

bambini e adolescenti



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

 **Regione Emilia-Romagna**

Redazione a cura di

Michela Bragliani, Servizio assistenza distrettuale, Regione Emilia-Romagna

Monica Pedroni, Servizio politiche familiari infanzia e adolescenza, Regione Emilia-Romagna

Impaginazione e stampa

Centro Stampa della Regione Emilia-Romagna, novembre 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.consultoriemiliaromagna.it

Le presenti linee di indirizzo sono state adottate con la Deliberazione di Giunta regionale n. 1677 del 18 novembre 2013.

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

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



INDICE

1 Un problema di salute pubblica	14
1.1 Definizione del fenomeno e conseguenze sullo sviluppo	15
1.2 Il modello ecologico dell'intervento	15
1.3 Complessità del fenomeno e nodi operativi nella "rete" degli interventi	17
2 Classificazione delle forme di maltrattamento e abuso	19
2.1 Maltrattamento fisico	19
2.2 Maltrattamento psicologico	20
2.3 Violenza assistita	20
2.4 Abuso sessuale	21
2.4.1 - Sfruttamento sessuale	21
2.5 Abuso "on line"	22
2.6 Patologia delle cure	23
2.7 Violenza tra pari: bullismo e cyberbullismo	24
3 Quadro normativo	25
3.1 Strumenti giuridici non penali di protezione dal maltrattamento	26
3.1.1 Il procedimento di controllo della potestà	27
3.1.2 Il procedimento di verifica dello stato di abbandono	27
3.2 Segnalazioni e procedimenti civili di protezione	28
3.3 Segnalazione: a chi, come, quando	29
3.4 Segnalazioni e maltrattamenti penalmente rilevanti	30
3.5 L'articolo 403 del codice civile	30
3.6 Il minore conteso	31
3.7 Il minore vittima di reati di maltrattamento	32

4 Metodologia di lavoro	34
4.1 Prima fase	34
4.2 Seconda fase	35
4.3 Terza fase	36
5 Raccomandazioni in caso di maltrattamento/abuso	37
5.1 Introduzione e fasi dell'intervento	37
5.2 Rilevazione	38
5.2.1 - Raccomandazioni nella fase di rilevazione	38
5.2.2 - Raccomandazioni specifiche aggiuntive	41
5.3 Attivazione della rete dei servizi	44
5.3.1 - Raccomandazioni nella fase di attivazione della rete dei servizi	44
5.3.2 - Raccomandazioni specifiche aggiuntive	46
5.4 Segnalazione all'autorità giudiziaria e misure di protezione	46
5.4.1 - Raccomandazioni nella fase di segnalazione all' autorità giudiziaria e misure di protezione del minore	46
5.5 Valutazione multidisciplinare	48
5.5.1 - Raccomandazioni nella fase di valutazione multidisciplinare	48
5.6 Trattamento	48
5.6.1 - Raccomandazioni nella fase di trattamento	49
6 Raccomandazioni per un percorso organizzativo: ipotesi di sviluppo di accordi di livello locale	50
6.1 La Regione	50
6.2 Il livello territoriale	51
6.2.1 - Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie	51
6.2.2 - Aziende sanitarie ed Enti Locali	52

7 Raccomandazioni in tema di formazione	53
7.1 Aggiornamento, formazione, supervisione e consulenza	53
7.2 Livelli della formazione	54
7.2.1 - Formazione di base	54
7.2.2 - Formazione specialistica	54
7.2.3 - Consulenza specialistica di II° livello	55
7.2.4 - Formazione sugli aspetti organizzativi	55
7.3 I destinatari della formazione e della sensibilizzazione ai temi del maltrattamento minorile	55
8 Contestualizzazione del fenomeno a partire dai dati disponibili	57
8.1 Dati di livello nazionale	57
8.2 I dati regionali di fonte giudiziaria e di fonte Istat	59
8.3 I minori in carico ai Servizi sociali territoriali	60
8.4 I minori in carico alle unità di neuropsichiatria infanzia e adolescenza	65
8.5 Dati di livello locale: centri specialistici e progetti dedicati	67
9 Monitoraggio e Indicatori	68
9.1 Il Sistema Informativo Regionale	68
9.2 Monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni regionali	69
9.3 Valutazione dei risultati dell'applicazione delle raccomandazioni regionali sul fenomeno: proposta di alcuni indicatori comuni	69
Bibliografia generale	71
Componenti sottogruppo bambini e adolescenti	77

Allegati

Elenco allegati contenuti nel cd-rom

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

La violenza contro le donne e i minori, oltre a quella presente in altre relazioni interpersonali, è sempre più frequente e ha effetti devastanti sulle vittime e su tutta la comunità. Dobbiamo constatare che ancora oggi le risposte sociali in proposito sono a volte frammentate o insufficienti e che, 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.

La Regione Emilia-Romagna, che da anni lavora in forma integrata con il territorio per il contrasto e la prevenzione della violenza contro le donne e i minori, ha accolto pienamente questa sollecitazione e si è voluta dotare di specifiche Linee di Indirizzo per ottimizzare ed estendere idonee modalità di accoglienza e presa in cura delle donne e dei minori vittime di violenza e maltrattamenti.

Anche mediante questo strumento si intendono perseguire e sviluppare, sui valori che la Regione riconosce e sulla visione complessiva all'interno della quale questo si iscrive, adeguate politiche attive che riconoscano il fenomeno della violenza per quello che è e per tutti gli individui che ne sono vittima.

La violenza nei confronti delle donne e dei minori è un fenomeno ad iceberg, per quanto ciò che emerge risulti già molto contundente dal punto di vista della sensibilità individuale e sociale: è intenzione della Giunta occuparsi dell'intero fenomeno, pur con delle priorità,

una delle quali è stata individuata nell'ambito del Piano sociale e sanitario nella tutela di donne e bambini. Ma non è tutto.

Al riguardo, sono necessarie politiche di accoglienza, di ascolto, che individuino il fenomeno, le persone, e se ne prendano carico offrendo risposte integrate e standardizzate improntate all'equità.

La Regione vuole farsi carico di tutto questo con azioni di sostegno e la realizzazione di strumenti utili alle finalità generali.

Quello delle Linee di indirizzo è appunto uno di questi strumenti.

In gran parte frutto di esperienze già consolidate sul territorio, le Linee di Indirizzo fanno emergere le migliori sperimentazioni e le prassi più appropriate, ne fanno sistema e diventano offerta, guida e accompagnamento per tutta la regione.

Alle Linee di Indirizzo seguiranno documenti operativi specifici per un maggiore approfondimento dei diversi momenti di lavoro con le donne e i minori vittime di violenza.

Nel suo complesso è stato dunque costruito un modello di governance pubblico integrato che vede al centro la persona e che valorizza il ruolo delle strutture del privato sociale, del Terzo settore, dell'associazionismo, in modo particolare per quel che riguarda il contrasto della violenza di genere, che nella nostra regione rappresenta da tempo una storia ricca ed intensa di collaborazione con i Servizi pubblici.

Un ringraziamento finale a tutti gli operatori che con sapiente professionalità hanno collaborato alla stesura del documento, nell'intento comune di contrastare la violenza e di affermare il diritto all'integrità di ogni nostro cittadino e cittadini, fin dall'infanzia.

Carlo Lusenti

assessore regionale alle politiche per la salute

Teresa Marzocchi

assessore regionale alle politiche sociali

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 Tardieu ¹ 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;

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

- implementare assetti organizzativi che favoriscano il confronto/integrazione tra professionisti/servizi per il raggiungimento di obiettivi condivisi negli interventi di protezione, tutela e cura nell'ottica del preminente interesse del minore.

Le Linee di indirizzo in sintesi:

Rappresentano una **cornice di riferimento** per i Servizi, gli Enti e i diversi soggetti della rete a vario titolo coinvolti dalla tematica (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 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

in 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 al dott. L. Fadiga, Garante per l'infanzia e l'adolescenza
- 1/2/2013: 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 linee di indirizzo 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 Organizzazioni Sindacali 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.378/2010 2 (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 2011, del Garante dell'infanzia e dell'adolescenza dell'Emilia-Romagna, Dott. Luigi Fadiga al quale si deve il contributo del capitolo terzo sul quadro normativo di riferimento.

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 (Malacrea, 2002; Van der Kolk, 2005; Courtois e Ford, 2009), provoca una grave privazione del potere e del controllo personale, una rilevante distorsione dell'immagine di sé e del mondo circostante. In ogni caso costituisce sempre un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità in formazione.

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).

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.

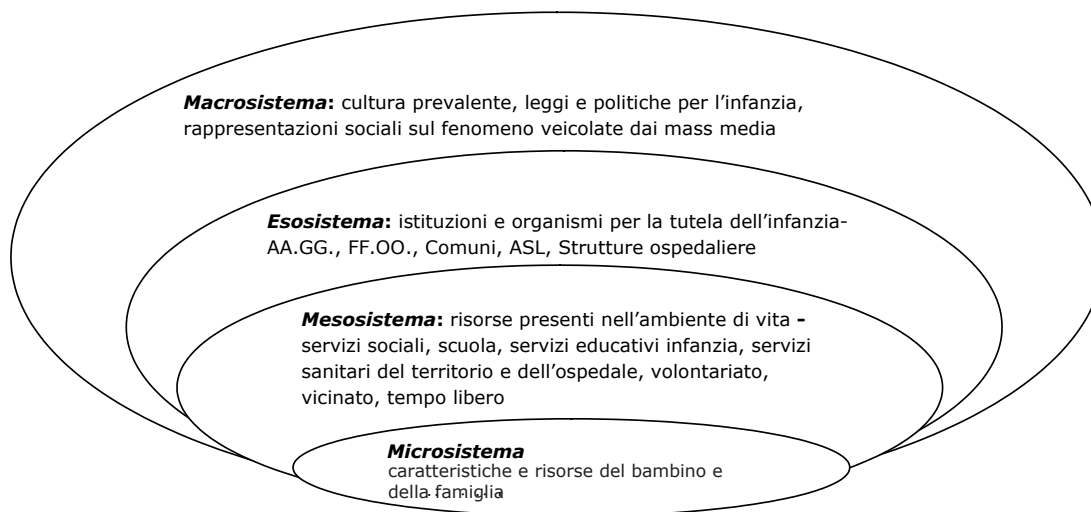


Figura 1. Prospettiva ecologica: eziologia, prevenzione e cura del danno

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 *Linee di Indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere*³) 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).

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).

³ Adottate con la Deliberazione di Giunta regionale n. 1677 del 18 novembre 2013.



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 costituiscono indubbiamente una potenziale ricchezza ma che, quando non si ricompongono in una cultura professionale integrata, espone il minore a rischio di vittimizzazione secondaria.

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

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

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

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

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 le risorse specialistiche sulle quali poter fare affidamento;
- assicurare un sapere aggiornato sul fenomeno.

E inoltre:

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

La necessità di garantire appropriatezza ed efficacia delle azioni sollecita quindi l'adozione di una prospettiva professionale integrata tra diverse discipline e servizi.

Principi come "lavoro di rete" e "approccio multidisciplinare" non possono rimanere relegati nel confine delle "buone intenzioni" o di esperienze professionali isolate senza correre il rischio, nel tempo, di svuotarsi di significato.

Affrontare il maltrattamento/abuso richiede una cornice tutelante rivolta principalmente alle vittime per sostenere le loro necessità evolutive, ma necessaria anche agli operatori coinvolti per supportare e qualificare interventi complessi e rilevanti risvolti emotivi, prodotti dall'impatto con la violenza e la sofferenza.

2. Classificazione delle forme di maltrattamento e abuso

Il maltrattamento/abuso può esprimersi in:

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

e inoltre:

- bullismo e cyberbullismo.

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)⁴.

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 minore 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.

⁴ 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 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.

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 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 sessuale⁵. E' il comportamento di chi percepisce danaro od altre utilità, da parte di singoli o di gruppi criminali organizzati, finalizzato all'esercizio di:

- **pedopornografia**: ogni rappresentazione, con qualunque mezzo, di un minore in attività sessuali specifiche, reali o simulate, o qualunque rappresentazione degli organi sessuali di un minore per scopi principalmente sessuali,
- **prostituzione minorile**: il minore viene indotto a compiere atti sessuali in cambio di denaro o altra utilità;
- **turismo sessuale**: si definisce "turista sessuale" colui che al fine di praticare sesso con i minori, organizza periodi di vacanza (o di lavoro) in paesi che, non solo tollerano la prostituzione minorile, ma spesso la propagandano per attirare il turista e incassare così valuta pregiata.

⁵ 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.

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 diffusione⁶, 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 cybersex (sesso virtuale);
- b) induzione a guardare pornografia per adulti, induzione alla produzione di foto o video erotiche⁷;
- 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 alle immagini dell'abuso da parte di molte persone e la possibilità di scaricarle.

Il fatto che la "realtà" dell'abuso si cristallizza nella rete, distorcendo la dimensione temporale dei fatti, unito alle conseguenze della vittimizzazione sessuale in un soggetto in età evolutiva, lo caratterizza come un "trauma pervasivo": le immagini dell'abuso o dei contatti sessuali in rete amplificano all'infinito gli effetti dell'abuso sulla vittima, l'abuso diventa, così, una realtà fattuale persecutoria ed eterna con cui la vittima deve fare i conti "per sempre" (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 straniera (Wolak, et al. 2004, 2008) che italiane⁸, 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 polizia⁹ 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.

⁶ 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).

⁷ 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.

⁸ Ricerche di Save the Children: www.savethechildren.it

⁹ Legge 6 febbraio 2006, n. 38, Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet".

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 forme:

1. il "Medical Shopping per procura" è una condizione nella quale uno o entrambi i genitori, molto preoccupati per lo stato di salute del bambino a causa di segni/sintomi modesti, lo sottopongono a inutili ed eccessivi consulti medici,
2. nel "Chemical Abuse" vengono somministrate al bambino dai genitori, di propria iniziativa, sostanze o farmaci che possono essere dannose allo scopo di provocare sintomi che richiamino l'attenzione dei sanitari;
3. nella "Sindrome di Münchhausen per procura (MPS)" un genitore, generalmente la madre, attribuisce al figlio malattie inesistenti, frutto di una convinzione distorta circa la propria salute, poi trasferita sul bambino che tende successivamente a colludere con questo atteggiamento simulando i sintomi di malattie. La diagnosi è spesso difficile e tardiva, complice la frequente incredulità e la involontaria collusione dei medici, ed elevata la mortalità.

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

2.7 Violenza tra pari: bullismo e cyberbullismo ^{10 11}

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. ¹²

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**” ¹³ (“*cyberbullying*” nella letteratura anglofona). Esso descrive un atto aggressivo, intenzionale condotto da un individuo o un gruppo usando varie forme di contatto elettronico, ripetuto nel tempo contro una vittima che non può facilmente difendersi (Smith et al., 2008). L'aggressore può agire nell'anonimato e può diffondere le offese attraverso il web raggiungendo un pubblico potenzialmente illimitato.

¹⁰ A cura di Luca Degiorgis, Giudice Onorario presso la Corte d'appello Minorile dell'Emilia-Romagna

¹¹ Minori e giustizia (n. 4/2007) Dalla violenza sui minori alla violenza dei minori: causa ed effetti del bullismo

¹² Buccoliero E. e Maggi M., Bullismo, bullismi, editore Franco Angeli, Milano, 2005

¹³ Vedi anche Genta M.L., Brighi A., Guarini A., Cyberbullismo. Ricerche e strategie di intervento, Franco Angeli 2013, approfondimento di Stefano Versari su “Bullismo e cyberbullismo: nuove identità e ruolo della scuola”

3. Quadro normativo ^{14 15}

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 par-

¹⁴ A cura del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza, Regione Emilia-Romagna, Dr. Luigi Fadiga

¹⁵ 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.

tenza 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 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. È 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'articolo 403 del codice civile

Strumento importante di protezione è l'art. 403 codice civile, secondo il quale quando un minore è in una situazione di pregiudizio ambientale abitativo educativo o relazionale, o è trascurato maltrattato o abbandonato, *“la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in luogo sicuro, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione”*. La norma, risalente alla entrata in vigore del codice civile (1942) e mai armonizzata con le successive riforme, pecca di eccessiva genericità, ma non c'è dubbio che attribuisca ai servizi sociali del territorio (*“organi di protezione dell'infanzia”*) il potere/dovere di disporre allontanamenti provvisori e urgenti dandone immediata comunicazione all'autorità giudiziaria minorile (e cioè al procuratore della repubblica presso il tribunale per i minorenni).

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

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 una strategia complessa che comprenda una maggior diffusione della cultura della mediazione e che veda impegnati i capi degli uffici giudiziari, i consigli degli ordini forensi, le sedi formative degli operatori giudiziari, le forze dell'ordine e i responsabili dei servizi sociali per l'infanzia.

Uno sforzo per definire linee guida comuni è in atto, ma non potrà dare risultati in tempi brevi.

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 Lanzarote¹⁶ e la recente Direttiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo, e a livello nazionale la Carta di Noto ed i reati di pornografia minorile (art. 600 ter cod. pen.), pornografia virtuale minorile (/600 quater cod. pen.).

Nel nostro ordinamento un certo numero di condotte violente o maltrattanti in danno di soggetti minorenni era da tempo previsto e punito dalla legge penale come reato. Esemplificando, la violenza fisica può costituire il delitto di lesioni personali (artt. 582, 583, 585 cod. pen.); la violenza psicologica il delitto di maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli (art. 572 cod. pen.); l'abbandono di minore il delitto di abbandono di persone minori o incapaci (art. 591 cod. pen.).

Tuttavia, fatta eccezione per i delitti contro la personalità individuale (es.: art. 600 bis, prostituzione minorile) e contro la libertà personale (es.: art. 609 bis, violenza sessuale; 609 quater, atti sessuali con minorenne; art. 609 octies, violenza sessuale di gruppo), per i quali l'art. 609 decies prevede che il procuratore della repubblica ne dia notizia al tribunale per i minorenni; che il minore vittima abbia diritto all'assistenza affettiva e psicologica di una persona da lui indicata; che in ogni caso gli sia assicurata l'assistenza del servizio sociale minorile del ministero della giustizia e dei servizi dell'ente locale, non esiste nel nostro diritto penale un sistema organico di protezione e tutela della vittima minorenne. Nemmeno esiste un organico raccordo normativo con il settore della protezione giudiziaria e con quello dei servizi sociali. Questo può dar luogo a sovrapposizione di interventi, o a interventi contraddittori e non coordinati., tanto più che anche la terminologia favorisce gli equivoci, come accade per la nozione di abbandono. Questa infatti ha un diverso significato e diversi effetti in campo penale (cfr. art. 591 cod. pen.) e in campo civile (cfr. art. 8 legge 184/1983).

Un approccio organico alla materia dei diritti delle vittime di reato e della loro assistenza e protezione è fornito invece nella citata Direttiva 2012/29/UE del Parlamento e del Consiglio Europeo, alla quale i Paesi membri dovranno conformare la loro legislazione entro il 16 novembre 2015. Nel frattempo, le disposizioni della Direttiva hanno già valore di criterio interpretativo della normativa vigente e possono fornire indicazioni importanti.

Prima fra queste è il diritto della vittima di essere riconosciuta e trattata "in maniera rispettosa, sensibile, personalizzata, professionale e non discriminatoria", in tutti i contatti con i servizi o con la giustizia penale. Se la vittima è un minore, deve essere considerato il suo superiore interesse e si deve procedere a una valutazione individuale delle sue specifiche esigenze di protezione. Si privilegia un approccio rispettoso che tenga conto dell'età, della maturità, delle opinioni, delle necessità e delle preoccupazioni (art.1). Fin dal primo contatto, la vittima minorenne ha il diritto di capire e di essere capita (art. 3); ha il diritto di essere ascoltata (art. 10); di avere accesso alla difesa a spese dello Stato dove la normativa interna lo preveda art. 13); di avere un rappresentante legale o un curatore speciale quando vi sia conflitto di interesse con i genitori o quando non sia accompagnato o sia separato dalla famiglia (art. 24 b, c).

¹⁶ ratificata con legge 1 ottobre 2012 n. 172 Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale, fatta a Lanzarote il 25 ottobre 2007, nonché norme di adeguamento dell'ordinamento interno

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

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. 13974/1.2;
- Legge regionale 12 marzo 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:

singole 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, (quali 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 pediatri di comunità, gli assistenti sanitari, gli psicologi e i neuropsichiatri infantili, i logopedisti e i terapisti della riabilitazione, gli educatori professionali, i professionisti dei SERT, della salute mentale e dei consultori familiari
- Il Servizio Sanitario ospedaliero con i pediatri e i medici, infermieri, ostetriche 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'autorità giudiziaria 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 Soccorso regionali siano integrati in maniera informatica per facilitare la ricerca di precedenti accessi e rilevare la migrazione degli adulti presunti abusanti per valutare l'entità del rischio e attuare misure preventive e protettive.

SCUOLA

Come già previsto dai protocolli stipulati a livello provinciale fra diverse istituzioni (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 regionale**¹⁷

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

TERZO SETTORE¹⁸

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

¹⁷ 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.

¹⁸ Il Terzo Settore comprende: sistema di accoglienza extra-familiare, cooperative sociali, associazione di volontariato, Centri di aggregazione, Centri Antiviolenza ecc.)

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:**

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

E' raccomandabile che sia assicurato:

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

* Abuso sessuale

Va tenuto presente che in questi casi:

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

Si raccomanda che sia assicurato:

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

¹ Alcuni 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.

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

³ Vedi 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 Münchhausen 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, Consulori Familiari, MMG, SERT, Salute Mentale, Centri antiviolenza e Forze dell'Ordine) (Vedi anche *Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere*)
- non sottovalutare il singolo episodio e la sua potenziale pericolosità

*** Incuria/trascuratezza grave**

Si raccomanda che sia assicurata particolare attenzione nei casi di:

- nati pretermine
- neonati in astinenza a causa dell'assunzione di droghe, di alcool e di comportamenti a rischio della madre durante la gravidanza
- generale atteggiamento di negazione o di ritardo nel provvedere a cure sanitarie necessarie, prescritte o raccomandate; rifiuto dei genitori a ricevere servizi di cura per il figlio minore in caso di bisogno, es. un disturbo di apprendimento diagnosticato, o altre necessità di tipo fisico o psichico, senza una ragionevole spiegazione
- frequenti ricorsi a cure mediche/ricoveri causati da assente o inadeguata vigilanza come lasciare esposto il bambino a pericoli all'interno ed all'esterno dell'abitazione
- condizione di isolamento del bambino, per cui non gli è consentito di interagire o di comunicare con i coetanei o gli adulti al di fuori o all'interno della casa
- non assolvimento dell'obbligo scolastico
- frequenti e ripetitive assenze ingiustificate da scuola qualora il genitore sia informato del problema e non abbia cercato una soluzione
- grave compromissione dello sviluppo fisico, cognitivo, emotivo ("*failure to thrive*")

5.3 Attivazione della rete dei servizi

Il lavoro di rete è indispensabile per:

- garantire il necessario approccio multidisciplinare
- prevenire o contenere i rischi di frammentazione degli interventi
- facilitare la realizzazione di interventi coerenti
- evitare la sovrapposizione delle iniziative e delle azioni
- contenere gli aspetti emotivi dei professionisti¹⁹
- aiutare a creare uno spazio di accoglienza del dubbio (la maggioranza dei casi di sospetto maltrattamento/abuso) riducendo il rischio di sopra/sottovalutazione
- favorire una prima valutazione congiunta degli elementi di rischio per il minore e del grado di protezione necessario.

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

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 sociale[§]) coordini gli interventi e riceva la collaborazione attiva da parte degli altri professionisti coinvolti in prima istanza o che conoscono il caso
- la segnalazione e la conseguente presa in carico, previste negli accordi interservizi, risultino assicurate e documentate nelle rispettive cartelle/documentazione

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

¹⁹ 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
- siano definiti i percorsi di protezione ed eventuali convenzioni con comunità di accoglienza, anche in emergenza
- siano fornite ai professionisti e ai servizi indicazioni chiare e dettagliate sulla propria organizzazione (chi contattare e come)

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

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 del minore

La segnalazione all'AA.GG. costituisce un nodo cruciale nel percorso protettivo dei bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso nei casi in cui si delinei, come definito dalla Legge, un'ipotesi di rischio/reato (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'autorità giudiziaria e misure di protezione del minore

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 responsabili dei competenti servizi della regione, modalità di collaborazione per l'applicazione delle presenti linee di indirizzo (es. *Consensus-Conferenza* 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 segnalazione/denuncia alla AA.GG. e su come attivare sempre contestualmente il Servizio Sociale
- abbia la possibilità di condividere tempestivamente la responsabilità di questo passo con consulenti sanitari esperti (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'AA. GG.
- su come comportarsi con la famiglia in caso di segnalazione/denuncia alla Magistratura
- sulle procedure di rapida attivazione del Servizio Sociale
- sulle opportunità territoriali disponibili per realizzare azioni di informazione/formazione per le famiglie

5.5 Valutazione multidisciplinare

La fase di valutazione degli elementi diagnostici e prognostici impegna in modo integrato competenze sociali, mediche, psicologiche ed educative²⁰.

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

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)

²⁰ L'approccio multidisciplinare non sostituisce in nessun caso il contributo specifico che i singoli professionisti sono tenuti a fornire in ogni fase dell'intervento

- 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 giudiziario²¹.

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.

²¹ Si veda, ad esempio, il progetto "E dopo cosa succede?" a cura della Onlus "L'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 locale.

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

6.1 La Regione

Allo scopo di monitorare l'applicazione delle presenti linee di indirizzo la Regione:

1. attiverà un formale coordinamento regionale (gruppo i cui componenti saranno individuati tra i referenti del percorso socio-sanitario integrato Maltrattamento/Abuso²² 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

²² Si intende con **Percorso socio-sanitario integrato M/A** (come da L.R. n. 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.

- 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, anche attraverso revisioni periodiche
- 5. sensibilizzerà e promuoverà l'inserimento di tematiche specifiche sul maltrattamento/abuso 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. n. 14/2008 e dalla D.G.R. n.1904/2011), in corso di elaborazione
- 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 complessi²³ di prossima adozione, dovranno pianificare l'attuazione delle presenti raccomandazioni, in particolare avranno il compito di:

1. individuare uno o più referenti²⁴ 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
2. 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 specialistiche²⁵ di secondo livello (L.R. n. 14/2008, Art. 18²⁶).
3. effettuare la ricognizione e l'identificazione delle risorse professionali attivabili nei servizi sanitari e sociali a supporto dei casi più complessi.

²³ In applicazione della DGR n. 1904/2011, Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari.

²⁴ 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 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 su aspetti medico-legali²⁷ e "Fratture e abuso"²⁸
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 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".

²⁶ L'équipe 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.

²⁷ Vedi voce bibliografica: Regione Emilia-Romagna, Minori vittime di violenza, documento elaborato dal tavolo di medicina legale, di prossima pubblicazione

²⁸ 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. Raccomandazione 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 Magi-

struttura 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 infantile²⁹), 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 (inquadranti diagnostici e cura), sociale e educativa (valutazione/recupero del rischio psico-sociale 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.

²⁹ ma anche Ortopedia, Radiologia, Dermatologia, Anestesia e Rianimazione, Oftalmologia, Chirurgia e Chirurgia pediatrica, Emergenza-Urgenza

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").

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

7.2.4 Formazione sugli 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 Sociali³⁰ ed Educativi professionali³¹:

- 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 0-3 e 3-6 anni del servizio integrato regionale

Compito degli insegnanti/educatori è quello 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.

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.

³⁰ Territoriali ed ospedalieri

³¹ Educatori professionali

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, 2002 ³²) 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, né consegua 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" ³³(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.*

³² World Health Organization (2002). World Report on Violence. Ginevra: WHO.

³³ Il Rapporto citato è stato approvato nella seduta dell'Osservatorio nazionale infanzia e adolescenza del 26 novembre 2012

Già nel 2001³⁴, 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 statistiche nazionali è rimasto invariato, ed in alcune dimensioni è addirittura peggiorato³⁵.

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 Hommes*³⁶ in collaborazione con Cismai (*Coordinamento italiano servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia*)³⁷, 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 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

³⁴ 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).

³⁵ 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.

³⁶ Organizzazione non governativa particolarmente impegnata nella difesa dei diritti dell'infanzia.

³⁷ 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/>

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 minorenni, 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. 7). 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).

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: Istat³⁸

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 casi³⁹.

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 maschi⁴⁰.

³⁸ <http://www.istat.it/it/archivio/13980>

<http://www.istat.it/it/archivio/20189>

<http://www.istat.it/it/archivio/50144>

³⁹ 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)

⁴⁰ V. nota precedente, cfr. tab. 7.4 a pag. 176, Quaderni di Statistica

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 2006⁴¹.

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 assicurare le funzioni di tutela e protezione dei minori⁴², 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 (...)"⁴³.

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 1.500⁴⁴. Rapportato alla popolazione minorenni residente, si tratta di circa 2 bambini e ragazzi ogni 1.000 residenti minorenni (cfr. tab. 2).

⁴¹ 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.

⁴² 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".

⁴³ 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.

⁴⁴ 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>.

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 alimentano i sistemi informativi su base individuale⁴⁵.

Nel caso dei minori vittima di violenze la percentuale di copertura attraverso i dati individuali è del 64% ⁴⁶, pertanto le analisi di cui sopra si concentreranno su 958 casi.

⁴⁵ 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.

⁴⁶ 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.

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
Totali valori assoluti	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
Totali valori assoluti	617	341*	958	35,6

*di cui 47 cittadini europei

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) (7)

Situazione familiare	Totali valori assoluti	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

(7) 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 valori assoluti	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 valori assoluti	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 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 (NPIA) vengono raccolti attraverso il flusso informativo regionale SINPIAER⁴⁷. 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-psiopatologia
- neurologia
- psiopatologia 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 anomalie 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

⁴⁷ 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, valori assoluti)

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

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: sì/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//
8. Bertotti T., Bianchi D., (2005) La rilevazione della violenza assistita nei servizi sociali territoriali pubblici e privati. in Luberti R., Pedrocco 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 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 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-Il 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 Zulueta F. (1993) *From pain to Violence*. London: Whurr Ed. Trad. Italiana (1999) *Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche dell'aggressività*. Milano, Raffaello Cortina Ed.
39. Di Blasio P. (1997) Abusi all'infanzia: fattori di rischio e percorsi di intervento in "Ecologia della Mente", 20 (2) pp. 153-170
40. Di Blasio P. (a cura di) (2005) *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*, Milano, Unicopli Ed.
41. Feldman et al. (2007) Letter to the Editor: Beyond Munchausen syndrome by proxy *Pediatrics* 120:5, 1217-1218
42. Felitti V.J., Anda R.F. et al., (last review 2013) The Adverse Childhood Experiences (ACEs) Study, in www.cdc.gov/ace/outcomes.htm
43. Finkelhor D., Browne A. (1985) The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55: 530-541
44. Finkelhor D. (1994) The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 18: 409-417.
45. Finkelhor D. (1994) Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Children*, 4:31-53
46. Finkelhor D., The science (1999) *Child Abuse and Neglect*, 23: 969-974
47. Fonzi A., (1997) *Il bullismo in Italia. Il fenomeno delle prepotenze a scuola dal Piemonte alla Sicilia*, Giunti Ed.
48. Friedrich W.N., et al. (1991) Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, 88, pp. 456-464.
49. Friedrich W.N., et al. (1992) Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment* 4, pp. 303-311
50. 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
51. Gallina M.A. (a cura di) (2009) *Dentro il bullismo. Contributi e proposte socio-educative per la scuola*. Milano, Franco Angeli Ed., pp. 316
52. Genta M.L., Brighi A., Guarini A. (2009) *Bullying and cyberbullying in adolescence*. Roma, Carocci Ed.
53. Gil E., Johnson T. C. (1993) *Sexualized children: Assessment and treatment of sexualized children and children who molest*. Rockville, MD: Launch Press
54. 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.
55. 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
56. 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

57. 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.
58. 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
59. 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
60. 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
61. Kempe R., Kempe E.H. Child abuse. Fontana/Open books, London 1978. Traduzione italiana: Le violenze sul bambino. Roma, Armando Ed., 1980
62. 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
63. 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"
64. 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
65. 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>
66. 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>
67. 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.
68. Luberti R., Biancardi M.T. (2005) La violenza assistita intrafamiliare. Milano, Franco Angeli Ed.
69. Malacrea M., Vassalli A. (1990) Segreti di famiglia. Milano, Cortina Ed.
70. Malacrea M. (1998) Trauma e riparazione. La cura nell'abuso all'infanzia. Milano, Raffaello Cortina Ed.
71. Malacrea M. (2001) Abuso sessuale all'infanzia: esigenze cliniche e giudiziarie, Cittadini in crescita, 2/1, 33-63
72. Malacrea M., Lorenzini S. (2002) Bambini abusati. Milano, Raffaello Cortina Ed.
73. Malacrea M. (2010) Crescere senza violenza, in www.cismai.org
74. 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.
75. Montecchi, F. (a cura di) (2002) Abuso sui bambini: l'intervento a scuola, Milano, Franco Angeli Ed.
76. Montecchi F. (2002) Maltrattamenti e abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce. Milano, Franco Angeli Ed.
77. Montecchi F. (2005) Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento. Roma, Fran-

- co Angeli Ed.
78. Ney, P.G. (1987) The treatment of abused children, the natural sequence of events, in American Journal of Psychotherapy, XLI, 3
 79. 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
 80. Osservatorio Nazionale Abusi Psicologici - Le condotte criminose online. (2010) In Profiling. I profili dell'abuso. in www.onap-profiling.org/archives/865
 81. 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"
 82. 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
 83. 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>
 84. Regione Emilia-Romagna, Minori vittime di violenza, documento elaborato dal tavolo di medicina legale (titolo provvisorio), di prossima pubblicazione
 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, Erikson 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). "Cyberbullying: 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 intrafamiliare: 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/minori/il-programma-dellunione-sui-diritti-dei-minori

96. Telefono Arcobaleno, in www.telefonoarcobaleno.org
97. The National Center for Trauma-Informed Care: 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 (1999) World report on violence and health
102. World Health Organisation (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 (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

Siti di interesse:

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/>

Componenti sottogruppo bambini e adolescenti

Dante Baronciani, Servizio presidi ospedalieri, Regione Emilia-Romagna
Marisa Bianchin, AUSL Ravenna
Michela Bragliani, Servizio assistenza distrettuale, Regione Emilia-Romagna
Antonio Brambilla, Servizio assistenza distrettuale, Regione Emilia-Romagna
Mariagnese Cheli, Centro specialistico "Il Faro", Dipartimento di Cure Primarie, AUSL Bologna
Alessandra De Palma, medicina legale, Azienda Ospedaliero-Universitaria- Policlinico S.Orsola Malpighi, Bologna
Leontina Felicani, AUSL Bologna
Annamaria Ferrari, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Elisabetta Ghesini, Area infanzia e adolescenza, Provincia Ferrara
Leonardo Laroni, pediatra, Ravenna
Massimo Masi, coordinatore scientifico, pediatra, Bologna
Maria Cristina Molinaroli, U.O. Ginecologia - Centro salute donna, AUSL Piacenza
Luciana Nicoli, Dipartimento di cure primarie, AUSL Bologna
Maria Augusta Nicoli, Agenzia sociale e sanitaria, Regione Emilia-Romagna
Antonella Oriani, Coordinamento regionale case e centri antiviolenza
Monica Pedroni, Servizio politiche familiari infanzia e adolescenza, Regione Emilia-Romagna
Paola Poggi, Servizio famiglia e tutela minori, Comune di Piacenza
Daniela Rebecchi, Dipartimento salute mentale, AUSL Modena
Isa Ruffilli, "L'isola che c'è" ONLUS, pediatra, Bologna
Maria Maffia Russo, AUSL Rimini
Emanuela Sani, U.O. Integrazione socio sanitaria minori con patologie neuropsichiatriche, AUSL Parma
Daniela Scrittore, Politiche per la coesione sociale e la solidarietà, Comune di Reggio Emilia
Gina Simoni, Area servizi sociali, Comune di Bologna
Gloria Soavi, Centro contro la violenza all'infanzia, AUSL Ferrara
Naike Sola, medicina legale, Azienda Ospedaliero-Universitaria- Policlinico S.Orsola Malpighi, Bologna

La redazione del volume è stata curata da

Marisa Bianchin, AUSL Ravenna
Michela Bragliani, Servizio assistenza distrettuale, Regione Emilia-Romagna
Mariagnese Cheli, Centro specialistico "Il Faro", AUSL Bologna
Alessandra De Palma, medicina legale, Azienda Ospedaliero-Universitaria- Policlinico S.Orsola Malpighi, Bologna
Luigi Fadiga, garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza, Regione Emilia-Romagna
Leonardo Laroni, pediatra, Ravenna
Massimo Masi, coordinatore sottogruppo, pediatra, Bologna
Simona Massaro, Servizio politiche familiari infanzia e adolescenza, Regione Emilia-Romagna
Luciana Nicoli, Dipartimento di cure primarie, AUSL Bologna
Monica Pedroni, Servizio politiche familiari infanzia e adolescenza, Regione Emilia-Romagna
Isa Ruffilli, "L'isola che c'è" ONLUS, pediatra, Bologna
Maria Maffia Russo, AUSL Rimini
Alessio Saponaro, Servizio salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri, Regione Emilia-Romagna
Gina Simoni, Area servizi sociali, Comune di Bologna
Gloria Soavi, Centro contro la violenza all'infanzia, AUSL Ferrara, Cismai
Naike Sola, medicina legale, Azienda Ospedaliero-Universitaria- Policlinico S.Orsola Malpighi - Bologna

Ringraziamenti

Si ringraziano per la collaborazione alla stesura del testo:

Sandra Benedetti, Servizio politiche familiari infanzia e adolescenza, per l'approfondimento sui Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-3 e 3-6 anni del sistema integrato regionale

Luca Degiorgis, giudice onorario Tribunale per i minorenni dell'Emilia-Romagna per l'approfondimento su bullismo e cyberbullismo

Stefano Versari, vice direttore generale Ufficio scolastico regionale per la supervisione in particolare alla stesura dei cap. 5 e 7

Si ringraziano inoltre:

Dante Baronciani, Servizio presidi ospedalieri, Regione Emilia-Romagna per la metodologia di lavoro

Cristina Caravita, Servizio legale-assicurativo, Azienda Ospedaliero-Universitaria- Policlinico S.Orsola Malpighi - Bologna per la consulenza giuridica

Maria Vittoria Fabbri, Servizio coordinamento politiche sociali e socio educative, per la realizzazione delle piattaforme informatiche A-Collab e Plone utilizzate dal gruppo di lavoro regionale

Anna Franca, AUSL Modena, per la collaborazione al lavoro del sottogruppo

Cristina Lucia Giordani e Chiara Brescianini, Ufficio scolastico regionale per la collaborazione al lavoro del sottogruppo

Margherita Govi, Servizio politiche familiari infanzia e adolescenza per il contributo in materia giuridica

Gino Passarini, Servizio politiche familiari infanzia e adolescenza, per la collaborazione al lavoro del sottogruppo

Paolo Soli, Servizio salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri per la collaborazione al lavoro del sottogruppo

