

Deliberazione della Giunta Regionale 1 marzo 2019, n. 10-8475

Approvazione delle nuove linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori, da parte dei servizi socio-assistenziali e sanitari del territorio regionale. Revoca della DGR n. 42-29997 del 2 maggio 2000.

A relazione dell'Assessore Ferrari:

Premesso che:

in data 2 maggio 2000 la Giunta regionale ha approvato la Dgr n. 42-29997, contenente indicazioni operative per i servizi socio assistenziali e sanitari per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori;

tale provvedimento intendeva potenziare ed armonizzare il coordinamento e la collaborazione tra i servizi socio assistenziali e sanitari del territorio regionale, nelle azioni di contrasto del fenomeno dell'abuso e del maltrattamento ai danni di minori, alla luce delle rilevanti modifiche intervenute in materia, sia nel codice penale (art 609 decies comma 4, introdotto dalla L.66 del 15/2/1996), sia nella più complessiva programmazione regionale, che prevedeva, ai sensi della L.R. n.61 del 12/12/1997, ("Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997/1999") specifici adempimenti da parte dei Servizi socio-assistenziale e sanitari, al fine di dare piena attuazione alla Legge 66/1996, in precedenza richiamata;

a seguito dell'approvazione della citata deliberazione, si erano costituite, sul territorio piemontese, equipe multidisciplinari in numero di una per ogni Azienda Sanitaria Locale per un numero complessivo di 22 equipes, con funzioni principalmente di consulenza per gli operatori del territorio, oltre che di formazione ed aggiornamento nei confronti dei medesimi.

Considerato che:

nel corso degli anni lo scenario riferito alla tematica dell'abuso e del maltrattamento sui minori si è significativamente modificato: sono emerse nuove tipologie, all'epoca dell'approvazione della citata deliberazione non ancora diffuse e conosciute come ai tempi odierni quali, ad esempio, le forme di abuso on line, il bullismo ed il cyberbullismo;

nel corso degli anni si è inoltre diffusa ed acuitizzata una particolare tipologia di maltrattamento, quale quello della violenza assistita intrafamiliare e sono aumentati i casi dei minori che perdono la madre, uccisa dal padre, e restano quindi privi del sostegno di entrambi i genitori;

Considerato inoltre che:

- con Legge 11 gennaio 2018, n. 4 recante «modifiche al codice civile, al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in favore degli orfani per crimini domestici», viene previsto in particolare all'art. 9 comma 3 Assistenza medico-psicologica, che agli orfani per crimini domestici deve essere assicurata assistenza medico-psicologica gratuita, a cura del Servizio Sanitario Nazionale, per tutto il tempo occorrente al pieno recupero del loro equilibrio psicologico con esenzione dal ticket sanitario e che sul territorio della Regione Piemonte, tale esenzione trova copertura nell'ambito delle risorse assegnate annualmente alle aziende sanitarie con gli atti di riparto del fondo sanitario;

- la normativa in materia, a livello internazionale e nazionale, di cui si da conto nella presente deliberazione, ha recepito questo mutato scenario, prevedendo azioni specifiche da parte delle

amministrazioni e dei governi locali, non solo per il contrasto del fenomeno dell'abuso e del maltrattamento e la cura e presa in carico dei minori che ne sono vittime, ma anche per la realizzazione di interventi di prevenzione del fenomeno e di recupero delle relazioni familiari disfunzionali;

- il IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva per gli anni 2016-2017, (approvato con decreto del Presidente della Repubblica in data 31 agosto 2016) contiene specifiche indicazioni per le Regioni, che prevedono conseguenti adempimenti sia in termini di programmazione che in termini operativi.

Richiamato che:

- all'esito del recente monitoraggio, effettuato dalla competente Direzione regionale, sull'attuale esistenza ed operatività delle équipes multidisciplinari costituite ai sensi della DGR n. 42-29997 del 2000, la loro composizione e le funzioni prevalentemente svolte, è emerso un quadro molto disomogeneo e in parte non più rispondente al livello degli interventi derivanti dalla complessità dello scenario fin qui descritto;

- tale mutato scenario e la conseguente accresciuta complessità degli interventi previsti sia da parte dei Servizi socio-assistenziali e sanitari, sia in specifico delle équipe multidisciplinari, impongono:

- la ridefinizione delle funzioni delle équipes multidisciplinari rispetto a quanto previsto dalla DGR 2 maggio 2000, n. 42-29997, che ne disponeva la costituzione;

- la definizione dell'ambito di intervento delle medesime, in considerazione del grado di preparazione richiesta per i relativi interventi di presa in carico e trattamento;

- una più puntuale articolazione del percorso metodologico, dalla rilevazione del sospetto caso di abuso, al trattamento dello stesso, con particolare attenzione alla fase di segnalazione alle competenti Autorità Giudiziarie;

- la messa a punto di un sistema informativo regionale per la periodica raccolta dei dati, anche a fini statistici epidemiologici, e la verifica dell'applicazione delle linee guida approvate con il presente provvedimento.

Richiamato:

Che quanto contenuto nelle recenti leggi in materia della Regione Piemonte, riferite rispettivamente al sostegno delle donne vittime di violenza e ai loro figli, all'interno delle strutture di pronto soccorso (L.R. n.4 del 24 febbraio 2016) e agli interventi di prevenzione e contrasto dei fenomeni di bullismo e cyberbullismo (L.R. n.2 del 5 febbraio 2018), è da considerarsi trasversale alla materia oggetto della presente deliberazione.

Che le previsioni in esse contenute, comportano che venga assicurato un sistema unitario di interventi, attraverso la definizione di modalità di collaborazione ed integrazione tra le équipes che si occupano di abuso e maltrattamento, e le équipes multiprofessionali rispettivamente previste dalle leggi regionali in precedenza citate, anche al fine di renderne più efficaci ed incisivi gli interventi.

Ritenuto opportuno provvedere

-all'approvazione delle nuove linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori, rivolte ai Servizi socio-assistenziali e sanitari del territorio regionale di cui all'Allegato 1) parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

- alla revoca, dall'entrata in vigore del presente provvedimento, della D.G.R 2 maggio 2000, n.42-29997 "Approvazione linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori da parte dei servizi socio-assistenziali e sanitari".

Dato atto che dall'attuazione della presente deliberazione trova copertura nell'ambito delle risorse assegnate annualmente alle aziende sanitarie con gli atti di riparto del fondo sanitario;

acquisito il parere della Conferenza Regione - Autonomie locali, espresso in data 11 febbraio 2019;

visto il Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";

visto l'art. 17 della legge regionale 28 luglio 2008, n. 23 "Disciplina dell'organizzazione degli uffici regionali e disposizioni concernenti la dirigenza ed il personale";

visto il Decreto n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli art. 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42 e s.m.i.";

visti gli artt. 23 e 27 del D.Lgs n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PP.AA";

vista la L.R. n. 4 del 5.04.2018 di "Bilancio di previsione finanziario 2018-2020";

vista l'Intesa Stato – Regioni del 1.8.2018 n. 148;

vista la legge 4 maggio 1983 n. 184;

vista la legge 28 marzo 2001 n. 149;

vista la L.R. n. 1 del 8 gennaio 2004;

vista la L.R. n. 4 del 24 febbraio 2016;

vista la legge 11 gennaio 2018 n. 4;

vista la L.R. n.2 del 5 febbraio 2018;

vista la DGR n. 42-29997 del 2 maggio 2000;

vista la DGR n. 83-8235 del 20 dicembre 2018.

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto in conformità a quanto disposto dalla DGR n. 1-4046 del 17.10.2016;

la Giunta regionale, a voti unanimi, resi nelle forme di legge

delibera

- di approvare le nuove linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori, da parte dei servizi socio-assistenziali e sanitari del territorio regionale di cui all'Allegato 1 parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

- di revocare, dall'approvazione della presente deliberazione, la D.G.R. n. 42-29997 del 2 maggio 2000, avente ad oggetto "Approvazione linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori da parte dei servizi socio-assistenziali e sanitari";

- di demandare alla Direzione Coesione, di concerto mediante parere della Direzione Sanità, per quanto di competenza, l'adozione di tutti i provvedimenti necessari all'attuazione di quanto previsto dalle nuove linee guida di cui all'allegato 1, e in modo specifico la definizione e le modalità di realizzazione del sistema di monitoraggio, ivi comprese le modalità di collaborazione e di integrazione tra le équipes multiprofessionali;

- di dare atto che sul territorio della Regione Piemonte, l'esenzione del ticket prevista dall'art. 9 comma 3 della L. 11 gennaio 2018, n. 4 trova copertura nell'ambito delle risorse assegnate annualmente alle aziende sanitarie con gli atti di riparto del fondo sanitario;

- di prevedere che, entro un anno dall'avvenuta approvazione della presente i soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali e le Asl capofila recepiscano quanto contenuto e previsto nella medesima, attraverso l'adozione degli atti ritenuti opportuni al fine di assicurare la piena applicazione del presente provvedimento, trasmettendone copia all'Amministrazione Regionale;

La presente deliberazione, sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato

Linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori, da parte dei servizi socio - assistenziali e sanitari del territorio regionale.

INDICE

Premessa

Introduzione

- 1. Definizione, caratteristiche ed entità del fenomeno**
- 2. Lo scenario di contesto in Piemonte**
- 3. Le conseguenze del maltrattamento**
- 4. Cornice teorica di riferimento**
- 5. Lo scenario normativo**

CAP 1 Classificazione delle forme di maltrattamento e abuso

- 1.a Le diverse tipologie
- 1.b Campo di applicazione ed ambito di intervento

Cap.2 La dimensione multidisciplinare degli interventi

Cap. 3 Il percorso metodologico: le fasi dell'intervento

- 3.a rilevazione
- 3.b segnalazione all'Autorità Giudiziaria
- 3.c protezione
- 3.d valutazione multidisciplinare
- 3.e inquadramento diagnostico
- 3.f trattamento ed interventi

Cap. 4 L'organizzazione territoriale dei servizi per la rilevazione, protezione, segnalazione e presa in carico dei minori vittime di maltrattamento e abuso: composizione e funzioni

4.a Composizione delle équipes multidisciplinari

4.b Compiti e funzioni delle équipes multidisciplinari

4.c Assetto organizzativo

4.d Accesso in DEA/Pronto Soccorso o reparto

Cap. 5 Le azioni di prevenzione del maltrattamento

Cap. 6 La Formazione

Cap. 7 Il sistema di monitoraggio: la raccolta dei dati e la verifica dell'applicazione delle linee guida

Riferimenti bibliografici

Allegato: CODICI ICD- 10

PREMESSA

Il presente documento si propone, come ampiamente descritto nel provvedimento deliberativo, di definire modelli operativi integrati e di sistema, in grado di contrastare il fenomeno dell'abuso e del maltrattamento all'infanzia, fornendo precise indicazioni sulle modalità di rilevazione, protezione, segnalazione e presa in carico da parte dei servizi socio-sanitari, e al tempo stesso di individuare prassi e modalità di intervento che possano prevenire efficacemente o quantomeno intervenire tempestivamente sull'insorgenza di tale fenomeno e nella cura delle suoi effetti.

Si è esteso l'ambito di trattazione, rispetto alla deliberazione della Giunta regionale 2 maggio 2000, n. 42-29997, a tipologie di maltrattamento ed abuso all'epoca non ancora così diffuse e conosciute, quali ad esempio, le forme di abuso on line, il bullismo ed il cyberbullismo, dall'altro lato si sono meglio approfondite e sviluppate altre tipologie, quali ad esempio, quella della violenza assistita.

Occorre inoltre considerare come anche la normativa in materia, nonché il IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva per gli anni 2016-2017, (approvato con Decreto del Presidente della Repubblica in data 31 agosto 2016) abbiano introdotto significative novità normative ed indicazioni per le Regioni, che prevedono specifici adempimenti sia in termini di programmazione che sul piano operativo.

Uno degli aspetti maggiormente rilevanti del presente provvedimento, riguarda il percorso metodologico articolato nelle diverse fasi di intervento, con particolare attenzione alla fase di segnalazione alla Autorità giudiziaria ed ai relativi obblighi previsti per legge in capo ai Servizi, nonché ai conseguenti interventi da parte dei medesimi.

Un altro aspetto è riferito all'organizzazione territoriale dei servizi per la rilevazione, protezione, segnalazione e presa in carico dei minori vittime di maltrattamento ed abuso.

Il presente documento è l'esito di un tavolo di lavoro che ha preso avvio in data 19 aprile 2018, costituito dalla Direzione Coesione Sociale e composto da rappresentanti della Direzione regionale Sanità, degli Enti gestori delle funzioni socioassistenziali, delle AA.SS.LL., del CISMAI, e dalla Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza.

Inoltre, in una fase conclusiva, sono state coinvolte la Procura Ordinaria e la Procura presso il Tribunale per i Minorenni, in considerazione della rilevanza giuridica della materia oggetto delle presenti linee guida.

Concludiamo con quanto scritto dalla dr.ssa Marinella Malacrea neuropsichiatra e psicoterapeuta¹ in riferimento alla tematica in oggetto, dove identifica con il termine “*buon trattamento*” un’ alternativa al maltrattamento infantile: “*Per contrastare il maltrattamento non basta individuarlo e fermarlo: bisogna sostituirlo con altro*”.

E’ quindi necessario costruire contesti di cura, come indicato dall’organizzazione Mondiale della Sanità, secondo un modello ecologico, come di seguito richiamato.

Le presenti linee guida si propongono di andare in tale direzione.

INTRODUZIONE

1. Definizione, caratteristiche ed entità del fenomeno

Per maltrattamento all’infanzia 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*”.²

Il termine Abuso all’Infanzia indica ogni forma di violenza fisica e psicologica ai danni di un minore. “Il maltrattamento è comprensivo di tutte le forme di abuso fisico e/o psico-emozionale, di abuso sessuale, di trascuratezza o di trattamento negligente, di sfruttamento commerciale o assenza di azioni di cura con conseguente danno reale, potenziale o evolutivo alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del minore” (O.M.S., 1999)

Per maltrattamento e abuso si intende “quell’insieme di atti e carenze che turbano gravemente il bambino attentando alla sua integrità corporea e al suo 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 altri che hanno cura del bambino (Consiglio d’Europa, 1981)

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

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 suo processo di crescita.

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

Il danno cagionato è tanto maggiore quanto più:

- 1 il maltrattamento resta sommerso e non viene individuato,
- 2 il maltrattamento è ripetuto nel tempo ed effettuato con violenza e coercizione,
- 3 la risposta di protezione alla vittima nel suo contesto familiare o sociale ritarda,
- 4 il vissuto traumatico resta non espresso o non elaborato,
- 5 la dipendenza fisica e/o psicologica e/o sessuale tra la vittima e il soggetto maltrattante è forte,
- 6 il legame tra la vittima e il soggetto maltrattante è di tipo familiare,
- 7 lo stadio di sviluppo ed i fattori di rischio presenti nella vittima favoriscono una evoluzione negativa

¹ Marinella Malacrea: Cittadini in crescita n.1/2004. Rivista del Centro Nazionale di documentazione ed analisi per l’infanzia e l’adolescenza

² (WHO, World Report on Violence and Health, 2002).

L'O.M.S. nel 2006 ha definito tale fenomeno un problema di salute pubblica, poiché i costi in salute delle vittime sono elevatissimi: si rende quindi necessaria una diagnosi corretta e precoce, e la messa in atto di interventi di cura efficaci e tempestivi.

Nel 2006 uno studio del Segretario generale delle Nazioni Unite sulla violenza sui bambini, segnalava come la violenza sui minori rimanesse in gran parte "...nascosta, non denunciata e sottostimata" consumandosi prevalentemente tra le mura domestiche.

Il fenomeno del maltrattamento all'infanzia presenta diverse sfaccettature, è complesso ed articolato, sovente inespresso e sottaciuto, come dimostrano i dati in nostro possesso.

Come verrà meglio approfondito in seguito, il fenomeno in esame si articola e si declina in differenti tipologie, quali: la trascuratezza, la patologia delle cure, il maltrattamento fisico e psicologico, la violenza assistita, la violenza sessuale, le forme di violenza on line ed infine, la tratta e lo sfruttamento sessuale.

Il IV Piano Nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva per gli anni 2016-2017, (in precedenza citato) evidenzia come sul fenomeno del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia non si disponga di dati raccolti stabilmente nel quadro di un sistema di sorveglianza nazionale. Nondimeno alcune informazioni si possono trarre dalle statistiche giudiziarie e dalla recente indagine campionaria nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia promossa dall'Autorità Garante per l'Infanzia e realizzata da ISTAT- CISMAI-Terre des hommes (2015), di cui si da conto nel presente capitolo.

I dati relativi alle denunce alle Forze dell'Ordine inerenti i minorenni, fanno registrare incrementi significativi in questi ultimi anni. Quelli più immediatamente riconducibili a offese contro soggetti minorenni riguardano i reati di tipo sessuale: le denunce per atti sessuali con minorenne passano dalle 460 del 2006 alle 523 del 2013, le denunce per pornografia minorile e detenzione di materiale pedopornografico passano dalle 333 del 2006 alle 489 del 2013.

In assenza di un sistema nazionale uniforme di registrazione, e nella consapevolezza che la violenza sui bambini è un fenomeno ancora largamente sommerso. Secondo l'indagine campionaria nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia promossa dall'Autorità Garante per l'Infanzia e realizzata da ISTAT- CISMAI -Terre des hommes (maggio 2015), risultano essere 91.272 i bambini maltrattati in carico ai servizi sociali, si stima che 457.453 bambini e ragazzi, cioè 47,7 minorenni su 1000 residenti, siano seguiti dai servizi sociali territoriali. Di questi, 91.272 (9,5 minorenni ogni 1.000 minorenni residenti) sono stati presi in carico per maltrattamento, in particolare per trascuratezza (materiale e/o affettiva) (47,1%), per violenza assistita (19,4%), per maltrattamento psicologico (13,7%), per patologia delle cure (8,4%), per maltrattamento fisico (6,9%) e per violenza sessuale (4,2%). Aumenta inoltre la percentuale dei bambini che hanno assistito ad episodi di violenza sulla propria madre (dal 60,3% del 2006 al 65,2% rilevato nel 2014).

E' lecito chiedersi quali siano le difficoltà di emersione e rilevazione del fenomeno nel nostro paese.

Il Piano nazionale per il contrasto dell'abuso 2015-2017, rileva come secondo la Campagna del Consiglio d'Europa contro la violenza sessuale nei confronti dei bambini, quasi un minore su cinque subisce abusi sessuali almeno una volta nel corso dell'infanzia. Sono interessati entrambi i sessi anche se in maniera maggioritaria le bambine.

Bambini e adolescenti di ogni età, con una percentuale che aumenta a partire dalla preadolescenza. Non vi sono differenze tra etnie e comunità e, nella maggioranza dei casi, la vittima conosce l'autore.

2. Lo scenario di contesto in Piemonte

Per meglio contestualizzare l'entità del fenomeno nel territorio regionale piemontese, si riportano di seguito i dati riferiti al numero di minori in carico alle Unità di neuropsichiatria infantile ed ai Servizi di psicologia con diagnosi di maltrattamento/abuso, che, nel periodo indicato, hanno ricevuto almeno una prestazione.

I minori in carico alle Unità di neuropsichiatria infantile

Attività 2016

I Pazienti in carico ai Servizi nel periodo di esame sono stati 50.297 a cui sono state erogate 403.605 prestazioni

I Pazienti Residenti in Piemonte sono stati 49.621 a cui sono state erogate 399.551 prestazioni

I Pazienti NON Residenti in Piemonte sono stati 676 a cui sono state erogate 4.054 prestazioni

I Pazienti in carico con età >17 sono stati 1.058 femmine e 1.330 maschi (per un totale di 2.388 Pazienti)

I soggetti che hanno ricevuto almeno una prestazione nel periodo indicato con diagnosi di Maltrattamento / Abuso* sono stati 411 di cui 56 non noti alla rete precedentemente al periodo in esame.

Attività 2017

I Pazienti in carico ai Servizi nel periodo di esame sono stati 50.053 a cui sono state erogate 399.546 prestazioni

I Pazienti Residenti in Piemonte sono stati 49.335 a cui sono state erogate 394.867 prestazioni

I Pazienti NON Residenti in Piemonte sono stati 718 a cui sono state erogate 4.679 prestazioni

I Pazienti in carico con età >17 sono stati 1.109 femmine e 1.337 maschi (per un totale di 2.446 Pazienti)

I soggetti che hanno ricevuto almeno una prestazione nel periodo indicato con diagnosi di Maltrattamento/Abuso* sono stati 404 di cui 45 non noti alla Rete precedentemente al periodo in esame.

I minori in carico ai Servizi di Psicologia

Anno 2016 n. 1623 minori

Anno 2017 n. 1727 minori

3. Le conseguenze del maltrattamento

E' ormai un dato ampiamente acquisito dalla comunità scientifica e verificato drammaticamente nella pratica professionale dei servizi sociali e sanitari nel corso degli anni, come ogni evento di natura maltrattante, specialmente se sperimentato in tenera età e in maniera ripetuta, nell'ambito delle relazioni primarie di cura, cioè agite da chi dovrebbe garantire sicurezza,

affidabilità, stabilità, contenimento affettivo ed emotivo, in carenza o assenza di fattori protettivi e di “resilienza” nel bambino, produca un trauma psichico/interpersonale, che colpisce e danneggia le principali funzioni dello sviluppo (Malacrea,2002), provoca una grave deprivazione del potere e del controllo personale, una rilevante distorsione dell’immagine di sé e del mondo circostante. *“Molteplici ricerche hanno recentemente messo a fuoco quanto le condizioni di carente e /o di perverso accudimento possano produrre danni incalcolabili nella costruzione della personalità dei bambini, con effetti che si distendono per tutto l’arco della vita presente e futura”*.³

Tuttavia l’esperienza clinica e professionale e le ricerche condotte in tale ambito, hanno dimostrato come non necessariamente eventi traumatici, quali quelli descritti, determinino l’insorgenza di una psicopatologia. Le caratteristiche stesse del minore, delle figure adulte di riferimento, dell’ambiente di vita, della complessiva rete sociale, accompagnate dalla cura e dal trattamento del minore, possono costituire fattori protettivi.

4. Cornice teorica di riferimento

Il modello ecologico dell’intervento

Il maltrattamento è il risultato di un complesso intreccio di fattori individuali, relazionali, sociali, culturali e ambientali.

Per una comprensione più approfondita del fenomeno ⁴, l’Organizzazione Mondiale della Sanità propone l’adozione di una prospettiva “ecologica” ispirata al modello di Bronfenbrenner⁵ che considera quattro aree concentriche che interagiscono nell’eziologia, nella prevenzione e nella cura del danno. I fattori che, a più livelli, possono amplificare o ridurre il rischio di maltrattamento sono stati ampiamente studiati in letteratura.

Il maltrattamento, come patologia delle relazioni di cura, è fortemente correlato a specifici fattori di vulnerabilità e di resilienza individuali, familiari e sociali che, in un processo interattivo, moderano o aggravano il rischio di esposizione alla violenza.

In particolare la violenza domestica, è un fattore altamente predittivo di maltrattamento fisico, sessuale, e di trascuratezza.

Il modello ecologico fornisce una base globale e articolata di opzioni per tutte le fasi dell’intervento, incluse le necessarie azioni di prevenzione.

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

³ Marinella Malacrea:Cittadini in crescita n.1/2004, Rivista del Centro Nazionale di documentazione ed analisi per l’infanzia e l’adolescenza

⁴ Rapporto su violenza e salute (WHO, 2002) e “Prevenire il maltrattamento sui minori” (WHO, 2006)

⁵ U.Bronfenbrenner, “Ecologia dello sviluppo umano” Bologna, Il Mulino, 1986

Il modello ecologico sollecita l'adozione di una prospettiva orientata a un sistema di cura piuttosto che a singoli e "frammentati" interventi di cura, attraverso la creazione di una rete curante, come già in precedenza richiamato, multidisciplinare e multiprofessionale.

5. Lo scenario normativo

Il contesto in cui si situano l'azione dello Stato, dell'Amministrazione Regionale e del sistema dei Servizi preposti alla tutela dei minori, non può prescindere, in questo specifico settore, dai fondamentali principi sanciti, anzitutto, da norme di carattere internazionale:

- in questa prospettiva, strumento normativo fondamentale che ispira l'azione delle istituzioni è la Convenzione di New York sui Diritti del Fanciullo (ratificata in Italia con L. n.176 del 27 maggio 1991).

In particolare l'art. 19 fa obbligo agli Stati contraenti di adottare *"ogni misura legislativa, amministrativa, sociale ed educativa per tutelare il fanciullo contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale, per tutto il tempo in cui è affidato all'uno o all'altro, o ad entrambi, i suoi genitori, al suo rappresentante legale (o rappresentanti legali), oppure ad ogni altra persona che abbia il suo affidamento."*

Per il bambino vittima di una forma di negligenza, di sfruttamento o di maltrattamenti, gli Stati sono tenuti ad adottare *"ogni adeguato provvedimento per agevolare il riadattamento fisico e psicologico ed il reinserimento sociale..."* Tale riadattamento e tale reinserimento devono svolgersi in condizioni tali da favorire la salute, il rispetto della propria persona e la dignità del fanciullo".

- la Raccomandazione del Consiglio d'Europa n.91/11, adottata il 9 settembre 1991, in tema di sfruttamento sessuale, pornografia, prostituzione e traffico di minori e giovani adulti;

- la Dichiarazione di intenti ed il programma operativo adottati dalla Conferenza Mondiale contro lo sfruttamento sessuale dei bambini a fini commerciali, tenutasi a Stoccolma dal 27 al 31 agosto 1996.

- Convenzione del Consiglio d'Europa sulla protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale, conclusa a Lanzarote il 25 ottobre 2007, ratificata in Italia dalla L.172/2012,

- Convenzione di Istanbul sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica-Convenzione di Istanbul convertita dal Senato italiano in legge il 19 giugno 2013,

- Dichiarazione di Minsk 21-22 ottobre 2015 degli Stati membri dell'O.M.S. *The Life-course approach in the context of Health*, 2020.

In essi, sia pure in contesti più specifici, ma altamente integrati ed in parte sovrapposti alla materia in discussione, si trovano ripresi e sottolineati i principi fondamentali sopra richiamati, quale punto di partenza per definire strategie, azioni e strumenti che si traducano in efficaci forme di **prevenzione, tutela e trattamento** dei minori cui i diritti sopra elencati siano negati o messi in pericolo.

A livello nazionale, di particolare rilevanza sulla tematica trattata, risultano:

- Riferimenti normativi specifici per l'azione professionale dei servizi: modifiche introdotte dalla legge 15 febbraio 1996 n.66

- Legge 4 aprile 2001, n. 154: Misure contro la violenza nelle relazioni familiari,
- DICAM, Fuori dalla rete. Procedure operative per la tutela delle vittime minorenni di abuso sessuale on line. Tale pubblicazione è stata realizzata nel 2014, da Save the Children con la collaborazione del CISMAI e di alcune Regioni tra cui la Regione Piemonte, nell'ambito del progetto biennale Dicam II, cofinanziato dalla Commissione Europea.
- Piano nazionale d'azione 2015-2017 di prevenzione e contrasto dell'abuso e dello sfruttamento sessuale 2015-2017,
- IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva per gli anni 2016-2017,
- D.P.C.M 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, pubblicato sulla G.U. n. 65 del 18 marzo 2017. I precedenti LEA erano stati definiti con D.P.C.M. del 29 novembre 2001,⁶
- Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità: promozione della genitorialità positiva. Approvate in C.U. il 14 dicembre 2017
- Linee di indirizzo nazionali per l'accoglienza nei servizi residenziali per bambini i e ragazzi. Approvate in C.U. il 14 dicembre 2017
- Legge 11 gennaio 2018 n. 4: Modifiche al codice civile, al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in favore degli orfani per crimini domestici.

Provvedimenti e documenti regionali di riferimento

- D.G.R. n.30-13077del 19.01.2010: Indicazioni operative per la segnalazione del minore in presunto stato di abbandono,
- D.G.R. n.25-5079 del 18.12.2012: Approvazione della tipologia e dei requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori,
- L.R. 24 febbraio 2016, n. 4: Interventi di prevenzione e contrasto della violenza di genere e per il sostegno alle donne vittime di violenza ed ai loro figli,
- D.G.R. n.37-6229 del 22.12.2017: "Art.23 L.R.4/2016.Approvazione del Piano triennale degli interventi per contrastare la violenza di genere 2017-2019"
- L.R. n. 5 febbraio 2018, n. 2: Disposizioni in materia di prevenzione e contrasto dei fenomeni di bullismo e cyberbullismo.

Infine, per significatività a livello regionale, è opportuno citare la Direttiva del 30.01.2017 della Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni del Piemonte e della Valle d'Aosta, inerente la procedura operativa per la gestione delle segnalazioni di abuso/maltrattamento in danno di persona di minore età.

Cap.1 Classificazione delle forme di maltrattamento e abuso

⁶ L'art.24, comma 1, lettera m, prevede espressamente che il Servizio sanitario nazionale garantisca prestazioni nell'ambito" della prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico, ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono, o vittime di maltrattamenti e abusi". L'art.25 prevede inoltre che il Servizio sanitario nazionale garantisca: "...ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro sviluppo, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato".

Per rendere possibile una classificazione del fenomeno in esame, si procede ad una definizione e descrizione delle differenti manifestazioni e tipologie di maltrattamento, allo scopo di aiutare gli operatori a riconoscerle e trattarle, e principalmente nell'intento di creare un codice di lettura ed interpretativo comune e condiviso nei e dai Servizi, nella consapevolezza di quanto articolato e complesso sia il fenomeno in esame e variegata le sue manifestazioni.

a) Trascuratezza e patologia delle cure (incuria, discuria, ipercura)

b) Maltrattamento fisico

c) Maltrattamento psicologico

d) Violenza assistita

e) Violenza sessuale (incluse le forme di abuso on line e sfruttamento sessuale)

f) Bullismo e cyberbullismo

a) Trascuratezza e patologia delle cure

Per **trascuratezza** si intende l'omissione grave e/o persistente di cure nei confronti del minore di cui si è genitore, o nei cui confronti si esercita una funzione di tutela e si è legalmente responsabili, o gli insuccessi in alcune importanti aree dell'allevamento, che hanno come conseguenza un danno significativo per la salute o per lo sviluppo e/o un ritardo della crescita in assenza di cause organiche.

Le principali manifestazioni di trascuratezza sono il disinteresse nei confronti del minore, il ritardo od il rifiuto di cure mediche appropriate, fino a giungere all'abbandono fisico. In generale si osserva uno stile di accudimento carente nei confronti dei bisogni fisici, emotivi, educativo-cognitivi del minore, emotivamente indifferente e mancante quindi di responsabilità verso i suoi bisogni. La grave e persistente negligenza nei confronti del bambino o il fallimento nel proteggerlo dall'esposizione a qualsiasi genere di pericolo.

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 del bambino.

In tale tipologia rientrano:

- **incuria:** si intende l'omissione nel provvedere, ai bisogni di base del bambino/a (alimentari, abitativi, di abbigliamento, di salute), come anche la mancanza di condizioni di protezione necessarie per evitare che il medesimo possa incorrere in incidenti. In casi estremi, per carenze alimentari o per mancanza di cure mediche, l'incuria può portare alla morte del bambino/a.
- **discuria:** si manifesta quando le cure sono fornite in maniera distorta, anacronistica e non appropriata in rapporto all'età e alle capacità del bambino/a. I genitori non favoriscono le sue conquiste evolutive, trattandolo/a come se fosse più piccolo/a della sua età e mettendo così in atto un rapporto fusionale improntato alla iperprotettività; oppure fanno richieste di prestazioni eccessive (es. nella lettura e scrittura, nel controllo sfinterico)

- **ipercuria:** si manifesta quando il bambino/a riceve cure eccessive o sproporzionate alle sue condizioni fisiche con il rischio di una dannosa medicalizzazione.

La forma clinica più importante dell'ipercuria è la **Sindrome di Munchausen** per procura, di cui soffre, nella maggioranza dei casi, la madre. I soggetti che sono affetti da tale sindrome, inserita nell'area clinica delle psicosi, vivono nella convinzione delirante di soffrire di gravi malattie e quindi si rivolgono a varie strutture sanitarie alla ricerca di medici che confermino le loro convinzioni.

Una donna affetta da questa sindrome, quando diventa madre, può proiettare sul figlio/a le proprie convinzioni deliranti, con gravi rischi di danneggiamento fisico per il bambino/a, che viene sottoposto ad accertamenti strumentali inutili se non dannosi, e a terapie inopportune.

Al danno fisico si aggiunge il danno psicologico poiché il bambino/a diventa incapace di distinguere il messaggio del suo corpo dalle fantasie deliranti della madre.

Un'altra categoria rientrante in tale tipologia è il **chemical abuse**, cioè la somministrazione eccessiva ed ingiustificata di farmaci, basata sulla convinzione del o dei genitore/i, talvolta delirante, che il figlio/a ne abbia realmente bisogno.

b) Maltrattamento fisico

Il maltrattamento fisico si verifica quando il o i genitore/i o persone legalmente responsabili del bambino/a eseguono o permettono che si eseguano azioni che producono lesioni fisiche o mettono il bambino/a in condizione di rischiare lesioni fisiche, quali: percosse, morsi, bruciature, traumi cranici, ecc.

Per maltrattamento fisico, si intende, pertanto, la presenza di un danno fisico dovuto ad aggressioni, maltrattamenti, punizioni corporali o gravi attentati all'integrità fisica del minore.

Nell'ambito delle lesioni fisiche causate da maltrattamento, il traumatismo cranico è l'evento maggiormente segnalato in letteratura, sia perché molto sovente ha esiti letali sia perché risulta difficile, in termini diagnostici, distinguere tra evento accidentale (es. caduta dal fasciatoio, dalla culla, ecc.) e lesione volontaria.

Possono essere inquadrati come maltrattamento fisico anche le mutilazioni genitali femminili a cui vengono sottoposte le bambine, di solito prima dei 13 anni, a seconda del gruppo etnico di riferimento, provenienti da alcuni paesi dell'Africa, del Medio Oriente e dell'Asia.

Altra forma di maltrattamento grave è la **Shaken Baby Syndrome**. Si tratta di una forma particolare di maltrattamento: consiste nello scuotimento violento del bambino/a (in genere di età inferiore ai 24 mesi), con gravissime conseguenze, dovute dalla dimensione del capo, proporzionalmente più grande, in questa fascia d'età, del resto del corpo, e dalla immaturità cerebrale; le lesioni cerebrali multiple che ne derivano, sono causate dalla riduzione dell'afflusso di sangue al cervello (danno ipossico-ischemico). A ridosso dell'evento, il piccolo perde conoscenza. Tali lesioni possono causare, nei casi più gravi, la morte.

c) Maltrattamento psicologico

Per maltrattamento psicologico si intende una relazione emotiva nei confronti di un minore caratterizzata da ripetute e continue pressioni psicologiche, ricatti affettivi, indifferenza, rifiuto, denigrazione e svalutazioni che danneggiano o inibiscono nel bambino lo sviluppo di competenze cognitive-emotive fondamentali, quali l'intelligenza, l'attenzione, la percezione, la memoria.

Sovente questo tipo di maltrattamento si presenta in associazione ad altri tipi di maltrattamento (es. quello fisico).

Per completezza espositiva, è opportuno segnalare che rientra in questa tipologia di maltrattamento anche il coinvolgimento dei figli minorenni, nei casi di separazioni altamente conflittuali, in comportamenti finalizzati a svalutare, denigrare, minacciare, offendere, alienare un genitore, nonché ad impedire il contatto o la relazione con l'altro genitore.

d) Violenza assistita

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel rapporto mondiale su violenza e salute presentato a Bruxelles il 3 ottobre 2002, ha definito la violenza assistita intrafamiliare: *“l'esperire da parte del bambino/a, qualsiasi forma di maltrattamento compiuto, attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte o minori. Il bambino può farne esperienza direttamente, indirettamente e/o percependone gli effetti. 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.”*

Il danno evolutivo che si può produrre da un'esposizione traumatica continuativa ricorrente e spesso cronica è equiparabile a quello prodotto da grave maltrattamento: di conseguenza, al riconoscimento del danno deve corrispondere un'attenta presa in carico e percorsi di cura adeguati.

Tra i minori coinvolti in questo particolare tipo di maltrattamento, è importante ricordare coloro che perdono la madre, uccisa dal padre, e restano quindi **“orfani”** di entrambi i genitori.

Nel caso degli “orfani speciali” lo stato traumatico e le conseguenze psicopatologiche che ne possono derivare sono particolarmente complessi. I bambini/adolescenti hanno perso entrambi i riferimenti genitoriali e spesso hanno assistito direttamente all'omicidio della madre o ne hanno visto il cadavere. Il trattamento deve assumere caratteristiche tali da rispondere alle necessità particolari del minore e deve comprendere i nuovi *caregiver*, a cui i bambini vengono affidati.

È importante che il minore venga accompagnato dal terapeuta con continuità, e non solo nelle fasi iniziali, sia nell'elaborazione del trauma che nelle varie tappe, coordinando gli interventi con gli altri operatori.

Alcune recenti pronunce della Corte di Cassazione sono orientate nel considerare la violenza assistita, quando essa sia reiterata e agita nei confronti di figure di attaccamento significative per il bambino, una fattispecie di maltrattamento nei confronti del minore, assimilabile, quindi, ad un reato.

E' opportuno richiamare in proposito quanto previsto dal Piano triennale di interventi per contrastare la violenza di genere, approvato dalla Giunta regionale del Piemonte con DGR n.37-6229 del 22.12.2017. Tra gli obiettivi e le azioni elencate, sono espressamente previsti interventi a sostegno dei figli e delle figlie di vittime di femminicidio ed interventi a sostegno di minori vittime di violenza assistita⁷, nonché quanto previsto dalla Legge nazionale dell'11 gennaio 2018, n.4.

⁷

La L.154 del 2001, in precedenza citata, prevede, all'art 1, la misura cautelare dell'allontanamento dalla casa familiare del genitore maltrattante, introducendo, nel codice di procedura penale, l'art.282 bis "Art. 282-bis. - (Allontanamento dalla casa familiare). - 1. Con il provvedimento che dispone l'allontanamento il giudice prescrive all'imputato di lasciare immediatamente la casa familiare, ovvero di non farvi rientro, e di non accedervi senza l'autorizzazione del giudice che procede. L'eventuale autorizzazione può prescrivere determinate modalità di visita. Il Giudice, qualora sussistano esigenze di tutela dell'incolumità della persona offesa o dei suoi prossimi congiunti, può inoltre prescrivere all'imputato di non avvicinarsi a luoghi determinati

Gli effetti a breve termine

I minori vittime di violenza assistita, convivono con paura e ansia, mista a rabbia, imbarazzo e umiliazione. Sono sempre in guardia, in attesa che il prossimo evento si verifichi. Non avendo possibilità di prevederne i tempi, non si sentono mai al sicuro, si preoccupano per se stessi, per il genitore preso di mira, e per i fratelli e sorelle. La rabbia è rivolta non solo verso l'abusante ma anche verso il genitore abusato, colpevole di non essere in grado di prevenire la violenza. Si sentono inutili, impotenti e spesso responsabili degli scontri fra i genitori. Quasi sempre sono tenuti a mantenere il segreto di famiglia. Si sentono isolati e vulnerabili, abbandonati fisicamente ed emotivamente, sono in cerca di attenzione, affetto e approvazione; il loro attaccamento è danneggiato e sono incapaci di provare fiducia.

Se esposti a fonti di stress molto intense, possono sviluppare un disturbo da stress post traumatico.

Spesso presentano disturbi del sonno, mancanza di concentrazione con scarso rendimento scolastico, mal di stomaco e/o mal di testa, enuresi, tristezza, depressione e rabbia. Possono verificarsi ritardi di sviluppo, riduzione delle capacità cognitive e la sindrome da deficit di attenzione e iperattività. I/le bambini/e a loro volta possono esprimersi in modo aggressivo con la madre o con i coetanei, fino ad agire atti di bullismo.

La violenza assistita è indicata come fattore di rischio per altri tipi di maltrattamento verso i minori, come il maltrattamento fisico, la trascuratezza e l'abuso sessuale.

Gli effetti a lungo termine

La violenza domestica compromette le funzioni genitoriali della vittima, danneggiando la relazione genitore/bambino in tutto il suo divenire.

L'esposizione prolungata alla violenza ne favorisce la trasmissione intergenerazionale. Infatti i bambini che crescono osservando un modello di relazioni intime in cui si usa l'intimidazione e la violenza, possono allearsi con l'abusante e perdere il rispetto per il genitore abusato, apparentemente impotente. Tale mancanza di rispetto insegna ad esempio, nel caso più frequente in cui l'abusante sia il padre, che si può mancare di rispetto alle donne, che la violenza e la prevaricazione sono modi efficaci e virili per risolvere conflitti e problemi; da grandi hanno più probabilità di maltrattare la propria partner fin dai primi appuntamenti. Nelle ragazze può radicarsi la convinzione che le minacce e la violenza nelle relazioni siano la norma. Diventati adolescenti, i figli sono maggiormente esposti a fughe da casa, a depressione con rischio suicidario, all'abuso di alcol e droghe, alla delinquenza giovanile e alla criminalità adulta⁸.

e) Abuso sessuale - Abuso on line⁹- Sfruttamento sessuale

Per **abuso sessuale** si intende il coinvolgimento, intenzionale e interpersonale, di un minore in esperienze sessuali forzate, o comunque, inappropriate dal punto di vista del proprio stadio di sviluppo, a cui non può liberamente consentire in ragione della sua giovane età e della preminenza dell'abusante.

abituamente frequentati dalla persona offesa, in particolare il luogo di lavoro, il domicilio della famiglia di origine o dei prossimi congiunti, salvo che la frequentazione sia necessaria per motivi di lavoro. In tale ultimo caso il giudice prescrive le relative modalità e può imporre limitazioni.

⁸ R. Luberti, M.T. Pedrocco Biancardi, "La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per i bambini che vivono in famiglie violente" 2005, Ed.Franco Angeli

⁹ Per un approfondimento sulle diverse forme di abuso on line, si rimanda alla scheda 2 contenuta nel citato documento Fuori dalla rete-Procedure operative per la tutela delle vittime minorenni di abuso sessuale on line. Anno 2014

Tali esperienze possono non comportare violenza esplicita o lesioni; possono avvenire senza contatto fisico e/o essere vissute come osservatori passivi.

Tali esperienze sessuali non riguardano solamente la sfera genitale in senso stretto, ma anche zone del corpo note, secondo la scienza medica e psicologica, come erogene (Cass. Pen. Sez. III 21/6/2002,n.23869)

In base alla relazione esistente tra la vittima e l'adulto abusante, l'abuso sessuale viene definito intra-familiare, quando l'abusante è un componente della famiglia, extrafamiliare quando l'abusante è una figura estranea alla famiglia.

Si configura sempre e comunque come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore e al suo percorso evolutivo e può produrre DSPT (Disturbo da Stress Post Traumatico), acuto e/o cronico, anche con espressione ritardata e persistente in età adulta. L'intensità e la qualità degli esiti dannosi derivano dal bilancio tra i fattori di rischio (condizioni personali e ambientali precedenti l'evento; caratteristiche dell'evento come frequenza, precocità, durata, gravità degli atti sessuali, relazione con l'abusante; coping inefficace, riattivazioni traumatiche successivi all'evento) e i fattori di protezione (risorse individuali della vittima, del suo ambiente familiare, interventi attivati nell'ambito psicosociale, sanitario, giudiziario).

Per **abuso sessuale online** si intende il coinvolgimento di una persona di minore età in attività sessuali (virtuali o reali) attraverso gli strumenti offerti dalle nuove tecnologie.

L'abuso on line rappresenta una particolare declinazione dell'abuso sessuale sui minori (in prevalenza preadolescenti e adolescenti) la cui caratteristica saliente è il ruolo ricoperto dalle nuove tecnologie che diventano il mezzo principale attraverso cui l'abuso viene perpetrato, documentato e diffuso con immagini e video.

L'abuso può prendere avvio da diverse situazioni: a) adescamento su internet con lo scopo di un coinvolgimento in attività di *cibersex* (sesso virtuale); b) induzione a guardare pornografia per adulti, induzione alla produzione di foto o video erotiche; c) adescamento su internet a scopo di incontri sessuali offline, con presenza o meno di materiale pedopornografico, per abuso offline per la produzione di materiale pedopornografico; d) servizi di sesso online o offline remunerati in seguito all'aggancio online.

Per un approfondimento sul tema, si veda quanto contenuto nel Glossario dei comportamenti devianti on line, costantemente aggiornato sul sito del Ministero della Giustizia.

Per quanto riguarda le procedure operative per la tutela delle vittime di abuso sessuale on-line, si fa qui riferimento al documento in precedenza citato, "Fuori dalla rete Procedure operative per la tutela delle vittime minorenni di abuso sessuale on line".

Si veda, infine, quanto contenuto, sul punto, nel Piano Nazionale di prevenzione e contrasto dell'abuso e dello sfruttamento sessuale dei minori, anni 2015-2017, parte integrante del IV Piano nazionale.

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

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

prostituzione minorile, ma spesso la propagandano per attirare il turista e incassare così valuta pregiata.

f) Violenza tra pari: bullismo e cyberbullismo

Con il termine “bullismo” si definiscono quei comportamenti offensivi e/o aggressivi che un singolo individuo o più persone mettono in atto, ripetutamente nel corso del tempo, ai danni di una o più persone con lo scopo di esercitare un potere o un dominio sulla vittima¹⁰.

In questa definizione è implicito il concetto di intenzionalità da parte dell'autore delle offese, vere e proprie forme di abuso che creano disagio e un danno fisico o psicologico nelle vittime.

La differenza tra le normali dispute tra bambini o adolescenti e gli atti di bullismo veri e propri consiste nella predeterminazione e nell'intenzionalità che caratterizzano questi ultimi, nella ripetitività nel tempo, nonché nella soddisfazione che gli autori di tali abusi ne traggono, nello squilibrio di potere tra il bullo e la vittima, con l'affermazione della supremazia del bullo sulla vittima (in termini di età, forza fisica, numerosità, ecc.).

Il fenomeno del bullismo è una dinamica essenzialmente di gruppo basata sulla prevaricazione e si evidenzia soprattutto tra compagni e compagne nelle prime classi, cioè quando gli/le allievi/e non si conoscono ancora e devono trovare un modo per stare bene insieme.

Il bullismo come tale non è un'ipotesi di reato prevista nel nostro ordinamento penale ma molto spesso il bullo commette dei reati nei confronti della vittima (esempi: reato di minaccia, estorsione, violenza aggravata, etc.).¹¹

Gli studiosi evidenziano le seguenti forme di bullismo a seconda del tipo e dell'intensità del comportamento aggressivo:

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

Le aggressioni fisiche e verbali possono essere considerate forme di bullismo diretto dal momento che implicano una relazione faccia a faccia tra il bullo e la vittima.

L'uso improprio delle nuove tecnologie per colpire intenzionalmente persone indifese è stato definito “**cyberbullismo**” (“*cyberbullying*” nella letteratura anglofona). Esso descrive un atto aggressivo, intenzionale condotto da un individuo o un gruppo usando varie forme di contatto elettronico, ripetuto nel tempo contro una vittima che non può facilmente difendersi. L'aggressore può agire nell'anonimato e può diffondere le offese attraverso il web raggiungendo un pubblico potenzialmente illimitato.

1.b Campo di applicazione ed ambito di intervento

Il presente provvedimento si occupa di soggetti minori di età (0-18 anni) rientranti nelle codifiche ICD 10, classificazione diagnostica in uso nell'area neuropsichiatrica infantile in Piemonte.

¹⁰ A. Fonzi (2006) Il bullismo: fattori individuali e contestuali, in Rivista di Psicologia Sociale n. 3- sett-dic., Ed. Il Mulino

¹¹ Si segnala in proposito il progetto Sicursè attivo presso il Comune di Torino che riguarda la prevenzione di fenomeni di bullismo e l'accompagnamento del ragazzo, sia vittima sia autore di molestie. Il progetto ha preso avvio a seguito della firma di un protocollo d'intesa contro il bullismo tra Città di Torino, Procura della Repubblica Tribunale Minorenni, ASL Città di Torino, Ordine Psicologi, Miur, Associazione EMDR, e Università di Torino nel giugno del 2017.

I minori oggetto di diagnosi presentano sovente una costellazione sintomatologica ampia, che può riferirsi a disturbi rientranti negli assi non compresi nella citata tabella, facenti capo alla categoria dei disturbi comportamentali ed affettivi.

Ai fini della definizione dell'ambito di intervento dell'equipe multidisciplinare, e dunque delle tipologie di maltrattamento ed abuso oggetto del medesimo, si ritiene si debba fare riferimento sia alla fondata ipotesi che si sia verificato un evento traumatico sia alla concomitante manifestazione di uno stato di sofferenza del minore. In questi casi si fa riferimento ad una situazione di danno per il minore.¹²

Le altre tipologie di malessere, continuano ad essere oggetto di trattamento e presa in carico da parte dei Servizi di psicologia e o di neuropsichiatria infantile. In questi casi si fa riferimento ad una situazione di **rischio** per il minore, rispetto alla possibile, futura insorgenza di un danno.

Occorre in ogni caso, considerare che non sempre i minori traumatizzati manifestano in maniera evidente uno stato di sofferenza, a motivo di una propria particolare resilienza: sarà quindi necessario porre particolare attenzione alla fase di valutazione.

Per quanto riguarda gli *indici di gravità* in precedenza citati, che concorrono a definire i criteri di inclusione, si fa riferimento sia al dato anamnestico che al dato clinico (stato di sofferenza emotiva del minore).

Come evidenziato nella Dichiarazione di Consenso in tema di Abuso Sessuale del Cismai, del 15 maggio 2015: “ *L'intensità e la qualità degli esiti dannosi*”, e quindi anche la gravità della situazione, “*derivano dal bilancio tra i fattori di rischio (condizioni personali e ambientali precedenti l'evento, caratteristiche dell'evento come frequenza, precocità, durata, gravità degli atti sessuali, relazione con l'abusante; coping inefficace, riattivazioni traumatiche successivi all'evento) e i fattori di protezione (risorse individuali della vittima, del suo ambiente familiare, interventi attivati nell'ambito psico-sociale, sanitario, giudiziario)*”. Tali *indici di gravità*, validi per l'abuso sessuale, possono considerarsi estendibili ad ogni altra forma di maltrattamento e trascuratezza.

I codici individuati nell'ambito del sistema diagnostico ICD10, sono stati estesi a nuove forme di abuso: bullismo e cyberbullismo.

Si segnala la necessità della presenza e del coinvolgimento, nella composizione delle équipes multidisciplinari, (come meglio specificato al successivo cap. 4.a) di operatori del DSM e del SERD, per la cura degli aspetti sintomatici e personologici che incidono sulle competenze genitoriali e sulla loro trattabilità.

Può verificarsi, infatti, che i genitori che agiscono comportamenti abusanti e/o maltrattanti e/o gravemente trascuranti, possano manifestare quadri psicopatologici importanti quali disturbi della personalità, sindromi dissociative, dipendenza da alcool e sostanze psicoattive, che necessitano di essere trattati e curati.

A tale proposito, emerge la necessità di una stretta collaborazione e di un costante raccordo tra gli operatori del DSM e del SERD, in particolare in tutte quelle situazioni in cui, ad un disturbo psichiatrico, si associa una dipendenza da sostanza (casi di cosiddetta “*doppia diagnosi*”): questi casi infatti rendono sovente difficile e controversa la collaborazione tra i due

¹² Per maggiori approfondimenti sulle manifestazioni a breve e medio termine, si rimanda a quanto contenuto nell' “Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile” Quaderno n.40- Centro Nazionale di documentazione ed analisi Istituto degli Innocenti Firenze, ottobre 2006 (Cap. 4).

Servizi, con il rischio che l'adulto non sia curato né trattato, e/o che il minore figlio sia considerato solo come "terapeutico" per il genitore e non come soggetto avente il diritto alla protezione.

Per contro, i genitori che mettono in atto comportamenti maltrattanti e abusanti possono anche non rientrare in nessun quadro francamente psicopatologico e/o non essere portatori di problematiche conclamate di dipendenza da sostanze.

Si deve inoltre considerare che, sovente, situazioni valutate come problematiche dagli operatori del bambino/a non sono considerate tali dagli operatori di riferimento degli adulti.

In questi casi, il lavoro di cura della genitorialità disfunzionale dell'adulto e delle fragilità personali che ne sono alla base, sarà realizzato dal Servizio di psicologia e/o di neuropsichiatria infantile facenti parte dell'equipe multidisciplinare.

Analogo ragionamento deve essere esteso ai Servizi che si occupano di adulti con problemi di dipendenza.

Alla luce delle citate considerazioni, dei criteri di inclusione e dei relativi indici di gravità individuati nonché del grado di preparazione richiesto ai Servizi preposti per i relativi interventi di presa in carico e trattamento, **le tipologie di abuso e maltrattamento oggetto dell'intervento delle equipe multidisciplinari** e dunque oggetto di trattazione del presente provvedimento, sono le seguenti:

- maltrattamento fisico e trascuratezza gravi
- violenza assistita
- abuso sessuale
- bullismo
- cyberbullismo

Cap. 2 La dimensione multidisciplinare degli interventi

Ai fini della trattazione del presente capitolo, si ritiene importante richiamare quanto contenuto nel Piano d'Azione in precedenza citato il quale focalizza l'attenzione sull'importanza di interventi multidimensionali integrati, a livello di *governance* locale, che coinvolgano i singoli soggetti e la più complessiva rete dei servizi, per la realizzazione di positivi ed efficaci modelli di intervento.

In termini generali, gli interventi dovrebbero essere finalizzati principalmente a: *"Costruire una pianificazione integrata fra il sistema del sociale e del sanitario, della Giustizia minorile, della scuola e dell'educativo e del sostegno al reddito per garantire interventi capaci di rispondere all'unitarietà dei bisogni dei bambini e delle famiglie"*.¹³

¹³

Lo sviluppo di azioni di inclusione sociale e di promozione delle competenze genitoriali comporta innanzitutto favorire e implementare Azioni di sistema nei contesti territoriali al fine di costruire complementarietà, integrazione e sinergie tra i diversi soggetti istituzionali e non (Ente locale, ASL, Istituzione scolastica, Medicina e pediatria di base, Cooperazione sociale, volontariato, reti e aggregazioni di cittadini) i quali, pur nel rispetto delle singole identità e titolarità, assumono l'obiettivo comune di

In riferimento alla materia oggetto del presente provvedimento, il Piano d'Azione individua i seguenti obiettivi specifici:

-Garantire il diritto alla cura delle vittime di abuso e maltrattamento tramite "esperienze riparative" e interventi di psicoterapia da assicurare anche oltre la fase d'emergenza

attraverso il potenziamento delle rete integrata di servizi per realizzare interventi specialistici competenti, per la valutazione e la cura delle esperienze traumatiche (psicoterapia, attivazione delle risorse familiari positive, progettazioni e percorsi riparativi tramite esperienze relazionali correttive. Il diritto alla cura tramite tutti i necessari supporti terapeutici non dev'essere subordinato in alcun modo alle esigenze giudiziarie.

- Favorire il recupero delle relazioni familiari disfunzionali tramite la valutazione e cura dei genitori maltrattanti

attraverso interventi reali di cura della genitorialità "gravemente disfunzionale" con la massima attivazione delle risorse presenti nel soggetto, nella rete familiare, nella rete sociale.

"Lavorare, quindi, sulle potenzialità e sulle risorse che anche le famiglie vulnerabili possono attivare, significa lavorare per promuovere un convinto investimento sull'infanzia, l'adolescenza e le giovani generazioni, ma questo richiede che i servizi siano in grado di offrire percorsi di sostegno ed accompagnamento delle famiglie durante i loro diversi cicli di vita e nei loro mutevoli contesti di vita.

Le politiche integrate sulla famiglia necessitano di un posizionamento culturale forte che si fondi sul riconoscimento del valore da attribuire alla dimensione preventiva dell'intervento sociale ed educativo, attenta all'intercettazione precoce dei bisogni come al riconoscimento delle risorse personali, familiari e sociali che ogni nucleo può portare alla luce".

- Organizzare l'accompagnamento giudiziario delle vittime, sia in ambito civile che penale garantendo un ascolto empatico e attento ai bisogni soggettivi

attraverso l'Adozione di linee d'indirizzo in relazione alla cura delle vittime di abusi e maltrattamenti affinché il diritto alla cura tramite tutti i necessari supporti terapeutici non sia subordinato in alcun modo alle esigenze giudiziarie (Definizione di un piano formativo nazionale per magistrati, avvocati, consulenti tecnici che preparino alla realizzazione nelle sedi giudiziarie di modalità di ascolto rispettose della soggettività e fragilità delle vittime).

Per quanto riguarda, infine, il **sistema di accoglienza**, il Piano d'Azione individua come obiettivo specifico quello della qualità ed appropriatezza degli interventi per i minori allontanati dalla propria famiglia:

..... "i bambini e ragazzi che necessitano di accoglienza eterofamiliare devono poter contare su percorsi adeguati, in grado cioè di garantire che l'intervento attivato sia appropriato e coerente alle necessità del minore in quel particolare momento... Il punto di sintesi può essere ravvisato nel criterio secondo cui i sistemi di protezione e tutela devono poter esprimere una serie di possibilità di accoglienza, sia familiare che di altro tipo, in modo da rendere l'opzione di scelta concreta e reale nonché ancorata ad una chiara e sistematica procedura per la determinazione di ciò che è più appropriato dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza".

co-costruire un sistema di corresponsabilità capace di promuovere le competenze genitoriali di tutte le famiglie, e dunque anche delle famiglie in situazione di vulnerabilità (IV Piano Nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva per gli anni 2016-2017).

Infine, allo scopo di assicurare un sistema unitario ed integrato di interventi, è necessario definire modalità di collaborazione tra le équipes che si occupano di abuso e maltrattamento e le équipes multiprofessionali previste dalla L.R. n. 4 del 24 febbraio 2016 (*"Interventi di prevenzione e contrasto della violenza di genere e per il sostegno alle donne vittime di violenza ed ai loro figli"*) all'interno delle strutture di pronto soccorso, a sostegno delle donne vittime di violenza.

Il medesimo ragionamento dev'essere esteso ai nuclei specialistici previsti dalla L.R. n.2 del 5 febbraio 2018 (*"Disposizioni in materia di prevenzione e contrasto dei fenomeni di bullismo e cyberbullismo"*) che devono essere costituiti implementando e potenziando le équipes che si occupano di abuso e maltrattamento di cui alla DGR n. 42-29997 del 2/5/2000 ed alle presenti linee guida.

Nell'ambito della più estesa rete dei Servizi e dei soggetti che concorrono alla costruzione della dimensione multidisciplinare degli interventi, si segnalano:

- Il sistema regionale dei Servizi antiviolenza

I centri antiviolenza presenti sul territorio regionale ed iscritti a specifico albo regionale, rappresentano servizi strategici quali punti di ascolto e luoghi fisici di accoglienza e sostegno alle donne ed ai loro figli e figlie minorenni che hanno subito violenza o che si trovano esposti/e alla minaccia di ogni forma di violenza.

I centri assumono una funzione fondamentale nei percorsi di sostegno, accompagnamento e orientamento della donna offesa da reato per il pieno accesso ai servizi della rete curante preposti alla tutela dei figli/figlie minori delle stesse (in primis attraverso il qualificato sistema di accoglienza rappresentato dalle case rifugio autorizzate al funzionamento e dalle soluzioni di accoglienza di secondo livello), nel pieno rispetto dei tempi e delle scelte della donna.

Tali Centri, a titolarità sia pubblica che del privato sociale, in piena attuazione dei principi contenuti nella L.R.24 febbraio 2016 n. 4 *Interventi di prevenzione e contrasto della violenza di genere e per il sostegno alle donne vittime di violenza ed ai loro figli*, operano in stretto raccordo con i servizi sociali e sanitari territorialmente competenti.

In specifico, per quanto attiene alla materia oggetto del presente provvedimento, si richiama quanto contenuto sia nell'art.14 della L.R. 4/2016 in precedenza citata sia nel Piano triennale di interventi per contrastare la violenza di genere, con specifico riferimento all'obiettivo 6 del medesimo, *"Interventi a sostegno dei figli e delle figlie di vittime di femminicidio ed interventi a sostegno di minori vittime di violenza assistita"*.

- Garante regionale dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Ai sensi della Legge istitutiva n. 31 del 9 dicembre 2009, con Deliberazione del Consiglio Regionale n.173 del 25 ottobre 2016, è stato nominato il Garante regionale dell'Infanzia e dell'Adolescenza, con il compito di garantire il rispetto e l'attuazione dei diritti delle bambine e dei bambini, delle ragazze e dei ragazzi presenti sul territorio regionale.

Tali diritti sono quelli che la Convenzione delle Nazioni Unite del 20 novembre 1989 riconosce all'infanzia e all'adolescenza.

Il Garante regionale promuove la conoscenza e l'affermazione dei diritti individuali, sociali e politici dell'infanzia e dell'adolescenza assumendo ogni iniziativa finalizzata alla loro concreta

realizzazione. Inoltre, segnala alle Amministrazioni pubbliche competenti i fattori di rischio e di danno derivanti a bambini/e e ragazzi/e e svolge azioni di monitoraggio delle attività di presa in carico, di vigilanza e di sostegno di minori disposte con Decreto del Tribunale per i Minorenni.

Cap. 3 Il percorso metodologico: le fasi dell'intervento

Considerato che, come in precedenza specificato, al cap.1.b (*Campo di applicazione ed ambito di intervento*), le tipologie di abuso individuate dal presente documento, ed oggetto di intervento delle équipes multidisciplinari, sono state estese al bullismo e cyberbullismo, e le tipologie di maltrattamento sono state estese alla violenza assistita, ne deriva che le fasi di seguito descritte, dovranno essere rimodulate in base alla specifica tipologia di abuso e/ o di maltrattamento sulla quale le équipes si troveranno ad intervenire.

Tali fasi, che si possono considerare trasversali a tutte le tipologie in precedenza descritte, potranno assumere priorità e peso diversi, secondo che si tratti di un pregiudizio per il minore direttamente derivante dalla condotta di uno o entrambi i genitori, o al contrario, derivante da situazioni esterne all'ambito familiare (quali i casi di bullismo e cyberbullismo), e in base anche al tipo di protezione da attuare nei confronti della vittima e al grado d'urgenza dell'intervento stesso.

Le fasi dell'intervento

3.a rilevazione

3.b segnalazione alla competente Autorità Giudiziaria

3.c protezione

3.d valutazione multidisciplinare

3.e inquadramento diagnostico

3.f trattamento ed interventi

3.a Rilevazione

Per rilevazione si intende l'individuazione dei segnali di malessere del minore e dei rischi per la sua crescita, connessi alle condotte pregiudizievoli degli adulti, distinguendo il rischio dal danno subito dagli stessi, contestuale ad una prima individuazione delle capacità protettive immediatamente disponibili in ambito familiare.

Principali indicatori: segni fisici e psicologici dell'abuso¹⁴

- l'abuso sessuale può causare lesioni, prevalentemente di carattere aspecifico, dell'area anogenitale, nonché segni in altri distretti corporei rilevabili con esame obiettivo b) la

¹⁴

Tratto da CISMAI, *Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale*, 15 maggio 2015

gravidanza, la presenza di spermatozoi e alcune malattie sessualmente trasmesse, specifici di abuso, sono riscontri rarissimi c) il mancato rilievo di segni anali e/o genitali non esclude mai la possibilità che il bambino/a sia o sia stato vittima di abuso sessuale;

- all'abuso sessuale può conseguire una vasta gamma di sintomi cognitivi, emotivi, comportamentali e somatici aspecifici, che possono indurre la richiesta di una valutazione psicodiagnostica anche in assenza di rivelazioni b) le conoscenze sessuali improprie e i comportamenti sessualizzati sono riconosciuti come indicatori con maggior grado di specificità, ed esigono approfondimento.

L'accuratezza degli elementi raccolti in questa fase, determina in modo significativo la attivazione di un precoce ed adeguato intervento di protezione.

Attraverso la rilevazione, l'operatore che viene in contatto con il minore, raccoglie i segnali provenienti dal bambino e dalla sua famiglia e valuta se siano riconducibili ad un'ipotesi di sospetto abuso o maltrattamento: non è responsabilità dell'operatore dimostrare che si sia verificata una violenza, ma lo è quella di dare avvio al percorso di tutela in caso di sospetto, come specificato nel paragrafo successivo.

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/a richiede una grande competenza da parte degli operatori: è 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.

I servizi coinvolti effettuano una **prima valutazione congiunta**, finalizzata a:

- comprendere la gravità della situazione ed il grado di protezione necessario,
- acquisire elementi utili per la formulazione del complessivo progetto di intervento,
- verificare se sussistono elementi di gravità tale da rendere necessario un allontanamento del minore attraverso la segnalazione alla competente Autorità Giudiziaria,
- esplorare e promuovere le capacità protettive immediatamente disponibili nell'ambito familiare in cui il minore vive.

In questa fase gli operatori possono avvalersi di una serie di indicatori che andranno approfonditi e verificati nella fase successiva di valutazione.

Si ricorda che, in base all'art. 403 del Codice Civile, gli operatori dei servizi socio-sanitari, qualora ravvisino una situazione di pregiudizio per il minore di tale urgenza da richiedere un intervento immediato, possono collocare il minore in un luogo sicuro, in attesa di un provvedimento definitivo.

3.b Segnalazione e denuncia alla competente Autorità Giudiziaria

Per ragioni di chiarezza occorre distinguere, in questa fase, tra:

- 1) la segnalazione alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni riferita ad una situazione di pregiudizio connesso alle condotte genitoriali, per i conseguenti provvedimenti a tutela del

minore, nell'ambito di un procedimento civile di protezione, segnalazione che non ha rilevanza penale.¹⁵

Si configura, oltre che come obbligo giuridico, come un atto di responsabilità individuale; non è la formulazione di un giudizio, ma è l'apertura di una collaborazione: essa costituisce il momento fondamentale del percorso diagnostico e prognostico e va considerata come risorsa per il percorso terapeutico. Attraverso la segnalazione, gli operatori dei servizi informano la Procura degli elementi che hanno rilevato dal punto di vista tecnico-professionale sul pregiudizio in cui si troverebbe il minore.

2) la segnalazione-denuncia alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni ed alla Procura della Repubblica presso il Tribunale territorialmente competente, ai sensi dell'art. 331 del Codice di procedura penale,¹⁶ in caso di reato perseguibile d'ufficio, e quindi penalmente rilevante.

Segnalazione e denuncia sono quindi atti diversi per finalità e contenuti.

Si raccomanda che i Servizi procedano contestualmente alla segnalazione ed alla denuncia, al fine di consentire alle Procure competenti di coordinarsi efficacemente sin dai primi momenti dell'avvio dell'indagine.

Modalità operative

I servizi socio-sanitari di territorio:

- se hanno avuto conoscenza di un caso di abuso/maltrattamento, segnalano senza ritardo alla Procura della Repubblica in base alla competenza territoriale, ed alla Procura Minori (solo alla Procura Minori se il presunto autore è minorenni) e, nel caso in cui ce ne siano i presupposti, agiscono quanto previsto dall'articolo 403 del Codice Civile¹⁷ previo confronto con le Procure e contattano l'Equipe multidisciplinare di riferimento, per la presa in carico;
- nel caso di un sospetto pregiudizio ai danni del minore, attivano la competente equipe per una valutazione condivisa del caso, anche al fine di segnalare e, se decidono di segnalare, trasmettono senza ritardo a Procura e Procura presso il Tribunale per i Minorenni, (solo a quest'ultima, se il presunto autore è minorenni) quanto riferito e osservato e contattano l'equipe di riferimento per la presa in carico (anche quando la segnalazione a Procura e Procura presso il Tribunale per i Minorenni, sia fatta dall'ospedale e i Servizi socio sanitari di territorio siano stati informati dallo stesso);

¹⁵ I pubblici ufficiali, gli incaricati di pubblico servizio, gli esercenti un servizio di pubblica necessità, debbono riferire al più presto sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengono a conoscenza in ragione del proprio ufficio" Art. 9, L. 4 maggio 1983 n.184 e s.m.i.

¹⁶ I pubblici ufficiali [c.p. 357] e gli incaricati di un pubblico servizio, [c.p. 358] che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito . Art 331 codice di procedura penale.

¹⁷ "Intervento della pubblica autorità a favore dei minori. Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o è allevato in locali insalubri o pericolosi, oppure da persone per negligenza, immoralità, ignoranza o per altri motivi incapaci di provvedere all'educazione di lui, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in luogo sicuro sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione".

- valutano l'invio ad ambulatori specialistici presso il presidio ospedaliero di riferimento territoriale qualora presenti o all'ambulatorio Bambi presso l'O.I.R.M.- Sant'Anna della Città della Salute di Torino, per la visita medica. Nei casi in cui essa non appaia immediatamente indispensabile (es. racconti che non comportano contatto fisico intimo, oppure risalenti a molto tempo prima), l'eventuale invio viene discusso e concordato con la Procura e la Procura presso il Tribunale per i Minorenni, attraverso l'equipe di riferimento territoriale.

3.c Protezione

Fermo restando le necessarie distinzioni tra i differenti casi di abuso e maltrattamento, oggetto di trattazione del presente provvedimento, in riferimento alle rispettive fasi del percorso metodologico, come già richiamato al cap. 3 dell'introduzione, in termini generali si intende per *protezione*, un intervento volto ad arrestare il comportamento maltrattante/abusante, modulato in relazione alla gravità dello stesso: diversi tipi di maltrattamento richiedono tipi diversi di protezione.

Nei casi più gravi, laddove le figure naturalmente preposte alla protezione ed alla cura non adempiano alle loro funzioni, si configura come intervento di natura anche giuridica realizzato a favore dei minori.

Si tratta quindi di interrompere il ripetersi degli atti di maltrattamento-abuso, anche tramite il ricorso all'Autorità Giudiziaria minorile e/o Ordinaria nei casi previsti dalla legge.

Le azioni protettive si orientano alla protezione fisica (impedire il comportamento maltrattante e mettere in sicurezza il bambino/a), ed alla protezione materiale (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, qualora possibile.

Nelle situazioni meno gravi, nel caso in cui il minore rimanga presso il proprio nucleo familiare, si dovrà esercitare un'azione di vigilanza sulla famiglia accompagnata da interventi finalizzati alla verifica ed al sostegno delle competenze genitoriali, qualora tali azioni siano praticabili.

Nelle situazioni più gravi, e in caso di urgenza, qualora non venga disposto l'allontanamento dal nucleo dell'adulto maltrattante, il Servizio dovrà avvisare tempestivamente le due Procure e procedere contestualmente, ai sensi dell'art 403 del Codice Civile, all'allontanamento del minore, ai fini della sua protezione, e per dare avvio al conseguente percorso di diagnosi e cura.

Si ricorda che l'art 403 deve essere applicato sempre previa consultazione della Procura presso il Tribunale per i Minorenni.

Successivamente all'esecuzione dell'allontanamento del minore, e in attesa del provvedimento del Tribunale per i Minorenni, il Servizio dovrà segnalare alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni, eventuali fatti nuovi e di rilievo che siano nel frattempo intervenuti.

In ogni caso, anche qualora sia già stato emesso il provvedimento da parte del Tribunale per i Minorenni, si ricorda che qualsiasi fatto nuovo e di rilievo dovrà essere segnalato alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni, anche ai fini di una eventuale modifica dei contenuti del provvedimento stesso, ai sensi di quanto previsto dall'art 9 della L.149 del 2001.

Analogamente, qualora il Servizio incontri difficoltà nell'esecuzione del provvedimento, sarà la Procura presso il Tribunale per i Minorenni l'Autorità cui inviare la segnalazione. In caso si tratti di un fatto a rilievo penale, la segnalazione dovrà esser fatta ad entrambe le Procure.

Come richiamato in precedenza dal IV Piano d'Azione, in caso di **allontanamento del minore** si raccomanda la scelta della risorsa più idonea in relazione all'età, alla tipologia del trauma subito, ai bisogni di cura e di approfondimento diagnostico riferiti al minore e alla sua famiglia.

La scelta da parte dei Servizi di una risorsa che si rileva nel tempo non idonea, il possibile fallimento dell'inserimento, con il conseguente ricollocamento del minore, rischiano infatti di configurarsi come un nuovo evento traumatico.

Per quanto riguarda la scelta della risorsa residenziale, occorre prendere in considerazione alcuni elementi che caratterizzano il funzionamento post-traumatico, quali:

- la presenza di sintomi (aggressività, comportamenti sessualizzati, somatizzazioni, comportamenti autolesivi, alta impulsività, oppositività marcata, furti, movimenti dissociativi);
- la difficoltà a sostenere relazioni caratterizzate da intimità e vicinanza (con conseguenti movimenti di squalifica e attacco alla relazione nei confronti dei *caregiver*);
- il forte sentimento di lealtà nei confronti dei genitori (anche nelle situazioni più gravi).

Questi tre elementi possono essere più o meno marcati a seconda dell'entità e della qualità dell'esperienza traumatica (frequenza, precocità, durata, gravità del maltrattamento/abuso, relazione con il maltrattante/abusante) ma anche evolversi positivamente nel tempo, in relazione alle esperienze di cura e riparazione offerte al minore dai Servizi che l'hanno in carico.

Alla luce di quanto evidenziato e in termini generali, le risorse professionalizzate (quali le comunità educative residenziali, le comunità terapeutiche per minori)¹⁸ potranno rivelarsi la risposta più idonea, nel caso in cui:

- il minore presenti un alto livello di sintomaticità
- il minore dimostri difficoltà a sostenere un rapporto di vicinanza affettiva ed esclusività
- il minore presenti forte lealtà nei confronti della famiglia di origine

Le risorse con caratteristiche familiari (quali le case famiglia, le famiglie affidatarie) potranno rivelarsi maggiormente idonee quando la sintomatologia sia moderata (o si sia ridimensionata), quando il minore non solo si dimostri in grado di sostenere situazioni di vicinanza affettiva ed esclusività ma ne abbia bisogno per il proprio sviluppo relazionale/affettivo/emotivo, ed infine quando il "processo di accettazione" delle carenze e dei limiti della famiglia di origine da parte del minore si sia positivamente attivato.

¹⁸ Si veda a tale proposito quanto previsto dalla DGR n. 25-5079 del 18 dicembre 2012: "Approvazione della tipologia e dei requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori".

In ogni caso, appare opportuno che tutte le risorse di accoglienza, professionalizzate e/o famigliari, abbiano conoscenze e competenze specifiche inerenti il funzionamento post-traumatico dei minori e competenze relazionali ed emotive idonee alla costruzione di relazioni con valenza riparativa.

Le azioni protettive richiedono un lavoro complesso e articolato, che investe i diversi sistemi e richiede un alto livello di integrazione tra i differenti Servizi e soggetti coinvolti.

Qualora siano disposti dalla competente Autorità Giudiziaria, incontri tra il minore e la sua famiglia, si rimanda a quanto previsto dalla D.G.R. n.15-7432 del 15 aprile 2014, in specifico al cap. 6 *"Approvazione di indicazioni operative per i Servizi inerenti i luoghi per il diritto-dovere di visita e di relazione (cosiddetti di luogo neutro)"*.

Allo scopo di evitare di compromettere l'esito di eventuali atti di indagine penale in corso o di urgente effettuazione, si raccomanda ai Servizi una interlocuzione diretta con la Procura della Repubblica, considerato inoltre che ogni situazione ha peculiarità proprie. Si fa presente che iniziative di informazione intempestive da parte dei Servizi, nei confronti delle persone coinvolte, possono pregiudicare gravemente le indagini.

Nell'ambito del procedimento penale, è necessario che vengano garantiti un adeguato sostegno ed accompagnamento psicologico, da intendersi come sostegno alla persona e non come accertamento sulla persona, in coerenza con quanto raccomandato dal IV Piano Nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti dei soggetti in età evolutiva per gli anni 2015-2017, anche nel caso in cui sia stata disposta o sia in corso una Consulenza tecnica d'Ufficio, salvo diverse indicazioni specifiche sul punto da parte dell'Autorità Giudiziaria.

Si richiama, infine, l'attenzione, nell'ambito del percorso civile, al diritto del minore ad essere ascoltato ai fini dell'assunzione delle decisioni che lo riguardano.

3.d Valutazione multidisciplinare

Si tratta di un percorso finalizzato a valutare il quadro complessivo della situazione traumatica nei suoi aspetti individuali e relazionali, il grado di assunzione di responsabilità da parte degli adulti coinvolti e le risorse protettive disponibili sui tempi medio-lunghi nel contesto degli adulti di riferimento per il minore. Tale intervento si configura anche come diagnosi dinamica, necessaria alla formulazione di un parere prognostico, prevedendo inoltre la possibilità di instaurare una successiva relazione terapeutica.

La valutazione della recuperabilità genitoriale per essere coerente deve avere una prospettiva multidimensionale in cui connettere diversi livelli di osservazione, quali la ricostruzione della storia personale, infantile, di coppia, l'individuazione dei patterns di attaccamento, l'osservazione della qualità della relazione genitore/figlio.

A tal fine, sarà importante utilizzare colloqui clinici nei differenti formati (individuale, di coppia, familiare), test psicodiagnostici e di rilevazione dei patterns di attaccamento, integrando i dati raccolti con le informazioni provenienti dai differenti contesti di vita.

La possibilità di organizzare colloqui clinici con figli e genitori, dovrà ovviamente essere subordinata alle esigenze di protezione dei minori coinvolti.¹⁹

La fase di **valutazione** diagnostica e prognostica, sia che il minore rimanga in famiglia, sia che il minore venga allontanato, impegna in modo integrato competenze sociali, mediche, psicologiche ed educative, con una valenza quindi multidisciplinare, ed è finalizzata a comprendere e a definire:

- entità del danno fisico e/o psicologico, prodotto dalla dimensione traumatica sul minore
- risorse del minore vittima
- recuperabilità delle risorse genitoriali
- tempi e modalità di realizzazione del progetto di intervento
- approfondimento su fratelli-sorelle presenti nel nucleo

La valutazione, se avviata con tempestività ed in modo coerente ed integrato, si configura come fortemente protettiva, poiché consente di affrontare precocemente la crisi, attivando i possibili interventi di riparazione sia sul minore sia sulle sue relazioni familiari.²⁰

Per **recuperabilità** delle competenze genitoriali, si può intendere lo sviluppo di risorse, da considerarsi come fattori protettivi, da parte della famiglia d'origine o allargata, e la trattabilità e modificabilità in tempi compatibili con le fasi evolutive ed i tempi del minore, del quadro di pregiudizio iniziale su cui si erano orientate le preoccupazioni dei Servizi.²¹

Un fattore prognostico positivo, tra gli altri, è come noto rappresentato dal grado di riconoscimento e consapevolezza della famiglia e dalla sua disponibilità al trattamento.

In specifico, per la valutazione delle competenze genitoriali e della loro recuperabilità, nei termini in precedenza descritti, si raccomanda l'utilizzo di test psicodiagnostici a supporto dell'osservazione psicologico- clinica.

E' importante precisare che la valutazione della recuperabilità delle competenze genitoriali, nei termini in precedenza descritti, spetta al Servizio di psicologia dell'età evolutiva o di neuropsichiatria che ha in carico il minore o, in alternativa, ad un operatore che lavora a stretto contatto con chi ha in carico il minore, in connessione con il servizio sociale e gli eventuali educatori che seguono il minore, utilizzando le informazioni che provengono dal Serd e dal Servizio di salute mentale (qualora coinvolti) in riferimento alla cura degli aspetti sintomatici presenti negli adulti (disturbi mentali, dipendenza da sostanze), in un contesto di collaborazione e scambio costante di informazioni.

Il Servizio di salute mentale o il Serd, non avendo in carico il minore, non potranno realizzare il percorso di valutazione della recuperabilità genitoriale, e successivamente il lavoro di cura della disfunzionalità genitoriale, che risulta essere specifico per quel bambino e non generalizzabile.

¹⁹ "Linee guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori" (Cismai), 2014.

²⁰ Per quanto riguarda la violenza assistita in ambito domestico (di cui al capitolo 1, punto 6), e la relativa valutazione di rischio di recidiva da parte del genitore maltrattante, qualora il medesimo sia stato allontanato o siano stati allontanati la madre con i figli, si segnala il metodo S.A.R.A. (Spousal Assault Risk Assessment), letteralmente la valutazione del rischio di violenza interpersonale tra partner. Si tratta di un metodo empirico messo a punto in Canada da un gruppo di esperti per valutare, in funzione predittiva e preventiva, se e quanto un uomo (è il caso di gran lunga più frequente) che ha agito violenza nei confronti della propria partner (moglie, fidanzata, convivente) o ex-partner è a rischio, nel breve o nel lungo termine, di usare nuovamente violenza. Vengono utilizzati specifici indicatori di rischio Per ulteriori approfondimenti, "La valutazione del rischio come strategia per la prevenzione della recidiva e del femminicidio" Anna Costanza Baldry- Dipartimento di Psicologia Seconda Università degli Studi di Napoli.

²¹ "...la valutazione delle competenze genitoriali comporta la rilevazione degli aspetti psicologici, sociali e sanitari che sottende un lavoro integrato di diverse figure professionali. Agli psicologi del servizio di NPI e del Servizio di Psicologia dell'età evolutiva, spetta l'analisi del profilo evolutivo del minore e l'osservazione della relazione genitore/bambino. L'assistente sociale, da parte sua, fornisce gli elementi di conoscenza del contesto ambientale, familiare, relazionale e lavorativo del nucleo e del minore". -DGR n.30-13077del 19/01/2010 "Indicazioni operative per la segnalazione del minore in presunto stato di abbandono".

Dev'essere in ogni caso assicurata la collaborazione tra i Servizi per adulti che hanno in carico l'adulto ed il Servizio di psicologia dell'età evolutiva o di neuropsichiatria che ha in carico il minore.

3.e Inquadramento diagnostico

L'ipotesi di abuso sessuale e di grave maltrattamento va tenuta presente di fronte ad una vasta gamma di sintomi cognitivi, emotivi e comportamentali anche se aspecifici e anche in assenza di rivelazioni.

Diventa dunque opportuno:

- approfondire la conoscenza del contesto relazionale del minore, comprensivo degli eventuali altri minori presenti nel nucleo, anche se non direttamente coinvolti nel reato,
- attuare una raccolta più approfondita possibile delle informazioni diagnostiche che consenta di individuare i fattori protettivi (risorse personali e familiari) e i fattori di rischio,
- approfondire la conoscenza del mondo interno del minore, per dare un significato alla sintomatologia presente ponendo attenzione al suo funzionamento psicologico attraverso l'indagine delle difese e degli adattamenti delle risorse cognitive/emotive e dei modelli operativi interni.

E' importante sottolineare che la diagnosi è un percorso lungo e complesso "...richiede un processo creativo che soppesi le diverse informazioni, tratte da varie forme e le collochi in un contesto".²²

La valutazione psicologica non è un'indagine asettica ma anche un passo terapeutico e, per questa ragione, deve essere effettuato un numero adeguato di sedute, tenendo conto delle angosce del minore e della sua volontà e capacità di parlare di fatti tanto dolorosi "*l'intrusività della valutazione può essere gestita e non deve essere percepita dal bambino come sopraffacente*".²³

E' importante che in questa fase si evitino, da parte degli operatori, domande suggestive rivolte alla vittima, sul fatto oggetto di indagine (in particolare quando si tratti di abuso sessuale), qualora l'indagine sia in corso, e comunque, fino allo svolgimento dell'incidente probatorio.

E' auspicabile che la valutazione psicologica sia integrata con quella sociale anche in un contesto non necessariamente giudiziario. A tale scopo l'equipe può farsi carico dell'espletare tale approfondimento o dell'attivare i servizi già coinvolti nel trattamento della situazione.

Molte situazioni di abuso e maltrattamento, benché produttrici di uno stato emozionale gravemente negativo, non vengono percepite dal minore come sopraffacenti, nel modo delle tipiche esperienze traumatiche. Questo spesso accade proprio a causa della cronicità della vittimizzazione, che rende l'esperienza predicibile. Questa assenza di sconvolgimento acuto non ha valenza protettiva, anzi ha un effetto pervasivo a carico dei processi di regolazione

²² Babiker G., Herbert M. "Critical issues in the assessment of child sexual abuse" Rev 1998; 1(4):231-252.

²³ Friedrich W.N., et al. (1991) "Normative sexual behavior in children. Pediatrics", 88, pp. 456-464

psicologici e biologici del minore, generando reazioni più complesse e ancor più nefaste del disturbo post traumatico da stress.

La valutazione sociale a carico dell'assistente sociale concorre, attraverso la raccolta di elementi legati al contesto familiare, relazionale, sociale dei genitori ad una valutazione globale della recuperabilità genitoriale.

Tale attività ha come peculiarità l'individuazione di fattori di rischio e di elementi protettivi connessi ad alcune aree specifiche legate al contesto sociale e culturale dei genitori, allo stato di benessere/malessere del minore, alla relazione tra il minore e i genitori, allo stato di benessere/malessere dei genitori, alla relazione della famiglia con la rete dei servizi.²⁴

3.f Trattamento ed interventi

Come già richiamato nella premessa del presente capitolo, anche in questa fase il trattamento e gli interventi dovranno essere modulati in base alla specifica tipologia di abuso e/ o di maltrattamento su cui le équipes si troveranno ad intervenire.

In termini generali, è opportuno richiamare quanto previsto sul punto, dal IV Piano d'Azione, in precedenza citato, che può applicarsi, in maniera trasversale, alle diverse tipologie oggetto del presente provvedimento:

I Servizi devono "...garantire il diritto alla cura delle vittime di abuso e maltrattamento tramite "esperienze riparative" e interventi di psicoterapia da assicurare anche oltre la fase d'emergenza. Devono inoltre "favorire il recupero delle relazioni familiari disfunzionali tramite la valutazione e cura dei genitori maltrattanti".

Per assicurare un intervento efficace di tutela e cura sia delle vittime che di coloro che agiscono il maltrattamento, occorre che vengano realizzate dai diversi soggetti coinvolti nella presa in carico, interventi mirati, attraverso azioni di promozione e sostegno della genitorialità.

Il Piano d'azione per l'infanzia e l'adolescenza, in precedenza citato, evidenzia inoltre, come l'attivazione di percorsi di recupero rivolti ai genitori pregiudizievoli, abbia una forte valenza preventiva, interrompendo i cicli di trasmissione intergenerazionale dei danni evolutivi.

Occorre quindi favorire il recupero delle relazioni familiari disfunzionali tramite la valutazione e cura dei genitori maltrattanti.

Occorre dunque scommettere, come afferma il Piano d'azione in precedenza citato, "...sulla costruzione e/o sulle possibilità di recupero di un rapporto relazionale tra figli e figlie e genitori nel quale ai primi non venga meno la garanzia di un adeguato livello di sicurezza ed i secondi siano messi in condizione di apprendere cosa è necessario fare in termini di educazione, di accudimento fisico e psicologico, ecc. per prevenire l'aggravarsi delle situazioni e quindi l'allontanamento temporaneo".

Il recupero delle relazioni familiari deve tuttavia coordinarsi con l'accertamento del reato: esso non potrà essere avviato prima che l'accertamento del reato sia compiuto.

In ogni caso le opportunità di recupero devono avere tempi definiti ed una valutazione precisa degli eventuali costi emotivi che il minore dovrà sostenere.

Per **trattamento** si intende una fase connessa al percorso di tipo valutativo, che può integrarsi con l'attività di protezione e sostegno del minore nel procedimento giudiziario.

²⁴

Paola di Blasio *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*, Milano, Unicopli Ed. 2005

Il trattamento può essere disciplinato attraverso la predisposizione di protocolli operativi basati su procedure standard e deve comprendere:

- interventi terapeutici sul minore e sugli adulti, messi in atto dagli specifici servizi (NPI, Servizio di Psicologia, Dipartimenti per le dipendenze, Dipartimenti di Salute Mentale),
- attivazione della “rete curante” che, in quanto tale, condivide un obiettivo e comprende interventi a rilevanza terapeutica di tipo sociale e sanitario: *...la realtà dei servizi socio-sanitari dovrebbe crescere come una vera “rete curante” in grado di dialogare e convergere con le istituzioni giudiziarie minorili realizzando “buone prassi” d’intervento nel “superiore interesse del minore”* (Cismai, Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale, 2015)

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.

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 potranno orientare l’Autorità giudiziaria nell’assumere i successivi provvedimenti a tutela del minore.

Più in specifico, in caso di valutazione prognostica positiva sulle competenze genitoriali, il trattamento sarà finalizzato:

- con il minore: 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 sarà finalizzato:

- con il minore: a sostenere l’elaborazione del trauma, a ricostruire un’integrità psichica e relazionale, a favorire la sostituzione delle figure genitoriali e l’elaborazione della perdita;
- con i genitori: a permettere un distacco dal/la figlio/a e possibilmente attivare un percorso terapeutico rispetto alle proprie problematiche individuali.

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

Come già specificato in precedenza, in riferimento alla valutazione delle competenze genitoriali, analogamente, il trattamento della genitorialità, spetta agli operatori che hanno in carico il minore, fatte salve tutte le possibili forme di integrazione con gli altri Servizi coinvolti, in specifico con il DSM ed il Serd, come richiamato al precedente paragrafo 3d.

Nel caso di genitori gravemente sintomatici (es. dipendenza da sostanze, presenza di disturbi mentali) il lavoro sulla genitorialità è praticabile, a condizione che gli stessi siano in cura presso i Servizi di riferimento (DSM, SERD), poiché la presa in carico da parte di questi Servizi, rende possibile e praticabile la conseguente o contestuale attivazione di un trattamento sulla genitorialità.

Va dunque ribadita l'importanza di un lavoro sinergico, condiviso ed integrato tra tutti i Servizi coinvolti, a diverso titolo, nelle differenti fasi dell'intervento .

Per quanto riguarda questa fase del percorso metodologico, riferita al trattamento ed agli interventi, si segnala l'utilizzo del **triage** quale utile strumento per definire il livello di priorità nella presa in carico di minori rientranti nella tipologie individuate al cap.1b, da parte delle équipes multidisciplinari .

Tale strumento è attualmente utilizzato, in forma sperimentale, da alcune Aziende Sanitarie Locali del Piemonte.

Per quanto concerne il Servizio Sociale, il livello di priorità nella presa in carico viene definito attraverso una valutazione professionale che tiene conto dello stato di gravità delle situazioni e deve garantire l'accoglienza, l'ascolto e la valutazione del bisogno di natura sociale, da qualsiasi fonte esso provenga nonché l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli, l'unitarietà della risposta, la funzione di prima valutazione del bisogno e del livello di protezione necessario nei confronti del minore, la funzione informativa e di orientamento dell'utente.

I servizi socio assistenziali attivano d'ufficio la presa in carico nell'esecuzione dei provvedimenti disposti dall'autorità giudiziaria e finalizzati alla nonché nelle situazioni di emergenza che richiedono la tutela immediata e indifferibile dell'incolumità, della salute e dignità personale, compresa l'eventuale attivazione di forme di protezione giuridica.

L'attivazione di ufficio, inoltre, può seguire all'accertamento di situazioni di bisogno, a seguito di segnalazione da parte di soggetti esterni qualificati, quali: medici di medicina generale, forze dell'ordine, istituzioni scolastiche, organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale.

Cap. 4 L'organizzazione territoriale dei servizi per la rilevazione, protezione, segnalazione e presa in carico dei minori vittime di maltrattamento e abuso: composizione e funzioni delle équipes multidisciplinari.

La D.G.R. n.42-29997 del 2.5.2000, prevede che siano operanti presso ciascuna delle Aziende Sanitarie Locali del Piemonte e presso l'A.S.O. O.I.R.M. S. Anna (Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino) le équipes multidisciplinari per la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori.

E' necessario premettere, anche alla luce dell'esperienza fin qui maturata, che tutti gli operatori dei servizi territoriali devono possedere conoscenze specifiche su come comportarsi nell'espletamento di quelle che sono le proprie competenze istituzionali in merito alla rilevazione, protezione, segnalazione del minore presunta vittima di maltrattamento e abuso.

Come successivamente precisato al paragrafo 4b, i medesimi potranno chiedere alla équipe multidisciplinare di riferimento, consulenza sulla valutazione della gravità ed urgenza del caso, e sulle procedure da seguire.

4.a Composizione delle équipes multidisciplinari

Al fine di assicurare il pieno svolgimento dei compiti e delle funzioni delle équipes multidisciplinari come descritte al paragrafo 4b, è necessario che ciascuna équipe multidisciplinare sia costituita da almeno:

- 1 assistente sociale per ogni Ente Gestore delle funzioni socio-assistenziali facente capo all' A.S.L. di riferimento;
- 1 educatore professionale;
- 1 neuropsichiatra infantile;
- 2 psicologi/psicologhe del Servizio di Psicologia dell'età evolutiva o del Servizio di neuropsichiatria infantile, in base alla organizzazione aziendale;
- 1 operatore/operatrice del Serd;
- 1 operatore/operatrice del Dipartimento di Salute Mentale;
- 1 medico specificamente formato per riconoscere segni di maltrattamento e di abuso sessuale

Si raccomanda che gli operatori impegnati in tale settore posseggano adeguate conoscenze e specifiche competenze inerenti il funzionamento post-traumatico dei minori, ed un elevato livello di preparazione ed esperienza in particolare per quanto riguarda la diagnosi, il trattamento e la cura degli stessi.

Analoga competenza, preparazione ed esperienza sono richieste per la presa in carico ed il trattamento della genitorialità disfunzionale, come in precedenza richiamato.

4.b Compiti e funzioni delle équipes multidisciplinari

Le équipes multidisciplinari:

- offrono consulenza in tutte le fasi del procedimento, alle richieste provenienti dagli operatori dei Servizi Sociali e Sanitari ed eventualmente anche da altri operatori (es. delle Istituzioni scolastiche) del territorio;
- assicurano la presa in carico diretta delle situazioni di maltrattamento e trascuratezza gravi, violenza assistita, abuso sessuale, bullismo e cyberbullismo, per la valutazione e il trattamento delle stesse, coordinandosi con gli altri operatori referenti del caso, qualora presenti;
- ricevono le segnalazioni pervenute ad altri operatori dei servizi, trasmettendole a Procura Ordinaria e Procura presso il Tribunale per i Minorenni, qualora non siano già state inviate, oltre che segnalare in proprio;
- garantiscono il raccordo ed il coinvolgimento dei servizi territoriali al fine di promuovere gli interventi volti alla tutela del minore vittima.

Rientrano inoltre, tra le funzioni delle équipes multidisciplinari:

1. azioni di sensibilizzazione rivolte alle agenzie educative e ad altri servizi socio sanitari;

2. attività di formazione ed aggiornamento degli operatori, in particolare attraverso l'individuazione delle attività formative ulteriori da assicurare agli operatori, rispetto alla formazione a carattere generale a livello regionale;

3. raccolta dei dati relativi alle attività svolte (segnalazioni, rilevazioni, esiti, procedimenti, ecc.), che verranno annualmente trasmessi alla Regione Piemonte, con modalità da definirsi.

4.c Assetto organizzativo

In considerazione di quanto fin qui esposto, si costituirà una équipe multidisciplinare per ogni ASL per un numero complessivo di 12 équipes, corrispondenti alle 12 Aziende Sanitarie Locali attualmente presenti sul territorio regionale.

Si prevede la possibilità, in presenza di specifici indicatori (territori ad alta densità di popolazione, elevato numero di casi), di costituire più équipes nell'ambito della medesima ASL.

Parimenti, si prevede la possibilità, in presenza di specifici indicatori (territori a bassa densità di popolazione, ridotto numero di casi), oppure su delega di più Aziende, di costituire un'unica équipe multidisciplinare di riferimento per più AASSLL.

In entrambi i casi, le ASL di riferimento dovranno darne tempestiva comunicazione alle Direzioni regionali competenti.

I diversi Enti, ciascuno per quanto di propria competenza, devono individuare operatori in possesso dei requisiti in precedenza descritti, da mettere a disposizione delle équipes multidisciplinari.

Infine, si raccomanda l'individuazione all'interno di ciascuna équipe, di un referente sociale e di un referente sanitario con funzioni di raccordo e regia, considerata la complessità dell'ambito di intervento che potrebbe anche estendersi alle funzioni previste dalla L.R. n.4 del 2016 (*"Interventi di prevenzione e contrasto della violenza di genere e per il sostegno alle donne vittime di violenza ed ai loro figli"*).

4.d Accesso in DEA/Pronto Soccorso o reparto

Qualora durante un accesso in DEA/Pronto Soccorso o in reparto, si ponga un sospetto abuso o maltrattamento su un minore, si definisce la seguente procedura:

1. In caso giunga all'osservazione del medico Pediatra (o del medico di Pronto Soccorso per i > di 14 anni) di guardia un minore con il sospetto di lesioni da maltrattamento deve essere immediatamente fatta la segnalazione scritta al Servizio Sociale Ospedaliero per gli interventi e le verifiche di competenza. Tale segnalazione deve essere effettuata anche durante l'orario di chiusura del servizio suddetto: le Assistenti Sociali contatteranno la Pediatria non appena prenderanno servizio effettivo.
2. Il Dirigente Medico Pediatra valuterà se richiedere la consulenza specialistica NPI, che dovrà essere effettuata in un luogo protetto possibilmente nel reparto di pediatria e nel più breve tempo possibile.
3. In ogni caso deve essere informata la Direzione Sanitaria (Direttore Sanitario o Reperibile della Direzione Sanitaria in orari di reperibilità).

4. In tutti quei casi in cui i sanitari ravvisino situazioni di pericolo per l'incolumità del minore, rendendo rischiose la dimissioni, fatti salvi tutti gli altri adempimenti, è opportuno trattenere il minore in ambiente protetto valutando in caso di mancato assenso dei genitori l'applicazione dell'Art. 403, previo confronto con il Magistrato di Turno. Per quanto riguarda la neonatologia particolare attenzione va posta all'osservazione di segni quali l'inadeguatezza nella cura del neonato, la conflittualità tra coniugi, i casi in cui i genitori dichiarino uso/abuso di sostanze illegali e/o legali o sospetto di uso/abuso, le donne vittima di violenza domestica.
5. Per i casi di sospetto abuso sessuale, è opportuno il Trasferimento presso il Centro Bambi dell'O.I.R.M. e si rimanda alla procedura operativa: "La gestione del minore vittima di maltrattamento abuso" sottoscritta con la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni.
6. Sarà cura del Servizio Sociale Ospedaliero prendere contatto per la presa in carico territoriale con le Equipe Multidisciplinari di riferimento.

In particolare il trasferimento a Città della Salute per O.I.R.M. (Bambi) e Sant'Anna (SVS), è disposto nelle seguenti situazioni:

Accesso Pronto Soccorso O.I.R.M. e attivazione Ambulatorio Bambi per:

- violenza/abuso sessuale di femmine con età <14 anni
- maltrattamento di maschi e femmine di età < 18 anni
- violenza sessuale maschi con età < 18 anni

Accesso Pronto Soccorso Sant'Anna e attivazione Centro SVS (con reperibilità H24) :

- violenza sessuale di femmine con età > o = 14 anni
- maltrattamento /IPV in gravidanza età > o = 14 anni
- gravidanza da abuso sessuale di femmine con età < 14 anni

E' necessario che ogni equipe multidisciplinare definisca il proprio protocollo interno di accoglienza del minore in ospedale, prevedendo un coinvolgimento dell'equipe multiprofessionale della rete sanitaria per la presa in carico delle vittime di violenza e la definizione di spazi protetti all'interno del presidio.

Cap. 5 Le azioni di prevenzione

"C'è un'evidenza sufficiente, includendo anche la letteratura scientifica, per affermare con piena sicurezza che il maltrattamento sui minori può essere prevenuto" (O.M.S. Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti d'analisi, 2006).

Prevenire il maltrattamento si deve e si può fare. L'Organizzazione Mondiale della Sanità da tempo raccomanda a tutti gli Stati di dotarsi di un piano nazionale di prevenzione della violenza (Raccomandazione 1- WHO, 2002) e di metodologie di progettazione rigorose e scientifiche al fine di poter controllare e confrontare i risultati raggiunti e l'efficacia delle azioni. La prospettiva

“ecologica” dell’intervento suggerisce di adottare efficaci strategie preventive su almeno tre livelli (WHO, 2006):

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

Livello relazionale: sensibilizzare e formare alla genitorialità responsabile, implementare i servizi per le famiglie, assicurare formazione agli operatori;

Livello individuale: promuovere l’accesso ai servizi pre e post natali, monitorare i rischi in gravidanza, sensibilizzare i minori sui loro diritti.

Il fenomeno del maltrattamento in danno ai minori, in tutte le sue manifestazioni, impone la promozione e la realizzazione di interventi di natura sociale e sanitaria che vadano ad agire sulle condizioni di rischio.

A tale proposito, per quanto riguarda i fattori di rischio familiare che possono costituire le pre- condizioni di un abuso sessuale, può essere utile richiamare quanto contenuto nell’*Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile*” del Centro Nazionale di documentazione ed analisi dell’Istituto degli Innocenti Firenze,²⁵ in cui si cita un approfondito studio effettuato da alcuni ricercatori.

Tale studio elenca un complesso di condizioni predisponenti dovute ad un insieme di dinamiche familiari che più che determinare l’abuso, rendono impossibile fermarlo e proteggere dallo stesso i suoi componenti più deboli.

E’ tuttavia importante evidenziare che, all’esito di tali ricerche, emerge come non esista alcun riscontro empirico sul fatto che particolari tipologie di famiglie siano maggiormente a rischio rispetto ad altre, nel verificarsi di un abuso al loro interno.

Il Piano per il contrasto dell’abuso in precedenza citato, individua le seguenti azioni a valenza preventiva:

➤ **promozione di programmi di sensibilizzazione e formazione, rivolti:**

- al grande pubblico, agli operatori della comunicazione, alle scuole, nelle attività extrascolastiche (cd. *circolo della fiducia*),²⁶

- agli operatori responsabili della tutela dei minori nei settori dei servizi sanitari, sociali, dell’educazione, della giustizia, al fine di diffondere idonei strumenti di conoscenza dei fenomeni e di agevolarne il riconoscimento,

- all’opinione pubblica ed alla collettività in generale, allo scopo di favorire una presa di coscienza generalizzata del problema.

²⁵ “Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile” Quaderno n.40-Centro Nazionale di documentazione ed analisi Istituto degli Innocenti Firenze, ottobre 2006

²⁶ Si veda, a tale proposito, la Deliberazione della Giunta Regionale 22 dicembre 2017, n. 73-6265 Approvazione dello schema di Protocollo d’intesa triennale tra Regione Piemonte e Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte “Scuole che promuovono salute” per la realizzazione congiunta di attività di promozione ed educazione alla salute nelle scuole e definizione delle relative “Linee guida” 2017/2020.

In specifico, le azioni di sensibilizzazione dovranno essere rivolte agli adulti che vengono in contatto con i minori nei differenti contesti di vita (scuola, associazionismo, ecc.) con l'obiettivo di aiutarli a riconoscere i segnali di disagio emergenti, a porsi in una posizione di ascolto attivo al fine di favorire richieste di aiuto da parte dei minori stessi, a segnalare in modo tempestivo le situazioni di pregiudizio ai servizi di territorio.

- **raccolta di appropriate informazioni statistiche** sull'andamento del fenomeno
- **cooperazione tra tutti gli organismi pubblici e privati** che trattano i casi di abuso sessuale all'interno e fuori dalla famiglia.

Cap. 6 La Formazione

E' opportuno assicurare una formazione specifica rivolta agli operatori delle équipes multidisciplinari, come già previsto in attuazione della Legge regionale n.2 del 5 febbraio 2018, dalla D.G.R. n.83-8235 del 20.12.2018, con specifico riferimento al fenomeno del bullismo e del cyberbullismo.

Tale formazione dovrebbe comprendere i seguenti temi:

- trattamento dei minori vittime di abuso e maltrattamento
- valutazione delle competenze genitoriali con l'utilizzo della relativa strumentazione testistica
- formazione sul bullismo e cyberbullismo e violenza assistita.

Affinché su uno specifico territorio possano attuarsi azioni coerenti di protezione, tutela e cura dei minori vittime di maltrattamenti e/o abusi è necessario che si realizzino interventi di formazione a più livelli:

- **formazione di primo livello:** rivolta agli operatori dei servizi territoriali (servizi sociali, servizi educativi territoriali, servizi di psicologia e neuropsichiatria) con l'obiettivo di renderli competenti nella rilevazione delle situazioni di pregiudizio, nella predisposizione di adeguate misure protettive, nell'interlocuzione con l'Autorità Giudiziaria, nella predisposizione di progetti di intervento, coerenti con gli elementi di danno ma anche delle risorse presenti nel minore e nella sua famiglia.

- **formazione di secondo livello:** rivolta agli operatori delle équipes multidisciplinari con l'obiettivo di renderle competenti nella presa in carico integrata multi-professionale del minore maltrattato/abusato e della sua famiglia di origine, con particolare attenzione alle fasi della valutazione e del trattamento. Specifiche competenze dovranno essere sviluppate in riferimento:

- al lavoro "riparativo" con i minori e gli adulti con funzionamento post-traumatico;
- all'utilizzo del contesto di valutazione della recuperabilità genitoriale, definito dal Tribunale per i Minorenni, per attivare percorsi di cura della genitorialità disfunzionale;

- al riconoscimento e alla gestione delle emozioni che il lavoro a contatto con il trauma suscita negli operatori;
- al lavoro d'equipe in quanto strumento principe per ricomporre le molteplici "scissioni" (minore/famiglia, valutazione/terapia, protezione/attivazione di risorse) che si manifestano nella gestione delle situazioni di pregiudizio ai danni dei minori.

E' opportuno che specifici percorsi formativi vengano predisposti anche per le **comunità educative** che accolgono le vittime di maltrattamento e abuso con l'obiettivo di sviluppare competenze adeguate sia nel lavoro con i minori traumatizzati (non solo con valenza educativa ma anche e soprattutto con valenza riparativa) che con i genitori (gestione degli incontri protetti, percorsi di sostegno alla genitorialità).

La formazione dovrà essere necessariamente affiancata da percorsi permanenti di supervisione da affiancare al lavoro delle équipes degli operatori che operano nei servizi per la tutela.

Cap. 7 Sistema di monitoraggio: la raccolta dei dati e la verifica dell'applicazione delle linee guida

La predisposizione di un sistema regionale di monitoraggio dell'attuazione delle presenti linee guida risulta fondamentale per supportare e dare continuità all'azione svolta dall'intero sistema dei servizi nel contrasto alle diverse forme di maltrattamento e abuso sui minori.

In più parti del documento è stata sottolineata la rilevanza di disporre di un sistema adeguato di raccolta dati e classificazione a fini statistici ed epidemiologici, finalizzati ad innescare un processo di miglioramento continuo del sistema, allo scopo di monitorare gli esiti che l'applicazione delle presenti linee guida produrranno sul drammatico fenomeno sia nei termini della sua emersione, sia di gestione dei casi a seguito dell'attuazione delle raccomandazioni in esse contenute.

A tal fine, ad avvenuta approvazione delle presenti linee guida, saranno oggetto di specifico provvedimento, la definizione e le modalità di realizzazione del sistema di monitoraggio, ivi comprese le modalità di collaborazione e di integrazione tra le équipes multiprofessionali.

Riferimenti bibliografici

BABIKER G, HERBERT M (1998) Critical issues in the assessment of child sexual abuse. *Clin. Child Fam Psychol Rev* 1(4):231–252

BRONFENBRENNER U. (1979) *The Ecology of Human development: Experiments by nature and Design*. Harvard University Press. Traduzione italiana: *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna, Il Mulino, 1986

CARINI, A., PEDROCCO BIANCARDI ., M.T., Soavi, G. (2001) *L'abuso sessuale intrafamiliare*, Raffaello Cortina

CISMAI (2001) *Il fenomeno dell'abuso sessuale e del maltrattamento ai danni di minori*, Milano, 2001

CISMAI (2003) III Congresso nazionale Bambini che assistono alla violenza domestica, 11-13 dicembre 2003

CISMAI (2015) Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale, 15 maggio 2015

CISMAI (2007) Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri, 23 giugno 2017

CISMAI (2014) Linee guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori

COURTOIS C.A., FORD J.D. (2009) (a cura di), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide*. New York: Guildford Press

C. CULLINGFORD, J. MORRISON (1995) *Bullying as a Formative Influence: the relationship between the experience of school and criminality*, 1995, Bera

DAVIES SL, GLASER D, KOSSOFF R. (2000) *Children sexual play and behavior in pre-school settings: staff's perceptions, reports, and responses*. *Child Abuse and Neglect*. 2000

DE ZULUETA, F. (2008) *Dal dolore alla violenza*, Cortina, Milano

DI BLASIO, P. (1997) *Abusi all'infanzia: fattori di rischio e percorsi di intervento* in "Ecologia della Mente"

DI BLASIO P. (a cura di) (2005) *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*, Milano, Unicopli Ed.

FRIEDRICH W.N., et al. (1992) *Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons*. *Psychological Assessment* 4, pp. 303–311

FONZI A. (2006) Il bullismo: fattori individuali e contestuali, in *Rivista di Psicologia Sociale* n. 3-sett-dic., Ed. Il Mulino

KELLOG N.D. (2009) *Clinical Report. The Evaluation of sexual behaviors in children*. *Pediatrics*

LUBERTI, R. (1997) Abuso sessuale intrafamiliare sui minori, in Luberti R, Bianchi D, (a cura di), *E poi disse che avevo sognato*, Ed. Cultura della Pace, Firenze

LUBERTI, R., PEDROCCO BIANCARDI M.T. (2005) *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per i bambini che vivono in famiglie violente*, Ed. Franco Angeli

MALACREA, M. VASSALLI A. (1990) *Segreti di famiglia*, Cortina, Milano

MALACREA, M. (1998) *Trauma e riparazione*, Cortina, Milano

MALACREA, M., LORENZINI, S. (2002), *Bambini abusati* Raffaello Cortina

MONTECCHI, F. (a cura di) (1991) *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce*, F. Angeli, Milano, 1991

MONTECCHI, F. (a cura di), (2002) *Abuso sui bambini: l'intervento a scuola*, F. Angeli, Milano, 2002

SHARP, S., SMITH, P. K. (1994) *Tackling bullying in our school. A practical handbook for teachers*. Routledge, London. (Trad. italiana: *Bulli e prepotenti nella scuola. Prevenzione e tecniche educative*. Trento, Erikson Ed., 1995)

VAN DER KOLK, B.A. (2005) *Developmental Trauma Disorder. Towards a rational diagnosis for children with complex trauma Histories*. *Psychiatric Annals*, 5

ALLEGATO: CODICI ICD- 10

Codifiche diagnostiche degli ambiti di intervento dell'Equipe multidisciplinare si ricorda nella "fondata ipotesi che si sia verificato un evento traumatico e alla concomitante manifestazione di uno stato di sofferenza del minore"

T74.9 Sindrome da maltrattamento non specificata

T74.8 Altre sindromi da maltrattamento

T74.3 Abuso psicologico

T74.2 Abuso sessuale

T74.1 Sevizie fisiche

T74.0 Trascuratezza o abbandono

F40-F48 Disturbi mentali non psicotici d'ansia, dissociativi, stress-correlati, somatoformi ed altri

Z61.4 Problemi relativi a possibili stupri sessuali di un bambino da parte di una persona appartenente al gruppo di supporto primario.

Problemi associati a qualsiasi forma di contatto fisico tra un membro adulto della famiglia e un bambino o altri metodi che causano eccitazione sessuale e indipendentemente dal desiderio del bambino di avere rapporti sessuali (ad esempio, toccare o manipolare i genitali, esponendo deliberatamente i genitali o le ghiandole mammarie).

Z61.5 Problemi associati a uno stupro di un bambino da parte di una persona non autorizzata.

Problemi associati a varie manipolazioni con i genitali e le ghiandole mammarie, con spogliarsi, dondole e altre azioni con il bambino, inclini o mirati a inclinarlo al rapporto sessuale, una persona molto più anziana che non è un membro della famiglia e che usa il suo stato o posizione, o agire contro i desideri del bambino.

Z61.6 Problemi associati a possibili abusi fisici di un bambino

Problemi relativi a incidenti in cui un bambino è stato ferito in passato da un adulto che vive in casa, che richiede cure mediche (fratture, evidenti lividi) o in cui il bambino è stato sottoposto a forme gravi di violenza (percosse con oggetti pesanti o taglienti, ustioni o vincolante).

Z60.4 Isolamento sociale e ostracismo

Isolamento sociale e ostracismo basati su caratteristiche personali, come aspetto insolito, malattia o comportamento. Escluso: vittima di una discriminazione ostile basata su razza o religione (Z60.5)

Z60.5 Vittima di discriminazione percepita o persecuzione

Persecuzione o discriminazione (presunta o reale) basata sull'appartenenza a determinati gruppi (colore, religione, etnia, ecc.), Piuttosto che sulle caratteristiche personali. Escluso: isolamento sociale e ostracismo (Z60.4)

Z62.3 Ostilità e reclami sleali nei confronti del minore

Atteggiamento negativo dei genitori verso il bambino quanto alla persona, acutezza e costante irritabilità in relazione ad alcuni momenti nel comportamento del bambino (per esempio, insulti costanti per qualsiasi azione in casa o vane accuse del bambino).

Z61.7 Shock personali subiti durante l'infanzia

Esperienze che possono influenzare il futuro del bambino, come il rapimento, i disastri naturali con una minaccia di vita, una lesione che mette in pericolo la sicurezza o la propria percezione o una lesione inflitta a un bambino che è caro alla persona in sua presenza.

Z65.4 Vittima di crimine o terrorismo

Z65.5 Esposizione a disastro, guerra o altre ostilità

Z65,8 Altri problemi specifici legati a situazioni psicosociali

Z91,4 Anamnesi personale di trauma psicologico non classificato altrove

Z91,8 Anamnesi personale di fattore di rischio

Z60.5 Oggetto di discriminazioni e persecuzioni percepite