nelle gravi forme di maltrattamento possono essere avviati solo qualora sia assicurato al minore la necessaria protezione:

- fisica (impedire i comportamenti maltrattanti)
 - ✚ sia resa operativa l'equipe multiprofessionale (L.R. 14/2008 art. 17), (declinabile anche come Unità di Valutazione Multiprofessionale – UVM), costituita da assistente sociale, neuropsichiatra e/o psicologo, educatore, in cui inserire sulla base delle caratteristiche del caso, altre figure professionali, e in particolare il pediatra, per garantire una presa in carico integrata
 - ✚ l'UVM possa avvalersi di consulenti sanitari specialisti, medico legale e consulente giuridico (L.R. n. 14/2008, Art. 17 e 18), assicurati almeno a livello provinciale/Area Vasta • sia previsto un referente dell'equipe multiprofessionale di primo livello/UVM, che assuma la funzione di regia del percorso socio-sanitario integrato
 - ✚ siano attivati protocolli d'intesa tra Servizi Sociali e Sanitari con l'Autorità Giudiziaria, particolarmente ai fini della protezione del minore. L'approccio multidisciplinare non sostituisce in nessun caso il contributo specifico che i singoli professionisti sono tenuti a fornire in ogni fase dell'intervento per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso - psichica ed emotiva (impedire comportamenti stigmatizzanti e colpevolizzanti e pressioni psicologiche nei confronti del minore).

Nelle situazioni in cui è attivo un procedimento penale, la cura al minore deve essere sempre garantita, così come un adeguato accompagnamento, protezione e sostegno nel percorso giudiziario.

6.6 Raccomandazioni nella fase di trattamento

Si raccomanda che, all'interno dell'equipe multiprofessionale di primo livello/UVM:

- ✚ sia definito, dopo la necessaria protezione e la valutazione multidisciplinare, il piano di trattamento integrato per la vittima, assicurando: a) la tempestività, b) la continuità nel tempo c) il confronto tra i professionisti/equipe che si occupano del minore e degli adulti. In particolare:
- ✚ il trattamento sia orientato all'elaborazione dell'esperienza traumatica
- ✚ sia definita, ove possibile, una prognosi complessiva e integrata sugli esiti del trattamento
- ✚ sia assicurato il confronto periodico con i soggetti che hanno avuto e che continuano ad avere rapporti con il minore (servizi educativi, scuola, servizi sociali e sanitari, comunità di accoglienza, famiglie affidatarie ecc.)
- ✚ sia definito il percorso per il coinvolgimento di esperti qualificati per consulenza, supervisione, invio
- ✚ sia sempre previsto un referente con funzioni di regia che tenga le connessioni con i professionisti che si occupano del trattamento terapeutico (qualora quest'ultimo non sia svolto del tutto o in parte dall'equipe multiprofessionale di primo livello/UVM)
- ✚ sia garantito al minore il necessario supporto endo-processuale
- ✚ siano attivati percorsi di sostegno per gli adulti protettivi e/o altri minori della famiglia • siano attivati anche percorsi di cura specifici nei confronti dei maltrattanti, in maniera integrata.

È raccomandabile che il trattamento del bambino/adolescente sia finalizzato:

- ✚ al superamento della sintomatologia post-traumatica
- ✚ alla ricostruzione dell'immagine di sé (spesso danneggiata dal maltrattamento) e delle relazioni e al sostegno dell'autostima
- ✚ a garantire una dimensione sociale, relazionale ed educativa di benessere
- ✚ al recupero di un'adeguata funzione genitoriale delle figure di riferimento quando possibile
- ✚ a sostenere la famiglia dal punto di vista sociale, educativo e psicologico
- ✚ a individuare figure di riferimento sostitutive per il bambino in caso non sia possibile recuperare le figure genitoriali.

7. Raccomandazioni per un percorso organizzativo:

7.1 Ipotesi per lo sviluppo di accordi di livello locale

Le raccomandazioni sopra esposte costituiscono indicazioni concrete e operative per i Servizi, gli Enti e i diversi soggetti della rete a vario titolo coinvolti dalla tematica. Al fine di pervenire a una maggiore efficienza del sistema, pur nel rispetto degli assetti locali, è utile individuare un modello di intervento uniforme in ambito regionale e perseguire concrete modalità applicative per l'attuazione delle raccomandazioni stesse.

È possibile distinguere due livelli:

- a) un livello regionale nel quale sia prevista la costituzione di un gruppo di coordinamento regionale
- b) un livello territoriale/locale (tavoli Territoriali Sociali e Sanitarie/Aziende sanitarie ed Enti Locali) in cui sia costituito un gruppo di coordinamento locale.

7.2. Aziende sanitarie ed Enti Locali

Le Aziende sanitarie ed Enti Locali sulla base delle indicazioni TTSS e delle presenti raccomandazioni per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minori, potranno:

1. individuare, in accordo con le TTSS, uno o più referenti del percorso socio-sanitario integrato del M/A
2. raccogliere i dati dai Servizi Sociali, attraverso i diversi sistemi informativi locali e regionali e dai Pronto Soccorso nel rispetto delle specifiche tecniche definite dalle circolari regionali che governano la gestione dei flussi informativi
3. programmare la formazione dei professionisti dei servizi coinvolti nel percorso assistenziale integrato M/A per l'analisi delle presenti raccomandazioni e la formazione continua e specialistica compresa la formazione specifica sui documenti o quaderni su aspetti medico-legali.
4. emanare/aggiornare e adottare:
 - a. una procedura interna al Servizio Sanitario di Distretto/Azienda sanitaria sul percorso socio-sanitario integrato M/A al minore, che riguardi rilevazione, attivazione della rete, segnalazione all'Autorità Giudiziaria e tutela del minore,

attivazione dell'equipe multiprofessionale, che coinvolga ed integri i Servizi Sanitari ospedalieri e territoriali.

- b. una procedura interservizi sociali e sanitari di Distretto/Azienda sanitaria sul M/A al minore, che riguardi rilevazione, attivazione della rete, segnalazione all'Autorità Giudiziaria e tutela del minore, attivazione dell'equipe multiprofessionale che coinvolga ed integri i Servizi Sanitari e Sociali
- c. una procedura interistituzionale fra Scuola e Servizi Sociali e Sanitari che faciliti e favorisca le consulenze e il percorso integrato
- d. una procedura interistituzionale fra Procure e Servizi Sociali e Sanitari orientata a favorire le consulenze e la tutela endo ed extra processuale del minore.

8. DISCIPLINARE INTERNO

8.1 Premessa

Il personale e i collaboratori della rete nell'espletamento della propria attività lavorativa, ed in particolare quando questa ha ad oggetto interviste o attività sui minori, è chiamato ad assumere un obbligo morale e giuridico di cooperare per prevenire e denunciare possibili situazioni di abuso e maltrattamento sui minori.

Il personale coinvolto dalla rete ha delle competenze specifiche nello svolgimento delle proprie mansioni e possono proprio in virtù della loro attività lavorativa trovarsi in una posizione privilegiata per cogliere prontamente quei segnali che possono far sospettare un disagio o evidenziare una situazione di trascuratezza, maltrattamento o nella peggiore delle ipotesi il sospetto di una situazione di abuso psichico o fisico.

Lo scopo di queste linee è quello di fornire alle figure professionali che operano con i minori, una serie di informazioni e procedure operative da applicare nelle varie situazioni di disagio psico-fisico dei bambini, allo scopo di proteggere nel miglior modo possibile l'integrità del bambino e il suo sviluppo, potendo mettere in atto delle strategie adeguate alle varie situazioni cui il minore può trovarsi esposto.

Come detto il termine Abuso indica ogni forma di violenza fisica e psicologica ai danni di un minore.²⁹

8.2 Indicatori di possibile maltrattamento, trascuratezza e abuso

²⁹ Ricordiamo che "Il maltrattamento è comprensivo di tutte le forme di abuso fisico e/o psico-emozionale, di abuso sessuale, di trascuratezza o di trattamento negligente, di sfruttamento commerciale o assenza di azioni di cura con conseguente danno reale, potenziale o evolutivo alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del minore" (OMS, 1999).

Maltrattamenti, trascuratezza e abusi sui minori possono essere rilevati mediante un'attenta, ed accurata osservazione di alcuni segni fisici e comportamentali. Si riporta di seguito un elenco indicativo e non esaustivo di possibili indicatori di maltrattamento e/o abuso.

8.2.1 maltrattamento fisico

Segni fisici di lesioni cutanee:

- + lividi (ecchimosi, ematomi) sulle braccia, sulle gambe, sul viso, talvolta "figurati" (a stampo con la forma dello strumento usato per colpire: mani, cinghie, lacci, bastoni);
- + contusioni, ferite, cicatrici, graffi in parti del corpo esposte accidentalmente;
- + segni di morsi;
- + segni di bruciature o ustioni sulle gambe, braccia o altri punti del corpo coperti dai vestiti, ed accidentalmente esposti dal bambino;
- + segni di frustate o cinghiate.

Da notare anche la presenza di un abbigliamento inadeguato alle condizioni climatiche che lascia intuire il desiderio di nascondere i segni del maltrattamento (maniche lunghe, sciarpe, maglie a collo alto).

8.2.2 trascuratezza

Carenze di cure igieniche

- + bambini vestiti in modo consistentemente inappropriato alla stagione, con vestiti troppo larghi o troppo stretti, inadatti a proteggerli dal freddo o dal caldo;
- + bambini regolarmente sporchi, che puzzano, che si lavano raramente fino al punto di avere problemi nei rapporti con i compagni;

Assenza o carenza di cure sanitarie

- + bambini affetti da pidocchi o altri parassiti che non vengono curati;
- + bambini con problemi dentali, acustici o visivi che non vengono curati
- + bambini con evidente disidratazione e/o malnutrizione

8.2.3 abuso sessuale

- Ferite, contusioni, graffi (anche lievi) - Ferite alla bocca - Gravidanze molto precoci (di cui viene tenuta nascosta la paternità) - Difficoltà nel camminare, nel fare attività fisica o nel sedersi Anche accompagnati da segnali emotivi di possibile abuso sessuale: Si presti particolare attenzione ai racconti su: - Vissuto traumatico della sessualità; - Senso di impotenza; - Ostilità e particolare diffidenza verso l'adulto.

8.3. Linee di comportamento per il personale e per i collaboratori del servizio

Se nel corso di un'intervista o nell'espletamento della propria attività lavorativa, l'operatore dovesse notare o venire a conoscenza di casi di abuso, maltrattamenti o che ciò che il minore racconta può integrare anche solo una delle fattispecie di reato (descritte nel citato Glossario), dovrà procedere con particolare cautela. In particolare, si chiede di rivolgersi al bambino con un linguaggio adatto all'età e sensibilità in modo da rispettare le proprie norme culturali e linguistiche.

Se durante l'intervista o il colloquio diventa chiaro che il bambino è vittima di reato e tali fatti non sono mai stati denunciati, laddove necessario proporre una pausa. Continuare i colloqui solo se il minore sembra stare bene e nel caso chiedere un supporto più specifico (es. psicologico).

Se l'operatore dovesse notare o venire a conoscenza di casi di abuso, maltrattamenti o di altre fattispecie di reato perpetrate a danno del minore, dovrà procedere immediatamente a compilare un Report Urgente che lasci traccia dei seguenti dati e circostanze:

- + Data e luogo dell'incontro con il minore;
- + Nome e cognome del bambino;
- + Data e luogo di nascita;
- + Sesso;
- + Indirizzo di residenza completo;
- + Numero di telefono suo o di un adulto estraneo ai fatti raccontati;
- + Fatti raccontati, (cosa è successo, chi ha fatto che cosa compreso il sesso delle persone coinvolte);
- + Quando e dove sono avvenuti i suddetti fatti;
- + Qualunque altra informazione utile o ritenuta importante dall'operatore a connotare i fatti e le persone coinvolte.

Il suddetto Report urgente dovrà essere trasmesso immediatamente e senza alcun ritardo al proprio responsabile e ciò per coordinare i successivi step di presentazione alle Autorità competenti della denuncia-querela rispetto ai fatti appena appresi.

È bene inoltre che l'operatore, che si trovi in presenza del minore, lo rassicuri spiegandogli che i fatti raccontati integrano un reato che dovranno essere denunciati alle Autorità competenti, che i tempi necessari per mettere in moto il meccanismo della giustizia non è celere e che nel frattempo per qualunque problema potrà rivolgersi alle Associazioni Nazionali di tutela dei bambini.

Si chiede infine di spiegare al minore quale saranno le conseguenze legali della denuncia che verrà inoltrata alle competenti autorità. Se del caso fornire delle indicazioni sui possibili servizi di supporto a disposizione.

8.4 Segnalazione di denuncia: istruzioni per l'uso

Per avere utili suggerimenti sia per la valutazione dei casi sia per l'iter da seguire è necessario sempre che gli operatori/collaboratori informino i responsabili.

Nelle situazioni in cui il comportamento di un adulto configura un reato procedibile d'ufficio (grave maltrattamento, abuso sessuale, cfr. glossario) i responsabili sono sensibilizzati a sporgere denuncia - querela alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario nonché a segnalare la situazione alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni per i necessari provvedimenti di tutela, utilizzando i modelli di segnalazione e denuncia in dotazione.

L'effetto della denuncia-querela è, innanzitutto, quello di avviare il procedimento penale di accertamento della responsabilità dell'autore del reato.

Qualora si venga a conoscenza di un fatto che, se vero, costituisce reato, anche "de relato" attraverso cioè notizie riportate da terzi è buona norma sporgere denuncia.

Non è tenuto alla denuncia chi è a conoscenza di elementi e/o segnali (ad esempio comportamenti erotizzati del bambino, non associati ad accenni espliciti a violenze e/o ad azioni maltrattanti, abusanti e trascuranti etc.) che possono indicare una situazione di pregiudizio, ma di per sé stessi non costituiscono reati.

In questo caso sono raccomandati ulteriori approfondimenti anche ricorrendo a professionisti esperti. Trascuratezza e negligenza vanno in ogni caso segnalati.

9. ORFANI SPECIALI: sintesi conclusiva

Le linee guida tracciate accolgono come si è visto, non solo gli Orfani Speciali ma tutto il contesto che sta intorno al fatto su cui il progetto "Attraverso i suoi occhi" intende concentrarsi.

Nella rigorosa applicazione dei protocolli e delle raccomandazioni su indicate, l'assistenza agli orfani speciali devono essere progettate, come per tutte le altre casistiche che si impongono sui minori, con particolare attenzione alle esigenze uniche e complesse che manifestano.

A conclusione del lavoro dunque sono elencati e riassunti nei seguenti 10 punti quanto illustrato e generato per la piena applicazione delle tecniche ai casi proposti.

1. **Valutazione individuale:** Ogni orfano speciale deve essere valutato individualmente per identificare le sue esigenze specifiche, comprese le sfide emotive, fisiche, educative e sociali.

2. **Pianificazione personalizzata:** Basandosi sulla valutazione individuale, sviluppare un piano personalizzato che includa obiettivi chiari e misurabili per l'assistenza dell'orfano speciale. Coinvolgere attivamente la famiglia o i tutori nell'elaborazione di questo piano.

3. **Accesso a servizi specialistici:** Assicurare che gli orfani speciali abbiano accesso a servizi specialistici, come terapia occupazionale, fisioterapia, consulenza psicologica, supporto educativo personalizzato, assistenza medica specializzata, e qualsiasi altro servizio ritenuto necessario.

4. **Supporto emotivo:** Offrire un sostegno emotivo costante agli orfani speciali e alle loro famiglie. Questo può includere programmi di counseling individuale e familiare, gruppi di sostegno, e accesso a risorse che favoriscano la resilienza e l'adattamento alle sfide.

5. **Inclusione e integrazione:** Promuovere l'inclusione degli orfani speciali nella società e nelle comunità. Fornire opportunità per l'integrazione attraverso attività sociali, programmi educativi inclusivi e iniziative che favoriscano la partecipazione attiva.

6. **Formazione e sensibilizzazione:** Formare il personale e i volontari coinvolti nell'assistenza agli orfani speciali sulla sensibilità alle loro esigenze uniche, sui modi per comunicare efficacemente e per offrire un supporto adeguato.

7. **Collaborazione interdisciplinare:** Favorire la collaborazione tra professionisti di diversi settori, come medici, psicologi, assistenti sociali, educatori e operatori sanitari, per garantire un approccio olistico e integrato all'assistenza degli orfani speciali.

8. **Pianificazione per il futuro:** Preparare gli orfani speciali per la transizione verso l'età adulta e l'indipendenza, fornendo opportunità di formazione professionale, supporto nell'accesso all'occupazione e assistenza nella pianificazione finanziaria a lungo termine.

9. **Monitoraggio e valutazione continua:** Monitorare regolarmente il progresso degli orfani speciali rispetto agli obiettivi stabiliti nel piano di assistenza personalizzato e apportare eventuali modifiche o aggiornamenti in base alle loro esigenze mutevoli.

10. **Advocacy e difesa dei diritti:** Promuovere e difendere i diritti degli orfani speciali, sostenendo politiche e leggi che garantiscano l'accesso equo a servizi e opportunità e che proteggano i loro interessi e il loro benessere.

Flessibili e adattabili per soddisfare le esigenze specifiche degli orfani speciali e delle loro famiglie, queste linee guida sono e dovrebbero essere implementate con compassione, rispetto e attenzione alle prospettive e alle preferenze che i minori propongono consciamente ma, soprattutto inconsciamente, sfidando con dedizione e accortezza quell'approccio comunque educativo che è indispensabile in ciascuno dei passaggi che sono stati descritti nell'intero presente elaborato.

Telefono Donna

Attraverso i suoi occhi

Un progetto per la protezione e il sostegno
dei minori vittime di abusi e degli orfani speciali



Progetto realizzato con il contributo del



Dipartimento
per le politiche della famiglia
Presidenza del Consiglio dei ministri

02 64443043/4
info@telefonodonna.it

presso
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
Piazza Ospedale Maggiore 3 - 20162 Milano

www.telefonodonna.it