

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SANITA'
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Area Interdipartimentale 2
"Ufficio del Piano di Rientro ex art.1, comma 180, legge 30 dicembre 2004, n.311"

Prot./Area Int.2/n. 83773

Palermo, 19.10.2011

Oggetto: Incontro di "Consensus".

Ai Presidenti dei Tribunali per i minorenni

Ai Procuratori della Repubblica presso i
Tribunali per i minorenni

Ai Procuratori della Repubblica presso i
Tribunali di Palermo - Catania - Caltanissetta -
Messina

All'Assessore Regionale della Famiglia, delle
Politiche Sociali e del Lavoro

All'ANCI Sicilia

Al Direttore dell'ufficio Scolastico Regionale
per la Sicilia

Alla Consulta Regionale della Sanità

Ai Direttori Generali delle AA.SS.PP.

L O R O S E D I

Pregiatissimi,

nell'ambito degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2010, questo Assessorato ha promosso il progetto "*Tutela benessere minori abusati*" per rendere possibile la pianificazione/omogeneizzazione nel territorio della Regione degli interventi sanitari destinati alla tutela ed alla cura dei minori.

Tra le azioni individuate e già svolte per il conseguimento dell'obiettivo di sistema regionale, sono state predisposte le "Linee Guida regionali per la pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela dell'infanzia e alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza". Il documento, frutto di un lavoro di concertazione e studio svolto da un gruppo di esperti designati dalle AA.SS.PP., denominato "Co.R.S.I.T.Ev." (*Coordinamento regionale sanitario per gli interventi di tutela del benessere psicofisico in età evolutiva*), traccia il "modus operandi" dei servizi sanitari e, contemporaneamente, aspira al raccordo interistituzionale sul piano tecnico/funzionale degli specifici interventi di rispettiva competenza.

Per quanto sopra, preliminarmente alla diffusione del superiore strumento operativo nei servizi sanitari, si ravvisa l'opportunità della presentazione/condivisione dei contenuti delle linee guida, la cui bozza convenientemente alla presente si allega, per la buona conduzione del processo applicativo delle stesse e per la correlazione armonica con le autorevoli altre Istituzioni interessate alla medesima linea di attività.

Si invitano, pertanto, le SS. LL. all'incontro di "Consensus" delle Linee Guida regionali in attenzione che avrà luogo giorno 25 ottobre 2011, ore 15.30, presso i locali di questo Assessorato.

Il Referente Assessoriale del Progetto
Col. Prof. Assistente Sociale Esperto
Dott.ssa Damiana Pepe

Il Dirigente Area I.2
"Ufficio del Piano di Rientro e del Piano Sanitario"
Dott.ssa Maria Grazia Furnari

Il Dirigente Generale
Dott. Maurizio Guizzardi

L'Assessore
Dr. Massimo Russo

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Linee guida della Regione Siciliana per la pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela dell'infanzia e alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza

● Premessa	pag. 3
➤ Memorandum e definizioni giuridico/scientifiche	pag. 5
● Introduzione	pag. 11
● Obiettivi	pag. 15
➤ Obiettivi generali	
➤ Obiettivi specifici	
● Fasi dell'intervento	pag. 20
➤ Protezione	pag. 21
➤ Segnalazione	pag. 22
➤ Denuncia	pag. 23
➤ Valutazione	pag. 26
➤ Terapia	pag. 35
● Il sistema dei servizi	pag. 37
➤ La specificità/specializzazione e la tutela degli operatori	
➤ Modello organizzativo e funzione dei servizi coinvolti	
● Azioni di sistema a supporto degli interventi	
➤ Conduzione regionale di sistema	
➤ Interventi di prevenzione	
➤ Interventi formativi (informazione/formazione)	
➤ Monitoraggio delle azioni, delle prassi, dei protocolli	pag. 47
● Allegati	
➤ Schema per la segnalazione nei casi di sospetto abuso e/o maltrattamento	pag. 53
➤ Schema per la denuncia nei casi di sospetto abuso e/o maltrattamento	Pag. 54
➤ Schema percorso per la presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza	pag. 55

Il continuo progredire dello studio sullo sviluppo infantile, come presupposto nel suo divenire alla successiva costituzione dell'identità psichica dell'individuo, ha sempre di più focalizzato la necessità di considerare le esperienze di trascuratezza, di maltrattamento fisico e psicologico e di abuso sessuale nei confronti dei minori come *esperienze sfavorevoli*, capaci di determinare, per le interferenze e le dissonanze che provocano, la strutturazione di assetti intrapsichici e interpersonali disarmonici o chiaramente patologici.

Nel Rapporto Mondiale su Violenza e Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità¹, la violenza viene indicata come uno tra i più importanti problemi di salute per il quale si sollecitano precisi interventi finalizzati alla prevenzione e alla cura delle sue conseguenze.

L'OMS afferma che *«per abuso all'infanzia e maltrattamento debbano intendersi tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere»*.

¹ Rapporto su violenza e salute (World Health Organisation 2002 World report on violence and health, Geneve, Switzerland)

La violenza sui minori è un serio problema di salute pubblica e, quindi, gli interventi di prevenzione, protezione e cura rappresentano atti dovuti per soddisfare il diritto fondamentale alla salute sancito nella stessa Costituzione Italiana.

La violenza, appunto, rappresenta un fenomeno complesso che ha molteplici estrinsecazioni che spesso si sovrappongono tra di loro come espressione di un unico assetto relazionale disagiato le cui principali forme sono:

- ✓ Trascuratezza
- ✓ Maltrattamento fisico
- ✓ Abuso sessuale
- ✓ Maltrattamento psicologico
- ✓ Violenza assistita intrafamiliare

Inoltre, recentemente viene posta particolare attenzione a fenomeni quali la schiavitù, la prostituzione, il coinvolgimento nella pornografia o la emarginazione derivante dalla immigrazione clandestina, per il loro significato di “esperienze violente”, tali da pregiudicare profondamente lo sviluppo di un minore.

In sintesi, «Per maltrattamento all'infanzia si intendono tutte le forme di cattiva cura fisica e affettiva, di abusi sessuali, di trascuratezza o di trattamento trascurante, di sfruttamento commerciale o altre espressioni, che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, la sua

sopravvivenza, il suo sviluppo o la sua dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, di fiducia o di potere». (OMS 1999)

E' evidente come tale definizione superi il concetto di intenzionalità o meno dei comportamenti violenti, sia attivi che omissivi, e include le violenze che possono insorgere nei contesti extrafamiliari.

Memorandum riferimenti legislativi, definizioni

Chiunque, [...], maltratta una persona della famiglia, o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte è punito con la reclusione da uno a cinque anni.

(Maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli Art 572 c.p)

Il maltrattamento si concretizza ne " gli atti e le carenze che turbano gravemente i bambini e le bambine, attentano alla loro integrità corporea, al loro sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di terzi

(IV seminario criminologico- Consiglio d'Europa, Strasburgo 1978)

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

Per maltrattamento fisico, si intende quando i genitori o le persone legalmente responsabili di un bambino eseguono o permettono che si producano lesioni fisiche, o mettono i bambini in condizione di rischiare lesioni fisiche.

Sulla base della gravità delle lesioni l'abuso fisico viene distinto in:

grado lieve : lesioni che non necessitano di ricovero; -

grado moderato. quando è necessario il ricovero;

grado severo quando il bambino viene ricoverato in rianimazione con gravi sequele neurologiche fino alla morte.

(Linee guida in tema di abuso sui minori SINPIA 2007)

Per maltrattamento psicologico o abuso emozionale, si intende una relazione emotiva caratterizzata da ripetute e continue pressioni psicologiche, ricatti affettivi, indifferenza, rifiuto, denigrazione e svalutazioni che danneggiano o inibiscono lo sviluppo di competenze cognitivo-emotive fondamentali quali l'intelligenza, la percezione, la memoria.

(Linee guida regione Lombardia)

O' Hagan² distingue tra **abuso emozionale**, inteso come una reazione emozionale stabile, ripetitiva e inappropriata all'esperienza del bambino e **maltrattamento psicologico**, inteso come denigrazione verbale, critiche e svalutazioni che si configurano come risposta comportamentale e attiva.

Patologia delle cure:

Per trascuratezza incuria si intende la grave e/o persistente omissione di cure nei confronti del bambino 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.

Per discuria si intende la situazione in cui le cure vengono fornite in modo distorto, non appropriato al momento evolutivo e/o alla necessità di sviluppo del bambino

Per ipercuria si intende la situazione in cui le cure vengono fornite in eccesso tra cui la chemical abuse e medical shopping.

(Linee guida in tema di abuso SINPIA 2007)

² O' Hagan, K.P. (19956) Emotional and psychological abuse: problems of definition, Child Abuse and neglect, 19,4, 449-461

Per violenza assistita si intende il coinvolgimento del minore in atti di violenza compiuti su figure di riferimento affettivamente significative per lui cui conseguono danni psicologici pari a quelli derivanti dal maltrattamento direttamente subito.

(Linee guida Lombardia)

Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni.

(Abbandono di persone minori o incapaci Art. 591 c.p.)

Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da cinque a dieci anni.

(Art 609-bis legge 66/del 15.02.1996)

Soggiace alla pena stabilita dall'articolo 609-bis chiunque, al di fuori delle ipotesi previste in detto articolo, compie atti sessuali con persone che al momento del fatto :

1) non ha compiuto gli anni quattordici;

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

(atti sessuali con minorenni Art. 609 quater)

Non è punibile il minorenne che, al di fuori delle ipotesi previste nell'articolo 609-bis, compie atti sessuali con un minorenne che abbia compiuto gli anni tredici, se la differenza di età tra i soggetti non è superiore a tre anni.

L'abuso sessuale si evidenzia in ogni situazione in cui un bambino sia tratto a espressioni sessuali alle quali non può liberamente consentire con totale consapevolezza, in ragione della sua età o che violino radicati tabù sociali.

(Kempe R., Kempe H. 1978 Child abuse. Fontana/Open books, London Trad. it. Le violenze sul bambino. Armando, Roma 1980).

Per abuso sessuale, si intende il coinvolgimento di un minore in atti sessuali, con o senza contatto fisico, a cui non può liberamente consentire in ragione dell'età e della preminenza dell'abusante, lo sfruttamento sessuale di un minore, prostituzione infantile e pornografia

(Linee guida Regione Lombardia)

Il concetto di **Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI)** indica l'insieme di esperienze che determinano significativamente ricadute negative sui processi di attaccamento così da interferire, in ambito individuale e relazionale, sul naturale processo di sviluppo.

Tali esperienze comprendono l'abuso sessuale, il maltrattamento psicologico, fisico e trascuratezza e le esperienze negative subite dai minori in forma indiretta quali l'alcolismo e la tossicodipendenza e le malattie psichiatriche dei genitori, nonché la violenza assistita.

(Felitti e collaboratori ³)

³ Felitti V.J. , Anda R.F. Norderberg D., Williamson D.F. , Spitz A.M. , Edwards M.P., Koss M.P., Marks J.S. (2001 Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. In Franey K., Geffner R., Falconer R. (EDS) The cost of child maltreatment: who pays? We all do, S. Diego, CA: Family Violence and Sexual Assault Institute.

Salvo quanto è stabilito dall'art. 347, i pubblici ufficiali (357 c.p.) e gli incaricati di pubblico servizio (358 c.p.) che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile d'ufficio, devono fare denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito (361,362 c.p.)

(Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di pubblico servizio Art 331)

Chi ha l'obbligo del referto (365,384 c.p.) deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero (51) o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria (57) del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicina.

(Referto Art. 334)

In materia di autorizzazione al trattamento dei dati sensibili gli operatori sanitari dovranno riferirsi al documento del Garante per la protezione dei dati personali.

(Provvedimento 13 Gennaio 2000 “ Individuazione di attività che perseguono rilevanti finalità di interesse pubblico per le quali è autorizzato il trattamento dei dati sensibili da parte dei soggetti pubblici” Provvedimento n. 1/P/2000)

La violenza a danni di minori, in tutte le sue forme attive o omissive, è un fenomeno diffuso, trasversale ad ogni classe sociale ed è espressione e causa di un grave disagio psichico che coinvolge non solo la piccola vittima ma l'intero sistema delle sue relazioni cioè, o perché primariamente disfunzionali nelle competenze di accudimento e di cure che sono fondanti della funzione genitoriale, e/o perché disfunzionate come effetto della distorsione sulla costruzione dei legami affettivi e sulla costruzione del sistema dei significati esperienziali determinate dal trauma di vittimizzazione.

In considerazione di ciò la valutazione e la presa in carico dei minori coinvolti come vittime in esperienze di violenza e di trascuratezza, richiedono di essere affrontate con un approccio non solo a livello del singolo individuo ma sul piano delle relazioni familiari.

In merito è bene ribadire come esperienze di maltrattamento e di abuso determinano nel bambino una distorsione, dirompente e deflagrante della sua strutturazione psichica: la confusione dei ruoli, la *confusione delle lingue*, l'aggressione sull'identità e sull'integrità del sé disturba nel bambino la comprensione della realtà e del suo significato affettivo, determinando un modo di pensare lineare, frammentato e atemporale che non permette alla mente di crescere e che distorce seriamente lo sviluppo dell'intelligenza.

Esperienze traumatiche irrisolte inficiano nel bambino, diventato adulto, la sua capacità di costruire legami e la sua funzione genitoriale determinando una spirale perversa in cui gli effetti disfunzionali si ripetono e si riproducono in una trasmissione trans generazionale.

In tale direzione sempre di più si è oggi portati a considerare il trauma legato ad un'esperienza violenta non solo come un evento oggettivamente grave per l'integrità psicofisica del soggetto, ma anche in termini evolutivo-relazionali, come risultato della mancata elaborazione delle emozioni traumatiche, ovvero di quelle emozioni come simbolizzate nell'ambito delle relazioni primarie.

Le esperienze ripetute di trascuratezza, maltrattamento, e abuso sessuale determinano quindi nel bambino la possibilità concreta di andare incontro ad una evoluzione psicopatologica dal momento che, tali esperienze traumatiche espongono il bambino a sviluppare nel tempo stati nevrotico/ depressivi, disturbi psichici da adattamento post-traumatico, sintomi di conversione somatica, stati dissociativi, strutturazioni patologiche di personalità, stati di dipendenza patologica.

Pertanto va assicurata una presa in carico precoce del bambino vittima di abuso e maltrattamento e dei suoi legami protettivi, e la necessità di innescare un concreto percorso riparativo così da evitare una possibile evoluzione psicopatologica.

La preminente attenzione al minore e alla sua famiglia per un possibile recupero delle proprie competenze genitoriali sottolineano la complessità del

fenomeno e dei suoi effetti che necessitino sempre di un approccio globale, multidisciplinare e interistituzionale e tale che gli interventi si producano secondo una dimensione progettuale dinamica e specifica per ciascun singolo caso.

I servizi sanitari della regione Sicilia hanno fino ad oggi ottemperato alla presa in carico ed al trattamento dei minori vittime e/o a rischio di maltrattamento e/o abuso e delle loro famiglie, lavorando in collaborazione con le altre Istituzioni preposte secondo modalità determinatesi nei diversi ambiti territoriali.

Tali modelli operativi, se pur capaci di esprimere interventi efficaci, hanno evidenziato tratti di disomogeneità e discontinuità, per cui è necessario intervenire con criteri che garantiscano sul territorio regionale uniformità di risposte assistenziali ai bisogni dei minori e delle famiglie coinvolte in esperienze di maltrattamento, e/o abuso.

Obiettivi

Le presenti Linee Guida, sono il risultato di un lavoro di concertazione e studio delle diverse rappresentazioni tecnico/clinico/organizzative del «Coordinamento regionale sanitario per gli interventi di tutela del benessere psicofisico in età evolutiva» “Co.R.S.I.T.Ev.”⁴

Eliminato: ⁵

Le stesse intervengono nel fornire uno strumento operativo ai professionisti del servizio sanitario regionale al fine di realizzare la messa a punto di un pensare comune, di prassi concrete e condivise in grado di dare specifici indirizzi agli interventi sanitari nell'ambito dell'attività dedicate alla tutela e alla presa in carico dei minori vittima o a rischio di violenza, pur nella considerazione degli assetti professionali di ciascun operatore sanitario che opera in tale ambito.

Aspetti prioritari e trasversali dei contenuti delle stesse linee guida sono i percorsi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, il recupero della vittima e dei suoi legami affettivi, nonché momenti formativi pensati con modalità operative improntate all'integrazione professionale e interistituzionale.

⁴ DDS N.320 del 20 Febbraio 2011.

⁵ Decreto Presidenziale 18 luglio 2011 (GURS del 29 luglio 2011, n. 32, s.o.)

In questa ottica di intervento gli operatori sanitari preposti alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza hanno compiti rilevanti, in linea a quanto previsto anche dal Piano della salute 2011-2013 6

L'attuazione delle presenti linee guida consentirà, inoltre, una omogenizzazione degli interventi sul territorio della Regione Siciliana che si strutturi e si definisca avvalendosi anche di specifici modelli documentali acclusi come parte integrante del presente documento.

In ultimo, il documento che specificamente delinea il modus operandi distinto dei servizi sanitari mira alla definizione di un raccordo interistituzionale degli interventi sul piano tecnico/funzionale.

Obiettivi generali

Le presenti linee guida intervengono articolando l'offerta dei servizi deputati alla prevenzione, presa in carico e cura dei minori vittime o a rischio di violenza sul territorio regionale al fine di promuovere e garantire i seguenti obiettivi generali:

- ✓ promozione delle potenzialità di sviluppo psicofisico di ciascun minore.
- ✓ individuazione/valutazione e tutela dei minori coinvolti in situazioni di rischio o di maltrattamento e/o abuso.
- ✓ riparazione del danno determinato dall'esperienza di violenza esperita, cura dei legami affettivi protettivi, sostegno del contesto sociale e relazionale dei minori vittime o a rischio di maltrattamento e/o abuso.

- ✓ prevenzione delle possibili sequele psicopatologiche derivanti dall'esposizione ad esperienze traumatiche.
- ✓ definizione di interventi progettuali di prevenzione primaria sul fenomeno del maltrattamento e abuso.
- ✓ definizione di prassi operative comuni, di modelli documentali condivisi, nonché di gruppi di lavoro funzionali all'intervento, volti alla omogenizzazione degli interventi sanitari sul territorio della Regione Siciliana.
- ✓ Promuovere momenti formativi condivisi che favoriscano e sostengano gli interventi in una logica pluriprofessionale e multidimensionale.

Obiettivi Specifici

In linea di coerenza con gli obiettivi generali sopraesposti si dettagliano i seguenti obiettivi specifici

- ✓ Definire azioni che perseguano una progettualità che abbia come punto di riferimento la centralità del bambino vittima o a rischio di abuso e maltrattamento.
- ✓ Indicare il percorso di presa in carico che articoli e sintonizzi tra di loro i percorsi di valutazione, tutela e cura del minore vittima o a rischio di maltrattamento e/o abuso.

(Tale ambito attiene alla riparazione del danno determinato dall'esperienza traumatica e al recupero della adeguata funzionalità psichica, relazionale e sociale del minore vittima).

✓ Definire buone prassi operative condivise per la pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari e per la presa in carico dei minori vittime o a rischio di maltrattamento e/o abuso.

(Tale ambito attiene al sostegno, alla cura e alla riparazione dei legami affettivi e della competenza genitoriale degli adulti di riferimento protettivi dei minori vittime o a rischio di maltrattamento e/o abuso).

✓ Individuare, per i compiti che attengono ai punti sopra esposti, specifiche équipe specializzate distrettuali o sovradistrettuali, integrate e multidisciplinari.

(Tale ambito attiene alla necessità che gli interventi vengano progettati da operatori con una specifica competenza professionale e di formazione e alla necessità che gli interventi sopra esposti vengano strutturati e definiti in una logica di lavoro integrato e condiviso che possa sostenere e articolare le azioni dei singoli operatori).

✓ Definire aree specifiche dell'intervento sanitario rispetto ai percorsi giudiziari così da armonizzare/sintonizzare i punti di contatto con le linee di confine.

(Tale ambito attiene alla necessità che il minore venga messo in protezione durante tutto il percorso giudiziario e che tra questo e l'intervento sanitario vi sia continuità uniformità e coerenza.)

✓ Definire aree di integrazione tra i percorsi sociosanitari e le azioni di tutela svolte dai servizi sociali dei comuni.

(Tale ambito attiene alla necessità che il recupero del minore avvenga secondo una prospettiva di lavoro che presupponga interventi di rete coordinati con le altre istituzioni coinvolte nel recupero del minore.)

✓ Introdurre protocolli operativi tra il servizio sanitario regionale e le altre istituzioni coinvolte nell'attività di tutela e presa in carico dei minori vittime o rischio di violenza. (autorità giudiziarie ed enti locali).

✓ Prevedere nei piani formativi annuali delle aziende specifiche azioni di aggiornamento professionale destinate agli operatori sanitari che, nell'esercizio della loro attività, ed in particolare quella rivolta ai minori ed alle loro famiglie, hanno l'obbligo di operare azioni di tutela.

I servizi sanitari preposti che interagiscono nella realizzazione di un intervento globale ed efficace sul fenomeno della violenza e del maltrattamento a danno dei minori devono attivare le azioni che di seguito si elencano.

- ✓ Protezione
- ✓ Segnalazione
- ✓ Denuncia
- ✓ Valutazione
- ✓ Terapia

Le azioni vengono articolate in una logica descrittiva, pur se tale descrizione non costituisce una sequenza temporale, poiché la complessità della materia prevede interventi multidimensionali in cui i vari passaggi devono essere legati privilegiando una sequenza operativa piuttosto che da una procedura cronologica.

E' necessario che tali azioni vengano tra di loro articolate e integrate secondo una modalità che rimanendo centrata sul bambino si adatti di volta in volta alle situazioni e ai contesti.

● Protezione

L'operatore sanitario deve attivare tempestivamente tutti i percorsi finalizzati alla presa in carico del minore, al trattamento del suo stato contingente di sofferenza fisica o psichica e all'attivazione di tutti gli eventuali percorsi di tutela compresa la messa in protezione in raccordo con la magistratura minorile o con l'ente locale. Ciò rimanda alla necessità di porre la massima attenzione al diritto di cura del minore evitando che il processo di cura si sospenda o venga reso discontinuo durante il percorso giudiziario.⁷

Nei casi di maltrattamento grave e di abuso sessuale l'allontanamento dal contesto maltrattante e abusante è la premessa indispensabile perché si possa intraprendere un adeguato percorso di riparazione degli effetti psichici determinati dal trauma, nonché il sostegno dei legami protettivi mantenuti dal bambino.

Nelle situazioni in cui la denuncia rende necessario un intervento amministrativo e/o giudiziario di allontanamento del minore dal suo contesto familiare si farà riferimento all'unico documento specifico ed esaustivo sulla

⁷ Ente preposto alla procedura di allontanamento ai sensi del 403.

“gli interventi di cura, psicologici ed educativi, non possono essere né rinviati né subordinati in relazione ai tempi del processo penale...”; (Pedrocco B. – Talevi, (2011) cit., pag. 50)

tematica, in atto condiviso: le linee guida dell'ordine nazionale degli assistenti sociali.

(vedi allegato 1).

In tutte le fasi dell'intervento di protezione del minore è sempre necessario garantire il possibile benessere del bambino, proteggere il percorso di cura e definire una linea di confine tra il ruolo specifico sanitario e quello tecnico giuridico.

Al minore vittima deve essere assicurata un'assistenza specializzata⁸ che lo accompagni e lo sostenga anche nei momenti di ascolto e che abbia con lo stesso una interazione significativa.

Nell'ambito del percorso/progetto di intervento sanitario il minore dovrà fare esplicito riferimento ad uno stesso operatore sanitario che nella globalità delle azioni giuridiche e terapeutiche che lo coinvolgono gli garantisca continuità e uniformità di sostegno.

Il minore deve essere informato degli eventi anche giudiziari che dovrà affrontare e in tale ambito deve essere adeguatamente accompagnato e sostenuto.

Le presenti linee guida, alla luce degli indirizzi sopraesposti, raccomandano che l'attività di assistenza del minore all'interno del percorso giudiziario sia opportunamente concordata con il Magistrato e che tale attività venga svolta

⁸ Con competenza specifica nel lavoro con soggetti in età evolutiva.

su designazione dell'équipe da un operatore significativo per il minore che operi nel servizio specialistico sanitario preposto alla sua presa in carico.

● Segnalazione

Nell'esercizio delle proprie funzioni ogni operatore sanitario che viene a conoscenza dello stato di pregiudizio o di malessere riferibile ad una possibile esperienza di maltrattamento o di abbandono che coinvolga un minore, sia esso preso in carico, sia esso proposto a consultazione da altro soggetto o ente istituzionale, è tenuto alla segnalazione alla magistratura minorile con il fine di attivare un percorso di tutela.

Nel caso che lo stato di pregiudizio riguardante un minore venga riportato da altro soggetto o ente istituzionale, si dovrà comunque procedere ad una segnalazione utile ad attivare il processo di tutela del minore stesso.

In questo caso la segnalazione dovrà riportare la notizia come riferita fornendo la descrizione del luogo, dei tempi, della circostanza e del soggetto che ha fornito l'informazione stessa.

Se nell'esercizio delle proprie funzioni l'operatore sanitario che ha già in carico un minore per altra motivazione dovesse rendersi conto che il soggetto trattato esprima segnali/sintomi di malessere che possano ricondursi all'ipotesi che il minore stia sperimentando esperienze sfavorevoli tali da inficiare le sue potenzialità di sviluppo, l'operatore dovrà procedere effettuando un approfondimento mirato alla corretta significazione dei segnali stessi, anche

ascoltando il minore sul suo presunto stato di malessere e sulle possibili condizioni che lo hanno determinato e procedere dunque ad una segnalazione alla magistratura minorile o se dovesse emergere una notizia di reato alla denuncia alla magistratura ordinaria.

Le presenti linee guida in sintonia con i vigenti indirizzi normativi ricordano che la segnalazione:

- è un atto dovuto indipendentemente dalla natura dolosa o colposa dei comportamenti che danneggiano o che potrebbero danneggiare i minori ed è indipendente dalla conoscenza specifica dei possibili autori.
- deve contenere informazioni analitiche e riferire gli elementi che sono stati raccolti sulla condizione di pregiudizio e/o di vittimizzazione, distinguendo tra fatti e notizie, appresi direttamente o tramite terzi ed eventuali valutazioni e suggerimenti tecnico professionali.
- è un atto di responsabilità individuale obbligatorio per il pubblico ufficiale, l'incaricato di pubblico servizio e l'esercente di un servizio di pubblica necessità in tutte quelle situazioni in cui ci si trovi a trattare un minore in stato di pregiudizio per la presenza di comportamenti negativi, attivi o omissivi attuati dagli stessi adulti che svolgono funzioni educative e di protezione e che sono essi stessi causa della condizione di rischio o del danno reale o prevedibile sul minore o da altri soggetti, adulti o minori che interagiscono a qualsiasi livello con il minore stesso.

Il presente documento ribadisce, infine, che non vi può essere processo di cura senza la contestuale attivazione di un processo di tutela, poiché il minore non può giovare di alcun processo terapeutico se non è posto in un contesto tale da non vincolare l'espressione piena delle sue potenzialità di sviluppo. Ogni minore ha necessità di fruire di una funzione genitoriale *sufficientemente buona* e tale da garantirgli un adeguato sviluppo e integrazione delle proprie competenze psichiche.

La segnalazione alla Magistratura minorile attiva il processo di tutela del minore e all'interno di tale processo determina l'eventuale collocazione in protezione del minore stesso.

Il processo di tutela coordinato dalla Magistratura minorile coinvolge altri eventuali servizi e istituzioni e garantisce agli operatori che hanno effettuato la segnalazione una cornice istituzionale a protezione del proprio intervento.

Le presenti linee guida definiscono ed adottano il modello unico di segnalazione di cui all'allegato 2 del presente documento, da utilizzare a cura degli operatori sanitari della Regione.

Denuncia

Nell'esercizio delle proprie funzioni ogni operatore sanitario che viene a conoscenza di una situazione in cui il comportamento di un adulto si configuri

come reato procedibile d'ufficio⁹ la cui presunta vittima è un minore, sia esso preso in carico al servizio, sia esso proposto a consultazione da altro soggetto o ente istituzionale, l'operatore effettuerà una denuncia alla magistratura ordinaria, nonché segnalerà la situazione alla magistratura minorile per i necessari provvedimenti di tutela.

Se nell'esercizio delle proprie funzioni un operatore sanitario¹⁰ che ha già in carico un minore per altra motivazione dovesse rendersi conto che il soggetto trattato esprima segnali/sintomi e che possano indicare concretamente una

⁹ Con riferimento agli strumenti di repressione dei reati sessuali commessi ai danni dei minori, occorre specificare che il reato è procedibile di ufficio nei casi:

1. violenza di gruppo;
2. reati sessuali posti in essere contestualmente al reato di lesioni;
3. corruzione di minorenni;
4. se il fatto è connesso con altro reato per il quale si procede d'ufficio;
5. atti sessuali commessi con persona minore di anni 10;
6. violenza sessuale compiuta ai danni di persona minore di anni 14;
7. reati sessuali commessi da genitori o conviventi;
8. reati sessuali compiuti da pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni;

In tali casi:

· sussiste l'obbligo di «denuncia» (ex art. 331 Codice di Procedura Penale), per tutti coloro che rientrano nella qualifica di Pubblico Ufficiale o di incaricato di pubblico servizio (art. 358 Codice Penale).

I reati sessuali sono invece procedibili a querela della persona offesa nei casi di :

1. atti sessuali con persone maggiori di anni 10 e minori di anni 14 se non commessi dal genitore o convivente;
2. atti sessuali compiuti abusando di condizioni di superiorità fisica e psichica;
3. violenze sessuali su maggiori di anni 14;

La querela deve essere effettuata entro 6 mesi dal fatto ed è irrevocabile.

Linee guida regione Lombardia

¹⁰ La definizione di Pubblico Ufficiale o di incaricato di pubblico servizio è discussa in dottrina e giurisprudenza.

L'orientamento che si ritiene di preferire è quello che individua nella natura della funzione svolta l'elemento che qualifica il soggetto.

Tra gli incaricati di pubblico servizio devono, pertanto, essere ricompresi gli assistenti sociali, gli insegnanti e gli operatori di comunità, come soggetti che svolgono una funzione delegata dall'ente pubblico tutore o affidatario. Nel caso di omissione di denuncia, si incorre nelle sanzioni penali previsti dall'art. 362 c.p.;

Linee guida regione Lombardia (da verificare)

situazione di vittimizzazione o possibili contenuti dichiarativi espressi dallo stesso o da altri soggetti relativi a presunte esperienze di vittimizzazione e tali da configurarsi come reato procedibile d'ufficio dovrà effettuare una denuncia alla magistratura ordinaria, nonché segnalare alla magistratura minorile per i necessari provvedimenti di tutela.¹¹

Nelle situazioni sopraesposte non appare utile effettuare un percorso di valutazione mirato ad una più specifica significazione/definizione della notizia di reato appresa per evitare di innestare nel bambino percorsi suggestivi o induttivi e per evitare pericolose interferenze con l'accertamento giudiziale del caso.

Le presenti linee guida in sintonia con i vigenti indirizzi normativi ricordano che:

- L'omissione o il ritardo della denuncia di un fatto di reato perseguibile d'ufficio espone l'operatore ad un reato (articolo 62 c.p.).

¹¹ Si precisa altresì che le denunce per calunnia e diffamazione non hanno fondamento nell'ambito della collaborazione istituzionale tra operatore e giudice, né appare ipotizzabile il reato di falso ideologico in atto pubblico essendo piena funzione degli operatori sanitari la possibilità di esprimere considerazioni e valutazioni che rappresentano il contenuto di relazioni psicosociali su fatti e comportamenti osservati nel percorso di presa incarico. Tutti gli operatori delle aziende sanitarie sono pubblici ufficiali e/o incaricati di pubblico servizio e quindi sono tenuti ad effettuare segnalazioni e denunce nel momento in cui si trovano direttamente o indirettamente a conoscere bambini sottoposti a maltrattamenti o abusi sessuali.

Linee guida regione Lombardia (da verificare)

- La denuncia deve contenere informazioni analitiche e riferire gli elementi che sono stati raccolti sulla notizia descrivendo il fatto sia se appreso direttamente o de relato, tramite terzi, ed eventuali segni oggettivi ad esso connessi.
- Nel caso in cui la notizia di reato viene appresa de relato l'operatore sanitario non potrà astenersi dall'obbligo di denuncia poiché invitare alla denuncia il latore della notizia non esime dall'obbligo e dalle responsabilità penali e civili ad esso connesse.
- La conoscenza di un fatto che se è vero costituisce reato non implica né la certezza che il reato è stato commesso né il semplice sospetto soggettivo, l'effetto della denuncia è quello di avviare il procedimento penale di accertamento della responsabilità dell'autore del reato.
- La denuncia non attiene alla rilevazione dei semplici elementi di pregiudizio, situazione questa in cui è dovuta la segnalazione, ma la conoscenza di fatti diretta o indiretta concretamente configurabili come notizia di reato.

Infine, il presente documento ribadisce che non vi può essere processo di cura e di riparazione del trauma su un minore vittima o a rischio di maltrattamento e/o abuso senza la contestuale attivazione di un processo di attivazione dell'iter giudiziario e del relativo processo di tutela del minore.

Poiché l'accertamento della responsabilità del presunto autore restituisce alla presunta vittima il significato delle azioni subite e rappresenta un pezzo fondamentale del percorso di riparazione, ovvero ha un contenuto di cura.

Le presenti linee guida adottano il modello unico di denuncia, di cui all'allegato 3 del presente documento, da utilizzare a cura degli operatori sanitari della Regione.

● **Valutazione**

Preliminarmente appare utile definire come l'operatore sanitario lavori sulla valutazione clinica attraverso una osservazione neuropsichiatrica, psicologica sociale e, comunque, multiprofessionale in un ambito che risulta ben differente dall'accertamento della verità processuale, che è invece compito di esclusiva pertinenza del magistrato. Infatti è attraverso l'acquisizione delle prove (interrogatori, sopralluoghi, testimonianze, perizie, confessioni, ricostruzioni del fatto, ecc.), che il magistrato si prefigge lo scopo di ricostruire il fatto-reato con tutti i suoi momenti costitutivi e di attribuire le singole e specifiche responsabilità individuali.

La valutazione del minore vittima o a rischio di maltrattamento e/o abuso effettuata dagli operatori sanitari non può, quindi, essere finalizzata

all'accertamento della competenza testimoniale del minore stesso e della sua credibilità in relazione ai fatti traumatici emersi.

La valutazione da parte degli operatori sanitari dovrà avvenire all'interno di un processo di tutela del minore e si attuerà, su mandato della Magistratura in un fase che è successiva alla segnalazione e/o alla denuncia.

La valutazione, intesa come l'insieme delle diverse operazioni diagnostiche e prognostiche attuabili dagli operatori sanitari, mira a definire lo stato psichico del minore, per quanto attiene alle sue modalità di funzionamento di base e per ciò che riguarda eventuali espressioni posttraumatiche, nonché la definizione delle sue relazioni familiari e sociali con particolare riguardo agli adulti protettivi di riferimento e al suo contesto sociale.

Tale percorso, quindi, è finalizzato esclusivamente al processo di presa in carico del minore ed è integrato e sintonico con il processo di trattamento della presunta vittima e dei suoi legami protettivi e si articola all'interno del progetto di tutela.

La valutazione di un minore presuppone sempre l'attivazione di un accoglimento empatico che preveda la capacità di entrare in relazione con la vittima e che può identificarsi con un atteggiamento globale verso di lui non definibile da un insieme di regole operative e tale da consentire una sintonizzazione con il suo mondo interno, così da entrare nel suo orientamento psichico, nel suo interesse, nella sua visione della situazione, lasciando uno spazio libero alla sua espressione.

In questo ambito appare utile riferirsi alle peculiarità della valutazione psicologica,¹² elemento questo, che richiama alla specificità della formazione degli operatori, alla necessità che ciascun operatore venga costantemente supportato all'interno di un lavoro d'équipe, all'ambito eminentemente clinico della valutazione.

La valutazione dovrà, quindi, risultare centrata sui bisogni di cura del bambino e delle sue relazioni protettive che ne risultano parti integranti e dovrà articolarsi su un assetto multi tematico che si definisce sulle seguenti quattro aree di riferimento :

- 1) ***La valutazione delle condizioni del bambino*** centrata sullo studio delle modalità di funzionamento psichico espresse dallo stesso, ponendo particolare attenzione agli elementi indotti dall'esperienza di vittimizzazione;
- 2) ***La valutazione del contesto affettivo di riferimento*** con particolare riguardo alla valutazione dei legami affettivi e delle risorse del contesto sociale;

12

La peculiare caratteristica dell'oggetto di indagine psicologica, che è quella di essere vivente, conferisce all'atto conoscitivo uno statuto epistemologico del tutto particolare, che si basa su due punti fondamentali: l'impossibilità di impedire un influenzamento e quindi una modifica dell'oggetto di indagine da parte dell'osservatore, da cui discende la necessità di includere l'osservatore stesso nel campo d'indagine, e l'aspetto congetturale del campo di indagine"- M. Malacrea. S. Lorenzini-

Nel processo di valutazione del minore da parte dell'operatore si attiva un campo relazionale, all'interno del quale ciò che scaturisce dalla loro interazione psichica può costruire oggetto di osservazione e segno utile per comprendere e decifrare. L'espressione dell'emotività che pure può generare elementi interferenti nella ricerca dell'oggettività non è eliminabile, semplicemente, attraverso l'acquisizione di una idealizzata posizione di "distanza emotiva", appare, invece, necessario un continuo lavoro di elaborazione/consapevolizzazione degli elementi emotivi, propri e dell'altro, poiché solo attraverso la loro trasformazione in pensieri risulta possibile limitare al minimo il loro effetto perturbativo.F. Vitrano

3) *La valutazione del contesto sociale e familiare* con particolare riguardo alla rilevazione delle risorse sociali presenti sia sul territorio che nella famiglia allargata;

4) *La valutazione delle singole aree* si articola secondo una prospettiva trasversale longitudinale e prognostica

La valutazione è intesa come un percorso concentrico che va dal bambino al suo contesto affettivo protettivo, al contesto sociale e istituzionale di riferimento; è volta alla progettazione del percorso di cura, al reperimento di ogni risorsa disponibile affettiva e sociale, alla valutazione longitudinale e prognostica dell'intero percorso.

Il progetto di cura deve in ogni momento contenere il bambino, le sue difficoltà, le sue potenzialità, le sue evoluzioni psichiche.

Sarà cura degli operatori sanitari mantenere una costante omeostasi tra il percorso valutativo, quello terapeutico e il minore vittima, poiché progetti terapeutici autoreferenziali che non contengono il paziente e rimangono ancorati a presupposti teorici o a ipotesi non orientate alla concretezza sono destinati a fallire o a determinare ulteriori effetti negativi.

Il percorso valutativo dovrà inoltre ancorarsi ai tempi in modo da supportare in uno spazio definito scelte progettuali e valutazioni prognostiche sul minore e sui legami affettivi dello stesso.

Il presente documento individua per la definizione della valutazione un tempo congruo di non oltre sei mesi, in considerazione che il processo di valutazione

ha una prospettiva dinamica, non può non embricarsi con momenti di trasformazione dei soggetti coinvolti, ma deve in considerazione delle valutazioni prognostiche articolarsi in un tempo definito.

Ovvero non è possibile che il percorso di valutazione si dilati fino a vincolare le scelte di tutela del minore.

➤ **Area tematica 1 : Valutazione del minore**

La valutazione su un bambino ha come oggetto la persona del minore, con particolare riguardo alla descrizione della sua modalità di funzionamento e dei suoi vissuti, ma anche la descrizione del sistema di inter-relazioni tra il minore e gli altri attori del suo contesto affettivo/relazionale.

Attraverso una valutazione del sistema intrapsichico e interpersonale del bambino è poi possibile ottenere delle inferenze sulle funzioni genitoriali e sulle modalità di attaccamento dallo stesso esperite.

L'oggetto di tale valutazione attiene quindi ad una dimensione clinica e prevede una osservazione globale del bambino che tiene conto:

- ✓ dello stile funzionale globale del bambino con valutazioni specifiche rispetto alle varie aree di funzionamento - cognitivo, emotivo/relazionale, linguistico comunicativo espresso dallo stesso.
- ✓ della strutturazione di personalità e qualità dell'organizzazione del Sé pre-esistente all'evento traumatico o allo stato di maltrattamento cui è stato sottoposto. Ciò anche in considerazione della durata della presunta esperienza

negativa esperita e dell'attacco all'autostima e alla coesione del Sé sperimentata.

✓ della capacità del bambino di costruire legami affettivi e/o di riparare legami preesistenti.

✓ dall'analisi del mondo interno del bambino con particolare attenzione alla rilevazione nel suo stile funzionale di: meccanismi di difesa psichica (scissione, negazione, frammentazione del pensiero) o a particolari assetti adattativi; vissuti traumatogeni (impotenza, stigmatizzazione, sessualizzazione traumatica, tradimento) o di maltrattamento/abbandono; segni di attivazione post-traumatica (attivazione sintomatologica in relazione ad elementi assonanti con il contenuto del trauma). Trattati di confusività affettiva con la figura del presunto abusante (relazione di emprise) ed eventuali distorsioni nella significazione delle esperienze affettive e relazionali.

✓ Dall'analisi di eventuali sintomi espressi dal bambino.

✓ Dall'analisi di eventuali collegamenti tra gli elementi espressi ed eventuali esperienze traumatiche e/o sfavorevoli.

✓ Dall'analisi di eventuali fattori prognostici sulla recuperabilità di una integrità psichica relazionale e sociale

Ogni operatore utilizzerà nella valutazione delle aree sopradescritte i propri strumenti diagnostici, il proprio approccio teorico, nonché la propria esperienza clinica e formativa curandosi però di anteporre l'approccio di équipe al lavoro individuale.

➤ **Area tematica 2: Valutazione delle relazioni di accudimento e dei legami affettivi protettivi**

La valutazione della qualità degli aspetti affettivi e di accudimento disponibili per il minore presunta vittima di abusi e/o maltrattamento concerne primariamente un'analisi, fondata scientificamente su criteri di “*evidenze cliniche*”, delle competenze di cura che i genitori e/o altri prestatori di cura (caregiver) utilizzano nella relazione di accudimento.

Il “prendersi cura” è inteso come *normale* supporto al percorso evolutivo di crescita del minore e come capacità di percepire, riconoscere e sostenere specifiche esigenze del minore determinatesi nel confronto con particolari eventi esperienziali.

La valutazioni delle competenza genitoriali sono di norma disposte dall'autorità giudiziaria e finalizzate a stabilire in tempi brevi se gli accuditori, nel contesto ecologico da cui proviene il minore, funzionano in modo tale da comportare un danno o un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo fisico o psichico.

In particolar modo è utile fare riferimento di volta in volta ai fattori di rischio e ai fattori di protezione presenti nel contesto familiare nucleare e in quello allargato così da definire un preciso assetto prognostico.

Tale valutazione è multi professionale/ multidimensionale¹³ con aspetti di elevata integrazione tra le azioni di più figure professionali e spesso anche tra più di un servizio sanitario.

In particolare, la valutazione psicologica delle competenze genitoriali è complementare alla valutazione del funzionamento psichico del minore presunta vittima e nell'esame delle figure genitoriali o più in generale dei caregiver non può non tener conto della presenza di assetti di personalità "fragili", di patologie mentali ivi compresi i disturbi di personalità, delle dissonanze, dei conflitti e delle collusioni presenti nella relazione di coppia, o di altro disagio, problematicità, disfunzione presenti e tali da alterare il sistema e l'ambiente affettivo del minore.

Si realizza, così, una globale valutazione dell'*ambiente affettivo* da dove proviene il minore e dove è auspicabile che egli possa essere ricollocato sé o appena possibile.

Il percorso clinico in cui si articola tale area di indagine deve comprendere:

¹³ Valutazione sociale, psicologica, neuropsichiatrica

- ✓ Un esplicito riferimento del percorso e del significato della valutazione alla coppia genitoriale valutata.
- ✓ La ricostruzione delle storia personale e della coppia genitoriale, con particolare riguardo al loro funzionamento, all'individuazione dei pattern di attaccamento (esperiti – acquisiti) e all'eredità psichica transgenerazionale.
- ✓ La valutazione degli assetti di personalità individuali di ciascun genitore-caregiver.
- ✓ La qualità della relazione genitore – figlio, nel suo divenire e in relazione alla evoluzione della funzione genitoriale così da definire *il modo in cui l'organizzazione familiare si è strutturata nel tempo*.
- ✓ La possibilità che emergano o vengano attivate risorse a valenza riparativa.

Quanto sopra espresso fa preciso riferimento alle linee guida del Cismai¹⁴ sulla valutazione della competenza genitoriale a cui si rimanda per completezza.

Ogni valutazione dovrà riferirsi a fattori prognostici definiti attivando qualora i legami affettivi appaiono non tutelanti o non adeguatamente strutturati – situazioni di prognosi negative- ipotesi di lavoro alternative che consentano al

¹⁴ Linee guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori Cismai Allegato documento

minore la costruzione di legami affettivi continui, duraturi e stabili anche e/o di fuori del contesto di origine

➤ **Area tematica 3 : Valutazione del contesto sociale**

Il fine della valutazione sociale svolta dagli assistenti sociali dei servizi sanitari è quello di ancorare il processo valutativo psicologico psichiatrico al contesto familiare, sociale ed educativo di riferimento del minore in modo da individuare elementi critici ed elementi protettivi che nel contesto familiare, sociale e istituzionale possano supportare o vincolare il progetto individuale terapeutico pensato per quel minore.

Nello stesso tempo la valutazione sociale mira a ritrovare, elicitare, definire risorse che possano supportare il minore e i suoi legami affettivi sensibilizzando contesti ed enti istituzionali ad un accoglimento/ sostegno del minore stesso.

L'intervento dell'assistente sociale dell'azienda sanitaria si pone inoltre come una interfaccia tra:

- a) il percorso terapeutico e gli interventi di tutela e di natura socio assistenziale del servizio sociale dell'ente locale e ne cura l'integrazione.
- b) i servizi sanitari e l'autorità giudiziaria minorile;

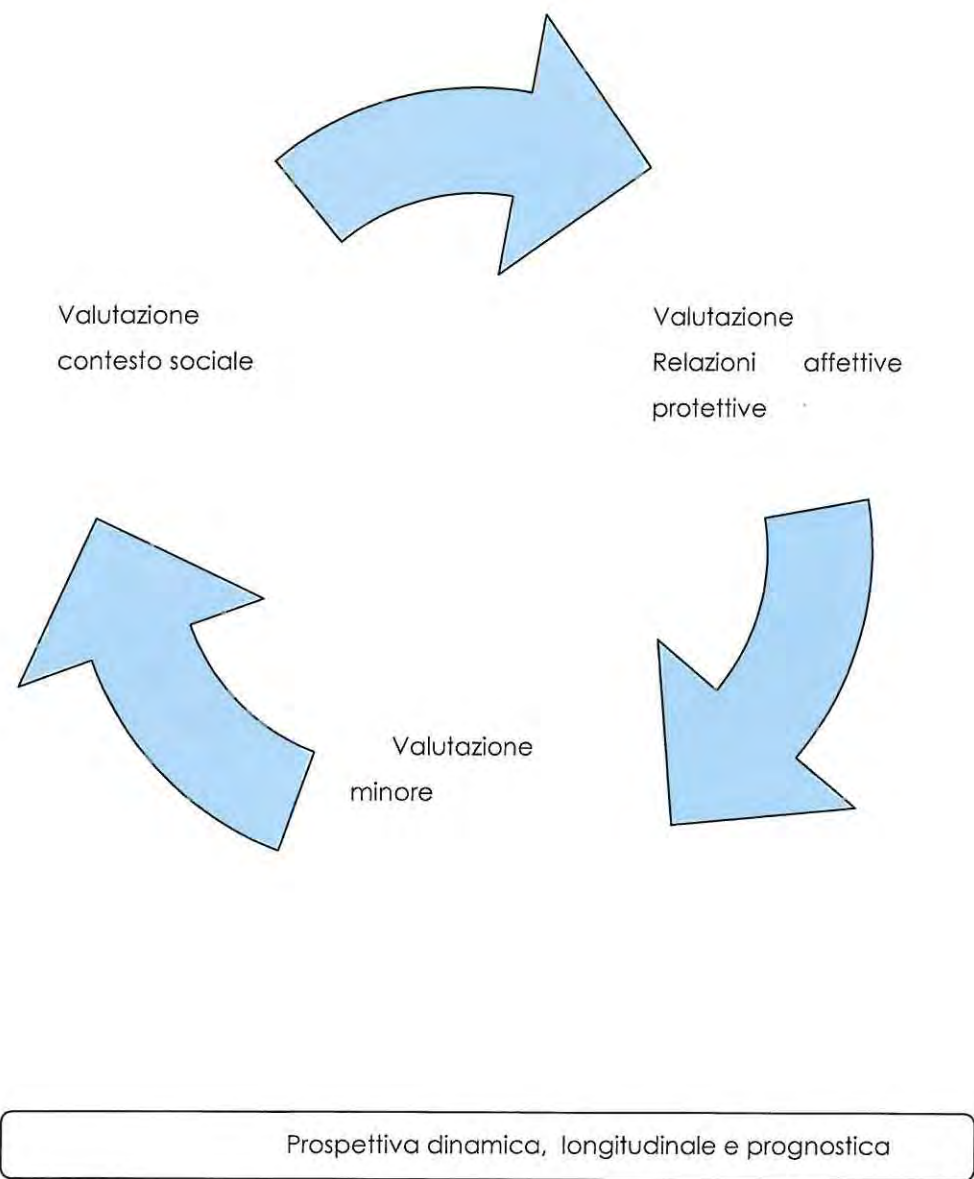
● Area tematica 4 Valutazione longitudinale e prospettica

L'intera valutazione va pensata secondo una prospettiva longitudinale e dinamica che tenga conto dei processi trasformativi e di cambiamento determinati dall'intervento stesso e che in ogni momento valuti i fattori prognostici anche per come modificati dai processi dinamici elicitati, come elementi che vincolino e indirizzino l'intervento stesso.

Si definisce così un progetto pensato per step progressivi che si articolano attraverso una serie di valutazioni momentanee e verifiche continue e progressive.

Le aree tematiche, benché distinte nella parte sopra esposta per questioni descrittive vanno invece considerate integrate e coordinate cosicché ciascuna delle parti concorra ad una valutazione unitaria del minore e degli adulti protettivi e tutte insieme contribuiscano ad indirizzare e a definire il progetto di presa in carico del minore stesso.

La relazione eventualmente resa all'autorità giudiziaria deve documentare il processo valutativo, contenere esplicitamente tutti gli elementi di giudizio clinico, rilevati e descritti, comprese le considerazioni prognostiche, così da supportare la formazione del convincimento del Giudice e sostenere il processo di tutela del minore.



● Terapia

E' bene precisare che ogni percorso di lavoro con il minore, il suo nucleo di riferimento protettivo è da intendersi trasformativo e propone, quindi, delle valenze terapeutiche.

Così, la distinzione tra percorsi valutativi e percorsi terapeutici è definita e delimitata solo a fini descrittivi.

Sarà cura degli operatori mantenere una costante omeostasi tra il percorso valutativo, quello terapeutico (progetti terapeutici autoreferenziali che non contengono il paziente e rimangono ancorati a presupposti teorici o a ipotesi non orientate alla concretezza sono destinati a fallire o a determinare ulteriori effetti negativi sul minore stesso).

In proposito si raccomanda agli operatori sanitari di procedere utilizzando la propria esperienza professionale attraverso prassi e interventi in sintonia con la letteratura scientifica di riferimento così da armonizzare in un circolo virtuoso l'esperienza professionale e la formazione continua.

Resta inteso che il progetto di cura deve in ogni momento riferirsi e contenere il minore, le sue difficoltà, le sue potenzialità, le sue evoluzioni psichiche e nello stesso tempo coordinare i vari assi valutativi in modo che ogni valutazione diagnostica e prognostica consenta in modo longitudinale e dinamico di ridefinire gli obiettivi ricalibrandoli momento per momento sull'esigenze di cura del minore e del suo nucleo familiare protettivo.

Il progetto di valutazione e cura è inserito nel più ampio intervento di tutela che è coordinato dalla magistratura minorile e vede coinvolti altri servizi e altri soggetti istituzionali che pure devono coordinarsi e operare armonicamente nel *superiore interesse del minore*.

Gli interventi devono sempre prevedere la realizzazione di periodici momenti di verifica, confronto degli operatori e follow -up, così da rimanere ancorati al divenire delle esigenze riparative del minore e del suo contesto affettivo.

Il trattamento di cura deve prevedere:

1) **In caso di prognosi positiva** della competenza genitoriale diventa opportuno dare seguito a percorsi di recupero delle competenze genitoriali recuperando le aree di fragilità per sostenere i processi di recupero delle medesime, il buon andamento delle eventuali altre cure e/o di misure riparative necessarie, la rimozione dei fattori di nocività che avevano determinato l'intervento di protezione dell'Autorità Giudiziaria.

L'attività di accompagnamento al reintegro nella potestà genitoriale è da attuare in continuità almeno metodologica con la precedente fase di valutazione delle competenze genitoriale, e contribuisce in maniera determinante a documentare come rientrati entro limiti accettabili i fattori di rischio e i fattori di protezioni presenti sulla scena dell'accudimento del minore.

Tale percorso si realizza attraverso:

a) La possibilità di sostenere nel bambino l'elaborazione del trauma di vittimizzazione e/o di abbandono trascuratezza esperito, in modo da poter ricostruire nello stesso un' integrità psichica prestazionale e sociale;

b) La possibilità di sostenere nel bambino un recupero delle sue potenzialità psichiche, prestazionali nei casi in cui la funzione genitoriale esperita non abbia consentito l'espressione delle proprie potenzialità di sviluppo. In tale ambito possono essere necessari specifici interventi abilitativi.

c) La possibilità di sostenere i genitori e/o gli adulti protettivi come soggetti sufficientemente responsabili della protezione e dell'accudimento.

d) la possibilità che tutti i soggetti coinvolti nell'esperienza traumatica possano evolvere elaborando gli eventi esperiti così da poterli reintegrare nel fluire del proprio percorso narrativo.

2) **Nel caso di valutazioni prognostiche negative** sulle capacità genitoriale l'accurata documentazione degli elementi su cui è fondata tale prognosi costituirà elementi significativi volti a supportare il convincimento dell'autorità giudiziaria e a sostenere i consequenziali provvedimenti così da consentire che il minore possa costruire nuovi legami affettivi, continui, stabili al di fuori del contesto di origine.

Tale percorso si realizza attraverso la possibilità di:

a) sostenere nel bambino l'elaborazione del trauma di vittimizzazione e/o di abbandono trascuratezza esperita, in modo da poter ricostruire nello stesso un' integrità psichica prestazionale e sociale;

b) sostenere nel bambino un recupero delle sue potenzialità psichiche, prestazionali nei casi in cui la funzione genitoriale esperita non abbia consentito l'espressione delle proprie potenzialità di sviluppo. In tale ambito possono essere necessari specifici interventi abilitativi.

c) sostituire nel bambino i referenti genitoriali anche attivando un percorso di elaborazione della perdita.

d) innescare nei genitori un processo di "distacco" ed eventualmente attivare un percorso terapeutico rispetto alle problematiche individuali.

● **Il sistema dei servizi sanitari come espressione di garanzia per i minori**

L'assessorato alla Salute anche attraverso il documento delle linee guida per la pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela e alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza, vuole promuovere competenze, metodologie, organizzazioni, progettualità ed interventi in tema di tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, in piena sintonia con i più recenti indirizzi scientifici per la materia.

● **La specificità/specializzazione e la tutela degli operatori sanitari**

L'intervento dell'Operatore che valuta e si prende cura dei minori vittime e delle loro famiglie è un atto complesso che prevede competenze personali e professionali e la capacità di attivare una apertura/confronto con altri modelli di pensiero e con una nuova modalità di *apprendere dall'esperienza* della propria pratica professionale.

La formazione permanente degli operatori preposti, sia essa teorica, sia essa esperienziale, è un elemento necessario e indispensabile per garantire l'alto livello degli interventi e la loro coerente uniformità.

La formazione, quindi, che dovrà sempre intendersi in una estrinsecazione multi professionale e multimodale, dovrà attenere alla formazione

specialistica professionale e ad un ambito più ampio e trasversale che tiene conto della conoscenza dei contesti, delle risorse, degli ambiti legislativi, delle procedure operative.

Appare assolutamente utile un affinamento/accrescimento delle proprie competenze attraverso un lavoro di “confine” con altre professionalità e con altri modelli operativi di pensiero e una formazione specifica che presupponga la capacità di attivare, anche attraverso momenti di confronto, un percorso di riflessione continua sul proprio operato e sui risultati conseguiti.

In questo ambito, la rete, è un positivo elemento di protezione che opera secondo un definito modello e all'interno di una precisa definizione dei ruoli istituzionali.

A tal fine è necessario che gli operatori sanitari:

- a) mantengano la loro identità professionale e la chiarezza del proprio ruolo, soprattutto nei confronti del minore.
- b) garantiscano la circolarità della pertinente comunicazione, pur nel rispetto del segreto istruttorio.
- c) sintonizzino le fasi e i tempi del percorso terapeutico con le fasi e i tempi del percorso giudiziario e di tutela, poiché la presa in carico terapeutica è parte fondante rispetto al “processo riparativo”, e altrettanto essenziale rispetto agli interventi giudiziari e di tutela, che da soli però non garantiscono un pieno recupero psichico e sociale della vittima.

d) stabiliscano una linea di confine tra le esigenze processuali e quelle di tutela del bambino.

e) individuino prassi operative condivise dell'intero percorso costruite su un pensiero che le definisca e le contenga e che abbia la capacità di considerare non solo gli aspetti più immediati dell'intervento, ma in una logica più sistemica, gli effetti che l'intero percorso operativo determina sincronicamente su tutti i soggetti coinvolti nell'intervento.

f) considerino in una prospettiva diacronica, gli effetti dell'intervento sul divenire della costruzione dei legami e sullo sviluppo psichico del bambino.

g) definiscano prassi operative condivise che evitino il rischio di procedere su una linea di confine in cui la tensione sia rivolta più alla tutela del percorso giudiziario o alla posizione degli operatori piuttosto che alla centralità del bambino stesso.

La tutela degli operatori che è parte integrante della protezione del minore, si struttura e si definisce sulla formazione l'aggiornamento, il lavoro di rete e la supervisione, elementi questi che rappresentano gli strumenti elettivi di supporto agli operatori.

Il presente documento raccomanda alle direzioni delle Aziende sanitarie di porre in essere tutte le condizioni idonee alla protezione e tutela, anche legale, a salvaguardia degli interventi degli operatori sanitari impegnati nello svolgimento delle attività di interesse specifico di queste linee guida.

Appare utile che l'operatore vada considerato all'interno della rete istituzionale in cui è inserito e, quindi, il suo operato vada protetto all'interno della sua amministrazione, dal momento che le azioni definite dal presente documento risultano strettamente connesse con la *mission* delle aziende sanitarie e con lo specifico professionale dei loro operatori.

● MODELLO ORGANIZZATIVO E FUNZIONE DEI SERVIZI SANITARI COINVOLTI

I servizi preposti alla valutazione e la cura dovranno individuarsi tra quelli che assicurino una specifica competenza nella conoscenza, nel riconoscimento e nella cura delle dinamiche post-traumatiche.

Tali servizi dovranno lavorare secondo il soprarichiamato modello di rete in cui l'integrazione dei vari interventi concorra in maniera congrua e armoniosa all'intero progetto di presa in carico.

I servizi preposti alla valutazione e cura sono :

Centri di secondo livello, équipe distrettuali o sovra distrettuali integrate e multidisciplinari preposte e organizzate per la valutazione e il trattamento psicologico e sociale per i casi di maltrattamento e abuso.

Unità operative di neuropsichiatria infantile

Unità operative di psicologia

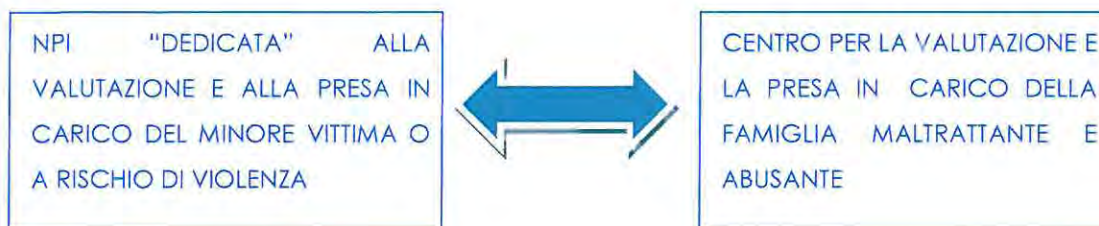
Unità operative di Servizio sociale professionale delle aziende sanitarie

I superiori servizi, al fine di garantire un equo livello degli interventi sviluppati nell'ambito degli specifici percorsi assistenziali dei minori, dovranno assicurare un coordinamento stabile e funzionale con gli altri servizi sanitari presenti nel territorio. A tal fine saranno utilmente adottati specifici protocolli interaziendali e interaziendali, nei quali verrà concordato il livello di integrazione tra i servizi che hanno in carico il minore e la sua famiglia, al fine di assicurare le attività necessarie a garantire la tutela psichica, affettiva, relazionale e sociale del minore vittima nonché a promuoverne lo sviluppo attraverso il progetto integrato di trattamento e cura individualizzati del minore e della sua famiglia.

Per le specifiche articolazioni delle attività inerenti l'area tematica preposta alla tutela dei minori vittime o a rischio di violenza, le presenti "Linee Guida" rinviano a quanto contenuto nel Piano della salute 2011/2013.

Attraverso lo schema che segue si individuano i Servizi delle ASP che dovranno farsi carico della valutazione e della cura del minore abusato/maltrattato e delle sue relazioni familiari e sociali e che dovranno altresì attuare la progettazione e realizzazione degli interventi di prevenzione primaria.

SCHEMA ORGANIZZATIVO DEI SERVIZI SANITARI DELL'ASP PREPOSTI AL TRATTAMENTO DEI MINORI VITTIME O A RISCHIO DI VIOLENZE



Azioni di sistema a supporto degli interventi

● Conduzione regionale di sistema

Per favorire la collaborazione tra i diversi soggetti a vario titolo coinvolti nella pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela e alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza ed assicurare contemporaneamente la corretta applicazione delle linee guida regionali è previsto un coordinamento regionale.

Tra i compiti del coordinamento è prevista la promozione di possibili protocolli di intesa tra i servizi sanitari, gli enti locali, l'istituzione scolastica, la magistratura minorile, la magistratura ordinaria e gli altri soggetti che a vario titolo possono realizzare interventi su minori vittime o a rischio di abuso e maltrattamento al fine di condividere i tempi degli interventi e i modelli e

definire l'individuazione di nuove scelte operative finalizzate a realizzare nuove esigenze –tecniche, di servizi, di approcci- nonché nuovi modelli di intervento e di tutela degli operatori, cosicché il sistema previsto dal presente documento assuma una progressione in divenire tale da costruire nuovi modelli di efficacia in maniera sintonica con le esigenze progressivamente rilevate.

L'integrazione socio-sanitaria e il raccordo con gli altri enti coinvolti, rappresentano, infatti, una priorità strategica della programmazione regionale quale presupposto indispensabile per superare prassi settoriali ed integrare competenze e servizi diversi, allo scopo di assicurare l'unitarietà e la globalità degli interventi che si connotano per la complessità dell'intervento, per la duplice valenza sociale e sanitaria e per la necessità di una osservazione multidimensionale che mette al centro il minore e il suo nucleo familiare.

Va promossa inoltre la costituzione di centri di documentazione e di sistemi di registrazione dati per il monitoraggio del fenomeno, degli interventi dei servizi sanitari e dell'organizzazione degli stessi.

Il coordinamento, infine, dovrà definirsi come promotore di momenti informativi e formativi per favorire integrazione e coerenza negli interventi.

● **Interventi di prevenzione**

I servizi sopra elencati sono chiamati ad assicurare inoltre la progettazione di:

- ✓ Prevenzione primaria in ambito di educazione alla salute, alla genitorialità, alla sessualità, alla manutenzione degli affetti, alla educazione emotiva e al rispetto di sé e dell'altro (*in collaborazione con i consultori familiari*).
- ✓ Prevenzione secondaria attraverso progetti e interventi utili a far emergere le situazioni di abuso maltrattamento e trascuratezza ai minori e più in generale ogni altra esperienza sfavorevole infantile.
- ✓ Prevenzione terziaria attraverso interventi di presa in carico per la cura del bambino vittima di violenza e dei suoi legami protettivi per evitare l'evoluzione in possibili sequele psicopatologiche.

● Interventi formativi (formazione-informazione)

Le aziende dovranno prevedere nei propri piani formativi annuali, specifiche azioni di aggiornamento professionale destinate agli operatori sanitari che, nell'esercizio della loro attività, ed in particolare quella rivolta ai minori ed alle loro famiglie, hanno l'obbligo di operare azioni di tutela.

Tali percorsi formativi, in conformità con i presenti indirizzi regionali, devono fornire strumenti teorici e operativi, in grado di sostenere modelli di intervento individuali, multidisciplinari e di rete ed in coerenza con i progressivi sviluppi della ricerca scientifica.

Questo documento prevede, quindi, una formazione permanente, interattiva, in divenire sui bisogni espressi dagli operatori e sostenuta da

percorsi di supervisione nonché, da una puntuale, corrente documentazione di merito.

Il presente intervento regionale di “Linee Guida” persegue l’obiettivo di elevare le *competenze-performance* dei propri operatori sanitari così da garantire una maggiore qualità delle azioni in favore dell’utenza, sostenute da un adeguato sistema formativo che sia da base per la protezione degli operatori e per la individuazione-applicazione di buone prassi.

● **Monitoraggio delle azioni delle prassi dei protocolli**

Al fine di dare evidenza al fenomeno dei minori coinvolti in situazioni di maltrattamento e abuso si definisce un flusso per il monitoraggio della entità dei soggetti coinvolti, delle prassi, dei percorsi e dei nodi operativi.

Tale flusso fornirà sia gli elementi necessari per la valutazione qualitativa del fenomeno che la conoscenza degli interventi realizzati.

Ciò potrà consentire anche un monitoraggio dell’attività realizzata in esito alle applicazioni delle presenti linee guida.

(carta intestata dell'Azienda Sanitaria)

**SCHEMA PER LA SEGNALAZIONE NEI CASI DI SOSPETTO ABUSO E/ O
MALTRATTAMENTO**

Luogo _____

Data _____

Destinatari:

Procura presso il Tribunale per i Minorenni

Tribunale per i Minorenni

OGGETTO: segnalazione per sospetto maltrattamento e/o abuso ai danni del
minore:

nome _____ cognome _____

paternità _____ maternità _____

residenza _____ indirizzo: _____

RELAZIONE :

La segnalazione deve contenere almeno le seguenti informazioni:

1. Dati anagrafici del nucleo del minore (compresi eventuali conviventi), se conosciuti;
2. Descrizione in generale della situazione di rischio individuata dagli scriventi (attenersi il più possibile ai fatti, riportando tra virgolette il linguaggio utilizzato dal minore);
3. Brevi considerazioni sullo stato fisico e psichico del minore, per come evidenziato allo stato dell'osservazione effettuata da parte degli operatori;
4. Descrizione nel dettaglio del/degli episodi ritenuti particolarmente significativi e importanti riconnettendoli anche eventualmente allo stato psichico del minore (breve resoconto di un colloquio, di un tema, e/o disegni, di comportamenti "critici" significativi);
5. Descrizione degli eventuali interventi effettuati a tutela e/o a sostegno del minore da operatori dei Servizi Sociali del Comune, dei Servizi Socio-Sanitari delle ASP, dal Personale scolastico, ecc.;
6. Descrizione degli eventuali provvedimenti di tutela auspicabili;
7. Eventuali altre informazioni sul minore già in possesso del segnalante.

Dati dell'operatore segnalante e del servizio di appartenenza:

nome e cognome _____

indirizzo _____

numero telefonico _____

firma _____

(carta intestata dell'Azienda Sanitaria)

SCHEMA PER LA DENUNCIA NEI CASI DI SOSPETTO ABUSO E/ O MALTRATTAMENTO

Luogo _____

Data _____

Destinatari:

Procura presso il Tribunale per i Minorenni

Tribunale per i Minorenni

Procura presso il Tribunale Ordinario

OGGETTO: denuncia per sospetto maltrattamento e/o abuso ai danni del minore:

nome _____ cognome _____

paternità _____ maternità _____

residenza _____ indirizzo: _____

RELAZIONE :

La denuncia deve contenere almeno le seguenti informazioni:

8. Dati anagrafici del nucleo del minore (compresi eventuali conviventi), se conosciuti;
9. Descrizione in generale della situazione e dei presunti fatti di reato perseguibili d'ufficio di cui si è venuti a conoscenza direttamente o de relato. La descrizione dovrà comprendere i possibili autori, i luoghi, i tempi e le circostanze del fatto e i luoghi, i tempi e le circostanze in cui si è appresa la notizia, il possibile rischio per il minore individuato dagli scriventi. (attenersi il più possibile ai fatti, riportando tra virgolette il linguaggio utilizzato dal minore);
10. Descrizione nel dettaglio del/degli episodi ritenuti particolarmente significativi e importanti riconnettendoli anche eventualmente allo stato psichico del minore (breve resoconto di un colloquio, di un tema, e/o disegni, di comportamenti "critici" significativi);
11. Descrizione degli eventuali interventi effettuati a tutela e /o a sostegno del minore da operatori dei Servizi Sociali del Comune, dei Servizi Socio-Sanitari delle ASP, dal Personale scolastico, ecc.
12. Descrizione degli eventuali provvedimenti di tutela auspicabili
13. Eventuali altre informazioni sul minore già in possesso del segnalante.

Dati dell'operatore che invia la denuncia al servizio di appartenenza:

nome e cognome _____

indirizzo _____

numero telefonico _____

firma _____

Percorso per la corretta presa in carico del minore vittima o a rischio di violenza

