

**Delib.G.R. 30 gennaio 2007, n. 58/5 <sup>(1)</sup>.**

**Approvazione linee-guida regionali in materia di maltrattamento e abuso in danno dei minori.**

---

(1) Pubblicata nel B.U. Abruzzo 9 marzo 2007, n. 14.

---

Il Consiglio regionale

Omissis

A maggioranza Statutaria espressa con voto palese

Delibera

---

Per i motivi esposti in narrativa:

- 1) - di approvare l'unito documento, allegato alla Delib.G.R. 26 giugno 2006, n. 725/C che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, denominato: "Linee-guida regionali in materia di maltrattamento e abuso in danno dei minori";
  - 2) - di autorizzare la Giunta regionale ad avviare la prima fase di un percorso di attuazione e sperimentazione delle stesse che ne consentirà la validazione e l'applicazione;
  - 3) - di disporre la pubblicazione del presente documento sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo a cura del Servizio competente della Giunta regionale.
- 

Allegato

**Linee-guida regionali in materia di maltrattamento ed abuso in danno dei minori**

## Premessa

La Regione Abruzzo, nell'esercizio delle funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali di cui all'*art. 8, comma 1, della legge 8 novembre 2000, n. 328*, definisce le linee di indirizzo in materia di maltrattamento e abuso nei confronti dei minori, allo scopo di garantire i diritti dei minori senza distinzione di sorta, in particolare contro ogni forma di sfruttamento e violenza sessuale, a salvaguardia del loro sviluppo fisico, psicologico, spirituale, morale e sociale e di fornire degli orientamenti operativi agli operatori dei servizi territoriali, socio-sanitari, scolastici ed educativi, per realizzare interventi tempestivi, uniformi, integrati, nei settori sociale, sanitario, educativo.

Il tema della tutela si colloca da un lato trasversalmente a tutto quanto riguarda l'infanzia (la promozione dei diritti e delle opportunità) e d'altra parte richiede un approccio specifico perchè investe la connessione tra il benessere dei bambini e la relazione con chi si prende cura di loro, sollecitando la comunità ad assumere una responsabilità forte quando vi è un rischio o un pregiudizio per i minori.

Le linee-guida in materia di maltrattamento ed abuso affrontano la complessità legata al fatto che i servizi si collocano in un articolato crocevia:

- tra le componenti sociali e quelle sanitarie dei processi d'intervento;
- tra le esigenze di tutela e quelle di cura nei confronti del minore e della sua famiglia;
- tra le istanze giudiziarie e quelle relative alla presa in carico psicosociale;
- tra l'azione di soggetti pubblici e quella delle agenzie del Terzo settore.

Gli obiettivi che si intendono perseguire sono:

- a) favorire l'emergere dei fenomeni di maltrattamento e abuso nei confronti dei minori;
- b) assicurare la tempestiva individuazione e la presa in carico precoce ed integrata dei minori attraverso gli strumenti di tutela;
- c) uniformare gli interventi assistenziali ed i procedimenti diagnostici terapeutici;
- d) integrare le attività tra operatori di ambiti diversi;
- e) individuare ed ottimizzare le risorse specifiche dei servizi pubblici e del privato sociale.

Le Linee-guida sono uno strumento operativo frutto di un lavoro che ha coinvolto tutte le agenzie del territorio attraverso un lavoro di ascolto, confronto ed elaborazione dei diversi "punti di vista" sulle rappresentazioni del problema, sui modelli organizzativi in atto, sulle criticità presenti, sulle soluzioni da adottare.

---

---

## **L.G. 1- Il fenomeno del maltrattamento all'infanzia: definizione, caratteristiche, tipologie**

### **1.1. Definizione alla luce del Rapporto OMS**

Per abuso all'infanzia e maltrattamento devono intendersi “tutte le forme di cattiva salute fisica ed 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 e potere” (WHO, World Report on Violence and Health, 2002).

Il maltrattamento può concretizzarsi in una condotta attiva (percosse, lesioni, atti sessuali, ipercura) o in una condotta omissiva (incuria, trascuratezza, abbandono).

Qualsiasi forma di violenza, ma in particolare quella sessuale, costituisce sempre un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità in formazione di un bambino, provocando gravi conseguenze a breve, medio e lungo termine sul processo di crescita.

Il trauma, se non rilevato, diagnosticato e curato, può produrre disturbi psicopatologici o di devianza nell'età adulta.

Il danno cagionato è tanto maggiore quanto più il maltrattamento resta sommerso e non viene individuato, è ripetuto nel tempo, la risposta di protezione alla vittima nel suo contesto familiare o sociale ritarda, il vissuto traumatico resta non espresso o non elaborato, la dipendenza fisica e/o psicologica e/o sessuale tra la vittima e il soggetto maltrattante è forte, il legame tra la vittima e il soggetto maltrattante è di tipo familiare.

Il fenomeno dell'abuso e del maltrattamento all'infanzia presenta, dunque, diverse sfaccettature, è complesso e composito; si caratterizza per verificarsi prevalentemente all'interno delle famiglie e per restare spesso inespresso e invisibile, cronicizzando e amplificando i danni sul piano fisico e psicologico per le piccole vittime.

---

### **1.2. Tipologie e caratteristiche del maltrattamento**

#### **Patologia delle cure**

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

La patologia della somministrazione delle cure comprende pertanto tre categorie cliniche:

- l'incuria vera e propria (i bambini trascurati) si realizza quando le cure sono insufficienti (cibo, igiene, cure mediche) e si manifesta con ripercussioni sullo stato di salute, con segni fisici e comportamentali;

- la discuria si realizza quando le cure vengono fornite ma in modo distorto, non appropriato al momento evolutivo e ciò può condurre ad anacronismo delle cure, imposizione di ritmi di acquisizione precoci, aspettative irrazionali, iperprotettività;

- l'ipercura si realizza quando le cure dello stato fisico sono caratterizzate da una persistente e eccessiva medicalizzazione.

### **Maltrattamento fisico**

Per maltrattamento fisico, si intende la presenza di un danno fisico dovuto ad aggressioni, maltrattamenti, punizioni corporali o gravi attentati all'integrità fisica e alla vita. I principali segni fisici del maltrattamento sono contusioni, ecchimosi, cicatrici, morsi, lesioni scheletriche o addominali.

### **Maltrattamento psicologico**

Per maltrattamento psicologico o abuso emozionale, si intendono verbalizzazioni o comportamenti che si configurano come pressioni psicologiche, ricatti affettivi, indifferenza, rifiuto, denigrazione e svalutazioni che danneggiano o inibiscono nel bambino lo sviluppo di competenze cognitivo-emotive fondamentali quali l'intelligenza, l'attenzione, la percezione, la memoria.

### **Violenza assistita**

Per violenza assistita intrafamiliare si intende l'esperire da parte del bambino qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o affettivamente significative. Si include l'assistere a violenze di minori su altri minori e/o su altri membri della famiglia e maltrattamenti a danni di animali domestici.

### **Abuso sessuale**

Per abuso sessuale si intende il coinvolgimento di un minore in atti sessuali - con o senza contatto fisico - a cui non può liberamente consentire in ragione dell'età o della preminenza dell'abusante, lo sfruttamento sessuale di un bambino o adolescente dipendente e/o immaturo sul piano dello sviluppo, prostituzione infantile e pornografia.

---

## **L.G. 2 - Le fasi dell'intervento**

Una coerente progettualità nell'individuazione e presa in carico delle situazioni di maltrattamento all'infanzia non può che implementarsi in un'attiva e diffusa politica di "riduzione del rischio" mirata ad impedire la cronicizzazione del disagio incrementando con interventi specifici di

“empowerment” le buone competenze genitoriali in particolare nelle fasce più deboli della popolazione.

Per garantire un efficace intervento di tutela e cura sia delle vittime che di coloro che agiscono il maltrattamento occorre che vengano attivati, a cura dei diversi soggetti coinvolti nella presa in carico, alcune azioni organizzate in un articolata sequenza logica prima che temporale.

---

---

### **2.1. Prevenzione**

Il fenomeno del maltrattamento e abuso in danno dei minori impone, prima che esso si manifesti attraverso azioni, la promozione di interventi di natura sociale e sanitaria che vadano ad agire sulle condizioni di rischio quali la scarsa educazione genitoriale, la presenza di gravidanze a rischio di rifiuto del legame, la presenza di famiglie con problemi di alcolismo, di disagio mentale, di degrado socio culturale e ambientale, i nuclei monogenitoriali in condizioni di disagio, le formazioni di gruppi di minori violenti o caratterizzati da comportamenti di bullismo.

---

---

### **2.2. Rilevazione**

La realtà di un fenomeno che per le sue caratteristiche si configura come sommerso, negato, non affrontabile tramite una spontanea richiesta di aiuto, richiede, per essere osservato e curato, l'attivazione di mirate strategie di rilevazione di cui sono responsabili tutti i soggetti che quotidianamente sono a contatto con il mondo dell'infanzia.

Per rilevazione si intende, quindi, il percorso di approfondimento che trae spunto da osservazioni compiute nell'ambito della loro funzione istituzionale da insegnanti, medici, educatori nonché da familiari o cittadini preoccupati dall'emergere di comportamenti di disagio e sofferenza vissuti da un minore.

L'accuratezza e tempestività degli elementi raccolti in questa prima fase dell'intervento determinano in modo significativo la possibile attivazione di un precoce intervento di tutela, protezione, valutazione, presa in carico.

In tale fase si effettua una prima rilevazione dei segnali di malessere dei minori, dei rischi per la loro crescita, della connessione dei segni di disagio con le eventuali condotte pregiudizievoli degli adulti. Importante a questo proposito affinare la capacità di discriminazione tra le condizioni di rischio e le condizioni in cui si è già verificato un danno, nonché la possibilità di approfondire, e se necessario intervenire, su quelle situazioni che frequentemente si presentano in modo “mascherato” e quindi difficilmente individuabili.

L'attivazione di una funzione di ascolto dei segnali di disagio che si manifestano in modo parziale, frammentato, a volte apparentemente incoerente, nelle condotte di un bambino richiede una grande competenza nella gestione delle emozioni da parte degli operatori: se da una parte è necessario non lasciarsi coinvolgere in allarmismi ingiustificati è altresì cruciale che nella mente degli adulti esista uno spazio di accettazione e di disponibilità a lavorare su confusione, dubbi, emozioni e pensieri a volte contraddittori che questo tipo di problemi facilmente evocano.

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

I punti della rete sensibili rispetto al mondo dell'infanzia operanti sul territorio sono individuati a due livelli:

1. un livello primario in cui i minori vengono incontrati nella “normalità” per bisogni generali legati alla loro crescita:

- nidi d'infanzia e scuola;
- associazioni religiose, culturali, del tempo libero, sport, eccà;
- servizi sanitari di base: pediatri di base, medici di base, consultori, medicina scolastica;
- ospedali (pronto soccorso, pediatria, ginecologia).

2. un livello secondario di soggetti istituzionali che incontrano bambini o famiglie già portatori di una richiesta di aiuto a carattere socio-assistenziale o educativo:

- servizi sociali territoriali;
- neuropsichiatria infantile;
- consultori familiari;
- servizi educativi domiciliari;
- case famiglia, comunità;
- forze dell'ordine.

---

### **2.3. Segnalazione all'Autorità giudiziaria minorile e denuncia**

Quando i segnali osservati nella fase di rilevazione concorrono a far emergere una situazione di pregiudizio per il bambino, connesso alle condotte genitoriali, e non è stato possibile o non ha dato esito l'intervento dei servizi in contesto di “consensualità”, è necessario coinvolgere la Magistratura minorile tramite la “segnalazione” della situazione. Tale azione si configura come prima azione

protettiva nei confronti del minore e nello stesso tempo consente di instaurare un diverso contesto per l'intervento: la valutazione e la cura saranno infatti realizzati in una condizione di sicurezza fisica e mentale per il minore e la prescrizione dell'autorità giudiziaria potrà permettere di affrontare le negazioni di responsabilità che caratterizzano il funzionamento del genitore pregiudizievole, maltrattante o abusante.

Il contesto di vigilanza risulta quindi fondamentale sia nei casi in cui il bambino rimanga presso il proprio nucleo sia nei casi in cui sia collocato in un altro contesto (famiglia affidataria, comunità, ecc...) tramite un decreto di allontanamento del Tribunale per i Minorenni.

La segnalazione è l'atto attraverso il quale si rende pubblica la preoccupazione per le condizioni di un bambino connessa alle relazioni familiari e si chiede all'organo giudiziario (Procura/Tribunale per i minorenni) di attivare idonee misure di protezione e di predisporre una valutazione approfondita della situazione. La segnalazione non presuppone necessariamente una conoscenza esaustiva della situazione, ma deve riferire gli elementi che sono stati individuati e che fanno fondatamente ritenere che sussistano le condizioni di pregiudizio per il minore, determinate da comportamenti degli adulti che svolgono nei suoi confronti azioni educative.

Qualora gli elementi che emergono nella fase di rilevazione siano particolarmente complessi e confusi, è necessario procedere ad ulteriori approfondimenti con il sostegno di professionisti particolarmente esperti nel campo del pregiudizio, maltrattamento ed abuso all'infanzia.

Il dovere, da parte dei Servizi sociali, di segnalare alla Procura presso il Tribunale per i minorenni ogni situazione di pregiudizio del minore (non affrontabile attraverso liberi e accettati interventi da parte della famiglia) origina dall' art. 13 del R.D. 23 giugno 1934 (T.U. delle leggi O.N.M.I.), dall'art. 23, lettera c. del *D.P.R. n. 616/1977*, che disciplina la collaborazione tra Servizi e Giustizia minorile a tutela del minore, dall'*art. 19 della L. n. 176/1991* (Convenzione ONU) e, per quanto attiene a situazioni che impongano un collocamento extra-familiare del minore, dall'*art. 1, comma 2, della L. n. 216/1991*, che impegna alla segnalazione anche le istituzioni scolastiche.

Per i pubblici ufficiali e incaricati di pubblico Servizio (nella cui categoria, oltre agli operatori psico-sociali del Comune e dell'Azienda Sanitaria Locale, rientrano anche Presidi, Insegnanti, Medici, Educatori delle Comunità Infantili, operatori del privato sociale convenzionato ecc.) esiste uno specifico obbligo di segnalare alla Procura per i minorenni le situazioni di abbandono (mancanza di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o dei parenti), ai sensi dell' *art. 9 della L. n. 149/2001*.

Quando nelle condotte degli adulti si rilevano fatti potenzialmente costituenti reato, oltre alla segnalazione alla procura presso il Tribunale per i minorenni vi è un obbligo di segnalare alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario i fatti di cui si è avuta notizia nell'esercizio delle proprie funzioni.

Quando nelle condotte degli adulti si configura un'ipotesi di reato procedibile d'ufficio, oltre alla segnalazione alla Procura presso il Tribunale per i minorenni vi è un obbligo di "denuncia" alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario dei fatti di cui si è avuta notizia nell'esercizio delle proprie funzioni ( art. 331 c.p.p.).

La denuncia è l'atto attraverso il quale si informa l'Autorità Giudiziaria penale di fatti che, se veri, costituiscono reato e non implica la certezza che il reato sia avvenuto essendo sufficiente un contesto indiziario che vada oltre il mero sospetto soggettivo. La denuncia può anche essere inoltrata quando le notizie che pervengono all'incaricato di pubblico servizio non sono dirette ma

“de relato” cioè apprese da altra persona. La denuncia ha la funzione di attivare un procedimento giudiziario finalizzato a stabilire la sussistenza di un reato accertandone le responsabilità individuali (vedi traccia di segnalazione in appendice).

---

---

## **2.4. Protezione**

La presa in carico del minore vittima di maltrattamenti ed abusi inizia quando gli viene assicurato un “contesto di protezione” all'interno del quale si possano attivare i necessari interventi di sostegno e cura. Tali interventi devono essere strettamente connessi ai tempi evolutivi e ai bisogni del minore. Le azioni protettive non devono solamente essere orientate alla protezione fisica - impedire il comportamento maltrattante -, ma anche alla protezione mentale - impedire comportamenti stigmatizzanti e colpevolizzanti, nonché pressioni psicologiche nei confronti del minore.

Gli interventi di protezione devono essere modulati in relazione alla gravità del pregiudizio ed alla presenza o meno di risorse protettive nel contesto familiare anche allargato.

In questo senso nei casi meno gravi si possono attuare forme di vigilanza sulla famiglia con l'affidamento ai servizi sociali, tramite progetti mirati a rafforzare e supportare le competenze genitoriali.

Nelle situazioni più gravi è invece necessario collocare il bambino in un contesto diverso da quello familiare, sia per interrompere la sua esposizione agli atti dannosi sia per impostare un efficace percorso di diagnosi e cura. Tale percorso è irrealizzabile e vittimizzante se il minore è costretto a vivere in una condizione di minaccia e pregiudizio.

Le azioni protettive rischiano di produrre delicate condizioni di vittimizzazione secondaria qualora non siano gestite con grande accuratezza e professionalità. Richiedono infatti un lavoro complesso che investe i diversi sistemi e chiede una cooperazione tra professioni e servizi. La complessità è aumentata dalla necessità di connettere in modo sinergico atti ed interventi giudiziari con la presa in carico psicosociale. Tale raccordo è spesso di complessa gestione in relazione al conflitto di interesse tra bisogni del minore e salvaguardia delle relazioni familiari che inevitabilmente queste situazioni producono.

Il Comune attraverso i servizi sociali territoriali o - qualora non siano presenti - quelli dell'Ambito sociale - ha istituzionalmente la funzione di protezione ed è l'interlocutore dell'Autorità Giudiziaria Minorile. Tuttavia l'attenzione e la cooperazione nell'attivazione e gestione delle azioni protettive coinvolge tutti gli operatori e servizi poiché per essere realmente protettivi gli interventi vanno calibrati nella scelta dei tempi e delle modalità. I minori allontanati vivono infatti una condizione di forte crisi determinata dalla perdita dei legami primari che, sebbene attuata con finalità protettive, non può che costituire ulteriore fonte di sofferenza rispetto al grave disagio sperimentato all'interno della famiglia.

In tal senso particolare cura deve essere data alla:



- scelta della risorsa più idonea in cui collocare il bambino allontanato (famiglia affidataria, strutture di accoglienza, ecc) in relazione all'età, alla tipologia del trauma subito, ai bisogni di approfondimento diagnostico sul minore e sulla famiglia;

- modalità con cui gestire gli incontri tra minore e familiare eventualmente concessi dall'Autorità giudiziaria con mandato di vigilanza e osservazione;

- definizione immediata delle modalità di funzionamento e coordinamento della rete interprofessionale degli operatori che seguirà la situazione.

Al fine di prevenire ulteriori traumatizzazioni, la protezione del minore dovrà essere garantita durante tutto l'eventuale percorso giudiziario.

Nell'ambito del percorso civile di tutela il minore dovrà essere protetto ed ascoltato al fine dell'assunzione di decisioni che lo riguardano (*L. n. 77/2003* - Ratifica ed esecuzione della Convenzione europea dei diritti del fanciullo, fatta a Strasburgo il 25 gennaio 1996).

Quando il minore è coinvolto nel procedimento penale inerente l'accertamento della responsabilità dell'adulto nel reato è necessario sia garantita una adeguata rappresentanza processuale ed un fattivo sostegno affettivo e psicologico nel corso dell'iter giudiziario.

È da evidenziare anche quali strumenti di effettiva protezione del bambino da ulteriori violenze, sia le modifiche apportate dalla *L. n. 149/2001* ai provvedimenti del Tribunale per i Minorenni sulla potestà, che prevedono per la sua protezione, non più solo il suo allontanamento, bensì se del caso quello del genitore o convivente maltrattante o abusante, sia l'inserimento nel codice civile e di procedura civile, ai sensi della *L. n. 154/2001* (Misure contro la violenza nelle relazioni familiari), degli ordini di protezione contro gli abusi familiari emessi dal giudice ordinario per evitare ogni contatto tra autore della violenza e vittima della stessa.

---

---

## **2.5. Valutazione e trattamento**

La fase di valutazione diagnostica e prognostica impegna in modo integrato competenze sociali, mediche, psicologiche ed educative ed è finalizzata a comprendere:

- l'entità del danno fisico e/o psicologico, prodotto dalla situazione traumatica sul minore;

- i fattori individuali e relazionali che hanno determinato l'insorgere delle condotte pregiudizievoli;

- le possibilità di cambiamento presenti nelle modalità di funzionamento genitoriale.

L'intervento valutativo, se attivato con tempestività ed in modo coerente ed integrato, si configura come fortemente protettivo, poichè consente di affrontare precocemente la crisi attivando i possibili interventi di riparazione sia sul minore sia sulle sue relazioni familiari.

Fin dalle sue prime azioni, la presa in carico assume quindi un'importante valenza terapeutica e consente in modo progressivo e dinamico, tramite un'attenta ricognizione degli esiti prodotti, di delineare progettualità più strutturate d'intervento. Essa consentirà, inoltre, di modulare le forme della protezione sia in relazione all'elaborazione del trauma da parte del minore che all'evoluzione delle risorse e competenze genitoriali.

Il trattamento viene disciplinato attraverso la predisposizione di protocolli operativi metodologici, basati su procedure standard, idonei a definire all'interno di ciascuna ASL quale équipe specialistica attua la presa in carico e si raccorda con il servizio sociale dell'Ente Locale.

I protocolli definiscono:

- modalità di integrazione professionale per la presa in carico di natura socio-sanitaria;
- modalità di raccordo con l'Autorità giudiziaria civile e penale;
- strumenti e metodologie standard da utilizzare nelle diverse fasi.

L'efficacia del trattamento è, in queste situazioni, legata alla capacità degli operatori di utilizzare in modo costruttivo il contesto di controllo definito dall'Autorità giudiziaria minorile, mantenendo una buona coerenza tra gli interventi di vigilanza e quelli psico-sociali ed educativi.

In questa prospettiva le valutazioni realizzate nel corso della presa in carico psicosociale saranno utilizzate, qualora necessario, dall'Autorità giudiziaria per rinforzare, attenuare o dismettere gli interventi di vigilanza e tutela messi in atto nei confronti del minore.

In caso di valutazione prognostica positiva sulle capacità genitoriali, il trattamento è finalizzato:

- con il bambino a sostenere l'elaborazione del trauma, a ricostruire un'integrità psichica e relazionale;
- con i genitori a percepirsi ed agire come soggetti sufficientemente responsabili della protezione e dell'accudimento.

In caso di prognosi negativa sulle capacità genitoriali, il trattamento è finalizzato:

- con il bambino a sostenere l'elaborazione del trauma, a ricostruire un'integrità psichica e relazionale, a favorire la sostituzione dei referenti genitoriali e l'elaborazione della perdita;
- con i genitori l'intervento è finalizzato a permettere un distacco dal figlio e possibilmente attivare un percorso terapeutico rispetto alle loro problematiche individuali.

Nelle situazioni in cui è attivo un procedimento penale il lavoro valutativo e terapeutico dovrà essere attento a garantire al minore adeguata protezione e sostegno nel percorso giudiziario.

---

---

### **L.G. 3 - Il modello organizzativo: soggetti e servizi coinvolti**

La complessità del fenomeno e dell'intervento richiedono la predisposizione di un modello organizzativo, che tenga conto delle specificità del territorio regionale, delle risorse professionali attualmente presenti nei servizi pubblici e del privato sociale, delle condizioni tecnico-progettuali che vengono ritenute, - nelle esperienze diffuse nel Paese e in Europa -, essenziali per garantire strategie efficaci nel contrasto e nel recupero di situazioni di maltrattamento ed abuso all'infanzia.

I servizi coinvolti nelle differenti fasi dell'intervento sono quelli normalmente preposti alla tutela sociale, sanitaria ed educativa del benessere del minore. Tutti i servizi sono impegnati nel percorso, ma con un'articolazione differente, come specificato nella Linea-Guida 2:

- la fase di rilevazione investe la comunità adulta in quanto tale, ma particolare rilievo e responsabilità sono assunte da quanti hanno una funzione diffusa di tutela poichè quotidianamente sono in contatto con il mondo dell'infanzia (le scuole, i servizi sociali, i servizi sanitari di base);

- le fasi di protezione, valutazione diagnostica e prognostica ed il trattamento investono in modo specifico professionisti dei servizi pubblici e del privato-sociale in possesso di qualificate competenze dal punto di vista sociale, psicologico e sanitario.

Alla base del funzionamento del modello indicato vi è la necessità di una forte integrazione tra i diversi servizi e professionisti coinvolti, la definizione di protocolli interistituzionali che supportino le buone prassi operative con particolare riferimento alle connessioni tra la componente sociale e quella sanitaria dell'intervento, nonché delle indispensabili sinergie con gli interventi giudiziari.

Si prospetta così un modello organizzativo in cui:

- si consolida la competenza della rete dei servizi sociali e sanitari presenti in modo diffuso sul territorio nel predisporre le funzioni di rilevazione del mal-trattamento tramite un coinvolgimento attivo della rete istituzionale più direttamente vicine ai minori ( scuola, medici di base ed ospedalieri, terzo settore ecc...);

- si costituiscono in ciascuna provincia abruzzese i Nuclei Tutela Minori (NTM) con funzioni di consulenza agli operatori del territorio nelle situazioni di rilevazione maggiormente complesse, sostegno e supporto nella definizione delle misure di protezione necessarie e nella segnalazione e/o denuncia all'Autorità Giudiziaria, predisposizione e monitoraggio di progetti di presa in carico diagnostica e terapeutica dei minori traumatizzati e delle loro famiglie;

- si valorizza la funzione delle Strutture per il Trattamento dei Minori Abusati (STMA) che la Regione, sulla base di appositi standard, individuerà sul territorio regionale, come risorsa qualificata nella presa in carico integrata di situazione complesse di grave maltrattamento ed abuso sessuale. Tali strutture possono garantire, infatti, un intervento articolato e coordinato dal punto di vista clinico ed educativo.

Nella parte successiva viene fornita una sintetica descrizione dei diversi soggetti coinvolti nell'intervento che permette di ricomporre il quadro di sistema, successivamente vengono definite le modalità operative dei Nuclei Tutela Minori (NTM) e delle Strutture per il Trattamento dei Minori Abusati (STMA)

---

---

### **3.1. *Il servizio sociale territoriale***

Compete al Servizio Sociale Territoriale (SST) l'obbligo istituzionale degli interventi di tutela del minore (*art. 132 del D.Lgs. n. 112/1998*), che vede la diretta partecipazione anche dell'area sanitaria nella gestione della presa in carico e cura del bambino. Il servizio sociale territoriale è chiamato ad assicurare risposte di tutela della salute psicofisica del minore presunta vittima di maltrattamento e abuso. Il Servizio sociale territoriale è tenuto ad attivare tutte le misure necessarie di tutela, presa in carico, sostegno e cura del minore con particolare riferimento ad eventuali iniziative disposte dall'Autorità giudiziaria minorile. Le prestazioni di tipo socio-assistenziale al minore ed alla famiglia saranno costantemente integrate con quelle di tipo sanitario, in un'ottica di intervento "globale" della rete dei servizi, a cui corrisponde una corresponsabilità concorrente e di risultato, che assicuri risposte tempestive ai bisogni emergenti, valorizzando le risorse e l'apporto delle diverse professionalità coinvolte ed evitando la sovrapposizione delle iniziative. L'assistente sociale possiede le competenze tecnico-professionali e gli strumenti (indagine socio ambientale, provvedimenti ai sensi dell' art. 403 c.c.) per attivare le azioni protettive più specifiche e per svolgere la valutazione sociale. L'indagine sociale è finalizzata a raccogliere le informazioni sul contesto ambientale e relazionale in cui vive il minore, sulla presenza di elementi di rischio, di amplificazione del rischio e fattori protettivi, a livello individuale, familiare e nella relazione con i servizi del bambino e dei suoi genitori. I servizi sociali territoriali dei Comuni (e dell'Ambito territoriale sociale, qualora non siano presenti presso l'Ente locale) devono essere in grado attraverso gli assistenti sociali di attivare gli interventi di rilevazione. È necessario prevedere una competenza a livello almeno di Ambito. Il Servizio sociale territoriale è responsabile della regia del caso e coordina gli interventi di protezione e trattamento.

---

### **3.2. *I servizi sanitari territoriali ed ospedalieri***

I soggetti sanitari coinvolti nelle situazioni di maltrattamento ed abuso all'infanzia sono i pediatri e i medici di base ed ospedalieri, i medici del pronto soccorso, i servizi di neuropsichiatria infantile, i consultori familiari, i servizi di psichiatria, i servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.). Tali soggetti dovranno svolgere la loro specifica funzione nelle differenti fasi del processo d'intervento.

Gli operatori dei servizi sanitari possono entrare in contatto con il fenomeno attraverso la constatazione di lesioni (es. pediatri e medici di base) oppure attraverso un'anamnesi sospetta. Abilità chiave dell'operatore sanitario sono il riconoscere, diagnosticare, refertare e trattare i casi di violenza intra ed extrafamiliare. Data la frequenza del fenomeno la possibile condizione di violenza, abuso o grave trascuratezza vissuta da un minore è una possibilità che deve essere attentamente esaminata in ogni valutazione pediatrica. È necessario che i medici che rilevano una violenza o un'anamnesi sospetta, oltre che a mettersi in contatto con il Servizio sociale territoriale per confrontarsi sulla situazione, si attivino direttamente segnalando il caso all'autorità giudiziaria.

I neuropsichiatri infantili e gli psicologi hanno il delicato compito di effettuare la valutazione del danno psicologico e di predisporre i necessari progetti terapeutici rivolti al minore. La valutazione medica e quella psicologica del minore, l'analisi delle competenze genitoriali, possono essere svolte da personale formato presente all'interno dei servizi delle Asl (Unità Operative materno Infantili, Consultori familiari, Neuropsichiatria Infantile, Riabilitazione, Pediatri di Comunità, Ginecologi, Salute Mentale, Ser.T, medici di Pronto soccorso).

Le strutture ospedaliere di Pediatria e/o di Neuropsichiatria Infantile provvedono ai ricoveri quando il minore necessita di interventi realizzabili solo in un contesto di ospedalizzazione.

---

### **3.3. Scuola, servizi educativi e del tempo libero**

I segnali di disagio e le richieste di aiuto da parte del minore sono spesso raccolti, in prima istanza, dagli operatori dei servizi scolastici, educativi e del tempo libero (centri aggregativi, educativa territoriale, sport, catechismo, ecc.) che vengono a contatto con il minore nel suo percorso di crescita. È quindi auspicabile che siano diffuse anche presso gli operatori dei servizi scolastici, educativi e del tempo libero le conoscenze necessarie a riconoscere, rilevare e raccogliere tempestivamente le richieste di aiuto, nonché i riferimenti necessari per attivare in tempi brevi, attraverso il coinvolgimento degli operatori sociali e sanitari competenti, un percorso di approfondimento della situazione e le misure di protezione eventualmente necessarie. Essi partecipano alla fase di sostegno e trattamento del bambino, nell'ambito delle loro funzioni, secondo le indicazioni ricevute dai responsabili della cura.

---

### **3.4. Servizi residenziali di accoglienza e dell'educativa domiciliare**

Le strutture di accoglienza ed i servizi di educativa domiciliare rappresentano un contesto di tutela per il minore: lo seguono nell'iter previsto dal progetto individualizzato, garantiscono la protezione fisica, psicologica ed il sostegno educativo.

Gli operatori della struttura di accoglienza, qualora il bambino sia collocato in una situazione extra familiare, sviluppano il programma educativo di attivazione e sviluppo delle risorse e delle competenze del bambino sostenuti in accordo con i servizi socio-sanitari.

Gli operatori dell'educativa domiciliare curano il trattamento sociale ed educativo del bambino e della famiglia, d'intesa con gli altri servizi e svolgono una funzione di vigilanza.

---

---

### **3.5. Il Tribunale per i Minorenni**

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

Il primo organo da attivare con la segnalazione è la Procura presso il Tribunale per i minorenni. È consigliabile trasmettere tale segnalazione in copia anche al Tribunale per i minorenni.

---

---

### **3.6. La Magistratura penale**

La Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario, il Tribunale Penale, la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, sono le articolazioni giudiziarie che a vario titolo intervengono nell'accertamento del reato ed, in particolare, per quanto rileva in questa sede, una violenza o sfruttamento sessuale o una lesione all'integrità fisica del minore, applicando le sanzioni previste dalla legge.

---

---

### **3.7. Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni**

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

Per quanto riguarda i minori imputati/autori di reato, l'USSM effettua la presa in carico in ogni stato e grado del procedimento penale.

---

---

### 3.8. I Nuclei Tutela Minori

I Nuclei Tutela Minori (NTM) si costituiscono su base provinciale come polo qualificato nell'ambito del maltrattamento ed abuso all'infanzia attraverso un protocollo d'intesa operativo tra Comune capoluogo, la Asl, l'USSM. I NTM dovranno essenzialmente svolgere funzioni di consulenza e supporto agli operatori del proprio territorio con particolare attenzione alla rilevazione del problema ed alla costruzione di progetti di intervento coerenti e funzionali. Il NTM potrà quando necessario coinvolgere propri operatori in specifiche attività di presa in carico.

La composizione del NTM deve prevedere la presenza delle seguenti figure professionali:

- medico pediatra,
- assistente sociale dei servizi sociali territoriali,
- assistente sociale dell'USSM,
- psicologo,
- neuropsichiatra infantile.

A titolo consulenziale l'equipe del NTM dovrà contare sulla collaborazione continuativa di altre figure professionali quali ginecologo, medico psichiatra. I NTM dovranno inoltre avvalersi di una specifica consulenza legale.

L'assistente sociale del Comune capoluogo svolge la funzione di referente organizzativo con l'obiettivo di facilitare il funzionamento dell'equipe e curare le connessioni con i servizi del territorio coinvolti sul caso e con l'Autorità giudiziaria.

Per l'attivazione dei NTM non si prevedono risorse aggiuntive né finanziarie né di personale quanto la promozione e organizzazione di una modalità di lavoro che favorisca l'integrazione e la valorizzazione delle competenze già presenti.

Gli operatori del NTM incardinati in Servizi differenti dovranno avere un mandato di lavoro chiaro e definito sia nei tempi che nelle modalità: l'organizzazione settimanale dovrà prevedere spazi dedicati sia al lavoro di "front office" (accoglienza delle richieste, spazi di consulenza, incontri con utenza ecc) i, che al lavoro di "back office" per le riunioni di gruppo.

In relazione alle specifiche esigenze delle diverse realtà territoriali provinciali il protocollo d'intesa operativo individuerà gli operatori coinvolti per ogni Ente, l'orario che ciascuno dovrà dedicare, i tempi ed i modi di monitoraggio e verifica - con cadenza indicativamente annuale - per introdurre modifiche ed integrazioni.

La sede del NTM è individuata presso il Comune capoluogo di Provincia e la sua organizzazione operativa viene pubblicizzata in modo adeguato (orari, sede, modalità di lavoro). Le eventuali attività di presa in carico degli utenti potranno anche svolgersi presso i Servizi di provenienza degli operatori.

È necessario che i professionisti impegnati nei NTM abbiano un elevato livello di specifica competenza e possano avvalersi di formazione permanente e supervisione periodica integrata di carattere interdisciplinare e interistituzionale per interventi in un contesto prescrittivo. In tal senso agli operatori è richiesta una specifica capacità di rapportarsi con la Magistratura affrontando i nodi critici relativi all'interazione tra l'intervento clinico ed i procedimenti giudiziari. Gli operatori oltre ad osservare con rigorosa consapevolezza le disposizioni giuridiche e deontologiche devono rendersi disponibili a portare il proprio contributo in ambito giudiziario acquisendo apposite conoscenze delle procedure e del linguaggio di tale ambito.

I NTM devono garantire una forte integrazione fra i professionisti attivi nelle varie fasi dell'intervento.

L'integrazione deve avvenire sia sul piano dell'intervento sul caso, sia sul piano dell'interazione interistituzionale ed è necessario che vi sia una forte coesione nella condivisione dei presupposti e delle procedure di intervento.

Per quanto riguarda la coerenza dell'intervento sul caso e la collaborazione tra i professionisti, questa sarà tanto più facile e proficua quanto più saranno chiarite e precisate le rispettive competenze e compiti.

A questo proposito sono di fondamentale importanza i Protocolli di intesa concordati tra i vari Enti, nei quali andranno specificate le finalità, i soggetti coinvolti nelle specifiche funzioni; la efficacia e l'applicazione dei protocolli quali strumenti del lavoro di rete è subordinata al grado di condivisione con cui sono stati elaborati.

In un lavoro di rete su una problematica altamente complessa come quella dell'abuso all'infanzia, è inoltre necessario individuare per ciascun caso una figura che assuma la funzione di coordinamento delle diverse fasi ("case manager" o "referente del caso").

In tutte le fasi (rilevazione, protezione, valutazione, trattamento) la presenza di forti esigenze di tutela e la connessione con il tribunale per i minori fanno individuare nel servizio sociale territoriale la funzione di connessione intesa come facilitazione delle collaborazioni tra i diversi professionisti e servizi e come assunzione diretta di responsabilità giuridica e amministrativa della protezione del minore nei casi di rischio e pregiudizio. In specifico la funzione del servizio sociale sarà tesa a:

- facilitare la comunicazione e l'incontro tra operatori e servizi e favorire la condivisione delle informazioni;

- coordinare l'elaborazione di un progetto di intervento, formalizzato prima nella segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni che definisce il contesto e poi rielaborato alla fine del lavoro diagnostico;

- curare la connessione tra i diversi interventi nella fase del trattamento, proponendo incontri periodici tra tutti i professionisti impegnati sul caso per il monitoraggio, la valutazione ed il riorientamento del Progetto;

- relazionare al Tribunale per i minorenni sull'andamento del progetto accogliendo i pareri ed i problemi emersi durante la presa in carico.

Al fine di garantire interventi omogenei e coerenti su tutto il territorio regionale è necessario che si costruiscano strumenti condivisi per il monitoraggio e la valutazione che permettano di raccogliere,



elaborare e confrontare dati sul fenomeno e sugli interventi sia all'interno di ciascun NTM che a livello regionale.

---

### **3.9. Strutture per il trattamento dei minori abusati**

Le Strutture per il Trattamento dei Minori Abusati (STMA) si configurano nella rete regionale come servizi di eccellenza specializzati nella pronta accoglienza e nella presa in carico integrata di situazione complesse di grave maltrattamento ed abuso sessuale, attraverso la stretta integrazione degli interventi clinici con quelli educativi e riabilitativi in accordo e su mandato del Servizio Sociale Territoriale competente che rimane titolare del progetto di intervento sul minore.

Tali strutture, qualora sia necessario, possono prendere in carico non solo il minore, ma anche i suoi genitori attraverso la gestione degli incontri protetti e la realizzazione di un percorso valutativo e terapeutico sulle problematiche della genitorialità.

L'intervento delle STMA può essere indicato anche nelle situazioni in cui i minori vittime di gravi maltrattamenti o abusi sessuali sono allontanati urgentemente dal nucleo familiare, con provvedimento dell'Autorità giudiziaria, e si renda necessaria una presa in carico comunitaria a forte valenza terapeutica e riparativa ed un tempestivo e approfondito lavoro di valutazione del danno subito. Obiettivo dell'inserimento è attivare il processo di rielaborazione del trauma subito da parte del bambino e parallelamente arrivare, in raccordo con il Servizio Sociale Territoriale competente, in tempi brevi, all'elaborazione di un progetto di vita per il minore che sia in alternativa o connesso a un rientro all'interno del proprio nucleo familiare o di affidamento e adozione.

Le STMA sono organizzate in equipe costituite da professionisti con una formazione specifica sul tema della presa in carico globale dei bambini vittime di abuso e maltrattamento e delle loro famiglie.

L'accesso alle STMA può avvenire: su invio del Servizio Sociale Territoriale competente e/o in ottemperanza ai dispositivi dell'Autorità giudiziaria minorile.

---

## **L.G. 4 - Sistema integrato di cura, tutela giudiziaria e procedimento penale**

### **4.1 . - Le funzioni di tutela**

La titolarità giuridica di tale intervento compete al settore dei servizi sociali, ma la presa in carico con finalità di valutazione clinica e trattamento (e quindi la connessa responsabilità professionale) coinvolge paritariamente il settore dei servizi sanitari (in particolare la Neuropsichiatria infantile ed i Consultori, ma anche i Servizi psichiatrici ed i Ser.T), con le necessarie conseguenze di una

compartecipazione delle risorse sanitarie e la previsione di apposite poste di bilancio da parte delle Aziende Sanitarie Locali. La disciplina di riferimento è data, in particolare, dal *D.P.C.M. 14 febbraio 2001* (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) e dai puntuali riferimenti degli *articoli 25 e 39 della L. n. 176/1991* (Convenzione ONU) in tema di protezione e recupero del benessere psicologico del bambino.

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

Tutti gli operatori socio-sanitari che, nell'esercizio delle loro funzioni, entrano in contatto col minore (Assistente Sociale, Educatore, Psicologo, Pediatra, Neuropsichiatra Infantile, etc...) hanno precisi doveri di vigilare ed affrontare eventuali situazioni di pregiudizio del minore stesso. Tale obbligo si evince dall'art. 13 del T.U. ONMI (vigilare ed assumere iniziative a tutela del minore, attivando all'occorrenza l'Autorità giudiziaria) e dalla *legge n. 698/1975.*, di scioglimento dell'ONMI, che ha trasferito tali compiti ai Servizi sociali e dagli *articoli 23, lettera c, del D.P.R. n. 616/1977 e art. 132 del D.Lgs. n. 112/1998*. Si consideri, inoltre, che ai sensi dell'art. 29 del Codice di deontologia medica (3.10.98) "il medico deve contribuire a proteggere i minori, in particolare quando ritenga che l'ambiente familiare o extrafamiliare, nel quale vivono, non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute, ovvero sia sede di maltrattamenti, violenze o abusi sessuali, fatti salvi gli obblighi di referto o di denuncia all'Autorità giudiziaria nei casi specificamente previsti dalla legge...".

Dette funzioni di vigilanza preventiva, esercitate prima e senza un mandato dell'Autorità giudiziaria anche tramite la collaborazione con la Scuola, col medico di base o pediatra di libera scelta, con gli operatori della Salute Mentale e delle Tossicodipendenze (la genitorialità inadeguata va infatti aiutata e supportata), dovranno essere lette alla luce dei principi costituzionali in base ai quali ogni restrizione della libertà e della privacy del cittadino deve promanare da un atto dell'Autorità giudiziaria (art. 13 Cost.). Qualora infatti i genitori, opportunamente convocati, si rifiutino di collaborare spontaneamente coi Servizi nell'interesse del figlio minore, sarà d'obbligo richiedere uno specifico mandato o potere d'inchiesta alla giustizia minorile, a fronte del quale una perdurante resistenza potrà essere motivo di responsabilità penale dei genitori (articoli 388, comma 2 e 650 c.p.).

Soltanto in un contesto di evidente attualità del pericolo per il minore (sospetti abusi sessuali, maltrattamenti, abbandono, ecc.), il Servizio può collocarlo in luogo protetto anche senza o contro la volontà degli esercenti la potestà in base all'art. 403 c.c., dandone immediatamente avviso alla Procura minorile per la convalida del provvedimento. In tale contesto il Servizio può legittimamente effettuare interventi ed accertamenti (es.: ascoltare insegnanti o altre persone informate sui fatti, ascoltare il minore a scuola o nel caso di evidenze fisiche sospette disporre accertamenti medici [refertazione] senza obbligo, previo avviso ai genitori che si sospetta coinvolti nel pregiudizio o non protettivi), atti a verificare se sussistano i presupposti per applicare l'art. 403 c.c., che devono essere richiamati nel provvedimento provvisorio ed urgente che dispone l'allontanamento, secondo quanto previsto dall'art. 40, comma 2 c.p., che impone il comportamento attivo per l'operatore pubblico anche con riferimento all'art. 591 c.p. (abbandono di minore) e art. 593 c.p. (omissione di soccorso).

---

---

#### 4.2. - *L'assistenza giuridica del minore abusato e maltrattato*

Nella rete dei servizi di protezione e tutela è auspicabile prevedere la figura dell'operatore dedicato alle problematiche giuridico-istituzionali (cui preporre un giurista adeguatamente formato), connesse alle funzioni di protezione in generale e a quelle del bambino abusato e maltrattato in particolare, cui spetta anche il compito di consulenza e di tutela degli operatori.

Ciò in considerazione del duplice ruolo dei Servizi che: da un lato come organo di tutela dei minori debbono saper decodificare e portare ad emersione il possibile maltrattamento predisponendo, di concerto col Tribunale per i Minorenni, immediati provvedimenti di protezione, dall'altro - attraverso i loro operatori che sono pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio - devono "senza ritardo" (come recita l'art. 331 c.p.p.) denunciare al P.M. la notizia di reato, cioè il fatto, e non un qualsiasi sospetto, che costituisce reato procedibile d'ufficio.

Al proposito, è indispensabile - specie negli abusi intrafamiliari con conseguente disfunzionalità delle relazioni genitoriali e concreto o potenziale conflitto d'interessi - che sia sempre nominato ai sensi degli articoli 77 e 90 c.p.p. un curatore speciale del bambino sin dall'inizio delle indagini preliminari, onde assicurargli tramite delibera di nomina di un avvocato specializzato una adeguata difesa legale che si intreccerà con gli interventi di tutela psico-sociale previsti dalla *L. n. 66/1996* e dalla *L. n. 269/1998*.

Particolare importanza assume, nell'interesse del minore e del suo diritto alla salute come definito dal rapporto OMS 2002, il bilanciamento tra gli obblighi di denuncia ai sensi dell'art. 331 c.p.p. e i doveri di protezione, per cui l'inizio delle indagini preliminari - specie negli abusi intrafamiliari - non può ignorare gli interventi protettivi sul minore (prioritaria, l'interruzione immediata della convivenza tra indagato e minore), e il rischio di rappresaglie e intimidazioni nei suoi confronti.

Il curatore speciale (art. 77 c.p.p.) o il tutore provvisorio (articoli 330 e 336 c.c.), misura questa che il Tribunale per i Minorenni può in via provvisoria ed urgente assumere allorché già nelle indagini preliminari ai sensi della *L. n. 66/1996* e della *L. n. 269/1998* si evidenzia un ruolo anche solo ambiguo e non protettivo dei genitori, deve svolgere nel corso del processo il compito di garante - tramite il difensore nominato al bambino parte lesa - della tutela dei tempi (durata massima del procedimento) e dei bisogni (scelta del momento e dei modi per rendere testimonianza) della piccola vittima.

A tali fini è senz'altro opportuno che il SST richieda al TM un provvedimento che incarichi, a protezione del minore, di effettuare opportuni interventi psico-diagnostici e psico-terapeutici. Tale mandato ha anche il fine di sollevare da coinvolgimenti in eventuali contrasti istituzionali tra compiti di indagine del PMO e funzioni di tutela del TM.

Al Servizio incaricato compete, nell'ambito dei compiti assegnatigli dall'art. 609-decies, effettuare gli interventi di diagnosi e terapia per il bambino abusato e agire quale garante del suo diritto alla salute, anche ai sensi dell'art. 39 della *L. n. 176/1991* (Convenzione ONU) e ciò in quanto sussiste per il servizio pubblico l'obbligo istituzionale di attivarsi a tutela del minore (art. 40, comma 2 c.p.) mentre il P.M. ordinario ha altri compiti e persegue altre finalità non sempre armonizzabili con quelle protettive.

Il SST dovrà sollecitare e difendere, in ogni sede giudiziaria, il diritto costituzionale alla salute del bambino maltrattato e abusato (art. 32 Cost.), eccependo la priorità del sostegno e del trattamento psicoterapeutico sulle esigenze di indagine.

Al proposito dovrà essere rappresentata all'autorità giudiziaria, qualora sia indispensabile l'audizione del minore, l'esigenza di consultare il terapeuta in ordine alla compatibilità dell'audizione col percorso emotivo del bambino; ciò anche in riferimento al superiore interesse del minore, così come imposto dall'*art. 3, comma 1, della L. n. 176/1991* (Convenzione ONU).

Giova evidenziare che la Cassazione ha ammesso la testimonianza indiretta del minore parte lesa (tramite lettura delle dichiarazioni rese dalla stessa in sede di indagine o tramite escussione della persona con cui si era precedentemente confidata) tutte le volte che la testimonianza diretta sia incompatibile con lo stato di malattia psichica da cui è affetta, ma anche quando la potrebbe esporre ad una siffatta malattia.

Nel rapporto tra i tempi (degli operatori giuridici e dei servizi) e quelli del minore, che influenzano fortemente il suo diritto alla salute anticipare o ritardare un intervento dovuto (giudiziario, di protezione, di cura) può essere più dannoso, per la salute del bambino, che ometterlo in assoluto, allorché esso sia sfasato rispetto ai tempi psicologico-sanitari della vittima.

Pertanto onde evitare questo ulteriore rischio di vittimizzazione istituzionale è indispensabile che giustizia e servizi di protezione e cura, oltre a rispettare i parametri fissati dagli *articoli 25 della L. n. 176/1991* e 4, comma 3, della *L. n. 149/2001*, comunichino e si coordinino individuando modalità collaborative non occasionali.

---

### 4.3. Rete di protezione e privacy

Per quanto riguarda l'accesso da parte di terzi alla documentazione inerente un minore e integrante la cartella agli atti dell'assistente sociale, è prioritariamente da evidenziare che la *legge n. 241/1990* e successive modifiche ed integrazioni. (sull'accesso ai documenti amministrativi) condiziona il diritto di accesso alla presenza di un interesse personale e attuale per la tutela di una situazione giuridica del richiedente, non invece per la mera conoscenza di attività interna della pubblica amministrazione; tale diritto di accesso è inoltre subordinato alla tutela della riservatezza dei terzi e particolarmente dei minori (*art. 24, lettera d, della L. n. 241/1990*).

Considerato che gli atti dei Servizi diretti alla Magistratura o da essi richiesti non sono, per tali motivi, diretti a produrre atti amministrativi, bensì alla protezione giudiziaria dei minori e che la Magistratura deve contare nella riservatezza dei Servizi e quindi sulla non accessibilità in via amministrativa delle relazioni che essi le trasmettono, se ne deduce che gli atti dei Servizi finalizzati a fornire motivi di intervento della giustizia sono sottratti al diritto di accesso e che il principio di garanzia (e di trasparenza) rispetto ad essi non può che esplicarsi davanti al giudice nelle forme del diritto di difesa.

Per quanto attiene al rapporto tra tutela della Privacy e tutela dei minori, si richiama il principio generale contenuto nel *D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196*, Codice in materia di protezione dei dati

personali, in base al quale la raccolta, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione di qualunque informazione relativa ad una persona, richiede il suo consenso informato. Tale principio è derogato e il trattamento è quindi libero, allorchando sia necessario “per far valere un diritto in sede giudiziaria” (art. 13 , commi 1 e 5, lettera b).

Se ne deduce che l'informazione e il consenso non sono richiesti per il trattamento e la comunicazione di qualsiasi tipo di dati personali (anche sensibili) inerenti ad un minore o adulti conviventi finalizzati a riferire alla Magistratura (o a rispondere a sue richieste) in ordine allo stato di abbandono, di pregiudizio psico-fisico o di condotta irregolare del minore stesso. Stesso regime si applica per gli atti richiesti dalla giustizia minorile nell'ambito di un processo penale.

Si consideri inoltre che detto Codice ha autorizzato il libero trattamento dei dati per finalità di tutela del minore e la libera comunicazione di essi tra Enti Pubblici (es. Servizi - Scuola) ai sensi degli articoli 18, 19, comma 2, e 73, del Codice stesso.

---

#### **4.4. - La tutela degli operatori**

Sotto l'aspetto della tutela degli operatori che molto ha a che fare con la qualità della protezione del minore e fermo restando che la formazione, l'aggiornamento e la supervisione sono gli strumenti elettivi di detta tutela, è opportuno ricordare come evidenziato da costante giurisprudenza che le denunce per calunnia e diffamazione non hanno fondamento nell'ambito della collaborazione istituzionale tra operatore e giudice (mancando propalabilità e animus nocendi) né quelle per falso ideologico in atto pubblico essendo pienamente leciti gli apprezzamenti e valutazioni, che rappresentano il contenuto proprio delle relazioni psico-sociali, su fatti e comportamenti che si ha motivo di ritenere veritieri.

Abrogato ormai l'art. 341 c.p. (oltraggio a pubblico ufficiale), rimangono pienamente operanti (e procedibili d'ufficio soggetti ad obbligo di denuncia ex art. 331 c.p.p.) gli articoli 336 (violenza e minaccia a pubblico ufficiale) e 337 (resistenza a pubblico ufficiale) c.p. Nei casi di cui sopra, ove l'operatore riveste il ruolo di soggetto passivo, il servizio deve costituirsi parte civile per essere risarcito nella lesione delle proprie prerogative istituzionali, in quanto leso nel suo diritto-dovere di svolgere i propri compiti di istituto senza illecite interferenze. Con ciò sarà tra l'altro possibile garantire indirettamente anche la difesa legale dell'operatore - parte lesa.

---

### **L.G. 5 - Strategie di prevenzione e contrasto**

In linea con gli orientamenti nazionali espressi tra l'altro nel primo documento (1998) della Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori nonché nel Piano nazionale per l'infanzia si individuano quali

strategie di prevenzione e contrasto: il coordinamento, il monitoraggio, la formazione ed informazione.

---

### **5.1. *Il coordinamento regionale***

Si istituisce a livello regionale il *Coordinamento Regionale* in materia di Maltrattamento e Abuso nei confronti dei Minori, al fine di favorire modalità stabili di confronto e di raccordo interistituzionale, volte a garantire percorsi operativi e progettuali integrati.

Il *Coordinamento Regionale* è composto da:

- due rappresentanti della Direzione Qualità della Vita, Promozione Sociale della Regione Abruzzo, di cui uno con funzioni di coordinatore;
- un rappresentante della Direzione Sanità della Regione Abruzzo;
- un rappresentante della Direzione Formazione Professionale, Lavoro e Istruzione.

Il *Coordinamento Regionale* in materia di Maltrattamento e Abuso nei confronti dei Minori, d'intesa con gli enti, le istituzioni e le organizzazioni coinvolte nelle materie in oggetto, che di volta in volta saranno chiamate a partecipare, ha la funzione di:

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

---

## **5.2. Monitoraggio del fenomeno e degli interventi**

Il Coordinamento Regionale in materia di Maltrattamento e Abuso nei confronti dei Minori, mette in campo tutti gli strumenti necessari per:

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

---

## **5.3. La formazione e l'informazione**

La diffusione di una cultura attenta all'infanzia ed ai fenomeni di abuso e maltrattamento, nonché di capacità professionali tali da far fronte ai casi concreti sono le premesse fondamentali per rendere “operative” le presenti linee-guida.

Le attività di informazione e formazione in materia di abuso e maltrattamento si potranno svolgere su diversi livelli di contenuto ed approfondimento:

### **1. Sensibilizzazione/formazione di base e trasversale**

Le attività saranno rivolte a tutti gli operatori che seguono e sostengono il processo di crescita del bambino, nelle diverse istituzioni e servizi, possibilmente in momenti comuni che coinvolgano le diverse professionalità interessate, con l'obiettivo di sviluppare le capacità di ascolto del bambino e di rilevazione dei segnali di disagio e di maturare una base comune sul come riconoscere e rilevare segnali di disagio/richieste di aiuto del bambino e sul percorso da attivare connettendosi con altre figure professionali e servizi. È auspicabile anche la condivisione delle buone prassi maturate a livello territoriale, nazionale ed internazionale nonché la realizzazione di iniziative di sensibilizzazione, divulgazione e comunicazione sociale rivolte alla popolazione locale, sui diritti dei minori e sui fenomeni di maltrattamento e abusi nei loro confronti.

### **2. Formazione specialistica e permanente**

Obiettivo di questo livello è quello di incrementare le capacità professionali degli operatori dei servizi territoriali pubblici e del terzo settore di area medica, sociale e psicologica, sui temi specialistici ed interprofessionali relativi alla presa in carico. A tal fine la Regione, mediante l'istituzione di appositi corsi di elevata specializzazione, promuove la formazione specialistica e continua di tutti i soggetti coinvolti nei servizi previsti dal modello organizzativo del punto LG. 3 e destina a tale scopo risorse dedicate.

## **Traccia per la segnalazione nei casi di sospetto maltrattamento e/o abuso sessuale**

### **Luogo, data**

### **A chi si segnala:**

- Servizi sociali territoriali
- Nucleo tutela minori
- Procura presso il Tribunale per i minorenni
- Procura Ordinaria
- Tribunale per i minorenni

### **Segnalante**

Nome, Cognome, Servizio, Qualifica

**Oggetto:** segnalazione per sospetto maltrattamento/abuso sessuale ai danni del minore... (nome, cognome, data di nascita, indirizzo)

### **Indicazioni sul minore/i relativamente al quale vi è un sospetto di maltrattamento/abuso sessuale**

- Contesto dell'osservazione o del racconto

(luogo, spazio fisico in cui avviene il racconto; contesto relazionale/tipo di relazione tra segnalante e minore)

- Oggetto dell'osservazione/Modalità del racconto

(le ragioni della segnalazione ed il/i fatti: segnali di preoccupazione/espressioni linguistiche e gestuali utilizzate dal minore,)

- Periodo di osservazione di quanto riferito

### **Indicazioni sul presunto abusante**

(nomi, soprannomi, caratteristiche fisiche, indicazioni sul vestiario, scritti, disegni messaggi provenienti dall'alto)



**Eventuali altre generali informazioni sul minore già in possesso del segnalante**

**Eventuali interventi attivati**

**Firme**

del segnalante/i e del responsabile del Servizio.