

## LA GIUNTA REGIONALE

- vista la legge del 27 maggio 1991, n. 176 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo”, approvata a New York il 20 novembre 1989;
- richiamato il Decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502 come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante “Norme per la realizzazione del servizio sanitario nazionale a norma dell’art. 1, che declina i principi di tutela del diritto alla salute, di programmazione sanitaria e di definizione di livelli essenziali di assistenza”;
- vista la legge 15 febbraio 1996, n. 66 “ Norme contro la violenza sessuale”;
- vista la legge 28 agosto 1997, n. 285 “Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l’infanzia e l’adolescenza”;
- vista la legge 3 agosto 1998, n. 269 “Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù”;
- vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” ed in particolare l’art. 8 che attribuisce alla Regione funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali ed il compito di disciplinare l’integrazione degli interventi stessi, con particolare riferimento all’attività sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria di cui all’art. 2, comma 1 lettera n), della legge 30/11/1998, n. 419;
- vista la legge 28 marzo 2001, n. 149 “Modifiche alla legge 4 maggio 1983, recante “Disciplina dell’adozione e dell’affidamento di minori”, nonché al titolo VII del libro primo del codice civile”;
- visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29/11/2001 recante “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale in data 8 febbraio 2002, n. 33;
- richiamato il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 approvato con DPR in data 3 maggio 2001;
- richiamato il Piano sanitario nazionale 2003-2005, approvato con DPR in data 23 maggio 2003;
- vista la legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 “Norme per la realizzazione dell’organizzazione del servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella regione” ed in particolare l’art. 2 che prevede che la Regione assicuri, mediante la programmazione sanitaria, lo sviluppo del servizio socio-sanitario regionale, al fine di garantire i livelli essenziali ed appropriati di assistenza definiti dal piano socio-sanitario regionale;
- vista la legge regionale 4 settembre 2001, n. 18 “Approvazione del piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002/2004” come modificata ed integrata dalla legge regionale 11 dicembre 2001, n. 38 ed in particolare la parte relativa all’integrazione socio-sanitaria nell’area materno infantile (pag. 4593 del B.U. n.

46/2001), la parte relativa ai servizi per la prima infanzia ed ai servizi socio-assistenziali ed educativi per bambini ed adolescenti (pag. 4630) nonché alle comunità per minori (pag. 4638);

- vista la legge regionale 20 giugno 2006, n. 13 “Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006-2008” ed in particolare l’Obiettivo n. 22 “Attivare politiche di prevenzione del disagio minorile e giovanile e di intervento a favore di minori e giovani in situazione di disagio”;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale in data 12 aprile 1999, n. 1161 concernente “Approvazione del piano regionale di attuazione della legge 28 agosto 1997, n. 285, Disposizioni per la promozione di diritti ed opportunità per l’infanzia e l’adolescenza”;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale del 21 agosto 2000, n. 2762 “Approvazione del protocollo tra l’Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali e l’Azienda USL della Valle d’Aosta, relativo all’area minori per l’organizzazione dell’attività degli uffici centrali e delle équipes socio-sanitarie territoriali;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1943 del 12 giugno 2000 “Approvazione della realizzazione del programma presentato al Ministero della Sanità “Progetto Sorriso” per l’infanzia;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 5152 del 31 dicembre 2001 con la quale veniva approvata la costituzione di una équipe di riferimento denominata Task Force”;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale in data 30 dicembre 2002, n. 5191 “Nuova definizione con integrazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) resi dal servizio sanitario regionale ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29/11/2001 e dell’art. 34 della legge n. 724/1994 (legge finanziaria per l’anno 1995). Revoca della deliberazione della Giunta regionale in data 15 luglio 2002, n. 2594”;
- considerato che l’équipe suddetta ha effettuato nel corso degli anni una attività di tipo formativo, finalizzata a renderla maggiormente competente nell’area del maltrattamento all’infanzia ed all’adolescenza;
- considerato che il percorso formativo suddetto ha evidenziato la necessità di rivedere il gruppo e la sua composizione in vista di un passaggio alla fase operativa da parte di quest’ultimo;
- considerata la necessità, da parte del dirigente del Servizio Famiglia e Politiche Giovanili dell’Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali, di formalizzare la fase operativa del gruppo definendone i componenti, l’attività che deve realizzare e di modificare la definizione di “Task Force” precedentemente attribuita con “Gruppo di Coordinamento Interistituzionale sul maltrattamento e l’abuso all’infanzia e all’adolescenza”;
- vista la condivisione esplicitata in merito dal Consiglio Permanente degli Enti Locali e dalla Questura di Aosta nella riunione del 13 novembre 2006, dalla Sovrintendente agli Studi nella riunione del 18 dicembre 2006;

- considerato il parere positivo espresso dall’Azienda U.S.L. con comunicazione pervenuta in data 19 febbraio 2007, prot. n. 6704, circa l’adesione all’Accordo di Collaborazione inerente alla formalizzazione del Gruppo di Coordinamento Interistituzionale sul maltrattamento e l’abuso all’infanzia e all’adolescenza;
- considerata la necessità, da parte del dirigente del Servizio Famiglia e Politiche Giovanili dell’Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali, di prevedere la spesa complessiva, ritenuta congrua, di euro 3.500,00 (tremilacinquecento/00) per eventuali azioni di supporto al gruppo di cui trattasi;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 4223 in data 29 dicembre 2006 concernente l’approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2007/2009, con attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati e di disposizioni applicative;
- precisato che la presente deliberazione è da ritenersi correlata all’obiettivo 153101 “Gestione degli interventi per lo sviluppo dei servizi e prevenzione del disagio minorile e giovanile”;
- visto il parere favorevole di legittimità rilasciato dal dirigente del Servizio Famiglia e Politiche Giovanili ai sensi del combinato disposto dagli artt. 13 comma 1 lett. e) e 59 comma 2 della legge regionale n. 45/1995, sulla presente proposta di deliberazione;
- su proposta dell’Assessore della Sanità, Salute e Politiche Sociali, Antonio Fosson, di concerto con l’Assessore all’Istruzione e Cultura, Laurent Viérin;
- ad unanimità di voti favorevoli,

### **DELIBERA**

1. di approvare l’Accordo di Collaborazione concernente l’istituzione del Gruppo di coordinamento interistituzionale sul maltrattamento e l’abuso all’infanzia e all’adolescenza e le relative modalità operative di cui l’allegato A alla presente deliberazione che ne fa parte integrante;
2. di approvare le Linee guida per l’intervento nei casi di maltrattamento, fisico, psicologico e sessuale a danno dei bambini e degli adolescenti di cui all’allegato B alla presente deliberazione che ne fa parte integrante;
3. di impegnare la somma di Euro 3.500,00 (tremilacinquecento/00) sul capitolo 61314 “Provvidenze a favore delle famiglie” – rich. n.13833 - del Bilancio di previsione della Regione per l’anno 2007 che presenta la disponibilità necessaria;
4. di trasmettere copia della presente deliberazione all’Azienda USL della Regione Valle d’Aosta per l’assunzione dei provvedimenti di sua competenza.

## **BOZZA DI ACCORDO DI COLLABORAZIONE**

Tra

Assessorato Regionale Sanità, Salute e Politiche Sociali  
Assessorato Regionale Istruzione e Cultura  
Azienda U.S.L. Regione Valle d'Aosta  
Consiglio Permanente degli Enti Locali Valle d'Aosta  
Questura di Aosta

Premessa

Il Progetto Sorriso, nato nell'ambito di un programma per l'infanzia, presentato al Ministero della Sanità, è stato approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1943 del 12 giugno 2000.

Il Progetto ha previsto azioni diversificate inerenti:

alla promozione nei servizi educativi e scolastici della conoscenza sui diritti dei minori;  
all'attivazione di collegamenti informativi maggiormente efficaci tra servizi socio-sanitari, educativi ed istituzioni scolastiche;  
alla realizzazione di percorsi formativi rivolti agli operatori sanitari, sociali, educativi e scolastici;  
alla costituzione di un'équipe interistituzionale per le informazioni e le segnalazioni relative al maltrattamento ed all'abuso all'infanzia ed all'adolescenza che doveva seguire un percorso formativo specifico;  
alla predisposizione di linee guida per l'intervento nei casi di maltrattamento e abuso a danno di minori e adolescenti.

Nel periodo 2002-2006 è stata realizzata un'intensa attività formativa rivolta ad operatori socio-sanitari, educativi, scolastici e medici relativamente alla prevenzione ed individuazione del disagio dei minori in ambito scolastico, familiare e relazionale con particolare riferimento ad abusi, maltrattamento e sfruttamento sessuale di minori ed adolescenti; parallelamente è stata realizzata un'attività formativa specifica rivolta ai componenti dell'équipe interistituzionale che nel corso del suo lavoro ha prodotto un documento contenente le funzioni e i compiti del gruppo e le linee guida elaborate per l'intervento nei casi di maltrattamento e abuso a danno di minori e adolescenti. (deliberazioni n.1157 del 29 marzo 2002 – n.1525 del 22 aprile 2003 e n.3048 del 6 settembre 2004).

Il Gruppo di Coordinamento interistituzionale risulta composto da:

Operatori dell'Assessorato Regionale Sanità, Salute e Politiche Sociali  
due Assistenti Sociali, di cui una operante in un presidio socio-sanitario territoriale ed una operante presso l'Ufficio Minori e Politiche Giovanili del Servizio Famiglia e Politiche Giovanili dell'Assessorato Regionale Sanità, Salute e Politiche Sociali;

Operatori dell'Assessorato Istruzione e Cultura  
due Dirigenti scolastici, di cui uno per il Settore Primario ed uno per il Settore Secondario;

Operatori dei Servizi per la prima infanzia  
un Coordinatore di Asilo Nido;

Operatori dell'Azienda USL  
due Psicologi, di cui un Direttore del servizio ed uno operante in un presidio socio-sanitario territoriale area minori;  
due Pediatri, di cui uno ospedaliero e uno territoriale;  
un'Assistente sanitaria operante in un presidio sociosanitario territoriale;  
un Ginecologo ospedaliero operante anche nel consultorio adolescenti;  
un Medico di Pronto Soccorso;  
un Medico legale;

Operatori della Polizia di Stato  
un operatore dell'Ufficio Minori della Divisione Anticrimine della Questura;  
un operatore della Sezione Minori della Squadra Mobile della Questura.

Affinché il Gruppo di Coordinamento possa diventare operativo è necessario il riconoscimento istituzionale della sua esistenza nonché delle sue funzioni.

**Sulla base di tale premessa, l'accordo di collaborazione per la realizzazione del Progetto Sorriso si fonda sui successivi punti**

**Il Gruppo di Coordinamento interistituzionale**

E'istituito il Gruppo di Coordinamento interistituzionale sul maltrattamento e l'abuso all'infanzia e all'adolescenza che si occuperà di attività di informazione, sensibilizzazione, documentazione inerente al tema del maltrattamento e dell'abuso di minori e di attività di consulenza agli operatori socio-sanitari, educativi e scolastici relativamente alla problematica connessa al maltrattamento e all'abuso di minori.

Il gruppo interistituzionale deve perseguire i seguenti obiettivi:

- a) ridurre la difficoltà di comunicazione e di confronto tra i diversi soggetti coinvolti nella problematica in oggetto;
- b) realizzare attività di formazione e sensibilizzazione inerenti alla problematica in oggetto, nel territorio regionale;
- c) diventare un riferimento competente e riconosciuto a livello regionale in grado di fornire consulenza ed orientamenti operativi.

Il Gruppo di Coordinamento interistituzionale è composto da:

Operatori dell'Assessorato Regionale Sanità, Salute e Politiche Sociali, designati dal dirigente del Servizio Famiglia e Politiche Giovanili:

- due Assistenti Sociali, di cui una operante in un presidio socio-sanitario territoriale ed una operante presso l'Ufficio Minori e Politiche Giovanili del Servizio Famiglia e Politiche Giovanili dell'Assessorato Regionale Sanità, Salute e Politiche Sociali;

Operatori dell'Assessorato Istruzione e Cultura, designati dal Sovrintendente agli studi:

- due Dirigenti Scolastici, di cui uno per il Settore Primario ed uno per il Settore Secondario;

Operatori dei Servizi per la prima infanzia, designati dal Presidente del CPEL

- un Coordinatore di Asilo Nido;

Operatori dell'Azienda USL, designati dal direttore generale dell'USL

- due Psicologi, di cui uno Direttore del Servizio ed uno operante in un presidio socio sanitario territoriale area minori;
- due Pediatri, di cui uno ospedaliero e uno territoriale;
- un'Assistente Sanitaria operante in un presidio socio sanitario territoriale;
- un Ginecologo ospedaliero operante anche nel consultorio adolescenti;
- un Medico di Pronto Soccorso;
- un Medico Legale;

Operatori della Polizia di Stato, designati dal Questore

- un operatore dell'Ufficio Minori della Divisione Anticrimine della Questura;
- un operatore della Sezione Minori della Squadra Mobile della Questura.

I componenti del gruppo di coordinamento devono assicurare la massima trasferibilità dei contenuti dell'attività dello stesso nell'ambito delle Istituzioni di appartenenza.

**L'accordo di collaborazione, e quindi il mandato del gruppo interistituzionale, avrà efficacia a partire dal \_\_\_\_\_ con verifica dopo i primi due anni di attività sui risultati raggiunti e sul funzionamento del gruppo.**

### ***Le azioni previste***

Le ipotesi di lavoro del gruppo, si possono sintetizzare nelle seguenti funzioni:

- raccogliere e divulgare la documentazione inerente alle caratteristiche, all'entità e alla diffusione del fenomeno del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia e all'adolescenza;
- realizzare, anche con altri soggetti coinvolti nella problematica, iniziative di sensibilizzazione in merito al tema della violenza ai minori, rivolte ad un vasto pubblico e/o a gruppi di persone che operano a contatto con i bambini ed i ragazzi (animatori, allenatori sportivi, volontari...);
- promuovere iniziative di sensibilizzazione/formazione nei confronti sia dei minori, sia degli operatori delle Istituzioni;
- favorire il coordinamento tra i diversi soggetti che si occupano di minori attraverso la strutturazione di percorsi operativi condivisi che prevedano modalità omogenee e sistematiche di lavoro di rete;
- coordinare l'eventuale partecipazione di alcuni componenti del gruppo ad iniziative che, in diversi ambiti regionali e nazionali, appaiono significativamente coerenti con le problematiche minorili;
- aggiornare nel tempo il documento contenente le Linee Guida predisposte dal gruppo per l'intervento nei casi di maltrattamento fisico, psicologico e sessuale a danno di bambini ed adolescenti;
- fornire consulenze agli operatori della Valle d'Aosta relativamente alle situazioni di sospetto maltrattamento e/o abuso.

L'attività di consulenza si sostanzia in:

- un contributo all'analisi della situazione, realizzato attraverso la lettura, la rilevazione e l'interpretazione degli indicatori del disagio;
- un chiarimento tecnico in merito alle procedure da seguire per la segnalazione agli Organi Giudiziari, qualora ritenuta opportuna;
- un'indicazione circa le modalità di accompagnamento al caso, sia che si pervenga ad una segnalazione, sia che la stessa non debba essere attivata, ma si rendano necessarie altre misure di intervento o di raccolta di ulteriori dati.

Le richieste di consulenza dovranno pervenire all'Ufficio Minori e Politiche Giovanili dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali, che fungerà da coordinamento centrale dell'attività del Gruppo.

### ***Tempi di lavoro***

Per realizzare le azioni collegate agli obiettivi di carattere generale il Gruppo si riunirà una giornata al mese; per l'attività di consulenza che coinvolgerà soltanto alcuni componenti del Gruppo, verrà utilizzata una mezza giornata alla settimana.

### ***Le linee guida***

Sono approvate le linee guida da utilizzare per l'intervento nei casi di maltrattamento e abuso a danno di minori ed adolescenti approvate con deliberazione della Giunta regionale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

Vista l'importanza del lavoro di collegamento tra i vari Enti e dell'impegno di ognuno per un efficace lavoro di coordinamento delle azioni previste, il presente ***accordo di collaborazione*** viene sottoscritto, per i soggetti istituzionali coinvolti nel progetto, dai legali rappresentanti, ovvero dai dirigenti competenti.

Aosta,

Assessorato Regionale della Sanità, Salute e Politiche Sociali – Direzione Politiche Sociali – Servizio Famiglia e Politiche Giovanili  
Rappresentante: Il Dirigente

Assessorato Regionale Istruzione e Cultura  
Rappresentante: Il Sovrintendente

Azienda U.S.L. Regione Valle d'Aosta  
Rappresentante: Il Direttore generale

Consiglio Permanente degli Enti Locali Valle d'Aosta  
Rappresentante: Il Presidente

Questura di Aosta  
Questore pro tempore o suo delegato



## **Linee guida per l'intervento nei casi di maltrattamento fisico, psicologico e sessuale ai danni dei bambini e degli adolescenti.**

### ***Premessa***

La finalità delle Linee Guida, elaborate del Gruppo di coordinamento, di cui alla deliberazione n. 5152 del 31 dicembre 2001 e desunte dalla letteratura disponibile sul tema, è quella di costituire un supporto agli operatori coinvolti nelle situazioni di maltrattamento di minori sia nella fase della consulenza fornita dal Gruppo di coordinamento sia nei momenti di sensibilizzazione previsti per operatori e popolazione.

Si ritiene opportuno sottolineare alcuni concetti fondamentali per la problematica in oggetto, prima di passare alla definizione delle procedure di intervento.

### ***Il fenomeno esiste ed è sommerso***

- Non si rileva da sé, non viene alla luce spontaneamente, ottiene l'attenzione della pubblica opinione soltanto quando supera la soglia di una certa gravità.
- Per far sì che emerga è importante, quindi, attivare iniziative di sensibilizzazione, di conoscenza e diffusione delle informazioni che lo riguardano. Per essere rilevato, richiede, da parte degli operatori, una disposizione "attiva" all'ascolto, alla vicinanza emotiva nei confronti dei minori, alla relazione con i minori.

### ***E' pericoloso***

Al fine di comprendere la potenziale pericolosità insita in alcune "storie di minori", è utile effettuare l'analisi e la lettura degli elementi che erano presenti nelle situazioni di abuso e maltrattamento successivamente emersi.

- In alcuni casi si rende necessaria l'attuazione tempestiva di misure e di interventi di protezione per evitare danni irreversibili.
- La situazione tende a cronicizzarsi a causa del trauma cumulativo prolungato.
- E', quindi, importante avere a disposizione operatori con elevata professionalità in grado di leggere, interpretare ed intervenire tempestivamente a tale livello.

### ***E' difficilmente rilevabile con certezza***

- E' caratterizzato da ambiguità e confusione.
- E', quindi, importante lavorare negli ambiti e contesti all'interno dei quali vivono i minori, per offrire agli adulti di riferimento gli strumenti atti a facilitare la rilevazione del problema.
- L'incertezza non deve portare al rinvio, alla paralisi, alla dimenticanza.

### ***Il fenomeno è più diffuso di quanto appare***

- Per tale ragione risulta opportuno individuare modalità di raccolta organizzata delle informazioni e di documentazione, al fine di conoscere l'entità del problema, i diversi livelli di gravità che presenta e le caratteristiche della sua diffusione.

### ***Il fenomeno è spesso correlato a quadri di patologia familiare***

- Risulta importante porre particolare attenzione ad alcune dinamiche e storie familiari, affinando la capacità di lettura degli elementi di rischio eventualmente

presenti al loro interno. Diventa pertanto utile effettuare una valutazione congiunta e interdisciplinare sugli indicatori del maltrattamento.

Al fine di facilitare quanto sopra può risultare utile la consultazione dell'elenco di indicatori allegato al presente documento. L'elenco suddetto è tratto dalla "Guida e strumenti operativi in materia di abbandono e maltrattamento dei minori" (Delibera n.313 del 25 marzo 2002 della Regione Toscana).

### ***Processo d'intervento***

Il processo d'intervento complessivo per contrastare il fenomeno del maltrattamento inizia dalla fase preventiva.

La prevenzione può essere:

- **Primaria:** è realizzabile attraverso iniziative di sensibilizzazione rivolte alla popolazione e a target di operatori da individuare;
- **Secondaria:** è realizzabile attraverso l'attivazione di interventi diversificati di sostegno alla genitorialità (aiuti economici e nell'accesso ai servizi, sostegni per facilitare la positiva frequenza scolastica, servizi di assistenza domiciliare educativa, ecc.);
- **Terziaria:** è realizzabile attraverso azioni di tutela del minore e di recuperabilità delle funzioni genitoriali.

Rispetto a quest'ultima si sottolinea quanto segue:

#### ***La rilevazione del disagio***

Si collega ad una preoccupazione "sana" relativamente alla situazione di un minore: chiunque rilevi il sospetto o la certezza dell'abuso o della violenza sui minori deve attivarsi. E' importante sottolineare che l'operatore deve mettersi in situazione di attenzione già in presenza del solo sospetto e che non sono necessarie prove certe.

L'operatore dovrà, innanzitutto, superare il concetto di "impensabilità" ed accettare la situazione ansiosa del conflitto che si crea perché si rompe un equilibrio ed alcuni membri della comunità, ritenendosi attaccati dall'azione dell'operatore, reagiranno.

La rilevazione comprende la raccolta attenta degli indicatori, il loro confronto e l'attribuzione di significato. Diventa, quindi, molto importante che "la preoccupazione" rilevata da un operatore venga confrontata e condivisa con altre professionalità.

#### ***Il coinvolgimento della famiglia***

I membri della famiglia devono essere indotti a prendere coscienza del problema e a superare la negazione del fatto. Il coinvolgimento è indispensabile per giungere, successivamente, alla responsabilizzazione della famiglia; ne consegue che l'atteggiamento degli operatori deve essere benevolo, ma rigoroso; le informazioni devono essere chiare, ma trasmesse in modo da non risultare aggressive e/o giudicanti. E' importante sottolineare che della segnalazione va data informazione alla famiglia, ma non va acquisita l'autorizzazione.

### ***Il non coinvolgimento della famiglia***

Non deve essere attivato nel caso di sospetto abuso sessuale intrafamiliare e/o nelle situazioni per cui si ritiene che il coinvolgimento della famiglia potrebbe generare comportamenti punitivi nei confronti del minore.

E' importante verificare la presenza di un familiare con funzione "protettiva" nei confronti del minore.

Vengono definiti due possibili percorsi di intervento a seconda della gravità della situazione rilevata:

## **1. Percorso nelle situazioni di trascuratezza senza rilevanza penale**

### ***Segnalazione***

Può essere inoltrata direttamente all'équipe sociosanitaria che avvia una valutazione della situazione familiare del minore, coinvolgendo immediatamente la famiglia, cercando di mettere in atto interventi di sostegno e valutando la disponibilità a cambiare comportamento della famiglia.

### ***Iter giudiziario***

Se la famiglia, a fronte degli interventi attuati, non modifica i propri comportamenti di incuria e, anzi, nega i problemi o rifiuta l'intervento dell'équipe sociosanitaria, questa provvede a segnalare la situazione al Tribunale per i Minorenni.

Il Tribunale per i Minorenni può emettere un decreto che prescrive una limitazione alla potestà genitoriale e obbliga i genitori a seguire le indicazioni dei servizi. L'équipe degli operatori, composta almeno da un'assistente sociale e da uno psicologo, valuta le possibilità di recupero delle capacità genitoriali della famiglia d'origine e, se la valutazione è negativa, propone l'allontanamento del minore e l'affido temporaneo ad una famiglia affidataria o presso una comunità per minori.

Nel frattempo, alla famiglia di origine viene proposto un progetto di aiuto per superare le difficoltà emerse in sede di valutazione; il progetto è predisposto congiuntamente ai servizi operanti presso il Sert e l'U.B. di Psichiatria, qualora risulti opportuno.

La famiglia, se dimostra di essersi giovata del programma di aiuto e si rivela in grado di svolgere il ruolo genitoriale, seppur ancora bisognosa di sostegno, ottiene dal Tribunale per i Minorenni il riavvicinamento e/o il rientro del minore.

Nel caso contrario, il Tribunale assume ulteriori decisioni a tutela dei minori interessati (prosecuzione dell'affidamento, permanenza in comunità, decadenza della potestà genitoriale, apertura di procedimento per l'eventuale dichiarazione di adottabilità dei minori, ecc.).

## **2. Percorso nelle situazioni di abuso o di maltrattamento**

### ***Segnalazione***

La segnalazione può essere effettuata in differenti modi:

- direttamente da chi rileva, alla Procura del Tribunale Ordinario;
- tramite gli organi di polizia: Polizia di Stato e Arma dei Carabinieri;
- tramite l'équipe sociosanitaria che trasmette la segnalazione contemporaneamente alla Procura del Tribunale Ordinario e alla Procura del Tribunale dei Minori.

### ***Iter giudiziario***

L'Iter Giudiziario segue due binari paralleli:

- la Procura del Tribunale Ordinario avvia un'indagine di Polizia Giudiziaria mirata ad evidenziare l'ipotesi di reato penale, l'individuazione del responsabile di reato e della relativa pena. A questo scopo vengono attivati diversi canali di indagine, tra i quali vi può essere anche l'audizione del minore;
- la Procura del Tribunale dei Minori avvia un percorso di valutazione sulla situazione di tutela del minore, finalizzata a evidenziare se esistano le condizioni di protezione del minore. A questo scopo vengono attivate dalla Procura le équipes sociosanitarie del territorio, perché effettuino una valutazione sulla famiglia di origine, mettano in atto misure di sostegno al minore e alla famiglia, oppure propongano l'allontanamento del minore.

### ***Intervento dell'équipe territoriale***

L'équipe territoriale:

- valuta il quadro complessivo della situazione traumatica, sia in relazione agli aspetti individuali del danno, sia a quelli relazionali delle dinamiche e risorse familiari;
- valuta il modello di pensiero del bambino rispetto all'abuso e all'abusante;
- in alcuni casi, su provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, provvede all'allontanamento del minore dai suoi familiari;
- in ogni caso, attiva la vigilanza sul minore e valuta la risposta della famiglia alla domanda di cambiamento;
- attiva il trattamento centrato sullo stress traumatico della vittima e sulle relazioni della vittima con la famiglia abusante o con la nuova famiglia;
- l'équipe territoriale utilizza, se necessario, una supervisione sui casi clinici seguiti. Può richiedere l'affiancamento di altre figure territoriali, a seconda delle situazioni;
- il trattamento dell'abusante non viene mai effettuato dall'équipe che tratta la vittima, ma viene affidato ad altra équipe.

### **Definizione di abuso all'infanzia**

Per abuso si intendono: “ gli atti e le carenze che turbano gravemente i bambini e le bambine attentano alla loro integrità corporea, al loro sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di terzi”

Per abuso sessuale si intende il coinvolgimento di un minore da parte di un partner preminente in attività sessuali anche non caratterizzate da violenza esplicita.

### **Elenco degli indicatori per la rilevazione del maltrattamento a danno dei bambini e degli adolescenti.**

#### ▪ **Il maltrattamento fisico**

##### **Indicatori fisici**

- ustioni da immersione in liquidi bollenti;
- ustioni da corda in situazioni di segregazione;
- ustioni a secco con oggetti incandescenti;
- bruciate da sigarette: sono più profonde e rotonde quelle intenzionali rispetto a quelle accidentali;
- lividi di forme particolari determinati da oggetti contundenti;
- abrasioni e lacerazioni;
- lacerazioni su genitali esterni;
- segni di morsi: il morso umano, a differenza di quello animale, contunde e schiaccia in profondità senza lacerare la cute;
- segni di frustate o cinghiate;
- lesioni interne provocate da schiaffi o calci;
- segni provocati da schiaffi e calci;
- lesioni alla mucosa orale da alimentazione forzata e da colpi alla faccia, talora con frattura o avulsione di denti;
- fratture diffuse o lussazioni: possono essere sospette sotto i due anni, quando la mobilità del bambino è limitata;
- emorragie derivanti da distacco del cuoio capelluto in seguito a tirate di capelli;
- chiazze di calvizie;
- traumi cranici da scuotimento violento: nei bambini di età inferiore ai due anni possono provocare emorragie retiniche ed ematomi subdurali che si manifestano con stato soporoso e convulsioni;
- denutrizione (frequente nei bambini molto piccoli);
- fratture nasali e mascellari;
- omissione o carenze protratte di cure mediche, fino a gravi compromissioni fisiche;
- ospedalizzazioni frequenti o ricoveri “oscuri” del bambino;
- avvelenamenti procurati allo scopo di far apparire ammalato il bambino e farlo sottoporre a dolorosi interventi sanitari.

La rilevazione di questi segnali avviene raccogliendo i rilievi e giudizi del personale sanitario e le informazioni acquisite con l'osservazione protrattasi nel tempo da osservatori privilegiati, come ad esempio gli insegnanti, sia valutando l'atteggiamento dei familiari dinanzi agli eventi e il loro modo di presentarli.

### **Indicatori comportamentali**

- reattività esagerata o chiusura del bambino;
- bambino passivo, sottomesso, lagnoso, scarsamente presente;
- comportamento collerico, assillante, iperattivo, con richieste irrealistiche nei confronti degli adulti;
- attaccamento indiscriminato a tutti gli estranei e resistenza a tornare a casa, ma sottomissione immediata per timore della reazione degli adulti;
- estrema dipendenza dal giudizio dei genitori;
- infantilismo eccessivo;
- adultizzazione precoce e assunzione del ruolo di genitore o compagno del genitore prediletto;
- ritardo nello sviluppo: del controllo sfinterico, della capacità motoria e della socializzazione;
- incapacità a giocare;
- difficoltà di logica e di pensiero;
- cambiamenti improvvisi di rendimento scolastico, con difficoltà di attenzione e concentrazione;
- carriere scolastiche negative;
- cambiamenti improvvisi dell'umore;
- disturbi emotivi;
- tratti nevrotici persistenti;
- tratti psicotici;
- incapacità ad evitare pericoli;
- anoressia, bulimia e disturbi dell'alimentazione;
- disturbi del sonno.

### **Indicatori della famiglia**

- genitori che hanno sofferto per deprivazioni affettive o subito maltrattamenti nella loro infanzia;
- genitori che hanno una bassa stima di sé e hanno bisogno di rassicurazioni sulle loro capacità personali;
- genitori immaturi o molto giovani;
- incapacità a chiedere aiuto, a fidarsi;
- atteggiamento aggressivo nei confronti degli insegnanti;
- isolamento sociale e solitudine;
- abuso di alcool e droghe;
- famiglie monogenitoriali;
- gravidanza iniziata con bambino appena nato;
- famiglie in cui sono presenti bambini nati prematuri o con handicap, per i quali la malattia ha reso difficoltosa la relazione di attaccamento da parte del genitore;
- famiglie in cui vi siano stati o siano sospettati casi di maltrattamento;
- mancanza di sostegno da parte di uno dei coniugi nell'educazione dei figli;
- conflitti coniugali;
- genitori che fanno richieste inadeguate all'età del bambino e ricercano in lui la soddisfazione dei propri bisogni;
- percezione del bambino come fastidioso;
- fiducia nella punizione come unico strumento educativo;
- proiezione del proprio vissuto di bambino cattivo nel figlio;
- genitori con modalità relazionali aggressive e/o ambigue;

- nonni che interferiscono esageratamente nell'educazione dei nipoti, dicendo ai propri figli ciò che devono fare, squalificandoli o escludendoli;
- resistenza a portare il bambino dal medico.

▪ **L'abuso sessuale**

**Indicatori fisici primari**

- ferite e contusioni ai genitali, al seno, alle cosce;
- ferite anali;
- ferite nella bocca e alla gola;
- gravidanza nell'adolescenza, in cui sia tenuta nascosta l'identità del padre.

**Indicatori fisici secondari**

- infezioni trasmesse per via sessuale;
- difficoltà nel camminare e nello stare seduti;
- perdite vaginali e uretrali, senza cause organiche evidenti;
- dolori, rigonfiamenti e pruriti nella zona genitale;
- dolore ad urinare, senza patologie specifiche;
- insufficiente tono sfinterico;
- indumenti intimi macchiati, insanguinati;
- gonorrea pediatrica.

La rilevazione di questi segnali è occasionale e difficile per alcuni operatori, perché richiede un contatto frequente e personale con il bambino, come ad esempio tra medico e paziente e tra insegnante e alunno. Ma soprattutto richiede che l'operatore abbia la competenza e la capacità di leggere ed affrontare le situazioni di rischio.

**Indicatori comportamentali**

- affermazione spontanea del bambino di aver subito molestie sessuali o, al contrario, di non averle subite;
- rifiuto di cambiarsi a ginnastica e nelle attività sportive e di spogliarsi nelle visite mediche;
- richiesta di essere cambiato spesso da parte del bambino piccolo;
- messa in atto di precoci forme di seduzione e atteggiamento vischioso;
- conoscenze sessuali insolite e comportamento sessuale inadeguato rispetto all'età;
- tendenza alla promiscuità sessuale;
- esibizionismo;
- abuso di droga;
- fughe da casa;
- insofferenza alle regole e tendenza a prendere parte ad attività delinquenziali;
- difficoltà relazionali con entrambi i sessi;
- desiderio di appartarsi;
- sensi di colpa e crisi di ansia;
- improvvisi cali di rendimento, ridotte capacità di attenzione, carriere scolastiche negative;
- sintomi psicosomatici;
- problemi dell'alimentazione, anoressia, bulimia;
- enuresi;

- paura del buio;
- gravi disturbi del sonno;
- depressione, melancolia, angoscia, incubi, rituali ossessivi;
- tendenza al suicidio;
- sintomi isterici;
- identificazione con l'aggressore.

### **Indicatori familiari**

- denuncia di abuso da parte di un familiare;
- problemi psichiatrici;
- alcolismo e uso di droghe;
- genitori separati che costituiscono una nuova convivenza;
- conflitto coniugale;
- assenza di controllo sulle condotte dei figli;
- padri e patrigni, con precedenti di abuso;
- eccessiva intimità fisica tra genitori e figli, espressa anche sotto forma di gioco;
- assenza del rispetto del sentimento del pudore, parlando in casa di argomenti sessuali;
- assenza di un contesto familiare di sostegno e isolamento sociale;
- relazioni coniugali e genitoriali carenti o conflittuali;
- situazione di maltrattamento e di trascuratezza nella famiglia di origine del genitore;
- convivenza forzata con parenti o estranei.

### ▪ **La trascuratezza grave**

#### **Indicatori fisici**

- malnutrizione;
- ritardo dello sviluppo per malnutrizione;
- persistente scarsa igiene del bambino che crea difficoltà anche nel rapporto con i compagni;
- assenza di controlli sanitari e delle vaccinazioni obbligatorie;
- carenza di cure mediche, dentistiche e oculistiche;
- eruzioni cutanee da pannolino e mancanza di igiene;
- tessuti sottocutanei danneggiati e presenza di lesioni infette;
- chiazze di calvizie nei bambini piccoli tenuti sempre in posizione supina;
- abbigliamento costantemente inadeguato rispetto alla stagione e trascurato nell'igiene;
- bambini con scottature dovute a eccessiva esposizione al sole oppure con bronchiti e/o polmoniti per esposizione al freddo.

#### **Indicatori comportamentali**

- bambino che spesso si addormenta in classe;
- stanchezza permanente e disattenzione;
- difficoltà scolastiche, nel rendimento e nei rapporti con gli insegnanti e i compagni;
- bambino che lamenta fame ed elemosina cibo o ruba la merenda;
- permanenza ingiustificata a scuola;



- assenteismo scolastico;
- evasione dall'obbligo;
- uso precoce di alcool e droghe;
- atti di vandalismo;
- permanenza fuori casa fino a tarda ora;
- ricerca di attenzione e di affetto da parte di estranei;
- dichiarazione del bambino che nessuno si occupa di lui;
- assunzione di responsabilità proprie dell'adulto;
- bambino che appare distaccato e non ricerca contatto con familiari e conoscenti;
- ritardo mentale e del linguaggio per mancanza di stimoli;
- forzato isolamento nell'abitazione;
- passività e apatia.

### **Indicatori familiari**

- genitori che lasciano il figlio neonato incustodito;
- genitori che lasciano i figli senza custodia, sia in casa che fuori, per un tempo eccessivo rispetto all'età del bambino stesso;
- genitori che lasciano i bambini in custodia a persone che per età e caratteristiche non sono idonee a garantire una cura adeguata (es: ad altri bambini, ad adulti che fanno uso di stupefacenti, ad anziani non autosufficienti, ecc.);
- genitori che fanno uso di alcool e droghe;
- genitori mentalmente ritardati o con malattie mentali;
- genitori i cui bisogni affettivi non sono stati soddisfatti nell'infanzia;
- madri confuse e depresse;
- madri molto giovani;
- scarsa percezione dei bisogni del bambino;
- incapacità ad occuparsi del bambino;
- assenza del partner nella conduzione familiare, in presenza di un genitore fragile;
- isolamento sociale e scarso sostegno della famiglia allargata;
- difficoltà economiche;
- abitazione inadeguata o impropria;
- mobilità residenziale;
- ricorso all'aiuto assistenziale quale unica fonte di reddito;
- provenienza della famiglia vissuta in carico all'assistenza, vita familiare disorganizzata, scarsa abilità nel risolvere i problemi;
- numerose gravidanze non pianificate;
- genitori privi di attaccamento al figlio;
- scarsa motivazione al cambiamento;
- passività.

Le famiglie che trascurano i propri figli molto spesso entrano a far parte dell'utenza dei servizi sociali, ai quali avanzano soprattutto richieste assistenziali. Può accadere che l'operatore ponga l'attenzione su quest'ultimo aspetto e sottovaluti il danno prodotto o che sta producendo la trascuratezza dei genitori, la quale può essere contrastata attivando tempestivamente provvedimenti di protezione dei minori. Gli indicatori di trascuratezza, peraltro, sono facilmente identificabili, perché connotano uno stile di vita rilevabile non solo dagli operatori sociosanitari, ma anche dalla gente

comune e dai centri di aggregazione (vicini, parrocchia, vigili urbani, centri ricreativi, ecc.) E' auspicabile che si stabilisca quindi un rapporto stretto tra operatori dei servizi e rete sociale per giungere a formulare un progetto efficace in tempi rapidi, per evitare la cronicizzazione delle singole situazioni di trascuratezza.

### ▪ **Maltrattamento psicologico**

L'individuazione dei segnali di maltrattamento psicologico è compito difficile, perché affidata alla lettura dei comportamenti del bambino e di contesti relazionali che possono non avere manifestazioni esterne clamorose, come può accadere nella conflittualità coniugale, nell'isolamento sociale, nella strumentalizzazione del bambino in situazione di conflitto.

La rilevazione degli indicatori di maltrattamento psicologico del minore ha come contesto privilegiato l'osservazione diretta della relazione famiglia/bambino e richiede, inoltre, l'intervento di professionisti che sappiano stabilire le cause del disturbo tra le molte possibili, cui imputare i sintomi.

La difficoltà di provare in modo inconfutabile la correlazione tra malessere del bambino e maltrattamento psicologico della famiglia rende assai problematica, spesso, l'impostazione di un progetto/contratto che veda seriamente coinvolti i genitori.

Come si è già detto, per questo tipo di maltrattamento gli indicatori sono distinti tra quelli relativi al minore e quelli relativi alla famiglia.

#### **Indicatori relativi al minore**

- ritardo nello sviluppo (linguaggio, motricità, crescita staturale-ponderale);
- personalità rigida e scarsa capacità di adattamento;
- scarsa o eccessiva considerazione di sé;
- scarsa socievolezza o vischiosità;
- sentimenti di inadeguatezza nelle relazioni con i coetanei;
- iperattività;
- pseudomaturità e assunzione di ruoli impropri (adultizzazione precoce);
- difficoltà nell'organizzarsi;
- reazioni nevrotiche: tratti isterici, ossessioni, fobie, ipocondria;
- tratti paranoici;
- sadomasochismo;
- tentato suicidio;
- ansietà simbiotica nelle separazioni e ansietà in presenza di estranei;
- comportamenti regressivi;
- abitudini improprie o stereotipate (succhiare, mordere, dondolarsi);
- enuresi;
- disordini alimentari;
- bambino che non gioca e non ha fantasia;
- comportamento disturbato e problemi nell'apprendimento con fallimenti scolastici;
- distruttività e crudeltà;
- alterazioni del sonno;
- terrori notturni e incubi;
- impulsività e comportamento di sfida.

### **Indicatori relativi alla famiglia**

- figlio non desiderato da uno o entrambi i genitori;
- figlio voluto a compensazione (es: per compensare un rapporto di coppia disfunzionale);
- non corrispondenza tra il figlio atteso e quello reale;
- mancanza di uno spazio mentale per il bambino;
- negarsi di uno o di entrambi i genitori al rapporto affettivo;
- situazione conflittuale nel rapporto di coppia;
- genitori troppo protettivi;
- genitori troppo esigenti;
- genitori che eccedono in liberalità, che non sanno dare le regole;
- strumentalizzazione del bambino in situazioni di separazione conflittuale;
- incapacità di valutare il bisogno del bambino e di coglierlo come problema;
- incapacità del genitore a chiedere e ricevere aiuto;
- mancanza di differenziazione dai propri genitori e dal figlio;
- difficoltà o rifiuto dei genitori a riconoscere le conseguenze delle proprie condotte e tendenza a riversare al di fuori della famiglia le responsabilità delle difficoltà del figlio;
- ambiente familiare poco stimolante.