

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno lunedì 18 **del mese di** novembre
dell' anno 2013 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Saliera Simonetta	Vicepresidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Bortolazzi Donatella	Assessore
4) Gazzolo Paola	Assessore
5) Lusenti Carlo	Assessore
6) Marzocchi Teresa	Assessore
7) Mezzetti Massimo	Assessore
8) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
9) Peri Alfredo	Assessore
10) Rabboni Tiberio	Assessore

Presiede la Vicepresidente Saliera Simonetta
attesa l'assenza del Presidente

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo

Oggetto: ADOZIONE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'ACCOGLIENZA DI DONNE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE E LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'ACCOGLIENZA E LA CURA DI BAMBINI E ADOLESCENTI VITTIME DI MALTRATTAMENTO/ABUSO E ALLEGATI

Cod.documento GPG/2013/1621

Num. Reg. Proposta: GPG/2013/1621

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- il decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, recante "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" convertito con modificazioni con legge 15 ottobre 2013, n.119;
- il decreto-legge 23 febbraio 2009, n. 11, recante "misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori" convertito con legge 23 aprile 2009, n. 38;
- la L. 4 aprile 2001 n. 154 "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari";
- il DPCM 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- la L. 15 febbraio 1996, n. 66 "Norme contro la violenza sessuale";
- la L.R. 26 luglio 2013, n.12 "Disposizioni ordinarie di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di aziende pubbliche di servizi alla persona
- la L.R. 21 dicembre 2012, n.21 "Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza"
- la L.R. 28 LUGLIO 2008 N. 14 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni";
- la L.R. 12 marzo 2003, n.2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e ss.mm.;
- la deliberazione della Giunta regionale 284 del 18/03/2013 recante "Indicazioni attuative del piano sociale e sanitario regionale per il biennio 2013-2014: obiettivi e criteri generali

di ripartizione del fondo sociale ai sensi dell'art.47, comma 3 della L.R. 2/2003);

- la deliberazione della Giunta regionale n. 623/2012 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2012" che al punto 1.3 dell'allegato B "Garantire l'ascolto, l'accoglienza, il supporto diagnostico e la presa in carico delle persone vittime di maltrattamento ed abuso";

- la deliberazione della Giunta regionale n.1904/2011 "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari";

- la deliberazione della Giunta regionale n.378/10 recante "Ripartizione, assegnazione e impegno delle risorse del fondo sociale regionale straordinario ai sensi dell'art. 37 della L.R. 24/2009. Integrazione risorse del fondo sociale locale di cui alla propria delibera n. 2078/2009";

- la deliberazione della Assemblea Legislativa n. 175 del 22/5/2008 "Piano Sociale e Sanitario 2008/2010. (proposta della Giunta Regionale in data 1/10/2007, n. 1448)" con particolare riguardo al cap. 1 parte seconda "Gli obiettivi di benessere sociale";

- la deliberazione del Consiglio Regionale n. 1294 del 24/11/1999 "Linee d'indirizzo in materia di abuso sessuale sui minori";

Richiamate:

- la Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (New York, 20 novembre 1989) stipulata dall'Onu e resa esecutiva in Italia con l'art. 40 della legge 27 maggio 1991 n.176;
- la Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale (Lanzarote, 25 ottobre 2007) ratificata in Italia con L. 1 ottobre 2012, n.172;
- la Convenzione internazionale per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne (New York, 18 dicembre 1979) ratificata dall'Italia con L.132 del 14 marzo 1985;
- la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Istanbul, 11 maggio 2011) ratificata dall'Italia con legge n. 77 del 27 giugno 2013;

Richiamato il D.P.C.M. 29 novembre 2001, che prevede che siano a carico del servizio sanitario gli interventi medico-specialistici, psicoterapeutici e di diagnosi per i minori in

stato di abbandono e gli interventi di prevenzione, assistenza e recupero psico-terapeutico per minori abusati o maltrattati;

Considerato che la L.R. n.14 del 2008, in particolare agli art.17 e 18, definisce le linee di indirizzo e le prassi appropriate per favorire:

- la prevenzione, la rilevazione precoce per l'emersione del fenomeno e del suo contrasto;
- la protezione e la cura delle vittime o presunte tali;
- il consolidamento di azioni (sociali, sanitarie, educative e giuridiche) multidisciplinari e integrate dei/tra i servizi, assicurando il necessario coordinamento al fine di favorire modalità stabili di confronto e di raccordo interistituzionale;

Considerato che la L.R. 2/2003 prevede:

- all'art. 7 comma 3, prevede che per bisogni complessi che richiedono l'intervento di diversi servizi e soggetti sia attivata una valutazione multidimensionale che veda l'integrazione professionale e istituzionale tra servizio sociale e sanitario;

- all'art. 5 disciplina il sistema locale dei servizi a rete, e in particolare il punto n.4 lett. f) comprende tra servizi e interventi l'accoglienza di donne, anche con figli, minacciate o vittime di violenza fisica, sessuale, psicologica e di costrizione economica, nonché il punto 7, che dispone che la Regione possa individuare modalità organizzative e gestionali innovative con la collaborazione di tutti i soggetti operanti in ambito sanitario, educativo e formativo al fine di dare risposta a nuovi bisogni sociali;

Considerato che le indicazioni attuative del piano sociale e sanitario regionale per il biennio 2013-2014, all'interno degli ambiti di azione e di miglioramento del sistema regionale di welfare, indica, tra gli indirizzi da sviluppare: "Prima le donne e i bambini: investire sull'infanzia e l'adolescenza e contrastare la violenza"

Considerato altresì che tra le azioni previste a tal fine il piano prevede di ridelineare la rete territoriale integrata di contrasto alla violenza di genere e contro i minori e per l'accoglienza e la presa in carico delle vittime;

Dato atto che la Direzione Generale Sanità e Politiche sociali, competente in materia di contrasto alla violenza contro le donne, ed altresì contro il maltrattamento e l'abuso di bambini ed adolescenti di tipo fisico, psichico, intra ed extra familiare, ha ritenuto opportuno costituire un gruppo di coordinamento per la stesura di linee operative condivise con i rappresentanti delle Aziende Sanitarie e degli Enti Locali e dei soggetti del terzo settore che lavorano nell'accoglienza delle donne e dei minori vittime di violenza (determinazioni del Direttore Generale n.10376 del 30/08/2011, e n.731 dell'1/2/2013);

Dato atto inoltre che il gruppo di coordinamento si è suddiviso in due sottogruppi di lavoro, uno dedicato all'accoglienza delle donne vittime di violenza coordinato dalla dott.ssa Maura Forni (responsabile del Servizio Coordinamento politiche sociali e socio educative, programmazione e sviluppo del sistema dei servizi) e l'altro dedicato all'accoglienza e alla cura di bambini e adolescenti, vittime di maltrattamento e abuso, coordinato dal dott. Antonio Brambilla (responsabile del Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari);

Stante che i sottogruppi di lavoro hanno provveduto alla redazione dei seguenti documenti:

- linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere;
- linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso;

Dato atto che ai fini della condivisione delle linee di indirizzo di accoglienza e cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/ abuso e delle linee di indirizzo regionali di accoglienza di donne vittime di violenza sono stati svolti i seguenti passaggi istituzionali:

- 27/11/2012: incontro presentazione bozza linee di indirizzo regionali sui minori al dott. L. Fadiga, Garante per l'infanzia e l'adolescenza
- 15/2/2013: Conferenza Regionale Sistema Formativo per informativa linee di indirizzo e conseguente richiesta di partecipazione referente scuola per collaborazione alla stesura delle raccomandazioni e successive fasi
- 6/5/2013: 1° incontro Comitato Tecnico Scientifico per informativa
- 1/7/2013: 2° incontro Comitato Tecnico Scientifico per validazione a seguito di contributi inviati da componenti e ANCI
- 17/7/2013: presentazione a Conferenza Regionale Terzo Settore
- 18/7/2013: Cabina di regia politiche sanitarie e sociali
- 31/07/2013: presentazione a Coordinamento dei centri antiviolenza della Regione Emilia-Romagna;
- 13/9/2013: incontro OO.SS. per informativa
- 17/9/2013: Commissioni assembleari IV e Parità

Viste:

- la L.R. 26 novembre 2001, n.43 e successive modificazioni;
- la deliberazione di Giunta regionale n.2416/08 "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le

strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/07." e succ. modd.;

Richiamate le seguenti deliberazioni della Giunta Regionale:

- n. 1057 del 24 luglio 2006, n. 1663 del 27 novembre 2006 n. 1173 del 27 luglio 2009 e n.1377 del 20 settembre 2010, n.1222/2011, n.1511/2011, n.725/2012;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta congiunta dell'Assessore alle Politiche per la salute, Carlo Lusenti e dell'Assessore alla Promozione delle politiche sociali e di integrazione per l'immigrazione, volontariato, associazionismo e terzo settore, Teresa Marzocchi;

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

1) di approvare per le motivazioni indicate in premessa e che qui si intendono integralmente richiamate le linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere (allegato A) e le linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso (allegato B), comprensive dei relativi allegati dal n.1 al n.8, parti integranti e sostanziali del presente atto;

2) di dare mandato ai servizi competenti della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali di dare ampia diffusione alle presenti linee di indirizzo;

3) di dare mandato agli Enti locali e alle Aziende sanitarie e a tutti gli operatori coinvolti nell'accoglienza di donne e minori vittime di violenza di dare attuazione alle presenti linee di indirizzo;

4) di dare mandato ai servizi competenti della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali di individuare modalità, tempistiche e strumenti per garantire un adeguato monitoraggio delle azioni previste dalle presenti linee di indirizzo;

5) di stabilire che le presenti linee di indirizzo saranno aggiornate anche attraverso revisioni periodiche, e integrate da documenti operativi;

6) di pubblicare le presenti linee di indirizzo complete degli allegati sul BURERT e sui siti regionali <http://www.saluter.it/> e <http://sociale.regione.emilia-romagna.it>

Allegato A parte integrante



Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI
PER L'ACCOGLIENZA
DI DONNE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE

INDICE

CAP. 1 ALCUNE PREMESSE

- 1.1 La violenza
- 1.2 La violenza di genere sulle donne
- 1.3 Conseguenze e impatto della violenza di genere sulle donne
 - 1.3.1 Sul benessere e sulla salute delle donne
 - 1.3.2. Sull'autonomia della donna
 - 1.3.3 Sul benessere e sulla salute dei minori
- 1.4 La violenza in gravidanza
- 1.5 Femicidio
- 1.6 Costi della violenza

CAP. 2 IL QUADRO NORMATIVO

- 2.1 Provvedimenti delle istituzioni internazionali
- 2.2 Legislazione europea
- 2.3 Normativa italiana
- 2.4 Normative regionali
- 2.5 Normativa della regione emilia romagna

CAP. 3 FENOMENOLOGIA DELLA VIOLENZA DI GENERE

- 3.1 Fenomenologia e tassonomia
- 3.2 Ciclo della violenza

CAP. 4 I DATI DI CONTESTO

CAP. 5 LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'ACCOGLIENZA DI DONNE VITTIME DI VIOLENZA di GENERE

- 5.1 Realizzazione degli obiettivi delle linee di indirizzo e organizzazione territoriale
 - 5.1.1 Accordi, protocolli e reti
 - 5.1.2 integrazione fra servizi
- 5.2 L'accesso e l'accoglienza
 - 5.2.1 L'organizzazione dell'accoglienza della donna vittima di violenza
 - 5.2.2 Azioni e funzioni specifiche dell'attività di accoglienza
 - 5.2.3 Modalità di invio ai soggetti della presa in carico
 - 5.2.4 L'accesso e l'accoglienza in casi specifici
- 5.3 La presa in carico
 - 5.3.1 L'organizzazione della presa in carico rispetto alla violenza
 - 5.3.2 Azioni e funzioni specifiche dell'attività di presa in carico
 - 5.3.3 Valutazione del rischio di recidiva
- 5.4 Raccolta dati e strumenti di monitoraggio e valutazione
- 5.5 Formazione professionale
- 5.6 Attività di ricerca
- 5.7 Azioni di prevenzione e sensibilizzazione culturale

CAP. 1 ALCUNE PREMESSE

Da anni la regione Emilia-Romagna lavora in forma integrata con il territorio per il contrasto e la prevenzione della violenza contro le donne e contro i minori, per abbattere gli stereotipi tra le giovani generazioni e per favorire una cultura del rispetto, dell'autonomia e della dignità delle donne. La Regione Emilia Romagna ha strutturato le proprie politiche di genere avvalendosi anche del ruolo ventennale che i centri antiviolenza, svolgono nei diversi territori mettendo in rete, con le azioni territoriali e con il proprio Coordinamento regionale¹, conoscenze, azioni e professionalità a sostegno della donne maltrattate, in linea con quanto successivamente sancito a livello internazionale dall'art. 9 della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (in seguito Convenzione di Istanbul), adottata ad Istanbul l'11 maggio 2011 e ratificata dall'Italia con legge 172/2012

Negli anni '90 la Regione ha realizzato, a partire dal Progetto Città Sicure, un primo studio sulla violenza di genere, un fenomeno ancora per molti versi poco riconosciuto e conosciuto.

Nel 2000 viene sottoscritto un Protocollo tra Regione, Anci Emilia Romagna, Upi Emilia Romagna e le Associazioni del terzo settore qualificato operanti nel territorio, quali le Case e i Centri Antiviolenza, che pone le basi per una nuova modalità di lavoro che richiede un intervento maggiormente integrato e una più forte collaborazione delle agenzie pubbliche, sia tra loro che con il privato sociale qualificato.

La prevenzione integrata, in quest'ottica, rappresenta la premessa e l'orizzonte entro cui risulta possibile contrastare la violenza e tutelare il diritto alla salute e ad una vita libera dalla violenza, conformemente a quanto previsto dalla normativa nazionale e internazionale, in particolare dall'art.7 n.3 della Convenzione di Istanbul.

Si riconosce così la violenza di genere come un problema di salute pubblica e di tutela dei diritti umani che attraversa e coinvolge molteplici ambiti e settori.

Nel 2003, con la Legge Regionale n.2 per la promozione e la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, l'accoglienza di donne e minori vittime di violenza trova il suo ambito di realizzazione nella rete dei servizi integrati, a partire dai livelli comunali e distrettuali, includendo le case e i Centri Antiviolenza nei sistemi locali di programmazione sociale.

A seguire, la valorizzazione delle pratiche del lavoro in rete, quale metodo fondamentale per la messa in campo di strategie efficaci contro la violenza, che sono state poi formalizzate in numerosi protocolli interistituzionali, per lo più di livello provinciale e comunale, ha una sempre maggiore importanza nelle politiche regionali.

Obiettivo strategico per la regione Emilia-Romagna è la formazione delle figure professionali che accolgono donne vittime di violenza con corsi di formazione per i professionisti della rete: medici di pronto soccorso, ginecologi, infermieri, ostetriche, assistenti sociali, educatori, operatori del terzo settore e forze dell'ordine.

Pur non avendo ad oggi adottato una legge specifica sulla violenza di genere, l'Emilia Romagna ha però già attiva una ricca rete di interventi integrati e partecipati, che trovano espressione e riconoscimento anche nel piano Socio-Sanitario 2008-2010, e nelle indicazioni attuative per il biennio 2013-2014, con particolare riguardo agli obiettivi di promozione sociale e iniziative

¹ I Centri Antiviolenza riuniti nel Coordinamento dei Centri antiviolenza della Regione Emilia-Romagna, oltre al lavoro diretto di supporto alle donne vittime di violenza e maltrattamento e ai loro figli, sono impegnati a conoscere e condannare ogni forma di violenza di genere sia quella subita in relazioni d'intimità sia quella perpetrata da altri soggetti: prostituzione coatta, tratta, molestie/ricatti sessuali sul luogo di lavoro, mutilazioni sessuali, matrimonio coatto, aborto selettivo, stalking, omicidio per la dote, stupro di guerra. I Centri sono gestiti da associazioni di donne ed operano secondo una metodologia di accoglienza che si basa sulla relazione tra donne. L'empowerment e l'autonomia della donna sono obiettivi strategici dei centri antiviolenza, per cui il percorso di uscita della violenza viene condiviso con la donna che lo intraprende. Così come strategica è la garanzia di anonimato e segretezza.

formative che, nell'ambito degli "Obiettivi di benessere sociale", includono, al fine di contrastare la violenza, il sostegno ad iniziative formative, informative, di coordinamento e di scambio, oltre al monitoraggio e allo studio sistemico delle attività di accoglienza e di presa in carico, e nuovi progetti sperimentali per la prevenzione della violenza (punto 1, lett. g), n) allegato 2).

La Regione, con la stesura delle presenti Linee d'indirizzo, si è ulteriormente posta l'obiettivo di ottimizzare ed estendere idonee modalità di accoglienza e presa in cura delle donne vittime di violenza e/o maltrattamento, a partire dalle buone prassi già sperimentate da alcune realtà locali, promuovendo così la qualificazione delle competenze valutative e relazionali degli operatori.

A tal fine si è proceduto ad istituire con determinazioni del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 10376/2011 e n. 731/2013, un gruppo di coordinamento composto da rappresentanti delle Aziende USL, degli Enti Locali e delle Associazioni dei centri antiviolenza, col compito di elaborare congiuntamente le presenti linee a carattere regionale, dedicate all'accoglienza di donne e minori vittime di violenza oltre che alla prevenzione e al contrasto alla violenza di genere e contro i minori.

La stesura delle Linee di Indirizzo ha potuto avvalersi di un sapere e di una prassi consolidata, promossa dalla Regione sin dal 1997, realizzata anche dai centri antiviolenza, consistente nell'elaborazione, nella raccolta e diffusione dei dati relativi alle donne che si sono rivolte ai centri antiviolenza medesimi, in linea anch'essi con gli obblighi sanciti dall'art.11 della Convenzione di Istanbul.

L'attualità di un lavoro continuativo di analisi e monitoraggio, da estendersi a tutti i soggetti coinvolti dalla applicazione delle Linee di indirizzo, è resa evidente dalla consapevolezza che la conoscenza del fenomeno della violenza, anche negli aspetti più sommersi, quale la violenza intrafamiliare e nelle relazioni di intimità, è un presupposto fondamentale, tanto per le scelte operative dei professionisti, che per la definizione delle politiche da parte dei decisori istituzionali.

Le Linee di Indirizzo in coerenza con il nuovo Piano Regionale Sociale e Sanitario 2013-2014, sottolineano il valore del contesto comunitario nel quale far crescere "condivisione", "integrazione", "miglioramento" delle procedure già utilizzate, oltre alle nuove da attivare, per aumentare la conoscenza, qualificare la formazione degli operatori, condividere e ottimizzare le modalità di accoglienza e di presa in carico delle vittime, " riconfermando nel lavoro di rete la principale strategia di prevenzione e di contrasto della violenza di genere".

L'applicazione del Piano Regionale Sociale e Sanitario 2013-2014 e contestualmente la condivisione operativa delle Linee regionali di Indirizzo, pongono il tema urgente della certezza delle risorse da destinarsi al sistema di accoglienza e di presa in carico delle donne e dei minori. La prevenzione e il contrasto delle violenze di genere, per l'esperienza della Regione Emilia Romagna, sono proprie delle politiche integrate di inclusione del sistema socio sanitario regionale, come già la legge regionale n. 2 del 2003 indicava.

Le case e i Centri antiviolenza regionali, che condividono una metodologia di accoglienza basata sul principio della valorizzazione e del rafforzamento del genere femminile e dell'autonomia delle donne, e che gestiscono l'accoglienza e l'ospitalità delle donne e dei loro bambini, con progetti di protezione ed empowerment, senza distinzione di nazionalità, religione, cultura, professione, orientamento sessuale, sono alleati fondamentali per il consolidamento del sistema socio sanitario, secondo criteri di appropriatezza e di qualità .

1.1 La violenza

Ogni anno, più di un milione di persone perde la vita, e un numero ancora superiore è vittima di lesioni non mortali, a seguito di atti di violenza auto-inflitta, interpersonale o collettiva.

Il carattere della violenza ha un impatto, caratteristiche e dimensioni del tutto diverse a seconda del genere di chi è vittimizzato, così come le tipologie della violenza cambiano a seconda del genere, della nazionalità o dell'orientamento sessuale di attori e vittime.

Una delle forme più comuni di violenza che colpisce le donne è infatti quella perpetrata dal marito o dal partner, mentre gli uomini sono solitamente attaccati da uno sconosciuto o da un conoscente, di sesso maschile e non appartenente alla sfera delle relazioni più strette.

La violenza da parte del partner si verifica in tutti i paesi, a prescindere dal gruppo sociale, economico, religioso o culturale. Sebbene le donne possano essere violente nelle relazioni con gli uomini, e la violenza si ritrovi talvolta nelle relazioni con partner dello stesso sesso, è evidenza statistica che l'insopportabile carico della violenza all'interno della coppia è sostenuto dalle donne e causato da comportamenti maschili. Il fatto che le donne siano spesso affettivamente coinvolte ed economicamente dipendenti da coloro che ne abusano, presenta notevoli implicazioni sia per la dinamica dell'abuso sia per gli approcci nella gestione dello stesso.

1.2 La violenza di genere sulle donne

La violenza contro le donne è considerata dalla comunità internazionale una violazione dei diritti umani già dal 1993, anno in cui all'esito della II Conferenza mondiale sui diritti umani viene adottata la Dichiarazione di Vienna, che esplicitamente riconosce la violenza come una manifestazione delle relazioni di potere storicamente ineguali tra uomini e donne. Relazioni di potere asimmetriche che hanno portato nel corso dei secoli gli uomini alla dominazione e alla discriminazione delle donne, impedendone il pieno progresso sociale e culturale, oltre che il pieno godimento dei diritti.

La violenza contro le donne rappresenta, come riconosciuto dalle istituzioni internazionali a protezione dei diritti umani, una seria violazione dei diritti umani e delle libertà fondamentali delle donne e una forte minaccia o compromissione del loro pieno godimento.

Essa si concretizza nell'uso e abuso di potere e controllo di donne e ragazze, tanto nella sfera pubblica che in quella privata ed è intrinsecamente connessa agli stereotipi di genere che fondano e perpetrano tale violenza, insieme ad altri fattori, come quelli economici e sociali, che possono acuire la vulnerabilità alla violenza.

La violenza di genere sulle donne, ai sensi della Convenzione di Istanbul, comprende tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica e/o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata. Essa comprende tutte le predette forme di violenza che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima.

La Cedaw (Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne) del 1979, ratificata dall'Italia nel 1985, impegna gli stati, a tutti i livelli, "ad adottare tutte le misure legislative e ogni altro mezzo adeguato, comprese, se necessario, le sanzioni tendenti a proibire ogni discriminazione nei confronti delle donne" (art. 2, par. b) e nel contempo riafferma l'eguaglianza tra uomini e donne in tutte le sfere della società e della famiglia, impegnando gli stati a porre in essere adeguate misure per rimuovere le cause sociali del persistere delle discriminazioni, nonché di tutti quegli stereotipi, pregiudizi e pratiche consuetudinarie che impediscono alla donna la piena eguaglianza rispetto all'uomo ed il pieno godimento dei diritti.

La Convenzione di Istanbul, all'art.5, oltre ad obbligare gli stati ad astenersi da qualsiasi atto che costituisca una violenza nei confronti delle donne e a garantire che ogni autorità e istituzione si comporti in conformità con tale obbligo, impone agli stati di adottare tutte le misure legislative e di altro tipo necessarie per esercitare la debita diligenza (due diligence) nel prevenire, indagare, punire i responsabili e risarcire le vittime di atti di violenza.

Le organizzazioni femminili da tempo e in tutto il mondo hanno concentrato a lungo l'attenzione sulla violenza contro le donne e in particolare sulla violenza nelle relazioni di fiducia e di intimità, esercitate da partner o ex partner, grazie ai loro sforzi e al loro impegno politico, la violenza contro le donne è entrata nell'agenda politica ed è divenuta sia una questione di tutela dei diritti umani che un tema di salute pubblica.

1.3 Conseguenze e impatto della violenza di genere sulle donne

1.3.1 Sul benessere e sulla salute delle donne

Secondo i dati riportati dall'OMS, suffragati da una vasta letteratura scientifica, e dai rapporti delle organizzazioni internazionali che proteggono i diritti umani, la violenza contro le donne ha

conseguenze sulla salute delle donne sia a breve che a lungo termine, inclusa la salute riproduttiva e sessuale.

La tabella che segue riporta le tipologie più diffuse di conseguenze dannose sulla salute delle donne, derivanti da maltrattamento da partner o ex partner e/o violenza sessuale.

Conseguenze della violenza da parte del partner sulla salute	Conseguenze della violenza sessuale (in età adulta o minore) sulla salute
<p>Fisiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesioni addominali - Lividi e frustate - Fratture - Lacerazioni e abrasioni - Disabilità - Danni oculari - Funzione fisica ridotta - Fibromialgie - Sindromi da dolore cronico - Disturbi gastrointestinali - Sindrome dell'intestino irritabile <p>Sessuali e riproduttive</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disturbi ginecologici - Sterilità - Malattia infiammatoria pelvica - Complicazioni della gravidanza/aborto spontaneo - Disfunzioni sessuali - Malattie a trasmissione sessuale, compreso HIV/AIDS - Aborto in condizioni di rischio - Gravidanze indesiderate <p>Psicologiche e comportamentali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stati d'ansia, sindromi fobiche legate a stress, attacchi di panico - Disturbo post-traumatico da stress - Sindrome di adattamento generale di Seyle - Disturbi compulsivi-ossessivi e psicosomatici-alessitimia - Disturbi dell'alimentazione e del sonno - Sintomi somatici molteplici (gastrointestinale, da reazioni cutanee, ecc.) - Disturbi dovuti all'uso di sostanze: tabacco, alcool, droga, psicofarmaci e problemi comportamentali - Bassa autostima, paura, senso di vergogna e colpa - Comportamenti sessuali non protetti <p>Psicosociale e ambientale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perdita della rete amicale e parentale - Assenza dal lavoro (50% astensione dal lavoro) - Perdita del lavoro - Isolamento - Perdita dell'abitazione e del tenore di vita - Capacità di gestione familiare ridotta <p>Conseguenze mortali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mortalità legata all'AIDS - Mortalità materna - Omicidio <p>La violenza durante la gravidanza si associa a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aborto spontaneo - Ritardo nell'assistenza prenatale - Nascita di un feto morto - Travaglio e parto prematuro - Lesioni fetali - Basso peso alla nascita <p>Conseguenze sui figli che assistono a scene di violenza domestica o che ne sono stati vittime in prima persona</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemi di salute e di comportamento (disturbi di peso, di alimentazione, del sonno ecc.) 	<p>Fisiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gravidanze indesiderate - Complicazioni ginecologiche: sanguinamenti o infezioni vaginali, fibromi, minore desiderio sessuale, irritazione dell'area genitale, dolore durante il rapporto, dolore pelvico cronico e infezioni del tratto urinario - Infezioni da HIV e altre malattie a trasmissione sessuale <p>Psicologiche e comportamentali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depressione - Stati di ansia e/o attacchi di panico - Disturbo post-traumatico da stress - Difficoltà nel sonno - Sintomi depressivi - Disturbi somatici - Fumo e problemi comportamentali - Aggressività - Suicidio - Prostituzione

- Difficoltà a scuola
- Difficoltà a sviluppare relazioni intime positive
- Tentativi di fuggire da casa
- Tendenze suicide

Secondo il rapporto OMS 2013², le donne che subiscono violenza hanno il doppio della possibilità di quelle che non la subiscono di incorrere in depressione e hanno l'1.5% di possibilità in più di venire contagiate da HIV. Sono inoltre documentate da numerosi studi, conseguenze indirette della violenza, mediate dallo stress, che hanno ricadute sulla salute mentale e sulla capacità cognitiva della donna, e danno origine a malattie cardiovascolari, ipertensione, disordini gastrointestinali, malattie croniche e diabete.

Oltre alle risposte di tipo biologico da parte di un fisico sottoposto a forte stress, la violenza può essere la causa, anch'essa documentata dal rapporto OMS, dell'abuso di alcol, farmaci, tabacco e altre droghe.

1.3.2. Sull'autonomia della donna

La violenza subita da parte di partner o ex partner ha conseguenze sul piano della autonomia soggettiva della donna, essa può concretizzarsi in comportamenti controllanti da parte del partner o che limitano le interazioni sociali della donna, come ad esempio l'impedire relazioni amicali o familiari, l'insistere per sapere dove la donna si trova in ogni momento, essere sospettoso o non credere alle sue parole, arrabbiarsi se lei parla con un altro uomo, pretendere che lei richieda il permesso per curarsi. Tali comportamenti controllanti, oltre a violare la libertà e i diritti fondamentali della donna, possono altresì cagionare danno alla salute della donna nel senso di limitarne le decisioni sulla propria vita sessuale e riproduttiva, sull'accesso al sistema sanitario ed alle cure mediche.

Anche i dati relativi alle donne accolte dai centri antiviolenza della Regione Emilia Romagna, anno 2010, confermano per il territorio regionale le evidenze scientifiche sopra riportate: il 37% (937) delle donne accolte che subiscono violenza, afferma di sentirsi disperata o impotente; il 36% (912) soffre di perdita di autostima; il 21,1% (533) ha problemi di depressione. Vi sono poi conseguenze di carattere sociale della violenza, che influiscono anch'esse sull'autonomia della donna, come le limitazioni autoimposte per evitare le violenze, che vengono attuate tra il 22,8% (577) delle donne accolte; varie forme di isolamento sociale e familiare, sofferte dal 14,5% (368) di esse; assenze e/o perdita del lavoro dichiarato da circa il 6% (160) delle donne.

1.3.3 Sul benessere e sulla salute dei minori

La violenza contro le donne ha conseguenze rilevanti anche sui figli delle vittime.

L'OMS, nel rapporto del 2002³, già rilevava che i bambini che assistono alla violenza tra genitori presentano un rischio più elevato per una moltitudine di problemi affettivi e comportamentali, tra cui ansia, depressione, scarsi risultati scolastici, basso livello di autostima, disobbedienza, incubi e disturbi fisici.

Secondo il rapporto OMS 2013, le donne che hanno subito violenza hanno il 16% di probabilità in più, rispetto alle donne che non la subiscono, di partorire figli prematuri o sottopeso, hanno due volte in più delle donne non maltrattate la possibilità di incorrere in aborti.

Con riferimento al monitoraggio dei Centri antiviolenza dell'Emilia Romagna, emerge come il 79% delle donne accolte nel 2012 ha figli/e in grande maggioranza minorenni. Spesso i figli assistono ai litigi domestici.

Le donne con figli/e che subiscono direttamente o indirettamente (cioè che assistono alle violenze dirette contro la madre) violenza accolte dai centri antiviolenza della Regione Emilia-Romagna sono state, nel 2012, 1533. Nello stesso anno, i figli/e in età minore che subiscono direttamente violenza fisica e/o psicologica e/o economica e/o sessuale sono risultati in totale 1.388, il 52% di tutti i figli/e delle donne accolte/ospitate.

I figli delle donne che subiscono violenza risultano spesso anche essere vittime collaterali dei femicidi: nel 2011 sono stati 8 i figli rimasti coinvolti in un femicidio, 2 nel 2012, mentre in molti casi erano presenti allorché l'uomo ha compiuto il delitto.

1.4 Violenza in gravidanza

² Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, OMS – 2013.

³ Violenza e salute nel mondo, OMS -2002.

Particolarmente gravi, benché diffusi, sono i comportamenti violenti agiti dal partner durante la gravidanza della donna: nel mondo una donna su quattro è vittima di una forma di violenza in gravidanza; il 30% dei maltrattamenti contro le donne ha inizio durante la gestazione; in più del 90% dei casi il maltrattante è il partner o l'ex. Dopo l'incidente stradale, la violenza fisica rappresenta la seconda causa di traumi durante la gravidanza. Secondo la ricerca dell'Istat 2006 l'11,5% delle donne incinte ha subito qualche forma di violenza da parte del partner: per il 50,6% di queste la violenza durante la gestazione è rimasta uguale, mentre per il 16,6% è aumentata e per il 15% ha avuto inizio proprio in quel periodo.

Secondo il rapporto OMS 2013, le donne che hanno subito violenza hanno il 16% di probabilità in più rispetto alle donne che non la subiscono di partorire figli prematuri o sottopeso, hanno due volte in più delle donne non maltrattate la possibilità di incorrere in aborti.

La Regione ha rilevato come nel proprio contesto territoriale il 12% delle donne in stato di gravidanza sia vittima di tale condizione⁴. Nel 2008 sono state 30 le donne in gravidanza, in carico alla rete Dafne di Rimini per percorsi di uscita dalla violenza; nel 2009 erano 25, nel 2010 i casi sono stati 19, mentre nel 2011 si è registrato un picco: 37 donne accolte (il 22% di quelle in carico), di cui il 40% è ricorsa ad una IVG. L'impatto della violenza in gravidanza nuoce pesantemente e contemporaneamente a due soggetti: la donna ed il bambino. E' alta la ripercussione della violenza in gravidanza sul progetto esistenziale della donna, che spesso necessita di essere rivisto ed in breve tempo, con una portata luttuosa e traumatica sul piano psicologico. In Italia, la questione della violenza in gravidanza è stata rilevata e descritta solo di recente. I servizi territoriali ed i consultori familiari sono un osservatorio privilegiato per l'intercettazione della violenza in gravidanza.⁵

1.5 Femicidio

Per femicidio si intende, secondo la definizione di D.Russell, "la morte della donna (quale esito/conseguenza di atteggiamenti o pratiche sociali misogine". Il femicidio è l'uccisione di donne o bambine commessa da mano maschile, a causa della loro appartenenza al genere femminile.

In Italia, stando alle indagini condotte dalla Casa delle donne per non subire violenza di Bologna⁶ sulla stampa, sono state 126 nel 2012, 130 nel 2011, 129 nel 2010, e complessivamente 908 dal 2005 le donne uccise in ragione del loro esser donne. Secondo quanto emerge dalle indagini, nel 60% dei casi registrati la donna aveva o aveva avuto una relazione di intimità con colui che l'ha uccisa. Nel 2006 il 63,4 % erano mariti o compagni, e il 10% ex; nel 2007 il 43,7% appartenevano alla prima categoria e il 14,2% alla seconda; nel 2008 i femicidi sono stati commessi nel 38,1% dei casi dal coniuge o convivente e nel 15,9% dall'ex, mentre nel 2009 il 54% degli uccisori era il partner e il 9% l'ex; nel 2010 l'autore nel 22% dei casi era il marito e nel 22,8% l'ex; nel 2011 il 48,3% dei delitti avvenuto per mano di mariti o ex è del 16,7%, nel 2012 il 28% degli autori era un partner e il 30% un ex.

Nel corso degli anni varia il dato sullo stato della relazione, con una tendenza all'aumento dei casi in cui la coppia è separata, ma resta costante la premessa che tra uccisore e vittima vi fosse o vi fosse stato un legame di coppia. Diversamente, la percentuale di uomini che non avevano una relazione intima o di conoscenza con la vittima risulta contenuta, essendo al di sotto del 10% dei casi. Nel 2007 il 12,7%; nel 2008 il 10,6%; nel 2009 il 3%, nel 2010 il 4%, nel 2011 il 3,3%, erano persone estranee alla donna uccisa, mentre nel 2012 non sono stati reperiti casi in cui autore e vittima erano sconosciuti. Il dato afferente la nazionalità dell'autore è costante e ci dice che tra il 70% e l'80% dei femicidi negli ultimi anni sono stati commessi da uomini italiani, così come era di nazionalità italiana la vittima nel 70% dei casi. Per quanto concerne il luogo del delitto risulta che i femicidi, come la violenza maschile, si compiono nella grande maggioranza dei casi all'interno dell'abitazione o della donna o della coppia o dell'autore, insomma tra le mura domestiche, luoghi che nell'immaginario comune sono considerati protettivi e sicuri. Sono avvenuti in casa nel 2007 il 69% dei delitti, nel 70,8% nel 2008, nel 69% nel 2009, nel 70% nel 2010 nel 70,4% nel 2011 e nel 2012 nel 63%.

Dall'indagine sulla stampa emerge inoltre che un numero rilevante di autori di femicidio, dopo il delitto si suicida: si è trattato nel 2008 del 20,4% degli autori, nel 2009 del 24%, nel 2010 del 22%, nel 2011 del 20% e nel 2012 del 19%. Quanto all'area geografica in cui si verificano i femicidi, si registra una prevalenza del nord, con una percentuale del 48,3% nel 2011, seguito per lo stesso anno dal sud (25% dei casi), dal centro (17,5%) e dalle isole (9,1%); anche nel

⁴ Quaderni Città Sicure n. 35 – Anno 2010.

⁵ Ad oggi l'az. usl di Modena sta sperimentando uno strumento di screening da utilizzare in ambito consultoriale.

⁶ Le indagini sono reperibili e scaricabili su www.femicidiodicasadonne.wordpress.com

2012 è il Nord, a registrare oltre il 50% dei casi di femicidio. La Regione Emilia Romagna risulta particolarmente interessata dal fenomeno, avendo registrato 7 casi nel 2006, 10 nel 2007, 9 nel 2008, 12 nel 2009, 8 nel 2010, e 17 sia nel 2011 che nel 2012.

1.6 Costi della violenza

Si distinguono, quali conseguenze della violenza maschile, costi diretti e indiretti che incidono in modo determinante nella spesa pubblica, anche se spesso non sono tenuti nella dovuta considerazione, per la difficoltà della loro quantificazione.

Tra i costi diretti rientrano le spese per l'assistenza psicologica e le cure mediche (pronto soccorso, ospedalizzazione, cure in clinica e ambulatorio, trattamento delle malattie sessualmente trasmissibili), il costo dei servizi di polizia (risposta alle chiamate di pronto intervento e arresti), i costi gravanti sul sistema giudiziario (custodia, detenzione, istruzione dei processi), il costo dell'accoglienza e dell'ospitalità delle donne e dei bambini, la spesa per i servizi sociali (programmi di prevenzione, costi per la formazione del personale).

Sono costi indiretti della violenza maschile quelli che hanno una ricaduta indiretta sul sistema socio-sanitario (aumento degli stati patologici, delle dipendenze, della mortalità)

Si devono inoltre tenere presenti gli effetti di moltiplicazione economica generati dalla violenza maschile, come la riduzione della partecipazione delle donne al mondo del lavoro, della loro produttività e del loro reddito.

Vanno inoltre considerati, tra i costi della violenza, gli effetti di moltiplicazione sociale come l'impatto intergenerazionale della violenza sui bambini, l'erosione del capitale sociale, il peggioramento della qualità della vita e la riduzione della partecipazione delle donne alla vita democratica che l'essere vittima di una relazione violenta producono.

CAP. 2 QUADRO NORMATIVO

Si elencano di seguito i principali riferimenti normativi e provvedimenti in materia di violenza contro le donne a livello internazionale, europeo, italiano e regionale, e altri provvedimenti della Regione Emilia-Romagna:

2.1 Provvedimenti delle istituzioni internazionali

- 1979 Cedaw (Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne)
- 1985 Conferenza mondiale dell'Onu sulle donne di Nairobi
- 1993 Conferenza delle Nazioni Unite sui diritti umani di Vienna
- 1994 IV Conferenza mondiale sulle donne-Pechino.
- 1995 OMS Prevenzione della violenza: una priorità della sanità pubblica.
- 1998 ONU Prevenzione del crimine e misure di giustizia penale per eliminare la violenza contro le donne.

2.2 Legislazione europea

- 1986 Risoluzione sulla violenza contro le donne.
- 1997 Consiglio d'Europa "Piano d'azione per combattere la violenza contro le donne".
- 1997 Risoluzione sulla necessità di una campagna di totale intransigenza nei confronti della violenza contro le donne.
- 1999 Nuova risoluzione sulla violenza contro le donne
- 2000 Consiglio d'Europa "Programma di azione comunitario per combattere la violenza sui bambini, i giovani e le donne".
- 2001 Consiglio d'Europa "Salvaguardia delle donne dalle violenze".
- 2005 Linee guida centri per il trattamento degli uomini violenti
- 2009 Risoluzione del Parlamento europeo del 26 novembre 2009 sull'eliminazione della violenza contro le donne"
- 2009 Direttiva 2012/29 sui diritti delle vittime
- Direttiva 2011/36/UE concernente la prevenzione e la repressione della tratta di esseri umani e la protezione delle vittime
- 2011 Direttiva 2011/99/UE sugli ordini di protezione

- 2011 Direttiva 2011/92 sull'abuso sessuale su minori
- 2011 Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, adottata ad Istanbul l'11 maggio 2011 e sottoscritta dall'Italia il 27 settembre 2012

2.3 Normativa italiana

Codice penale:

- art. 609-bis (Violenza sessuale)
- art. 609-ter (Circostanze aggravanti)
- art. 609-quater (Atti sessuali con minorenne)
- art. 609-quinquies (Corruzione di minorenne)
- art. 609-sexies (Ignoranza dell'età della persona offesa)
- art. 609-septies (Querela di parte)
- art. 609-octies (Violenza sessuale di gruppo)
- art. 609-nonies (Pene accessorie ed altri effetti penali)
- art. 609-decies (Comunicazione al tribunale per i minorenni)
- art. 612 bis -(Atti persecutori)
- 1996 Legge 15 febbraio 1996, n. 66, "Norme contro la violenza sessuale"
- 2001 Legge 4 aprile 2001, n. 154, "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari"
- 2009 Decreto legge 23 febbraio 2009, n. 11, "Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori". Convertito in legge dalla L. 23 aprile 2009, n. 38.
- 2010 "Piano nazionale contro la violenza di genere e lo stalking"
- 2013 L. n. 77/2013, Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, sottoscritta a Istanbul l'11 maggio 2011
- 2013 Decreto Legge dell' 8 agosto 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"
- Protocollo ANCI – DiRE di collaborazione per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere.

2.4 Normative regionali

- Abruzzo L.R. 20-10-2006 n. 31 "Disposizioni per la promozione ed il sostegno dei centri antiviolenza e delle case di accoglienza per le donne maltrattate".
- Basilicata L.R. 7-6-2011 n. 11 "Spazi di confronto al femminile di modifica ed integrazione alla legge regionale 26 novembre 1991, n. 27"; L.R. 18-12-2007 n. 26 "Istituzione osservatorio regionale sulla violenza di genere e sui minori"; L.R. 29-3-1999 n. 9" Istituzione di un fondo di solidarietà a favore di donne e minori di reati di violenza sessuale".
- Calabria L.R. 21-8-2007 n. 20" Disposizioni per la promozione ed il sostegno dei centri di antiviolenza e delle case di accoglienza per donne in difficoltà."
- Campania L.R. 11-2-2011 n. 2 "Misure di prevenzione e di contrasto alla violenza di genere." L.R. 23-2-2005 n. 11 "Istituzione di centri e case di accoglienza ed assistenza per le donne maltrattate"
- Friuli-Venezia Giulia L.R. 16-8-2000 n. 17 "Realizzazione di progetti antiviolenza e istituzione di centri per donne in difficoltà"; L.R. 8-4-2005 n. 7 "Interventi regionali per l'informazione, la prevenzione e la tutela delle lavoratrici e dei lavoratori dalle molestie morali e psico-fisiche nell'ambiente di lavoro." –
- Lazio L.R. 14-5-2009 n. 16 "Norme per il sostegno di azioni di prevenzione e contrasto alla violenza alle donne"; L.R. 15-11-1993 n. 64 "Norme per l'istituzione di centri antiviolenza o case rifugio per donne maltrattate nella Regione Lazio."
- Liguria L.R. 21-3-2007 n. 12 "Interventi di prevenzione della violenza di genere e misure a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza".
- Lombardia, L.R. n. 11/2012, Interventi di prevenzione, contrasto e sostegno a favore di donne vittime di violenza
- Marche L.R. 11-11-2008 n. 32 "Interventi contro la violenza sulle donne."

-Piemonte L.R. 29-5-2009 n. 16 "Istituzione di Centri antiviolenza con case rifugio."; L.R. 17-3-2008 n. 11 "Istituzione di un fondo di solidarietà per il patrocinio legale alle donne vittime di violenza e maltrattamenti."

-Sardegna L.R. 7-8-2007 n. 8 "Norme per l'istituzione di centri antiviolenza e case di accoglienza

per le donne vittime di violenza."

- Sicilia, L.R. n. 3/2012, Norme per il contrasto e la prevenzione della violenza di genere

-Toscana L.R. 16-11-2007 n. 59 "Norme contro la violenza di genere."

-Trentino-A.A./Bolzano: Provincia autonoma L.P. 6-11-1989 n. 10 "Istituzione del servizio "Casa delle donne".

-Umbria L.R. 15-4-2009 n. 6 "Istituzione del Centro per le pari opportunità e attuazione delle politiche di genere nella Regione Umbria."

- Valle D'Aosta, L.R. n. 4/2013, Interventi di prevenzione e di contrasto alla violenza di genere e misure di sostegno alle donne vittime di violenza di genere.

- Veneto, L.R. n. 5/2013, Interventi regionali per prevenire e contrastare la violenza contro le donne

2.5 Normativa della regione Emilia-Romagna

Non essendo stati approvati provvedimenti organici sul tema, si segnalano:

-L.R. 12-3-2003 n. 2: "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", art. 5 – Titolo II - Sistema integrato di interventi e servizi sociali -Capo I - Sistema locale dei servizi sociali a rete;

CAP.3 FENOMENOLOGIA DELLA VIOLENZA DI GENERE SULLE DONNE

3.1 Fenomenologia e tassonomia

La Dichiarazione conclusiva della Conferenza Mondiale sui Diritti Umani di Vienna nel 1993 afferma esplicitamente, per la prima volta nella storia, che "i diritti umani delle donne e delle bambine sono un'inalienabile, integrale e indivisibile parte dei diritti umani universali".

Nello stesso anno la Declaration on the Elimination of Violence against Women, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, definisce violenza di genere o contro le donne (Gender Violence or Violence Against Women): "...ogni atto di violenza fondato sul genere che comporti o possa comportare per la donna danno o sofferenza fisica, psicologica o sessuale, ivi compresa la minaccia di questi atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, che avvengano nel corso della vita pubblica o privata. La violenza contro le donne è la manifestazione di una disparità storica nei rapporti di forza tra uomo e donna, che ha portato al dominio dell'uomo sulle donne e alla discriminazione contro di loro, ed ha impedito un vero progresso nella condizione delle donne ...". L'OMS definisce la violenza come "l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, o la minaccia di tale uso, rivolto contro se stessi, contro un'altra persona (...) che produca o sia molto probabile che possa produrre lesioni fisiche, morte, danni psicologici, danni allo sviluppo, privazioni".

La violenza del partner o ex partner, viene nominata in modi diversi, a volte come violenza domestica, altre come violenza coniugale o nelle relazioni di intimità (Partner or ex Partner Violence, Domestic Violence, or Intimate Partner Violence-IPV). Essa comprende le violenze esercitate da fidanzato, amante, marito o convivente, nei confronti di una donna all'interno di una relazione affettiva o di coppia.

Tali comportamenti comprendono:

- Atti di aggressione fisica: schiaffi, pugni, calci e percosse.
- Abuso psicologico: intimidazione, svalutazione e umiliazione costanti.
- Rapporti sessuali forzati e altre forme di coercizione sessuale.
- Diversi atteggiamenti di controllo: isolare una persona dalla sua famiglia d'origine e dagli amici, controllarne i movimenti e limitare le sue possibilità di accesso a informazioni o assistenza.

Quando la violenza viene ripetutamente perpetrata nell'ambito della stessa relazione, si parla di "maltrattamento". I traumi che ne derivano sono considerati dal DSM all'origine di una sindrome psichiatrica, caratterizzata da ansia, irritabilità, attacchi di panico, insonnia.

I fenomeni considerati violenza contro le donne hanno natura diversa, e possono mutare e aumentare nel tempo. Tra queste attualmente consideriamo violenze nelle relazioni di intimità; le violenze sessuali dentro e fuori la famiglia; le molestie sessuali sul luogo di lavoro, a scuola, nello sport e nello spazio pubblico; i comportamenti persecutori (stalking); la prostituzione forzata e il traffico di esseri umani; le mutilazioni genitali; gli aborti selettivi e le sterilizzazioni forzate; l'abbandono e la mancanza di cure di bambine; i femicidi spesso ad opera di partner presenti o passati, o di familiari; i femicidi a causa d'onore o in relazione alle doti; le lesioni gravissime prodotte dal lancio di acido (cfr. A/61/122/Add., General Assembly, 61° Sessione, 2006).

Questa tavola elaborata da Watts e Zimmermam rappresenta una sintesi efficace delle diverse fenomenologie elaborate a livello internazionale, in una dimensione temporale che va dal concepimento alla morte e suddivisa sulla base degli autori delle diverse forme di violenza.

Altri autori	Violenza organizzata o inflitta dagli stati (es. stupro in tempo di guerra)
	Prostituzione forzata, sfruttamento prostituzione
	Lancio di acido
	Stupro, sesso forzato, molestie da non partner (incluso abuso sessuale minori)
	Abuso di potere
Membri della famiglia	Crimini d'onore o in relazione alle doti
	Accesso al cibo e alle cure mediche
	violenza psicologica dai membri della famiglia
	Stupro, sesso forzato, molestie da membri della famiglia (incluso abuso sessuale minori)
	Violenza fisica dai membri della famiglia
	Mutilazioni genitali femminili
	Violenza in gravidanza
	Infanticidio di femmine
Partner intimi	Aborto selettivo di femmine
	Accesso al cibo e alle cure mediche
	Violenza in gravidanza
	violenza psicologica dal partner intimo
	Violenza fisica dall'attuale o ex partner
	Violenza sessuale dall'attuale o ex partner

Fonte: Watts e Zimmerman (2002) Violence and abuse against women over time

3.2 Il maltrattamento e il ciclo della violenza

Per gli operatori che lavorano con vittime di violenza è importante conoscere la complessa relazione che lega la donna e il partner. Vi sono varie teorie sul modo di manifestarsi della violenza. La psicologa americana Lenore Walker⁷ ha elaborato la "Teoria del ciclo della violenza". La violenza maschile in una relazione di intimità si manifesta in modo estremamente variabile da caso a caso, molte donne maltrattate affermano di essersi ritrovate coinvolte senza accorgersene: la disparità di potere, difficilmente riconoscibile perché consueta e culturalmente accettata, può degenerare in una relazione segnata da violenza. La violenza maschile diventa particolarmente grave quando l'aggressore sente che sta perdendo il controllo sulla relazione e non riesce a tollerare che la vittima si liberi dal suo dominio, per esempio quando la donna decide di separarsi. Le aggressioni tendono a continuare anche dopo la separazione. Anche se meno frequenti per le minori opportunità concrete, sono di solito più gravi e pericolose sia sul piano fisico che su quello psicologico. Di fatto la maggior parte degli omicidi si produce in circostanze di separazione e di rottura.

Anche se l'inizio della violenza è variabile, quello che appare più evidente è il carattere ciclico degli episodi violenti: una volta che è apparso un episodio di violenza, la cosa più probabile è che torni a ripetersi. La "Teoria del ciclo della violenza" individua tre fasi cicliche che descrivono il comportamento violento e di controllo del maltrattante:

I Fase: accumulo della tensione. In questa fase si verificano episodi di microconflittualità: aggressioni psicologiche, cambi repentini e impreveduti dello stato d'animo, incidenti "minori" di maltrattamento verbale, atteggiamenti di controllo sempre più stretti. La donna cerca di calmare il partner, controllarne la rabbia ed evitare un'escalation di violenze: tende quindi a non reagire. Il maltrattante, di fronte all'apparente accettazione passiva della donna, si convince che la violenza sia una forma efficace per ottenere ciò che lui vuole.

⁷ Walker Lenore E. (1979) The Battered Woman. New York: Harper and Row

II Fase: esplosione. Quando la prima fase arriva al limite, di solito esplose il maltrattamento fisico, sessuale o psicologico grave. Questa fase si distingue dalla precedente per l'assenza di controllo negli atti da parte del maltrattante: si producono per la vittima i danni maggiori, che possono arrivare anche a causarne la morte. E' a questo punto del ciclo che la donna può cercare delle strategie di difesa chiamando la polizia, andando all'ospedale o scappando. La durata di questa fase è solitamente breve: statisticamente da 2 a 24 ore.

III Fase: riconciliazione o luna di miele. In questa fase il maltrattante si pente e chiede perdono, promettendo che non accadrà mai più. Si comporta in modo affettuoso e romantico con la donna, arrivando a farle credere che sarà capace di controllarsi. A questa convinzione si affianca sempre anche quella che lei abbia "imparato la lezione", per cui se lei non si comporterà più in "modo inadeguato" lui non si vedrà "obbligato a maltrattarla di nuovo". L'aggressore di solito nega la propria responsabilità attribuendola a fattori esterni: i comportamenti provocatori della donna, lo stress, il lavoro, l'alcool o più raramente a difficoltà personali, rifiutando però qualsiasi possibilità di aiuto esterno. Questa fase causa difficoltà emotiva per la donna ad interrompere la relazione, è raro però che la calma duri molto: passato lo spavento, dalla fase della luna di miele si torna rapidamente alla fase dell'accumulo di tensione e si innesca nuovamente il ciclo. Gli episodi di violenza ad ogni ripetizione del ciclo sono più intensi e pericolosi. Mostrare comprensione o sottovalutazione nei confronti dei primi comportamenti violenti non ne diminuisce la frequenza, ma ne facilita l'incremento progressivo; è quindi importantissimo per gli operatori cercare di porre fine alla situazione di violenza immediatamente, perché con il passare del tempo aumenta il pericolo di morte per la vittima.

CAP. 4 I DATI DI CONTESTO

Dal 1997 le case e i Centri antiviolenza riuniti nel Coordinamento dei Centri antiviolenza della Regione Emilia Romagna, promuovono, con il supporto della Regione stessa, l'attività di raccolta attraverso uno strumento di rilevazione comune.

Nel corso del 2010 è stata realizzata la quarta rilevazione regionale dei dati dei Centri antiviolenza.

Ogni anno essa è aggiornata con la pubblicazione in forma breve dei risultati relativi ad alcuni items.⁸

Come rilevato in premessa, i Centri antiviolenza gestiti da Associazioni di donne sono luoghi predisposti, fin dagli inizi degli anni novanta, per accogliere le donne che hanno subito maltrattamenti e/o violenza con o senza i loro figli. L'azione di supporto si concretizza, nella maggioranza dei casi, attraverso l'accoglienza telefonica e/o diretta per le donne e l'ospitalità all'interno delle case rifugio sia per le donne che per i loro figli/e. Le donne possono accedere al Centro attraverso diversi livelli di accoglienza: dal contatto telefonico si può passare ad un primo incontro con le operatrici e procedere con il proprio percorso attraverso colloqui, ospitalità nella casa rifugio, partecipazione ai gruppi di auto-aiuto. La metodologia prevede che ogni azione (denunce, separazione, attivazione dei servizi, ecc.) venga intrapresa solo con il consenso della donna e che si lavori sempre per il suo vantaggio, in una modalità che consenta alla donna di parlare di sé, offrendole la possibilità di credere in se stessa, secondo i presupposti della protezione, riservatezza e del non giudizio da parte dell'operatrice.

Lo strumento di raccolta dati utilizzato è una scheda/questionario cartaceo compilata dalle operatrici, i dati vengono quindi informatizzati attraverso una maschera ad hoc realizzata con il programma Access in dotazione dal 2010.

Il monitoraggio dei dati di accoglienza ci consente di comprendere le dimensioni del fenomeno della violenza di genere nella nostra regione, per quanto riguarda ovviamente il solo osservatorio delle donne che chiedono aiuto ai centri.

Le donne accolte che hanno subito violenza nel 2012 sono state 2819: l'incremento di casi è notevole se si guarda ai risultati delle precedenti indagini, svolte nel 1997 (1422 casi), nel 2000 (1119) e nel 2005 (1271), 2350 nel 2010. Il numero delle donne accolte che hanno subito violenza è più che raddoppiato rispetto al 2000 e quasi raddoppiato rispetto al 2005.

⁸ Il rapporto è pubblicato al seguente indirizzo: <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/news/sempreru-donne-scelgono-la-liberta-e-affrontano-la-violenza?searchterm=monitoraggio+centri+antiviol>

Il numero delle donne straniere che hanno chiesto aiuto ai Centri antiviolenza regionali nel 2012 è rimasto perlopiù costante: 858 (36,5%) nel 2010; mentre le italiane accolte sono state 1492 (63,5%) e 756 (35,5%) nel 2012, mentre le italiane accolte nel 2012 sono state 1373 (64,5%).

Le donne accolte appartengono in maggioranza alle fasce centrali di età (64%). Nel 2010 il 45,7% (1125) delle donne accolte risulta coniugata; il 19,1% (471) convive con un partner; il 14,3% (352) è nubile; il 16,1% (396) è separata legalmente o di fatto; il 4% (99) è divorziata; lo 0,9% (21) vedova. Rispetto alle precedenti rilevazioni, nel 2010 aumenta il numero delle conviventi, mentre diminuisce quello delle nubili e delle coniugate. Il 56,8% (1313) ha un'occupazione; le casalinghe sono il 12,7% (294); le studentesse il 2,6% (59); le invalide l'1,6% (37). Fra coloro che hanno un lavoro, le donne con un contratto di lavoro a tempo indeterminato sono più della metà, il 53,5% (495); quelle con un contratto a termine o a progetto o a consulenza sono il 22,5% (208); una donna su 4 lavora in nero o in famiglia (senza formalizzazione), il 24,1% (223 donne). Anche nel 2010 le donne accolte con un reddito sufficiente al proprio mantenimento sono una netta minoranza: il 38,7% (821).

Fra gli autori di violenza prevale in modo deciso la figura del (ex)partner, una categoria all'interno della quale rientrano: coniuge, convivente fidanzato/amante ed ex. Nel 2010, in essa si concentra l'85,4% (2112) di tutti gli aggressori. Nello stesso anno i familiari e i parenti sono il 7,6% (189); gli amici e i conoscenti il 4,1% (101). Fra i conoscenti vi sono colleghi, datori di lavoro e professionisti come medici, ginecologi o psicoterapeuti. Gli sconosciuti sono l'1,9% (47). Il 70% (1756) delle donne accolte subisce violenza fisica; il 19% (478) subisce violenza sessuale, il 93% (2335) subisce violenze psicologiche; il 52,2% (1310) subisce violenze economiche. Anche nel 2010 come nelle due precedenti rilevazioni, aumentano le violenze che durano da 0 a 1 anno e da 2 a 5 anni, quindi i tempi di richiesta di aiuto delle donne accolte tendono a ridursi rispetto al passato. Rispetto alle precedenti rilevazioni, sono aumentate le donne che hanno preso contatto con la rete informale, con le forze dell'ordine, con un avvocato, con il pronto soccorso. Le donne che hanno avuto bisogno di ospitalità nel corso del 2012 sono state 255, le donne effettivamente ospitate 130. Aumentano le donne che hanno presentato una denuncia-querela a causa delle violenze subite: in tutto 590 (22,8%) [dati 2010]. Nel 2005 le donne che avevano presentato una denuncia/querela erano state 236, il 18,6% di tutte le donne accolte, nel 2000 154, pari al 13,8%.

L'ordine di protezione/allontanamento viene usato raramente: nel 2010 le donne che ne hanno usufruito sono state complessivamente 79 (il 3%).

Per quanto riguarda i dati di accesso alle strutture sanitarie ad oggi non esistono dati omogenei su livello regionale, alcune az. Usl si sono dotate di strumenti di rilevazione in fase d'accesso.

Non si hanno invece dati nazionali o regionali relativi agli accessi ai Pronto Soccorso, cioè a causa di una mancata codifica dedicata nella scheda di triage, al riguardo alcune aziende hanno modificato, assumendo un ulteriore codice le loro schede d'accesso al Pronto Soccorso, fra queste le az. e di Reggio Emilia, Modena, Bologna e Rimini, in questi casi è possibile avere una rilevazione d'accesso territoriale che non è però comparabile a livello regionale.

CAP. 5 LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'ACCOGLIENZA DI DONNE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE

Tra le diverse forme di violenza che pervadono il nostro contesto sociale, le linee regionali hanno come target di riferimento la violenza maschile contro le donne così come illustrata nei precedenti capitoli quale forma di violenza che trova nella relazione d'intimità e/o intrafamiliare l'ambito principale di espressione. Vi sono però altre forme di violenza che si esprimono nella relazione maschile/femminile e/o in una relazione d'intimità che non trovano in queste linee di indirizzo diretta occasione di approfondimento, fra queste la violenza nella relazione di cura ad es. nella relazione anziano/badante. Così come ci sono aspetti specifici legati alla vita delle vittime quali ad es. la tossicodipendenza come esito di violenze subite o la lettura delle violenze subite dalla donna in un approccio prospettico che porti anche all'analisi del trauma complesso che rimandano a spazi appositi di approfondimento che non sono oggetto di questo documento.

Le presenti linee guida dettagliano ed evidenziano le azioni che devono essere prestate dai soggetti e dalle agenzie coinvolte ai diversi livelli di intervento nell'accoglienza e nella presa in carico di donne vittime di violenza.

Queste linee d'indirizzo regionali vogliono essere una cornice di riferimento per i soggetti che nel lavoro quotidiano intervengono a tutela e/o in aiuto di una donna vittima di violenza. Sono anche uno strumento per conoscere servizi e modalità di intervento degli altri partner della rete, definiscono le azioni e funzioni da attivare e gli specifici ambiti di responsabilità. Ulteriore finalità sia del documento che dell'attività di confronto fra professionisti di diversa cultura che si è realizzata per produrre le linee in oggetto è la promozione di un approccio culturale più ampio e completo ai temi della violenza di genere; intendendo in questo senso di rilievo territoriale non solo l'organizzazione di una rete di accoglienza dedicata, ma anche e soprattutto la realizzazione, in forma integrata di attività e azioni per prevenire, culturalmente e socialmente le cause della violenza contro le donne.

Poiché da anni è attivo in regione un lavoro di rete, e molti sono i protocolli e gli accordi già in essere, nel caso in cui aziende, servizi e centri dispongano già di protocolli in uso, questi andranno armonizzati alle presenti linee regionali; prevarranno invece i protocolli locali qualora prevedano standard di accoglienza e/o presa in carico più elevati rispetto a quelli previsti dalle linee regionali.

5.1. Realizzazione degli obiettivi delle linee di indirizzo e organizzazione territoriale
L'attuazione delle funzioni di cui alle presenti linee d'indirizzo, da realizzarsi coerentemente con il quadro normativo regionale e con particolare riguardo alla L.R. 2/2003 e alle recenti L.R. 21/2012 e L.R. 12/2013, è affidata alla redazione di un documento a cura delle Conferenze Territoriali Sociali Sanitarie (CTSS), tali linee di indirizzo territoriali saranno poi oggetto di Piani operativi distrettuali e di ambito integrati fra territorio e ospedale.

La Regione Emilia Romagna eserciterà un ruolo attivo di sollecitazione delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie per la stesura del documento in tempi compatibili con la predisposizione delle pianificazioni di ambito distrettuale.

Nel documento si provvederà a definire, laddove sia accertata una violenza quali servizi e operatori siano i punti di riferimento della rete per l'accoglienza e per la presa in carico, le attività da mettere in campo da parte di ciascuna agenzia, nonché le relative responsabilità, eventualmente distinguendo i percorsi da seguire in presenza o meno di una situazione di emergenza, oltre a quali azioni e attività si intenda mettere in essere per realizzare azioni di prevenzione.

Nel documento territoriale si dovranno articolare in forma specifica i due diversi ambiti di intervento relativi alle 2 fasi:

1) l'accesso e l'accoglienza che prevedono gli elementi conoscitivi e i servizi da fornire nel primo contatto con la vittima di violenza, oltre ad una prima valutazione dello stato di emergenza e sicurezza;

2) la presa in carico che coincide con l'avvio della progettazione del percorso di messa in sicurezza e di autonomia della donna.

5.1.1 Accordi, protocolli e reti

La nostra regione promuove da tempo la creazione di reti territoriali realizzate dai soggetti pubblici e privati, per l'accoglienza delle donne vittime di violenza, oltre che la creazione di specifici accordi territoriali, utili a condividere i punti di accesso alla rete dei servizi e le modalità di raccordo operativo per prevenire e contrastare la violenza maschile e proteggere e sostenere le vittime⁹. Gli accordi ad oggi in essere andranno armonizzati con le presenti linee guida.

Si riconosce nel lavoro in rete la strategia fondamentale per contrastare la violenza e per offrire migliori standard di servizi alle vittime, evitando grazie all'attivazione della rete dispersioni di energie e risorse ed eliminando confusioni e rallentamenti.

Fanno parte della rete tutte le risorse presenti sul territorio: istituzionali, dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari (consultori familiari, pronti soccorso, U.O. ospedaliere e territoriali di ostetricia e ginecologia, centri per le famiglie, sportelli sociali, centri stranieri, medici, pediatri e altri soggetti ancora) e del terzo settore con particolare riguardo alle associazioni di donne che gestiscono la rete regionale dei centri antiviolenza. Case e centri nella nostra realtà territoriale hanno negli anni sviluppato una significativa competenza specifica negli ambiti dell'accoglienza, dei percorsi di uscita dalla violenza e della prevenzione, lavorando in un'ottica di genere ed offrendo quindi alle donne servizi specifici e dedicati, ciò da conto anche della

⁹ Si veda il n. 1 di Materiali di Città Sicure. La sicurezza delle donne, Febbraio 2011, a cura del Servizio politiche per la sicurezza e la polizia locale della Regione Emilia-Romagna.

complessiva ricchezza generata in un sistema dei servizi integrato tra pubblico e terzo settore qualificato.

Nella definizione della rete territoriale richiesta dalle linee d'indirizzo è importante il riconoscimento reciproco dei diversi ruoli e delle competenze specifiche tra i vari nodi dei servizi e settori che la compongono, in particolare tra i servizi socio-sanitari e i Centri o Case anti violenza che sono i soggetti maggiormente coinvolti.

Le linee di indirizzo si concentrano sulla mappatura e sulla declinazione dell'agire e delle prassi territoriali e aziendali; la rappresentazione di una rete di contatto ampia che, rappresenti anche l'attività dei centri anti violenza, è un vantaggio per le donne. I piani territoriali prendono atto della specificità dell'offerta dei Centri anti violenza e promuovono il maggior numero di sinergie e collaborazioni per realizzare un sistema integrato fra servizi e terzo settore qualificato, definiscono le competenze, le azioni e le risorse economiche a ciò dedicate. Qualora oltre alla donna siano coinvolti i figli/e è necessaria l'attivazione dei servizi di tutela del minore (si vedano le linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini adolescenti vittime di maltrattamento/abusosi vedano le linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini adolescenti vittime di maltrattamento/abuso); al riguardo si evidenzia che tra i fattori di rischio per la salute e il benessere del minore rientra anche la violenza condivisa (vedi le linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini adolescenti vittime di maltrattamento/abuso) e si sottolinea l'importanza dell'accompagnamento della donna nell'avvicinarsi con fiducia ai servizi di tutela minori, al fine di sostenerla ed attivare adeguati progetti di aiuto.

Altrettanto rilevante, qualora ci siano donne con storie di abuso di sostanze (alcol o altro), o depressione, è il coinvolgimento dei CSM e dei Sert, per la frequente correlazione fra violenza domestica e abuso di sostanze, depressione ecc. Si raccomanda inoltre che questi servizi specifici realizzino le necessarie modifiche delle prassi diagnostico-terapeutiche, al fine di inserire nella raccolta anamnestica domande sulla storia di violenza. Per i professionisti maggiormente coinvolti in tale processo: CSM, Sert, Medici di Medicina Generale, è indispensabile una formazione sulle conseguenze della violenza per la salute e il benessere della donna.

Per un efficace funzionamento della rete di protezione contro la violenza alle donne, è necessario operare in stretta sinergia con le forze dell'ordine e la magistratura; a tal fine, strumenti importanti sono i protocolli condivisi e concordati a livello provinciale e/o l'allargamento dei propri Accordi e piani a Prefettura, Magistratura e Forze dell'ordine.

5.1.2 Integrazione fra servizi specialistici

Nel riconoscimento reciproco delle competenze di ciascun servizio, qualora la donna si stia riferendo ad un servizio specialistico (ad es. Sert o Salute mentale) e la violenza emerga nella storia personale anche in riferimento al trauma subito, è necessario far riferimento ai punti dedicati della rete per l'accoglienza e la presa in carico di donne che subiscono violenza. Al fine di agevolare il riconoscimento e incrementare la consapevolezza sulle situazioni di violenza e abuso, è necessario attivare percorsi di sensibilizzazione e formazione professionale anche per gli operatori dei servizi specialistici. Per agevolare la conoscenza della rete dedicata al contrasto alla violenza di genere è utile creare un materiale di contatto (brochure, volantini anche multilingue) che sia anche strumento di prevenzione.¹⁰

5.2 L'accesso e l'accoglienza

Sono definite nel presente documento linee di indirizzo per l'accesso e l'accoglienza, allo scopo di offrire alla vittima di violenza, al momento del primo contatto con i servizi e/o gli operatori e le operatrici della rete degli ambiti e standards di risposta adeguati, che siano condivisi e garantiti in tutto il territorio regionale. Una risposta competente e tempestiva ha lo scopo di evitare alla vittima di violenza passaggi ridondanti e inutili a professionisti e reparti non appropriati e ha altresì il fine di prevenire la cronicizzazione della storia di maltrattamento, anche a causa di un'accoglienza inadeguata.

Si definiscono quali porte di ascolto informali i soggetti istituzionali e non, non dedicati all'accesso diretto ai servizi ma facenti parte della rete di vita relazionale della donna, fra questi: scuola, servizi educativi, associazioni, parrocchia, commercio di vicinato.

¹⁰ Fra le buone prassi in questo ambito l'esperienza di Piacenza con le vittime di tortura, per le quali è attivo un nucleo di coordinamento multidisciplinare in cui ogni operatore delle differenti porte d'accesso si incontra con gli altri specialisti per elaborare l'invio più opportuno per la donna e dove si pratica una formazione professionale congiunta.

Si definiscono soggetti e possibili porte d'accesso per l'accoglienza i soggetti dal cui contatto conseguono azioni pertinenti alla presa in carico del problema portato:

- Pronto soccorsi;
- Forze dell'ordine;
- Servizio Sociale;
- Consultori (anche declinati come spazi giovani, spazi donne immigrate);
- Altri servizi sociali e sanitari con accesso diretto;
- Case e Centri anti violenza;
- Servizi di cure primarie;

Va sempre considerata la possibilità che la donna si presenti ad un servizio non dedicato, pubblico o privato, di cui ha fiducia per esperienze precedenti, in questo caso l'operatore deve comunque accogliere il bisogno portato e indirizzare al punto di rete dedicato, a tal fine è opportuno che anche operatori/operatrici dei servizi non dedicati ricevano una formazione professionale sui punti della rete di supporto alle donne vittime di violenza, nel rispetto e nel riconoscimento delle diverse competenze e finalità.

E' inoltre molto importante che i soggetti della rete dedicati all'accoglienza e alla prevenzione abbiano contatti e ambiti di collaborazione con i soggetti del terzo settore che essendo attivi nel tessuto sociale comunitario possono entrare in contatto con donne vittime di violenza che hanno scarsa conoscenza della rete di servizi.

5.2.1 L'organizzazione dell'accoglienza della donna vittima di violenza

Ogni territorio deve definire, identificare e rendere note le proprie porte d'accesso e le modalità di attivazione e contatto della rete di accoglienza delle donne vittime di violenza. Ampia informazione sulla attività specifica dei diversi nodi della rete va garantita alla cittadinanza (scuole, URP, biblioteche ecc.) ed agli altri punti della rete, affinché si diffondano le modalità di accesso ed accoglienza specifica e siano comunicati i successivi aggiornamenti. E' inoltre da individuare a livello territoriale un'equipe dei professionisti/e referenti dei soggetti componenti la rete per l'accoglienza di vittime di violenza di genere (per es. tavoli tecnici e interistituzionali) a cui è affidata una buona tenuta del sistema di accoglienza attraverso una costante attività di "manutenzione" (controllo riferimenti, procedure ecc.), formazione e condivisione delle procedure anche per i nuovi operatori della rete e dei suoi professionisti. All'interno della rete dei servizi per l'accoglienza vanno creati accordi per l'accoglienza, anche residenziale, in emergenza, nelle giornate festive e nelle ore notturne¹¹.

5.2.2 Azioni e funzioni specifiche dell'attività di accoglienza

L'accoglienza della donna vittima di violenza richiede che vengano definite e condivise procedure specifiche di contatto e di accesso alla rete dedicata all'accoglienza, anche se può capitare che in una fase di prima accoglienza l'operatore/operatrice, specie se qualificato possa trovarsi a gestire un primo colloquio, indipendentemente dal punto di rete in cui opera. Ne consegue quindi il bisogno di condividere fra i componenti della rete momenti di formazione a ciò dedicati.

Si deve garantire alla donna un primo colloquio di accoglienza che risponda a specifici standard organizzativi e qualitativi, quali:

- la disponibilità di uno spazio protetto (stanza o box) dove far accomodare la donna in assenza di altre persone, in modo da garantirle la necessaria riservatezza;
- la necessità che chi accompagna la donna non interferisca in alcun modo con la sua libertà d'espressione e che quindi l'accompagnatore resti negli spazi d'attesa (in alcuni casi la vittima è accompagnata dal suo aggressore);
- una buona comunicazione e l'uso di un linguaggio semplice e comprensibile;
- l'attivazione di un ascolto e di un approccio non giudicante ed empatico. E' fondamentale la consapevolezza da parte dei professionisti coinvolti della delicatezza di questo momento, anche per provare a stabilire fin da subito con la donna un rapporto basato sulla fiducia, che favorisca l'eventuale passaggio alla fase successiva di presa in carico; per fare ciò è importante la presentazione e l'esplicitazione delle funzioni e delle competenze del professionista e del servizio e l'anticipazione alla donna degli interventi che si possono e devono realizzare e delle loro motivazioni;

¹¹ Fra le prassi di riferimento sono: le esperienze del Priss a Bologna, la Procedura di Reggio Emilia promossa da Nondasola e Usi, Emergenza festiva/domenicale di Ferrara.

- la protezione della privacy della donna;
- l'attivazione, ove necessario per donne straniere di mediatori/mediatrici culturali o linguistici.

Il primo colloquio di accoglienza dovrà mirare a:

- rilevare, anche con l'uso di domande e indicatori specifici nel caso gli operatori/le operatrici siano stati adeguatamente formati, la violenza subita e i rischi immediati, nonché un'eventuale situazione di limitazione della libertà personale, cui la donna può essere sottoposta;
- una prima ricognizione e valutazione delle risorse proprie, delle reti amicali e parentali della donna e/o delle risorse istituzionali per lei immediatamente protettive (accordi territoriali per l'accoglienza residenziale in emergenza) nel caso in cui la donna chieda un'ospitalità immediata;
- la verifica della presenza di minori e il contatto col Servizio minori, informando la donna sui propri obblighi di legge;
- dare informazioni chiare e corrette sulle Case o i Centri antiviolenza quali punti della rete specifici dedicati alla cura, alla presa in carico e alla messa in sicurezza e sui punti della rete socio assistenziale dedicati alle donne vittime di violenza (materiale informativo, anche in riferimento alla rete dei servizi dedicati all'uscita dalla tratta), ed eventualmente accompagnarla nel contatto con il centro o servizio, a tal fine è utile aver già realizzato incontri specifici fra i soggetti di rete per concordare le migliori prassi operative;
- l'avvio, laddove la donna lo desidera, di procedure per aiutarla ad entrare in contatto con i servizi di cui necessita;
- l'accertamento della volontarietà della donna con particolare riferimento all'avvio di successive fasi di accoglienza residenziale;
- l'informazione in merito alla possibilità e ai tempi per sporgere denuncia o querela.
- la messa in contatto, eventualmente per tramite dell'operatore/operatrice, con la Questura o i Carabinieri

5.2.3 Modalità di invio ai soggetti della presa in carico

Dopo l'accoglienza e la presentazione delle risorse del territorio effettuata dall'operatore/operatrice, con particolare attenzione alla specifica funzione dei centri antiviolenza, è la donna che volontariamente decide a chi rivolgersi per esplicitare la domanda di aiuto e realizzare poi una presa in carico specifica sulla violenza di genere e se seguire un progetto di vita per uscire dalla condizione di vittima di violenza.

In ogni caso l'operatore/operatrice deve dare comunque un'informazione completa sulla rete dei servizi di accoglienza del territorio utile alla donna anche in momenti futuri e facilitarla nell'accesso ai servizi specifici dedicati.

In relazione agli obblighi di legge previsti per gli operatori/operatrici sanitari/e (es. obbligo di denuncia all'Autorità Giudiziaria in caso di prognosi superiore ai 20 gg o se connesso ad altro reato perseguibile d'ufficio o in presenza di minori), si raccomanda che essi siano opportunamente formati sulle connessioni fra prognosi e obblighi di legge, per aumentare la consapevolezza professionale al fine di attivare interventi più appropriati.

5.2.4. L'accesso e l'accoglienza in casi specifici

Vi possono essere situazioni o momenti di particolare delicatezza nell'accoglienza della vittima di violenza, che possono richiedere l'attivazione di specifiche procedure e risorse, da concordarsi a livello territoriale, come ad esempio per quanto riguarda l'accoglienza in caso di tratta, di tortura o allorché la vittima sia in gravidanza.

Una procedura a se stante deve essere concordata in caso di violenza sessuale.

La procedura specifica serve innanzitutto ad evitare che la donna abbia più colloqui, ad es. prima al pronto soccorso e poi al servizio specifico di ginecologia. Si deve poi prevedere la predisposizione di spazi appositi e protetti anche nei pronto soccorso ostetrici con personale appositamente formato in tema di violenza e laddove possibile si deve consentire che non sia la donna ad essere spostata negli ambulatori specialistici ma siano i professionisti a raggiungerla. Nel caso il personale appositamente formato non sia presente nei turni si deve prevedere la reperibilità di una ginecologa e di un medico legale.

La procedura deve indicare in modo preciso i passaggi da seguire per la stesura del referto in quanto strumento fondamentale per l'avvio del percorso legale. Allo stesso modo essa deve prevedere la codifica della repertazione ovvero della raccolta del materiale biologico. E' indispensabile che essa preveda la creazione di un'equipe dedicata ai casi di violenza sessuale. La procedura deve altresì consentire che l'accettazione della donna sia effettuata anche in

anonimato, se richiesto¹². Si deve inoltre prevedere una priorità nell'assegnazione del codice d'accesso.

5.3 La presa in carico

Sono requisiti minimi dell'attività di presa in carico:

- una prima e immediata valutazione della presenza di una situazione di emergenza o non emergenza;
- l'identificazione di un/a responsabile del caso che abbia la titolarità ad attivare le risorse necessarie alla realizzazione del progetto relativo alla presa in carico;
- la condivisione e la stesura di un progetto individuale costruito con la donna, nel quale sono individuati gli interventi/trattamenti più appropriati ai suoi bisogni;
- l'esecuzione degli interventi/trattamenti, anche sulla base di appositi accordi con gli altri soggetti/servizi della rete;
- la verifica periodica del progetto individuale;
- la chiusura del progetto

La presa in carico della donna vittima di violenza ha come obiettivo l'attivazione delle risorse proprie della donna stessa, al fine di consentirle un efficace percorso di fuoriuscita dalla violenza. Presupposti per una buona attività di presa in carico di una vittima di violenza sono la formazione e l'aggiornamento degli operatori e delle operatrici al fine di fornire loro un'adeguata conoscenza del fenomeno (epidemiologia e dinamiche della violenza, impatto della violenza sulla salute e sul benessere della donna, capacità di relazione fondata sull'ascolto e l'accoglienza, conoscenza delle criticità e delle risorse territoriali e capacità di utilizzare la rete in modo pro-attivo).

La presa in carico può essere sociale o socio-sanitaria, a tal fine risulta importante il funzionamento della rete, per garantire la realizzazione di una presa in carico integrata.

5.3.1 L'organizzazione della presa in carico rispetto alla violenza

Vista la L.R.2/2003, art.5 n.4,lett. f) e g) e art.15 n.2 e n.3, la costruzione della rete per l'accoglienza delle donne e dei minori vittime di violenza è in capo ai Comuni, i quali si possono dotare anche di apposite convenzioni con le case e i centri antiviolenza per realizzare tali funzioni. In tal caso la figura del responsabile delle prese in carico può essere definita all'interno della convenzione che regola i rapporti tra comune e casa o centro antiviolenza, al fine della realizzazione di ambiti di corresponsabilità sociale e di un miglior funzionamento della rete.

Ogni territorio deve organizzare la propria rete, all'interno dei Piani distrettuali per la salute e il benessere e in accordo con gli orientamenti del documento di indirizzo delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie al fine di definire e ottimizzare le risorse e i percorsi per garantire una presa in carico appropriata e professionale.

Ciascun territorio definisce le responsabilità e le risorse specifiche dei soggetti che compongono la rete funzionali alla presa in carico, e alla realizzazione del progetto di uscita dalla violenza.

Qualora le aziende, i servizi e i centri abbiano ulteriori protocolli, questi prevarranno qualora prevedano standard di presa in carico più elevati.

5.3.2 Azioni e funzioni specifiche dell'attività di presa in carico

L'attività di presa in carico si differenzia in due percorsi, a seconda che:

- 1) sia riscontrata una situazione di emergenza dai servizi e/o da qualsiasi punto di contatto della rete;
- 2) la donna si rivolga ai servizi in qualsiasi punto della rete in non emergenza.

- Nel casi di cui al punto 1) la funzione prima del percorso in emergenza è l'immediata realizzazione della protezione e messa in sicurezza della donna nel breve e medio termine.

Spesso l'ambito dell'emergenza è segnato dall'accesso al Pronto Soccorso

Devono considerarsi quali principali indicatori della situazione di emergenza:

- a) il riscontro di un danno fisico sulla donna;
- b) la situazione di solitudine, isolamento e controllo della donna;
- c) il livello di pericolosità della situazione e la sua percezione soggettiva di rischio;

Spesso la situazione di emergenza è aggravata dall'emergenza abitativa o sociale.

¹² Buona prassi in PS di Reggio Emilia accettazione con un codice fiscale fittizio, luogo di nascita non conosciuto.

- Risolta la situazione di emergenza, o nel caso di cui al punto 2), si avvia il percorso ordinario di

presa in carico.

La funzione della presa in carico ordinaria ha avvio con la valutazione della complessità del bisogno della donna, della disponibilità dell'offerta di soluzioni e servizi, a partire dalla situazione della donna e dalle risorse che ha a disposizione, che vengono declinate all'interno del progetto per l'uscita dalla violenza.

5.3.3 Valutazione del rischio di recidiva

Come già rilevato nella fase di presa in carico è molto importante dedicare spazio a una valutazione del rischio della vittima di essere nuovamente oggetto di violenza. Esistono diverse metodiche per la valutazione del rischio di recidiva della violenza, alcune sono focalizzate sull'autore, altre sulla vittima. Ad oggi non sono ancora molti gli operatori e le operatrici formati/e in tal senso, ogni territorio dovrà quindi definire percorsi formativi a ciò dedicati, principalmente per gli operatori/le operatrici della presa in carico in alcuni casi anche per l'accoglienza.

Valutazione del rischio sull'autore:

La più utilizzata in Italia è la procedura SARA (Spousal Assault Risk Assessment) e serve a valutare se e quanto un uomo che ha agito violenza nei confronti della propria partner (moglie, fidanzata, convivente) o ex-partner è a rischio nel breve o nel lungo termine di usare nuovamente violenza. Tale valutazione di pericolosità è effettuata con riferimento a 10 fattori (+5 fattori di vulnerabilità della vittima). Si tratta di una valutazione soggettiva che però tiene conto di fattori oggettivi che numerose ricerche hanno visto essere correlati alla violenza domestica. Essa è stata messa a punto con particolare riferimento al sistema della giustizia penale, ma può essere utilizzata anche in sede civile, soprattutto nei casi di separazione e divorzio. La valutazione del rischio fatta con la procedura SARA ha varie utilità e si applica in differenti ambiti sia prima del processo, nella fase delle indagini, allorché è importante capire se il presunto autore del reato può costituire un pericolo per la presunta vittima o autore o per i figli e quindi per la richiesta qualche misura restrittiva della sua libertà.

Valutazione del rischio sulla vittima:

Mentre si raccolgono i dati nel primo contatto, così come nell'anamnesi, è importante oltre all'ascolto attivo l'inserimento di domande di screening, strumenti da condividersi in ambito di rete.

5.4 Raccolta dati e strumenti di monitoraggio e valutazione

Ad oggi sono pochi i dati omogenei sul territorio regionale relativi alle donne vittime di violenza, così come non sempre i singoli territori si sono dotati di propri strumenti per monitorare i percorsi delle donne con cui si sono realizzati progetti per l'uscita dalla violenza. Si deve passare dalla singola rilevazione territoriale ad un monitoraggio più ampio di livello regionale che permetta di analizzare il fenomeno della violenza di genere nei suoi diversi aspetti, le modalità di accesso ai servizi i tempi di presa in carico, i bisogni portati, le risorse disponibili comporta un percorso di allineamento ed ottimizzazione degli strumenti ad oggi in uso. La regione avvierà a tal fine un gruppo di lavoro che confronterà i materiali e gli strumenti ad oggi in uso, quali ad es. la scheda socio-sanitaria, la scheda di triage all'accesso di Pronto Soccorso così come le schede di dimissione.

Questo obiettivo è fondamentale per offrire elementi conoscitivi ai decisori nei momenti delle scelte strategiche.¹³

5.5 Formazione professionale

Come già evidenziato in più parti delle linee di indirizzo la formazione è un asse essenziale per creare una buona rete di servizi, operatori qualificati e per migliorare le prestazioni rese alle donne vittime di violenza. Presupposti per una buona attività di accoglienza, di presa in carico, di valutazione del rischio o di prevenzione sono la formazione professionale e l'aggiornamento degli operatori e delle operatrici, al fine di fornire loro un'adeguata conoscenza di base del fenomeno in merito:

- all'epidemiologia e dinamiche della violenza da parte di partner o ex partner;
- alle conseguenze della violenza sulla salute e sul benessere della donna e dei suoi figli;
- alla costruzione di una relazione fondata sulla capacità di ascolto e accoglienza;

¹³ Buone prassi: modifica delle schede d'accesso al Pronto Soccorso az. Di Reggio Emilia, Modena, Bologna e Rimini

- alla conoscenza delle criticità e delle risorse territoriali e l'attivazione della rete in modo proattivo;
- alla lettura della valutazione del rischio di recidiva;
- alla costruzione di un sapere comune su cui promuovere confronto e crescita professionale.

A tal fine regione e soggetti pubblici dovranno promuovere e garantire una regolare attività di formazione per gli operatori e operatrici, avvalendosi delle competenze specifiche e operative maturate negli anni anche a partire dal proprio territorio.

5.6 Attività di ricerca

La Regione ad oggi ha sostenuto e promosso diverse esperienze dedicate ad una maggior conoscenza della violenza e alla sua prevenzione, fra cui il monitoraggio dati di accoglienza delle case e centri antiviolenza, la ricerca sugli uomini che agiscono violenza condotta da prof. Marco Deriu con l'az.usl di Modena, la ricerca realizzata nel 2009 dalla Società Lenove sugli "Strumenti di contrasto alla violenza di genere", la Ricerca-azione "Stereotipi di genere, relazioni educative e infanzie" realizzata in collaborazione con il Centro di studi sul genere e l'educazione (CSGE) del Dipartimento di Scienze dell'Educazione "Giovanni Maria Bertin" dell'Università di Bologna, le ricerche promosse dal Servizio Politiche per la sicurezza e della polizia locale reperibili nelle pubblicazioni "Quaderni di città sicure" e "Materiali di città sicure"¹⁴, l'attenzione al tema sempre prestato nelle varie edizioni del documento "Le donne in Emilia-Romagna" realizzato dal Servizio Controllo Strategico e Statistico).

Tali ricerche e l'analisi dei dati disponibili hanno purtroppo confermato la gravità del fenomeno e l'idea che esso possa essere connesso alla maggiore emancipazione, indipendenza e autonomia di cui le donne sono state protagoniste negli ultimi 40 anni. Ciò potrebbe essere una delle spiegazioni anche delle dimensioni del fenomeno nella nostra Regione: in una società in cui il ruolo delle donne è fortemente mutato, la violenza contro le donne potrebbe avere alle basi il conflitto tra i generi e la difficoltà per gli uomini di accettare queste trasformazioni, adattando i propri modelli culturali ed elaborando una cultura di parità e rispetto verso le donne.

Sul presupposto che sia quindi necessario un mutamento culturale a partire dalle giovani generazioni, la Regione (in particolare l'Assessorato alle pari opportunità, con la collaborazione di altri Assessorati e altri soggetti istituzionali) è da tempo impegnata nella diffusione di una cultura di genere, in azioni di sensibilizzazione ed educazione alle differenze e alla lotta contro gli stereotipi di genere, che sono alla base delle molteplici discriminazioni che le donne ancora subiscono in molti campi.

La Regione si impegna inoltre, anche in coerenza con le linee di indirizzo a creare spazi di formazione e di condivisione delle diverse esperienze territoriali.

5.7 Azioni di prevenzione e sensibilizzazione culturale

Come sottolineato dai documenti internazionali e comunitari sopra citati, e recentemente anche dalla Convenzione di Istanbul, fondamentale è anche un'azione di prevenzione, formazione e sensibilizzazione culturale sul tema della violenza di genere e delle discriminazioni, l'educazione al rispetto, con una particolare attenzione al contrasto degli stereotipi, a partire dalle scuole.

Come esplicitamente previsto dalla Convenzione di Istanbul, è infatti di grande importanza la promozione di cambiamenti nei comportamenti socio-culturali delle donne e degli uomini, al fine di eliminare pregiudizi, costumi, tradizioni e qualsiasi altra pratica basata sull'idea dell'inferiorità della donna o su modelli stereotipati dei ruoli delle donne e degli uomini, valorizzando il ruolo fondamentale delle scuole per veicolare messaggi volti ad educare e sensibilizzare a temi quali la parità tra i sessi, i ruoli di genere non stereotipati, il reciproco rispetto, la soluzione non violenta dei conflitti nei rapporti interpersonali, la violenza contro le donne basata sul genere e il diritto all'integrità personale, appropriati al livello cognitivo degli allievi.

Su tale fronte la Regione ha quindi avviato diverse iniziative rivolte alle giovani generazioni di diverse fasce d'età, al fine di promuovere una cultura del rispetto e della valorizzazione della donna, di diffondere una cultura attenta alle differenze, con promozione di ruoli non

¹⁴ Quaderni di Città Sicure, n.33 settembre/ottobre 2008 "Violenza contro le donne. Il panorama normativo internazionale, nazionale e regionale" e n. 35 gennaio/febbraio 2010 "Violenza di genere e sicurezza delle donne in Emilia-Romagna"

discriminatori e superamento degli stereotipi di genere, in tal modo favorendo anche il contrasto alla violenza di genere, che da tale cultura e stereotipi sessisti trova alimento.

Come riconosciuto anche dalla Convenzione di Istanbul, il raggiungimento dell'uguaglianza di genere è un elemento chiave per prevenire la violenza contro le donne.

Porre fine alle violenze di genere è un obiettivo ambizioso: occorre ripensare e affrontare le politiche in una dimensione più ampia, che sia in grado di tener conto dei vari aspetti coinvolti, a partire dalla modifica dei modelli culturali di riferimento, dall'educazione degli uomini ad accettare i nuovi ruoli delle donne ed a rispettare la loro libertà e dignità, e da un ripensamento dell'immagine della donna anche nella comunicazione pubblica.

A tal proposito, il tema del ruolo dei media nel favorire il persistere degli stereotipi di genere nella cultura e nella società - e, più in generale, il tema della rappresentazione della donna nei media - riveste una fondamentale importanza per il raggiungimento dell'effettiva parità tra donne e uomini, nel processo democratico di affermazione dei pari diritti, come ribadiscono anche gli orientamenti comunitari.

Anche nel campo dell'educazione ai media, la Regione (in particolare l'Assessorato alle pari opportunità in collaborazione con il Corecom) ha avviato percorsi di collaborazione istituzionale.

Allegato B parte integrante



Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER
L'ACCOGLIENZA E LA CURA DI BAMBINI E
ADOLESCENTI VITTIME DI
MALTRATTAMENTO/ABUSO

INDICE

Linee di indirizzo: obiettivi e sintesi

1 – Un problema di salute pubblica	12
1.1 Definizione del fenomeno e conseguenze sullo sviluppo	13
1.2 Il modello ecologico dell'intervento	13
1.3 Complessità del fenomeno e nodi operativi nella "rete" degli interventi	15
2 – Classificazione delle forme di maltrattamento e abuso	17
2.1 Maltrattamento fisico	17
2.2 Maltrattamento psicologico	18
2.3 Violenza assistita	18
2.4 Abuso sessuale	18
2.4.1 - Sfruttamento sessuale	19
2.5 Abuso "on line"	19
2.6 Patologia delle cure	20
2.7 Violenza tra pari: bullismo e cyberbullismo	21
3 – Quadro normativo	22
3.1 Strumenti giuridici non penali di protezione dal maltrattamento	23
3.1.1 Il procedimento di controllo della potestà	23
3.1.2 Il procedimento di verifica dello stato di abbandono	24
3.2 Segnalazioni e procedimenti civili di protezione	25
3.3 Segnalazione: a chi, come, quando	251
3.4 Segnalazioni e maltrattamenti penalmente rilevanti	26
3.5 L'articolo 403 del codice civile	27
3.6 Il minore conteso	27
3.7 Il minore vittima di reati di maltrattamenti	28
4 – Metodologia di lavoro	30
4.1 Prima fase	30
4.2 Seconda fase	31
4.3 Terza fase	32
5 – Raccomandazioni in caso di maltrattamento/abuso	33
5.1 Introduzione e fasi dell'intervento	33
5.2 Rilevazione	33
5.2.1 - Raccomandazioni nella fase di Rilevazione	34
5.2.2 - Raccomandazioni specifiche aggiuntive	36
5.3 Attivazione della rete dei servizi	39

5.3.1 - Raccomandazioni nella fase di Attivazione della rete dei servizi	39
5.3.2 - Raccomandazioni specifiche aggiuntive	41
5.4 Segnalazione all’Autorità Giudiziaria e misure di protezione	42
5.4.1 - Raccomandazioni nella fase di Segnalazione all’A.G. e misure di protezione	42
5.5 Valutazione multidisciplinare	44
5.5.1 - Raccomandazioni nella fase di Valutazione multidisciplinare	44
5.6 Trattamento	45
5.6.1 - Raccomandazioni nella fase di Trattamento	45
6 – Raccomandazioni per un percorso organizzativo: ipotesi di sviluppo di accordi di livello locale	46
6.1 La Regione	46
6.2 Il livello territoriale	47
6.2.1 - Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie	47
6.2.2 - Aziende sanitarie ed Enti Locali	47
7 – Raccomandazioni in tema di Formazione	49
7.1 Aggiornamento, formazione, supervisione e consulenza	49
7.2 Livelli della formazione	50
7.2.1 - Formazione di base	50
7.2.2 - Formazione specialistica	50
7.2.3 - Consulenza specialistica di II° livello	50
7.2.4 - Formazione agli aspetti organizzativi	51
7.3 I destinatari della formazione e della sensibilizzazione ai temi del maltrattamento minorile	51
8 – Contestualizzazione del fenomeno a partire dai dati disponibili	53
8.1 Dati di livello nazionale	53
8.2 I dati regionali di fonte giudiziaria e di fonte Istat	54
8.3 I minori in carico ai Servizi sociali territoriali	55
8.4 I minori in carico alle unità di neuropsichiatria infantile infanzia e adolescenza	60
8.5 Dati di livello locale: centri specialistici e progetti dedicati	62
9 – Monitoraggio e Indicatori	63
9.1 Il Sistema Informativo Regionale	63
9.2 Monitoraggio dell’applicazione delle Raccomandazioni regionali	63
9.3 Valutazione dei risultati dell’applicazione delle Raccomandazioni regionali sul fenomeno: proposta di alcuni indicatori comuni	64
Bibliografia generale	66

Allegati

Allegato 1 – Leggi e norme

Allegato 2 – Modello segnalazione all’Autorità Giudiziaria: lettera di trasmissione e note operative per la compilazione

Allegato 3 – Documenti regionali, nazionali e internazionali

Allegato 4 – Griglie raccomandazioni specifiche

Allegato 5 – Abbreviazioni - acronimi

Allegato 6 – Dati di attività: centri specialistici e progetti dedicati

Allegato 7 – Descrizione codici diagnostici ICD10 NPIA

Allegato 8 – Selezione codici diagnostici ICD10 e casi in carico alla NPIA

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" (WHO, 2002).

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. 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 Tardieu¹ che descriveva lesioni fisiche riscontrate in bambini, una parte dei quali deceduti.

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 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.

L'auspicio è che il presente lavoro possa 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 oggi sollecita un ripensamento delle prassi di accoglienza e delle modalità di cura.

Obiettivi delle presenti linee di indirizzo sono:

- rendere omogeneo sul territorio regionale 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.

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. (in part. Cap. 3)

Costituiscono indicazioni concrete e operative (Cap. 5) 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 (Cap.5).

Nel rispetto degli assetti locali propongono un modello di intervento uniforme in ambito

¹ Tardieu, A: Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. Ann Hyg Med Leg 13: 361, 1860

regionale (Cap. 6) in cui sono stati individuati due livelli:

- livello locale (Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie/Aziende sanitarie ed Enti Locali) costituzione gruppo di coordinamento/intervento per l'attuazione delle linee di indirizzo (parag.6.2)
- livello regionale: costituzione gruppo di coordinamento regionale per monitorare l'applicazione delle linee di indirizzo (parag. 6.1).

Mettono 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, proteggano i professionisti dal senso di isolamento (Cap.7).

Sottolineano l'importanza di disporre di un sistema efficiente di raccolta dati e classificazione a fini statistici epidemiologici (Cap.8).

Rilevano la necessità di monitorare i risultati che l'adozione delle linee di indirizzo produrranno sul fenomeno in termini di:

- emersione dello stesso
- appropriata gestione dei casi

a seguito all'applicazione delle buone prassi raccomandate (in particolare sul grado di integrazione realizzato tra i servizi)(Cap.9).

Per illustrare il percorso di condivisione:

- 27/11/2012: incontro presentazione bozza linee di indirizzo regionali sui minori al dott. L. Fadiga, Garante per l'infanzia e l'adolescenza
- 01/02/2013: 2° Determinazione n° 731/2013 gruppo di coordinamento
- 15/2/2013: Conferenza Regionale Sistema Formativo per informativa linee di indirizzo e conseguente richiesta di partecipazione referente scuola per collaborazione alla stesura delle raccomandazioni e successive fasi
- 6/5/2013: 1° incontro Comitato Tecnico Scientifico per informativa
- 1/7/2013: 2° incontro Comitato Tecnico Scientifico per validazione a seguito di contributi inviati da componenti e ANCI
- 17/7/2013: presentazione a Conferenza Regionale Terzo Settore
- 18/7/2013: Cabina di regia politiche sanitarie e sociali
- 13/9/2013: incontro OO.SS. per informativa
- 17/9/2013: presentazione alle Commissioni assembleari IV e Parità

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 inespresa 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.

La Regione Emilia-Romagna, nell'ambito delle funzioni di programmazione e indirizzo degli interventi socio-sanitari (Legge Regionale 28 luglio 2008, n. 14 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni") definisce le linee d'indirizzo e le prassi appropriate per favorire:

- la prevenzione, la rilevazione precoce per l'emersione del fenomeno e il suo contrasto;
- la protezione e la cura delle vittime o presunte tali;
- il consolidamento di azioni (sociali, sanitarie, educative e giuridiche) multidisciplinari e integrate dei/tra i Servizi, assicurando il necessario coordinamento per favorire modalità stabili di confronto e di raccordo interistituzionale.

Indicazioni riconfermate e sostenute con l'approvazione di un Programma Straordinario a favore dell'infanzia e adolescenza previsto dalla DGR n.378/2010² (e delibere seguenti), e dalla DGR n.1904/2011 "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari" per la cui completa applicazione (vedi parte 1, comma 5- Metodologia del lavoro integrato e progetto quadro) è in corso di definizione ed approvazione un documento che ne disciplini modalità e strumenti per la valutazione e presa in carico integrata socio-sanitaria.

In questa direzione è anche la recente nomina, avvenuta nel 2012, del Garante dell'Infanzia dell'Emilia-Romagna, Dott. Luigi Fadiga al quale si deve il contributo del capitolo terzo sul quadro normativo di riferimento. L'auspicio è che il presente lavoro possa dare un contributo significativo al fine di assicurare appropriatezza degli interventi, coordinamento e modalità

² DGR n. 378/2010 Ripartizione, assegnazione e impegno delle risorse del fondo sociale regionale straordinario ai sensi dell'art. 37 della L.R. 24/2009. Integrazione risorse del fondo sociale locale di cui alla propria delibera n. 2078/2009.

stabili di confronto e di raccordo interistituzionale.

1.1 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 cerebrale (Courtois e Ford, 2009; Felitti et al., 2012).

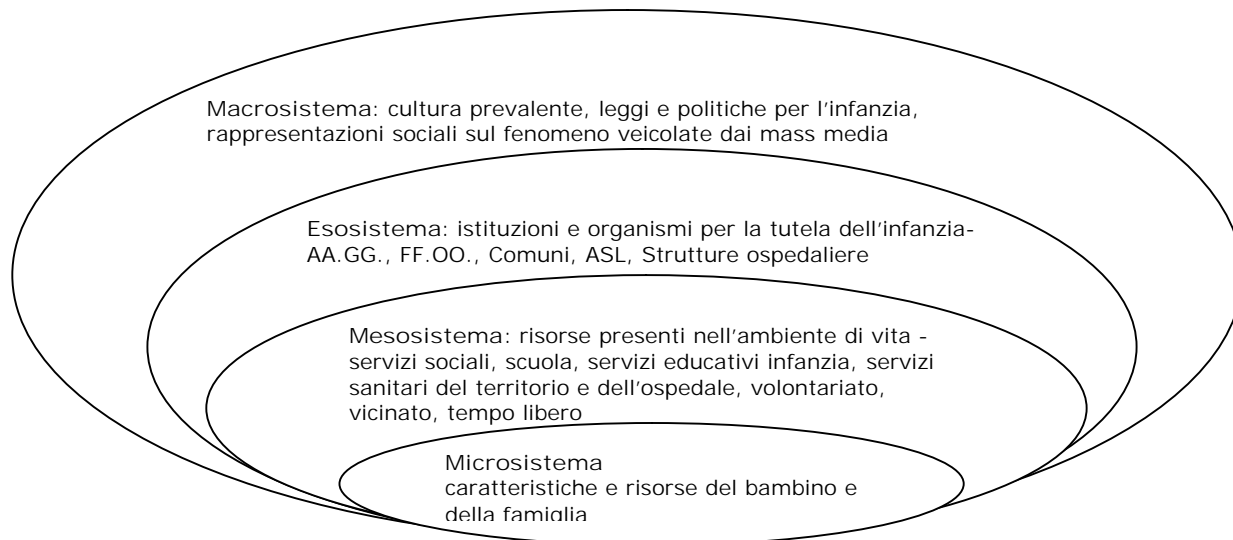
Ogni evento di natura maltrattante specialmente se sperimentato precocemente e ripetutamente nelle relazioni primarie di cura, cioè con le figure che dovrebbero garantire sicurezza, affidabilità, stabilità, contenimento affettivo ed emotivo, in carenza o assenza di fattori protettivi e di "resilienza" nel bambino, produce trauma psichico/interpersonale, che colpisce e danneggia le principali funzioni dello sviluppo (Courtois e Ford, 2009; Malacrea, 2002; Van der Kolk, 2005), provoca una grave deprivazione 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.

1.2 Il modello ecologico dell'intervento

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 (vedi fig. 1):

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 (vedi Documento Linee di Indirizzo Regionali per il contrasto della Violenza sulle Donne) è un fattore altamente predittivo di maltrattamento fisico, sessuale, trascuratezza (Di Blasio et al., 2005).

Il modello ecologico fornisce una base globale e articolata di opzioni per tutte le fasi dell'intervento (vedi Cap 5) 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.

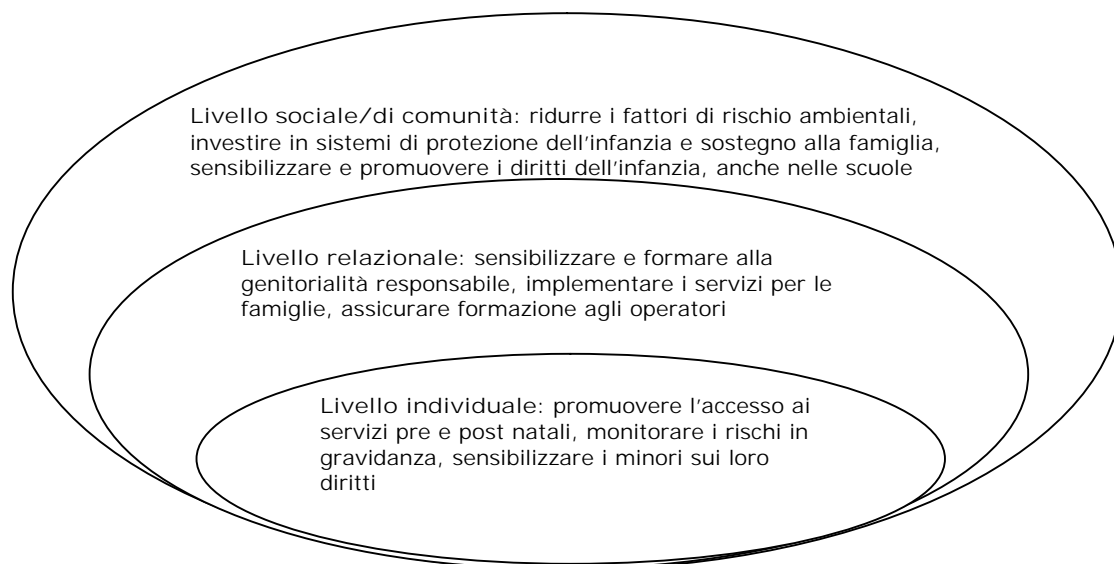
In particolare il modello ecologico sollecita l'adozione di una prospettiva orientata a un sistema di cura piuttosto che a singoli e "frammentati" interventi di cura (WHO, 2002, 2006).

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.

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):

Figura 2. Prospettiva ecologica: strategie preventive.



1.3 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 e 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.

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'intervento (Di Blasio et al., 2005). 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;
- garantire adeguato trattamento ai disturbi post-traumatici infantili derivanti dalla violenza e su quali risorse specialistiche 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 tra la "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 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 risvolti emotivi prodotti dall'impatto con la violenza e la sofferenza.

2. CLASSIFICAZIONE DELLE FORME DI MALTRATTAMENTO E ABUSO

Il maltrattamento può esprimersi in:

- maltrattamento fisico
- maltrattamento psicologico
- violenza assistita
- abuso sessuale
- abuso on line
- patologie delle cure (incuria/trascuratezza grave, discuria, ipercuria)
- bullismo e cyber bullismo.

Classificare le varie forme di maltrattamento all'infanzia (Montecchi, 2002; WHO 1999, 2006; SINPIA, 2007) è utile per fini esemplificativi, ma è opportuno ribadire che il minore è più frequentemente vittima di "costellazioni" maltrattanti multiformi (vedi Cap. 8 e Allegato 6 - dati Centri Specialistici di Ferrara e Bologna).

2.1 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 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 differenziale (vedi Quaderno "Fratture e Abuso", Baronciani et al. 2013).

In tutti i casi dubbi è raccomandabile un confronto con pediatri esperti nella materia (American Academy of Pediatrics, 2007).

Possono essere inquadrati come maltrattamento fisico anche le mutilazioni genitali femminili (MGF) (Bruni e Dei, 2000) 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:

- circoncisione, 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)³.

³ la pratica delle MGF è contrastata dalla legge italiana varata nel 2006 (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) Le

2.2 Maltrattamento psicologico

Per maltrattamento psicologico s'intendono i comportamenti e le frasi che si configurano come pressioni psicologiche, ricatti affettivi, minacce, intimidazioni, discriminazioni, indifferenza, rifiuto volti a provocare umiliazione, denigrazione e svalutazione in modo continuato e duraturo nel tempo. E' 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 minorenne nelle separazioni coniugali altamente conflittuali, che comportano il suo attivo coinvolgimento in strategie volte a denigrare, svalutare, alienare, rifiutare un genitore (Montecchi, 2005).

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.

2.3 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 (CISMAI, 2003).

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 (Bertotti, 2005).

E' necessario distinguere le situazioni di "conflitto genitoriale" dalle condizioni di violenza di un partner sull'altro (CISMAI, 2005). Le prime riguardano i litigi tra familiari e le separazioni conflittuali, nelle quali possono essere coinvolti i 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.

2.4 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" (Kempe e Kempe, 1980).

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.

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

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.

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.

2.4.1 Sfruttamento sessuale

Una particolare tipologia di abuso sessuale è rappresentata dallo sfruttamento sessuale⁴. È il comportamento di chi percepisce danaro od altre utilità, da parte di singoli o di gruppi criminali organizzati, finalizzati 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 è costretto 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.

2.5 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 sessuale (Wolak, Mitchell, & Finkelhor, 2006).

Recenti ricerche effettuate hanno messo in evidenza l'estrema diffusione⁵, 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:

- a) adescamento su internet con lo scopo di un coinvolgimento in attività di cibersex (sesso virtuale);

⁴ Cfr. 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. 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.

⁵ 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 (Telefono Arcobaleno).

- b) induzione a guardare pornografia per adulti, induzione alla produzione di foto o video erotiche⁶;
- c) 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;
- d) 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 delle 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" (Soavi, 2012).

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 straniere (Wolak, et al. 2004, 2008) che italiane⁷, 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 polizia⁸ 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.

2.6 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.

- Ipercura

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

⁶ 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 sessualizzato.

⁷ Ricerche di Save the Children: www.savethechildren.it

⁸ Legge 6 febbraio 2006, n. 38, *Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet*.

forme:

- Ø 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.
- Ø 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.
- Ø nella “Sindrome di Münchausen 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, complice la frequente incredulità e la involontaria collusione dei medici, ed elevata la mortalità.

Inoltre per la rilevanza che ha progressivamente acquisito negli ultimi anni:

2.7 Violenza tra pari: bullismo e cyberbullismo ^{9 10}

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 (Fonzi, 1997). 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.) (Cullingford e Morrison, 1995).

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.¹¹

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.)

Sharp e Smith (1994) 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”¹² (cyberbullying nella letteratura anglofona). Esso descrive un atto aggressivo, intenzionale condotto da un individuo o un gruppo usando varie forme di contatto

⁹ A cura di Luca De Giorgis, Giudice Onorario Tribunale per i Minorenni dell'Emilia-Romagna

¹⁰ **Minori e giustizia** (n. 4/2007) **Dalla violenza sui minori alla violenza dei minori: causa ed effetti del bullismo**

¹¹ Buccoliero E. e Maggi M., **Bullismo, bullismi**, editore Franco Angeli, Milano, 2005

¹² Vedi anche M.L.Genta, A.Brighi, A.Guarini, **Cyberbullismo. Ricerche e strategie di intervento**, Franco Angeli 2013, approfondimento di Stefano Versari su “Bullismo e cyberbullismo: nuove identità e ruolo della scuola”

elettronico, ripetuto nel tempo contro una vittima che non può facilmente difendersi (Smith et al., 2008). L'aggressore può agire nell'anonimato e può diffondere le offese attraverso il web raggiungendo un pubblico potenzialmente illimitato.

3. QUADRO NORMATIVO^{13 14}

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 né può essere considerato isolatamente, ma va inquadrato nel più ampio sistema di protezione di cui si è detto.

E' 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". E' solo in funzione del compimento di tali doveri che la legge attribuisce ai genitori quella che nel nostro diritto si

¹³ A cura del Garante regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza - Regione Emilia-Romagna, Dr. Luigi Fadiga

¹⁴ Il presente contributo è stato redatto interamente nei primi mesi del 2013, cioè al momento dell'entrata in vigore della 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, anche a livello regionale.

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).

3.1 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.

3.1.1 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.

3.1.2 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.

3.2 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.

3.3 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.

E' 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 (vedi Allegato 2). E' 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. E' 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. E' 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.

3.4 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.

3.5 L'art. 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.

3.6 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. E' 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 un 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.

3.7 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 Lanzarote¹⁵ 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

15 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

(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).

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.

4. METODOLOGIA DI LAVORO

In ottemperanza al mandato regionale, 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.

4.1 Prima fase

Questa fase ha comportato l'esame dei dati e dei documenti disponibili a partire dalle Leggi/Delibere regionali in materia:

- Regione Emilia-Romagna – Delibera n.1294 del 1999 (VI Leg.) Progr. n. 1294 Oggetto n. 6024: Linee d'indirizzo in materia di abuso sessuale sui minori. Prot. n. 13974/I.2;
- Legge regionale 12/3/2003 n. 2 - Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- Legge regionale 28 luglio 2008, n. 14 - Norme in materia di politiche per le giovani generazioni. Bollettino Ufficiale n. 129 del 28 luglio 2008,
- Delibera di Giunta Regionale 19 dicembre 2011, n. 1904 – Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari

e dai documenti prodotti da:

single Province, Aziende Sanitarie locali, Aree Vaste, Istituzioni, Università, Ufficio Scolastico Regionale (Direzione generale ed Uffici per ambito provinciale), Tribunali, Procure, Centri Specialistici dedicati, Associazioni di volontariato, (Protocolli Interistituzionali e Interservizi, Procedure o Istruzioni operative interne ai servizi), recuperate attraverso la conoscenza diretta o indiretta dagli stessi membri del Gruppo di lavoro rappresentanti delle Aziende sanitarie della Regione.

Infine sono stati visionati i documenti provenienti da altre Regioni (Abruzzo, Campania, Molise, Piemonte, Sicilia, Veneto) e Province (Imperia, Milano), recuperati tramite internet o conoscenza diretta e quelli prodotti da Governo, Ministeri, Istituzioni, Associazioni, Organizzazioni e Società scientifiche italiane e internazionali. (vedi Allegato 3).

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

4.2 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 pediatria 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 famigliari.
- Il Servizio Sanitario Ospedaliero con i pediatri e i medici, infermieri, ostetriche, del 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.

4.3 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 (vedi Cap. 5) mettendo in evidenza quelle specifiche per ciascun tipo di maltrattamento (vedi Allegato 4), 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 regionali comuni.

5. RACCOMANDAZIONI IN CASO DI MALTRATTAMENTO/ABUSO

5.1 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.

Le 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'AA.GG. e misure di protezione del minore
- valutazione multidisciplinare
- trattamento.

5.2 – 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) (vedi Cap. 1) 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).

5.2.1 - Raccomandazioni nella fase di RILEVAZIONE

E' sempre raccomandabile che l'operatore:

- 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.

Dal monitoraggio delle buone prassi attualmente in essere in Regione e dalle principali criticità operative (che si trovano in dettaglio nelle griglie, vedi Allegato 4), 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, per:

- 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:

- 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.

E' auspicabile che i Pronto Soccorsi 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 (Uffici Scolastici Territoriali, Prefetture, EE. LL., Aziende sanitarie, ecc.) 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 per:

- 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

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

- 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 del sistema integrato regionale¹⁶

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:

- 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

¹⁶ 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.

TERZO SETTORE ¹⁷,

E' raccomandabile che il personale/i volontari:

- 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

5.2.2 Raccomandazioni SPECIFICHE AGGIUNTIVE* in caso di:

* 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:

- la spiegazione della dinamica dell'evento che ha provocato la lesione non è fornita, è vaga, appare incoerente, inconsistente o soggetta a successive modifiche
- il tempo intercorso prima del coinvolgimento del servizio sanitario è inusuale e non è data una giustificazione plausibile del ritardo
- 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 (es. Quaderno "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.

¹⁷ Il Terzo Settore comprende: sistema di accoglienza extra-familiare, cooperative sociali, associazione di volontariato, Centri di aggregazione, Centri Antiviolenza ecc.)

* 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 eviti 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 presenti 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 rivittimizzare 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 Multiprofessionale"³ - 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

¹Alcuni comportamenti appaiono particolarmente significativi, come mimare contatti oro-genitali, richiedere agli adulti di coinvolgersi in rapporti sessuali, masturbarsi con oggetti procurandosi dolore, imitare il coito, emettere suoni solitamente collegati all'atto sessuale, baciare alla francese, chiedere di vedere programmi esplicitamente sessuali, così come l'atto del leccare o chiedere di essere leccato nelle parti genitali o in altre parti del corpo. Questi comportamenti risultano più preoccupanti in relazione all'età (entro i 12 anni) e alla frequenza.

²Quali, ad esempio, il "Percorso sanitario integrato" di Bologna e il Protocollo sanitario di Ferrara "Buone pratiche di tutela in ambito sanitario" (vedi Allegato 3)

³Vedi linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni (previste dalle L.R. 14/2008 e dalla D.G.R. n.1904/2011), in corso di elaborazione

* 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, Consultori Familiari, MMG, SERT, Salute Mentale, Centri anti violenza e Forze dell'Ordine) Vedi anche Documento "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")

5.3 Attivazione della rete dei servizi

Il lavoro di rete è indispensabile per:

- Ø garantire il necessario approccio multidisciplinare
- Ø prevenire o contenere i rischi di frammentazione degli interventi
- Ø facilitare la realizzazione di interventi coerenti
- Ø evitare la sovrapposizione delle iniziative e delle azioni
- Ø contenere gli aspetti emotivi dei professionisti¹⁸
- Ø aiutare a creare uno spazio di accoglienza del dubbio (la maggioranza dei casi di sospetto maltrattamento/abuso) riducendo il rischio di sopra/sottovalutazione
- Ø 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.

5.3.1 - 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 con il supporto giuridico continuativo assicurato dalla L.R. 14/2008 (art. 17) e dalla DGR 1904/2011 (parte I comma 5 e parte III comma 1)
- 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 sociale⁵) 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, previsti negli accordi interservizi, risultino assicurati e documentati nelle rispettive cartelle/documentazione

§ Nota: in quanto incaricato dall'ente locale della tutela secondo la normativa vigente, art. 4 e 17, L.R. 14/2008 e ss

¹⁸ Bertotti T., Lavoro con la rete professionale, 23 aprile 2010 - Facoltà di Sociologia, in www.sociologia.unimib.it/

SERVIZIO SOCIALE

Si raccomanda che:

- sia garantita l'accoglienza appropriata e tempestiva del minore nei casi urgenti
- la definizione dei 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)

SERVIZIO SANITARIO

Si raccomanda che:

- 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)
- sia resa chiara e condivisa la definizione dei ruoli e delle responsabilità di presa in carico e di coordinamento degli interventi

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

Si raccomanda che:

- 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.

TERZO SETTORE (Centri di aggregazione, Centri Antiviolenza, sistema di accoglienza extra-familiare, ecc.)

Si raccomanda che:

- concorra a definire raccordi con i Servizi della rete e in particolare con il Servizio Sociale

FORZE DELL'ORDINE /POLIZIA MUNICIPALE

Si raccomanda che nella formazione congiunta delle Forze dell'Ordine

- venga dato adeguato risalto all'importanza dell'attivazione tempestiva dei Servizi anche nei casi di segnalazione all'AA.GG.

5.3.2 Raccomandazioni SPECIFICHE AGGIUNTIVE*

in caso di:

* 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 (vedi fase Rilevazione, parag. 5.2) e per un confronto multidisciplinare sui segni/sintomi, coinvolgendo il pediatra curante

5.4 Segnalazione all'Autorità Giudiziaria e misure di protezione

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 (vedi Cap.3).

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.

Anche a questo fine è stato predisposto un modello unitario di segnalazione, da parte dell'apposito tavolo di lavoro istituito dal Garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Emilia-Romagna, concordato con l'Autorità giudiziaria minorile e i responsabili dei servizi socio-sanitari (vedi Allegato 2).

5.4.1 - Raccomandazioni relative alla fase di Segnalazione all'AA.GG. e misure di protezione

E' raccomandabile 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. Si raccomanda di utilizzare il modello unitario di segnalazione concordato con l'Autorità giudiziaria minorile e i responsabili dei servizi socio-sanitari (vedi Allegato 2)
- che la Regione Emilia-Romagna promuova, attraverso il Tavolo di lavoro permanente istituito dal Garante dell'infanzia e adolescenza composto dall'Autorità giudiziaria minorile e dai responsabile dei competenti servizi della regione, modalità di collaborazione per l'applicazione delle presenti linee di indirizzo (es. Consensus-Conferenze regionale tra agenzie/enti per una condivisione delle modalità di collaborazione).
- 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

SERVIZIO SOCIALE

Si raccomanda che:

- 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

SERVIZIO SANITARIO

Si raccomanda che il personale sanitario:

- sia in possesso di indicazioni chiare su come effettuare 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 (II° livello sanitario), medico legale e cons. giuridico
- lo psicologo e il NPIA provvedano all'accompagnamento/assistenza del minore nel procedimento giudiziario

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:

- su come comportarsi in casi di urgenza e di non urgenza, anche con riferimento al ricorso alle Forze dell'Ordine ed all'Autorità Giudiziaria;
- 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.

5.5 Valutazione multidisciplinare

La fase di valutazione degli elementi diagnostici e prognostici impegna in modo integrato competenze sociali, mediche, psicologiche ed educative¹⁹.

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.

5.5.1 - Raccomandazioni relative alla fase di Valutazione multidisciplinare

SERVIZIO SANITARIO e SERVIZIO SOCIALE

Si raccomanda che:

- 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 (II° livello sanitario), 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

¹⁹ L'approccio multidisciplinare non sostituisce in nessun caso il contributo specifico che i singoli professionisti sono tenuti a fornire in ogni fase dell'intervento

5.6 Trattamento

E' 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)
- 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 giudiziario²⁰

5.6.1 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 (II° livello) 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

E' 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

²⁰ Si veda, ad esempio, il progetto "E dopo cosa succede?" a cura della Onlus "Isola che c'è" in collaborazione con il Centro Specialistico Il Faro - Dipartimento di Cure Primarie - Azienda USL di Bologna. Il progetto, rivolto ai bambini e ai ragazzi che devono affrontare il difficile percorso del procedimento giudiziario, consiste in tre opuscoli: il manuale dei ragazzi, consigli per i genitori e per gli operatori. E' reperibile sul sito web: www.lisolache.it e sul sito de "Il Faro": www.ausl.bologna.it-informazioni per i cittadini-il faro

6. RACCOMANDAZIONI PER UN PERCORSO ORGANIZZATIVO: 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.

E' 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 (Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie/Aziende sanitarie ed Enti Locali) in cui sia costituito un gruppo di coordinamento.

In fase di applicazione delle linee di indirizzo si possono proporre le seguenti tappe.

6.1 La Regione

La Regione allo scopo di monitorare l'applicazione delle presenti linee di indirizzo:

1. attiverà un formale coordinamento regionale (gruppo i cui componenti saranno individuati tra i referenti del percorso socio-sanitario integrato Maltrattamento/Abuso²¹ sui minori, d'ora in poi percorso integrato M/A, di Enti Locali e Aziende sanitarie) anche per la costruzione della rete interservizi regionale specificamente individuata nel presente documento (es. equipe di 2° livello)
2. procederà nell'ambito del suddetto coordinamento regionale all'individuazione di un referente regionale M/A, con il mandato di:
 - supportare l'implementazione e il monitoraggio delle presenti linee di indirizzo regionali anche in collegamento con le linee di indirizzo regionali in tema di infanzia ed adolescenza
 - monitorare le diverse fonti informative (eventuali modifiche delle rilevazioni, report periodici ecc....)
 - adottare i necessari provvedimenti per il collegamento funzionale con i centri specialistici della rete, ivi compreso l'assolvimento del debito informativo e la condivisione dell'analisi dei risultati
 - tenere i contatti con i Dirigenti regionali, anche per eventuali ulteriori collegamenti (es. Assessorati Politiche per la salute e Promozione delle Politiche Sociali, Garante per l'infanzia e l'adolescenza)
 - proporre eventuali necessità di formazione specifica tesa ad adeguare e uniformare il livello ottimale di appropriatezza degli interventi offerti dalle molteplici professionalità coinvolte nella rete interservizi Regionale
3. chiederà formalmente alle Aziende sanitarie ed agli Enti Locali di comunicare il nominativo del referente del percorso socio-sanitario integrato M/A di Distretto
4. tramite il coordinamento regionale manterrà aggiornate le linee di indirizzo/raccomandazioni regionali, anche attraverso revisioni periodiche
5. sensibilizzerà e promuoverà l'inserimento di tematiche specifiche sul maltrattamento all'infanzia nella formazione di base dei corsi di laurea e delle Scuole di Specializzazione Universitarie (aree sanitaria, sociale ed educativa) (vedi Cap. 7)
6. adotterà le linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni (previste dalle L.R. 14/2008 e dalla D.G.R. n.1904/2011), in corso di elaborazione

²¹ Si intende con Percorso socio-sanitario integrato M/A (come da L.R. 2/2003,) il percorso in cui i professionisti dei servizi sanitari e sociali intervengono in maniera integrata nell'accoglienza, nella diagnosi e nella cura del minore vittima di maltrattamento/abuso secondo le raccomandazioni contenute nel presente documento.

7. sottoporrà a verifica periodica l'organizzazione per accertare se corrisponde a criteri di funzionalità ed economicità.

6.2 Il livello territoriale

6.2.1 Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie

Le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie (CTSS) in accordo con Aziende ospedaliere ed Aziende Ospedaliero-Universitarie, per l'area territoriale di riferimento (Azienda sanitaria/Provincia/Area Vasta) nei tempi definiti dalla Regione e coerentemente con quanto previsto dal documento di integrazione socio-sanitaria relativo ai minori con bisogni complessi²² di prossima adozione, dovranno pianificare l'attuazione delle presenti raccomandazioni, in particolare avranno il compito di:

- individuare uno o più referenti* per il monitoraggio dell'attuazione delle presenti raccomandazioni per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso che mantenga il raccordo con la Regione e i referenti degli altri territori
- approvare un accordo in materia di integrazione socio-sanitaria che definisca l'organizzazione delle funzioni di valutazione e presa in carico integrata che comprenda anche la definizione di equipe di primo livello/UVM e specialistiche²³ di secondo livello (L.R. n. 14/2008, Art. 18²⁴).
- effettuare la ricognizione e l'identificazione delle risorse professionali attivabili nei servizi sanitari e sociali a supporto dei casi più complessi

* Il referente del percorso socio-sanitario integrato del M/A (che può essere di area sociale o sanitaria) monitorerà:

- i necessari collegamenti dell'equipe M/A costituita sul caso con gli altri livelli aziendali/territoriali, con l'equipe di II livello (strutture sanitarie e sociali) e le istituzioni (scolastiche, procure e servizi regionali)
- i bisogni formativi ed il piano di formazione relativo alle linee d'indirizzo regionale su M/A ed altri documenti attinenti in ciascuna Azienda sanitaria/Provincia/Area Vasta e concorrerà a promuovere la formazione congiunta ed integrata tra servizi socio-sanitari, scolastici, forze dell'ordine e terzo settore
- la definizione e l'adozione delle procedure interne al servizio sanitario, procedure interservizi e interistituzionali nella propria Area come ai punti sopra esplicitati.

6.2.2 Aziende sanitarie ed Enti Locali

Le Aziende sanitarie ed Enti Locali sulla base delle indicazioni delle CTSS, delle presenti raccomandazioni e del documento di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minori, dovranno:

1. individuare, in accordo con le CTSS, uno o più referenti* del percorso socio-sanitario integrato del M/A (vedi paragr. 6.2.1)
2. raccogliere i dati dai Servizi Sociali, attraverso i diversi sistemi informativi locali e regionale (SISAM), dalle U.O. di NPIAA e dai Pronto Soccorso nel rispetto delle

²² in applicazione della DGR n. 1904/2011, Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari.

²³ L.R. n. 14/2008, Art. 18 Comma 5: "Ogni équipe per la tutela è composta da personale opportunamente specializzato ed esperto nella diagnosi e riparazione delle conseguenze post-traumatiche della violenza acuta o cronica sui bambini e adolescenti.

All'équipe, come previsto dall'articolo 20, comma 2, lettera c), viene garantita apposita formazione e adeguata supervisione e l'equipe medesima è costituita almeno dalle seguenti figure professionali: assistente sociale, psicologo esperto nei problemi dei minori, neuropsichiatra infantile ed educatore; a seconda dei casi è integrata da altre figure professionali specificatamente preparate".

²⁴ L'equipe sarà formata dal responsabile e comprenderà consulenti sanitari specialisti (ginecologo, chirurgo, medico legale, pediatra, psichiatra, ecc.) e consulente giuridico, i nominativi andranno comunicati alla RER.

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 regionali e la formazione continua e specialistica (vedi Cap. 7) compresa la formazione specifica sui documenti o quaderni "Aspetti medico-legali"²⁵ e "Fratture e abuso"²⁶
4. emanare/aggiornare e adottare:
 - 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.
 - 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
 - una procedura interistituzionale fra Scuola e Servizi Sociali e Sanitari che faciliti e favorisca le consulenze e il percorso integrato
 - una procedura interistituzionale fra Procure e Servizi Sociali e Sanitari orientata a favorire le consulenze e la tutela endo ed extra processuale del minore.

²⁵ Vedi voce bibliografica: De Palma A. et al.. Aspetti medico-legali del "child abuse", di prossima pubblicazione

²⁶ Vedi voce bibliografica: Baronciani D., Masi M., Nicoli L. Ruffilli I. (2013) Fratture e abuso. Raccomandazioni per il percorso diagnostico. Regione Emilia Romagna, di prossima pubblicazione .

7. RACCOMANDAZIONI IN TEMA DI FORMAZIONE

7.1 Aggiornamento, formazione, supervisione e consulenza

Lavorare nell'ambito delle relazioni di cura, in particolare del maltrattamento ai danni dei soggetti in età evolutiva, richiede agli operatori un'attivazione consistente e costante di risorse emotive e professionali che, se non adeguatamente sostenute, si riverberano sulla qualità dell'esercizio stesso della professione e sulle azioni di protezione e tutela poste in essere. Gli operatori non devono essere lasciati soli nello sforzo di individuare e proporre soluzioni appropriate poiché i rischi sono molteplici: l'autoreferenzialità, l'isolamento e "l'esaurimento" professionale (Bartolomei, 1992).

Importante e centrale, come è stato ripetutamente sottolineato, è la costruzione della rete di servizi integrata, interprofessionale e multidisciplinare capace di concertare modalità di gestione degli interventi di protezione del minore e di aiuto alla famiglia; tutto questo deve essere supportato da una forte competenza professionale e da una adeguata formazione degli operatori impegnati nei servizi.

In tal senso supervisione, consulenza e aggiornamento costituiscono risorse necessarie per affrontare le peculiarità di un fenomeno che si presenta come multi-problematico, sommerso, aspecifico e denso di responsabilità. Il timore, e al contempo il rischio, è quello di incorrere in erronee valutazioni, frettolose "soluzioni" o ritardo negli interventi di protezione. Supervisione e consulenza sono utili a mantenere equilibrio professionale e chiarezza dei confini interprofessionali, a sollecitare lo sviluppo di una teoria della pratica, partendo dalla dimensione reale in cui è collocato l'intervento.

In particolare, è ormai comprovato che formazione e consulenza multidisciplinare (o trasversale) costituiscono fattori agevolanti l'integrazione e l'interscambio tra servizi e agenzie, orientano a riconoscere i punti di forza e le risorse dell'equipe sul caso, stimolano il passaggio da un approccio fondato sul deficit a uno orientato alle risorse del minore (Walsh, 2008), facilitano l'assunzione di una prospettiva volta a individuare moduli progettuali flessibili e integrati con tutte le risorse coinvolgibili.

Formazione e consulenza rivolte a gruppi interdisciplinari sono particolarmente adatte ed efficaci nell'ambito della protezione dell'infanzia, che notoriamente coinvolge più Servizi e professionalità; aiutano a sviluppare, a sostenere e a integrare le risorse disponibili, proteggono dal senso di isolamento, favoriscono la condivisione delle "ansie operative".

L'aggiornamento costante sulla legislazione, sulle metodologie e le prassi adottate, sulle pubblicazioni e i dati nonché il confronto sui casi più complessi costituiscono uno strumento elettivo per assicurare l'appropriatezza degli interventi nelle fasi individuate (vedi cap.5). La consulenza sul caso favorisce la mentalizzazione dell'intervento, ovvero l'instaurarsi di un'attitudine riflessiva, per contrastare la tendenza ad agire sulla spinta dei risvolti emotivi.

E' ormai acquisita (WHO 2002, 2006) la necessità di garantire formazione continua agli operatori sociali, sanitari, educativi, scolastici, del privato sociale, delle FF.OO e della Magistratura nell'ambito:

1. delle nuove forme di maltrattamento (es. l'abuso on line, bullismo e cyberbullismo),
2. del riconoscimento precoce dei segni e sintomi di disagio correlabili a maltrattamento,
3. della segnalazione all'AA.GG. e, più in generale, degli aspetti legislativi e delle responsabilità giuridiche,
4. delle modalità di accesso ai servizi competenti,
5. dello studio e confronto di "buone prassi" maturate a livello territoriale, nazionale ed internazionale
6. delle implicazioni etiche e deontologiche,
7. degli strumenti evidence-based per esplorare condizioni di maltrattamento nella storia familiare, con particolare riguardo alle popolazioni provenienti da culture volte a normalizzare la violenza come pratica educativa e lo sfruttamento dei bambini e degli adolescenti.

Tutte le dimensioni formative sopra citate devono essere considerate veri e propri strumenti professionalizzanti e dovrebbero non solo essere garantiti, ma anche divenire oggetto di valutazione circa il loro impatto nella pratica operativa.

7.2 Livelli della formazione

E' utile distinguere i differenti livelli in cui è opportuno garantire la formazione.

7.2.1 Formazione di base

La formazione sul maltrattamento all'infanzia dovrebbe essere inserita nei percorsi formativi di base di tutte le professioni che, nell'ambito della loro attività, potranno entrare in contatto con questa delicata tematica (assistenti sociali, medici, psicologi, pedagogisti, educatori, insegnanti, ecc..). Si intende fare riferimento ai Corsi di Laurea Universitari ed alle Scuole di Specializzazione delle varie aree sanitarie (es. ostetricia-ginecologia, pediatria, neuropsichiatria infantile^{27*}), sociale ed educativa.

Scopo della formazione di base è:

- fornire un quadro informativo generale sulle principali tematiche e sui nodi problematici dell'intervento nei casi di violenza e di abuso all'infanzia,
- favorire una visione multidisciplinare e integrata dell'intervento,
- approfondire le conoscenze sulle risorse dei servizi, sul coordinamento e sul contesto entro cui si colloca l'intervento (Walsh, 2008).

7.2.2 Formazione specialistica

Ad integrazione della necessaria formazione di base, è indispensabile quella specialistica (vedi anche parag. 6.2.2, punto 5), attuata "sul campo", particolarmente rivolta ai professionisti dell'area sanitaria medico-chirurgica, psicologica, neuropsichiatrica (inquadramenti diagnostici e cura), sociale e educativa (valutazione/recupero del rischio psicosociale e delle capacità genitoriali).

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

E' infine auspicabile pervenire a una scelta qualificata dei Consulenti tecnici affinché siano effettivamente portatori di competenze specifiche, nonché comprovata conoscenza dei diritti dell'infanzia e delle metodiche di ascolto dei minori, requisiti che sono necessari anche per gli operatori della giustizia (CISMAI, Dichiarazione di Consenso, cit; Carta di Noto in ["tutoreminori.regione.veneto.it"](http://tutoreminori.regione.veneto.it)).

7.2.3 Consulenza specialistica di II° livello

Nella pratica operativa si è ormai consolidata l'importanza di avvalersi di spazi di pensiero e di confronto dell'agire professionale per integrare le conoscenze acquisite tramite l'azione formativa con la gestione del caso.

Nelle fasi iniziali di rilevazione e valutazione le principali criticità sono legate alla gestione del dubbio oltre che, come già accennato, al riconoscimento precoce di specifici fattori di rischio o danno evolutivo. Nella fase della segnalazione all'Autorità Giudiziaria competente è molto avvertito il timore (soprattutto in ambito clinico e scolastico) che la segnalazione possa causare un "drop-out" nella relazione di aiuto, per sua natura fondata sulla fiducia e il consenso. Questo timore è particolarmente avvertito nei casi di sospetto reato di maltrattamento intra-familiare, in cui non è opportuno informare i genitori sull'obbligo della segnalazione. Inoltre, è percepita come problematica la fase successiva alla segnalazione, quella propriamente progettuale, in attesa che l'Autorità Giudiziaria competente incarichi il Servizio Sociale con un mandato. Gli operatori avvertono il rischio di inquinamento delle prove determinato dalla necessità di coniugare il diritto di protezione e cura del bambino ai percorsi giudiziari penali in corso.

Le criticità riscontrate nella fase di diagnosi e cura convergono essenzialmente sul bisogno di sostanziare l'entità del danno evolutivo dal punto di vista clinico (medico, psicologico) e sociale, valutare la recuperabilità delle funzioni genitoriali, individuare azioni protettive congrue alla gravità del quadro diagnostico.

Anche il professionista che ritiene di possedere le competenze per intervenire in modo appropriato, può avvertire la necessità di rivolgersi, per un confronto/approfondimento

²⁷ ma anche Ortopedia, Radiologia, Dermatologia, Anestesia e Rianimazione, Oftalmologia, Chirurgia e Chirurgia pediatrica, Emergenza-Urgenza

diagnostico e/o giuridico a colleghi più esperti (ospedale/centro specialistico a livello aziendale/provinciale).

7.2.4 Formazione agli aspetti organizzativi

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

7.3 I destinatari della formazione e della sensibilizzazione ai temi del maltrattamento minorile

Cittadinanza

L'obiettivo è diffondere una cultura attenta ai diritti dell'infanzia, al fenomeno del maltrattamento e al ruolo dei servizi, all'importanza dell'educazione affettiva/emotiva in età evolutiva anche tramite l'elaborazione di sussidi dedicati rivolti all'opinione pubblica (gruppi socio-educativi, dopo-scuola, oratori ecc.), agli operatori, ai bambini e adolescenti, ai genitori. Gli enti preposti alla tutela minorile hanno l'obbligo di operare per diffondere in tutta la cittadinanza una cultura attenta ai diritti dell'infanzia, al fenomeno del maltrattamento, all'importanza dell'educazione affettiva/emotiva in età evolutiva ed al ruolo dei diversi servizi ed enti coinvolti.

Servizi Sociali ed Educativi professionali

E' raccomandabile che i Servizi Sociali ²⁸ed Educativi professionali²⁹:

- definiscano piani di formazione di base e multidisciplinare volti ad aumentare le conoscenze e il raccordo tra Servizi sociali e sanitari,
- sviluppino progetti di sensibilizzazione e promozione dei servizi e delle loro attività presso la cittadinanza per aumentare le conoscenze sul fenomeno e l'area di fiducia.

Servizi Sanitari

Si raccomanda che i Servizi Sanitari, nelle loro varie articolazioni ospedaliere e territoriali, e nelle diverse professionalità, definiscano piani di formazione specifica (di base) e multidisciplinare, con una sottolineatura particolare al diverso rapporto con la famiglia che in questi casi va attuato, rispetto alla tradizionale alleanza fra sanitario e genitori che si realizza comunemente nella medicina pediatrica.

L'esperienza maturata circa le tematiche del maltrattamento minorile induce a sottolineare l'importanza di rivolgere specifiche esperienze formative anche agli operatori dei Centri di Salute Mentale, dei SERT e dei consultori familiari, al fine di sensibilizzare i professionisti che si occupano degli adulti genitori a valutare i fattori di rischio presenti, favorire una cultura dell'integrazione degli interventi nella protezione dell'infanzia/adolescenza, affinare le conoscenze sugli esiti traumatici dell'esposizione a maltrattamento nella popolazione adulta in carico.

E' inoltre raccomandabile assicurare anche la formazione specifica monoprofessionale (medici, psicologi NPIE) per acquisire competenze specialistiche e metodologia di lavoro orientata al confronto interdisciplinare e al lavoro integrato.

Scuola e servizi educativi rivolti all'infanzia 0-6 anni

Compito degli insegnanti/educatori è quelli di esercitare competenze disciplinari, educative e relazionali. E' quindi raccomandabile siano diffuse anche presso il personale docente/educativo le conoscenze necessarie a riconoscere tempestivamente i segni del disagio e le richieste di aiuto.

²⁸ Territoriali ed ospedalieri

²⁹ educatori professionali

Forze dell'Ordine

Appare significativo attivare programmi di aggiornamento e confronto periodico tra FF. OO. ed Autorità Giudiziaria ordinaria e minorile, Servizi sociali e sanitari, per sviluppare prassi e culture condivise, anche sull'ascolto del minore.

Strutture di accoglienza e Servizi rivolti al sostegno alla domiciliarità

E' importante che le strutture di accoglienza e i servizi rivolti al sostegno alla domiciliarità condividano le presenti linee di indirizzo e garantiscano la formazione di base in tema di maltrattamento/abuso ai propri collaboratori (es. personale/volontari).

Particolare attenzione formativa deve essere dedicata alle diverse tipologie di comunità (di tipo familiare, educative, educativo-integrata, di pronta accoglienza, ecc.) che accolgono i minori vittime di maltrattamento o abuso allo scopo di qualificare il servizio offerto e ridurre il rischio potenziale di ulteriori disagi e/o fallimenti nell'accoglienza e nella protezione.

Una raccomandazione particolare agli Enti/Istituzioni (Comuni, Aziende sanitarie, forme associative) che hanno la responsabilità dell'accoglienza extra familiare del minore, anche in condizione di emergenza, e degli interventi domiciliari affinché inseriscano, fra le richieste contenute nei contratti di fornitura dei servizi, un impegno vincolante alla formazione in tema di tutela minori.

Terzo Settore

E' raccomandabile che il Terzo Settore sia coinvolto in percorsi di sensibilizzazione sul fenomeno e acquisisca le conoscenze di base sul maltrattamento/abuso e sui servizi preposti alla protezione dell'infanzia/adolescenza.

8. CONTESTUALIZZAZIONE DEL FENOMENO A PARTIRE DAI DATI DISPONIBILI

Non esiste una stima delle dimensioni mondiali del problema dell'incuria all'infanzia: secondo quanto sostiene l'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, 2002³⁰) ciò è dato soprattutto dal fatto che è difficile comparare dati di paesi diversi a causa delle differenze nella concezione di incuria/trascuratezza utilizzate nelle diverse parti del mondo.

Va sempre tenuta poi presente la natura sommersa del fenomeno: si ritiene infatti che un numero considerevole di casi non venga segnalato ai servizi sociali né denunciato all'autorità giudiziaria; ne consegue che l'aumento del numero dei casi rilevati è sempre una sottostima della reale entità del fenomeno.

8.1 Dati di livello nazionale

In Italia purtroppo l'assenza di una rilevazione nazionale sistematica che fornisca indicazioni uniformi sulle definizioni e sul metodo di raccolta dei dati fa sì che manchino dati nazionali ufficiali su prevalenza e incidenza dell'abuso, a differenza dei Paesi dove un registro nazionale è già in vigore (ad es. Gran Bretagna).

In proposito il "Rapporto di sintesi sugli esiti del monitoraggio del III piano biennale nazionale di azioni e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva adottato con il DPR del 21 gennaio 2011"³¹ (pag. 31) contiene le seguenti considerazioni:

"Rispetto ad alcune Azioni, si è riscontrata una notevole disponibilità di dati, completi ed aggiornati (...), mentre in altre aree il primo problema affrontato è stato proprio l'irreperibilità di dati ufficiali ed aggiornati e la non confrontabilità di quelli disponibili. Si citano, a titolo esemplificativo:

- 1 dati sui bambini allontanati dalla famiglia di origine (...)
- 2 bambini e adolescenti vittime di maltrattamenti, violenza sessuale, sfruttamento sessuale, con informazione aggiuntive su sesso, età, autore, relazione con l'autore, ecc. Oggi, i dati statistici ufficiali, prevalentemente afferenti all'area dell'Amministrazione della Giustizia, non sono improntati ad una reale "centralità" dei bambini vittime.

Già nel 2001³², un autorevole Dossier curato da esperti dell'Istituto degli Innocenti di Firenze, evidenziava che relativamente al tema delle violenze sui minori esistono, in pratica, tre fonti ufficiali di dati:

- le statistiche correnti dell'Istat sulla criminalità che riguardano i delitti e le persone denunciati all'Autorità giudiziaria per i quali è iniziata l'azione penale;
- le statistiche del Ministero degli Interni, che riguardano i delitti e le persone denunciati all'Autorità giudiziaria dalla Polizia, l'Arma dei Carabinieri e la Guardia di Finanza;
- le statistiche ricavate dall'Indagine Multiscopo sulle famiglie dell'Istat che prendono in esame le molestie e le violenze che gli intervistati (nella fattispecie le donne di 14-59 anni) dichiarano di avere subito [NDR anche nella minore età].

Ad oggi, sulla base delle ricerche svolte con la collaborazione dei referenti delle agenzie nazionali competenti (Istat, Istituto degli Innocenti di Firenze), il quadro conoscitivo delle fonti

³⁰ World Health Organization (2002). World Report on Violence. Ginevra: WHO.

³¹ Il Rapporto citato è stato approvato nella seduta dell'Osservatorio nazionale infanzia e adolescenza del 26 novembre 2012

³² Roberto Volpi, Ermenegildo Ciccotti, Enrico Moretti, Roberto Ricciotti, Marco Zelano, "Le [violenze sui minori](#): dati e analisi di un fenomeno che fa discutere", 2001, in *Bambini*, A.17, n. 1. P. I-XVI del Dossier. Il documento contiene un'analisi critica e scientifica dei dati sulle violenze sui minori forniti da fonti ufficiali (Istat e Censis).

statistiche nazionali è rimasto invariato, ed in alcune dimensioni è addirittura peggiorato³³.

I dati disponibili riguardanti la violenza sui minori non consentono una reale e piena visione del fenomeno, e sono quindi parziali sia per il numero di casi che rimangono sommersi sia perché le statistiche promosse dalle diverse istituzioni seguono ognuna una propria logica che, nel confronto, conduce a una frammentazione e ad un rischio di discrepanza delle informazioni rilevate.

Tra le poche iniziative che fanno eccezione rispetto allo scenario appena descritto, vi è la recente rilevazione condotta da Terre des Hommes³⁴ in collaborazione con Cismai (Coordinamento italiano servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia)³⁵, svolta nel 2012, che ha coinvolto i Servizi sociali di alcuni Comuni italiani distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Lo studio ha raggiunto una popolazione complessiva di oltre 750.000 residenti minorenni, rilevando un numero di minori in carico ai Servizi sociali pari al 6,36% della popolazione target (oltre 48.000 unità).

L'incidenza dei casi di maltrattamento, sul totale dei minori in carico ai Servizi sociali, è risultata essere dello 0,98%, per un totale di 7.464 bambini e ragazzi abusati o maltrattati.

L'informazione più importante emersa dallo studio riguarda la distribuzione tra i diversi tipi di violenza: nel 52,7% dei casi è la trascuratezza la violenza prevalente, seguono in ordine decrescente la violenza assistita (16,6%), il maltrattamento psicologico (12,8%), l'abuso sessuale (6,7% dei casi), la patologia delle cure (6,1%) ed infine il maltrattamento fisico (4,8%).

Di seguito, con la finalità di superare, per la Regione Emilia-Romagna, le criticità sopra esposte dovute alla mancanza di informazioni, vengono presentate le elaborazioni a partire dai due flussi regionali insistenti sui servizi sociali e sanitari per l'infanzia e l'adolescenza della Regione (cfr. paragrafi 8.3 e 8.4), per addivenire ad una prima sintesi locale sul fenomeno in questione. Attraverso un percorso di approfondimento con gli operatori e i professionisti interessati da tali sistemi informativi, sia sul fronte delle modalità di codifica adottate, che su quello di una maggior omogeneità di classificazione tra le diverse realtà territoriali, si auspica di consolidare un sistema di monitoraggio dedicato, così come prefigurato nel cap. 9 del presente documento.

8.2 I dati regionali di fonte giudiziaria e di fonte Istat

I dati, riguardanti le denunce di delitti di atto sessuale con minorenne, raccolte negli anni 2008-2010 con riferimento alla nostra Regione (fonte Istat-Ministero della giustizia), testimoniano come in Emilia-Romagna il numero di delitti di questo tipo denunciati nell'anno 2010 siano stati 44, con una lieve diminuzione rispetto ai 50 dell'anno precedente. Nel 2009 invece si era registrato un piccolo aumento rispetto al 2008 (+9).

Per una comparazione rispetto a quanto avviene a livello nazionale è più utile considerare i dati che si riferiscono ai delitti per 100.000 abitanti (cfr. tab. 1). Mentre nel 2010 il livello di delittuosità (denunciata) per questo tipo di reati vedeva la nostra Regione in linea con la situazione nazionale (1 denuncia ogni 100.000 abitanti) nei 2 anni precedenti il tasso regionale dell'Emilia-Romagna era più alto della media nazionale: 1,1 contro lo 0,9 nel 2009, e 1,0 contro 0,8 nel 2008).

³³ ci si riferisce alla indisponibilità di dati più recenti rispetto alla indagine Multiscopo del 2006, e alla difficoltà di reperire i dati di livello regionale che individuano i delitti per i quali è iniziata l'azione penale.

³⁴ Organizzazione non governativa particolarmente impegnata nella difesa dei diritti dell'infanzia.

³⁵ Il dossier "Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia? 1° Indagine nazionale quali – quantitativa sul maltrattamento a danno di bambini" contenente la sintesi dei risultati è disponibile all'indirizzo <http://www.cismai.org/>

Tabella 1 Delitti relativi ai reati di "Atti sessuali con Minorenne" denunciati dalle Forze di polizia all'Autorità giudiziaria per tipo e territorio del commesso delitto - Anni 2008-2010 – Valori assoluti e per 100.000 abitanti

Anno	valori assoluti			valori per 100.000 abitanti		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Emilia-Romagna	41	50	44	1,0	1,1	1,0
Italia	474	492	582	0,8	0,8	1,0

Fonte: Istat³⁶

Dal Ministero dell'Interno si ottengono indicatori sul fenomeno delle violenze sessuali subite da donne (e tra di esse le minorenni), sulla base delle denunce raccolte dalle forze dell'ordine: nel periodo 2007-2011 questo tipo di violenze su vittime (femmine) minorenni sono state il 23,7% su di un totale di 2.152 denunce. Si tratta quindi in valore assoluto di 510 casi in quattro anni, con una media/anno di 127 nuovi casi³⁷.

Dalla stessa rilevazione si deduce che nei 5 anni considerati, nella fascia d'età 0-13 anni, hanno denunciato una violenza sessuale 75 minorenni ogni 100.000 abitanti (stesso target), mentre in quella tra i 14 e i 17 anni le denunce salgono a 479. Gli stessi indicatori per i maschi registrano invece rispettivamente valori di 17 e 49, a significare che si tratta di un fenomeno problematico che riguarda in misura molto superiore le bambine e le ragazze (ed in generale le donne) rispetto ai coetanei maschi³⁸.

Un indicatore interessante sulla diffusione in Italia della violenza, sessuale, fisica e psicologia, anche sui minori, si ricava dall'analisi di quanto emerge dall'indagine "La violenza e i maltrattamenti contro le donne", finanziata dal Fondo Sociale Europeo e svolta da ISTAT nel 2006³⁹.

Da questa rilevazione riguardante un campione di donne tra i 16 e i 70 anni di età risulta che a livello nazionale sono 1 milione 400 mila (6,6% delle donne fra i 16 e 70) le donne che dichiarano di aver subito violenza sessuale prima dei 16 anni. Nella nostra regione questa percentuale raggiunge l'11,5% (più di 171mila donne). Nell'indagine vengono misurati tre tipi di violenza contro le donne: la violenza fisica, dalle forme più lievi fino alle più gravi, la violenza sessuale, comprese anche le molestie fisiche, e la violenza psicologica (da parte del partner).

8.3 I minori in carico ai Servizi sociali territoriali

Come illustrato nel cap. 3 del presente documento, dal punto di vista normativo il sistema di protezione delle persone di minore età, includente pertanto i soggetti vittime di violenza, è un sistema complesso, strutturato su due versanti, quello giudiziario e quello dei servizi. Sul versante dei servizi socio-sanitari, sono in particolar modo quelli sociali dei Comuni a dover

³⁶ <http://www.istat.it/it/archivio/13980>
<http://www.istat.it/it/archivio/20189>
<http://www.istat.it/it/archivio/50144>

³⁷ Donne (Le) in Emilia-Romagna. Quaderni di Statistica / a cura del Servizio Statistica della Regione Emilia-Romagna – Bologna: Centro Stampa Regione Emilia-Romagna, 2013 (tab. 7.2, pag. 172)

³⁸ V. nota precedente, cfr. tab. 7.4 a pag. 176, Quaderni di Statistica

³⁹ Si tratta della prima indagine interamente dedicata al fenomeno della violenza fisica e sessuale contro le donne nel nostro Paese e costituisce la fonte statistica più autorevole e aggiornata sull'argomento. L'analisi dei risultati relativi alla Regione Emilia-Romagna è stata pubblicata in "Donne (Le) in Emilia-Romagna. Quaderni di Statistica / a cura del Controllo Strategico e Statistica della Regione Emilia-Romagna – Bologna: Centro Stampa Regione Emilia-Romagna, 2011.

assicurare le funzioni di tutela e protezione dei minori⁴⁰, come ribadito anche dall'art. 17 L.R. 14/2008, che tra l'altro ricorda che "fatti salvi gli obblighi di segnalazione e di denuncia (...), i servizi si fanno carico delle situazioni di pregiudizio o rischio psicofisico e sociale dei minori (...)."⁴¹

Sulla base dei risultati della rilevazione regionale condotta attraverso il Sistema Informativo dei Servizi Sociali - Sisam i bambini/ragazzi, in carico alla fine del 2011, ai Servizi della regione Emilia-Romagna con problematica prevalente della presa in carico l'essere vittima di violenze o maltrattamenti, erano circa 1.500⁴². Rapportato alla popolazione minorenni residente, si tratta di circa 2 bambini e ragazzi ogni 1.000 residenti minorenni (cfr. tab. 2).

Tabella 2 N. minori NUOVI nell'anno E IN CARICO AL 31/12 di ogni anno con problematica Vittima di violenza. Confronto con la popolazione target residente

ANNO	N. minori Vittima di violenza NUOVI NELL'ANNO	N. minori Vittima di violenza IN CARICO AL 31/12	Popolazione target (minorenni residenti)	Nuovi casi: tasso su 1.000 abitanti (INCIDENZA)	In carico al 31/12: tasso su 1.000 abitanti (PREVALENZA)
2008	248	962	667.922	0,4	1,4
2009	275	1188	684.231	0,4	1,7
2010	431	1490	695.043	0,6	2,1
2011	389	1497	704.716	0,6	2,1

Negli ultimi quattro anni si è verificato un aumento dei minori vittime di violenza in carico, che nel 2008 erano meno di 1.000 (962). L'anno successivo sono saliti a 1.188, nel 2010 a 1.490, mentre nel 2011 si è registrata una sostanziale stabilità rispetto all'anno precedente (1.497 casi).

Nella tabella è rappresentato anche il numero dei nuovi minori presi in carico nell'anno per la stessa problematica: nel 2011 sono stati 389. Negli ultimi quattro anni presi in considerazione (2008-2011), si è verificato un trend crescente, con un importante aumento soprattutto nel terzo anno di rilevazione, visto che si passa dai 275 casi del 2009 ai 431 del 2010.

Mentre la crescita dei nuovi casi è probabilmente da mettere in relazione all'aumentata capacità dei Servizi di intercettare e meglio codificare questo fenomeno, l'aumento costante del numero dei bambini e ragazzi seguiti dai Servizi sociali a fine anno è certamente dovuto alla complessità delle situazioni che prevedono progetti di sostegno e vigilanza sui minori e sul nucleo, che non si esauriscono nell'arco di un anno, e che di anno in anno vedono aggiungersi i casi nuovi a quelli già conosciuti. Non è da escludere anche la causa legata ad una maggiore attenzione nella rilevazione del fenomeno all'interno del sistema informativo.

Le tabelle seguenti forniscono una descrizione qualitativa delle situazioni in carico al 31/12/2011, con riferimento al genere, all'età, alla cittadinanza e alla situazione familiare in cui i bambini/ragazzi si trovano. L'analisi qualitativa è disponibile solo per i casi dei Servizi che

⁴⁰ Vedi art. 4 L.R. 14/2008: "Il Comune è titolare, in via esclusiva, delle funzioni in materia di tutela dei minori, fatte salve le competenze dell'autorità giudiziaria".

⁴¹ Di seguito sono riportati i commi 1 e 5 Art. 17. L.R. 14/2008:

Comma 1. I Comuni, singoli o associati, tramite i servizi sociali, anche avvalendosi per quanto di competenza delle AUSL e delle aziende ospedaliere, esercitano le funzioni di tutela dei minori di cui all'articolo 15, comma 5, lettera a) della legge regionale n. 2 del 2003, e di promozione, anche ai sensi della Convenzione ONU di cui alla legge n. 176 del 1991.

Comma 5. "Fatti salvi gli obblighi di segnalazione e di denuncia previsti dalla legislazione statale, i servizi si fanno carico delle situazioni di pregiudizio o rischio psicofisico e sociale dei minori perseguendo in modo privilegiato, ove possibile, l'accordo e la collaborazione della famiglia.

⁴² Per approfondimenti su Sisam consultare quanto pubblicato agli indirizzi:

<http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/progetti/losservatorio-infanzia-e-adolescenza/si-sisam>

<http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/progetti/losservatorio-infanzia-e-adolescenza/si-sisam/documentazione-per-chi-non-utilizza-sisam-obbligo-informativo-1>.

alimentano i sistemi informativi su base individuale⁴³.

Nel caso dei minori vittima di violenze la percentuale di copertura attraverso i dati individuali è del 64%⁴⁴, pertanto le analisi di cui sopra si concentreranno su 958 casi.

Tabella 3 Distribuzione per classe d'età e genere dei casi in carico ai Servizi sociali al 31-12-2011 classificati come vittime di violenza o maltrattamenti (solo casistica sistemi informativi)

Sesso Classe d'età	Femmine	Maschi	Totale	% femmine nelle diverse classi d'età
0-2 anni	10	16	26	38,5
3-5 anni	50	55	105	47,6
6-10 anni	166	123	289	57,4
11-14 anni	136	122	258	52,7
15-17 anni	143	71	214	66,8
18 e oltre	49	17	66	74,2
Totale v.a.	554	404	958	57,8

Le femmine sono in percentuale maggiore rispetto ai maschi, costituendo complessivamente quasi il 58% dei casi (vedi tab. 3).

E' degno di attenzione in particolare come la quota di femmine cresca al crescere dell'età. Se nelle prime due classi (0-2 e 3-5 anni) sono i bambini ad avere una leggera prevalenza sulle bambine, con l'aumentare dell'età queste ultime, costituiscono una quota sempre maggiore, fino a rappresentare il 67% (quindi 2 casi su 3 complessivi), nella fascia d'età 15-17 anni.

il flusso Sisam rileva anche soggetti di 18 anni e oltre, perché risponde di tutta l'utenza in carico ai servizi sociali territoriali di tutela che, quando necessario e possibile, continuano a seguire tali situazioni anche oltre la maggiore età (vedi tabelle 3 e 4).

Tabella 4 Distribuzione per classe d'età e cittadinanza dei casi in carico ai Servizi sociali al 31-12-2011 classificati come vittime di violenza o maltrattamenti (solo casistica sistemi informativi)

Sesso Classe d'età	Italiana	Straniera	Totale v.a.	% stranieri nelle diverse classi d'età
0-2 anni	9	17	26	65,4
3-5 anni	61	44	105	41,9
6-10 anni	184	105	289	36,3
11-14 anni	187	71	258	27,5
15-17 anni	134	80	214	37,4
18 e oltre	42	25	66	37,9
Totale v.a.	617	341 *	958	35,6

* di cui 47 cittadini europei

⁴³ La maggioranza dei Servizi sociali regionali utilizza una delle due procedure previste dal flusso informativo SISAM-ER: il sistema informativo Sisam, e la procedura informatizzata di importazione dati ImportSisam. Vi sono ancora alcuni Servizi territoriali con un sistema informativo locale non adeguato a quest'ultima.

⁴⁴ La percentuale di copertura attraverso i sistemi informativi previsti dal flusso regionale è dell'80%, ma nel caso del fenomeno delle violenze scende per il 2011 al 64% in quanto alcuni Servizi (tra cui il Comune di Bologna), che aderiscono alla procedura ImportSisam hanno codificato in modo differente questo tipo di utenza integrato la rilevazione con una dichiarazione su dati aggregati.

La distribuzione per cittadinanza (vedi tab. 4) ci restituisce una situazione in cui la quota di bambini e ragazzi con cittadinanza straniera è pari al 35,6%. Si tratta di una quota doppia rispetto alla presenza di "stranieri" tra la popolazione residente (pari al 17,2% al 1.1.2012), dato inferiore, rispetto alla presenza di stranieri tra l'utenza complessiva del Servizio sociale (che supera il 40%). Gli stranieri sono presenti maggiormente nelle classi d'età più piccole, e questo è legato più frequentemente alle situazioni di incuria e trascuratezza piuttosto che a situazioni di abuso sessuale e maltrattamento fisico.

I dati della tabella 5 ci permettono di tracciare un profilo dei casi seguiti per problemi di violenza e maltrattamenti dal punto di vista delle problematiche familiari (situazione familiare prevalente del nucleo d'origine) e sembrano confermare che si tratti prevalentemente di violenze sessuali o maltrattamenti subiti in famiglia. La problematica più diffusa del nucleo è "nucleo maltrattante" (37,6% dei casi). Si arriva al 46% dei casi se si aggiungono anche le situazioni più gravi in cui nel nucleo vi sono soggetti addirittura abusanti sessualmente sul minore.

Gli altri casi con minor frequenza sono i nuclei con gravi conflittualità, dove probabilmente il minore è esposto a violenza assistita o comunque psicologica, o a situazioni di disagio relazionale/educativo, che pregiudicano un corretto sviluppo del bambino/a.

Le situazioni in cui il nucleo viene caratterizzato come "non problematico" riguardano i casi in cui la violenza o il maltrattamento si sono verificate fuori dalla famiglia di origine.

Va tuttavia considerato che in taluni casi l'informazione relativa alla problematica registrata in cartella al momento della presa in carico, non viene adeguatamente aggiornata in base all'evolversi della situazione familiare, rendendo incongruente una situazione familiare apparentemente non grave (problemi economici oppure senza problematiche) con una classificazione del minore che è relativa ad una situazione di abuso e maltrattamento.

Tabella 5 Problematica familiare prevalente dei casi in carico ai Servizi sociali al 31-12-2011 classificati come vittime di violenza o maltrattamenti (solo casistica sistemi informativi) ⁽¹⁾

Situazione familiare	Totale v.a.	Totale %
Nucleo maltrattante	370	38,6
Nucleo abusante	72	7,5
Nucleo con gravi conflittualità	218	22,8
Problemi socio-educativi/relazionali	145	15,1
Problemi economici (abitativi e non)	39	4,1
Problematiche sanitarie/psichiatriche/penali o legate a dipendenze	43	4,5
Senza problematiche	76	7,9
Altre problematiche*	9	0,9
Totale	972	100,0

* nucleo abbandonico e problemi legati alla condizione di immigrato irregolare

Nota (1) Il totale è superiore al numero dei minori presi in considerazione perché per alcuni di loro sono state trovate due problematiche alla data del 31/12/2011

All'interno del sistema informativo se il minore è registrato con problematica prevalente "vittima di violenze o maltrattamenti", è necessaria la compilazione delle informazioni riguardanti la situazione di violenza in cui è stato coinvolto (il tipo di violenza, il contesto in cui è avvenuta, il soggetto segnalante la violenza, e il grado di parentela/relazione del maltrattante/abusante con il bambino). Si specifica che prima del 2011 le informazioni di dettaglio non erano obbligatorie per questo motivo, per gli utenti ancora in carico alla data considerata, esse sono disponibili "solo" per il 90% dei casi, pari a 857 bambini e ragazzi.

L'analisi di queste informazioni ci restituisce un quadro (cfr. tab. 6) in cui la tipologia di violenza più frequente è quella sessuale, che riguarda oltre un caso su 4 (28,5%). Circa un caso su 4 totali è inoltre interessato da maltrattamento fisico. Segue la violenza assistita (1 caso su 5), e il maltrattamento psicologico con il 12,7%. Prostituzione e trascuratezza grave si verificano in oltre il 9% dei casi.

Tabella 6 Distribuzione dei casi in carico per violenze ai Servizi sociali al 31-12-2011 per tipo di violenza (solo casistica sistemi informativi)

Tipo di violenza	Totale v.a.	Totale % (sugli 857 casi)
Violenza sessuale	244	28,5
Maltrattamento fisico	217	25,3
Violenza assistita	174	20,3
Maltrattamento psicologico	109	12,7
Prostituzione	81	9,5
Trascuratezza grave	80	9,3
Altro	13	1,5
Totale *	---	100,0

* Le situazioni di violenza analizzate sono 918, a fronte di 857 minori considerati (per alcuni minori sono state segnalate più forme di violenza)

Dal punto di vista del contesto ambientale la violenza sessuale o il maltrattamento, nelle sue diverse forme, avvengono (cfr. tab. 7): 4 volte su 5 tra le mura domestiche, agite da un genitore o da altra figura convivente; nel 7% dei casi da parenti non conviventi con il minore; nel restante 12,7% dei casi fuori dalla famiglia di origine e dalla cerchia dei parenti del bambino o ragazzo (la categoria può includere oltre agli sconosciuti, amici, conoscenti e altre figure che entrano in relazione con il minore).

Tabella 7 Distribuzione dei casi in carico per violenze ai Servizi sociali al 31-12-2011 per tipo di contesto ambientale in cui è avvenuta la violenza (solo casistica sistemi informativi)

Contesto ambientale	Totale v.a.	Totale %
Intrafamiliare (genitori e parenti conviventi)	687	80,2
Extrafamiliare	109	12,7
Intrafamiliare non domestico (parenti non conviventi)	61	7,1
Totale	857	100,0

8.4 I minori in carico alle unità di neuropsichiatria infantile dell'infanzia e dell'adolescenza

Dal 2010 i dati dell'attività e dei minori in trattamento presso i Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza vengono raccolti attraverso il flusso informativo regionale SINPIAER⁴⁵. Oltre a informazioni sulle caratteristiche socio-anagrafiche dei minori in trattamento, sono raccolti dati sui programmi clinico-terapeutici e sulle diagnosi formulate e sull'esito dei trattamenti erogati.

Ai Servizi NPIA afferiscono minori per patologie che rientrano nelle seguenti aree diagnostiche:

- neuro-psicopatologia
- neurologia
- psicopatologia o psichiatria.

Dai dati le situazioni di maltrattamento/abuso non risultano quindi di stretta competenza delle NPIA, bensì il minore, che ha subito violenza/maltrattamento, rientra nei trattamenti clinici solo nel caso in cui abbia una patologia tra quelle sopra indicate.

Le diagnosi sono codificate attraverso il sistema di codifica ICD10, una classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, proposta dall'OMS. Ai fini della seguente analisi sono stati estratti due diverse aree di codici diagnostici/problematicità (vedi Allegato 7):

- i fattori di rischio, cioè quelle situazioni/condizioni che non necessariamente rappresentano in sé stessi una violenza, ma che potrebbero potenzialmente favorire lo sviluppo di una situazione di maltrattamento/violenza soprattutto dal punto di vista psicologico e fisico. Sono, ad esempio, le gravi anormalità nelle relazioni intrafamiliari, la vigilanza dei genitori gravemente inadeguata, l'istituzionalizzazione. Solitamente queste problematiche sono raccolte nell'Asse V dell'ICD 10 e sono definite "accessorie" (sono identificate con il codice alfanumerico che inizia con Z) rispetto ad una diagnosi che riguarda l'attività dei servizi di NPIA;
- gli esiti di abuso, situazioni dove chiaramente vi è un abuso secondo le categorie esposte nel presente documento (vedi Cap. 2), di cui vi è la certezza che si tratta di abuso nei confronti del bambino.

In breve, le situazioni di abuso all'infanzia sono prese in carico dalle NPIA solo nei casi in cui vi sia anche una patologia clinica del bambino/adolescente associata.

Tabella 8. Dati descrittivi relativi al maltrattamento/abuso e fattori di rischio nei casi in carico presso i Servizi NPIA della Regione Emilia-Romagna per anno (Anni 2010-2012, valori assoluti)

Anno	Totale minori in trattamento NPIA		di cui con fattori di rischio		di cui con situazioni di violenza/maltrattamento	
	Totali	Nuovi	Totali	di cui Nuovi	Totali	di cui Nuovi
2010	38.263	9.849	4.336	599	102	20
2011	41.175	12.057	4.159	614	85	10
2012	45.216	13.791	4.213	692	89	89

⁴⁵ Circolare 3/2011, SINPIAER. Sistema informativo dei Servizi di Neuropsichiatria infanzia e adolescenza della Regione Emilia-Romagna.

Tabella 9. Alcuni indicatori per i fattori di rischio e maltrattamento/abuso per anno

Anno	con fattori di rischio			con situazioni di violenza/maltrattamento		
	% nuovi sul totale minori NPIA	% Nuovi sul totale minori con fattori di rischio	Casi Prevalenti X 1.000 residenti 0-17 anni*	% nuovi sul totale minori NPIA	% Nuovi sul totale minori con fattori di rischio	Casi Prevalenti X 1.000 residenti 0-17 anni*
2010	11,3	13,8	6,2	0,27	19,6	0,14
2011	10,1	14,8	5,8	0,21	11,8	0,12
2012	9,3	16,4	5,8	0,20	100,0	0,12

* Tasso calcolato solo sugli utenti di età 0-17 anni.

Numericamente le situazioni di rischio – che come evidenziato non necessariamente si traducono/possono tradursi in situazione di violenza - sono nettamente più elevate rispetto alle situazioni conclamate di violenza o maltrattamento. Più precisamente le condizioni di rischio nel 2012 sono state 4.213 contro 89 abusi diagnosticati. Nel 2012, rispetto al totale dell'utenza in carico alle NPIA della Regione Emilia-Romagna, il 16,4% presentava una situazione di rischio e un altro 0,20% aveva subito un maltrattamento o una violenza.

E' elevata la quota di minori residenti interessati al problema: nel 2012 vi sono stati 5,8% minori residente di età 0-17 anni che hanno presentano una situazione di rischio e 0,12% erano vittime di abuso. I dati tendono a essere abbastanza stabili nel corso degli anni considerati.

Vi sono differenze consistenti tra le diverse AUSL dell'Emilia-Romagna in termini di prevalenza complessiva, spiegabile con il diverso livello di collaborazione con i Servizi sociali dei Comuni. Tutti i casi di abuso conclamato sono gestiti in collaborazione con i Servizi sociali territoriali.

Le forme di violenza riscontrate nei casi afferiti ai servizi NPIA sono tre (nessuna forma di trascuratezza e abbandono è stata individuata nei tre anni): abuso fisico (34 casi), psicologico (38 casi) e sessuale (17 casi) (vedi Tab. 10).

Tabella 10. Numero utenti che ha subito violenza/maltrattamento e fattori di rischio (Anni 2010-2012, v.a.)

Problematica	2010	2011	2012
Fisico	39	39	34
Psicologico	41	30	38
Sessuale	22	16	17
Totale abuso	102	85	89
Rischio	4.336	4.159	4.213
Totale	4.438	4.244	4.302

La numerosità bassa dei casi in carico per violenza/maltrattamento consiglia prudenza nel valutare i risultati delle elaborazioni sugli aspetti epidemiologici per genere ed età. Sono i bambini/ragazzi oltre i 6 anni ad essere interessati da situazioni di violenza/maltrattamento. In prevalenza le femmine adolescenti tra gli 11 e i 17 anni sono maggiormente vittime delle tre le forme di violenza tra quelle considerate (vedi Cap. 2).

I fattori di rischio sono invece molto più trasversali rispetto alle classi di età e al genere interessando i maschi per il 62% dei casi.

Tabella 11. Minori per classi di età e genere (Valori assoluti)

Classi di età	Abuso			Rischio		
	Genere		Tot	Genere		Tot
	F	M		F	M	
0-2	0	0	0	65	70	135
3-5	1	0	1	181	293	474
6-10	8	11	19	538	1053	1591
11-17	42	25	67	758	1155	1913
18+	2	0	2	49	51	100
Totale	53	36	89	1591	2622	4213

8.5 Dati di livello locale: centri specialistici e progetti dedicati

I dati presentati nei paragrafi precedenti cercano di descrivere il fenomeno nella sua dimensione regionale complessiva. Si ritiene interessante integrare tale analisi riportando in modo sintetico dati forniti da alcuni Centri specialistici presenti nel territorio emiliano-romagnolo che si occupano della valutazione, consulenza e presa in carico delle situazioni di maltrattamento e abuso all'infanzia, ed i risultati di un progetto contro la violenza alle donne, con particolare riguardo ai casi di violenza assistita e alle donne che subiscono violenza in gravidanza.

Si tratta dei seguenti Centri specialistici:

- multi-professionale provinciale contro gli abusi all'infanzia "IL FARO" di Bologna
- sovra distrettuale contro la violenza all'infanzia dell'AUSL di Ferrara

e del progetto Dafne contro la violenza alle donne dell'Azienda USL Rimini.

Per un approfondimento delle informazioni sul funzionamento dei centri e dei dati di attività si rimanda all'allegato n. 6

9. MONITORAGGIO E INDICATORI

Un sistema di monitoraggio regolare delle raccomandazioni regionali e una periodica manutenzione del sistema, appare fondamentale per supportare e dare continuità all'azione della Regione nel contrasto al maltrattamento/abuso sul minore.

E' stata sottolineata (vedi Cap. 6 e 8) l'importanza di disporre di un sistema efficiente di raccolta dati e classificazione a fini statistici epidemiologici. E' cruciale il monitoraggio del suo funzionamento, delle problematiche che possono essere alla radice di eventuali irregolarità di raccolta e trasmissione dei dati, così come è utile prevedere la possibilità di produrre proposte realistiche finalizzate al loro superamento e al miglioramento del sistema.

Ci si deve porre l'obiettivo di monitorare i risultati che l'adozione delle Linee di indirizzo/Raccomandazioni produrranno sul fenomeno in termini di emersione dello stesso, di gestione dei casi in seguito all'applicazione delle buone prassi raccomandate, particolarmente sul grado di integrazione realizzato fra i servizi.

Allo scopo di monitorare questi diversi aspetti, si propongono le seguenti Raccomandazioni utilizzando specifici indicatori.

9.1 Il Sistema Informativo Regionale

Il sistema di raccolta dati riveste un elemento di fondamentale importanza.

Considerati i limiti dei dati disponibili riguardanti la violenza sui minori, raccolti dalle attuali fonti informative (vedi Cap. 8), il recupero regolare dei dati e la loro integrazione finalizzata ad una loro lettura trasversale costituisce uno degli obiettivi principali di sistema per il monitoraggio del fenomeno, lo studio e l'approfondimento dello stesso, il confronto e la valutazione dell'impatto delle raccomandazioni sull'emersione del fenomeno e sulla sua gestione, secondo le buone prassi raccomandate.

Il servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali regionale attualmente raccoglie ed elabora i dati relativi al fenomeno Maltrattamento/Abuso (M/A) che provengono dalle seguenti fonti: sistema informativo dei Servizi Sociali (SISAM) e sistema informativo della Neuropsichiatria Infantile ed Adolescenza (SINPIAER).

Inoltre il servizio si propone di valutare la possibilità di leggere parte del fenomeno anche dai dati raccolti nel flusso del Pronto Soccorso, a regime dal 2010, e di attivare un accordo con la Procura Minorile per la consultazione dei dati sintetici prodotti dal loro Sistema Informativo. I flussi informativi vengono alimentati da tutte le zone sociali/Aziende sanitarie/Aree Vaste, sulla base di una modalità e tempistica trasparente e regolata attraverso circolari regionali. Le circolari definiscono i contenuti dei flussi, il sistema di controllo di qualità dei dati, la tempistica, e il ritorno informativo. I dati saranno consultabili attraverso la reportistica on-line sul Datawarehouse regionale (progetto Report ER). Per ulteriori analisi esplorative del fenomeno i referenti del servizio che curano i sistema informativi si accorderanno con il referente regionale M/A (componente del gruppo di coordinamento regionale) e con i referenti del percorso integrato M/A di Distretto/Azienda sanitaria (vedi Cap. 6). Le richieste saranno valutate e potranno alimentare ed arricchire il Datawarehouse regionale.

Il servizio Sistema Informativo sanità e politiche Sociali regionale sarà coinvolto nel gruppo che, insieme con il referente regionale M/A ed i referenti locali del percorso integrato M/A, avrà il compito di uniformare il set dei dati (condivisione dei codici diagnostici, fonti di segnalazioni, ecc.).

9.2 Monitoraggio dell'applicazione delle Raccomandazioni regionali

- Le Aziende sanitarie/CTSS/Aree Vaste verificano che siano state realizzate, entro i tempi definiti e ragionevoli che si sono dati di concerto con la Regione, le azioni raccomandate (vedi Cap. 5)
- Analogamente la Regione verifica che siano state realizzate le indicazioni raccomandate (vedi Cap. 6)

9.3 Valutazione dei risultati dell'applicazione delle Raccomandazioni regionali sul fenomeno: proposta di alcuni indicatori comuni

Premessa:

I principi ispiratori per la raccolta dei dati che di seguito vengono elencati, in assenza di un sistema informativo dedicato comune/accomunabile, si basano su elementi orientati alla massima efficienza, economia e semplicità possibili.

Questa sezione promuove indicazioni finalizzate alla conoscenza del fenomeno sul piano intersettoriale come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, considerando l'urgenza di una rilevazione congiunta del fenomeno della violenza in danno ai minori. La tutela dei diritti dei bambini e degli adolescenti rende indispensabile l'avvio di tale valutazione e il suo progressivo miglioramento.

Principi ispiratori per la raccolta dati :

- indicatori attività, esito, processo: set essenziale
- definito nella massima economia in relazione ai sistemi informativi e alla tipologia di dati e tenendo conto anche del lavoro sul sistema informativo sociale e socio-sanitario – "Linee Guida per l'implementazione dei sistemi informativi gestionali locali per lo sviluppo del Sistema Informativo socio-sanitario integrato regionale (SISS)" in corso di elaborazione da parte della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali della Regione Emilia-Romagna
 - condiviso e assunto inter-settorialmente (raccomandazione OMS): servizi sanitari (pediatria territoriale, di famiglia e di Comunità, e ospedaliera, salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infantile e adolescenza, consultorio familiare, pronto soccorso), servizi sociali; scuola; terzo settore; servizi educativi.
 - Magistratura ordinaria e minorile, questura, sono previste in un confronto successivo rispetto alle loro banche dati e con step temporali da definire.

Di seguito si propongono alcuni dati di attività/indicatori finalizzati alla conoscenza e monitoraggio del fenomeno per Distretto/Azienda sanitaria/Area Vasta che, a partire dai sistemi informativi esistenti, saranno oggetto di un percorso di valutazione successivo all'approvazione del presente documento.

Dati di attività

- n° casi di M/A in carico e popolazione target residente
- tipologia di violenza secondo classificazione del documento Regionale (vedi Cap. 2)
- tipologia di violenza se singola o multipla
- età
- sesso
- residenza italiana o straniera,
- chi rileva la violenza (servizi),
- chi segnala la violenza (soggetto/persona),
- l'agente della violenza,
- il contesto ambientale,
- il contesto familiare (genitori, fratelli/sorelle, titolo studio genitori, attività lavorativa genitori)
- % :n. segnalazione al S. Sociale/tot. segnalazioni
- % :n. segnalazione al S. Sanitario/tot. segnalazioni

Indicatori di esito

- n. casi con decreto AA.GG (per tipologia):
- n. casi con avvio iter processuale:
- n. allontanamenti dal nucleo familiare ed inserimento in comunità/ affidamento familiare/parentale
- n. casi con decreto di adozione
- % :n. presa in carico terapeutica (servizi sanitari)/tot. casi
- % :n. presa in carico tutelare (servizi sociali) /tot. casi

Indicatori di processo:

- Numero di minori con M/A trattati in maniera integrata/numero pazienti con M/A totali
- Valutazione multidimensionale: si/no + numero riunioni sul caso (almeno 2)

Valutazione Tempi:

- dalla segnalazione alla presa in carico equipe multiprofessionale integrata M/A
- dalla segnalazione all'avvio dell'iter processuale

Effettuazione formazione mirata con cadenza programmata (ogni 3-5 anni):

- sul piano intersettoriale (rete e manutenzione rete dei servizi)
- sul piano dei percorsi integrati diagnostico/terapeutici

BIBLIOGRAFIA GENERALE

1. Abbruzzese S.A. (a cura di) (2008) Bullismo e percezione della legalità. Operatori delle scienze psicosociali, del diritto ed educatori a confronto. Milano, Franco Angeli Ed., pp. 348
2. American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Children With Disabilities. (2001) Assessment of maltreatment of children with disabilities. Pediatrics Aug; 108 (2): 508-12
3. Annan KA, (1998) Les droits des enfants, créer une culture des droits de l'homme, Nations Unies, New York et Genève
4. Baronciani D., Masi M., Nicoli L. Ruffilli I. (2013) Fratture e abuso. Raccomandazioni per il percorso diagnostico. Collana Maltrattamento/Abuso sul minore. I quaderni del professionista, Regione Emilia-Romagna, di prossima pubblicazione
5. Bartolomei A. (1992) Rapporti tra supervisione e consulenza. in Servizi Sociali, 1/1992, Padova, Fondazione Zancan
6. Beane A.L. (2010) Il metodo antibullo. Proteggere i bambini e aiutarli a difendersi. Trento, Erickson Ed., pp. 242
7. Bertotti T., Lavoro con la rete professionale. Facoltà di Sociologia, 23 aprile 2010 - in [www.sociologia.unimib.it/.../...](http://www.sociologia.unimib.it/.../)
8. Bertotti T., Bianchi D., (2005) La rilevazione della violenza assistita nei servizi sociali territoriali pubblici e privati. in Luberti R., Pedrocchi Biancardi M.T. (a cura di) La violenza assistita intrafamiliare, Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente, Milano, Franco Angeli Ed.
9. Biancardi M.T., Carini A., Soavi G. (2001) L'abuso sessuale intrafamiliare. Milano, Raffaello Cortina Ed.
10. Bianchi D. e Moretti E. (a cura di) (2006) Vite in bilico. Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile. Quaderno n.40. Questioni e documenti. Quaderni del Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza. Firenze, Istituto degli Innocenti, Ottobre in www.minori.it/files/Quaderni_Centro_Nazionale_40.pdf
11. Bianchi D. e Moretti E. (a cura di) (2007) La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia. Istituto Nazionale di Statistica
12. Bianchi D. (a cura di) (2011) Ascoltare il minore. Roma, Carocci Ed.
13. Block R.W., Krebs N.F. (2005) Failure to thrive as a manifestation of child neglect. Pediatrics Nov; 116(5): 1234-7
14. Briere J. (1996) Trauma Symptom Checklist For Children. Traduzione e validazione italiana a cura di Di Blasio P., Piccolo M. & Trafficante D. Trento, Erickson Ed. 2011
15. Briere J. & Lenktree C., Learning Community, MCAVC-USC, Child and Adolescent Trauma Program, National Child Traumatic Stress Network, Oct. 2008, California. Traduzione italiana autorizzata dagli autori a cura del Centro Specialistico Il Faro, Azienda USL di Bologna, in www.ausl.bologna.it – informazioni per i cittadini- il faro
16. Bronfenbrenner U. (1979) The Ecology of Human development: Experiments by nature and Design. Harvard University Press. Traduzione italiana: Ecologia dello sviluppo umano. Bologna, Il mulino, 1986
17. Bronfenbrenner U. (2010) Rendere Umani gli Esseri Umani. Trento, [Erickson](http://www.erickson.it) Ed.
18. Brown, A., Finkelhor, D. (1986) Initial and long-term effects: a review of the research. Citato in: Finkelhor, D. (eds) A sourcebook on Child Sexual Abuse. London: Sage (1986)
19. Bruni V., Dei M. (2000) Ginecologia dal periodo neonatale all'età evolutiva. Collana Progressi in ginecologia, SEE Ed.
20. Buccoliero E. e Maggi M. (2008) (a cura di) Il bullismo nella scuola primaria, Manuale teorico-pratico per insegnanti e operatori. Milano, Franco Angeli Ed., pp. 319
21. Calvert S.L. (2002) Identity construction on the internet. In S. L. Calvert, A. B. Jordan & R. R. Cocking (Eds.), Children in the Digital Age: Influences of Electronic Media on Development. Westport, CT: Praeger
22. Carovita S.C.S. (a cura di) (2008) La vittimizzazione tra pari in rapporto al benessere psicologico individuale In Maltrattamento e abuso all'infanzia : rivista interdisciplinare, n. 2, pp. 7-76
23. Carta di Noto (2002, agg. 2011) in <http://tutoreminori.regione.veneto.it/scuola/allegati/152.pdf>
24. Cash S. (2007) Patterns of deception: Child victims of Munchausen syndrome by proxy can be subjected to needless hospitalizations, lab tests and even surgery. A new clinical report outlines how pediatricians can recognize and treat cases of abuse in the medical setting. AAP News 28: 5, pp. 34-35
25. Cheli M. et al. (2012) Esperienze traumatiche in età evolutiva e fattori di rischio familiari: un'indagine sugli esiti nello sviluppo. in Abuso e Maltrattamento all'Infanzia, Vol. 14, n. 3, novembre , pp. 11-24
26. Cheli M. et al. (2012) Maltrattamento all'infanzia – Un modello integrato di intervento per i Servizi Sociali e Sanitari. Maggioli Ed.

27. CISMAI (2001). Dichiarazione di Consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia. in www.cismai.org
28. CISMAI (2005). Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri. in www.cismai.org
29. CISMAI (2012). Abuso sessuale dei minori e nuove tecnologie. Seminari a cura del Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia, Save The Children, CPNC. Commissione Europea, Programma UE per i diritti dei minori, Comunicazione del 15 febbraio 2011, in www.minori.it
30. CISMAI (2013) Maltrattamento sui bambini: quante vittime in Italia? - Prima indagine nazionale quali-quantitativa sul maltrattamento a danno di bambini
31. Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia (1989) ratificata in Italia con la legge n.176 del 27 maggio 1991, in www.savethechildren.it
32. Cook A., Blaustein M., Spinazzola J., van der Kolk B. (2003) Complex Trauma in children and adolescent: White paper, National Child Traumatic Stress Network, in www.nctsn.org. Traduzione italiana reperibile in: www.ausl.bologna.it (in Sezioni tematiche-II Faro- centro di documentazione)
33. Convenzione di Lanzarote, ratificata dall'Italia e pubblicata con legge del 1° ottobre 2012, n. 172 in Gazzetta Ufficiale n. 235, 8 ottobre 2012: «Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale», in <http://www.minori.it/minori/legge-n172-dell8-ottobre-2012-ratifica-ed-esecuzione-della-convenzione-di-lanzarote-del-25> - Linee Guida per le strategie nazionali integrate di protezione dei bambini dalla violenza, in www.cismai.org
34. Costituzione Italiana (1947) in www.governo.it/Governo/Costituzione/disposizioni.html
35. Courtois C.A., Ford J.D. (2009) (a cura di), Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide. New York: Guildford Press
36. Cullingford C., Morrison J. (1995), Bullying as a formative influence: The relationship between the experience of school and criminality. in British Educational Research Journal, 21, 5, pp. 547-560
37. Davies S.L., Glaser D., Kossoff R., (2000) Children sexual play and behavior in pre-school settings: staff's perceptions, reports, and responses. Child Abuse and Neglect.; 24:1329-1343
38. De Palma A. et al. Minori vittime di violenza, documento elaborato dal tavolo di medicina legale (titolo provvisorio), Regione Emilia-Romagna, di prossima pubblicazione
39. De Zulueta F. (1993). From pain to Violence. London: Whurr Ed. Italiana (1999) Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche dell'aggressività. Milano, Raffaello Cortina Ed.
40. Di Blasio P. (1997) Abusi all'infanzia: fattori di rischio e percorsi di intervento in "Ecologia della Mente", 20 (2) pp. 153-170
41. Di Blasio P. (a cura di) (2005) Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali, Milano, Unicopli Ed.
42. Feldman et al. (2007) Letter to the Editor: Beyond Munchausen syndrome by proxy Pediatrics 120:5, 1217-1218
43. Felitti V.J., Anda R.F. et al., (last review 2013) The Adverse Childhood Experiences (ACEs) Study, in www.cdc.gov/ace/outcomes.htm
44. Finkelhor D., Browne A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. American Journal of Orthopsychiatry, 55: 530-541
45. Finkelhor D. (1994) The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect. 18: 409-417.
46. Finkelhor D. (1994) Current information on the scope and nature of child sexual abuse. Future Children, 4:31-53
47. Finkelhor D., The science (1999) Child Abuse and Neglect, 23: 969-974
48. Fonzi A., (1997) Il bullismo in Italia. Il fenomeno delle prepotenze a scuola dal Piemonte alla Sicilia, Giunti Ed.
49. Friedrich W.N., et al. (1991) Normative sexual behavior in children. Pediatrics, 88, pp. 456-464.
50. Friedrich W.N., et al. (1992) Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. Psychological Assessment 4, pp. 303-311
51. Friedrich W.N., et al. (1997) Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories, Journal of Interpersonal Violence 12, pp. 155-171
52. Gallina M.A. (a cura di) (2009) Dentro il bullismo. Contributi e proposte socio-educative per la scuola. Milano, Franco Angeli Ed., pp. 316
53. Genta M.L., Brighi A., Guarini A. (2009) Bullying and cyberbullying in adolescence. Roma, Carocci Ed.
54. Gil E., Johnson T. C. (1993). Sexualized children: Assessment and treatment of sexualized children and children who molest. Rockville, MD: Launch Press
55. Giolito M.R. e Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia (2010) L'Abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata. Il Pensiero Scientifico Ed.
56. Green A.H. (1993) "Child sexual abuse: immediate and long-term effects and intervention" in Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, pp 890-902
57. Green, A. (1998) Factors contributing to generational transmission of child maltreatment, in

- «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», 37 (12), pp. 1334-1336
58. Herman J.L. (1992). Trauma and Recovery. New York. Basic Books. Trad. Italiana: Guarire dal trauma, affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo (2005). Roma: Magi Ed.
 59. Hildyard K. L., Wolfe D.A. (2002) Child neglect: developmental issues and outcomes. Child abuse & neglect, 26,679-695, Traduzione italiana (Luca Milani): La trascuratezza: problemi evolutivi e conseguenze, in Maltrattamento e abuso all'infanzia, Vol 7, n.1, aprile 2005, pp: 11-35 in www.unisa.it/uploads/4572/lab_savarese_articolo4.pdf
 60. Kellogg N.D. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. (2007) Evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics Jun; 119(6):1232-41
 61. Kellogg N.D. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect (2009) Clinical Report. The Evaluation of sexual behaviors in children. Pediatrics 124:992-998
 62. Kempe R., Kempe E.H. Child abuse. Fontana/Open books, London 1978. Traduzione italiana: Le violenze sul bambino. Roma, Armando Ed., 1980
 63. Legge n.285/1997 – “Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza”. pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 207 del 5 settembre 1997 in www.camera.it/parlam/leggi/97285l.htm
 64. Legge n.269/1998, “Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù”
 65. Legge n. 328/2000, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali in www.parlamento.it/parlam/leggi/00328l.htm
 66. Linee Guida per le strategie nazionali integrate di protezione dei bambini dalla violenza, approvato dal Consiglio d'Europa in data 18 novembre 2009 (Raccomandazione n.10/2009) in <http://www.cismai.org>
 67. Linee guida in materia di abuso. Documento di indirizzo per la formazione in materia di abuso e maltrattamento dell'infanzia. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli Affari Sociali. 6 aprile 2001 in <http://old.minori.it/temp/lineeguidaabuso.htm>
 68. Luberti, R. (1997) Abuso sessuale intrafamiliare sui minori, in Luberti R, Bianchi D, (a cura di), E poi disse che avevo sognato, Firenze, Cultura della Pace Ed.
 69. Luberti R., Biancardi M.T. (2005) La violenza assistita intrafamiliare. Milano, Franco Angeli Ed.
 70. Malacrea M., Vassalli A. (1990) Segreti di famiglia. Milano, Cortina Ed.
 71. Malacrea M. (1998). Trauma e riparazione. La cura nell'abuso all'infanzia. Milano, Raffaello Cortina Ed.
 72. Malacrea M. (2001) Abuso sessuale all'infanzia: esigenze cliniche e giudiziarie, Cittadini in crescita, 2/1, 33-63
 73. Malacrea M., Lorenzini S. (2002). Bambini abusati. Milano, Raffaello Cortina Ed.
 74. Malacrea M. (2010) Crescere senza violenza, in www.cismai.org
 75. Malacrea M. (2010) Abuso all'infanzia: una terapia per piccoli pazienti molto difficili. in Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva, a cura di Simonetta E., Milano, Franco Angeli Ed.
 76. Montecchi, F. (a cura di) (2002) Abuso sui bambini: l'intervento a scuola, Milano, Franco Angeli Ed.
 77. Montecchi F. (2002) Maltrattamenti e abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce. Milano, Franco Angeli Ed.
 78. Montecchi F. (2005) Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento. Roma, Franco Angeli Ed.
 79. Ney,P.G.(1987). The treatment of abused children, the natural sequence of events, in American Journal of Psychotherapy, XLI, 3
 80. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. (2009) When to suspect child maltreatment. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Clinical Guideline July
 81. Osservatorio Nazionale Abusi Psicologici – Le condotte criminose online. (2010) In Profiling. I profili dell'abuso. in www.onap-profiling.org/archives/865
 82. Regione Emilia-Romagna - Deliberazione del Consiglio della Regione Emilia Romagna 24.11.1999. n. 6024. “Linee di indirizzo in materia di abuso sessuale sui minori”
 83. Regione Emilia-Romagna – Legge regionale 28 luglio 2008 n. 14 – “Norme in materia di politiche per le giovani generazioni” – Bollettino Ufficiale n. 129 del 28 luglio 2008
 84. Regione Emilia-Romagna - Violenza e salute: il bambino al centro, pensieri ed esperienze di protezione - Quaderno n. 18 - Servizio Politiche familiari, infanzia e adolescenza, Calciolari A. e Pedrocco Biancardi M.T. (a cura di), 2008 – in <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/guide/quaderni-del-servizio-politiche-familiari-infanzia-e-adolescenza/18.-violenza-e-salute-il-bambino-al-centro-pensieri-ed-esperienze-di-protezione>
 85. Ricciutello C. et al. (2012) Violenza intrafamiliare e salute mentale in adolescenza: il trauma complesso come disturbo dello sviluppo, in Rivista di Psichiatria. 47, 5 pp: 413-423
 86. Ripamonti C. A. (2011) La devianza in adolescenza Prevenzione e intervento. Bologna Il Mulino Ed., pp. 319
 87. Rossi L. (2005) L'analisi investigativa nella psicologia criminale. Vittimologia: aspetti teorici e casi

- pratici, Milano, Giuffrè Ed., pp. 417
88. Save the Children, (2011) Spettatori e vittime: i minori e la violenza assistita in ambito domestico. Analisi dell'efficienza del sistema di protezione in http://images.savethechildren.it/IT/f/img_pubblicazioni/img138_b.pdf
 89. Sharp, S., Smith, P. K. (1994) Tackling bullying in our school. A practical handbook for teachers. Routledge, London. (Trad. italiana: Bulli e prepotenti nella scuola. Prevenzione e tecniche educative. Trento, Erickson Ed., 1995)
 90. SINPIA (2007) Guida in tema di abuso sui minori. Trento, Erickson Ed.
 91. Smith P.K., Mahdavi J., Carvalho M., Fisher S., Russell S., Tippett N. (2008). "Cy-berbullying: Its nature and impact in secondary school pupils". Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 49, 376-385
 92. Soavi G. (2011) Violenza sessuale intrafamigliare: la tutela è dare forza alla voce dei bambini in Biancardi M.T., Talevi, A, La voce dei bambini nel percorso di tutela, Franco Angeli Ed.
 93. Soavi G. (2012) Le vittime di abuso sessuale online: percorsi di presa in carico, in Maltrattamento e abuso all'Infanzia, 3/12, Franco Angeli Ed.
 94. Stirling J. Jr; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. (2007) Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. Pediatrics May; 119(5): 1026-30
 95. Strategia dell'Unione Europea per i diritti dei bambini (2011) in COMMISSIONE EUROPEA, Programma UE per i diritti dei minori, in [www.minori.it](http://www.minori.it/minori/il-programma-dell'unione-sui-diritti-dei-minori) <http://www.minori.it/minori/il-programma-dell'unione-sui-diritti-dei-minori>
 96. Telefono Arcobaleno, in www.telefonoarcobaleno.org
 97. [The National Center for Trauma-Informed Care](http://www.samhsa.gov/nctic/trauma.asp): An Overview of Fundamental Concepts, (2004). The National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD), in www.samhsa.gov/nctic/trauma.asp
 98. Van Der Kolk, B.A. (2005). Developmental Trauma Disorder. Towards a rational diagnosis for children with complex trauma Histories. Psychiatric Annals, 5
 99. Ybarra, M.L. & Mitchell, K.J. (2005) Exposure to Internet Pornography Among Children and Adolescent: A National Survey, Cyber Psychology & Behavior, Volume 8, Number 5
 100. Walsh F. (2008) La resilienza familiare. Azzate (Varese), Raffaello Cortina Ed.
 101. [World Health Organisation](http://www.who.int) (1999) World report on violence and health
 102. [World Health Organisation](http://www.who.int) (2002), World Report on Violence and Health, Geneva, WHO. in <http://www.who.int/whr/2002/en/index.htm>. La versione in lingua italiana del documento: Rapporto sullo stato della salute nel mondo, 2002, in www.salute.gov.it
 103. [World Health Organisation](http://www.who.int) (2006) "Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generative evidence" in <http://www.who.int/whr/2006/en/index.htm>
La versione in lingua italiana del documento "Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi", a cura dell'Assessorato alla Sanità e Politiche socio-sanitarie del Comune di Ferrara è scaricabile dal sito del CISMAI: www.cismai.org/Search.aspx?W=prevenzione&np=2
- Per una revisione della letteratura sulle conseguenze del maltrattamento si vedano i seguenti siti: www.nctsn.org
www.cdc.gov/ace/outcomes.htm
 - Per un approfondimento sul bullismo si vedano i seguenti siti: <http://centrostudi.gruppoabele.org>
<http://www.bullyingandcyber.net/it/definizioni/>



Collegato dell'Allegato B

VOLUME ALLEGATI

LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER
L'ACCOGLIENZA E LA CURA DI BAMBINI E
ADOLESCENTI VITTIME DI
MALTRATTAMENTO/ABUSO

ottobre 2013

Questo documento è consultabile sul portale Saluter del Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia-Romagna:

www.saluter.it

e sul sito dei consultori familiari della Regione Emilia-Romagna:

www.consultorifamiliariemiliaromagna.it

Chiunque è autorizzato a fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Allegati

Allegato 1 – Leggi e norme

Allegato 2 – Modello segnalazione all’Autorità Giudiziaria: lettera di trasmissione e note operative per la compilazione

Allegato 3 – Documenti regionali, nazionali e internazionali

Allegato 4 – Griglie raccomandazioni specifiche

Allegato 5 – Abbreviazioni - acronimi

Allegato 6 – Dati di attività: centri specialistici e progetti dedicati

Allegato 7 – Descrizione codici diagnostici ICD10 NPIA

Allegato 8 – Selezione codici diagnostici ICD10 e casi in carico alla NPIA

Allegato 1

Leggi e norme

PROVVEDIMENTI DELLE ISTITUZIONI INTERNAZIONALI

Dichiarazione dei diritti del bambino, approvata dall'O.N.U. (New York, 20 novembre 1959).

Convenzione internazionale sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (New York, 20 novembre 1989) stipulata dall'O.N.U., resa esecutiva in Italia con l'art. 40 della legge 27 maggio 1991 n. 176).

LEGI SLAZIONE EUROPEA

Convenzione Aja del 25 ottobre 1980 sugli aspetti civili della sottrazione internazionale di minori, resa esecutiva in Italia dalla L. 15.1.1994 n. 64.

Risoluzione del Parlamento Europeo sui Diritti dell'Uomo (1985)

Convenzione Europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli (Strasburgo, 25 gennaio 1996), ratificata in Italia con Legge 20 Marzo 2003, n. 77.

Carta di Noto sull'abuso sessuale sui minori (Noto, 9 giugno 1996), aggiornata il 7 luglio 2002.

Convenzione di Oviedo (1997) sui diritti dell'uomo e la biomedicina, ratificata in Italia con la Legge 28 marzo 2001, n. 145.

Carta Europea dei diritti fondamentali (c.d. Carta di Nizza, 7 dicembre 2000)

Decisione Quadro n. 2001/220/GAI (datata 15 marzo 2001) del Consiglio dell'Unione Europea su "La posizione delle vittime nel processo penale".

Regolamento CE n. 2201/2003 del 27.11.2003 (c.d. Bruxelles II bis), relativo alla competenza, al riconoscimento e all'esecuzione delle decisioni in materia matrimoniale e in materia di responsabilità genitoriale.

Risoluzione 2005/20, adottata dal Consiglio Economico e Sociale dell'ONU il 22 luglio 2005, contenente le Linee Guida a favore dei minorenni coinvolti nei reati in qualità di vittime o di testimoni.

Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale (Lanzarote, 25 ottobre 2007), ratificata in Italia con la Legge 1 ottobre 2012, n. 172.

Direttiva 2011/93/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 13 dicembre 2011 relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile e che sostituisce la decisione quadro 2004/GAI del Consiglio.

NORMATIVA ITALIANA

Legge istitutiva del Tribunale per i minorenni (R.D.L. 20 luglio 1934, n. 1404)

Costituzione italiana

art. 30 – E' dovere e diritto dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli, anche se nati fuori del matrimonio. Nei casi di incapacità dei genitori, la legge provvede a che siano assolti i loro compiti. La legge assicura ai figli nati fuori del matrimonio ogni tutela giuridica e sociale, compatibile con i diritti dei membri della famiglia legittima. La legge detta le norme e i limiti per la ricerca della paternità.

Codice Civile

art. 145 - Intervento del giudice.

art. 155 - Provvedimenti riguardo ai figli.

art. 261 - Diritti e doveri derivanti al genitore dal riconoscimento.

art. 330 - Decadenza della potestà sui figli

Il Giudice può pronunciare la decadenza dalla potestà quando il genitore viola o trascura i doveri ad essa inerenti o abusa dei relativi poteri con grave pregiudizio del figlio. In tale caso, per gravi motivi, il Giudice può ordinare l'allontanamento del figlio dalla residenza familiare ovvero l'allontanamento del genitore o convivente che maltratta o abusa del minore (1).

(1) Le parole da "ovvero" a "minore" sono aggiunte dall'art. 37, legge 28 marzo 2001, n. 149.

art. 332.- Reintegrazione nella potestà.

art. 333 - Condotta del genitore pregiudizievole ai figli

Quando la condotta di uno o di entrambi i genitori non è tale da dare luogo alla pronuncia di decadenza prevista dall'art. 330, ma appare comunque pregiudizievole al figlio, il Giudice, secondo le circostanze può adottare i provvedimenti convenienti e può anche disporre l'allontanamento di lui dalla residenza familiare, ovvero l'allontanamento del genitore o convivente che maltratta o abusa del minore. Tali provvedimenti sono revocabili in qualsiasi momento.

art. 336 - Procedimento

I provvedimenti indicati negli articoli precedenti sono adottati su ricorso dell'altro genitore, dei parenti o del pubblico ministero e, quando si tratta di revocare deliberazioni anteriori, anche del genitore interessato. Il Tribunale provvede in camera di consiglio, assunte informazioni e sentito il pubblico ministero.

Nei casi in cui il provvedimento è richiesto contro il genitore, questi deve essere sentito. In caso di urgente necessità il Tribunale può adottare, anche di ufficio, provvedimenti temporanei nell'interesse del figlio. Per i provvedimenti di cui ai commi precedenti, i genitori e il minore sono assistiti da un difensore (1).

(1) Comma aggiunto dall'art. 37, L. 28 marzo 2001, n. 149 e poi così modificato dall'art. 299, D.Lgs. 30 maggio 2002, n. 113 e dall'art. 299, D.P.R. 30 maggio 2002, n. 115, con la decorrenza indicata nell'art. 302 dello stesso decreto (1° luglio 2002). Il testo originario era così formulato: "Per i provvedimenti di cui ai commi precedenti, i genitori e il minore sono assistiti da un difensore [anche a spese dello Stato nei casi previsti dalla legge]".

art. 342 bis - Ordini di protezione contro gli abusi familiari.

art. 343 - Apertura della tutela.

art. 348 - Scelta del tutore.

art. 371.- Provvedimenti circa l'educazione e l'amministrazione.

art. 403 - Intervento della pubblica autorità a favore dei minori

Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o è allevato in locali insalubri o pericolosi, oppure da persone per negligenza, immoralità, ignoranza o per altri motivi incapaci di provvedere alla educazione di lui, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in luogo sicuro, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione.

Decreto Presidente Repubblica, 24 luglio 1977, n. 616, Attuazione della delega di cui all'art. 1 della L. 22 luglio 1975, n. 382

Legge 4 maggio 1983, n. 184: "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori".

L. 4 maggio 1983, n. 184. (1) Diritto del minore ad una famiglia. (2)

(1) Pubblicata nella Gazz. Uff. 17 maggio 1983, n. 133, S.O.

(2) Titolo così sostituito dall'art. 1, L. 28 marzo 2001, n. 149.

art. 8

1. Sono dichiarati in stato di adottabilità dal tribunale per i minorenni del distretto nel quale si trovano, i minori di cui sia accertata la situazione di abbandono perché privi di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi, purché la mancanza di assistenza non sia dovuta a causa di forza maggiore di carattere transitorio.

2. La situazione di abbandono sussiste, sempre che ricorrano le condizioni di cui al comma 1, anche quando i minori si trovino presso istituti di assistenza pubblici o privati o comunità di tipo familiare ovvero siano in affidamento familiare. 3. Non sussiste causa di forza maggiore quando i soggetti di cui al comma 1 rifiutano le misure di sostegno offerte dai servizi sociali locali e tale rifiuto viene ritenuto ingiustificato dal giudice.

4. Il procedimento di adottabilità deve svolgersi fin dall'inizio con l'assistenza legale del minore e dei genitori o degli altri parenti, di cui al comma 2 dell'articolo 10 (12).

(12) Articolo così sostituito dall'art. 8, L. 28 marzo 2001, n. 149.

art. 9

1. Chiunque ha facoltà di segnalare all'autorità pubblica situazioni di abbandono di minori di età. I pubblici ufficiali, gli incaricati di un pubblico servizio, gli esercenti un servizio di pubblica necessità debbono 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.

2. Gli istituti di assistenza pubblici o privati e le comunità di tipo familiare devono trasmettere semestralmente al procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni del luogo ove hanno sede l'elenco di tutti i minori collocati presso di loro con l'indicazione specifica, per ciascuno di essi, della località di residenza dei genitori, dei rapporti con la famiglia e delle condizioni psicofisiche del minore stesso. Il procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni, assunte le necessarie informazioni, chiede al tribunale, con ricorso, di dichiarare l'adottabilità di quelli tra i minori segnalati o collocati presso le comunità di tipo familiare o gli istituti di assistenza pubblici o privati o presso una famiglia affidataria, che risultano in situazioni di abbandono, specificandone i motivi.

3. Il procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni, che trasmette gli atti al medesimo tribunale con relazione informativa, ogni sei mesi, effettua o dispone ispezioni negli istituti di assistenza pubblici o privati ai fini di cui al comma 2. Può procedere a ispezioni straordinarie in ogni tempo.

4. Chiunque, non essendo parente entro il quarto grado, accoglie stabilmente nella propria abitazione un minore, qualora l'accoglienza si protragga per un periodo superiore a sei mesi, deve, trascorso tale periodo, darne segnalazione al procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni. L'omissione della segnalazione può comportare l'inefficienza ad ottenere affidamenti familiari o adottivi e l'incapacità all'ufficio tutelare.

5. Nello stesso termine di cui al comma 4, uguale segnalazione deve essere effettuata dal genitore che affidi stabilmente a chi non sia parente entro il quarto grado il figlio minore per un periodo non inferiore a sei mesi. L'omissione della segnalazione può comportare la decadenza dalla potestà sul figlio a norma dell'articolo 330 del codice civile e l'apertura della procedura di adottabilità (13).

(13) Articolo così sostituito dall'art. 9, L. 28 marzo 2001, n. 149.

art. 70

1. I pubblici ufficiali o gli incaricati di un pubblico servizio che omettono di riferire alla procura della Repubblica presso il tribunale per i minorenni sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengano a conoscenza in ragione del proprio ufficio, sono puniti ai sensi dell'articolo 328 del codice penale. Gli esercenti un servizio di pubblica necessità sono puniti con la pena della reclusione fino ad un anno o con la multa da euro 258 a euro 1.291.

2. I rappresentanti degli istituti di assistenza pubblici o privati che omettono di trasmettere semestralmente alla procura della Repubblica presso il tribunale per i minorenni l'elenco di tutti i minori ricoverati o assistiti, ovvero forniscono informazioni inesatte circa i rapporti familiari concernenti i medesimi, sono puniti con la pena della reclusione fino ad un anno o con la multa da euro 258 a euro 2.582.

Legge 27 maggio 1991, n. 176 "Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo (New York, 20 novembre 1989)".

Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (22/1/1994), Bioetica con l'infanzia.

Legge 15 febbraio 1996, n. 66 "Norme contro la violenza sessuale".

Legge 28 maggio 1997 n. 285 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza" ed in particolare gli artt. 3 e 4 in cui si prevedono interventi promossi dalle Pubbliche Amministrazioni di contrasto alla violenza e di prevenzione e di assistenza nei casi di maltrattamenti ed abuso sessuale.

Legge 3 agosto 1998, n. 269 "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù"

Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" ed il successivo "Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento relativo all'integrazione socio-sanitaria".

Legge 28 marzo 2001, n. 145 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, nonché del Protocollo addizionale del 12 gennaio 1998, n. 168 sul divieto di clonazione degli esseri umani".

Legge 28 marzo 2001, n. 149 "Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n.184, recante «Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori», nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile".

Legge 3 Aprile 2001, n. 119 "Disposizioni concernenti l'obbligo del segreto professionale per gli assistenti sociali".

Legge 20 marzo 2003, n. 77 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli, fatta a Strasburgo il 25 gennaio 1996".

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)

Legge 6 febbraio 2006, n. 38 "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet".

Legge 8 febbraio 2006, n. 54 "Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli"

Codice Deontologico dell'Assistente Sociale, 17 luglio 2009

Legge 12 luglio 2011, n. 112 "Istituzione dell'Autorità garante per l'infanzia e per l'adolescenza".

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".

Legge 10 Dicembre 2012, n. 219 "Disposizioni in materia di riconoscimento dei figli naturali"

NORMATIVA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

L.R. Emilia-Romagna 12 marzo 2003, n. 2. "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

DGR n. 1791 del 11/12/2006 Programma annuale 2006: ripartizione delle risorse del fondo sociale regionale ai sensi dell'art. 47 comma 3 della LR 2/03 e individuazione delle azioni per il perseguimento degli obiettivi di cui alla Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n.91 del 23/11/2006

L.R. Emilia-Romagna 28 luglio 2008, n. 14. Norme in materia di politiche per le giovani generazioni.

DGR n. 1904/2011, Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari.

CODICE PENALE

art. 34 (Decadenza dalla potestà dei genitori e sospensione dall'esercizio di essa)

"La legge determina i casi nei quali la condanna importa la decadenza della potestà dei genitori. La condanna per delitti commessi con abuso della potestà dei genitori importa la sospensione dell'esercizio di essa per un periodo di tempo pari al doppio della pena inflitta.

La decadenza della potestà dei genitori importa anche la privazione di ogni diritto che al genitore spetti sui beni del figlio in forza della potestà di cui al titolo IX del libro I del codice civile. La sospensione dall'esercizio della potestà dei genitori importa anche l'incapacità di esercitare, durante la sospensione, qualsiasi diritto che al genitore spetti sui beni del figlio in base alle norme del titolo IX del libro I del codice civile.

Nelle ipotesi previste dai commi precedenti, quando sia concessa la sospensione condizionale della pena, gli atti del procedimento vengono trasmessi al tribunale dei minorenni, che assume i provvedimenti più opportuni nell'interesse dei minori (1) .

Articolo così sostituito dalla L. 24 novembre 1981, n. 689.

(1) Comma aggiunto dall'art.5, L. 7 febbraio 1990, n. 19.

art. 365 (Omissione di referto) "Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto pel quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa fino a Euro 516....Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale".

art. 361 (Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale) "Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da Euro 30 a Euro 516....

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

art. 357 (Nozione del pubblico ufficiale) "Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi, e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi".

Codice di procedura penale

art. 331 (Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio) "1. ...i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito. 2. La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria. 3. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto..."

art. 332 (Contenuto della denuncia) "1. La denuncia contiene la esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia, nonché le fonti di prova già note. Contiene inoltre, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga alla identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti".

art. 414 bis (Istigazione a pratiche di pedofilia e di pedopornografia) "Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque, con qualsiasi mezzo e con qualsiasi forma di espressione, pubblicamente istiga a commettere, in danno di minorenni, uno o più delitti previsti dagli articoli 600-bis, 600-ter e 600-quater, anche se relativi al materiale pornografico di cui all'articolo 600-quater.1, 600-quinquies, 609-bis, 609-quater e 609-quinquies è punito con la reclusione da un anno e sei mesi a cinque anni. Alla stessa pena soggiace anche chi pubblicamente fa l'apologia di uno o più delitti previsti dal primo comma. Non possono essere invocate, a propria scusa, ragioni o finalità di carattere artistico, letterario, storico o di costume".

art. 570 (Violazione degli obblighi di assistenza familiare) "Chiunque, abbandonando il domicilio domestico, o comunque serbando una condotta contraria all'ordine o alla morale delle famiglie, si sottrae agli obblighi di assistenza inerenti alla patria potestà, o alla qualità di coniuge, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa da euro 103 a euro 1.032. Le dette pene si applicano congiuntamente a chi:

- 1) malversa o dilapida i beni del figlio minore o del pupillo o del coniuge;
- 2) fa mancare i mezzi di sussistenza ai discendenti di età minore, ovvero inabili al lavoro, agli ascendenti o al coniuge, il quale non sia legalmente separato per sua colpa.

Il delitto è punibile a querela della persona offesa salvo nei casi previsti dal numero 1 e, quando il reato è commesso nei confronti dei minori, dal numero 2 del precedente comma. Le disposizioni di questo articolo non si applicano se il fatto è preveduto come più grave reato da un'altra disposizione di legge".

art. 571 (Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina) "Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi. Se dal fatto deriva una lesione personale, si applicano le pene stabilite negli articoli 582 e 583, ridotte a un terzo; se ne deriva la morte, si applica la reclusione da tre a otto anni".

art. 572 (Maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli) "Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da due a sei anni [c.p. 29, 31, 32]. La pena è aumentata se il fatto è commesso in danno di persona minore degli anni quattordici. Se dal fatto deriva una lesione personale grave (c.p. 583), si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni".

art. 578 (Infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale) "La madre che cagiona la morte del proprio neonato immediatamente dopo il parto, o del feto durante il parto, quando il fatto è determinato da condizioni di abbandono materiale e morale connesse al parto, è punita con la reclusione da quattro a dodici anni. A coloro che concorrono nel fatto di cui al primo comma si applica la reclusione non inferiore ad anni ventuno. Tuttavia, se essi hanno agito al solo scopo di favorire la madre, la pena può essere diminuita da un terzo a due terzi. Non si applicano le aggravanti stabilite dall'articolo 61 del codice penale".

art. 591 (Abbandono di persone minori o incapaci) "Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere la cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. Alla stessa pena soggiace chi abbandona all'estero un cittadino italiano minore degli anni diciotto, a lui affidato nel territorio dello Stato per ragioni di lavoro. La pena è della reclusione da uno a sei anni se dal

fatto deriva una lesione personale, ed è da tre a otto anni se ne deriva la morte. Le pene sono aumentate se il fatto è commesso dal genitore, dal figlio, dal tutore o dal coniuge, ovvero dall'adottante o dall'adottato".

art. 593 (Omissione di soccorso) "Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente e di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'Autorità, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a 2.500 euro. Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità. Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata".

art. 582 (Lesione personale) "Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito ...Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste negli artt. 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel n. 1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il delitto è punibile a querela della persona offesa".

art. 583 (Circostanze aggravanti) "La lesione personale è grave ...1) se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni; 2) se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo. La lesione personale è gravissima ...se dal fatto deriva: 1) una malattia certamente o probabilmente insanabile; 2) la perdita di un senso; 3) la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella; 4) la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso." (queste sono le c.d. "aggravanti biologiche").

art. 585 (Circostanze aggravanti) ...Agli effetti della legge penale, per «armi» si intendono: 1) quelle da sparo e tutte le altre la cui destinazione naturale è l'offesa della persona; 2) tutti gli strumenti atti ad offendere, dei quali è dalla legge vietato il porto in modo assoluto, ovvero senza giustificato motivo (42 T.U. di P.S.). Sono assimilate alle armi le materie esplodenti e i gas asfissianti e accecanti.". Quindi per armi si devono intendere quelle da sparo e tutte le altre la cui destinazione naturale è l'offesa della persona e tutti gli strumenti atti a offendere, di cui la legge vieta il porto in modo assoluto, cioè senza giustificato motivo. Si possono individuare armi proprie (armi da sparo; armi bianche: es. sciabole, pugnali, stilette, baionette; strumenti lesivi: per es. mazze ferrate, sfollagente, noccoliere, bastoni ferrati) e armi improprie (oggetti non creati per l'offesa della persona, ma usati a tale fine: per es. bastoni con puntale acuminato, coltelli, mazze, tubi, catene, fionde, bulloni, sfere metalliche, ecc...).

Legge 26 gennaio 1963, n. 24.

Esclusione dell'aggravante prevista dal n. 1) e dall'ultima parte dell'art. 577 c.p., che contempla il fatto (reato) commesso contro l'ascendente o il discendente e contro il coniuge, il fratello, la sorella, il padre o la madre adottivi, o il figlio adottivo o contro un affine in linea retta.

art. 600-bis (Prostituzione minorile) "È punito con la reclusione da sei a dodici anni e con la multa da euro 15.000 a euro 150.000 chiunque:

- 1) recluta o induce alla prostituzione una persona di età inferiore agli anni diciotto;
- 2) favorisce, sfrutta, gestisce, organizza o controlla la prostituzione di una persona di età inferiore agli anni diciotto, ovvero altrimenti ne trae profitto.

Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque compie atti sessuali con un minore di età compresa tra i quattordici e i diciotto anni, in cambio di un corrispettivo in denaro o altra utilità, anche solo promessi, è punito con la reclusione da uno a sei anni e con la multa da euro 1.500 a euro 6.000.

art. 600-ter (Pornografia minorile) "È punito con la reclusione da sei a dodici anni e con la multa da euro 24.000 a euro 240.000 chiunque:

- 1) utilizzando minori di anni diciotto, realizza esibizioni o spettacoli pornografici ovvero produce materiale pornografico;

2) recluta o induce minori di anni diciotto a partecipare a esibizioni o spettacoli pornografici ovvero dai suddetti spettacoli trae altrimenti profitto.

Alla stessa pena soggiace chi fa commercio del materiale pornografico di cui al primo comma. Chiunque, al di fuori delle ipotesi di cui al primo e al secondo comma, con qualsiasi mezzo, anche per via telematica, distribuisce, divulga, diffonde o pubblicizza il materiale pornografico di cui al primo comma, ovvero distribuisce o divulga notizie o informazioni finalizzate all'adescamento o allo sfruttamento sessuale di minori degli anni diciotto, è punito con la reclusione da uno a cinque anni e con la multa da euro 2.582 a euro 51.645. Chiunque, al di fuori delle ipotesi di cui ai commi primo, secondo e terzo, offre o cede ad altri, anche a titolo gratuito, il materiale pornografico di cui al primo comma, è punito con la reclusione fino a tre anni e con la multa da euro 1.549 a euro 5.164. Nei casi previsti dal terzo e dal quarto comma la pena è aumentata in misura non eccedente i due terzi ove il materiale sia di ingente quantità. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque assiste a esibizioni o spettacoli pornografici in cui siano coinvolti minori di anni diciotto è punito con la reclusione fino a tre anni e con la multa da euro 1.500 a euro 6.000. Ai fini di cui al presente articolo per pornografia minorile si intende ogni rappresentazione, con qualunque mezzo, di un minore degli anni diciotto coinvolto in attività sessuali esplicite, reali o simulate, o qualunque rappresentazione degli organi sessuali di un minore di anni diciotto per scopi sessuali".

art. 600-quater (Detenzione di materiale pornografico) Chiunque, al di fuori delle ipotesi previste dall'articolo 600-ter, consapevolmente si procura o detiene materiale pornografico realizzato utilizzando minori degli anni diciotto, è punito con la reclusione fino a tre anni e con la multa non inferiore a euro 1.549. La pena è aumentata in misura non eccedente i due terzi ove il materiale detenuto sia di ingente quantità.

art. 600-quater .1 (Pornografia virtuale) "Le disposizioni di cui agli articoli 600-ter e 600-quater si applicano anche quando il materiale pornografico rappresenta immagini virtuali realizzate utilizzando immagini di minori degli anni diciotto o parti di esse, ma la pena è diminuita di un terzo. Per immagini virtuali si intendono immagini realizzate con tecniche di elaborazione grafica non associate in tutto o in parte a situazioni reali, la cui qualità di rappresentazione fa apparire come vere situazioni non reali".

art. 600-quinquies (Iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile) "Chiunque organizza o propaganda viaggi finalizzati alla fruizione di attività di prostituzione a danno di minori o comunque comprendenti tale attività è punito con la reclusione da sei a dodici anni e con la multa da euro 15.493 e euro 154.937".

art. 609-bis (Violenza sessuale) "Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da cinque a dieci anni. Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali: 1) abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto; 2) traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona. Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi".

art. 609-ter (Circostanze aggravanti) "La pena è della reclusione da sei a dodici anni se i fatti di cui all'articolo 609-bis sono commessi:

- 1) nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni quattordici;
 - 2) con l'uso di armi o di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesivi della salute della persona offesa;
 - 3) da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio;
 - 4) su persona comunque sottoposta a limitazioni della libertà personale;
 - 5) nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni sedici della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore.
- 5 bis) all'interno o nelle immediate vicinanze di istituto d'istruzione o di formazione frequentato dalla persona offesa.

La pena è della reclusione da sette a quattordici anni se il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni dieci".

art. 609-quater (Atti sessuali con minorenne) "Soggiace alla pena stabilita dall'articolo 609-bis chiunque, al di fuori delle ipotesi previste in detto articolo, compie atti sessuali con persona che, al momento del fatto:

- 1) non ha compiuto gli anni quattordici;
- 2) non ha compiuto gli anni sedici, quando il colpevole sia l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato o che abbia, con quest'ultimo, una relazione di convivenza.

Fuori dei casi previsti dall'articolo 609-bis, l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato, o che abbia con quest'ultimo una relazione di convivenza, che, con l'abuso dei poteri connessi alla sua posizione, compie atti sessuali con persona minore che ha compiuto gli anni sedici, è punito con la reclusione da tre a sei anni. Non è punibile il minorenne che, al di fuori delle ipotesi previste nell'articolo 609-bis, compie atti sessuali con un minorenne che abbia compiuto gli anni tredici, se la differenza di età tra i soggetti non è superiore a tre anni. Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi. Si applica la pena di cui all'articolo 609-ter, secondo comma, se la persona offesa non ha compiuto gli anni dieci".

art. 609-quinquies (Corruzione di minorenne) "Chiunque compie atti sessuali in presenza di persona minore di anni quattordici, al fine di farla assistere, è punito con la reclusione da uno a cinque anni. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, alla stessa pena di cui al primo comma soggiace chiunque fa assistere una persona minore di anni quattordici al compimento di atti sessuali, ovvero mostra alla medesima materiale pornografico, al fine di indurla a compiere o a subire atti sessuali. La pena è aumentata fino alla metà quando il colpevole sia l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato, o che abbia con quest'ultimo una relazione di stabile convivenza".

art. 609-sexies (Ignoranza dell'età della persona) "Quando i delitti previsti negli articoli 609-bis, 609-ter, 609-quater, 609-octies e 609-undecies sono commessi in danno di un minore degli anni diciotto, e quando è commesso il delitto di cui all'articolo 609-quinquies, il colpevole non può invocare a propria scusa l'ignoranza dell'età della persona offesa, salvo che si tratti di ignoranza inevitabile".

art. 609-septies (Querela di parte) "I delitti previsti dagli articoli 609-bis, 609-ter e 609-quater sono punibili a querela della persona offesa. Salvo quanto previsto dall'articolo 597, terzo comma, il termine per la proposizione della querela è di sei mesi. La querela proposta è irrevocabile. Si procede tuttavia d'ufficio:

- 1) se il fatto di cui all'articolo 609-bis è commesso nei confronti di persona che al momento del fatto non ha compiuto gli anni diciotto;
- 2) se il fatto è commesso dall'ascendente, dal genitore, anche adottivo, o dal di lui convivente, dal tutore ovvero da altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia o che abbia con esso una relazione di convivenza;
- 3) se il fatto è commesso da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni;
- 4) se il fatto è connesso con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio;
- 5) se il fatto è commesso nell'ipotesi di cui all'articolo 609-quater, ultimo comma".

art. 609-octies (Violenza sessuale di gruppo) "La violenza sessuale di gruppo consiste nella partecipazione, da parte di più persone riunite, ad atti di violenza sessuale di cui all'articolo 609-bis. Chiunque commette atti di violenza sessuale di gruppo è punito con la reclusione da sei a dodici anni. La pena è aumentata se concorre taluna delle circostanze aggravanti previste dall'articolo 609-ter. La pena è diminuita per il partecipante la cui opera abbia avuto minima importanza nella preparazione o nella esecuzione del reato. La pena è altresì diminuita per chi sia stato determinato a commettere il reato quando concorrono le condizioni stabilite dai numeri 3) e 4) del primo comma e dal terzo comma dell'articolo 112".

art. 609-nonies (Pene accessorie ed altri effetti penali) "La condanna o l'applicazione della pena su richiesta delle parti ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per alcuno

dei delitti previsti dagli articoli 609-bis, 609-ter, 609-quater, 609-quinquies, 609-octies e 609-undecies comporta:

- 1) la perdita della potestà del genitore, quando la qualità di genitore è elemento costitutivo o circostanza aggravante del reato;
- 2) l'interdizione perpetua da qualsiasi ufficio attinente alla tutela, alla curatela e all'amministrazione di sostegno;
- 3) la perdita del diritto agli alimenti e l'esclusione dalla successione della persona offesa;
- 4) l'interdizione temporanea dai pubblici uffici; l'interdizione dai pubblici uffici per la durata di anni cinque in seguito alla condanna alla reclusione da tre a cinque anni, ferma restando, comunque, l'applicazione dell'articolo 29, primo comma, quanto all'interdizione perpetua;
- 5) la sospensione dall'esercizio di una professione o di un'arte.

La condanna o l'applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per alcuno dei delitti previsti dagli articoli 609-bis, 609-ter, 609-octies e 609-undecies, se commessi nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni diciotto, 609-quater e 609-quinquies, comporta in ogni caso l'interdizione perpetua da qualunque incarico nelle scuole di ogni ordine e grado nonché da ogni ufficio o servizio in istituzioni o in altre strutture pubbliche o private frequentate prevalentemente da minori. La condanna per i delitti previsti dall'articolo 600-bis, secondo comma, dall'articolo 609-bis, nelle ipotesi aggravate di cui all'articolo 609-ter, dagli articoli 609-quater, 609-quinquies e 609-octies, nelle ipotesi aggravate di cui al terzo comma del medesimo articolo, comporta, dopo l'esecuzione della pena e per una durata minima di un anno, l'applicazione delle seguenti misure di sicurezza personali:

- 1) l'eventuale imposizione di restrizione dei movimenti e della libera circolazione, nonché il divieto di avvicinarsi a luoghi frequentati abitualmente da minori;
- 2) il divieto di svolgere lavori che prevedano un contatto abituale con minori;
- 3) l'obbligo di tenere informati gli organi di polizia sulla propria residenza e sugli eventuali spostamenti.

Chiunque viola le disposizioni previste dal terzo comma è soggetto alla pena della reclusione fino a tre anni”.

art. 609-decies (Comunicazione al tribunale per i minorenni) “Quando si procede per alcuno dei delitti previsti dagli articoli 600, 600-bis, 600-ter, 600-quinquies, 600 octies, 609-bis, 609-ter, 609-quinquies, 601, 602, 609-octies e 609-undecies, commessi in danno di minorenni, ovvero per il delitto previsto dall'articolo 609-quater, il procuratore della Repubblica ne dà notizia al tribunale per i minorenni. Nei casi previsti dal primo comma l'assistenza affettiva e psicologica della persona offesa minorenni è assicurata, in ogni stato e grado di procedimento, dalla presenza dei genitori o di altre persone idonee indicate dal minorenni, nonché di gruppi, fondazioni, associazioni od organizzazioni non governative di comprovata esperienza nel settore dell'assistenza e del supporto alle vittime dei reati di cui al primo comma e iscritti in apposito elenco dei soggetti legittimati a tale scopo, con il consenso del minorenni, e ammessi dall'autorità giudiziaria che procede. In ogni caso al minorenni è assicurata l'assistenza dei servizi minorili dell'Amministrazione della giustizia e dei servizi istituiti dagli enti locali. Dei servizi indicati nel terzo comma si avvale altresì l'autorità giudiziaria in ogni stato e grado del procedimento”.

art. 609-undecies (Adescamento di minorenni) “Chiunque, allo scopo di commettere i reati di cui agli articoli 600, 600-bis, 600-ter e 600-quater, anche se relativi al materiale pornografico di cui all'articolo 600-quater.1, 600-quinquies, 609-bis, 609-quater, 609-quinquies e 609-octies, adesca un minore di anni sedici, è punito, se il fatto non costituisce più grave reato, con la reclusione da uno a tre anni. Per adescamento si intende qualsiasi atto volto a carpire la fiducia del minore attraverso artifici, lusinghe o minacce posti in essere anche mediante l'utilizzo della rete internet o di altre reti o mezzi di comunicazione”.

art. 282 bis – Allontanamento dalla casa familiare

Allegato 2

Modello segnalazione all'Autorità Giudiziaria:
lettera di trasmissione e note operative per la compilazione

	TIPO	ANNO	NUMERO
REG.	/	/	/
DEL	/	/	/

Assemblea Leg. Regione Emilia-Romagna



Prot. 0051175-20/12/2012-ALRER

Ai Sindaci dei Comuni
dell'Emilia-Romagna

Ai Presidenti delle Province
dell'Emilia-Romagna

Agli Assessori comunali
ai Servizi Sociali

Agli Assessori provinciali
ai Servizi Sociali

e p.c. Al Presidente del Tribunale per
i Minorenni di Bologna

Al PMM presso il Tribunale per i
Minorenni di Bologna

Al dott. Tiziano Carradori
Direttore generale Sanità e Politiche Sociali
Regione Emilia-Romagna

Al dott. Gino Passarini
Servizio Politiche Familiari, Infanzia
Adolescenza
Regione Emilia-Romagna

Alla dott.ssa Mila Ferri
Servizio salute mentale,
dipendenze patologiche, salute
nelle carceri
Regione Emilia-Romagna

Oggetto: modelli di prima segnalazione e di relazione di aggiornamento.

Nel corso degli incontri del tavolo di lavoro con l'autorità giudiziaria minorile e con i responsabili regionali dei servizi socio-sanitari istituito dal Garante per l'infanzia e l'adolescenza, è emersa l'opportunità di definire e proporre ai servizi sociali/sanitari del territorio un modello unitario di segnalazione contenente tutti i dati necessari alla magistratura predetta nei procedimenti di potestà o di adottabilità di sua competenza. Ciò è parso a tutti di particolare importanza per facilitare e rendere più rapide le comunicazioni reciproche, poiché evita richieste integrative e ulteriore lavoro per i servizi e per il magistrato.

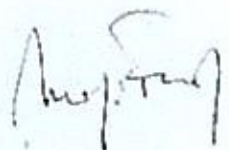
Sono stati perciò redatti e condivisi due modelli, uno di prima segnalazione e uno di relazione di aggiornamento, nonché una nota illustrativa per la loro compilazione. Si trasmettono quindi in allegato i modelli stessi e la nota illustrativa, con l'auspicio che vengano utilizzati dai servizi competenti a partire dal gennaio prossimo. Si ritiene utile prevedere un periodo di sperimentazione di sei mesi al fine di valutare l'impatto dei modelli stessi e di integrare e/o modificare la scheda anche in base alle osservazioni e proposte che i servizi vorranno cortesemente inviare.

Si richiama l'importanza dell'iniziativa, anche in vista della futura creazione di modelli che consentano la raccolta automatizzata di dati anonimi e la loro gestione a fini conoscitivi e di ricerca.

Teresa Marzocchi
Assessore Politiche sociali



Luigi Fadiga
Garante per l'Infanzia e l'adolescenza



NOTE OPERATIVE PER LA COMPILAZIONE DELLA SEGNALAZIONE/RELAZIONE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA

Destinatari: (1)

- il destinatario della prima segnalazione è sempre la Procura presso il Tribunale per i minorenni
- il destinatario di una segnalazione in presenza di provvedimenti definitivi è sempre la Procura presso il Tribunale per i minorenni
- il destinatario di aggiornamenti periodici in presenza di un fascicolo aperto è il Tribunale per i minorenni e, per conoscenza, la Procura della repubblica presso il Tribunale per i minorenni
- il destinatario di inchieste psico-sociali in caso di separazione o divorzio giudiziale è il Tribunale Ordinario
- In caso si tratti di segnalazione che comporta la presunta responsabilità penale di un adulto, occorre inviare una separata segnalazione alla Procura ordinaria, che contenga solo l'indicazione del fatto stesso, personalmente rilevato o riferito, contestualmente occorre riferire al Procuratore presso il Tribunale per i minorenni dell'avvenuta segnalazione

Oggetto (2)

Contrassegnare la tipologia di segnalazione

Per inchiesta sociale si intende un'istruttoria che approfondisce la situazione sociale e relazionale del minore, del suo nucleo e del contesto di appartenenza

Motivo della segnalazione (3)

E' necessario descrivere l'eventuale episodio acuto o le ragioni complessive che giustificano la segnalazione all'autorità giudiziaria; è indispensabile che vengano indicati i fatti con riferimenti temporali precisi, in modo oggettivo e che sia precisato se si tratti di fatti osservati e/o riferiti.

Storia e informazioni sul minore e sul nucleo familiare d'origine (4)

L'obiettivo è principalmente quello di mettere chi deve decidere (l'Autorità giudiziaria) nelle condizioni di assumere nel più breve tempo possibile la decisione più idonea per il preminente interesse del minore.

Nel corpo della relazione non usare i nomi e i cognomi di genitori o parenti (indicati nella parte anagrafica), ma il solo ruolo giuridico rispetto al minore, che rimane sempre il soggetto principale: il padre, la madre, la nonna/o/i materni, la nonna/o/i paterni, il marito o compagno della madre, la compagna o moglie del padre, gli affidatari ecc. E' importante sottolineare, infatti, che per gli operatori i protagonisti sono persone conosciute, mentre per il magistrato che legge è fondamentale individuare subito di chi si sta parlando.

L'operatore dovrà fare attenzione in questa parte della relazione a far emergere chiaramente come i genitori vivono e descrivono il loro ruolo e la situazione, oltre alle condizioni di vita oggettive e ai vissuti del bambino.

E' importante che la descrizione dei vari soggetti del nucleo e del suo funzionamento, quindi di ciò che fa riferimento agli aspetti relazionali e generazionali, nonché alla posizione in cui si trova il minore all'interno della famiglia, venga proposta in modo polifonico e cioè secondo più prospettive: quella del racconto dei diretti interessati (il padre riferisce che..., la madre racconta che...), attraverso le osservazioni degli operatori e narrando gli eventi e i fatti concreti che sono stati raccolti.

In riferimento alla storia del minore e del nucleo familiare possono, pertanto, essere presi in considerazione, in base all'età del minore ed alle caratteristiche del caso, gli elementi di seguito elencati indicando sempre le fonti delle informazioni:

- situazione familiare, socio economica, affettiva e relazionale in cui il bambino è venuto al mondo ed è cresciuto
- collocazione attuale del minore
- dati anamnestici relativi alla storia del minore, con particolare attenzione all'aspetto sanitario (indicazioni del pediatra ed eventuali disabilità, sieropositività, vaccinazioni ecc.); psicologico (eventuali ritardi e disturbi del comportamento); relazionale (aggressività, come, dove e quando, passività, reazioni eccessive, ecc.) , eventuali precedenti collocazioni eterofamiliari del minore, motivazioni ed esito (per esempio inserimento in comunità madre/bambino, affidamento a parenti, ecc)
- dati anamnestici dei genitori indicando la situazione economica, lavorativa, lo stato di salute e l'eventuale presa in carico da parte del SERT, del servizio di Salute Mentale o di altri servizi specialistici, le eventuali pendenze o condanne penali conosciute
- notizie di altri parenti potenzialmente coinvolgibili riportandone i dati immediatamente disponibili
- situazione attuale del minore sul piano sanitario, psicologico, relazionale, ambientale (evidenziando gli elementi di sofferenza e le eventuali risorse personali e di contesto), l'inserimento educativo/scolastico/formativo e la regolarità della frequenza scolastica (*allegare eventuale documentazione scolastica*); partecipazione ad attività extra scolastiche, ricreative, sportive; descrizione della relazione genitori e figli e del funzionamento familiare
- interventi già effettuati dai Servizi socio assistenziali e sanitari anche ospedalieri e loro efficacia, tempi e modalità di realizzazione e valutazione degli stessi
- altre persone, servizi o agenzie educative coinvolte (ad es. affidatari, insegnanti, operatori di servizi educativi scolastici ed extrascolastici) e loro osservazioni
- indicatori dello stato di pregiudizio in cui versa il minore (descrizione di episodi accaduti)

Interventi svolti dal Servizio Sociale e/o da altri servizi (5)

La relazione deve riportare sinteticamente gli interventi svolti dall'assistente sociale e/o da operatori di altri servizi: l'indicazione del numero complessivo dei colloqui/visite domiciliari svolte e con chi, gli strumenti, gli altri soggetti istituzionali coinvolti ecc., indicando il periodo a cui l'intervento si riferisce. E' consigliabile segnalare gli appuntamenti mancati e le relative motivazioni/giustificazioni, esplicitando se si tratta di incontri precedentemente concordati e evidenziare, in generale, il livello di collaborazione della famiglia nel progetto di intervento.

Alla relazione può essere utile allegare le relazioni redatte da altri professionisti (es: insegnanti, Servizio di salute mentale, NPIA, Ser.T, comunità di accoglienza, servizio sociale del dipartimento della giustizia minorile, ecc.)

Valutazioni conclusive e proposte (6)

Si richiama l'attenzione all'importanza di un approccio prospettico e prognostico da parte del servizio segnalante, approccio che comporta una capacità in qualche modo predittiva, che non si limita a fotografare il presente ma è in grado di prefigurare quale potrebbero essere i possibili scenari futuri per il bambino o ragazzo, alla luce degli elementi di realtà esistenti, delle risorse presenti o potenziali, dei tempi di recupero della famiglia, degli interventi fino a quel momento posti in essere.

Progetto del servizio (7)

In questa parte va riportata l'ipotesi di progetto che il servizio intende attuare

Firma della relazione (8)

La relazione deve essere firmata dagli operatori direttamente interessati e tempestivamente inviata con lettera di trasmissione sottoscritta del Dirigente Responsabile del Servizio Tutela minori sociale/sanitario competente (o suo delegato).

Modello di segnalazione all'Autorità Giudiziaria
per eventuali provvedimenti ex artt. 330-333 c.c e legge 184/83 art. 9

CARTA INTESTATA

Data

Destinatari (1)

Oggetto (dati anagrafici del minore) **(2)**

.....

- Prima segnalazione
- inchiesta sociale a domanda dell'Autorità giudiziaria (indicare estremi della richiesta)
- Richiesta di modifica del decreto in precedenza assunto dall'Autorità Giudiziaria (indicare n. decreto)

N.B. contrassegnare la tipologia della segnalazione

Servizio e operatore segnalanti

.....

Dati relativi al minore

Nome e CognomeM • F

Luogo e data di nascita

Residenza: Comune/Via

Luogo di dimora se diverso dalla residenza.....

Cittadinanza (se straniero indicare il CUI Codice Unico di Identificazione)

Tipologia di servizio educativo, scuola o formazione indicando la classe

.....

.

Eventuale occupazione lavorativa

Dati relativi ai genitori

Madre :nome e cognome, data di nascita e residenza, cittadinanza e, se straniera, indicare se in possesso del permesso di soggiorno

.....

Padre: nome e cognome,data di nascita e residenza, cittadinanza e, se straniera, indicare se in possesso del permesso di soggiorno

.....

precisare se i genitori sono coniugati, conviventi, separati e se esistono altre convivenze in atto

.....

eventuali figli oltre quello segnalato con relativa data di nascita conviventi con il nucleo o collocati in altra sistemazione (specificare)

.....

altri parenti conviventi (es.zii, nonni) o altre persone conviventi con il minore

.....

altri componenti familiari non conviventi, aventi rapporti significativi con il minore

.....

eventuali altre segnalazioni pregresse relative ai genitori e/o ai fratelli e/o fascicoli esistenti presso il Tribunale per i Minorenni ed eventuali provvedimenti penali e/o di allontanamento

.....

RELAZIONE

Motivo della segnalazione (3)

.....

.....

.....

Storia e informazioni sul minore e sul nucleo familiare di origine (4)

.....
.....
.....

Interventi svolti dal Servizio Sociale e/o da altri servizi (5)

.....
.....
.....

Valutazioni conclusive e proposte (6)

.....
.....
.....

Progetto del servizio (7)

.....
.....
.....

Firma della relazione (8)

.....
.....
.....

Modello di segnalazione all'Autorità Giudiziaria
per eventuali provvedimenti ex artt. 330-333 c.c e legge 184/83 art. 9

CARTA INTESTATA

Data

Destinatari (1)

RELAZIONE DI AGGIORNAMENTO

Oggetto (dati anagrafici del minore ed indicazione del numero del fascicolo dell'AG) (2)

.....

- Aggiornamento
- Indagine sociale richiesta dall'Autorità giudiziaria (indicare estremi della richiesta)
- richiesta di modifica del decreto in precedenza assunto dall'Autorità Giudiziaria

N.B. contrassegnare la tipologia della segnalazione

Servizio e operatore segnalanti

.....

Dati relativi al minore (evidenziare eventuali cambiamenti rispetto alle relazioni precedenti)

Nome e CognomeM • F

Luogo e data di nascita

Residenza: Comune/Via

Luogo di dimora se diverso dalla residenza.....

Cittadinanza (se straniero indicare il CUI Codice Unico di Identificazione)

Tipologia di servizio educativo, scuola o formazione indicando la classe

.....

.

Eventuale occupazione lavorativa

Dati relativi ai genitori (evidenziare eventuali cambiamenti rispetto alle relazioni precedenti)

Madre :nome e cognome, data di nascita e residenza, cittadinanza e, se straniera, indicare se in possesso del permesso di soggiorno

.....

Padre: nome e cognome,data di nascita e residenza, cittadinanza e, se straniera, indicare se in possesso del permesso di soggiorno

.....

precisare se i genitori sono coniugati, conviventi, separati e se esistono altre convivenze in atto

.....

eventuali figli oltre quello segnalato con relativa data di nascita conviventi con il nucleo o collocati in altra sistemazione (specificare)

.....

altri parenti conviventi (es.zii, nonni) o altre persone conviventi con il minore

.....

altri componenti familiari non conviventi, aventi rapporti significativi con il minore

.....

eventuali altre segnalazioni pregresse relative ai genitori e/o fascicoli esistenti presso il Tribunale per i Minorenni ed eventuali provvedimenti penali e/o di allontanamento

.....

RELAZIONE

Evoluzione della situazione e principali eventi successivi all'ultima relazione (4)

.....

.....

.....

Interventi svolti dal Servizio Sociale e/o da altri servizi successivi all'ultima relazione (5)

.....
.....
.....

Valutazioni conclusive (6)

.....
.....
.....

Progetto del servizio ed eventuali modifiche (7)

.....
.....
.....

Firma della relazione (8)

.....
.....
.....

Allegato 3

Documenti regionali, nazionali e internazionali

REGIONE EMILIA-ROMAGNA:

- Deliberazione del Consiglio della Regione Emilia Romagna 24.11.1999. n. 6024. "Linee di indirizzo in materia di abuso sessuale sui minori"
- Legge regionale 28 luglio 2008 n. 14 – "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni" – Bollettino Ufficiale n. 129 del 28 luglio 2008
- Deliberazione dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna 22.05.2008, n. 175 Piano Sociale Sanitario 2008-2010.
- Violenza e salute: il bambino al centro, pensieri ed esperienze di protezione - Quaderno n. 18 - Servizio Politiche familiari, infanzia e adolescenza, Calciolari A. e Pedrocchi Biancardi M.T. (a cura di), 2008 – in <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/guide/quaderni-del-servizio-politiche-familiari-infanzia-e-adolescenza/18.-violenza-e-salute-il-bambino-al-centro-pensieri-ed-esperienze-di-protezione>
- Deliberazione Assembleare, 18/06/2013, n. 117 Indicazioni attuative del Piano Sociale e Sanitario regionale per il biennio 2013/2014

Lettera Garante invio documentazione ai servizi.pdf

BOLOGNA

- P_INT_14_Percorso_sanitario_integrato_in_caso_di_violenza_sessuale_sospetto_abuso_sessuale_a_carico_di_minori.pdf
- All._01_P-INT_14_Segnalazione_SSO.pdf
- All._02_P-INT-14_Come_raccogliere_il_racconto_spontaneo_del_bambino.pdf
- All._03_P-INT_14_Repertazione_tracce_biologiche_e_conservazione.pdf
- All._04_P-INT-14_Segnalazione_Autorità_Giudiziaria.pdf
- All._05_P-INT-14_Segnalazione_Procura_Minorile.pdf
- All._06_P-INT_14_Mod._segnalazione_al_servizio_sociale_competente.pdf
- All._07_P-INT_14_Scheda_di_segnaazione_centro_specialistico_IL_FARO.pdf
- All._08_P-INT-14_Medici_consulenti_d'organo-apparato.pdf
- All._09_Documento_PRIS.pdf
- All._10_P-INT-14_Mappa_SS_Territorio.pdf
- edopo:
- edopo_ragazzi.pdf.
- edopo_genitori.pdf.
- edopo_operatori-Ir.pdf

FERRARA

- LINEE GUIDA INFANZIA.pdf
- Protocollo. Linee guida per la formazione
- Procedura Azienda Sanitaria.doc
- Prefettura.Protocollo.doc
- Corso Formazione accoglienza donne_e_violenza.doc
- Documenti_facsimili_allegati alle Buone pratiche.FE.doc
- BUONE PRATICHE Tutela Minori_ambitosanitario_2011.doc

MODENA

- REGIONE LINEE GUIDA.DOTTI.MO.doc
- Protocollo_interistituzionale__Modena__contrasto_maltrattamento_abuso_minori.pdf
- Protocollo_interistituzionale_-_Modena__contrasto_maltrattamento_abuso_minori.pdf
- Prov.piano strategico.doc
- Protocollo.doc
- IO27-2010 Policlinico CON ALLEGATI.doc

PARMA

- Prefettura.Protocollo.doc
- protocollo con firme Provincia Parma-1.pdf

PIACENZA

ProceduraViolenza AUSL Piacenza.doc

Scheda segnalazione buone pratiche_ EIGE Molinaroli PC.DOC

RAVENNA

DONNA.Comuni faentini.Protocollo.doc

Linee operative Area Famiglia e Minori Lugo.pdf

Protocollo.pdf

Violenza sessuale e abuso Proposta di gestione per il medico Ospedaliero_AUSL RA

REGGIO EMILIA

Comune protocollo intesa e prot operativo.doc

AUSL.pdf

RIMINI

Prov. prot. intesa.doc

confronto dati dafne primo sem 2009 prim sem 2010 primo 2-1

ALTRE PROVINCE ITALIANE:

IMPERIA Protocollo d'intesa.doc

MILANO.SBAM L.Romeo per 26 maggio.ppt

MILANO.MALTRATTAMENTO.doc

MILANO.LineeGuidasSVS

MINISTERO:

Giolito. L'abuso sessuale nei bambini prepuberi, requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata

Min.Salute. Scuola. L'abuso sessuale sui bambini

C_17_opuscoliPoster_177_foto

C_17_pubblicazioni_1522_allegato

REGIONI :

ABRUZZO.LINEE GUIDA ABRUZZO.pdf

CAMPANIA- Linee indirizzo Campania-1.pdf

MOLISE.protocollo per l'abuso sessuale e maltrattamento Molise.21.09.2009.pdf

PIEMONTE.informazioni-piemonte.pdf

SICILIA. Linee guida 2012.pdf

VENETO.LINEE_GUIDA.Abuso_Veneto-1.pdf

ISTITUZIONI , ASSOCIAZIONI , ORGANIZZAZIONI E SOCIETA' SCIENTIFICHE ITALIANE

CISMAI

ü Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia 2001 pdf

ü Requisiti minimi dei servizi che si occupano di maltrattamento e abuso 2001 pdf

ü Linee guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori 2004 pdf

ü Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri 2005 pdf

ü Documento finale CISMAI degli Stati generali sul maltrattamento in Italia 2012 pdf

ü Proposte alle forze politiche che si candidano alla guida del paese elezioni 2013 pdf

Tutti sono reperibili su www.cismai.org

SINPIA. Linee guida in tema di abuso sui minori – Revisione 2007 sul documento originario del 2002.

INTERNAZIONALI

EUROPE. Guidelines on child abuse- childoneurope-2009 -innocenti.pdf

ISPCAN 2008.pdf

Convenzione di Lanzarote.

- ü Testo italiano in
http://www.istitutodeglinnocenti.it/sites/default/files/COE_CONV_201_SFRUTTAMENTO_E_ABUSO_SESSUALE_MINORI_0.pdf
- ü Ratifica italiana: LEGGE 1 ottobre 2012, n. 172. GU n. 235/8-10-2012

LG Maltrattamento Scozia.pdf

NICE

- ü clinical guideline 89.docx
- ü linea guida abusominori.pdf
- ü Linea guida maltrattamento.pdf

SAVE THE CHILDREN ITALIA -CISMAI-CNCPO Abuso sessuale dei minori e nuovi media-spunti teorico-pratici per gli operatori 2012.pdf

www.savethechildren.it

WHO

- ü 2002 World report on violence and health
- ü 2006 Preventing Child Maltreatment 241594365_eng.pdf

Allegato 4

Griglie raccomandazioni specifiche

Raccomandazioni specifiche in caso di MALTRATTAMENTO FISICO, ABUSO SESSUALE E TRASCURATEZZA GRAVE

Fasi:

- 1 Rilevazione
- 2 Attivazione della rete dei servizi
- 3 Segnalazione all'Autorità Giudiziaria e misure di protezione
- 4 Valutazione multidisciplinare
- 5 Trattamento

I° SCENARIO:

racconto spontaneo di maltrattamento da parte del minore o di un genitore o di altri, minore o adulto, che hanno ricevuto la confidenza (racconto indiretto)

II° SCENARIO:

- riscontro / ricorrenza di lesioni fisiche sospette o compatibili con violenza o neglect (fratture sospette / lesioni cutanee / lesioni genitali-anali)
 - lesioni associate a segni/sintomi dubbi presenti o passati
 - riscontro di segni comportamentali/emotivi di disagio correlabili a situazioni violente dirette o assistite o a situazioni di incuria (es. atteggiamenti di paura, evitamento ecc..)
- è Attivazione S. Sociale o S. Sanitario è Attivazione Gruppo Multidisciplinare

PROFESSIONISTI /ALTRE FIGURE DI RIFERIMENTO DEL MINORE COINVOLTI

- Scuola/Servizi educativi infanzia: Insegnante e dirigente scolastico, incaricato Pubblico Servizio, personale/Coordinatore pedagogico dei Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-3 e 3-6 del sistema integrato regionale (scuole paritarie private o comunali)
- Sanitari del territorio: i pediatri di famiglia e di comunità, i medici di medicina generale, gli assistenti sanitari, gli psicologi e i neuropsichiatri infantili, i logopedisti e i terapeuti della riabilitazione, gli educatori professionali, i professionisti dei SERT e della Salute Mentale.
- Sanitari dell'ospedale: pediatri, medici, infermieri., ostetriche, dei Pronto Soccorso, delle Unità di degenza, dei Day-Hospital ed ambulatori
- Servizio Sociale
- Terzo settore e adulti di riferimento del minore: allenatori sportivi/educatori, Centri di aggregazione/vicinato/volontariato ecc.
- Forze dell'Ordine/Polizia Municipale

1-RILEVAZIONE

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITÀ	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
<p>A- Scuola/ Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-6 anni</p>	<ul style="list-style-type: none"> In caso di racconto chiaro (I° Scenario) o lesioni fisiche inequivocabili (II° Scenario), l'insegnante/educatore effettua denuncia alla AA.GG., firmata anche dal Dirigente/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale (vedi Fase 3 – Segnalazione all'Autorità Giudiziaria e misure di protezione) e contestuale segnalazione al S. Sociale In caso di racconto non specifico e di sole ipotesi e preoccupazioni vaghe, o riscontro/ricorrenza di lesioni fisiche o segni comportamentali di dubbia origine dei quali non viene data spiegazione plausibile dalla famiglia (II° scenario) l'insegnante non sottovaluta ma effettua una valutazione degli elementi in suo possesso (comportamento del minore, percorso scolastico, ecc.) e si confronta comunque con il Dirigente/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale. <p>In entrambi i casi :</p> <p>A.1 - l'insegnante/educatore teme di violare la privacy, di incrinare il rapporto di fiducia con il minore e la famiglia ed è preoccupato di eventuali ritorsioni</p> <p>A.1.1 – può avere difficoltà a differenziare la necessità dell'intervento in urgenza (esigenze di tutela del minore) rispetto all'intervento meno urgente e a muoversi di conseguenza.</p>	<p>A.1 – Formare il personale della scuola e creare procedure intra-scolastiche relative alla fase di rilevazione per la corretta gestione del caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> comunicazione al Dirigente Scolastico/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale - rassicurazioni giuridiche (obblighi dell'inc. pubblico servizio/rischio di ritorsioni, ecc.) e psicologiche (privacy e rapporto di fiducia) Indicazioni operative/protocolli /modulistica <p>A.1.1 – Fornire orientamenti per differenziare le situazioni urgenti dalle altre non urgenti e indicazioni sui percorsi diversi in caso di urgenza e di non urgenza</p>
	<p>A.2 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale è incerto sulla gestione del dubbio. In particolare non sa con chi confrontarsi quando il racconto è confuso, anche per sapere se il bambino è in carico, chi ha la responsabilità di segnalare ai Servizi Sociali ed ev. l'Uff. Minori della Questura, come fare la segnalazione, ecc. (vedi Fase 2 – Attivazione della rete, tramite il SS).</p> <p>A.3 - Qualora l'insegnante/Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale ritenga opportuno confrontarsi con un Sanitario che possa eventualmente visitare il bambino non sa</p> <ul style="list-style-type: none"> se è lecito formulare tale richiesta (manca un orientamento giuridico condiviso) non sa a chi rivolgersi 	<p>A.2 – A.3 – Formare il personale della scuola e creare procedure di raccordo extrascolastico con indicazioni chiare alla Scuola per il raccordo:</p> <ul style="list-style-type: none"> con il S. Sociale con S. Sanitario: se, come e a chi rivolgersi (Pediatra di Comunità/ PdF/MMG - vedi anche B.5) con l'Uff. Minori della Questura. <p>N.B. A sua volta il S. Sanitario, nelle sue varie articolazioni, deve essere in possesso di indicazioni chiare su come dare risposta alle sollecitazioni della Scuola. (vedi oltre – AF 1/B.5)</p>

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
	<p>A.4 - ha difficoltà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nella rilevazione dei segni - nelle modalità di ascolto e di raccolta del racconto del minore - nella comunicazione e coinvolgimento della famiglia, in presenza e in assenza di denuncia all'A.G. <p>A.5 – Può esserci rischio di diffusione impropria del dubbio/notizia di reato dentro e fuori la Scuola.</p>	<p>A.4/A.5 – Programmi di formazione continua integrata orientata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - al riconoscimento dei segni fisici e/o comportamentali - alle modalità di ascolto e di raccolta del racconto del minore - alla comunicazione e relazione con la famiglia in presenza e in assenza di denuncia all'Autorità Giudiziaria. - al problema della riservatezza e al segreto di ufficio

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
B – Servizio Sanitario	<ul style="list-style-type: none"> • Il Sanitario sul territorio o in ospedale che ha ricevuto un racconto chiaro (I° scenario) o che riscontra segni/ sintomi chiari (II° scenario): <ul style="list-style-type: none"> - verifica l'eventuale presenza di necessità sanitarie urgenti e le assicura - effettua denuncia alla Magistratura (vedi Fase 3 – Segnalazione all'Autorità Giudiziaria e misure di protezione). • Nel caso in cui il racconto non sia specifico ma riporti solo ipotesi o preoccupazioni vaghe o ci sia rilievo di segni non inequivocabilmente interpretabili, il Sanitario non sottovaluta e procede. 	
territoriale e ospedaliero	<p>B.1 - Cosa fare e cosa non fare in queste situazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - come raccogliere il racconto spontaneo del minore - come effettuare la valutazione clinica (tenendo presente che anche questa potrebbe avere rilevanza forense) - come ricercare altri segni di M/AF/Trascuratezza: lesioni fisiche presenti /pregresse/segni di trascuratezza grave e acquisire ulteriori informazioni sanitarie (PdF/MMG – stesso PS – altri PS Area e Regione per altri accessi problematici e rischio migrazione genitori abusanti) 	<p>B.1 – Formazione su come gestire adeguatamente questi casi</p> <ul style="list-style-type: none"> - cosa fare e cosa non fare, in queste situazioni (es. triage in Ospedale ecc.) - come raccogliere il racconto spontaneo (è raccoglie dettagliatamente, in maniera precisa e oggettiva, tutto ciò che viene riferito dall'adulto/adulti che accompagnano il bambino, e quello che racconta spontaneamente il bambino, se possibile separatamente. In particolare formulare domande appropriate e non suggestive, per finalità protettive (prima valutazione sul livello di rischio) e avendo presente che potrebbe avere rilevanza forense; - come effettuare la valutazione clinica (è descrive dettagliatamente, in maniera precisa e oggettiva tutto ciò che riscontra) con indicazioni operative /protocolli - come acquisire ulteriori informazioni sanitarie: collegamento con PdF <p>Coordinamento in rete/collegamento informatico PS Area Vasta/RER per precedenti accessi problematici e migrazione genitori abusanti ecc.</p>

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
	<p>B.2 - Scarsa integrazione tra Servizi Sanitari dell'ospedale e del territorio e tra questi e il Servizio Sociale.</p> <p>- Se segnalare ai Servizi Sociali, ed ev. all'Uff. Minori della Questura, il caso e come attivare la rete (vedi Fase 2 - Attivazione della rete dei servizi)</p>	<p>B.2- Definire procedure per il raccordo tra servizi (comunicazione sospetto, confronto sui segni) per adulti e minori, tra ospedale e territorio</p> <p>- segnalare tempestivamente ai S. Sociali, ed ev. l'Uff. Minori della Questura, per attivare la rete (chi, cosa, come, quando – vedi Fase 2 - Attivazione della rete dei servizi)</p> <p>-- programmi di formazione continua integrata</p>
	<p>B.3 - A chi e come eventualmente rivolgersi per un confronto /approfondimento diagnostico (consulenza/II° livello)</p>	<p>B.3 – Formalizzare/creare un II° livello, colleghi esperti per consulenza/ospedale/centro specialistico a livello aziendale/provinciale</p> <p>- Quaderni di supporto al professionista (es. Fratture e Abuso. Raccomandazioni per il percorso diagnostico)</p>
	<p>B.4 - Come rispondere alle richieste di consulenza sanitaria della Scuola, per mancanza di indicazioni precise o di orientamenti non chiari</p>	<p>B.4 – dotarsi di indicazioni su come dare risposta alle richieste della Scuola, alla luce di chiarimenti giuridici condivisi</p>
	<p>B.5 - Come gestire i rapporti con la famiglia nei casi di rivelazione diretta del minore</p>	<p>B.5 – Implementare le competenze e dare indicazioni per la gestione del rapporto con la famiglia e il genitore abusante o sospetto abusante, in questa particolare condizione in cui salta la tradizionale alleanza sanitario/famiglia o almeno un genitore (protocolli condivisi)</p>

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
C- Servizio Sociale	<p>Il Servizio Sociale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in caso di racconto spontaneo specifico (1° scenario) denuncia all'Autorità Giudiziaria (vedi Fase 3) • nel caso che il racconto non sia specifico e ci siano solo ipotesi e preoccupazioni vaghe (II° scenario) ritiene opportuno approfondire gli aspetti sanitari attivando il Servizio Sanitario e l'equipe multidisciplinare (vedi anche DGR 1904/2011) ma può avere: 	
	<p>C.1 – problemi di collegamento con il S. Sanitario (ospedale/consulenti sanitari esperti/equipe multidisciplinare/centro specialistico)</p> <p>- l'isolamento nella fase di gestione del dubbio.</p>	<p>C.1 – Procedure o indicazioni dettagliate per il S. Sociale per collegamento con S. Sanitario (ospedale/consulenti sanitari esperti/equipe multidisciplinare/centro specialistico): chi contattare e come farlo su apposita modulistica.</p>
	<p>C.2 - limitate conoscenze sul fenomeno e sulle funzioni per dispersione competenze, elevato turnover, ecc.</p> <p>- il riconoscimento dei segni di trascuratezza</p>	<p>C.2 – programmi di formazione, di base e specialistica nel settore, volti ad aumentare le conoscenze e il raccordo tra servizi (formazione periodica ed integrata)</p>
D- Terzo Settore e adulti riferimento del minore	<p>D.1 – Possono non sapere come gestire quanto ricevuto, a chi riportare il racconto spontaneo e con chi confrontarsi</p> <p>- scarsa conoscenza dei segni, possibile sottovalutazione dei segni</p>	<p>D.1 - programmi di formazione/informazione e sensibilizzazione /promozione dei servizi sul problema rivolti al Terzo Settore volti ad aumentare le conoscenze e a favorire il raccordo con i servizi sociali.</p>
	<p>D.2 – Si orientano per una segnalazione al S. Sociale o alle FO ma può esserci insufficiente conoscenza / fiducia nei Servizi Sociali e FO (nuclei minori)</p>	<p>D.2 - protocolli di intesa che prevedano il collegamento fra Centri del terzo settore, FO e rete dei servizi</p>
E- Forze Ordine /Polizia Mun.	<p>E.1 – difficoltà ad integrarsi con i nodi della rete dei servizi H24, ove esistente</p> <p>E.2 – Possibile sottovalutazione dei problemi</p>	<p>E.1 – protocolli di intesa che prevedano il collegamento fra FO e rete dei servizi H24</p> <p>E.2 - programmi di formazione/aggiornamento specifico su problematiche abuso, congiunti con i servizi sociosanitari</p>

2- ATTIVAZIONE DELLA RETE

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
Scuola/ Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-6 anni	A.1 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale può ritardare l'attivazione della rete dei servizi perché non è consapevole dell'importanza della tempestività dell'intervento dei S. Sociale ed ev. l'Uff. Minori della Questura, in tutti i casi dubbi in cui l'acquisizione di informazioni sul minore e sul suo nucleo familiare può essere utile al fine di permettere un migliore inquadramento del caso (valutazione delle condizioni di pregiudizio) - può non sapere chi e come contattare	A.1 – Creare procedure intra-scolastiche relative alla fase di attivazione della rete tramite il S. Sociale ed ev. l'Uff. Minori della Questura, che evidenzia l'importanza dell'attivazione tempestiva della rete nell'interesse del minore (valutazione delle condizioni di pregiudizio) - Attivare programmi di informazione /sensibilizzazione al personale della Scuola su chi e come contattare (ev. modulistica predefinita) - monitoraggio e verifica periodica
	A.2 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale teme di violare la "privacy" e di incrinare il rapporto di fiducia con il minore e la famiglia ed è preoccupato di eventuali ritorsioni.	A.2 – Fornire rassicurazioni giuridiche (obblighi dell'inc. Pubblico Servizio/rischio di ritorsioni, ecc.) e psicologiche (privacy e rapporto di fiducia) - Indicazioni operative/protocolli (vedi Fase 1 - Rilevazione: A1)
	A.3 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale può avere scarsa conoscenza e/o fiducia nei Servizi Sociali	A.3 – Attivare programmi periodici di formazione integrata (formazione continua), per instaurare anche un clima di fiducia tra i servizi

B- Servizio Sanitario territoriale e ospedaliero	Il Personale Sanitario deve attivare tempestivamente la rete dei servizi tramite il SS ed ev. l'Uff. Minori della Questura, per acquisire le informazioni sul minore e sul nucleo (diagnosi sociale) onde meglio inquadrare la situazione e per valutare la condizione di pregiudizio e l'eventuale tutela del minore , ma:	
	B.1 - non sempre è consapevole dell'importanza e dell'urgenza di questo dovere	B.1 – Attivare programmi di formazione /sensibilizzazione sull'importanza dell'attivazione tempestiva della rete per la valutazione delle condizioni di pregiudizio del minore
	B.2 – può avere scarsa conoscenza delle modalità di attivazione della rete	B.2 – Definire modalità chiare di collegamento fra S. Sanitario e S. Sociale su chi e come contattare (eventuale modulistica predefinita)
	B.3 – può avere difficoltà ad attivare la rete al di fuori degli orari di servizio dei SS	B.3 – Garantire possibilmente l'attivazione della rete dei servizi H24 a livello provinciale o Area Vasta, almeno per l'accoglienza
	B.4 - può esserci scarsa chiarezza nelle proprie competenze, scarso rispetto delle altrui competenze, scarsa condivisione delle responsabilità	B.4 – Dotarsi di indicazioni chiare su ruoli, competenze e responsabilità necessarie per un efficiente funzionamento della rete

PROFESSIONISTI / altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
C- Servizio Sociale	C.1 – Può avere difficoltà di connessione con gli altri nodi della rete (Magistratura – FF.OO. – S. Sanitario)	C.1 – Dotarsi di indicazioni chiare per la connessione con gli altri nodi della rete (Magistratura – FF.OO. – S. Sanitario) - utili protocolli: chi e come contattare ed ev. modulistica predefinita - mantenere in evidenza sempre la mappatura della rete (chi e come)
	C.2 – può non essere disponibile H24	C.2 – Assicurare la copertura H24 a livello provinciale o area vasta, almeno per l'accoglienza
	C.3 – possono esserci problemi di efficienza del servizio per carenze organizzative o di coordinamento del servizio	C.3 – Prevedere la funzione di coordinamento del servizio
	C.4 – possono esserci difficoltà nell'attivare i percorsi di protezione e su come effettuare la messa in sicurezza del minore	C.4 – Individuare e garantire le modalità di attivazione dei percorsi di protezione e messa in sicurezza del minore, comprese ev. convenzioni con comunità di accoglienza anche in emergenza
D- Terzo Settore e adulti di riferimento del minore	D.1 – Il personale del Terzo Settore ecc. può non avere chiara l'importanza di attivare il S. Sociali (la rete dei servizi) nell'interesse del minore, per la valutazione delle condizioni di pregiudizio ed eventualmente proteggerlo.	D.1-2-3 - Attivare programmi di informazione/sensibilizzazione: - sulle responsabilità etiche e giuridiche, - sul rapporto confidenziale- privacy, - su come collegarsi con il S. Sociale in funzione di protezione del minore, per istaurare anche un clima di fiducia tra i servizi
	D.2 – problemi privacy/rapporto di fiducia	
	D.3 - ha carente conoscenza e/o fiducia nei S. Sociali	
E- Forze dell'Ordine/ Polizia Municipale	E- Possono esserci difficoltà di integrazione con i nodi della rete dei servizi sociali e/o servizi sanitari H24	E – Attivare protocolli di intesa che prevedano il collegamento fra FO e rete dei servizi H24, anche per i percorsi di protezione del minore a livello Provinciale o di Area Vasta

3-SEGNALAZIONE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA E MISURE DI PROTEZIONE

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
A- Scuola/ Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-6 anni	L'insegnante/educatore comunica di avere ricevuto il racconto/di avere rilevato segni sospetti di maltrattamento o abuso sessuale o trascuratezza al Dirigente scolastico ed è a conoscenza dei percorsi differenziati in caso di urgenza e di non urgenza.	
	A.1 – Il dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale decide di effettuare denuncia all'AG ma non sa: - se, quando, come e a chi segnalare in caso di urgenza e di non urgenza, - se e come attivare contestualmente i S. Sociali	A.1 – Dotarsi di indicazioni su - come effettuare la denuncia all'AG in caso di urgenza e di non urgenza (ev. protocollo condiviso Magistratura/Scuola: a chi e come, ev. modulistica predefinita) - come attivare sempre contestualmente i S. Sociali (vedi Fase 2 Attivazione della rete) in funzione di protezione del minore
	A.2 – Il dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale decide di non effettuare la denuncia. L'insegnante non sa: - se deve procedere autonomamente con la denuncia all'AG - a chi farla e come, e con chi confrontarsi.	A.2 – Attivare programmi di aggiornamento periodico (formazione continua) di tipo giuridico sulle responsabilità personali dell'incaricato di Pubblico Servizio
	A.3 – Il personale scolastico/dei servizi educativi può avere dubbi se e come informare la famiglia in caso di denuncia alla AG	A.3 – Attivare programmi di formazione/aggiornamento periodico, auspicabilmente condivisi con la Magistratura, sulle modalità di informazione alla famiglia in caso di denuncia alla Magistratura

B- Servizio Sanitario territoriale e ospedaliero	Il Sanitario riceve il racconto e/o rileva segni o sintomi ma può trovarsi in difficoltà stante:	
	B.1 - la scarsa conoscenza delle modalità e procedure di segnalazione all'AG in caso di urgenza e di non urgenza	B.1 – Fornire indicazioni al sanitario su come effettuare la denuncia all'AG (ev. protocollo condiviso Magistratura/S. Sanitari: a chi e come – ev. modulistica predefinita) in caso di urgenza e di non urgenza
	B.2 - l'insufficiente competenza relativa alla valutazione clinica in caso di racconto confuso o di rilievo di segni non inequivocabili (solitudine dell'operatore)	B.2 – Assicurare al sanitario la possibilità di ricorrere tempestivamente ad una consulenza sanitaria formalizzata di II° livello o equipe multidisciplinare (ospedale, centro specialistico, in Area Vasta o Regione o anche extra RER), per un confronto (superamento della solitudine dell'operatore - condivisione delle responsabilità)
	B.3 – <ul style="list-style-type: none"> - la preoccupazione dei rapporti con la famiglia - l'apprensione per i rapporti con l'AA.GG. - il rischio di dovere affrontare eventuali ritorsioni anche legali da parte della famiglia 	B.3 – Attivare programmi di aggiornamento periodico integrato (formazione continua) di tipo giuridico e deontologico <ul style="list-style-type: none"> - Individuazione del consulente giuridico per l'appropriatezza della segnalazione

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
C- Servizio Sociale	C.1 – In caso di racconto o segnalazione poco circostanziata o fortemente dubbia, il S. Sociale è incerto sull'opportunità o meno di effettuare denuncia all'AA.GG.	C.1 – Fornire indicazioni chiare per il collegamento tempestivo fra S. Sociali e Gruppo multidisciplinare (chi e come contattare, sulla condivisione di responsabilità in tema di denuncia all'AA.GG.
	C.2 – In caso di denuncia all'AA.GG. si pone il problema di semplificare al massimo la procedura: può essere utilizzata la doppia segnalazione (Procura Minorile e Procura presso il Tribunale Ordinario) su unico modulo con doppio indirizzo, inviata ad entrambi i Procuratori o più opportuna segnalazione separata? (N.d.R.: sembra ci siano orientamenti difformi nelle diverse sedi)	C.2/C.3/C.4 – Elaborare protocolli d'intesa fra le Procure presso TO e presso TpM e fra Procure e S. Sociali e Sanitari che facilitino un percorso condiviso a tutela dei diritti del minore, compreso il chiarimento sulla modalità di segnalazione separata, in maniera dettagliata alla Procura Minorile e in modo succinto alla Procura presso il TO
	C.3 – Scarso coordinamento tra le Procure. Il raccordo fra Procura presso il Tribunale Ordinario e Procura minorile, sarebbe importante nella comunicazione /conoscenza vicendevole delle azioni intraprese e da intraprendere, e nei loro tempi, nella superiore considerazione e preoccupazione per l'interesse del minore.	
	C.4 - Scarso raccordo tra S. Sociale e Procure. La Magistratura, una volta attivata, non consente di procedere ad ulteriori interventi da parte dei servizi, se non sulla base di disposizioni da lei emanate (necessità della segretezza dell'intervento per la ricerca e acquisizione delle prove, ecc.). I S. Sociali hanno, d'altro canto, il problema di intervenire, talora con immediatezza, nell'interesse del minore, in funzione di assistenza, cura e sorveglianza del minore (valutazione diagnostica, percorso e tutela dello stesso).	
	C.5 – Scarso raccordo fra Magistratura da un lato e S. Sociali e Sanitari dall'altro per consulenze e per la tutela endoprocessuale del minore. - Scarso propositività del SS nel garantire l'accompagnamento /assistenza del minore nel procedimento giudiziari	C.5 – Elaborare protocolli d'intesa fra Procure e S. Sociali e Sanitari orientati a favorire le consulenze e la tutela endo ed extra processuali del minore - Fornire indicazioni al S. Sociale affinché si proponga attivamente per accompagnamento /assistenza del minore nel procedimento giudiziario.

PROFESSIONI STI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
D- Terzo Settore	Il personale del Terzo settore riceve racconti o segnalazioni ma non sa se deve o meno segnalare il caso, come farlo e a chi.	Attivare programmi di sensibilizzazione /informazione con personale del Terzo settore.
E- Forze dell'Ordine /Polizia Municipale	Le Forze dell'Ordine segnalano direttamente alla Magistratura.	

4-VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE (VM)

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
<p>Gruppo multidisciplinare minimo sul caso</p> <ul style="list-style-type: none"> - pediatra - assistenti sociali - psicologi/ NPIA - cons. giuridico <p>eventualmente ampliabile secondo necessità con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medico legale specialisti organo e apparato, psichiatri adulto, SerT ecc.. <p>Coordinamento del Gruppo</p>	<p>L'attivazione del S. Sociale o del S. Sanitario (richiesta di consulenza per valutazione clinica) in seguito a racconto di maltrattamento fisico o abuso sessuale o trascuratezza (I° scenario) o di riscontro ecc. di lesioni/comportamenti che hanno fatto sorgere il sospetto di abuso fisico o sessuale o trascuratezza (II° scenario) impongono di effettuare una valutazione integrata sociale e sanitaria che richiede competenze specialistiche diverse specificamente formate e capacità/attitudine a lavorare in modo integrato sul caso (Gruppo multidisciplinare) in modo da effettuare una presa in carico globale del caso.</p> <p>Ma:</p>	
	<p>VM.1 - le competenze specialistiche specificamente formate con capacità di lavorare in modo integrato (gruppo multidisciplinare) attivabili tempestivamente, possono non essere presenti in maniera uniforme e diffusa</p>	<p>VM.1 – Individuare e formare a livello locale le competenze necessarie a costruire una equipe multidisciplinare minima (pediatra – assistente sociale – psicologo/NPIA – cons. giuridico) cui fare riferimento e suoi requisiti (come previsto dalla L.R. n. 14/2008):</p> <ul style="list-style-type: none"> - competenze professionali specificamente formate - metodologicamente orientata al confronto interdisciplinare e al lavoro integrato e non alla semplice consulenza specialistica (integrazione inter-istituzionale e integrazione nell'intervento sul caso) - tempestivamente attivabile a liv. aziendale / provinciale/Area Vasta
	<p>VM 2 – Gli specialisti possono avere necessità di confrontarsi con esperti maggiormente competenti, ma non sanno a chi rivolgersi.</p> <p>- La maggior parte degli abusi sessuali in età prepubere non presenta segni fisici che ne confermino l'esistenza</p>	<p>VM 2 - Indicazioni per eventuali. consulenze di II° livello in regione o area vasta o extra-regionali formalizzate, nei diversi settori, in caso di necessità.</p> <p>- Prevedere nel caso di sospetto di abuso sessuale, anche in assenza di segni fisici suggestivi o specifici, che sia effettuata una valutazione da parte di psicologi con competenze specifiche.</p>
<p>VM 3 - il Gruppo multidisciplinare può avere difficoltà ad attivarsi tempestivamente, e successivamente a riunirsi, confrontarsi, discutere, e attivare i rapporti interistituzionali per insufficiente definizione di ruoli e funzioni al suo interno.</p>	<p>VM 3 – Definire la funzione di Coordinamento del Gruppo multidisciplinare, sia per la sua attivazione tempestiva, sia per l'efficienza delle sue azioni successive sia per i rapporti interistituzionali.</p> <p>E' predefinito sul singolo caso.</p>	

	<p>Il Gruppo multidisciplinare può avere problemi ad effettuare una presa in carico globale del caso, per difficoltà a:</p>	<p>Ricerca specificazioni relative al Gruppo multidisciplinare che rassicuri sulla sua capacità di effettuare una presa in carico globale del caso in modo da:</p>
	<p>VM 4 – valutare rapidamente la condizione di rischio del minore e le risorse esistenti a livello familiare necessarie onde attivare interventi tempestivi ed efficaci di tutela del minore anche nel percorso giudiziario</p>	<p>VM4 - Garantire interventi tempestivi ed efficaci di tutela del minore e di valutazione del trauma subito (competenze adeguate e Coordinamento efficace - vedi VM1/2/3) anche nel percorso giudiziario</p>
	<p>VM 5 – valutare i margini di recupero (resilienza) del contesto familiare in funzione dell'eventuale rientro successivo del minore se collocato altrove, e anche del trattamento che dovrà essere impostato sul minore e sul nucleo familiare</p>	<p>VM 5 – Valutare le possibilità e capacità di recupero del suo nucleo familiare e la validità della rete parentale, anche in vista dell'eventuale rientro successivo del minore in famiglia se collocato altrove, e del trattamento che dovrà essere impostato sul minore e sul nucleo familiare</p>
	<p>VM 6 – garantire le risorse e la formazione specialistica del personale</p>	<p>VM 6 – Verificare che siano assicurate le risorse adeguate e la formazione specialistica del personale delle equipe</p>

5- TRATTAMENTO

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
<p>Gruppo multidisciplinare</p> <ul style="list-style-type: none"> - psicologi - NPIA - pediatra - assistenti sociali - educatori <p>(+ eventuali altri Specialisti correlati: psichiatri dell'adulto, SerT, medico legale, consulente giuridico, ecc.)</p>	<p>T.1 - Può esserci difficoltà a definire</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'adeguata collocazione intra o extra familiare in sicurezza del minore - la presa in carico e il piano di trattamento dello stesso (riduzione del danno) e del nucleo familiare - ad assicurarne la tempestività e la continuità nel tempo 	<p>T.1. Determinare un percorso per definire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la collocazione in sicurezza (intra o extra familiare) del minore, - la presa in carico (valutazione del trauma e sostegno nel percorso giudiziario) e il piano di trattamento dello stesso e del suo nucleo familiare - quando è possibile, la tempestività e la continuità nel tempo
	<p>T.2 - Scarse competenze specialistiche nel trattamento delle problematiche del minore vittima di trauma e della famiglia</p>	<p>T.2 – Le competenze messe in campo devono essere specificamente formate nel trattamento del minore vittima di trauma delle problematiche familiari con esperienza sul campo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - o almeno assicurare un'organizzazione e un percorso che garantiscano la formazione di una adeguata esperienza nel tempo - definire un eventuale percorso per il coinvolgimento (consulenza, supervisione, invio) di esperti qualificati (II° livello)
	<p>T.3 - Difficoltà ad integrare il percorso del minore e quello del nucleo familiare</p>	<p>T.3 - Il personale deve essere coordinato all'interno di un progetto di trattamento unitario che comprenda il minore e il suo nucleo familiare, anche se gestito da equipe diverse, con l'obiettivo di recuperare quanto più è possibile del suo nucleo affettivo</p>
	<p>T.4 - Scarsa attitudine al lavoro integrato (autoreferenzialità dei servizi)</p>	<p>T.4 - Le due equipe devono periodicamente confrontarsi al loro interno e fra di loro per un bilancio dei risultati raggiunti e per mettere a fuoco il tratto di percorso successivo.</p> <p>Il confronto va esteso anche al personale che ha avuto e che continua ad avere rapporti con il minore (Scuola, Sanitari)</p>
	<p>T.5 – Scarsità di risorse dedicate</p>	<p>T.5 –Prevedere risorse adeguate nei programmi sociali e sanitari, per poter attuare percorsi di appropriatezza clinica e organizzativa.</p>

Raccomandazioni specifiche in caso di Münchausen per procura

Fasi:

- 1) Rilevazione
- 2) Attivazione della rete dei servizi
- 3) Segnalazione all'Autorità Giudiziaria e misure di protezione
- 4) Valutazione multidisciplinare
- 5) Trattamento.

PROFESSIONISTI COINVOLTI

- Scuola/Servizi educativi infanzia: insegnante e Dirigente scolastico; personale/coordinatore pedagogico dei servizi educativi rivolti all'infanzia 0-3 e 3-6 anni del sistema integrato regionale (scuole paritarie private o comunali) incaricato Pubblico Servizio
- Sanitari del territorio: i pediatri di famiglia e di Comunità, i medici di medicina generale, gli assistenti sanitari, gli psicologi e i neuropsichiatri infantili, i logopedisti e i terapisti della riabilitazione, gli educatori professionali, i professionisti dei SERT e della Salute Mentale.
- Sanitari dell'ospedale: pediatri, medici, infermieri, ostetriche, dei Pronto Soccorso, delle Unità di degenza, dei Day-Hospital ed ambulatori
- Servizio Sociale

1- RILEVAZIONE

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
<p>A- Scuola/ Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-6 anni</p>	<p>n Il bambino è spesso ammalato, fa assenze frequenti da scuola per problemi di salute</p> <p>n Viene sottoposto a frequenti visite ed accertamenti cambiando spesso i riferimenti sanitari, per ansia o per paura di malattie che il bambino non ha</p> <p>n Tali visite sono tanto frequenti da limitare la vita di relazione e il rendimento scolastico</p> <p>n Assume molti farmaci spesso impropriamente (per autoprescrizione o in quantità dannose) o altre sostanze chimiche.</p> <p>n I genitori e il bambino riferiscono sintomi fisici che non si presentano a scuola, e malesseri non corrispondenti alle condizioni fisiche generali</p>	
	<p>A.1 –l'insegnante/educatore, di fronte ad un bambino e ad una famiglia con le caratteristiche sopra descritte non sa se si trova di fronte ad un bambino con problemi reali di salute o no</p>	<p>A.1 – Formare il personale della scuola e creare procedure intra-scolastiche relative alla fase di rilevazione per la corretta gestione del caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - comunicazione al Dirigente Scolastico/Coordinatore pedagogico - rassicurazioni giuridiche (obblighi dell'inc. Pubblico Servizio/rischio di ritorsioni, ecc.) e psicologiche (privacy e rapporto di fiducia) - Indicazioni operative/protocolli /modulistica
	<p>A.2 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico è incerto sulla gestione del dubbio. In particolare non sa con chi confrontarsi anche per le informazioni di tipo sanitario, se e quando segnalare ai S. Sociali o Sanitari (pediatria di comunità) come fare la segnalazione, ecc. (vedi Fase.2 – Attivazione della rete, tramite il S. Sociale).</p>	<p>A.2 – A.3 – Formare il personale della scuola e creare procedure di raccordo extrascolastico con indicazioni chiare alla Scuola per il raccordo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con il S. Sociale - con S. Sanitario: se, come e a chi rivolgersi (Pediatria di Comunità/ Pdf /MMG - vedi anche B.5) <p>N.B. A sua volta il S. Sanitario, nelle sue varie articolazioni, deve essere in possesso di indicazioni chiare su come dare risposta alle sollecitazioni della Scuola. (vedi oltre – A.1/B.5)</p>
	<p>A.3 - Qualora l'insegnante/Dirigente scolastico/ Coordinatore pedagogico ritenga opportuno confrontarsi con un Sanitario che possa eventualmente visitare il bambino non sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> – se è lecito formulare tale richiesta (manca un orientamento giuridico condiviso) - a chi rivolgersi 	
	<p>A.4 - il riconoscimento dei segni</p> <p>- di comunicazione e coinvolgimento della famiglia</p>	<p>A.4/A.5 – Programmi di formazione continua integrata orientata</p>
<p>A.5 – Può esserci rischio di diffusione impropria del dubbio/notizia di reato dentro e fuori la Scuola.</p>		

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
B – Servizio Sanitario	<ul style="list-style-type: none"> • Viene sottoposto a frequenti visite ed accertamenti cambiando spesso i riferimenti sanitari, per ansia o per paura di malattie che il bambino non ha • Tali visite sono tanto frequenti da limitare la vita di relazione e il rendimento scolastico • Assume molti farmaci spesso impropriamente (per autoprescrizione o in quantità dannose) o altre sostanze chimiche. • I genitori e il bambino riferiscono sintomi fisici che non vengono rilevati nemmeno durante gli eventuali ricoveri, e malesseri non corrispondenti alle condizioni fisiche generali 	
territoriale e ospedaliero	<p>B.1 - Cosa fare e cosa non fare in queste situazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - come effettuare la valutazione clinica alla ricerca di eventuali segni - sintomi correlabili all'uso di sostanze chimiche, o la discrepanza tra quanto riferito nell'anamnesi e il reale stato di salute - come ricercare altri segni di M/AF o sessuale : lesioni fisiche presenti /pregresse / • come acquisire ulteriori informazioni sanitarie • quando decidere di interrompere l'esecuzione di accertamenti, consulenze o altre iniziative volte ad escludere qualsiasi patologia prima di porre diagnosi di Munchausen(anche di fronte ad evidenze diagnostiche che depongono per tale sindrome spesso i medici non riescono ad interrompere iter diagnostici inutili che mantengono attiva la collusione con i genitori.) 	<p>B.1 – Formazione su come gestire adeguatamente questi casi</p> <ul style="list-style-type: none"> - come raccogliere l'anamnesi, che preveda la valutazione accurata dei vari accertamenti eseguiti, delle terapie effettuate, della loro opportunità e che ponga attenzione alla "migrazione sanitaria" - come effettuare l'E.O., descrivendo dettagliatamente, in maniera precisa e oggettiva tutto ciò che riscontra - come acquisire ulteriori informazioni sanitarie: collegamento con PdF/MMG – stesso PS – altri PS Area e Regione per altri accessi problematici e rischio migrazione genitori abusanti <p>Coordinamento in rete/ collegamento informatico PS Area Vasta/RER per precedenti accessi problematici e migrazione genitori abusanti ecc.</p> <p>Confronto con colleghi esperti</p>

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
	<p>B.2 - scarsa integrazione tra S. Sanitari dell'ospedale e del Territorio e i S. Sanitari dell'adulto (MMG, dipartimento salute mentale) e tra questi e il Servizio Sociale.</p> <p>- se segnalare ai S. Sociali, ed ev. all'Uff. Minori della Questura, il caso e come attivare la rete (vedi Fase 2)</p>	<p>B.2- Definire procedure per il raccordo tra servizi (comunicazione sospetto, confronto sui segni) per adulti e minori, tra ospedale e territorio.</p> <p>- segnalare tempestivamente ai S. Sociali, ed ev. l'Uff. Minori della Questura, per attivare la rete (chi, cosa, come, quando – vedi AF 2 - Attivazione della rete)</p> <p>-- programmi di formazione continua integrata</p>
	<p>B.3 - a chi e come eventualmente rivolgersi per un confronto /approfondimento diagnostico (consulenza/II° livello)</p>	<p>B.3 – Formalizzare/creare un II° livello, colleghi esperti per consulenza/ospedale/centro specialistico a livello aziendale/provinciale</p>
	<p>B.4 - come rispondere alle richieste di consulenza sanitaria della Scuola, per mancanza di indicazioni precise o di orientamenti non chiari</p>	<p>B.4 – indicazioni al S. Sanitario su come dare risposta alle richieste della Scuola, alla luce di chiarimenti giuridici condivisi</p>
	<p>B.5 - come gestire i rapporti con la famiglia</p>	<p>B.5 – Implementare le competenze e dare indicazioni per la gestione del rapporto con la famiglia e il genitore abusante o sospetto abusante, in questa particolare condizione in cui salta la tradizionale alleanza Sanitario/famiglia o almeno un genitore (protocolli condivisi)</p>

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
C- Servizio Sociale	Il Servizio Sociale ritiene opportuno approfondire gli aspetti sanitari attivando il Servizio. Sanitario e l'equipe multiprofessionale (vedi anche DGR 1904/2011) ma può avere:	
	C.1 – problemi di collegamento con il S. Sanitario (Ospedale /Consulenti sanitari esperti / equipe multiprofessionale/centro specialistico) - l'isolamento nella fase di gestione del dubbio.	C.1 – Procedure o indicazioni dettagliate per collegamento con S. Sanitario (ospedale/consulenti sanitari esperti/equipe multiprofessionale/centro specialistico): chi contattare e come farlo su apposita modulistica.
	C.2 - limitate conoscenze sul fenomeno e sulle funzioni per dispersione competenze, elevato turnover, ecc.	C.2 – programmi di formazione, di base e specialistica nel settore, volti ad aumentare le conoscenze e il raccordo tra servizi (formazione periodica ed integrata)

2-ATTIVAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
A- Scuola/ Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-6 anni	A.1 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico può ritardare l'attivazione della rete dei servizi perché non è consapevole dell'importanza della tempestività dell'intervento dei SS ed ev. l'Uff. Minori della Questura, in tutti i casi dubbi in cui l'acquisizione di informazioni sul minore e sul suo nucleo familiare può essere utile al fine di permettere un migliore inquadramento del caso (valutazione delle condizioni di pregiudizio) - può non sapere chi e come contattare	A.1 – Creare procedure intra-scolastiche relative alla fase di attivazione della rete tramite il SS ed ev. l'Uff. Minori della Questura, che evidenzino l'importanza dell'attivazione tempestiva della rete nell'interesse del minore (valutazione delle condizioni di pregiudizio) - Attivare programmi di informazione /sensibilizzazione al personale della Scuola su chi e come contattare (ev. modulistica predefinita) - monitoraggio e verifica periodica
	A.2 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico teme di violare la "privacy" e di incrinare il rapporto di fiducia con il minore e la famiglia ed è preoccupato di eventuali ritorsioni.	A.2 – Fornire rassicurazioni giuridiche (obblighi dell'inc. Pubblico Servizio/rischio di ritorsioni, ecc.) e psicologiche (privacy e rapporto di fiducia) - Indicazioni Operative / Protocolli (Vedi anche AF 1/ Rilevazione: A1)
	A.3 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico può avere scarsa conoscenza e/o fiducia nei Servizi Sociali o Sanitari	A.3 – Attivare programmi periodici di formazione integrata (formazione continua), per instaurare anche un clima di fiducia tra i servizi

B- SERVIZIO SANITARIO territorio e ospedale	Il Personale Sanitario deve attivare tempestivamente la rete dei servizi tramite il SS ed ev. l'Uff. Minori della Questura, per acquisire le informazioni sul minore e sul nucleo (diagnosi sociale) onde meglio inquadrare la situazione e per valutare la condizione di pregiudizio e l'eventuale tutela del minore , ma:	
	B.1 L'attivazione della rete da parte del Sanitario è successiva alla formulazione di una ipotesi diagnostica sufficientemente fondata	B.1 Attivare programmi di formazione sui segni e sintomi del Münchhausen
	B.2 - non sempre è consapevole dell'importanza della attivazione della rete	B.2 – Attivare programmi di formazione /sensibilizzazione sull'importanza dell'attivazione tempestiva della rete per la valutazione delle condizioni di pregiudizio del minore
	B.3 – può avere scarsa conoscenza delle modalità di attivazione della rete	B.3 – Definire modalità chiare di collegamento fra S. Sanitario e S. Sociale su chi e come contattare (ev. modulistica predefinita)

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
C- Servizio Sociale	C.1 – Può avere difficoltà di connessione con gli altri nodi della rete, soprattutto con il S. Sanitario	C.1 – Fornire indicazioni chiare per la connessione con gli altri nodi della rete (Magistratura – S. Sanitario) - utili protocolli: chi e come contattare ed ev. modulistica predefinita - mantenere in evidenza sempre la mappatura della rete (chi e come)
	C.2 – Possono esserci problemi di efficienza del servizio per carenze organizzative o di coordinamento del servizio	C.2 – Prevedere la funzione di coordinamento del servizio
	C.3 – Possono esserci difficoltà nell'attivare i percorsi di protezione e su come effettuare la messa in sicurezza del minore	C.3 – Individuare e garantire le modalità di attivazione dei percorsi di protezione e messa in sicurezza del minore, comprese ev. convenzioni con comunità di accoglienza anche in emergenza

3-SEGNALAZIONE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA E MISURE DI PROTEZIONE		
PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
B- Servizio Sanitario territoriale e ospedaliero	Il Sanitario rileva segni o sintomi ma può trovarsi in difficoltà stante:	
	B.1 - la scarsa conoscenza delle modalità e procedure di segnalazione all'AA.GG. in caso di urgenza e di non urgenza - Il dubbio se segnalare i casi di Münchausen solo alla Procura Minori o ad entrambe le Procure	B.1 – Fornire indicazioni al Sanitario su come effettuare la denuncia all'AA.GG. (ev. protocollo condiviso Magistratura /S. Sanitari: a chi e come – ev. modulistica predefinita) in caso di urgenza e di non urgenza - Consigliabile segnalare i casi di Münchausen solo alla Procura Minori
	B.2 - l'insufficiente competenza relativa alla valutazione clinica in caso di rilievo di segni non inequivocabili (solitudine dell'operatore)	B.2 – Assicurare al Sanitario la possibilità di ricorrere tempestivamente ad una consulenza sanitaria formalizzata di II° livello o equipe multiprofessionale (ospedale, centro specialistico), in Area Vasta/Regione/extra RER), per un confronto (superamento della solitudine dell'operatore - condivisione delle responsabilità)
	B.3 - la preoccupazione dei rapporti con la famiglia - il timore di eventuali ricadute forensi - il rischio di dovere affrontare eventuali ritorsioni anche legali da parte della famiglia	B.3 – Attivare programmi di aggiornamento periodico integrato (formazione continua) di tipo giuridico e deontologico -Individuazione del consulente giuridico per l'appropriatezza della segnalazione

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
C- Servizio Sociale	C.1 – In caso di racconto o segnalazione poco circostanziata o fortemente dubbia, il S. Sociale è incerto sull'opportunità o meno di effettuare denuncia all'AA.GG:	C.1 – Fornire indicazioni chiare per il collegamento tempestivo fra S. Sociali e equipe multiprofessionale (chi e come contattare, sulla condivisione di responsabilità in tema di denuncia all'AA.GG.)
	C.2 – In caso di denuncia all'AA.GG. si pone il problema di semplificare al massimo la procedura: può essere utilizzata la doppia segnalazione (Procura Minorile e Procura presso il Tribunale Ordinario) inviata ad entrambi i Procuratori	C.2/C.3/C.4 – Elaborare Protocolli d'intesa fra le Procure presso TO e presso TpM e fra Procure e S. Sociali e Sanitari che facilitino un percorso condiviso a tutela dei diritti del minore, compreso il chiarimento sulla segnalazione separata alla Procura Minorile (dettagliata) e alla Procura presso il TO (succinta).
	C.3 – Scarso coordinamento tra le Procure. Il raccordo fra Procura presso il Tribunale Ordinario e Procura minorile, sarebbe importante nella comunicazione /conoscenza vicendevole delle azioni intraprese e da intraprendere, e nei loro tempi, nella superiore considerazione e preoccupazione per l'interesse del minore.	
	C.4 - Scarso raccordo tra S. Sociale e Procure. La Magistratura, una volta attivata, non consente di procedere ad ulteriori interventi da parte dei Servizi, se non sulla base di disposizioni da lei emanate (necessità della segretezza dell'intervento per la ricerca e acquisizione delle prove, ecc.). I SS hanno, d'altro canto, il problema di intervenire, talora con immediatezza, nell'interesse del minore, in funzione di assistenza, cura e sorveglianza del minore (valutazione diagnostica, percorso e tutela dello stesso).	
	C.5 – Scarso raccordo fra Magistratura da un lato e S. Sociali e Sanitari dall'altro per consulenze e per la tutela endoprocessuale del minore. - Scarsa propositività del S. Sociale nel garantire l'accompagnamento /assistenza del minore nel procedimento giudiziari	C.5 – Elaborare protocolli d'intesa fra Procure e Servizi Sociali e Sanitari orientati a favorire le consulenze e la tutela endo ed extra processuali del minore - Fornire indicazioni al S. Sociale. affinché si proponga attivamente per accompagnamento /assistenza del minore nel procedimento giudiziario.

4-VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE (VM)

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
<p>Equipe multiprofessionale minima sul caso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pediatra - Assistenti sociali - Psicologi/ NPIA - Educatori professionali - Cons. giuridico <p>eventualmente ampliabile secondo necessità :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medico legale <p>Specialisti organo e apparato, Psichiatri adulto, SerT ecc..</p>	<p>La diagnosi di sindrome di Münchausen per procura è prevalentemente una diagnosi medica sulla situazione sanitaria del bambino e psicologica/psichiatrica sui genitori (la madre in particolare) e il bambino.</p> <p>La valutazione multidisciplinare è importante per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la definizione diagnostica complessiva - l'adozione di provvedimenti integrati di tutela e protezione del bambino - l'adozione di interventi terapeutici sul bambino e sui genitori 	
<p>eventualmente ampliabile secondo necessità :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medico legale <p>Specialisti organo e apparato, Psichiatri adulto, SerT ecc..</p>	<p>VM.1 - Le competenze specialistiche specificamente formate con capacità di lavorare in modo integrato (gruppo multidisciplinare) attivabili tempestivamente, possono non essere presenti in maniera uniforme e diffusa</p>	<p>VM.1 – Individuare e formare a livello locale le competenze necessarie a costruire una equipe multiprofessionale minima (pediatra – assistente sociale – psicologo/NPIA – educatori - - cons. giuridico) cui fare riferimento e suoi requisiti (come previsto dalla L.R. n. 14/2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> - competenze professionali specificamente formate - metodologicamente orientata al confronto interdisciplinare e al lavoro integrato e non alla semplice consulenza specialistica (integrazione inter-istituzionale e integrazione nell'intervento sul caso) - tempestivamente attivabile a livello aziendale/provinciale /Area Vasta
<p>Coordinamento del gruppo</p>	<p>VM 2 – Gli specialisti possono avere necessità di confrontarsi con esperti maggiormente competenti, ma non sanno a chi rivolgersi.</p>	<p>VM 2 - Indicazioni per eventuali. consulenze di II° livello in regione o area vasta o extra-regionali formalizzate, nei diversi settori, in caso di necessità</p>
<p>Coordinamento del gruppo</p>	<p>VM 3 – L'equipe multidisciplinare può avere difficoltà ad attivarsi tempestivamente, e successivamente a riunirsi, confrontarsi, discutere, e attivare i rapporti interistituzionali per insufficiente definizione di ruoli e funzioni al suo interno.</p>	<p>VM 3 – Definire la funzione di Coordinamento del gruppo multiprofessionale, sia per la sua attivazione tempestiva, sia per l'efficienza delle sue azioni successive sia per i rapporti interistituzionali.</p> <p>L'equipe si integra di volta in volta sul singolo caso.</p>

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
	L'equipe multiprofessionale può avere problemi ad effettuare una presa in carico globale del caso, per difficoltà a:	Ricerca specificazioni relative all'equipe multiprofessionale che rassicuri sulla sua capacità di effettuare una presa in carico globale del caso in modo da:
	VM 4 – Valutare rapidamente la condizione di rischio del minore e le risorse esistenti a livello familiare necessarie onde attivare interventi tempestivi ed efficaci di tutela del minore anche nel percorso giudiziario	VM4 - Garantire interventi tempestivi ed efficaci di tutela del minore e di valutazione del trauma subito (competenze adeguate e Coordinamento efficace - vedi VM1/2/3) anche nel percorso giudiziario
	VM 5 – Valutare i margini di recupero (resilienza) del contesto familiare in funzione dell'eventuale rientro successivo del minore se collocato altrove, e anche del trattamento che dovrà essere impostato sul minore e sul nucleo familiare	VM 5 – Valutare le possibilità e capacità di recupero del suo nucleo familiare e la validità della rete parentale, anche in vista dell'eventuale rientro successivo del minore in famiglia se collocato altrove, e del trattamento che dovrà essere impostato sul minore e sul nucleo familiare
	VM 6 – Garantire le risorse e la formazione specialistica del personale	VM 6 – Verificare che siano assicurate le risorse adeguate e la formazione specialistica del personale delle equipe

5-TRATTAMENTO (T)

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
L'equipe multiprofessionale - psicologi/NPIA - pediatra - assistenti sociali - educatori professionali (+ eventuali altri specialisti correlati: psichiatri dell'adulto, SerT , medico legale, consulente giuridico, ecc..)	T.1 - Può esserci difficoltà a definire: <ul style="list-style-type: none"> - l'adeguata collocazione intra o extra familiare in sicurezza del minore - la presa in carico e il piano di trattamento dello stesso (riduzione del danno) e del nucleo familiare - ad assicurarne la tempestività e la continuità nel tempo 	T.1. Definire un percorso per definire: <ul style="list-style-type: none"> - la collocazione in sicurezza (intra o extra familiare) del minore, - la presa in carico (valutazione del trauma e sostegno nel percorso giudiziario) e il piano di trattamento dello stesso e del suo nucleo familiare - quando è possibile, la tempestività e la continuità nel tempo
	T.2 - Scarse competenze specialistiche nel trattamento delle problematiche del minore vittima di trauma e della famiglia	T.2 – Le competenze messe in campo devono essere specificamente formate nel trattamento del minore vittima di trauma delle problematiche familiari con esperienza sul campo <ul style="list-style-type: none"> - o almeno assicurare un'organizzazione e un percorso che garantiscano la formazione di una adeguata esperienza nel tempo
	T.3 - Difficoltà ad integrare il percorso del minore e quello del nucleo familiare	T.3 - Il personale deve essere coordinato all'interno di un progetto di trattamento unitario che comprenda il minore e il suo nucleo familiare, anche se gestito da equipe diverse, con l'obiettivo di recuperare quanto più è possibile del suo nucleo affettivo
	T.4 - Scarsa attitudine al lavoro integrato (autoreferenzialità dei servizi)	T.4 - Le due equipe devono periodicamente confrontarsi al loro interno e fra di loro per un bilancio dei risultati raggiunti e per mettere a fuoco il tratto di percorso successivo. Il confronto va esteso anche al personale che ha avuto e che continua ad avere rapporti con il minore (Scuola, Sanitari)
	T.5 – Scarsità di risorse dedicate	T.5 –Prevedere risorse adeguate nei programmi sociali e sanitari, al fine di poter attuare percorsi di appropriatezza clinica e organizzativa.

Raccomandazioni in caso di VIOLENZA ASSISTITA

Fasi:

- 1) Rilevazione
- 2) Attivazione della rete dei servizi
- 3) Segnalazione all'Autorità Giudiziaria e misure di protezione
- 4) Valutazione multidisciplinare
- 5) Trattamento

SCENARI

- n La mamma racconta a: Scuola, Servizio Sociale, Sanitari (es. MMG), Centro Antiviolenza, FF.OO.
- n La mamma si rivolge ad un Sanitario (es. P.S./ospedale/MMG) per lesioni
- n Il bambino racconta a scuola
- n Il bambino ha dei segni come conseguenza del suo coinvolgimento nella violenza domestica (v. Abuso Fisico)

PROFESSIONISTI /ALTRE FIGURE DI RIFERIMENTO DEL MINORE COINVOLTI

- Centri Antiviolenza
- Scuola/Servizi educativi infanzia: Insegnante e dirigente scolastico: personale/Coordinatore pedagogico dei Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-3 e 3-6 anni del sistema integrato regionale (scuole paritarie private o comunali); incaricato Pubblico Servizio
- Sanitari del territorio: pediatri di famiglia e di Comunità, medici di medicina generale, assistenti sanitari, psicologi e neuropsichiatri infantili, logopedisti e terapisti della riabilitazione, educatori professionali, professionisti dei SERT e della Salute Mentale.
- Sanitari dell'ospedale: pediatri, medici, infermieri, ostetriche dei Pronto Soccorso, delle Unità di degenza, dei Day-Hospital ed ambulatori
- Servizio Sociale
- Centri Antiviolenza
- Terzo Settore (volontariato ecc) e adulti di riferimento
- Forze dell'ordine

1-RILEVAZIONE

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
A- Scuola/ Servizi educativi rivolti all'infanzia 0- 6 anni	<p>A.1 – L'insegnante/educatore, di fronte al racconto ad un bambino e ad una donna che presentano questo problema, non sa a chi rivolgersi</p>	<p>A.1 – Dotarsi di procedure intra-scolastiche relative alla fase di rilevazione per la corretta gestione del caso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formazione giuridica di base (obblighi dell'inc. Pubblico Servizio/rischio di ritorsioni, ecc.) e psicologiche (privacy e rapporto di fiducia) - Indicazioni Operative/Protocolli /Modulistica
	<p>A.2 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico è incerto sulla gestione del dubbio. In particolare non sa con chi confrontarsi, se parlare o no con la madre, se e quando segnalare ai S. Sociali, come fare la segnalazione, ecc. (vedi: Fase 2 - Attivazione della rete" tramite il SS).</p>	<p>A.2 – A.3 – Formare il personale della scuola/servizi educativi</p> <ul style="list-style-type: none"> - dotarsi di procedure di raccordo extrascolastico con indicazioni chiare alla Scuola per il raccordo con il S. Sociale
	<p>A.3 – Può esserci rischio di diffusione impropria del dubbio/notizia dentro e fuori la Scuola.</p>	<p>A.2/A.3 – Si veda A.1</p>

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
<p>B – Servizio Sanitario territoriale e ospedaliero</p>	<p>B.1 - Cosa fare e cosa non fare in queste situazioni - come effettuare la valutazione clinica alla ricerca di eventuali segni - come raccogliere il racconto del minore</p>	<p>B.1 – Formazione su come gestire adeguatamente questi casi</p>
	<p>B.2 - Scarsa integrazione tra S. Sanitari dell'ospedale e del territorio e i S. Sanitari dell'adulto (MMG, Dipartimento Salute Mentale) e tra questi e il S. Sociale. - se segnalare ai S. Sociali, ed ev. all'Uff. Minori della Questura, il caso e come attivare la rete (vedi Fase 2 - Attivazione della rete dei servizi, tramite il SS)</p>	<p>B.2 - Definire procedure per il raccordo tra servizi (comunicazione e confronto) per adulti e minori, tra ospedale e territorio. - segnalare tempestivamente ai S. Sociali, ed ev. l'Uff. Minori della Questura, per attivare la rete (chi, cosa, come, quando – vedi Fase 2 - Attivazione della rete dei servizi) - programmi di formazione continua integrata</p>
	<p>B.3 - come gestire i rapporti con la famiglia</p>	<p>B.5 – Implementare le competenze e dare indicazioni per la gestione del rapporto con la famiglia e il genitore abusante o sospetto abusante, in questa particolare condizione in cui salta la tradizionale alleanza del Sanitario con i genitori o almeno con un genitore (protocolli condivisi)</p>

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
C- Servizio Sociale	<p>Il Servizio Sociale ritiene opportuno approfondire attivando il Servizio Sanitario (psicologi, medici) e l'equipe multiprofessionale (vedi anche DGR 1904/2011) ma può avere:</p> <p>C.1 – problemi di collegamento con il S. Sanitario (ospedale/consulenti esperti/equipe multidisciplinare/Centro Specialistico)</p> <p>C.2 - limitate conoscenze sul fenomeno e sulle funzioni per dispersione competenze, elevato turnover, ecc.</p>	<p>C.1 – Procedure o indicazioni dettagliate per collegamento con S. Sanitario (ospedale/consulenti esperti/equipe multidisciplinare/centro specialistico) : chi contattare e come farlo (apposita modulistica).</p> <p>C.2 – programmi di formazione, di base e specialistica nel settore, volti ad aumentare le conoscenze e migliorare i percorsi il raccordo tra servizi (formazione periodica ed integrata)</p>
D - Centri Antiviolenza	<p>D.1 - possibile sottovalutazione delle ricadute sul minore/scarso riconoscimento del problema "violenza assistita"</p> <p>D.2 - Possono esserci difficoltà di connessione con i nodi della rete</p> <p>D.3 - Assenza di protocolli condivisi</p>	<p>D.1 – programmi di formazione congiunta con operatori dei servizi</p> <p>D.2 e D.3 - Procedure condivise per il raccordo e per i casi in emergenza</p>
E - Forze dell'ordine	<p>E.1 - Possibile sottovalutazione delle ricadute sul minore,</p>	<p>E.1 – Programmi di formazione congiunta con operatori dei servizi</p> <p>Procedure condivise per i casi in emergenza</p>

2-ATTIVAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
A- Scuola/ Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-6 anni	A.1 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico può ritardare l'attivazione della rete dei servizi perché non è consapevole dell'importanza della tempestività dell'intervento dei S. Sociali ed ev. l'Uff. Minori della Questura, in tutti i casi dubbi in cui l'acquisizione di informazioni sul minore e sul suo nucleo familiare può essere utile al fine di permettere un migliore inquadramento del caso (valutazione delle condizioni di pregiudizio) - può non sapere chi e come contattare	A.1 – Dotarsi di procedure intra-scolastiche relative alla fase di attivazione della rete tramite il S. Sociale ed ev. l'Uff. Minori della Questura, che evidenzino l'importanza dell'attivazione tempestiva della rete nell'interesse del minore (valutazione delle condizioni di pregiudizio) - Attivare programmi di informazione /sensibilizzazione al personale della Scuola su chi e come contattare (ev. modulistica predefinita) - monitoraggio e verifica periodica
	A.2 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico teme di violare la "privacy" e di incrinare il rapporto di fiducia con il minore e la famiglia ed è preoccupato di eventuali ritorsioni.	A.2 – Fornire rassicurazioni giuridiche (obblighi dell'inc. Pubblico Servizio/rischio di ritorsioni, ecc.) e psicologiche (privacy e rapporto di fiducia) - Indicazioni Operative / Protocolli (Vedi anche AF 1/ Rilevazione: A1)
	A.3 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico può avere scarsa conoscenza e/o fiducia nei S. Sociali o Sanitari	A.3 – Attivare programmi periodici di formazione integrata (formazione continua), anche per implementare il clima di fiducia tra i servizi
B- Servizio Sanitario territoriale e ospedaliero	Il Personale Sanitario deve attivare tempestivamente la rete dei servizi tramite il S. Sociale ed ev. l'Uff. Minori della Questura, per acquisire le informazioni sul minore e sul nucleo (diagnosi sociale) onde meglio inquadrare la situazione e per valutare la condizione di pregiudizio e l'eventuale tutela del minore , ma:	
	B.1 - non sempre è consapevole dell'importanza della attivazione della rete	B.1 – Attivare programmi di formazione /sensibilizzazione sull'importanza dell'attivazione tempestiva della rete per la valutazione delle condizioni di pregiudizio del minore
	B.2 – può avere scarsa conoscenza delle modalità di attivazione della rete, soprattutto i sanitari dell'ospedale e i MMG/PLS	B.2 – Definire modalità chiare di collegamento fra S Sanitario e S. Sociale, su chi e come contattare (ev. modulistica predefinita)

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
C- Servizio Sociale	C.1 – Può avere difficoltà di connessione con gli altri nodi della rete, soprattutto con il Servizio Sanitario	C.1 – Fornire indicazioni chiare per la connessione con gli altri nodi della rete (Magistratura – Servizio Sanitario) - utili protocolli: chi e come contattare ed ev. modulistica predefinita - mantenere in evidenza sempre la mappatura della rete (chi e come)
	C.2 – Possono esserci problemi di efficienza del servizio per carenze organizzative o di coordinamento del servizio	C.2 – Prevedere la funzione di coordinamento del servizio
	C.3 – Possono esserci difficoltà nell'attivare i percorsi di protezione e su come effettuare la messa in sicurezza del minore	C.3 – Individuare e garantire le modalità di attivazione dei percorsi di protezione e messa in sicurezza del minore, comprese ev. convenzioni con comunità di accoglienza anche in emergenza
D - Centri Antiviolenza	D.1 - Possono esserci difficoltà di connessione con i nodi della rete	D.1 – Procedure e indicazioni dettagliate per il raccordo con i S. Sociali.
E - Forze dell'ordine	E.1 - scarso raccordo con i Servizi Sociali o altri servizi del minore. - Assenza di protocollo condivisi.	E.1 – Procedure e indicazioni dettagliate per il raccordo con i S. Sociali. Programmi di formazione congiunta.

3-SEGNALAZIONE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA E MISURE DI PROTEZIONE		
PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
B- Servizio Sanitario territoriale e ospedaliero	Il Sanitario rileva segni o sintomi ma può trovarsi in difficoltà stante:	
	B.1 - la scarsa conoscenza delle modalità e procedure di segnalazione all'AA.GG. in caso di urgenza e di non urgenza	B.1 – Fornire indicazioni al Sanitario su come effettuare la denuncia all'AA.GG. (ev. protocollo condiviso Magistratura /S. Sanitari: a chi e come – ev. modulistica predefinita) in caso di urgenza e di non urgenza
	B.2 - l'insufficiente competenza relativa alla valutazione clinica in caso di rilievo di segni non inequivocabili (solitudine dell'operatore)	B.2 – Assicurare al Sanitario la possibilità di ricorrere tempestivamente ad una consulenza sanitaria formalizzata di II° livello o equipe multiprofessionale (ospedale, centro specialistico), in Area Vasta o Regione o anche extra RER), per un confronto (superamento della solitudine dell'operatore - condivisione del percorso diagnostico)
	B.3 – <ul style="list-style-type: none"> - la preoccupazione dei rapporti con la famiglia - il timore di eventuali ricadute forensi - il rischio di dovere affrontare eventuali ritorsioni anche legali da parte della famiglia 	B.3 – Attivare programmi di aggiornamento periodico integrato (formazione continua) di tipo giuridico e deontologico -Individuazione del consulente giuridico per l'appropriatezza della segnalazione

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
C- Servizio Sociale	C.1 – In caso di racconto o segnalazione poco circostanziata o fortemente dubbia, il S. Sociale è incerto sull'opportunità o meno di effettuare denuncia all'AA. GG. sul percorso di protezione del minore e dell'adulto	C.1 – Fornire indicazioni chiare per il collegamento tempestivo fra Servizi Sociali e equipe multiprofessionale (chi e come contattare, sulla condivisione di in tema di denuncia all'AA. GG. - sul percorso di protezione del minore e dell'adulto
	C.2 – In caso di denuncia all'A.G. si pone il problema di semplificare al massimo la procedura: può essere utilizzata la doppia segnalazione (Procura Minorile e Procura presso il Tribunale Ordinario) (N.d.R.: sembra ci siano orientamenti difformi nelle diverse sedi)	C.2/C.3/C.4 – Elaborare Protocolli d'intesa fra le Procure presso TO e presso TpM e fra Procure e S. Sociali e Sanitari che facilitino un percorso condiviso a tutela dei diritti del minore, compreso il chiarimento sulla modalità di segnalazione separata, alla Procura Minorile in modo dettagliato, e alla Procura presso il TO in modo sintetico
	C.3 – Scarso coordinamento tra le Procure. Il raccordo fra Procura presso il Tribunale Ordinario e Procura minorile, sarebbe importante nella comunicazione /conoscenza vicendevole delle azioni intraprese e da intraprendere, e nei loro tempi, nella superiore considerazione e preoccupazione per l'interesse del minore.	
	C.4 - Scarso raccordo tra S. Sociale e Procure. La Magistratura, una volta attivata, non consente di procedere ad ulteriori interventi da parte dei Servizi, se non sulla base di disposizioni da lei emanate (necessità della segretezza dell'intervento per la ricerca e acquisizione delle prove, ecc.). I S. Sociali hanno, d'altro canto, il problema di intervenire, talora con immediatezza, nell'interesse del minore, in funzione di assistenza, cura e sorveglianza del minore (valutazione diagnostica, percorso e tutela dello stesso).	
	C.5 – Scarso raccordo fra Magistratura da un lato e S. Sociali e Sanitari dall'altro per consulenze e per la tutela endoprocessuale del minore. - Scarsa propositività del S. Sociale nel garantire l'accompagnamento /assistenza del minore nel procedimento giudiziari	

4-VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
<p>Equipe multiprofessionale minima sul caso</p> <ul style="list-style-type: none"> - pediatra - assistenti sociali - psicologi/ NPIA - cons. giuridico <p>eventualmente ampliabile secondo necessità :</p>	<p>VM.1 - Le competenze specialistiche specificamente formate con capacità di lavorare in modo integrato (Gruppo multidisciplinare) attivabili tempestivamente, possono non essere presenti in maniera uniforme e diffusa</p>	<p>VM.1 – Individuare e formare a livello locale le competenze necessarie a costruire una equipe multiprofessionale minima (pediatra – assistente sociale – psicologo/NPIA– cons. giuridico) cui fare riferimento e suoi requisiti (come previsto dalla L.R. n. 14/2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> - competenze professionali specificamente formate - metodologicamente orientata al confronto interdisciplinare e al lavoro integrato e non alla semplice consulenza specialistica (integrazione inter-istituzionale e integrazione nell'intervento sul caso) - tempestivamente attivabile a livello aziendale /provinciale /Area Vasta
<p>medico legale specialisti organo e apparato, psichiatri adulto, SerT ecc..</p>	<p>VM 2 – Gli specialisti possono avere necessità di confrontarsi con esperti maggiormente competenti, ma non sanno a chi rivolgersi.</p>	<p>VM 2 - Indicazioni per eventuali. consulenze di II° livello in regione/area vasta/extra-regionali formalizzate, nei diversi settori, in caso di necessità</p>
<p>Coordinamento del Gruppo</p>	<p>VM 3 – L'equipe multiprofessionale può avere difficoltà ad attivarsi tempestivamente, e successivamente a riunirsi, confrontarsi, discutere, e attivare i rapporti interistituzionali per insufficiente definizione di ruoli e funzioni al suo interno.</p>	<p>VM 3 – Definire la funzione di Coordinamento dell'equipe multiprofessionale, sia per la sua attivazione tempestiva, sia per l'efficienza delle sue azioni successive sia per i rapporti interistituzionali. E' predefinito, e si integra di volta in volta sul singolo caso con i professionisti coinvolti</p>

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
	L'equipe multiprofessionale può avere problemi ad effettuare una presa in carico globale del caso, per difficoltà a:	Ricerca specificazioni relative all'equipe multiprofessionale che rassicuri sulla sua capacità di effettuare una presa in carico globale del caso in modo da:
	VM 4 – Valutare rapidamente la condizione di rischio del minore e le risorse esistenti a livello familiare necessarie onde attivare interventi tempestivi ed efficaci di tutela del minore anche nel percorso giudiziario	VM4 - Garantire interventi tempestivi ed efficaci di tutela del minore e di valutazione del trauma subito (competenze adeguate e coordinamento efficace - vedi VM1/2/3) anche nel percorso giudiziario
	VM 5 – Valutare i margini di recupero (resilienza) del contesto familiare in funzione dell'eventuale rientro successivo del minore se collocato altrove, e anche del trattamento che dovrà essere impostato sul minore e sul nucleo familiare	VM 5 – Valutare le possibilità e capacità di recupero del suo nucleo familiare e la validità della rete parentale, anche in vista dell'eventuale rientro successivo del minore in famiglia se collocato altrove, e del trattamento che dovrà essere impostato sul minore e sul nucleo familiare
	VM 6 – Garantire le risorse e la formazione specialistica del personale	VM 6 – Verificare che siano assicurate le risorse adeguate e la formazione specialistica del personale delle equipe

5-TRATTAMENTO

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI /BUONE PRASSI
equipe multiprofessionale - psicologi/NPIA - pediatra - assistenti sociali - educatori (+ eventuali altri specialisti correlati: psichiatri dell'adulto, SerT , medico legale, consulente giuridico, ecc..)	T.1 - Può esserci difficoltà a definire - l'adeguata collocazione intra o extra familiare in sicurezza del minore - la presa in carico e il piano di trattamento dello stesso (riduzione del danno) e del nucleo familiare - ad assicurarne la tempestività e la continuità nel tempo	T.1. Determinare un percorso per definire: - la collocazione in sicurezza (intra o extra familiare) del minore, - la presa in carico (valutazione del trauma e sostegno nel percorso giudiziario) e il piano di trattamento dello stesso e del suo nucleo familiare - quando è possibile, la tempestività e la continuità nel tempo
	T.2 - Scarse competenze specialistiche nel trattamento delle problematiche del minore vittima di trauma e della genitorialità vittima e abusante	T.2 – Le competenze messe in campo devono essere specificamente formate nel trattamento del minore vittima di trauma - o almeno assicurare un'organizzazione e un percorso che garantiscano la formazione di una adeguata esperienza nel tempo
	T.3 - Difficoltà ad integrare il percorso del minore e quello genitoriale	T.3 - Il personale deve essere coordinato all'interno di un progetto di trattamento unitario che comprenda il minore e il suo nucleo familiare, anche se gestito da equipe diverse, con l'obiettivo di recuperare quanto più è possibile del suo nucleo affettivo
	T.4 - Scarsa attitudine al lavoro integrato (autoreferenzialità dei servizi)	T.4 - Le due equipe devono periodicamente confrontarsi al loro interno e fra di loro per un bilancio dei risultati raggiunti e per mettere a fuoco il tratto di percorso successivo. Il confronto va esteso anche al personale che ha avuto e che continua ad avere rapporti con il minore (Scuola, Sanitari)
	T.5 – Scarsità di risorse dedicate	T.5 –Prevedere risorse adeguate nei programmi sociali e sanitari, al fine di poter attuare percorsi di appropriatezza clinica e organizzativa.

Allegato 5

Abbreviazioni - acronimi

AA.GG.	Autorità Giudiziaria
AOU	Azienda Ospedaliero Universitaria
ATA	Assistenti Amministrativi, Tecnici e Ausiliari (nella Scuola)
AUSL	Azienda Unità Sanitaria Locale
CISMAI	Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia
CC/cc	Codice Civile
CP/cp	Codice penale
CPP/Cpp	Codice di procedura penale
CPC/Cpc	Codice di procedura civile
CTSS	Conferenza Territoriale dei Servizi Sociali e Sanitari
FF.OO.	Forze dell'Ordine
L.R./LR	Legge Regionale
M/A	Maltrattamento/Abuso
MGF	Mutilazioni Genitali Femminili
MMG	Medico di Medicina Generale
MPS	Sindrome di Münchhausen per procura Münchhausen by Proxi Syndrome
O.M.S./OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PLS	Pediatra di Libera Scelta/Pediatria di Famiglia
P.S./PS	Pronto Soccorso
SerT	Servizio per le Tossicodipendenze
SINPIA	Società Italiana di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
SINPIAER	Società Italiana di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Emilia Romagna
SISAM	Sistema Informativo Socio-Assistenziale sui Minori della Regione Emilia-Romagna
SS	Servizio Sociale
TO	Tribunale Ordinario
TpM	Tribunale per i minorenni
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale /Equipe Multidisciplinare (L.R. n.14/2008)
UONPIA	Unità Operativa NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
W.H.O./WHO	World Health Organization

Allegato 6

Dati di attività: centri specialistici e progetti dedicati

1. Il Centro Specialistico multi-professionale Provinciale contro gli abusi all'infanzia "IL FARO" di Bologna

Il Centro Specialistico Provinciale "Il Faro"¹ ha competenza provinciale nell'ambito del maltrattamento e abuso. E' composto da un'equipe multi professionale che svolge:

- consulenza multidisciplinare agli operatori dei Servizi Sociali e Sanitari, Educativi, del Terzo Settore in tutte le fasi del percorso d'intervento: rilevazione, segnalazione, attivazione della rete dei Servizi, diagnosi e terapia;
- attività clinica, sociale ed educativa nei casi di grave maltrattamento/abuso o in cui i Servizi Socio-sanitari ravvisino la necessità di richiedere interventi specialistici per la diagnosi e la cura del funzionamento post traumatico del minore e della famiglia, la visita medica specialistica del minore;
- supervisione clinica sulla casistica in carico ai Servizi Socio-sanitari;
- interventi di formazione (di base, specialistica, multidisciplinare) rivolte ai Servizi Socio-sanitari e alla Scuola;
- eventi seminari e di sensibilizzazione rivolti a Enti, Istituzioni, Associazionismo e Volontariato;
- partecipazione a progetti attinenti il tema del maltrattamento per l'individuazione di azioni e prassi integrate e condivise;
- collaborazione con l'A.G. per l'ascolto giudiziario del minore in spazio protetto.

Dal 2002, anno della sua nascita, il centro ha svolto circa 1.200 consulenze multidisciplinari agli operatori dei servizi sociali, sanitari, della scuola, delle comunità di accoglienza, dell'associazionismo. I dati illustrati si riferiscono agli interventi di presa in carico (medica e psicologica) dei minori. Non includono i dati relativi agli interventi diretti alle famiglie.

¹ Composizione dell'equipe

L'equipe di specialisti dedicati al Faro è attualmente composto da:

- un neuropsichiatra infantile per 5 ore settimanali- Cosimo Ricciutello - Azienda USL di Imola
- uno psicologo infantile per 10 ore settimanali- Maria Elena Montenegro- Azienda USL di Bologna
- uno psicologo della famiglia a tempo pieno (con funzioni di coordinamento clinico e tecnico)- Mariagnese Cheli- Azienda USL di Bologna
- una assistente sociale a tempo parziale con contratto di collaborazione- Francesca Pincanelli
- una pediatra a 5 ore settimanali- Luciana Nicoli - Azienda USL di Bologna
- una ginecologa al bisogno - Valeria Arbizzani- Azienda USL di Bologna
- un educatore professionale a 6 ore settimanali – Luca Degiorgis- Azienda USL di Bologna
- un consulente giuridico al bisogno – Cristina Caravita – AOSP Policlinico S.Orsola-Malpighi

DATI ATTIVITA' CLINICA centro specialistico II Faro
PERIODO 2007 – 2011

Tabella1. N. minori seguiti dal Faro nel periodo di riferimento (diagnosi, cura)

Anno	2007	2008	2009	2010	2011	TOT.
Nuovi casi	36	51	49	37	52	225
Già in carico	16	25	31	36	40	148
Totale casi in carico	52	76	80	73	92	373

Tabella 2. Genere dei minori seguiti nel periodo 2007-2011

Genere	N	%
Femmine	224	60%
Maschi	149	40%

Tabella3. Fascia di età dei minori seguiti nel periodo 2007-2011

Classe d'età	N	%
0 – 2 anni	19	5,0
3 - 6	68	18,0
7 - 9	70	19,0
10 - 15	142	38,0
16 - 18	74	20,0
Totale	373	100,0

Tabella 4. Servizi inviati dei casi in carico nel periodo 2007-2011

Servizi Inviati	N	%
Servizi Sociali	272	73
Servizi Sanitari AUSL	63	17
Servizi AOSP	19	5
Pediatri	11	3
Altro	7	2
Totale	373	100,0

Tabella5. Problematiche per le quali i casi sono inviati al Centro il Faro

Forme di violenza rilevate	N	%
Abuso Sessuale	250	49
Maltrattamento Fisico	60	12
Patologia delle Cure	60	12
Maltrattamento Psicologico	56	11
Violenza Assistita	67	13
Sex Offender	19	4

NB: la somma delle frequenze è superiore al totale dei casi in quanto un caso può essersi presentato con più di una problematica di abuso

Si specifica che nel 65% dei casi si rileva la compresenza di almeno due forme di maltrattamento (multiforme). Inoltre, i casi di abuso sessuale sono stati osservati anche attraverso le categorie di abuso 'sospetto' e 'conclamato' che si distribuiscono come segue (cfr. Tab. 5):

Tabella 6. Abuso sessuale conclamato e casi di sospetto abuso sessuale

Abuso Sessuale	N	%
Conclamato	95	38
Sospetto	155	62

Tabella 7. Minori seguiti nel periodo per fascia d'età e per tipologia di maltrattamento

	0-2 Anni	3-6 Anni	7-9 Anni	10-15 Anni	16-18 Anni
Abuso Sessuale	3%	21%	19%	40%	13%
Maltrattamento Fisico	8%	14%	26%	29%	14%
Maltrattamento Psicologico	3%	21%	12%	47%	9%
Violenza Assistita	12%	27%	11%	38%	10%
Patologia delle Cure	16%	5%	18%	43%	8%
Sex Offender				18%	82%
N. casi	19	68	70	142	74

Tabella 8. Minori seguiti per abuso sessuale nel periodo per fascia d'età e per contesto della violenza

	0-2 Anni	3-6 Anni	7-9 Anni	10-15 Anni	16-18 Anni
Intra-familiare	42%	40%	36%	47%	14%
Extra-familiare	0	23%	19%	12%	25%
Parentale	0%	9%	12%	12%	9%

2. Il Centro specialistico sovra distrettuale contro la violenza all'infanzia dell'AUSL di Ferrara²

Il Centro Specialistico contro la violenza all'infanzia nasce nel 1997 all'interno dei servizi per la tutela all'età evolutiva dell'AUSL di Ferrara, nell'ottica che il diritto alla salute e alla cura deve essere garantito a tutta la popolazione infantile, in particolare a chi ha sperimentato situazioni traumatiche in famiglia, come il maltrattamento grave, l'abuso sessuale, la grave trascuratezza e la violenza assistita, che necessitano d'interventi precoci, efficaci e specialistici. In questi anni ha seguito circa 1.000 situazioni di varie forme di violenza all'infanzia.

Il Centro Sovra distrettuale contro la violenza all'infanzia dell'AUSL di Ferrara è composto da un'equipe multidisciplinare, con formazione specifica sull'abuso e il maltrattamento all'infanzia, che integra le competenze socio-sanitarie e giuridico - istituzionali: psicologhe, assistente sociale ed esperto giuridico. Interviene sui minori vittime di violenza, familiare ed extrafamigliare, di tutta la provincia, per attivare percorsi di protezione, valutazione, presa in carico terapeutica, trattamento degli esiti del trauma, sostegno ai famigliari protettivi.

Il Centro svolge:

1. Consulenza ai colleghi dell'area socio-sanitaria ad altri enti o istituzioni, su aspetti sociali, psicologici e clinici, giuridici, per l'attivazione di percorsi di tutela, protezione, presa in carico e di cura.
2. Valutazione e presa in carico terapeutica dei minori vittime di violenza
3. Presa in carico terapeutico dei fratelli delle vittime
4. Presa in carico terapeutica dei famigliari protettivi
5. Presa in carico terapeutica dei minori autori di violenza.

Inoltre:

- accompagna il minore nel percorso giudiziario fornendo sostegno nelle audizioni
- fornisce le stanze attrezzate per le audizioni protette
- garantisce la difesa legale del minore vittima nel conflitto d'interesse con i genitori
- promuove formazione e ricerca sul fenomeno della violenza ai minori
- promuove prevenzione, informazione e formazione (di base, specialistica, multidisciplinare) per la rilevazione precoce del fenomeno in ogni sua forma ai servizi socio-sanitari, alla scuola, al volontariato sociale, ecc.
- partecipa a tavoli di confronto con servizi, enti ed istituzioni per l'individuazione di prassi operative integrate (da cui sono scaturiti protocolli e linee guida interistituzionali provinciali con la Scuola, Strutture Ospedaliere, Pronto Soccorso pediatrici, Ufficio Minori della Questura.)

² Il Centro ha finito il suo mandato il 31.12.2012: nella nuova riorganizzazione del Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche AUSL di Ferrara a cui afferisce SMRIA, in cui era inserito dal 2004, il Centro non è stato previsto.

Lavora in collaborazione con le professionalità socio-sanitarie con competenze in materia di minori, in rete con:

- Neuropsichiatria Infantile
 - Servizio di Salute Infanzia
 - Azienda Ospedaliera
 - Ospedali della provincia
 - Consultorio familiare
 - Consultorio Giovani
- Magistrature
 - Ufficio Minori della Questura
 - Avvocature
 - Scuole
 - Terzo settore
 - Media

**DATI ATTIVITA' CLINICA CENTRO DI FERRARA
PERIODO 2007 – 2011**

Tabella 9. N. minori seguiti per anno

Anno	2007	2008	2009	2010	2011	Tot
N. Minori	42	45	55	49	32	223

I casi non sono stati tutti presi in carico dal Centro come valutazione e terapia (solo abuso, maltrattamento e violenza assistita)

Tabella 10. Genere dei minori seguiti nel periodo di riferimento

80% Femmine
20% Maschi

Tabella 11. Servizi invianti e percentuali

Servizi Inviati	Percentuali
Servizi Sociali della provincia	90
Servizi Sanitari (NPI, Servizi Ospedalieri)	5
Forze dell'Ordine	5

Tabella 12. Problematiche per le quali i casi sono inviati al Centro

Forme di violenza rilevate	Percentuali
Maltrattamento Multifforme*	10
Sex Offender	5
Violenza Assistita	6
Maltrattamento Psicologico	2
Abuso Sessuale	56
Maltrattamento Fisico	21

*compresenza di almeno due forme di violenza

Nella tabella 11, oltre a rilevare la frequenza della forma di abuso prevalente, nel periodo 2008-2011 si rileva che nel 10% di casi si tratta di maltrattamento multiforme (compresenza di almeno due delle forme di violenza prese in considerazione).

Per i casi di abuso sessuale rileviamo come essi si dividono come segue tra sospetto e conclamato (Tabella 13):

Abuso Sessuale	Percentuali
Conclamato	38
Sospetto	62

Inoltre si dividono in base al tipo di contesto nel seguente modo (Tabella 14):

Abuso Sessuale	Percentuali
Intrafamiliare	63
Extrafamiliare	26
Altro	11

3 II Progetto Dafne contro la violenza alle donne dell'Azienda USL Rimini: Dati sulla violenza assistita/condivisa

L'impegno diretto del mondo della Sanità su questa tematica è recentissimo; si deve all'OMS l'indicazione che la violenza contro le donne è anche un problema di Sanità Pubblica per due ordini di questioni:

- alta incidenza e prevalenza in tutto il ciclo vitale della donna, in tutti gli strati socio-economici e in tutte le culture;
- gravità delle conseguenze psicofisiche sia a breve sia a lungo termine.

Nel 1995/96 l'OMS ha lanciato l'allarme sulla violenza come fattore eziologico e di rischio in una serie di patologie: sono stati condotti studi sulle patologie ginecologiche, gastroenterologiche e mentali, in particolare depressione, disturbi alimentari e ansia.

L'Azienda USL di Rimini ha attivato un Progetto orientato all'individuazione di strategie e interventi che si configurino come risposte a questo specifico target di utenza e alle problematiche e bisogni di cui è portatore.

Il Progetto è caratterizzato da multidisciplinarietà e multi professionalità degli attori coinvolti.

L'obiettivo primario è l'attivazione di percorsi di uscita dalla violenza con l'offerta di servizi di supporto informativo, strumentale, emotivo e psicologico. Dal 2005 al 2012 il Progetto Dafne si è sviluppato mantenendo al centro della propria attenzione la costruzione della rete attraverso:

- la promozione della conoscenza del fenomeno tramite una formazione permanente rivolta a tutti i nodi della rete;
- la definizione di un percorso sanitario finalizzato ad omogeneizzare le procedure di accoglienza;
- la definizione di un percorso sociale finalizzato alla presa in carico anche in emergenza e la costruzione di un progetto individualizzato;
- il coordinamento di tutti gli attori istituzionali e del privato sociale presenti sul territorio.

La rete si è strutturata nell'ultimo quinquennio, divenendo il punto di forza del Progetto Dafne. L'obiettivo costante, nella "manutenzione" della rete, è stato quello di coniugare le specificità dei singoli nodi con le necessarie interconnessioni tra gli stessi; i nodi rappresentati dai servizi di seguito elencati si sono, infatti, sviluppati e specializzati:

- il consultorio familiare AUSL, con funzioni di presa in carico e protezione delle donne
- la Tutela Minori, con funzioni di presa in carico e protezione mamma-minori,
- il Pronto soccorso con funzioni di assistenza medica e accompagnamento ai percorsi attivati dal Progetto Dafne
- il reparto ospedaliero di Ostetricia e Ginecologia per l'assistenza medica e l'accompagnamento della donna che ha subito violenza sessuale
- gli Sportelli sociali dei comuni, con funzioni d'informazione, accoglienza ed accompagnamento della donna al percorso sociale
- l'Associazione Rompi il Silenzio, con funzioni di informazione, accoglienza,
- le Case di accoglienza: per l'accoglienza residenziale in emergenza
- le Forze dell'Ordine con le funzioni di protezione e vigilanza
- il Sert e del CSM con funzioni di accoglienza per le donne vittime di violenza con problematiche di abuso di sostanze o con problematiche psicopatologiche.

Dati Progetto Dafne contro la violenza alle donne - AUSL Rimini

Tabella 15. Donne che si sono rivolte alla Rete e donne in carico

Anno	Donne che si sono rivolte alla Rete	donne in carico
2007	275	193
2008	271	169
2009	331	194
2010	286	172
2011	284	168

Tabella 16. Nazionalità (donne che si sono rivolte alla rete)

Anno	Italiane	Straniere
2007*	92	101
2008	128	130
2009	196	135
2010	152	134
2011	161	123

* in questo caso si fa riferimento solo a quelle in carico

Tabella 17. Donne (in carico) con o senza figli

Anno	Con figli	Senza figli
2007*	119	74
2008	98	173
2009	119	212
2010	113	173
2011	96	188

* in questo caso si fa riferimento solo a quelle in carico

Tabella 18. Donne in gravidanza (valori percentuali)

Anno	% donne in gravidanza
2008	11
2009	12
2010	11
2011	22

Tabella 19. Interruzioni volontarie di gravidanza (valori assoluti)

Anno	N.
2008	9
2009	9
2010	0
2011	15

Tabella 20. Autore della violenza (valori assoluti)

Anno	Partner/ coniuge	Ex partner/ ex coniuge	Figli/parenti	Altro
2008	121	34	11	2
2009	136	37	14	7
2010	119	33	11	18
2011	117	41	5	5

Dalla lettura dei dati si conferma la prevalenza della violenza nelle relazioni intime e la trasversalità del fenomeno per quanto riguarda la nazionalità.

“Un dato relativamente costante nella rilevazione del fenomeno è rappresentato dalla presenza di donne con bambini, in media del 60%: le percentuali sul totale oscillano, infatti, da un massimo del 62% nel 2007, a un minimo del 57% nel 2011”.

Questo dato è rilevante in quanto mostra il coinvolgimento dei minori come probabili vittime di violenza assistita. Sebbene la violenza possa essere non agita sui figli in maniera diretta, l'assistere alla violenza sul genitore costituisce un rilevante fattore di rischio sia per la salute psicofisica del minore che per la trasmissione trans generazionale della violenza stessa.

Nell'immediato la violenza indebolisce le competenze genitoriali di cura e accudimento: il genitore violento, infatti, oltre a fallire nel suo compito protettivo verso i figli, mina gravemente le capacità delle madri, trasformandole in persone fragili e poco attente alle necessità della prole.

Dall'osservatorio si segnala anche la presenza rilevante di violenza subita da donne in stato di gravidanza. I dati dell'OMS sostengono che nel mondo una donna su quattro è stata vittima di una forma di violenza in gravidanza, in oltre il 90% dei casi il maltrattante è il partner o l'ex partner. Sempre per la stessa fonte la violenza nelle relazioni intime rappresenta la seconda causa di morte in gravidanza, dopo l'emorragia, per le donne di età compresa tra i 15 e 44 anni; la violenza fisica rappresenta la seconda causa di traumi durante la gestazione (la prima è l'incidente stradale). La letteratura internazionale mostra quindi da tempo il legame tra gravidanza e violenza; nel nostro Paese secondo l'indagine Istat (2006) sono l'11,5% le donne incinte che hanno subito violenza dal partner; per il 50,6% di queste, la violenza durante il periodo di gestazione è rimasta uguale al periodo precedente, per il 17,0% è diminuita, mentre per il 16,6% è aumentata e per il 15,0% è addirittura iniziata.

Allegato 7

Descrizione codici diagnostici ICD10 NPIA

Allegato 7 Descrizione codici diagnostici ICD10 NPJA

CODICE	CODICE I	Descrizione	Query	Abuso-rischio	Tipo abuso
T74	T74	SINDROME DA MALTRATTAMENTO		Abuso	Fisico
T74.1	T741	SEVIZIE FISICHE: SINDROME DEL BAMBINO PERCOSSO		Abuso	Fisico
Z13.1	Z131	LIEVE ABUSO FISICO DEL BAMBINO		Abuso	Fisico
Z13.2	Z132	GRAVE ABUSO FISICO DEL BAMBINO		Abuso	Fisico
T74.8	T748	ALTRE SINDROMI DA MALTRATTAMENTO (FORME MISTE)		Abuso	Fisico
T74.0	T740	TRASCURATEZZA E ABBANDONO		Abuso	Patologie cure
T74.3	T743	ABUSO PSICOLOGICO		Abuso	Psicologico
Z12.2	Z122	GRAVE OSTILITA' VERSO IL BAMBINO, BAMBINO CAPRO-ESPIATORIO		Abuso	Psicologico
Z14.1	Z141	LIEVE ABUSO SESSUALE ALL'INTERNO DELLA FAMIGLIA		Abuso	Psicologico
Z14.2	Z142	GRAVE ABUSO SESSUALE ALL'INTERNO DELLA FAMIGLIA		Abuso	Psicologico
Z81.2	Z812	RAGAZZO CAPRO-ESPIAT. DI INSEGN. O DI SUPERIORI NEL LAVORO GRAVE		Abuso	Psicologico
Z64.1	Z641	LIEVE ABUSO SESSUALE (EXTRAFAMILIARE)		Abuso	Sessuale
Z64.2	Z642	GRAVE ABUSO SESSUALE (EXTRAFAMILIARE)		Abuso	Sessuale
T74.2	T742	ABUSO SESSUALE		Abuso	Sessuale
Z10.2	Z102	MANCANZA GRAVE DI CALORE NELLA RELAZIONE GENITORE-BAMBINO		Rischio	
Z11.1	Z111	LIEVE DISCORDIA IN FAMIGLIA TRA GLI ADULTI		Rischio	
Z11.2	Z112	GRAVE DISCORDIA IN FAMIGLIA TRA GLI ADULTI		Rischio	
Z12.1	Z121	LIEVE OSTILITA' VERSO IL BAMBINO, BAMBINO CAPRO-ESPIATORIO		Rischio	
Z18.2	Z182	GRAVE ANORMALITA'DI ALTRO TIPO NELLE RELAZIONI INTRAFAMILIARI		Rischio	
Z20.1	Z201	LIEVE DISTURBO MENTALE/DEVIANZA DI UN GENITORE		Rischio	
Z20.2	Z202	GRAVE DISTURBO MENTALE/DEVIANZA DI UN GENITORE		Rischio	
Z21.1	Z211	LIEVE DISABILITA'/HANDICAP DI UN GENITORE		Rischio	
Z21.2	Z212	GRAVE DISABILITA'/HANDICAP DI UN GENITORE		Rischio	
Z28.1	Z281	LIEVI DIST.MENTALI, DEVIANZA O HANDICAP DI ALTRO TIPO NEL NUC.FAM.		Rischio	
Z28.2	Z282	GRAVI DIST.MENTALI, DEVIANZA O HANDICAP DI ALTRO TIPO NEL NUC.FAM.		Rischio	
Z30.1	Z301	COMUNICAZIONE INTRAFAMILIARE LIEVEMENTE INSUFFICIENTE O DISTORTA		Rischio	
Z30.2	Z302	COMUNICAZIONE INTRAFAMILIARE GRAVEMENTE INSUFFICIENTE O DISTORTA		Rischio	
Z41.2	Z412	GUIDA E VIGILANZA DEI GENITORI GRAVEMENTE INADEGUATA		Rischio	
Z42.2	Z422	GRAVE PRIVAZIONE ESPERIENZIALE		Rischio	
Z43.1	Z431	SOLLECITAZIONI GENITORIALI LIEVEMENTE INAPPROPRIATE		Rischio	
Z43.2	Z432	SOLLECITAZIONI GENITORIALI GRAVEMENTE INAPPROPRIATE		Rischio	
Z48.1	Z481	CONDIZIONI EDUCATIVE QUALIT. ANORMALI DI ALTRO TIPO IN MODO LIEVE		Rischio	
Z48.2	Z482	CONDIZIONI EDUCATIVE QUALIT. ANORMALI DI ALTRO TIPO IN MODO GRAVE		Rischio	
Z50.1	Z501	ISTITUZIONALIZZAZIONE LIEVE		Rischio	
Z50.2	Z502	ISTITUZIONALIZZAZIONE GRAVE		Rischio	
Z51.1	Z511	SITUAZIONE GENITORIALE LIEVEMENTE ANOMALA		Rischio	
Z51.2	Z512	SITUAZIONE GENITORIALE GRAVEMENTE ANOMALA		Rischio	
Z53.1	Z531	LIEVI CONDIZ. DI VITA CHE CREANO UNA SITUAZ.PSICOSOC.POTENZ.RISCH.		Rischio	
Z53.2	Z532	GRAVI CONDIZ. DI VITA CHE CREANO UNA SITUAZ.PSICOSOC.POTENZ.RISCH.		Rischio	
Z58.1	Z581	CONDIZIONI LIEVEMENTE ANORMALI DELL'AMBIENTE A DIRETTO CONTATTO		Rischio	
Z58.2	Z582	CONDIZIONI GRAVEMENTE ANORMALI DELL'AMBIENTE A DIRETTO CONTATTO		Rischio	
Z61.1	Z611	ALLONT.DA CASA CHE COMPORTANO UNA IMPORT. MINACCIA CONTEST. LIEVE		Rischio	
Z61.2	Z612	ALLONT.DA CASA CHE COMPORTANO UNA IMPORT. MINACCIA CONTEST. GRAVE		Rischio	

Z62.2	Z622	CAMBIAMENTO GRAVEMENTE NEGATIVO DEL QUADRO DELLE RELAZIONI FAMIL.		Rischio
Z65.1	Z651	ESPERIENZE PERSONALI LIEVEMENTE SPAVENTOSE		Rischio
Z65.2	Z652	ESPERIENZE PERSONALI GRAVEMENTE SPAVENTOSE		Rischio
Z70.1	Z701	PERSECUZIONE O DISCRIMINAZIONE LIEVE	Query	Rischio
Z70.2	Z702	PERSECUZIONE O DISCRIMINAZIONE GRAVE		Rischio
Z71.1	Z711	EMIGRAZIONE O SRADICAMENTO SOCIALE LIEVE		Rischio
Z71.2	Z712	EMIGRAZIONE O SRADICAMENTO SOCIALE GRAVE		Rischio
Z81.1	Z811	RAGAZZO CAPRO-ESPIAT. DI INSEGN. O DI SUPERIORI NEL LAVORO LIEVE		Rischio
Z90.1	Z901	ISTITUZIONAL. LIEVE CONSEGUENTE A DISTURBO/DISABILITA' DEL BAMB.		Rischio
Z90.2	Z902	ISTITUZIONAL. GRAVE CONSEGUENTE A DISTURBO/DISABILITA' DEL BAMB.		Rischio
Z91.1	Z911	ALLONTANAMENTI DA CASA COMPORTANTI UNA LIEVE MINACCIA CONTESTUALE		Rischio
Z91.2	Z912	ALLONTANAMENTI DA CASA COMPORTANTI UNA GRAVE MINACCIA CONTESTUALE		Rischio
Z98.1	Z981	AVVENIM. E SITUAZ.DI LIEVE TENSIONE CONSEG. A DIST./DISAB.DEL BAMB		Rischio
Z98.2	Z982	AVVENIM. E SITUAZ.DI GRAVE TENSIONE CONSEG. A DIST./DISAB.DEL BAMB		Rischio

Allegato 8

Selezione codici ICD10 e casi in carico alla NPIA

Allegato 8 - Codici diagnostici individuati e numero casi nei servizi di NPIA per anno (2010-2012, valori assoluti)

Abuso/ rischio	Tipo abuso /rischio	Codice	Codice diagnosi	2010	2011	2012
Abuso	Fisico	T74	SINDROME DA MALTRATTAMENTO	2	2	3
		T741	SEVIZIE FISICHE: SINDROME DEL BAMBINO PERCOSSO	1	1	1
		T748	ALTRE SINDROMI DA MALTRATTAMENTO (FORME MISTE)	1	.	.
		Z131	LIEVE ABUSO FISICO DEL BAMBINO	19	20	16
		Z132	GRAVE ABUSO FISICO DEL BAMBINO	16	16	14
	Psicologico	T743	ABUSO PSICOLOGICO	1	.	.
		Z122	GRAVE OSTILITA' VERSO IL BAMBINO, BAMBINO CAPRO-ESPIATORIO	9	3	3
		Z141	LIEVE ABUSO SESSUALE ALL'INTERNO DELLA FAMIGLIA	16	8	8
		Z142	GRAVE ABUSO SESSUALE ALL'INTERNO DELLA FAMIGLIA	14	16	25
		Z812	RAGAZZO CAPRO-ESPIAT. DI INSEGN. O DI SUPERIORI NEL LAVORO GRAVE	1	3	2
	Sessuale	Z641	LIEVE ABUSO SESSUALE (EXTRAFAMILIARE)	12	10	8
		Z642	GRAVE ABUSO SESSUALE (EXTRAFAMILIARE)	10	6	9
	Rischio		Z102	MANCANZA GRAVE DI CALORE NELLA RELAZIONE GENITORE-BAMBINO	25	28
		Z111	LIEVE DISCORDIA IN FAMIGLIA TRA GLI ADULTI	194	195	201
		Z112	GRAVE DISCORDIA IN FAMIGLIA TRA GLI ADULTI	573	482	521
		Z121	LIEVE OSTILITA' VERSO IL BAMBINO, BAMBINO CAPRO-ESPIATORIO	12	12	13
		Z182	GRAVE ANORMALITA'DI ALTRO TIPO NELLE RELAZIONI INTRAFAMILIARI	95	93	90
		Z201	LIEVE DISTURBO MENTALE/DEVIANZA DI UN GENITORE	183	163	171
		Z202	GRAVE DISTURBO MENTALE/DEVIANZA DI UN GENITORE	231	191	162
		Z211	LIEVE DISABILITA'/HANDICAP DI UN GENITORE	59	57	63
		Z212	GRAVE DISABILITA'/HANDICAP DI UN GENITORE	66	63	56
		Z281	LIEVI DIST.MENTALI, DEVIANZA O HANDICAP DI ALTRO TIPO NEL NUC.FAM.	66	66	62
		Z282	GRAVI DIST.MENTALI, DEVIANZA O HANDICAP DI ALTRO TIPO NEL NUC.FAM.	86	76	72
		Z301	COMUNICAZIONE INTRAFAMILIARE LIEVEMENTE INSUFFICIENTE O DISTORTA	227	220	257
		Z302	COMUNICAZIONE INTRAFAMILIARE GRAVEMENTE INSUFFICIENTE O DISTORTA	141	136	138
		Z412	GUIDA E VIGILANZA DEI GENITORI GRAVEMENTE INADEGUATA	157	169	186
		Z422	GRAVE PRIVAZIONE ESPERIENZIALE	114	102	98
		Z431	SOLLECITAZIONI GENITORIALI LIEVEMENTE INAPPROPRIATE	338	329	346

Z432	SOLLECITAZIONI GENITORIALI GRAVEMENTE INAPPROPRIATE	154	147	120
Z481	CONDIZIONI EDUCATIVE QUALIT. ANORMALI DI ALTRO TIPO IN MODO LIEVE	56	68	77
Z482	CONDIZIONI EDUCATIVE QUALIT. ANORMALI DI ALTRO TIPO IN MODO GRAVE	33	39	39
Z501	ISTITUZIONALIZZAZIONE LIEVE	42	36	38
Z502	ISTITUZIONALIZZAZIONE GRAVE	70	78	78
Z511	SITUAZIONE GENITORIALE LIEVEMENTE ANOMALA	223	216	207
Z512	SITUAZIONE GENITORIALE GRAVEMENTE ANOMALA	271	267	252
Z531	LIEVI CONDIZ. DI VITA CHE CREANO UNA SITUAZ.PSICOSOC.POTENZ.RISCH.	102	101	115
Z532	GRAVI CONDIZ. DI VITA CHE CREANO UNA SITUAZ.PSICOSOC.POTENZ.RISCH.	108	97	109
Z581	CONDIZIONI LIEVEMENTE ANORMALI DELL'AMBIENTE A DIRETTO CONTATTO	9	19	15
Z582	CONDIZIONI GRAVEMENTE ANORMALI DELL'AMBIENTE A DIRETTO CONTATTO	11	8	10
Z611	ALLONT.DA CASA CHE COMPORTANO UNA IMPORT. MINACCIA CONTEST. LIEVE	17	19	17
Z612	ALLONT.DA CASA CHE COMPORTANO UNA IMPORT. MINACCIA CONTEST. GRAVE	21	16	18
Z622	CAMBIAMENTO GRAVEMENTE NEGATIVO DEL QUADRO DELLE RELAZIONI FAMIL.	121	124	120
Z651	ESPERIENZE PERSONALI LIEVEMENTE SPAVENTOSE	10	9	15
Z652	ESPERIENZE PERSONALI GRAVEMENTE SPAVENTOSE	37	36	46
Z701	PERSECUZIONE O DISCRIMINAZIONE LIEVE	7	5	3
Z711	EMIGRAZIONE O SRADICAMENTO SOCIALE LIEVE	213	230	233
Z712	EMIGRAZIONE O SRADICAMENTO SOCIALE GRAVE	210	203	189
Z811	RAGAZZO CAPRO-ESPIAT. DI INSEGN. O DI SUPERIORI NEL LAVORO LIEVE	1	3	2
Z901	ISTITUZIONAL. LIEVE CONSEGUENTE A DISTURBO/DISABILITA' DEL BAMB.	4	3	3
Z902	ISTITUZIONAL. GRAVE CONSEGUENTE A DISTURBO/DISABILITA' DEL BAMB.	.	1	2
Z911	ALLONTANAMENTI DA CASA COMPORTANTI UNA LIEVE MINACCIA CONTESTUALE	4	7	6
Z912	ALLONTANAMENTI DA CASA COMPORTANTI UNA GRAVE MINACCIA CONTESTUALE	6	7	9
Z981	AVVENIM. E SITUAZ.DI LIEVE TENSIONE CONSEG. A DIST./DISAB.DEL BAMB	15	17	18
Z982	AVVENIM. E SITUAZ.DI GRAVE TENSIONE CONSEG. A DIST./DISAB.DEL BAMB	24	21	15
Totale		4438	4244	4302

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Tiziano Carradori, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2013/1621

data 21/10/2013

IN FEDE

Tiziano Carradori

omissis

L'assessore Segretario: Muzzarelli Gian Carlo

Il Responsabile del Servizio
Segreteria e AA.GG. della Giunta
Affari Generali della Presidenza
Pari Opportunita'