



*Consiglio regionale della Calabria*

## DOSSIER

PL n. 237/12

di iniziativa del Consigliere L. DE FRANCESCO, S. CIRILLO recante:  
"Politiche di prevenzione e di contrasto allo sfruttamento e agli  
abusi in danno di minori"  
relatore: P. STRAFACE;

### DATI DELL'ITER

NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	23/10/2023
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	24/10/2023
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	Il Comm.
NUMERO ARTICOLI	

ultimo aggiornamento: 24/11/2023

### Testo del Provvedimento

Proposta di legge n. 237/XII pag. 3  
*"Politiche di prevenzione e di contrasto allo sfruttamento e agli abusi in danno di minori"*

### Normativa citata

Legge 4 maggio 2009, n. 41 pag. 13  
*"Istituzione della Giornata nazionale contro la pedofilia e la pedopornografia"*

Legge 8 novembre 2000, n. 328 (art. 1, commi 4 e 5) pag. 15  
*"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*

Legge regionale 1 febbraio 2017, n. 2 pag. 17  
*"Istituzione dell'Osservatorio regionale per i minori"*

Legge regionale 12 novembre 2004, n. 28 pag. 21  
*"Garante per l'infanzia e l'adolescenza"*

### Normativa comparata

Legge regionale 26 aprile 2023, n. 5 - Campania pag. 27  
*"Disposizioni per la prevenzione del maltrattamento sui minori"*

Deliberazione Giunta regionale 8 ottobre 2020, n. 1641 - Puglia pag. 33  
*"D.G.R. N. 1878/2016 "LINEE GUIDA REGIONALI IN MATERIA DI MALTRATTAMENTO E VIOLENZA NEI CONFRONTI DELLE PERSONE MINORI PER ETA'" - Avvio iter istitutivo della Rete Regionale dei Servizi. Adozione Manuale Operativo"*

Legge regionale 28 luglio 2008, n. 14 (art. 24) (agg. 2019) - Emilia Romagna pag. 169  
*"NORME IN MATERIA DI POLITICHE PER LE GIOVANI GENERAZIONI"*

Deliberazione consiliare - Seduta del 30.01.07 - Abruzzo pag. 190  
*"Approvazione linee guida regionali in materia di maltrattamento e abuso in danno dei minori"*

Allegato alla deliberazione consiliare consiliare del 30.01.2007 - Abruzzo pag. 193  
*"LINEE GUIDA REGIONALI IN MATERIA DI MALTRATTAMENTO ED ABUSO IN DANNO DEI MINORI"*

### Documentazione correlata

Linee di indirizzo - Quaderno 4 MA (2021) - Emilia Romagna pag. 211  
*"Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza"*



*Consiglio Regionale  
della Calabria*

**Proposta di legge recante:**

**“Politiche di prevenzione e di contrasto allo sfruttamento e agli abusi in danno di minori.”.**

**I Consiglieri regionali**

**F.to Luciana De Francesco**

**F.to Salvatore Cirillo**

### **Proposta di legge recante:**

**“Politiche di prevenzione e di contrasto allo sfruttamento e agli abusi in danno di minori.”.**

### **Relazione introduttiva**

La presente proposta di legge regionale si pone l'obiettivo di fornire assistenza e tutela a tutti quei minori che hanno conosciuto e conoscono l'orrenda pratica dello sfruttamento e delle violenze anche legate alla sfera sessuale.

Tali drammi, purtroppo, oggi sempre di più assurgono alle cronache quotidiane e oltre al dolore ed alla sofferenza del momento, segnano la vita e lo sviluppo umano dei soggetti colpiti con conseguenze devastanti per loro e per le loro famiglie.

La legge nazionale sulla repressione della pedofilia, normata più volte, reprime adeguatamente il fenomeno, pur lasciando aperte fessure (come nel caso del patteggiamento possibile in un caso di cessione di materiale pedopornografico).

Tale norma regionale mira a garantire un coordinamento tra le istituzioni chiave delegate allo sviluppo del minore, dalla Scuola alla famiglia, per la promozione di un benessere teso a prevenire qualsiasi abuso sessuale e coinvolge le categorie professionali (psicologi e avvocati) deputate al sostegno fattuale nei confronti dei minori vittime di abusi e delle loro famiglie.

Impegna la Regione, in sinergia con il Garante per l'Adolescenza e con il supporto tecnico dell'Osservatorio regionale per i minori, a una promozione e diffusione del messaggio di prevenzione attraverso azioni capaci, in particolare, di garantire la veicolazione di strumenti informativi rivolti ai minori e alle loro famiglie.

Un impegno fondamentale è riservato ai social e all'uso di internet, purtroppo uno dei capisaldi dell'adescamento pedofilo, per il quale è opportuno prevedere protocolli di utilizzo a livello culturale e sociale.

Il fenomeno degli abusi sessuali in danno dei minori ha un censimento parziale, considerato che solo una piccola e residuale parte delle violenze viene denunciata.

Il testo si compone di nove articoli e prevede un impegno di spesa da parte della Regione Calabria, per l'attuazione delle disposizioni ivi contenute pari ad euro 100.000,00.

Nello specifico:

- l'articolo 1 reca i principi e le finalità della presente proposta di legge;



- l'articolo 2 reca gli obietti che intende perseguire la proposta di legge;
- l'articolo 3 reca le azioni attraverso le quale si intende intervenire con la presente proposta di legge;
- l'articolo 4 individua i soggetti istituzionali che concorrono alla realizzazione degli obiettivi fissati dall'articolo 3 della proposta di legge;
- l'articolo 5 prevede la redazione di in programma regionale che svolga la funzione di documento programmatico di coordinamento di tutte le politiche di prevenzione degli abusi sui minori;
- l'articolo 6 individua nella giunta regionale il soggetto deputato alla redazione di un regolamento regionale che fissi i criteri e la tempistica utile per la presentazione ed elaborazione dei progetti utili al raggiungimento dei fini della proposta di legge;
- l'articolo 7 prevede la clausola valutativa che si ritiene necessaria al fine di, eventualmente, poter intervenire per correggere ipotetiche disfunzioni normative che potrebbero verificarsi con l'applicazione pratica delle norme contenute nella presente normativa;
- l'articolo 8 mira a integrare i compiti e le funzioni dell'Osservatorio regionale per i minori;
- l'articolo 9 reca la norma finanziaria.

## Relazione Tecnico Finanziaria

La presente legge produce un impatto finanziario sul bilancio regionale pari a 100.000euro per ciascun esercizio 2023, 2024 e 2025. Tali spese sono legate all'adozione degli interventi e azioni di contrasto agli abusi sui minori evidenziate all'articolo 4. La copertura finanziaria è assicurata prelevando la suddetta somma dal Fondo speciale di parte corrente e imputando contestualmente detta somma sul Programma U. 12.07 dello stato di previsione della spesa del bilancio regionale 2023-2025

### Quadro di riepilogo analisi economico finanziaria

*(allegato a margine della relazione tecnico finanziaria art. 39 Statuto Regione Calabria)*

**Tab. 1 - Oneri finanziari:**

Articolo	Descrizione spese	Tipologia C/I	Carattere Temporale A/P	Importo
1	Norma ordinamentale che non comporta nuovi o maggiori oneri finanziari a carico del bilancio regionale, in quanto reca i principi ispiratori della presente legge.	//	//	0,00 €
2	Norma ordinamentale che non comporta nuovi o maggiori oneri- finanziari a carico del bilancio regionale, in quanto disciplina gli obiettivi della presente legge.	//	//	0,00 €
3	Individua le azioni regionali di contrasto agli abusi sessuali di minori e di valorizzazione dei minori.	C	P	100.000,00 €
4	Norma ordinamentale che disciplina i soggetti che, a vario titolo, concorrono a realizzare le specifiche azioni coordinate e programmate.	//	//	0,00 €
5	Norma ordinamentale che non produce oneri per il bilancio regionale, in quanto disciplina la programmazione regionale svolta dal dipartimento competente in materia di politiche sociali.	//	//	0,00 €
6	Norma ordinamentale che affida alla Giunta regionale la redazione di un regolamento attuativo	//	//	0,00 €
7	Norma ordinamentale che non comporta oneri in quanto prevede il monitoraggio sullo stato attuativo della legge.	//	//	0,00 €
8	Norma ordinamentale che non comporta nuovi o maggiori oneri per il bilancio regionale in quanto prevede integrazioni alla legge regionale n. 2/2017.	//	//	0,00 €
9	Norma con carattere finanziario.	//	//	100.000,00 €

### **Criteria di quantificazione degli oneri**

I maggiori oneri derivanti dall'attuazione dell'articolo 4 della presente legge sono quantificati sulla base di una stima media parametrica degli interventi di contrasto agli abusi sui minori adottati da altre Regioni con proprie leggi regionali (cfr. Campania, l.r. 5/2023) o atti di pianificazione e programmazione (cfr. Emilia-Romagna, Puglia).

### **Copertura finanziaria**

<b>Missione Programma</b>	<b>Anno 2023</b>	<b>Anno 2024</b>	<b>Anno 2025</b>
U.20.03,	- 100.000,00 €	- 100.000,00 €	- 100.000,00 €
U.12.07	100.000,00 €	100.000,00 €	100.000,00 €

**Proposta di legge recante: "Politiche di prevenzione e di contrasto allo sfruttamento e agli abusi in danno di minori."**

**Art. 1**  
*(Principi e finalità)*

1. La Regione Calabria riconosce i minori quali soggetti in possesso di autonomia e diritti nonché quali risorse fondamentali ed essenziali della comunità. A tal fine ribadisce, il principio prioritario della salvaguardia dei valori, della dignità e dei diritti dei minori contro ogni forma di violenza o molestia sessuale e contro ogni situazione o contesto di degrado ambientale, sanitario e culturale che possa compromettere un sano sviluppo psicofisico ed una normale crescita sociale.
2. La Regione persegue il benessere e il pieno sviluppo dei minori che vivono sul suo territorio, senza alcuna distinzione di provenienza familiare o geografica come condizione necessaria allo sviluppo sociale, culturale ed economico della società regionale.
3. La Regione promuove e sostiene iniziative a favore dei minori volte a salvaguardare l'integrità psicofisica ed il corretto e completo sviluppo della loro personalità, l'inserimento nella realtà sociale, economica e istituzionale ed una integrazione coordinata di ogni strumento disponibile per la prevenzione degli abusi sessuali in loro danno attraverso:
  - a) il coinvolgimento delle famiglie, dei singoli e delle comunità locali, comprese le rappresentanze delle categorie sociali, in applicazione del principio di sussidiarietà e in base alle previsioni di cui all'articolo 1, commi 4 e 5, della legge 8 novembre 2000, n. 328 (*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*);
  - b) il coinvolgimento delle istituzioni scolastiche, degli enti locali, del mondo del volontariato nella promozione della cultura di prevenzione degli abusi sessuali in danno dei minori;
  - c) l'individuazione di strumenti e strategie interistituzionali idonei a garantire le necessarie sinergie fra i vari enti pubblici e fra questi e gli organismi sociali espressione delle comunità locali.

**Art. 2**  
*(Obiettivi)*

1. La Regione favorisce e promuove la cultura della valorizzazione dei minori e la prevenzione degli abusi sessuali in loro danno attraverso i seguenti strumenti:
  - a) promozione umana e tutela sociale dei minori senza alcuna distinzione di sesso, razza, lingua, religione, condizione economica, diversa abilità del minore o dei suoi genitori o rappresentanti legali;

- b) diffusione di una informazione specialistica sul fenomeno degli abusi sessuali sui minori, al fine di promuovere interventi di prevenzione della violenza in genere, con il coinvolgimento dell'ordine regionale degli psicologi della Calabria e del mondo della scuola;
- c) diffusione di modelli di convivenza sociale e culturale tesa a promuovere il benessere psicofisico dei minori;
- d) istituzione di un tavolo concertativo tra enti pubblici del territorio che coinvolga istituzioni locali, distretti sanitari e socioassistenziali nelle politiche di prevenzione degli abusi sessuali in danno dei minori;
- e) sensibilizzazione degli enti locali affinché mettano a punto strategie per la protezione del minore dagli abusi sessuali e da ogni forma di sfruttamento o violenza;
- f) protezione dei minori rispetto al dilagante fenomeno degli abusi pedopornografici su internet;
- g) realizzazione di studi e ricerche che indaghino i tipi di abusi, le condizioni sociali ed economiche in cui e da cui sono scaturiti gli abusi, le tendenze demografiche e le azioni da compiere anche rispetto alla vulnerabilità sociale;
- h) promozione della conoscenza del fenomeno della violenza sessuale in danno dei minori durante la Giornata nazionale contro la pedofilia e la pedopornografia, istituita con la legge 4 maggio 2009, n. 41 (*Istituzione della Giornata nazionale contro la pedofilia e la pedopornografia*).

### **Art. 3** (Azioni)

1. La Regione, per le finalità e gli obiettivi della presente legge, avvalendosi del supporto Garante per l'infanzia e l'adolescenza della regione Calabria, di cui alla legge regionale 12 novembre 2004, n. 28 (*Garante per l'infanzia e l'adolescenza*) e del supporto tecnico dell'Osservatorio regionale per i minori, di cui alla legge regionale 1 febbraio 2017, n. 2 (*Istituzione dell'Osservatorio Regionale per i Minori*), promuove le seguenti azioni:

- a) seminari di studio, conferenze, campagne, opuscoli, note informative;
- b) attività di informazione, ricerca e formazione;
- c) la produzione di strumenti multimediali a fini formativi e informativi;
- d) servizi di segretariato sociale e di azione proattiva;
- e) servizi per la tutela legale delle famiglie in ossequio a quanto previsto dalla normativa nazionale;
- f) consulenza psicologica individuale e di gruppo per i soggetti minori e le famiglie delle vittime attraverso i consultori e i servizi di salute mentale;

- g) tutela dei minori in situazioni di rischio e la loro accoglienza in strutture residenziali o semiresidenziali in caso di necessità;
- h) sostegno all'associazionismo attraverso ogni forma culturale;
- i) specifici programmi di formazione e informazione per gli insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado.

#### **Art. 4**

##### *(Soggetti istituzionali)*

1. Previa intesa con gli Enti locali ed istituzionali, concorrono alla realizzazione delle azioni di cui all'articolo 3, nel rispetto di quanto previsto nella legge 328/2000, i seguenti soggetti:

- a) enti locali singoli o associati;
- b) organismi regionali con funzioni istituzionali;
- c) aziende sanitarie;
- d) associazioni di volontariato, di promozione sociale, delle famiglie e il terzo settore, in base al principio della sussidiarietà orizzontale;
- e) ordini professionali.

2. I soggetti indicati al comma 1 realizzano le azioni previste dal precedente articolo coinvolgendo i soggetti sociali, con priorità le famiglie, attraverso la realizzazione di progetti - obiettivo, azioni programmate, piani di settore, accordi di programma fra le istituzioni pubbliche e protocolli d'intesa con le istituzioni private.

3. Al fine di coordinare e monitorare tutte le attività afferenti ai progetti, è costituito presso il dipartimento regionale competente in materia di politiche sociali, senza oneri a carico del bilancio regionale, un coordinamento del quale fanno parte i seguenti soggetti:

- a) un componente indicato dall'assessore regionale alle politiche sociali (con il compito di coordinatore);
- b) un componente designato dal Presidente del Consiglio regionale della Calabria;
- c) il Garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Calabria;
- d) un componente indicato dall'Osservatorio regionale sui minori della Regione Calabria;
- e) un componente indicato dal dipartimento tutela della salute e servizi-sociosanitari della Regione Calabria;
- f) un componente indicato dall'Ufficio Scolastico Regionale della Calabria;
- g) un componente designato dal Co.re.com Calabria.

#### **Art. 5**

##### *(Programmazione regionale)*

1. La Regione, anche avvalendosi del Garante per l'infanzia e l'adolescenza della Calabria e dell'Osservatorio regionale sui minori, promuove azioni specifiche volte a:

- a) coordinare a livello regionale l'informazione e le azioni sulle misure di contrasto e prevenzione per quanto riguarda la violenza nei confronti dei minori e, in particolare, la promozione della cooperazione tra le organizzazioni di volontariato e le autorità pubbliche impegnate nei medesimi settori;
- b) incoraggiare e sostenere la protezione dei minori contro la pedofilia, migliorando la comprensione del fenomeno, favorendo studi e ricerche, promuovendo assistenza a livello medico e psicologico alle vittime di tali abusi;
- c) valutare progetti obiettivo volti a realizzare azioni di informazione e di sensibilizzazione rivolti ai minori e ai genitori con lo scopo di favorirne la capacità di autotutela e la difesa da ogni possibile abuso;
- d) definire interventi volti a prevenire tutte le forme di violenza e sfruttamento sessuale, la pornografia infantile, le iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione in collaborazione, previa intesa, con la polizia postale e gli uffici giudiziari;
- e) garantire l'assistenza e la cura di tutti quei minori, che siano stati vittime di abusi e la cura anche delle loro famiglie, presso le strutture competenti, individuando a livello provinciale comunità educative o familiari in grado di accogliere i minori e i loro familiari al fine, anche, di recuperare l'equilibrio e la serenità psichica compromessi dalla violenza subita.

#### **Art. 6**

*(Regolamento di attuazione)*

1. Gli indirizzi e le modalità di presentazione e di elaborazione dei progetti ed i criteri di finanziamento di cui agli articoli 2, 3, 4 e 5, sono indicati con regolamento della giunta regionale da approvare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

#### **Art. 7**

*(Clausola valutativa)*

1. Il Consiglio regionale esercita il controllo sullo stato di attuazione della presente legge.
2. Il dipartimento regionale competente per materia illustra, alla commissione consiliare competente, entro il 31 dicembre di ogni anno, una relazione dettagliata contenente le azioni svolte, i dati acquisiti e presenta la relazione programmatica delle attività per l'anno successivo.

#### **Art. 8**

*(Integrazione dell'art. 4 della l. r. n. 2/2017)*

1. Dopo la lettera k) del comma 2 dell'articolo 4 della legge regionale n. 2/2017, sono aggiunte le seguenti:
  - "l) analisi e monitoraggio dei fenomeni connessi all'abuso sessuale, allo sfruttamento della prostituzione minorile, alla pedopornografia, alla pedofilia ed al turismo sessuale in danno dei minori, al fine di fornire alla Regione idonei strumenti per l'adozione di scelte strategiche;

m) acquisizioni di dati ed informazioni sull'attività svolta a livello regionale per la prevenzione degli abusi sui minori e sulle strategie di contrasto programmate e realizzate dalle altre regioni."

### **Art. 9**

*(Norma finanziaria)*

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, determinati in 100.000,00 euro per ciascun esercizio 2023, 2024 e 2025, si provvede con le risorse allocate alla missione 20, programma 03 (U.20.03) dello stato di previsione della spesa del bilancio 2023-2025, a valere sul "Fondo occorrente per far fronte agli oneri derivanti da provvedimenti legislativi che si perfezioneranno dopo l'approvazione del bilancio recanti spese di parte corrente", che viene ridotto del medesimo importo.

2. Le somme indicate al comma 1 sono contestualmente allocate al Programma U.12.07 "Interventi per infanzia e minori e per asili nido" dello stato di previsione della spesa del bilancio medesimo.

3. Per gli esercizi successivi all'anno 2025, la copertura degli oneri di cui al comma 1 è consentita nei limiti delle risorse autonome, per come stabilito dalla legge di approvazione del bilancio di previsione della Regione.

4. La giunta regionale è autorizzata a effettuare le necessarie variazioni allo stato di previsione 2023/2025.



**LEGGE 4 maggio 2009 , n. 41**

Istituzione della Giornata nazionale contro la pedofilia e la pedopornografia. (09G0049)

Vigente al : 24-10-2023

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

**Il Presidente della Repubblica****Promulga**

la seguente legge:

**Art. 1**

1. La Repubblica riconosce il 5 maggio come Giornata nazionale contro la pedofilia e la pedopornografia, quale momento di riflessione per la lotta contro gli abusi sui minori.
2. La Giornata nazionale di cui al comma 1 non determina gli effetti civili di cui alla [legge 27 maggio 1949, n. 260](#).

**Art. 2**

1. In occasione della Giornata nazionale di cui all'articolo 1 possono essere organizzate iniziative volte a sensibilizzare l'opinione pubblica sulla lotta contro gli abusi sui minori.
2. In occasione della Giornata nazionale di cui all'articolo 1 le regioni, le province e i comuni possono

promuovere, nell'ambito della loro autonomia e delle rispettive competenze, apposite iniziative, anche in coordinamento con le associazioni e con gli organismi operanti nel settore e, in particolare, nelle scuole di ogni ordine e grado, in considerazione del compito attribuito alle medesime istituzioni scolastiche di formare i giovani affinché contribuiscano a costruire un mondo rispettoso dei diritti di ogni essere umano.

**3.** Dall'attuazione del presente articolo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

### **Art. 3**

**1.** La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 4 maggio 2009

NAPOLITANO

Berlusconi, Presidente del Consiglio dei Ministri

Visto, il Guardasigilli: Alfano

**LEGGE 8 novembre 2000 , n. 328**

Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Vigente al : 24-10-2023

Capo I

PRINCIPI GENERALI DEL SISTEMA

INTEGRATO DI INTERVENTI E

SERVIZI SOCIALI

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

**IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA**

**Promulga**

la seguente legge:

**Art. 1**

(Principi generali e finalità)

- 1.** La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.
- 2.** Ai sensi della presente legge, per "interventi e servizi sociali" si intendono tutte le attività previste

dall'[articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#).

**3.** La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato ai sensi del [decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#), e della presente legge, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali.

**4.** Gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

**5.** Alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata.

**6.** La presente legge promuove la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti per il raggiungimento dei fini istituzionali di cui al comma 1.

**7.** Le disposizioni della presente legge costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, nell'ambito delle competenze loro attribuite, ad adeguare i propri ordinamenti alle disposizioni contenute nella presente legge, secondo quanto previsto dai rispettivi statuti.

Legge regionale 1 febbraio 2017, n. 2

**Istituzione dell'Osservatorio regionale per i minori.**

*(BURC n. 12 del 2 febbraio 2017)*

**Art. 1**  
*(Finalità)*

1. La Regione Calabria, secondo i principi della Costituzione e delle leggi vigenti, riconosce che ogni forma di prevaricazione, condizionamento e violenza contro i minori costituisce una negazione del diritto all'inviolabilità della persona, della sua libertà e dignità.

**Art. 2**  
*(Osservatorio regionale dei minori)*

1. Per le finalità di cui all'articolo 1 è istituito l'Osservatorio regionale dei minori presso il dipartimento regionale competente in materia di politiche sociali, che assicura il necessario supporto tecnico, amministrativo e funzionale.

**Art. 3**  
*(Composizione e funzionamento)*

1. L'Osservatorio regionale sui minori, di seguito denominato Osservatorio, è composto da:
  - a) l'assessore regionale alle politiche sociali, o suo delegato, con funzioni di Presidente;
  - b) il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza con funzione esclusivamente consultiva;
  - c) un delegato del dipartimento regionale competente in materia di tutela della salute;
  - d) un rappresentante dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI Calabria);
  - e) un rappresentante dell'Unione delle province d'Italia (UPI) della Calabria;
  - f) tre rappresentanti appartenenti al terzo settore operanti nel territorio della Regione Calabria;
  - g) un rappresentante del Comitato Unicef Calabria.
2. In considerazione delle particolari funzioni dell'Osservatorio, nonché per lo svolgimento in collaborazione di attività istituzionali di interesse comune, previo accordo con le pubbliche amministrazioni interessate, sono definite le modalità per la partecipazione ai lavori dell'Osservatorio delle autorità giudiziarie e delle altre autorità statali competenti in materia di infanzia e di adolescenza.
3. La partecipazione dei componenti dell'Osservatorio è gratuita.
4. I componenti dell'Osservatorio restano in carica quattro anni e possono essere riconfermati.
5. Il funzionamento dell'Osservatorio può essere disciplinato da apposito regolamento interno, adottato a maggioranza assoluta dei componenti.
6. Svolge mansioni di segretario un funzionario del dipartimento competente in materia di politiche sociali della Regione Calabria.

**Art. 4***(Compiti e funzioni)*

1. L'Osservatorio svolge principalmente funzioni di analisi, studio e ricerca sulle principali problematiche inerenti i minori, contribuendo a fornire orientamenti e proposte operative alla Giunta regionale in ordine alle aree di competenza relative alla povertà minorile economica e culturale, all'integrazione, alla genitorialità e ai servizi educativi.
2. In particolare, l'attività dell'Osservatorio regionale attua quanto previsto dall'Osservatorio nazionale per i minori attraverso i seguenti compiti:
  - a) acquisizione e restituzione di dati statistici sulla popolazione minorile a coloro che, nei diversi livelli di responsabilità politica, istituzionale, sociale e culturale, si occupano di infanzia e adolescenza;
  - b) promozione di ricerche, approfondimenti tematici e analisi dei dati e dei fenomeni rilevati in ambito regionale;
  - c) monitoraggio delle esperienze significative avviate sul territorio regionale per tradurre ulteriori bisogni in risposte adeguate;
  - d) collaborazione con l'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, istituito con la legge 23 dicembre 1997, n. 451, attraverso l'invio dei dati sui minori in ambito regionale, volti alla redazione della relazione biennale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, ed il monitoraggio dell'attuazione sul territorio del Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva;
  - e) collaborazione col Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza;
  - f) diffusione dei risultati conseguiti in modalità open data e attraverso le attività di statistica e di ricerca;
  - g) favorire la rete con i vari organismi e enti locali, per realizzare una unitaria strategia a favore dei minori;
  - h) relazione annuale sull'attività amministrativa svolta sul territorio regionale con riguardo ai problemi dei minori, anche al fine di consentire alla Giunta regionale la formulazione di direttive agli enti locali;
  - i) realizzazione di mappe aggiornate dei servizi pubblici e privati e delle risorse destinate alla popolazione minorile;
  - j) analisi dei fabbisogni formativi degli operatori pubblici che intervengono sui minori;
  - k) valutazione degli interventi regionali e proposte per rendere gli stessi più efficaci o suggerimenti in ordine a nuovi interventi.

**Art. 5***(Programma annuale di attività)*

1. L'Osservatorio, entro la fine di ottobre di ogni anno, predispone un programma di attività da svolgere nell'anno successivo, corredato da un'analisi finanziaria e dalla indicazione della relativa copertura.
2. Il programma annuale di attività è approvato con deliberazione della Giunta regionale.

**Art. 6***(Relazione annuale)*

1. L' Osservatorio presenta al Consiglio regionale, entro il 31 dicembre di ogni anno, una relazione dettagliata sui dati acquisiti, sull'attività svolta, sulle osservazioni e proposte elaborate.
2. La relazione annuale è diffusa sul sito web regionale e pubblicata sul Bollettino ufficiale telematico della Regione Calabria.

**Art. 7***(Clausola di invarianza degli oneri finanziari)*

1. All'attuazione delle disposizioni della presente legge si provvede utilizzando le risorse umane, finanziarie e strumentali esistenti a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza regionale.

**Art. 8**  
*(Pubblicazione)*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale telematico della Regione Calabria.



**Legge regionale 12 novembre 2004, n. 28****Garante per l'infanzia e l'adolescenza.**

*(BURC n. 21 del 16 novembre 2004, supplemento straordinario n. 1)*

*(Testo coordinato con le modifiche ed integrazioni di cui alle ll.rr. 10 luglio 2008, n. 22 e 23 novembre 2016 n. 36)*

**Art. 1**

*(Istituzione)*

1. È istituito il garante per l'infanzia e l'adolescenza, di seguito denominato garante, al fine di assicurare la piena attuazione nel territorio regionale dei diritti e degli interessi sia individuali che collettivi, dei minori, anche ai sensi di quanto previsto dalla legge 27 maggio 1991, n. 176: "Ratifica ed esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989" ed a quanto previsto dalla Carta europea dei diritti del fanciullo adottata a Strasburgo il 25 gennaio 1996, ratificata in Italia con la legge 20 marzo 2003, n. 77.
2. La Regione difende i diritti dei bambini di ogni colore, religione, cultura ed etnia, al fine di contribuire a promuovere il diritto ad una famiglia, all'istruzione ed all'assistenza sanitaria a tutti i bambini.
3. Il garante svolge la propria attività in piena autonomia e con indipendenza di giudizio e valutazione e non è sottoposto ad alcuna forma di controllo gerarchico o funzionale.

**Art. 2**

*(Funzioni)*

1. Il garante svolge le seguenti funzioni:

*a)* vigila, con la collaborazione di operatori preposti, sull'applicazione su tutto il territorio regionale della Convenzione internazionale di tutela dei soggetti in età evolutiva e sull'applicazione e attuazione delle disposizioni normative nazionali, affidate alla competenza della Regione e degli Enti locali;

*b)* promuove, in collaborazione con gli enti e le istituzioni che si occupano di minori, iniziative per la diffusione di una cultura dell'infanzia e dell'adolescenza, finalizzata al riconoscimento dei bambini e delle bambine come soggetti titolari di diritti;

*c)* promuove, in accordo con la struttura regionale competente in materia di servizi sociali ed educativi, iniziative per la celebrazione della giornata italiana per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, istituita dall'articolo 1, comma 6, della legge 23 dicembre 1997, n. 451: "Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia";

*d)* promuove e sostiene forme di partecipazione dei bambini e delle bambine alla vita delle comunità locali;

*e)* accoglie segnalazioni in merito a violazioni dei diritti dei minori e sollecita le amministrazioni competenti all'adozione di interventi adeguati per rimuovere le cause che ne impediscono la tutela;

f) interviene nei procedimenti amministrativi della Regione e degli enti da essa dipendenti e degli Enti locali ai sensi dell'articolo 9 della legge 7 agosto 1990, n. 241: "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" ove sussistano fattori di rischio;

g) cura la realizzazione di servizi di informazione destinati all'infanzia e all'adolescenza; vigila, in collaborazione con il Corecom, sulla programmazione televisiva, sulla comunicazione a mezzo stampa e sulle altre forme di comunicazione audiovisive e telematiche affinché siano salvaguardati e tutelati i bambini e le bambine sia sotto il profilo della percezione infantile che in ordine alla rappresentazione dell'infanzia stessa, allo scopo di segnalare all'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni ed agli organi competenti le eventuali trasgressioni commesse in coerenza con il codice di autoregolamentazione della RAI;

h) promuove, anche in collaborazione con gli Enti locali ed altri soggetti, iniziative per la prevenzione e il trattamento dell'abuso dell'infanzia e dell'adolescenza in relazione alle disposizioni della legge 3 agosto 1998, n. 269: "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno dei minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù";

i) promuove, in collaborazione con gli enti competenti e con le organizzazioni del privato sociale, iniziative per la tutela dei diritti dei minori in particolar modo con riferimento al fenomeno della dispersione scolastica e del lavoro minorile;

l) vigila sull'assistenza prestata ai minori ricoverati in istituti educativi-assistenziali, in strutture residenziali o comunque in ambienti esterni alla propria famiglia, anche in ordine allo svolgimento dei poteri di vigilanza e controllo di cui all'art. 2 della legge n. 698/1975 che vengono delegati ai comuni che possono esercitarli tramite le unità locali socio-sanitarie;

m) segnala alle competenti amministrazioni pubbliche fattori di rischio o di danno derivanti ai minori a causa di situazioni ambientali carenti o inadeguate dal punto di vista igienico-sanitario, abitativo, urbanistico;

n) promuove, anche in collaborazione con gli enti territoriali competenti e le associazioni, le iniziative a favore dei minori affetti da talassemia o da altre malattie di rilevante impatto sociale, sotto il profilo della prevenzione, diagnosi precoce, trattamento, riabilitazione e di concorrere ad assicurare ad ogni minore affetto da una di queste malattie il diritto al trattamento ottimale;

o) fornisce ogni sostegno tecnico e legale agli operatori dei servizi sociali e propone alla Giunta regionale lo svolgimento di attività di formazione; istituisce un elenco al quale può attingere anche il giudice competente per la nomina di tutori o curatori; assicura la consulenza ed il sostegno ai tutori o curatori nominati;

p) verifica le condizioni e gli interventi volti all'accoglienza ed all'inserimento del minore straniero non accompagnato;

q) collabora all'attività di raccolta ed elaborazione di tutti i dati relativi alla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in ambito regionale, ai sensi dell'articolo 4, comma 3, della legge 451/1997;

r) formula proposte ed esprime rilievi su atti normativi e di indirizzo riguardanti l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia, di competenza della Regione, delle Province e dei Comuni;

s) promuove programmi ed azioni di sensibilizzazione circa le problematiche inerenti agli abusi sui minori ed alla pedofilia, sviluppando altresì iniziative tese a far emergere la consapevolezza della condotta abusante.

2. Nello svolgimento dei compiti previsti dalla presente legge, il garante per l'infanzia e l'adolescenza:

a) stipula apposite convenzioni con soggetti pubblici e privati, per lo svolgimento di specifiche attività;

b) stabilisce intese ed accordi con ordini professionali e organismi che si occupano di infanzia e adolescenza;

c) intrattiene rapporti di scambio, di studio e di ricerca con organismi pubblici e privati;

d) attiva le necessarie azioni di collegamento con le amministrazioni del territorio regionale impegnate nella tutela dell'infanzia e dell'adolescenza e con le autorità giudiziarie;

e) promuove interventi sostitutivi in caso di inadempienza o gravi ritardi nell'azione degli Enti locali e tutela dei minori;

f) istituisce e gestisce un'apposita linea telefonica gratuita, accessibile ai minori e a tutti coloro che vogliano denunciare qualsiasi violazione dei loro diritti.

### **Art. 3**

*(Nomina, requisiti ed incompatibilità)*

1. Il garante è nominato dal Consiglio regionale tra persone di età non superiore a sessantacinque anni, laureate con documentata esperienza almeno decennale, o, in assenza di laurea, in possesso del diploma di scuola media superiore, con documentata esperienza di almeno quindici anni. L'esperienza deve essere maturata nell'ambito delle politiche educative e sociosanitarie, con particolare riferimento alle materie concernenti l'età evolutiva e le relazioni familiari. E' eletto il candidato che ottiene i voti dei due terzi dei Consiglieri della Regione. Dopo la terza votazione è eletto il candidato che ottiene la maggioranza dei voti dei Consiglieri assegnati.

2. L'incarico di cui al comma 1, *dura per l'intera legislatura*<sup>1</sup> ed è rinnovabile una sola volta.

3. Sono incompatibili con l'incarico di cui al comma 1:

a) i membri del Parlamento, i Ministri, i Consiglieri e gli Assessori regionali, provinciali e comunali, e i titolari di altre cariche elettive;

b) i direttori generali, sanitari e amministrativi delle Aziende USL e delle aziende ospedaliere regionali;

---

<sup>1</sup> All'art. 7 comma 4 della L.r. 10 luglio 2008, n. 22 le parole "ha durata di cinque anni" sono sostituite dalle parole "dura per l'intera legislatura".

c) i coordinatori della rete dei servizi degli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a) della legge 8 novembre 2000, n. 328: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

d) gli amministratori di enti pubblici, aziende pubbliche o società a partecipazione pubblica, nonché gli amministratori o dirigenti di enti, imprese o associazioni che ricevono a qualsiasi titolo contributi dalla Regione e/o da altri enti pubblici;

e) i segretari regionali, provinciali e locali di partiti, di movimenti politici e di organizzazioni sindacali.

4. *L'incarico è, inoltre, incompatibile con lo svolgimento di attività lavorative che determinino situazioni di conflitto di interessi rispetto alla carica ricoperta e può essere revocato per gravi e comprovati motivi di ordine morale.*<sup>2</sup>

5. Al garante per l'infanzia e l'adolescenza spettano indennità di funzione, il rimborso spese ed il trattamento di missione nella misura prevista per il Difensore civico, dall'art. 9, della legge regionale 16 gennaio 1985, n. 4 : "Istituzione del difensore civico presso la Regione Calabria".

#### **Art. 4**

*(Rapporti con il difensore civico)*

1. Il difensore civico e il garante per l'infanzia e l'adolescenza si danno reciproca segnalazione di situazioni di interesse comune, coordinando la propria attività nell'ambito delle rispettive competenze.

#### **Art. 5**

*(Ufficio del garante)*

1. L'ufficio del garante per l'infanzia e l'adolescenza ha sede presso il Consiglio regionale, può essere articolato in sedi decentrate ed avvalersi della struttura regionale e/o provinciale competente in materia di servizi sociali.

2. Il Consiglio regionale determina annualmente il fondo a disposizione per le spese di funzionamento.

3. Il garante per l'infanzia e l'adolescenza riferisce in Consiglio, almeno ogni sei mesi, sull'attività svolta corredata da osservazioni e suggerimenti, ed invia entro il 31 marzo di ogni anno al Presidente del Consiglio una relazione esplicativa.

4. Il Consiglio regionale esamina e discute la relazione ed adotta le determinazioni che ritiene opportune, invitando gli organi statutari della Regione e degli enti istituzionali che si interessano di minori ad adottare le ulteriori misure necessarie.

---

<sup>2</sup> **Comma sostituito dall'art. 1, comma 1, della l.r. 23 novembre 2016, n. 36; precedentemente così recitava:** *"L'incarico è inoltre incompatibile con qualsiasi altra attività lavorativa, anche libero professionale, ovvero rappresentativa, e può essere revocato per gravi e comprovati motivi di ordine morale."*

5. Della relazione annuale è data adeguata pubblicità nel Bollettino Ufficiale della Regione, sugli organi di stampa e sulle emittenti radiofoniche e televisive.

#### **Art. 6**

*(Conferenza regionale per l'infanzia e l'adolescenza)*

1. Al fine di promuovere lo sviluppo di una più diffusa sensibilità sui temi e le problematiche dell'infanzia e dell'adolescenza, il Consiglio regionale organizza, ogni tre anni, in occasione della celebrazione della giornata italiana per i diritti dell'infanzia e l'adolescenza, una conferenza regionale sull'infanzia e l'adolescenza in collaborazione con il garante per l'infanzia e l'adolescenza, con la struttura regionale competente in materia di servizi sociali, con gli Enti locali e con tutti i soggetti interessati alle attività.

#### **Art. 7**

*(Norma finanziaria)*

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione dell'art. 5, comma 2, della presente legge, determinati per l'esercizio finanziario 2004 in € 100.000,00 si provvede con le risorse disponibili all'U.P.B. 8.1.01.01 dello stato di previsione della spesa dello stesso bilancio inerente a "Fondi per provvedimenti legislativi in corso di approvazione recanti spese di parte corrente", il cui trasferimento viene ridotto del medesimo importo.

2. La disponibilità finanziaria di cui al comma precedente è utilizzata nell'esercizio in corso, ponendo la competenza della spesa a carico dell'U.P.B. 6.2.01.01 dello stato di previsione della spesa del bilancio 2004, da trasferire nel bilancio del Consiglio regionale. La Giunta regionale è autorizzata ad apportare le conseguenti variazioni al documento tecnico di cui all'art. 10, legge regionale 4.2.2002, n. 8.

3. Per gli esercizi finanziari successivi la copertura degli oneri relativi è garantita con l'approvazione del bilancio di previsione annuale e con la legge finanziaria che l'accompagna.

4. Per le finalità di cui all'articolo 2 della presente legge, a decorrere dall'esercizio finanziario 2005, è destinata una quota parte delle risorse stanziata nell'U.P.B. 6.2.01.02 - Servizi ed attività socio assistenziali, - Fondo nazionale per le politiche sociali (cap. 4331105).

#### **Art. 8<sup>3</sup>**

*(Norma transitoria)*

*1. In sede di prima applicazione della presente legge, qualora siano decorsi centottanta giorni dalla entrata in vigore della stessa senza che il Consiglio regionale abbia provveduto alla nomina del Garante a norma dell'art. 3, vi provvede il Presidente del Consiglio regionale con decreto ed il Garante cessa dalle funzioni a conclusione della Legislatura in corso e l'incarico svolto non è computato ai fini del rinnovo di cui all'art. 3, comma 2, della presente legge.*

---

<sup>3</sup> [Articolo aggiunto dall'art. 7 comma 3 della l.r. 10 luglio 2008, n. 22](#)

*2. In tal caso, l'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale può disporre la riapertura dei termini del bando di nomina del Garante al fine di favorire la più ampia partecipazione dei cittadini interessati in possesso dei requisiti prescritti dal suddetto art. 3.*

## Legge regionale 26 aprile 2023, n. 5.

“Disposizioni per la prevenzione del maltrattamento sui minori”

## IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato

## IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

promulga

La seguente legge:

## Art. 1

(Finalità)

1. La presente legge prevede misure sistemiche finalizzate a garantire la prevenzione del maltrattamento dei bambini e degli adolescenti fino al compimento della maggiore età (di seguito minori) nonché la risposta tempestiva, la protezione e la cura dei minori vittime di maltrattamento.
2. Ai fini della presente legge, per maltrattamento si intendono tutte le forme di cattivo trattamento fisico o emotivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente, nonché sfruttamento sessuale o di altro genere, che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo del minore o alla sua dignità, nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere.
3. Le misure di prevenzione e di cura efficaci e l'attuazione dei relativi interventi hanno la finalità di eliminare o ridurre le conseguenze a breve, medio e lungo termine del maltrattamento sulla condizione psico-fisica dei minori, nonché i relativi costi sociali, sanitari, educativi e giudiziari per il bilancio dello Stato, della Regione e per la società.

## Art. 2

(Programma triennale per la prevenzione del maltrattamento dei minori)

1. La Giunta regionale adotta il programma triennale per la prevenzione del maltrattamento dei minori (di seguito programma triennale), comprendente gli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, nonché la promozione e il coordinamento degli interventi di formazione e aggiornamento, attraverso le università con esperti del settore, del personale e degli operatori dei settori sociosanitario, scolastico e del terzo settore previsti dalla normativa vigente, definiti con deliberazione di cui all'articolo 7.

## Art. 3

(Interventi di prevenzione primaria)

1. Gli interventi di prevenzione primaria sono garantiti dalla Regione e dagli enti locali e consistono in servizi e attività di informazione e di sensibilizzazione, in favore delle famiglie, atti a prevenire l'insorgenza del maltrattamento.
2. La Regione promuove l'informazione e la sensibilizzazione delle famiglie sull'importanza del benessere psico-fisico e affettivo del minore. Tali misure sono altresì comprese nel piano sanitario regionale, nel piano sociale regionale, nei programmi delle attività territoriali e nel programma triennale.

### 3. La Regione promuove:

- a) l'informazione e la sensibilizzazione per la prevenzione del maltrattamento dei minori, rivolte agli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, sulla base di apposite linee guida, adottate con deliberazione di cui all'articolo 7;
- b) la formazione e l'aggiornamento, attraverso le università con esperti del settore, dei medici, degli operatori dei consultori familiari, dei servizi educativi per la prima infanzia e degli operatori scolastici per la rilevazione precoce del maltrattamento dei minori e per la relativa segnalazione alle autorità competenti per i profili di loro competenza;
- c) il supporto alla genitorialità in adolescenza, anche mediante la previsione di specifici percorsi di informazione e accompagnamento rivolti ai genitori di minore età;
- d) la realizzazione di programmi informativi e di sensibilizzazione per la prevenzione del maltrattamento dei minori e per la promozione della genitorialità positiva, con il coinvolgimento di esperti del settore, anche attraverso il servizio pubblico radiofonico, televisivo e multimediale;
- e) la definizione e l'adozione di politiche per la protezione e il benessere dell'infanzia, in linea con gli standard internazionali indicati e richiesti dalla Commissione europea per le agenzie che lavorano a tutela dei minori;
- f) l'attuazione di interventi di home visiting rivolti a nuclei familiari selezionati in base alla tipologia dei fattori di rischio.

### Art. 4

#### (Interventi di prevenzione secondaria)

1. Gli interventi di prevenzione secondaria sono garantiti dalla Regione e dagli enti locali e consistono in servizi e attività di rilevazione di segnali di possibili maltrattamenti o abusi sessuali e di accompagnamento, supporto, consulenza e presa in carico dei minori e delle famiglie a rischio di maltrattamento o che abbiano vissuto esperienze infantili sfavorevoli.
2. Gli enti di cui al comma 1 assicurano, per la parte di propria competenza, l'attivazione di sistemi locali di rilevazione e di segnalazione del maltrattamento e dei suoi fattori di rischio, attraverso specifiche misure da attuare presso i servizi sociali dei comuni e degli ambiti territoriali, i consultori familiari, le istituzioni scolastiche, i servizi educativi per la prima infanzia, gli ospedali e le strutture di pronto soccorso, di ginecologia, di neonatologia e di pediatria, i pediatri e i medici di libera scelta e i servizi pubblici e privati che operano con i minori.
3. I pediatri di libera scelta e i medici di base, con cadenza annuale, trasmettono alla direzione generale competente in materia di sanità, l'elenco dei loro assistiti di età compresa tra 0 e 17 anni con i quali nell'anno precedente non hanno avuto alcun contatto. Con la deliberazione di cui all'articolo 7 sono definite le modalità per contattare i minori inclusi nell'elenco per verificare le loro condizioni psico-fisiche.
4. La Regione, le aziende sanitarie locali e gli enti locali istituiscono servizi sociosanitari di consulenza pedagogica e psicologica domiciliare, in favore di minori, rilevati dai sistemi locali di cui al comma 2, e delle loro famiglie, in cui si ravvisa il rischio di un maltrattamento per il minore.
5. Al fine di rafforzare la prevenzione del maltrattamento dei minori a rischio, la Regione e gli enti locali promuovono idonee misure per assicurare alle famiglie di cui al comma 4, già in carico al servizio di cure domiciliari l'accesso agevolato o gratuito ai servizi educativi per la prima infanzia e agli asili nido.
6. La Regione, attraverso gli enti locali, promuove programmi integrati di informazione e di consulenza rivolti ai genitori durante l'intero arco di sviluppo del minore, secondo livelli di intensità proporzionali al rischio di maltrattamento rilevato.



7. Le misure e gli interventi di cui al presente articolo prevedono una specifica attenzione con prassi mirate di prevenzione in favore dei minori con disabilità.

#### Art. 5

##### (Interventi di prevenzione terziaria)

1. I servizi di protezione dei minori, quali interventi di prevenzione terziaria, forniscono prestazioni integrate e multidisciplinari di valutazione, di supporto e di cura per le famiglie e per i minori in situazione di grave rischio o vittime di maltrattamento, in un'ottica di cooperazione interistituzionale, in collaborazione con i servizi sociali e sanitari del territorio, con l'autorità giudiziaria competente, con le istituzioni scolastiche ed educative e con i rappresentanti degli interessi del minore, come definiti dalle disposizioni vigenti, avvalendosi delle risorse pubbliche e private del territorio. I servizi sono erogati assicurando l'ascolto e la partecipazione del minore, compatibilmente con l'attività giudiziaria in corso.

2. La Regione, attraverso gli enti locali, garantisce l'attivazione di un numero congruo di servizi di protezione dei minori dimensionato sulla base della popolazione residente. I servizi di protezione dei minori sono organizzati e gestiti, sulla base di accordi fra i servizi sociali e sanitari del territorio, con l'autorità giudiziaria competente, con le istituzioni scolastiche ed educative e le organizzazioni del terzo settore con competenze specifiche in materia di protezione e di cura dei minori maltrattati.

3. La Giunta regionale, con deliberazione di cui all'articolo 7, definisce gli standard minimi dei servizi previsti al comma 1, prevedendo, in particolare, l'obbligo di individuazione di un responsabile di riferimento per ciascun minore preso in carico dal servizio.

4. I servizi di cui al comma 1 sono individuati anche come centri di promozione e di coordinamento degli interventi territoriali previsti agli articoli 3 e 4.

#### Art. 6

##### (Garanzie delle cure per i minori che vivono fuori dalla famiglia d'origine)

1. I minori per i quali sia stata disposta l'applicazione dell'articolo 403 del Codice civile hanno il preminente diritto di essere curati attraverso l'istituto dell'affidamento familiare, ai sensi dell'articolo 2, comma 1 della legge 4 maggio 1983, n. 184 (Diritto del minore ad una famiglia), o attraverso l'inserimento in una comunità di tipo familiare ai sensi del medesimo articolo 2, comma 2.

2. Al fine di garantire un'efficace promozione dell'affidamento familiare, la Regione, in collaborazione con gli enti locali e le aziende sanitarie locali, promuove le seguenti attività:

- a) campagne di formazione, sensibilizzazione e di informazione per le famiglie;
- b) promozione di forme di affidamento familiare estese anche all'intero nucleo familiare e ispirate a flessibilità oraria e organizzativa.

#### Art. 7

##### (Cabina di regia e attuazione degli interventi)

1. La Direzione generale politiche sociali e sociosanitarie, entro quarantacinque giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, istituisce, presso la propria struttura amministrativa, una cabina di regia, per favorire la piena integrazione delle politiche regionali a sostegno dei destinatari previsti all'articolo 1 ed assicurare la più ampia condivisione di obiettivi, interventi ed azioni. Essa dura in carica l'intera legislatura.

2. La cabina di regia è composta da:

- a) l'assessore regionale competente in materia di politiche sociali e per l'istruzione e il direttore generale della direzione competente;

- b) l'assessore regionale competente in materia di politiche sanitarie e il direttore generale della direzione competente;
- c) l'assessore regionale competente in materia di politiche di formazione professionale e il direttore generale della direzione competente;
- d) il presidente della commissione consiliare competente in materia di politiche sociali.

### 3. La cabina di regia:

- a) promuove e formula proposte in ordine alle azioni e alle politiche per la piena attuazione della presente legge, anche sulla base di motivati orientamenti di intervento avanzati dalle associazioni o organizzazioni che si occupano della prevenzione e contrasto al maltrattamento sui minori e dall'Osservatorio sul benessere dell'infanzia e dell'adolescenza di cui all'articolo 42 della legge regionale 29 giugno 2021, n. 5 (Misure per l'efficientamento dell'azione amministrativa e l'attuazione degli obiettivi fissati dal DEFR 2021-2023. Collegato alla stabilità regionale per il 2021);
- b) promuove e monitora lo stato di attuazione degli interventi previsti agli articoli 2, 3, 4, 5 e 6.

4. Per perseguire le finalità di cui alla presente legge possono essere invitati a partecipare alle riunioni della cabina di regia esperti con competenze specifiche nelle materie trattate. La partecipazione ai lavori della cabina di regia è a titolo gratuito e non comporta, in ogni caso, indennità aggiuntive o rimborsi spese.

5. La Giunta regionale, a conclusione dei lavori della cabina di regia di cui al comma 3, lettera a), entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previo parere della commissione consiliare competente per materia, approva, con apposita deliberazione, le modalità di attuazione degli interventi previsti dagli articoli 2, 3, 4, 5 e 6.

6. La struttura amministrativa regionale presso la quale è istituita la cabina di regia garantisce adeguato supporto organizzativo per l'espletamento delle sue funzioni e dei suoi compiti nell'ambito delle risorse umane e strumentali disponibili, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

## Art. 8

### (Disposizioni finanziarie)

1. Agli oneri previsti dalla presente legge si provvede mediante l'istituzione del Fondo regionale per la prevenzione del maltrattamento dei minori, la cui dotazione è stabilita in euro 500.000,00 mediante prelievo dalla Missione 20, Programma 3, Titolo 1, e contestuale incremento di pari importo della Missione 12, Programma 1, Titolo 1, per ciascun esercizio del bilancio di previsione 2023/2025.

2. Per gli interventi previsti dagli articoli 3 e 6 si provvede mediante dotazione finanziaria di euro 500.000,00 mediante prelievo dalla Missione 20, Programma 3, Titolo 1, e contestuale incremento di pari importo della Missione 15, Programma 3, Titolo 1, per ciascun esercizio del bilancio di previsione 2023/2025.

## Art. 9

### (Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione Campania.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

E' fatto obbligo a chiunque spetti, di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Campania.

De Luca

## Lavori preparatori

Proposta di legge ad iniziativa della Consigliera Carmela Fiola.

Acquisita dal Consiglio regionale in data 29 settembre 2021 con il n. 160 del registro generale ed assegnata per l'esame alla VI Commissione Consiliare Permanente (Istruzione e Cultura, Ricerca scientifica, Politiche sociali).

Approvata dall'Assemblea legislativa regionale nella seduta del 18 aprile 2023.

### Note

*Avvertenza: il testo della legge viene pubblicato con le note redatte dall'Ufficio Legislativo del Presidente della Giunta regionale, al solo scopo di facilitarne la lettura (D.P.G.R.C. n. 15 del 20 novembre 2009 - "Regolamento di disciplina del Bollettino ufficiale della regione Campania in forma digitale").*

### Note all'articolo 6.

#### Comma 1.

##### *Codice Civile*

*Articolo 403: "Intervento della pubblica autorità a favore dei minori".*

*"Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o si trova esposto, nell'ambiente familiare, a grave pregiudizio e pericolo per la sua incolumità psicofisica e vi è dunque emergenza di provvedere, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in luogo sicuro, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione.*

*La pubblica autorità che ha adottato il provvedimento emesso ai sensi del primo comma ne dà immediato avviso orale al pubblico ministero presso il tribunale per i minorenni, nella cui circoscrizione il minore ha la sua residenza abituale; entro le ventiquattro ore successive al collocamento del minore in sicurezza, con l'allontanamento da uno o da entrambi i genitori o dai soggetti esercenti la responsabilità genitoriale, trasmette al pubblico ministero il provvedimento corredato di ogni documentazione utile e di sintetica relazione che descrive i motivi dell'intervento a tutela del minore.*

*Il pubblico ministero, entro le successive settantadue ore, se non dispone la revoca del collocamento, chiede al tribunale per i minorenni la convalida del provvedimento; a tal fine può assumere sommarie informazioni e disporre eventuali accertamenti. Con il medesimo ricorso il pubblico ministero può formulare richieste ai sensi degli articoli 330 e seguenti.*

*Entro le successive quarantotto ore il tribunale per i minorenni, con decreto del presidente o del giudice da lui delegato, provvede sulla richiesta di convalida del provvedimento, nomina il curatore speciale del minore e il giudice relatore e fissa l'udienza di comparizione delle parti innanzi a questo entro il termine di quindici giorni. Il decreto è immediatamente comunicato al pubblico ministero e all'autorità che ha adottato il provvedimento a cura della cancelleria. Il ricorso e il decreto sono notificati entro quarantotto ore agli esercenti la responsabilità genitoriale e al curatore speciale a cura del pubblico ministero che a tal fine può avvalersi della polizia giudiziaria.*

*All'udienza il giudice relatore interroga liberamente le parti e può assumere informazioni; procede inoltre all'ascolto del minore direttamente e, ove ritenuto necessario, con l'ausilio di un esperto. Entro i quindici giorni successivi il tribunale per i minorenni, in composizione collegiale, pronuncia decreto con cui conferma, modifica o revoca il decreto di convalida, può adottare provvedimenti nell'interesse del minore e qualora siano state proposte istanze ai sensi degli articoli 330 e seguenti dà le disposizioni per l'ulteriore corso del procedimento. Il decreto è immediatamente comunicato*

alle parti a cura della cancelleria.

Entro il termine perentorio di dieci giorni dalla comunicazione del decreto il pubblico ministero, gli esercenti la responsabilità genitoriale e il curatore speciale possono proporre reclamo alla corte d'appello ai sensi dell'articolo 739 del codice di procedura civile. La corte d'appello provvede entro sessanta giorni dal deposito del reclamo.

Il provvedimento emesso dalla pubblica autorità perde efficacia se la trasmissione degli atti da parte della pubblica autorità, la richiesta di convalida da parte del pubblico ministero e i decreti del tribunale per i minorenni non intervengono entro i termini previsti. In questo caso il tribunale per i minorenni adotta i provvedimenti temporanei e urgenti nell'interesse del minore.

Qualora il minore sia collocato in comunità di tipo familiare, quale ipotesi residuale da applicare in ragione dell'accertata esclusione di possibili soluzioni alternative, si applicano le norme in tema di affidamento familiare.”.

*Legge 4 maggio 1983, n. 184: "Diritto del minore ad una famiglia".*

*Articolo 2, comma 1: “1. Il minore temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo, nonostante gli interventi di sostegno e aiuto disposti ai sensi dell'articolo 1, è affidato ad una famiglia, preferibilmente con figli minori, o ad una persona singola, in grado di assicurargli il mantenimento, l'educazione, l'istruzione e le relazioni affettive di cui egli ha bisogno.”.*

### **Note all'articolo 7.**

#### Comma 3, lettera a).

*Legge Regionale 29 giugno 2021, n. 5: “Misure per l'efficientamento dell'azione amministrativa e l'attuazione degli obiettivi fissati dal DEFR 2021-2023 - Collegato alla stabilità regionale per il 2021”.*

*Articolo 42: “Osservatorio per il benessere dell'infanzia e dell'adolescenza”.*

“1. Al fine di promuovere il benessere psichico e fisico dei minori, contrastare i fenomeni della povertà educativa, della dispersione scolastica, della devianza minorile, della violenza sui minori, è istituito, presso il Consiglio regionale, l'Osservatorio per il benessere dell'infanzia e dell'adolescenza.

2. L'Osservatorio svolge attività di studio, di analisi e di impulso, anche formulando proposte volte ad attivare un sistema di reti e collaborazioni territoriali e ad individuare modalità di coordinamento delle risorse in materia.

3. L'Osservatorio è presieduto dal Presidente del Consiglio regionale ed ha come membro effettivo il Presidente della competente commissione consiliare permanente.

4. Il Presidente del Consiglio regionale stabilisce con proprio provvedimento le modalità di funzionamento e la composizione dell'Osservatorio, anche prevedendo la partecipazione di rappresentanti ed esperti della materia. La partecipazione all'Osservatorio è a titolo gratuito e non comporta la corresponsione di diarie, indennità di presenza e rimborsi spesa comunque denominati.

5. Agli oneri derivanti dal presente articolo si fa fronte mediante uno stanziamento di euro 100.000,00 a valere sulle risorse del bilancio del Consiglio regionale della Campania per il triennio 2021-2023.”.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 8 ottobre 2020, n. 1641

**D.G.R. N. 1878/2016 “LINEE GUIDA REGIONALI IN MATERIA DI MALTRATTAMENTO E VIOLENZA NEI CONFRONTI DELLE PERSONE MINORI PER ETA’” - Avvio iter istitutivo della Rete Regionale dei Servizi. Adozione Manuale Operativo.**

Il Presidente Michele Emiliano, di concerto con l'Assessore al Welfare Salvatore Ruggeri, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Dirigente ad interim del Servizio Minori, Famiglie e PO, di concerto con il Dirigente della Sezione Inclusione Sociale Attiva e Innovazione delle Reti Sociali e con il Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, come confermata dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, riferisce quanto segue.

**Vista la normativa di riferimento:**

- Legge regionale n. 19 del 10 luglio 2006 “*Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia*”;
- *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica*, cosiddetta «Convenzione di Istanbul», ratificata dall'Italia con legge 27 giugno 2013, n. 77, ed entrata in vigore il 1° agosto 2014;
- Legge regionale n. 29 del 4 luglio 2014 “*Norme per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere, il sostegno alle vittime, la promozione della libertà e dell'autodeterminazione delle donne*”;
- Legge 29 maggio 2017, n. 71 “*Disposizioni a tutela dei minori per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del cyberbullismo*”

**PREMESSO CHE:**

- la Regione, nell'ambito delle attività di programmazione di cui all'articolo 24 della legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 (Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia), individua, fra gli obiettivi di benessere sociale da perseguire, il contrasto e la prevenzione della violenza di genere e le misure a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza e li riconosce come priorità di intervento;
- il Consiglio Regionale con propria deliberazione n. 258 del 24/06/2014 ha approvato la legge regionale n. 29 del 4 luglio 2014 “*Norme per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere, il sostegno alle vittime, la promozione della libertà e dell'autodeterminazione delle donne*”;
- la legge regionale n. 29/2014 ha previsto, all'art. 13, l'adozione da parte della Regione di “*Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza in danno dei minori*”;
- con la D.G.R. n. 1878 del 30 novembre 2016, al fine di dare attuazione alla L.R. n. 29/2014 e al citato Piano operativo, si è proceduto all'approvazione delle **LINEE GUIDA REGIONALI IN MATERIA DI MALTRATTAMENTO E VIOLENZA NEI CONFRONTI DELLE PERSONE MINORI PER ETA'**;
- con la D.G.R. n. 1209 del 27 maggio 2015 è stato approvato il “Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018. Intesa Stato-Regioni 13.11.2014”;
- con la D.G.R. n. 2324 del 28 dicembre 2018 è stato approvato il IV PIANO REGIONALE DELLE POLITICHE SOCIALI 2017-2020 che al cap. II “Le priorità nella programmazione sociale regionale”, par. 2.2.5 “Prevenire e contrastare il maltrattamento e la violenza” individua gli obiettivi di servizio e le azioni che i comuni associati in ambiti territoriali realizzano, al fine di promuovere lo sviluppo e il consolidamento del complessivo sistema di prevenzione, presa in carico e trattamento delle situazioni di maltrattamento e/o violenza, nell'ottica dell'integrazione forte tra i soggetti preposti;
- con la D.G.R. n. 1934 del 21 novembre 2017 la Regione Puglia ha adottato le “Linee Programmatiche per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere - Verso il Piano integrato 2018-2020”, le cui azioni si articolano su due assi strategici: ASSE I- Prevenzione e ASSE II – Protezione e sostegno;
- le predette Linee Programmatiche individuano tra le priorità di azione l'implementazione delle **LINEE**

*GUIDA REGIONALI IN MATERIA DI MALTRATTAMENTO E VIOLENZA NEI CONFRONTI DELLE PERSONE MINORI PER ETA';*

- con la D.G.R. n. 1556 del 2 agosto 2019 è stato adottato il *Piano integrato di interventi per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere 2019 – 2020* che prevede azioni tese a prevenire il maltrattamento e la violenza nonché a potenziare e qualificare la tutela e la presa in carico delle/dei minori vittime di violenza assistita e delle orfane e degli orfani di femminicidio.

**RILEVATO CHE**

- l'attuazione delle Linee guida regionali risponde alla necessità di potenziare gli interventi tesi a prevenire il verificarsi della violenza contro i minorenni e tra minorenni (prevenzione primaria), a rilevare i casi di violenza e intervenire precocemente (prevenzione secondaria), a consolidare i servizi di assistenza alle vittime e alle famiglie in cui i maltrattamenti si verificano, anche al fine di prevenire il riproporsi della violenza (prevenzione terziaria), qualificando il personale che a vario titolo opera nell'ambito della prevenzione e contrasto della violenza, con particolare riferimento ai servizi sociali, sanitari, dell'istruzione, del sistema giudiziario e delle forze dell'ordine;
- le Linee guida evidenziano l'importanza della formazione anche come fattore agevolante l'integrazione e l'interscambio tra servizi e professionisti, nell'ottica dell'integrazione tra i soggetti preposti pubblici e privati;
- nell'ambito delle azioni previste dal Piano di interventi 2018/2020 di cui alla D.G.R. 1608/2018, è stato assegnato al Servizio di Psicologia GIADA dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico-Giovanni XXIII di Bari la realizzazione delle attività di formazione specialistica in partenariato con il CISMAI (Coordinamento Italiano Servizi Maltrattamento all'Infanzia); destinatari del percorso formativo specialistico sono stati gli operatori delle equipe di I livello, dell'area sanitaria e sociale (equipe integrate multidisciplinari maltrattamento e violenza) delle equipe di II livello (rete ospedaliera Giada, Servizi di Psicologia/Consultori sovra distrettuali/Centri specialistici per la cura del Trauma interpersonale infantile, referenti di NPI, CSM, SERD, referenti dei Pediatri di Libera Scelta), dei servizi specializzati antiviolenza del terzo settore, in particolare centri antiviolenza;
- a seguito dell'espletamento della formazione specialistica è stato possibile fare un lavoro di monitoraggio per predisporre una mappa della Rete dei referenti che copre l'intero territorio regionale e che individua, per ognuno dei 3 livelli previsti dagli indirizzi regionali, gli operatori che hanno acquisito specifiche competenze nella rilevazione e presa in carico di minori vittime delle diverse forme di violenza;
- in appendice all'Allegato sono stati inseriti i nominativi dei partecipanti che hanno frequentato più della metà dei moduli formativi previsti dal Corso di formazione specialistica regionale; gli elenchi saranno aggiornati a seguito della partecipazione degli altri referenti individuati alle future proposte formative;
- il lavoro di monitoraggio ha messo in evidenza, con riferimento alle Aziende Sanitarie Locali e agli Ambiti territoriali, la disomogeneità territoriale rispetto all'applicazione di quanto previsto dal documento di indirizzo, a cominciare dalla mancata costituzione delle equipe integrate di primo e di secondo livello;
- nel mese di luglio 2020, sempre in attuazione di quanto previsto dalle Linee guida regionali, si sono realizzati 6 audit su base provinciale, con l'obiettivo di supportare e consolidare le reti territoriali, rilevare punti di forza e debolezza, provando ad uniformare le strategie di presa in carico dei minori vittime di violenza intra familiare o interpersonale;
- è emersa la necessità di poter contare su indirizzi operativi e strumenti di lavoro condivisi ed omogenei sul territorio regionale;

Le complessità di governo della rete, composta da più reti territoriali, richiede un presidio stabile di coordinamento e supervisione, che renderebbe necessaria la costituzione di una struttura complessa volta ad assicurare il coordinamento organizzativo e a favorire il necessario supporto metodologico al lavoro delle equipe integrate, territoriali e/o ospedaliere.

69950

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

Alla luce di quanto premesso e rilevato, con il presente provvedimento, si propone alla Giunta Regionale di:

- *dare avvio all'iter per la costituzione della Rete Regionale dei Servizi di Prevenzione e contrasto di ogni forma di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età*
- *provvedere all'adozione del Manuale operativo Allegato al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale.*

#### **GARANZIA DI RISERVATEZZA**

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

#### **COPERTURA FINANZIARIA**

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia in entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il provvedimento del quale si propone l'adozione rientra tra quelli di competenza della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. a) e f) della legge regionale n. 7/1997.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie e delle motivazioni come innanzi illustrate, propone alla Giunta:

1. di prendere atto di quanto espresso in narrativa;
2. di dare avvio all'iter per la costituzione della Rete Regionale dei Servizi di Prevenzione e contrasto di ogni forma di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età;
3. di provvedere all'adozione del Manuale operativo Allegato al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;
4. di demandare al Direttore del Dipartimento e ai Dirigenti delle Sezioni competenti, l'adozione di tutti i provvedimenti necessari a dare attuazione al presente provvedimento tenuto conto dell'articolazione e della necessaria integrazione degli interventi da realizzare;
5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta regionale è conforme alle risultanze istruttorie.

L' Istruttrice

PO Prevenzione e Contrasto della violenza di genere  
e tutela dei minori  
(Giulia Sannolla)

La Dirigente ad interim del Servizio Minori,  
Famiglie e Pari Opportunità  
(Francesca Zampano)

Il Dirigente ad interim  
Sezione Inclusione Sociale Attiva e Innovazione Reti Sociali  
(Vito Bavaro)

Il Dirigente della Sezione  
Strategie e Governo dell'Offerta  
(Giovanni Campobasso)

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere osservazioni sulla proposta di delibera, ai sensi del combinato disposto degli artt. 18 e 20 del DPGR n. 443/2015

Il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute,  
del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti  
(Vito Montanaro)

L'Assessore al Welfare  
(Salvatore Ruggeri)

Il Presidente  
(Michele Emiliano)

#### **LA GIUNTA**

- udita la relazione e la conseguente proposta;
- viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento;
- a voti unanimi espressi nei termini di legge:

#### **DELIBERA**

1. di prendere atto di quanto espresso in narrativa;
2. di dare avvio all'iter per la costituzione della Rete Regionale dei Servizi di Prevenzione e contrasto di ogni forma di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età;
3. di provvedere all'adozione del Manuale operativo Allegato al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;
4. di demandare al Direttore del Dipartimento e ai Dirigenti delle Sezioni competenti, l'adozione di tutti i provvedimenti necessari a dare attuazione al presente provvedimento tenuto conto dell'articolazione e della necessaria integrazione degli interventi da realizzare;
5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
GIOVANNI CAMPOBASSO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
ANTONIO NUNZIANTE





ALLEGATO

## LINEE GUIDA REGIONALI IN MATERIA DI MALTRATTAMENTO E VIOLENZA NEI CONFRONTI DELLE PERSONE MINORI PER ETÀ

*Manuale operativo*



BAVARO VITO  
REGIONE  
PUGLIA/000000000  
Dirigente  
04.09.2020  
10:47:56 UTC

### Indice

PREMESSA	pag. 5
INTRODUZIONE	pag. 6
SEZIONE I – LINEE GUIDA REGIONALI: STATO DI ATTUAZIONE	pag. 7
1. Organizzazione della presa in carico	pag. 7
1.1. <i>I LIVELLO - EQUIPE INTEGRATE MULTIDISCIPLINARI TERRITORIALI</i>	pag. 8
1.2. <i>II LIVELLO - CENTRI SPECIALISTICI PER LA CURA DEL TRAUMA INTERPERSONALE</i>	pag. 9
1.3. <i>III LIVELLO - CENTRO ALTAMENTE SPECIALIZZATO PER IL TRATTAMENTO DEI MINORENNI VITTIME DI VIOLENZA - GRUPPO INTERDISCIPLINARE ASSISTENZA DONNE e bambini ABUSATI (GIADA)</i>	pag. 11
1.4. <i>MINORENNI PRESI IN CARICO DAI SERVIZI SOCIALI: DATI DI MONITORAGGIO AL 1 GENNAIO 2019</i>	pag. 12
1.5. <i>MINORENNI PRESI IN CARICO DAL CENTRO SPECIALISTICO REGIONALE: DATI di GIADA AL 1° GENNAIO 2019</i>	pag. 15
2. La formazione degli operatori della Rete Regionale	pag. 19
3. La Rete regionale dei referenti	pag. 19
SEZIONE II – RACCOMANDAZIONI	pag. 21
1. Raccomandazioni generali	pag. 21
2. Raccomandazioni specifiche per i casi di violenza domestica	pag. 21
3. Raccomandazioni specifiche per i casi di violenza tra pari on-line e off-line	pag. 23
4. Raccomandazioni per la segnalazione all’Autorità Giudiziaria	pag. 23
5. Raccomandazioni per il trattamento	pag. 23
SEZIONE III – PERCORSI OPERATIVI	pag. 25
1. Protocollo Assistenziale Intraospedaliero in condizione di urgenza-emergenza (III livello)	pag. 25
2. Protocollo Assistenziale Intraospedaliero in condizione di urgenza-emergenza (II livello)	pag. 27
3. Protocollo Assistenziale territoriale	pag. 29
4. Protocollo di intervento per il lutto traumatico nei bambini “special orphans”	pag. 31
5. Ascolto Giudiziario	pag. 33
6. Minori stranieri non accompagnati	pag. 35
7. Violenze tra pari ON-LINE e OFF-LINE	pag. 37
8. Cura del Trauma	pag. 39

SEZIONE IV – STRUMENTI OPERATIVI	pag. 41
1. Questionari per la rilevazione in Pronto Soccorso della violenza domestica e il rischio di re-vittimizzazione	pag. 41
2. Scheda di rilevazione dati Casi di violenza in Pronto Soccorso	pag. 43
3. Modulo per la richiesta di intervento dei Centri Specialistici per la cura del Trauma Interpersonale da parte delle Equipe Integrate Multidisciplinari territoriali	pag. 46
4. Modulo per la richiesta di collaborazione per l’ascolto protetto da parte dell’Autorità Giudiziaria o Forze dell’Ordine	pag. 56
5. Modulo per l’analisi quali-quantitativa dell’attività del I livello	pag. 60
6. Modulo per l’analisi quali-quantitativa dell’attività del II livello	pag. 64
SEZIONE V - PERCORSI E STRUMENTI OPERATIVI AL TEMPO DELL’EMERGENZA PANDEMICA	pag. 74
1. La tutela, la presa in carico e la cura psicologica delle persone minori per età durante l’emergenza sanitaria	pag. 74
2. Lutto traumatico durante l’emergenza sanitaria	pag. 76
3. PICCOLI PASSI ... per sconfiggere il virus! Indicazioni psicoeducative per pediatri, operatori del settore e genitori	pag. 79
4. PICCOLI PASSI ... per la tutela al tempo della pandemia. Indicazioni psicoeducative per educatori di comunità	pag. 82
5. PICCOLI PASSI ... per essere faro al tempo della pandemia. Indicazioni psicoeducative per insegnanti	pag. 85
6. Criteri e procedure per l'accesso alla telepsicologia di pazienti minorenni	pag. 87
7. Modulo di consenso informato alla Telepsicologia per genitori/caregivers	pag. 89
8. Informativa per ragazzi sulla Telepsicologia	pag. 91
SEZIONE VI – ALLEGATI	pag. 92
1. La Sindrome da Alienazione Genitoriale (Risposta del Ministro della Salute all’Interrogazione parlamentare n. 4-02405)	pag. 93
2. Codici ICD9-CM per la rilevazione della violenza interpersonale	pag. 97
3. Prospetto quadri diagnostici a breve, medio e lungo termine correlati al trauma interpersonale infantile	pag. 98
APPENDICE	
Elenco dei Referenti della Rete dei Servizi che ha partecipato alla formazione specialistica regionale	pag. 100
Elenco dei centri antiviolenza operativi in Puglia	pag. 125

**CREDITS**

La **redazione** del documento è stata curata da:

**Michele Pellegrini** – Dirigente Psicologo - U.O.S.D. Psicologia – GIADA, A.O.U. Policlinico di Bari - “Giovanni XXXIII”

**Maria Grazia Foschino Barbaro** - Dirigente Psicologo Responsabile - U.O.S.D. Psicologia – GIADA, A.O.U. Policlinico di Bari - “Giovanni XXXIII”

**Giulia Sannolla** - Funzionaria con PO “Prevenzione e contrasto della violenza di genere e tutela dei minori” - Regione Puglia

**Francesca Zampano** - Dirigente Servizio Minori, Famiglie, PO - Regione Puglia

Per la definizione dell’**elenco dei Referenti della Rete** dei Servizi che hanno partecipato alla formazione specialistica regionale si ringrazia **Isabella Berlingiero** - Dirigente Psicologo - U.O.S.D. Psicologia – GIADA, A.O.U. Policlinico di Bari - “Giovanni XXXIII”.

Si ringraziano, per i **contributi alle revisioni degli strumenti operativi** presenti nella Sezione IV, gli operatori e le operatrici delle equipe di I e II livello della Rete dei Servizi e le referenti della rete dei Centri Antiviolenza che hanno partecipato alla formazione specialistica regionale.

**PREMESSA**

L'attuazione delle "**Linee Guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età**" (DGR 1878 del 30/11/2016) risponde alla necessità di potenziare gli interventi tesi a prevenire il verificarsi della violenza contro i minorenni e tra minorenni, di rilevare ed intervenire precocemente nei casi di violenza, di consolidare i servizi di assistenza alle vittime e alle famiglie in cui i maltrattamenti si verificano, qualificando il personale che a vario titolo opera nell'ambito della prevenzione e contrasto della violenza, con particolare riferimento ai servizi sociali, sanitari, dell'istruzione, del sistema giudiziario e delle forze dell'ordine. A tale scopo, i percorsi formativi messi in campo, hanno rappresentato non solo lo spazio per la condivisione e l'aggiornamento delle conoscenze e delle prassi, ma anche lo strumento per favorire le sinergie e l'interscambio tra servizi e professionisti diversi, nell'ottica dell'integrazione tra i soggetti preposti, pubblici e privati.

Il presente manuale operativo nasce dall'esigenza di uniformare e rendere omogenee, in tutto il territorio regionale, le azioni interdisciplinari delle equipe coinvolte così da orientare al meglio la programmazione locale, basata su una logica di integrazione, in equilibrio tra l'autonomia dei singoli attori e la forza delle regole comuni, attraverso la produzione partecipata e l'applicazione congiunta di procedure e ruoli specifici, condizione indispensabile per un efficace funzionamento di un sistema multilivello.

In quest'ottica il manuale presenta strumenti e procedure allo scopo di facilitare la relazione e il dialogo tra i diversi attori istituzionali e del terzo settore a garanzia della semplificazione, della appropriatezza e della continuità della presa in carico da parte della rete dei servizi.

Il manuale operativo si articola in diverse sezioni che presentano lo stato di attuazione delle linee guida regionali, le raccomandazioni per la presa in carico, i percorsi e gli strumenti operativi. È stata riservata una sezione specifica con procedure e strumenti da privilegiare nel corso di un'emergenza pandemica. Seguono documenti di approfondimento, oltre che l'elenco dei Referenti della Rete dei Servizi che hanno partecipato alla formazione specialistica regionale.

Gli strumenti operativi sono stati condivisi e rielaborati, in un'ottica di dinamica partecipata, nel corso della formazione specialistica regionale e degli audit realizzati successivamente.

Il manuale definisce anche i tempi e le modalità di monitoraggio tra le equipe integrate di I e II livello allo scopo di promuovere il confronto e lo scambio di modelli e pratiche, valorizzando le specificità professionali ed istituzionali, oltre che la sinergia cooperativa tra i diversi attori della rete.

## INTRODUZIONE

### *Definizione e dimensione del fenomeno*

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2002)<sup>1</sup>, per maltrattamento all'infanzia si intendono "tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza, negligenza o altro che comportino 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".

L'OMS (2013)<sup>2</sup> riporta dati drammatici sull'epidemiologia della violenza in Europa: 852 i bambini con età inferiore ai 15 anni che sono morti per maltrattamento (il tasso più elevato è per i bambini al di sotto dei 4 anni); 18 milioni i minorenni vittima di violenza sessuale; 44 milioni le vittime di violenza fisica; 55 milioni i minorenni vittima di violenza psicologica.

Negli USA (Klevens e Leeb, 2010)<sup>3</sup>, l'omicidio è la quinta causa di morte dei bambini di età inferiore a 5 anni e circa la metà è correlato alle sequele di maltrattamento. I decessi, tuttavia, rappresentano solo una piccola parte del maltrattamento sui minorenni.

L'OMS (2014)<sup>4</sup> riporta che il 20% delle donne e il 5-10% degli uomini dichiarano di essere stati vittima di violenze sessuali da bambini, mentre il 25% di tutti i bambini riferiscono di aver subito maltrattamento fisico e il 36% degli adulti dichiara di aver subito maltrattamento psicologico.

In Italia, l'indagine pilota di Terre des Hommes e del CISMAI (2015)<sup>5</sup> ha fornito una fotografia della reale incidenza del fenomeno che riguarda il 9,5% della popolazione minorile; su 1000 minorenni presi in carico dai Servizi Sociali 200 sono vittima di maltrattamento. La ricerca mostra che i minorenni presi in carico per maltrattamento sono più numerosi al Sud (273,7 ogni mille minorenni seguiti) e al Centro (259,9 ogni mille minorenni seguiti), rispetto alle regioni del Nord (155,7 ogni mille minorenni seguiti).

La trascuratezza materiale e/o affettiva è la tipologia preponderante di maltrattamento (47,1%), seguita da violenza assistita (19,4%), maltrattamento psicologico (13,7%), patologia delle cure (8,4%), maltrattamento fisico (6,9%), violenza sessuale (4,2%) e altre forme di violenza non definite (1,2%).

In considerazione della portata del fenomeno l'OMS (2006)<sup>6</sup> lo considera un **problema di salute pubblica**<sup>7</sup>, che va affrontato con la massima priorità; i costi in salute delle vittime è elevatissimo, pertanto è necessaria una diagnosi corretta e precoce<sup>8</sup>. L'ONU (2006)<sup>9</sup> ha evidenziato che la violenza su minorenni è un problema globale che richiede interventi urgenti, ma che tuttavia rimane in gran parte "nascosta, non denunciata e sottostimata" e che si consuma prevalentemente tra le mura domestiche.

Per chiarezza espositiva, così come precisato nell'introduzione, nel presente documento useremo il termine violenza al fine di indicare tutte le forme di azioni e omissioni che danneggiano i minorenni. Il termine violenza risponde meglio alle esigenze di chiarezza che sono da ritenere la **prima forma di prevenzione** della quale farsi carico.

<sup>1</sup> World Health Organization (2002): *World Report on violence and Health*, World Health Organization, Ginevra

<sup>2</sup> World Health Organization (2013): *European report on preventing child maltreatment*

<sup>3</sup> Klevens J, Leeb RT. [Child maltreatment fatalities in children under 5: Findings from the National Violence Death Reporting System. Child Abuse Negl. 2010 Apr;34\(4\):262-6](#)

<sup>4</sup> World Health Organization (2014): *Global Status Report on Violence Prevention 2014*

<sup>5</sup> CISMAI - Terre des Hommes (2015): *Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e Prospettive*

<sup>6</sup> World Health Organization (2006): *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generative evidence*, IN <http://www.who.int/whr/2006/en/index.htm>. La versione in lingua italiana del documento "Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi", a cura dell'Assessorato alla Sanità e Politiche socio-sanitarie del Comune di Ferrara è scaricabile dal sito del CISMAI: [www.cismai.org/Search.aspx?W=prevenzione&np=2](http://www.cismai.org/Search.aspx?W=prevenzione&np=2)

<sup>7</sup> Considerare la violenza all'infanzia un problema di salute pubblica significa riconoscere che il contagio si diffonde, che la patologia è trasversale a condizioni sociali e culturali, che espone a rischio la comunità, perché le conseguenze hanno portata ampia e di gravità imprevedibile, non solo in termini temporali (il bambino maltrattato ha molte probabilità di diventare un adulto violento) ma, per dir così, spaziali, ambientali, in quanto il singolo "contagiato" diffonde il "contagio" in ambiti diversi che coinvolgono anche la qualità pubblica della vita (STATI GENERALI CISMAI "La prevenzione del maltrattamento all'infanzia", Bologna 19 maggio 2009, intervento Biancardi pag.36)

<sup>8</sup> Terre des Hommes (2016): *Maltrattamenti sui bambini: una questione di salute pubblica*. Indagine nazionale sull'attività diagnostica del fenomeno delle eccellenze ospedaliere di: Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana e Puglia

<sup>9</sup> ONU (2006): *Studio del Segretario Generale della Nazioni Unite sulla violenza sui bambini*, [www.onuitalia.it](http://www.onuitalia.it)

## Sezione I

## LINEE GUIDA REGIONALI: STATO DI ATTUAZIONE

- Organizzazione della presa in carico
  - *I LIVELLO - EQUIPE INTEGRATE MULTIDISCIPLINARI TERRITORIALI*
  - *II LIVELLO - CENTRI SPECIALISTICI PER LA CURA DEL TRAUMA INTERPERSONALE*
  - *III LIVELLO - CENTRO ALTAMENTE SPECIALIZZATO PER IL TRATTAMENTO DEI MINORENNI VITTIME DI VIOLENZA - GRUPPO INTERDISCIPLINARE ASSISTENZA DONNE e bambini ABUSATI (GIADA)*
  - *MINORENNI PRESI IN CARICO DAI SERVIZI SOCIALI: DATI DI MONITORAGGIO AL 1 GENNAIO 2019*
  - *MINORENNI PRESI IN CARICO DAL CENTRO SPECIALISTICO REGIONALE: DATI di GIADA AL 1° GENNAIO 2019*
- La formazione degli operatori della Rete Regionale
- La Rete regionale dei referenti

## 1. ORGANIZZAZIONE DELLA PRESA IN CARICO

La Regione Puglia, già a partire dal secondo Piano Regionale delle Politiche Sociali (D.G.R. n. 1875/2009), così come confermato nei successivi Piani regionali, ha indicato, tra gli obiettivi di servizio prioritari, la costituzione e la piena operatività di un'equipe integrata multidisciplinare, per la prevenzione e il contrasto del maltrattamento e della violenza, in ogni Ambito territoriale, fra servizi sociali, sanitari di base e specialistici, servizi giudiziari, attraverso accordi di programma o protocolli di intesa che definiscano il funzionamento del modello organizzativo. Le suddette equipe svolgono specifici compiti di valutazione-validazione per la presa in carico e per il trattamento delle situazioni di maltrattamento/abuso, sospetto o conclamato, e per l'elaborazione di un progetto di aiuto e di sostegno alle vittime di violenza.

In particolare, il PRPS 2013-2015 indica tra le azioni prioritarie l'adozione di protocolli operativi Ambito/ASL per la definizione puntuale di tutto l'iter procedurale relativo alla presa in carico dei minorenni vittime di maltrattamento e violenza sospetto o conclamato, in tutte le fasi dell'intervento (rilevazione, protezione, valutazione, trattamento) nonché delle modalità di integrazione operativa con le Forze dell'Ordine, le Scuole, il Centro Antiviolenza. Le indicazioni sono confermate anche nel IV PRPS (2017-2020).

La Regione Puglia con DGR n. 1397/07 e n. 2236/09 ha avviato le attività del Progetto GIADA, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico – Giovanni XXIII di Bari, finalizzate alla "diagnosi precoce e cura delle forme di abuso all'infanzia", con la creazione di una rete regionale interdisciplinare e interistituzionale socio-sanitaria per fronteggiare il fenomeno dell'abuso sui minorenni.

A conclusione del primo biennio di attività, la Regione, con una successiva delibera (N. 504 del 22/03/2011), ha dato continuità alle attività progettuali al fine di proseguire le azioni di assistenza in favore dei minorenni vittime di violenza e delle loro famiglie.

A partire dall'ottobre del 2019 l'equipe dedicata GIADA composta dagli psicologi-psicoterapeuti e dell'assistente sociale, è stata stabilizzata ed il personale è stato assunto a tempo indeterminato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico – Giovanni XXIII di Bari ed assegnato all'U.O.S.D. garantendo, così, stabilità e continuità alle azioni di GIADA.

La legge regionale n. 29/2014 "Norme per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere, il sostegno alle vittime, la promozione della libertà e dell'autodeterminazione delle donne", all'art. 13, ha previsto l'adozione di linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza in danno dei minori, allo scopo di garantire i loro diritti contro ogni forma di maltrattamento, violenza, ivi compresa la violenza assistita, sfruttamento, a salvaguardia del loro sviluppo fisico, psicologico, cognitivo, spirituale, morale e sociale e di fornire orientamenti organizzativi e operativi agli operatori dei servizi territoriali, socio-sanitari, scolastici ed educativi, per realizzare interventi tempestivi, uniformi, integrati, nei diversi settori di intervento".

La Regione Puglia, con **DGR 1878 del 30/11/2016**, ha emanato le "**Linee Guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età**", con la finalità di promuovere una presa in carico integrata e globale nelle diverse fasi, dalla rilevazione al trattamento.

Gli indirizzi regionali rappresentano una cornice di riferimento, in primis per i servizi e gli enti pubblici cui istituzionalmente compete la presa in carico del minore, e per i diversi soggetti della rete a vario titolo coinvolti dalla tematica. Forniscono indicazioni concrete e operative sui diversi livelli di intervento, per migliorare le prassi in uso e per rimuovere le criticità che ostacolano il tempestivo, efficiente ed efficace funzionamento dei servizi. Propongono, nel rispetto degli assetti locali già formalizzati, un modello di intervento uniforme in ambito regionale, puntando sul massimo livello di integrazione.

Con riferimento al titolo del documento, la scelta terminologica operata dalla Regione Puglia fin dalla predisposizione del terzo Piano Regionale delle Politiche Sociali, di sostituire il termine "abuso" usato in letteratura scientifica - si parla di abuso sessuale - con il termine "violenza", ha una forte valenza simbolica e culturale.

Nella lingua italiana "abuso" rimanda al concetto di "uso eccessivo" o "uso improprio" di qualcosa. Poiché riteniamo che in alcun caso si possa pensare o addirittura operare un "uso" lecito o illecito dei corpi e delle menti delle persone, siano esse adulti o minori, la scelta di sostituire il termine con quello di "violenza" indica la ferma volontà di riconoscere, nominare e contrastare ciò che palesemente danneggia, offende e viola la dignità e i diritti delle persone, spesso configurandosi come reati.

Il titolo del documento fa riferimento alle "Persone minori per età" per richiamare la centralità del/la minore in qualità di "persona" con una propria individualità e identità da rispettare, portatrice di bisogni e di istanze, chiamata a partecipare delle decisioni, non più mero oggetto di tutela e protezione ma soggetto di diritti.

Le Linee Guida regionali definiscono l'architettura della presa in carico delle piccole vittime e individua 3 livelli, ognuno con specifiche funzioni e azioni:

### **1.1 I LIVELLO - EQUIPE INTEGRATE MULTIDISCIPLINARI TERRITORIALI**

*In ogni Ambito Territoriale/Distretto sociosanitario deve essere assicurata la costituzione e la piena operatività di un'equipe integrata multidisciplinare per la presa in carico e gli interventi relativi alla prevenzione e contrasto del maltrattamento e della violenza con i seguenti compiti:*

- *Attività di prevenzione primaria*
- *Accoglienza delle segnalazioni e analisi del rischio*
- *Tempestiva segnalazione/denuncia all'Autorità Giudiziaria e, relativamente al rischio eventuale, proposta di provvedimento a tutela dei minorenni*
- *Interventi di natura protettiva del minore d'intesa con il servizio sociale territoriale di riferimento e in collaborazione con i servizi di pronto intervento sociale*
- *Valutazione (set minimo per la valutazione)*
- *Elaborazione del progetto di intervento con gli altri servizi coinvolti*
- *Attuazione del progetto di intervento, compreso il trattamento psicoterapeutico in favore del minore e del nucleo familiare*
- *Attivazione del **Centro Specialistico** di riferimento **per la cura del trauma**, per gli approfondimenti diagnostici della situazione traumatica, la supervisione, l'elaborazione e la realizzazione del progetto di intervento psicoterapeutico*
- *Monitoraggio e verifica del progetto di intervento*
- *Collaborazione nell'ambito delle attività di monitoraggio del fenomeno della violenza su donne e minorenni nel territorio di riferimento*

*La composizione minima dell'equipe deve prevedere:*

- *1 assistente sociale di ambito territoriale con adeguata formazione in materia (cui si deve affiancare l'assistente sociale del comune di residenza del minore e della famiglia salvo che la titolarità della presa in carico non venga delegata per effetto della gestione associata dei servizi all'Ambito territoriale)*
- *1 psicologo del Consultorio familiare del Distretto<sup>10</sup>, con adeguata esperienze e formazione in materia, per almeno 12 ore settimanali*

<sup>10</sup> In sede di definizione dei protocolli operativi, laddove l'Ambito territoriale dovesse avere già in organico psicologi con adeguata esperienza e formazione in materia, gli stessi potranno essere incaricati quali componenti l'equipe.



- 1 educatore (se non in organico, potrebbe essere l'educatore di riferimento del servizio di accoglienza o altra figura esperta impegnata nei servizi socio-educativi territoriali – centri famiglia – educativa domiciliare, l'educatore della comunità di accoglienza del minore ovvero del centro antiviolenza che segue la madre del minorenne nel percorso di uscita dalla violenza intrafamiliare).
- L'equipe dovrà avvalersi, in base alla specificità di ogni caso, delle competenze di altri professionisti dei servizi (NPI, Ser.D., UEPE, CSM, USSM, ecc.) e/o ospedalieri.
- L'equipe potrà avvalersi, in base alla specificità della situazione, della collaborazione degli insegnanti di riferimento del minorenne.

La complessità delle situazioni a cui si fa riferimento richiede l'adozione di un approccio globale che coinvolga tutti i contesti di vita del minorenne e, pertanto, anche la capacità di operare in maniera integrata e sinergica tra i servizi a vario titolo coinvolti nella presa in carico tanto dei minori quanto delle figure adulte di riferimento.

Tenuto conto che il presidio delle funzioni di tutela del minore (in tutte le fasi dell'intervento: rilevazione, protezione, valutazione, trattamento) necessita di risorse umane stabilmente dedicate, che possano diventare punto di riferimento per i soggetti istituzionali a diverso titolo coinvolti e, in particolare, per il tribunale per i minorenni, sarebbe auspicabile l'individuazione di figure da assegnare al funzionamento dell'equipe. L'equipe deve individuare, al suo interno, una figura che assuma in maniera stabile la funzione di coordinamento delle diverse fasi. L'individuazione di un referente con funzioni di coordinamento è, pertanto, funzionale a rendere operativo e concreto il raccordo tra diverse istituzioni e diversi professionisti che, ciascuno per il proprio ambito di competenza, sono già impegnati nello svolgimento delle medesime attività.

L'intero iter procedurale (rilevazione, protezione, valutazione, trattamento) e le evidenti esigenze di tutela del minore richiedono una regia che faciliti le collaborazioni tra i diversi professionisti e servizi e possa assumere, all'occorrenza, la responsabilità giuridica e amministrativa della protezione del minorenne nei casi di rischio e pregiudizio.

Per tali ragioni è necessario individuare, per ciascun caso, anche una figura che assuma la funzione di referente del caso (cd "case manager").

L'equipe integrata multidisciplinare che effettua una diagnosi di trauma ovvero di psicopatologia derivante da situazione di maltrattamento, incuria, violenza e/o altre esperienze sfavorevoli, potrà attivare il Centro specialistico di riferimento per la cura del trauma.

## **1.2 II LIVELLO - CENTRI SPECIALISTICI PER LA CURA DEL TRAUMA INTERPERSONALE**

Si individuano, su base provinciale (almeno uno per ogni ASL), Centri Specialistici qualificati per la diagnosi e la cura del trauma derivante da maltrattamenti, violenze e/o altre esperienze sfavorevoli di cui sono vittime bambini e adolescenti. I Centri hanno funzioni di consulenza, supporto e supervisione alle equipe territoriali di riferimento già costituite (sia equipe integrate multidisciplinari per il maltrattamento e la violenza, che equipe integrate per l'affido e l'adozione) con particolare attenzione alla fase di valutazione diagnostica, di costruzione del progetto di intervento e alla realizzazione degli interventi psicoterapeutici.

L'equipe di lavoro del Centro Specialistico si compone di psicologi-psicoterapeuti in possesso di riconosciuta esperienza pluriennale e formazione specifica in materia di maltrattamento/violenza, prevedendo in ogni caso la presenza di almeno uno psicologo dell'età evolutiva.

L'equipe si avvale di altre competenze, quali quelle del Medico pediatra, del Neuropsichiatra infantile, del Ginecologo, opportunamente individuate dall'Azienda Sanitaria Locale con riferimento particolare alla formazione specifica e all'esperienza maturata in materia. La funzione di coordinamento sarà assolta da uno degli psicologi componenti l'equipe.

All'apposita equipe di lavoro costituita per ogni singolo caso si affiancherà il "case manager" dell'equipe territoriale. Per i casi che vedono coinvolti minorenni/imputati autori di reato l'equipe si avvarrà della collaborazione dell'assistente sociale dell'USSM.

Il Centro specialistico dovrà avvalersi di specifica consulenza legale e, in base alla specificità di ogni caso, delle competenze di altri professionisti dei servizi (NPI, Ser.D., CSM, USSM, ecc.) e/o ospedalieri.

Il Centro potrà avere funzioni di programmazione e coordinamento per le attività a valenza sovra distrettuale (formazione e aggiornamento, supervisione, organizzazione di specifiche campagne di

sensibilizzazione e/o informazione, documentazione) e costituirà punto di riferimento e di supporto delle equipe integrate multidisciplinari per le attività di:

- consulenza specialistica agli operatori dei servizi territoriali che ne fanno richiesta per la valutazione della situazione traumatica nei suoi aspetti individuali e relazionali
- elaborazione del progetto di intervento riparativo e terapeutico, in stretta collaborazione con l'equipe territoriale
- presa in carico di casi complessi in cui il primo livello individua già la presenza di un trauma ovvero di psicopatologia derivante da situazione di maltrattamento/violenza, (minorenni vittime/autori e famiglie) con prestazioni di psicoterapia individuale e familiare
- assistenza psicologica nel corso dell'escussione del minorenni e gestione spazio attrezzato per l'ascolto
- partecipazione ad audit clinici trimestrali con i centri/strutture di terzo livello
- presa in carico di adulti maltrattanti o violenti per progetti di intervento terapeutico.

Entro **180** giorni dalla pubblicazione delle Linee guida, ciascuna Azienda Sanitaria Locale, con proprio atto deliberativo, provvederà ad istituire un Centro Specialistico attraverso l'individuazione della sede operativa e dei professionisti dedicati che costituiranno l'equipe di lavoro.

L'individuazione dei Centri Specialistici non potrà prescindere dal riconoscimento e dalla valorizzazione di esperienze già consolidate in alcune Aziende Sanitarie della Regione Puglia, con riferimento alla presenza di equipe di lavoro/gruppi interdisciplinari che hanno già maturato specifica esperienza nell'ambito della cura del trauma e del supporto consulenziale alle equipe territoriali.

Nel caso di impossibilità da parte delle Aziende Sanitarie Locali ad individuare il personale in servizio da impiegare presso i suddetti Centri Specialistici, si procederà a convenzionare specialisti ambulatoriali in possesso di particolari capacità professionali in materia, così come previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale<sup>11</sup> ovvero ad attivare forme di convenzione con centri specialistici per lo studio, la diagnosi e la cura delle conseguenze psicologiche della violenza, in possesso di comprovata capacità professionale.

Il personale impiegato nei Centri Specialistici deve essere in possesso di specifiche competenze, deve essere in grado di assicurare l'intervento di setting multiplo attraverso il coinvolgimento di tutti i professionisti, in relazione ai contesti di vita del minore.

Al personale dei centri specialistici deve essere assicurata formazione permanente e supervisione periodica di carattere specialistico, interdisciplinare e interistituzionale. In particolare è richiesta una specifica capacità di rapportarsi con la Magistratura affrontando i nodi critici relativi all'interazione tra l'intervento clinico ed i procedimenti giudiziari. Tutti gli operatori coinvolti, oltre ad osservare con rigorosa consapevolezza le disposizioni giuridiche e deontologiche, devono rendersi disponibili a portare il proprio contributo in ambito giudiziario acquisendo apposite conoscenze delle procedure e del linguaggio di tale ambito.

L'accesso al Centro specialistico avviene su richiesta dell'equipe integrata multidisciplinare territoriale responsabile del caso o su diretta richiesta dell'Autorità Giudiziaria nei casi di raccolta delle sommarie informazioni testimoniali. Laddove si ravvisi la necessità di una presa in carico da parte del Centro specialistico per gli interventi di trattamento, la responsabilità del caso passa all'equipe del Centro specialistico che individua il referente del caso con funzioni di coordinamento per tutto il periodo dell'intervento. Le eventuali attività di trattamento potranno anche svolgersi presso le sedi di lavoro delle equipe integrate territoriali.

A garanzia della coerenza dell'intervento si richiede la massima collaborazione tra i professionisti a diverso titolo coinvolti; il percorso di lavoro sarà tanto più agevole e proficuo quanto più saranno chiare e definite le rispettive competenze e funzioni. In particolare l'equipe integrata multidisciplinare territoriale dovrà essere coinvolta ed aggiornata periodicamente in merito all'andamento del programma di interventi attuati, al fine di condividere e monitorare obiettivi e risultati.

A questo proposito sono di fondamentale importanza i Protocolli di intesa e operativi concordati tra Direzione Generale ASL, Distretti Sociosanitari, Ambiti territoriali Sociali di riferimento. Gli stessi protocolli definiranno le procedure di intervento e il raccordo funzionale con gli altri soggetti preposti alla tutela e

<sup>11</sup> ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE. Disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi del del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni. 2015 [www.sisac.info](http://www.sisac.info)

*protezione dei minorenni, nonché con i centri antiviolenza per la condivisione dei progetti finalizzati al recupero della diade madre-bambino.*

In considerazione delle funzioni trasversali attribuite ai Centri per la cura del Trauma si suggerisce di prevederne la collocazione all'interno della Direzione Sanitaria Aziendale, al fine di rendere concretamente operative le necessarie collaborazioni interistituzionali.

Sotto il profilo logistico è auspicabile che il Centro venga collocato in locali idonei all'accoglienza di persone di minore età e loro familiari, e possa fruire di spazi utili alla realizzazione di attività di psicoterapia, oltre che dotati di apparecchiature multimediali e di sistema di videoregistrazione.

Esperienza virtuosa è rappresentata dalla collocazione del Centro all'interno del contesto ospedaliero, che agevola l'accesso alle consulenze mediche specialistiche, anche in regime di emergenza/urgenza.

Al contrario ha presentato profili di elevata criticità la collocazione del Centro all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale, per l'impossibilità di tenere distinti i percorsi di accesso degli adulti con disagio psichico e patologie psichiatriche conclamate dai percorsi dedicati ai minori.

### **1.3 III LIVELLO - CENTRO ALTAMENTE SPECIALIZZATO PER IL TRATTAMENTO DEI MINORENNI VITTIME DI VIOLENZA - GRUPPO INTERDISCIPLINARE ASSISTENZA DONNE e bambini ABUSATI (GIADA)**

*Il Centro Regionale di III livello è individuato nell'equipe GIADA, presso il Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico- Giovanni XXIII di Bari. Conta su un'equipe costituita da: un dirigente psicologo come responsabile scientifico, 4 dirigenti psicologi, un assistente sociale, un'equipe specialistica funzionale composta da un medico della direzione sanitaria, un medico legale, un gruppo di medici specialisti delle discipline correlate alle varie forme di violenza (pediatria, neonatologia, pronto soccorso, radiologia, chirurgia, ginecologia e ortopedia), un'infermiera professionale e si avvale anche delle specialità mediche presenti nell'Azienda Ospedaliera.*

*GIADA coordina un network regionale, costituito da servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, in ogni ASL della Regione e si articola come di seguito:*

- *reti decentrate di Unità Funzionali Interdisciplinari Ospedaliere - UFIO (Direzione Medica, Pediatria, Ginecologia e Ostetricia, Accettazione Pronto Soccorso, Medicina Legale, Radiologia, Chirurgia, Ortopedia, Psicologia, Servizi Sociali);*
- *Unità Funzionali Interdisciplinari Territoriali - UFIT (NPI, CF, PLS, MMG, Ser.D, CSM, Psicologia).*

*Il Centro svolge le seguenti funzioni:*

- *assistenza psicologica<sup>12</sup>, pediatrica e specialistica nelle condizioni di rischio e di violenza sui minorenni; l'accesso all'assistenza può avvenire in condizione di urgenza-emergenza, di ricovero programmato e in regime ambulatoriale, anche su invio dei servizi territoriali (sociali e sanitari) o dell'autorità giudiziaria*
- *consulto specialistico, anche a distanza, agli operatori dell'area materno – infantile su specifici e qualificati quesiti critici*
- *attività di prevenzione e contrasto della violenza all'infanzia e campagne di sensibilizzazione sui diritti dell'infanzia*
- *accompagnamento giudiziario e assistenza psicologica nel corso dell'escussione delle vittime e dei testimoni di minore età*
- *gestione dell'osservatorio ospedaliero sullo stress interpersonale acuto e cronico*
- *ricerca e formazione di base e specialistica*
- *comunicazione, sito web [www.giadainfanzia.it](http://www.giadainfanzia.it)*
- *audit clinici trimestrali con i centri specialistici di secondo livello*
- *componente del Coordinamento regionale in materia di violenza nei confronti dei minorenni.*

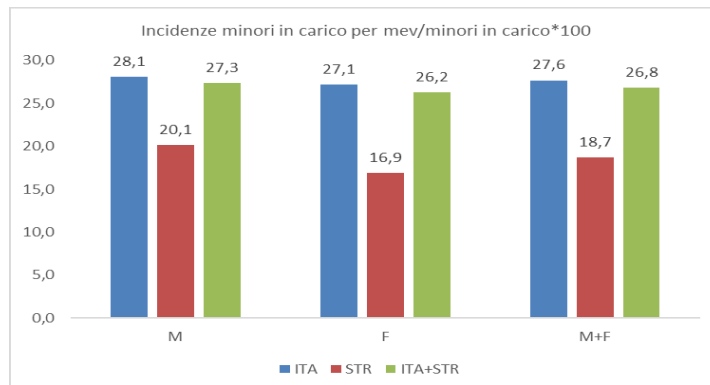
<sup>12</sup> Al fine di meglio chiarire quanto riportato nella DGR 1878/2016 sulle "Linee Guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età", per assistenza psicologica si intende l'insieme di interventi finalizzati alla formulazione di una diagnosi (vedi Sezione VI – capitolo 3) e alla cura del trauma derivante da maltrattamenti, violenze e/o altre esperienze sfavorevoli di cui sono vittime bambini e adolescenti.

#### 1.4 MINORENNI PRESI IN CARICO DAI SERVIZI SOCIALI: DATI DI MONITORAGGIO AL 1 GENNAIO 2019

Con il documento di linee guida veniva approvato anche il primo report di monitoraggio sui minori presi in carico dai servizi, integralmente riportato come allegato del documento stesso (monitoraggio anno 2015). Il Servizio Minori, Famiglie e PO, con il supporto tecnico dell'Ufficio Statistico regionale, ha condotto la rilevazione nel corso del 2019 con riferimento ai minori complessivamente in carico al 1 gennaio 2019. Alla rilevazione hanno partecipato 30 Ambiti territoriali sul totale di 45, solo 26 hanno fornito le schede compilate in modo da poterle comparare e analizzare. Pertanto, il secondo monitoraggio (1 gennaio 2019) ha riguardato un bacino pari al 56,5% del totale complessivo della popolazione minorile residente in Puglia.

I minori presi in carico complessivamente dai Servizi Sociali dei Comuni pugliesi, rispondenti alla rilevazione, rappresentano il 4,6% del totale dei minori 0-17 anni residenti, percentuale simile a quella del primo monitoraggio, divisi quasi equamente tra maschi e femmine.

L'incidenza dei minori in carico per maltrattamento/violenza è pari al 26,8% del totale dei bambini/adolescenti presi in carico (Fig. 1), percentuale in aumento rispetto al 2015 (23,6%). Difficile dire con esattezza se si tratti di aumento in termini di valore assoluto delle situazioni di violenza, quanto piuttosto il dato rilevi una maggiore capacità della rete dei servizi di rilevare episodi che prima restavano nell'ambito dell'ancora smisurato "sommerso".



**Grafico 1: incidenza minori in carico per maltrattamento/violenza su minori in carico\*100**

Per questa rilevazione abbiamo chiesto ai Comuni pugliesi di fornirci anche il dato delle "nuove" prese in carico (Tab.1) ovvero delle/i minori presi in carico nel corso del 2018. Il dato emerso registra una percentuale dei minori presi in carico per maltrattamento e violenza pari al 37% sul totale delle nuove prese in carico (1.054 su 2.837), di gran lunga superiore alla percentuale del 26,8% rilevata sul totale dei minori complessivamente in carico per maltrattamento/violenza. Il dato merita sicuramente di essere approfondito con la rete dei servizi antiviolenza per capire se ci troviamo in presenza di un aumento delle situazioni di maltrattamento/violenza o se è davvero aumentata nel corso di questi ultimi anni la capacità dei servizi preposti di riconoscere e rilevare le situazioni di maltrattamento, soprattutto intra familiare, prima molto sommerso o non riconosciuto.

NUOVI CASI PRESI IN CARICO NELL'ANNO 2018				DI CUI NUOVI CASI PRESI IN CARICO PER MALTRATTAMENTO E VIOLENZA NELL'ANNO 2018			
maschi		femmine		maschi		femmine	
italiani	stranieri	italiane	straniere	italiani	stranieri	italiane	straniere
188	93	155	49	50	21	57	19
125	31	107	27	64	11	52	10
368	51	231	49	158	11	118	17
655	184	446	78	207	47	171	41
<b>1.336</b>	<b>359</b>	<b>939</b>	<b>203</b>	<b>479</b>	<b>90</b>	<b>398</b>	<b>87</b>
<b>totale</b>			<b>2.837</b>	<b>totale</b>			<b>1.054</b>

--

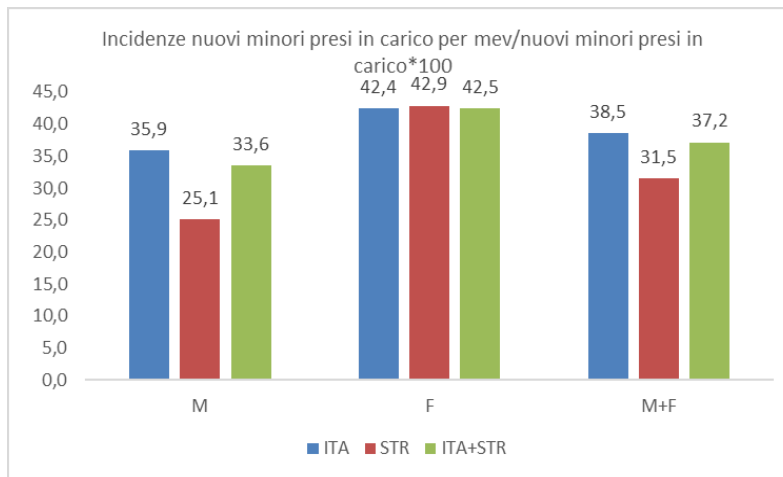
**Tab. 1: Minori presi in carico dai servizi sociali nel corso del 2018**

	M	F	M+F
ITA	53,8	46,2	100,0
STR	56,0	44,0	100,0
ITA+STR	54,0	46,0	100,0

**Tab.2- Minori presi in carico per cittadinanza e genere.**

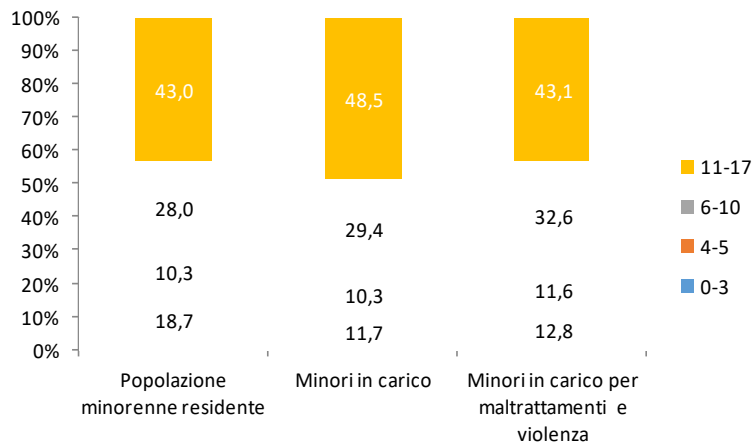
Con riferimento al genere (Tab.2), nel corso del 2018 prevale la percentuale dei minorenni maschi presi in carico (54%).

Ma se guardiamo alle incidenze dei minori presi in carico per maltrattamento/violenza sulle prese in carico distinte per genere, registriamo una percentuale del 42,5% per le femmine rispetto al 33,6% per i maschi, percentuale che diventa del 42,9% per le minori straniere:

**Grafico 2: incidenza minori in carico per maltrattamento/violenza su minori in carico\*100 per anno 2018.**

Tornando alla rilevazione più generale ovvero alla fotografia dei minori complessivamente in carico al 1 gennaio 2019, con riferimento alle prese in carico per fasce di età (Fig.3), le percentuali seguono in linea di massima le percentuali dei minori residenti sia pure con qualche significativa differenza. Così come qualche importante differenza si riscontra rispetto ai dati della rilevazione del 2015.

Infatti la fascia con percentuale più alta dei minori in carico per maltrattamento/violenza è sempre quella dei minori di età compresa tra gli 11 e i 17 anni (43,1%) ma nel 2015 rappresentava il 47,5%; aumenta la percentuale dei minori in fascia di età 6-10 anni (32,6%) che nell'indagine precedente rappresentava il 28,4%; aumenta anche la percentuale della fascia di età 0-3 anni (+ 2%) mentre diminuisce la percentuale della fascia di età 4-5 anni (-1,5%). Queste differenze tra le due indagini, sia pure lievi, potrebbero essere lette come un'aumentata capacità della rete dei servizi di rilevare le situazioni di maltrattamento/violenza un po' più precocemente rispetto al passato e di intervenire in maniera più tempestiva.



**Grafico 3: Popolazione minorenni residente, minori in carico e in carico per maltrattamenti e violenza per età.**

Con riferimento al rapporto tra minori vittime di maltrattamento e le forme di maltrattamento, emerge che la metà dei bambini/adolescenti maltrattati è vittima di forme di maltrattamento che si configurano come grave trascuratezza materiale e/o affettiva, o inadeguatezza delle cure, se si prendono in considerazione anche le patologie delle cure (51%). Segue la violenza assistita con il 23,6% e il maltrattamento psicologico con una percentuale del 10,6%. La percentuale della violenza assistita è aumentata del 7% rispetto alla precedente rilevazione, dato che mette in evidenza la crescente capacità dei Servizi di riconoscere la violenza domestica e, di conseguenza, la violenza assistita, anche grazie al lavoro dei centri antiviolenza e alla stretta collaborazione tra questi e i Servizi sociali, soprattutto con riferimento alle situazioni di violenza sulle donne che coinvolgono anche figli minori.

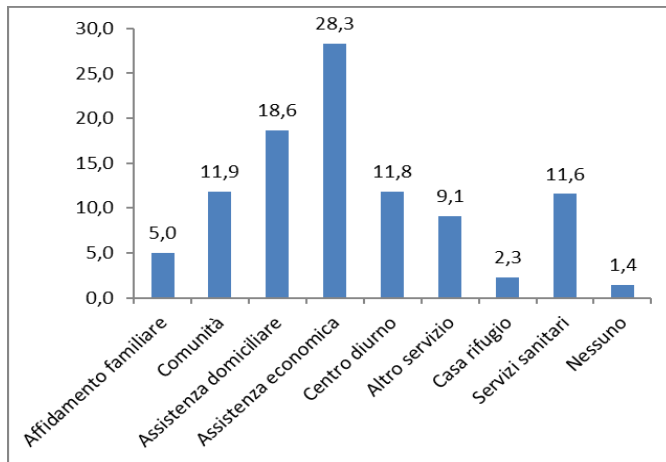
Le forme di maltrattamento meno prevalenti in Puglia sono quelle riferite al maltrattamento fisico (3,1%) e alla violenza sessuale (2,3%). In quest'ultimo caso la percentuale, sia pure aumentata di poco rispetto alla rilevazione precedente, sembra confermare purtroppo la difficoltà di rilevazione, da parte dei Servizi, di un fenomeno ancora drammaticamente sommerso.

Con riferimento al contesto in cui avviene il maltrattamento, l'87% dei casi in carico ai Servizi Sociali fa riferimento al contesto familiare, il 6% al contesto scolastico e al gruppo dei pari, mentre il 7% fa riferimento ad altri contesti.

L'analisi degli interventi erogati dai Comuni pugliesi per rispondere alle situazioni di maltrattamento intercettate, mette in evidenza come ogni minorenni riceva poco più di un intervento (1,1).

La misura di intervento prevalente è quella dell'assistenza economica (28,3%), seguita dall'assistenza domiciliare (18,6%), dall'allontanamento del minore presso le comunità (11,9%), dai servizi a ciclo diurno (11,8%), dai servizi sanitari (11,6%), dall'affidamento familiare (5%), e infine dalla casa rifugio (2,3%).

Rispetto all'indagine del 2015 emergono significative differenze: c'è un aumento della risposta in termini di assistenza domiciliare (+5,3%), dei servizi a ciclo diurno (+2,8%) e dei servizi sanitari (+1,6%). In netta diminuzione la risposta in termini di allontanamento dal nucleo familiare per inserimenti in comunità residenziali (-7%) o in affidamento familiare (-6%). Si registra anche una contrazione della percentuale dell'assistenza economica (-5,5%), con molta probabilità dovuta al fatto che molti nuclei familiari sono percettori diretti delle misure di contrasto alla povertà nazionali (REI e dopo RdC).

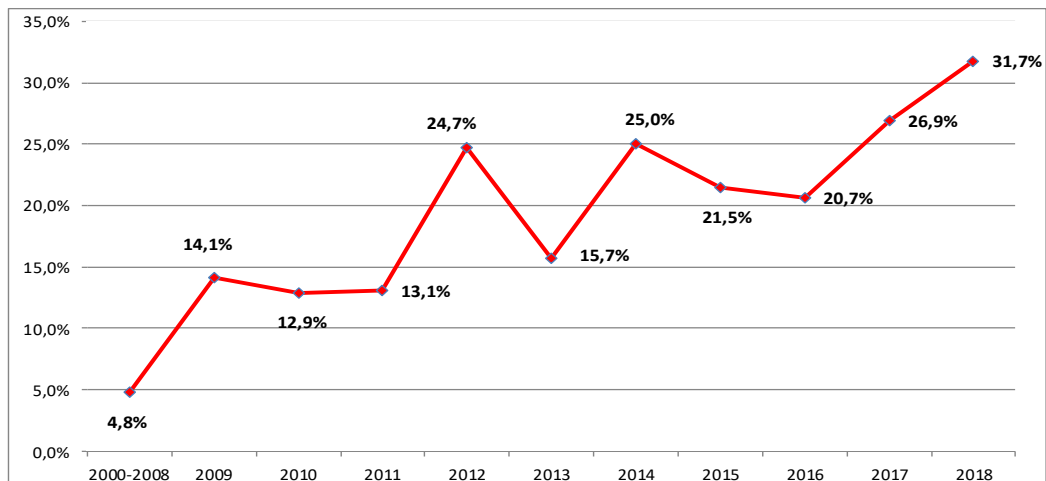


**Grafico 4: Tipologia di servizio a cui il minore ha avuto accesso negli Ambiti territoriali rispondenti.**

Tra le criticità che emergono da questa prima fotografia c'è anche la mancata (o lenta) integrazione tra i Servizi territoriali, in particolare tra Servizi Sociali e Servizi Sanitari. Infatti, emerge che solo il 20% dei minori presi in carico dai Servizi sociali per maltrattamento/violenza viene, almeno formalmente, seguito dalle équipe integrate multidisciplinari previste dalla normativa regionale. Si registra la presenza di realtà territoriali (tra queste anche la Città di Bari) in cui non è possibile rilevare i dati della presa in carico integrata, poiché non sono state ancora formalmente costituite le équipe integrate di primo livello tra servizi sociali e distretto sociosanitario, pur in presenza di prassi di lavoro integrate.

#### **1.5 MINORENNI PRESI IN CARICO DAL CENTRO SPECIALISTICO REGIONALE: DATI di GIADA AL 1° GENNAIO 2019**

Nel periodo 02/02/2009 – 31/12/2018, su un totale di 5241 minori giunti al Servizio di Psicologia, sono stati individuati, dall'equipe GIADA, 1192 minori vittime di violenza; nel 2018 su un totale di 536 minori giunti al Servizio di Psicologia sono stati seguiti 186 casi, di cui 114 nuovi casi e 72 minorenni già presa in carico negli anni precedenti. Lo studio della incidenza dei nuovi casi in condizione di violenza (Grafico 5), seguiti nel 2018, mostra una incidenza pari al 32%, con un incremento dell'incidenza rispetto agli anni precedenti.



**Grafico 5: incidenza dei casi GIADA sui casi giunti al Servizio fino al 2018**

Il 58% dei casi appartiene al genere femminile (Grafico 6). Il 44% dei minorenni è di età scolare, il 34% di età adolescenziale ma ben il 22% appartiene all'età prescolare (Grafico 7), dato indicativo di una maggiore precocità della rilevazione e quindi dell'intervento successivo.

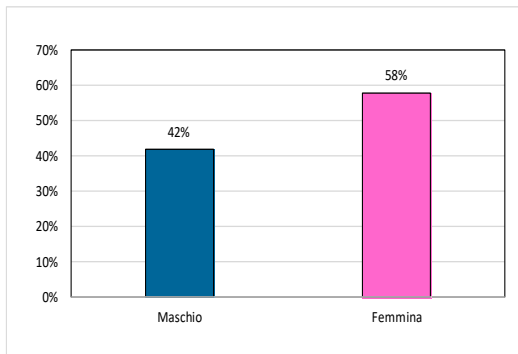


Grafico 6: distribuzione per genere

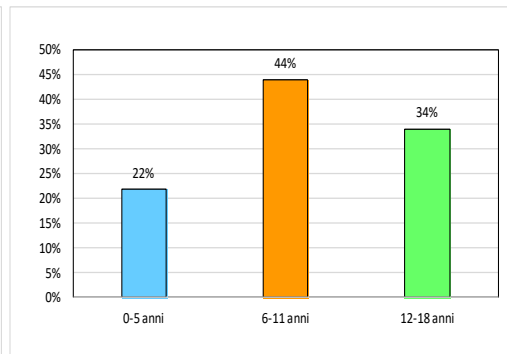


Grafico 7: distribuzione per fasce d'età

Rispetto ai territori di appartenenza (Grafico 8), 194 casi (82%) provengono dalla ASL Bari, 17 (7%) dall'Asl BAT, 10 casi (4%) dall'ASL Foggia, 8 casi (3%) dall'ASL di Taranto, 3 casi (1%) dall'ASL Lecce, 1(1%) dall'ASL Brindisi e 5 da fuori Regione (2%).

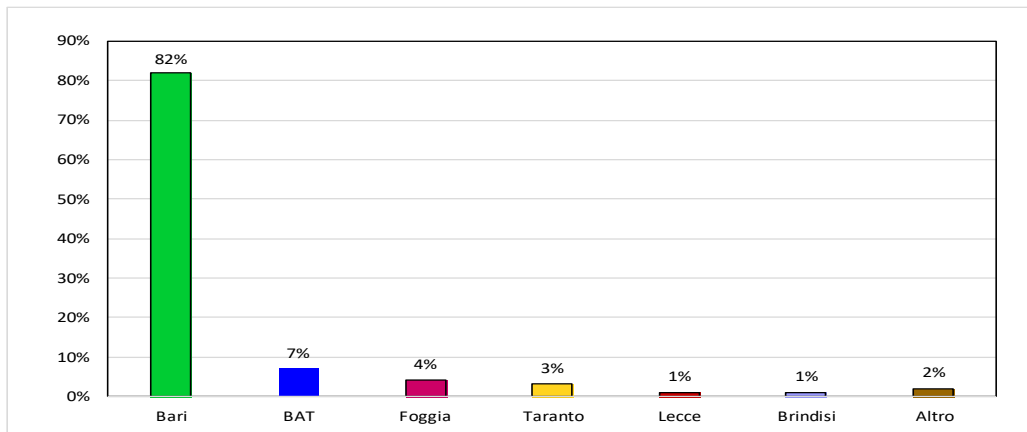


Grafico 8: distribuzione per territorio d'appartenenza

L'analisi della distribuzione per status socio-economico permette di rilevare che il 60% appartiene ad uno status basso e il 40% ad uno medio-alto.

La tipologie di violenza rilevate evidenzia che il 39,5% dei minorenni sono stati esposti a forme multiple di violenza, condizione che rende più complesso sia il quadro psicopatologico che la tipologia di intervento da mettere in atto. Nello specifico la distribuzione delle diverse violenze (Grafico 9) appare in linea con i dati rilevati a livello nazionale nell'ambito dell'“Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia” (effettuata nel 2015), realizzata dal Garante dell'Infanzia Nazionale in collaborazione con Terre des Hommes e CISMAL. In particolare il 43% dei minori vive in condizione di trascuratezza e il 21% è esposto a violenza assistita in ambito domestico.



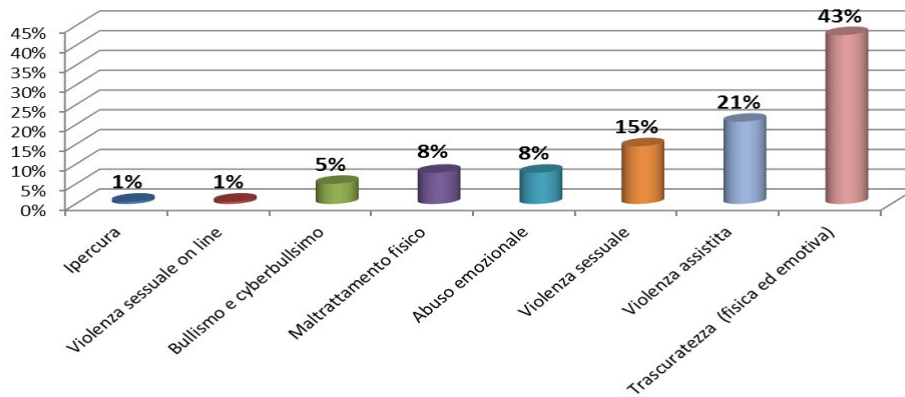


Grafico 9: distribuzione per tipologia di violenza

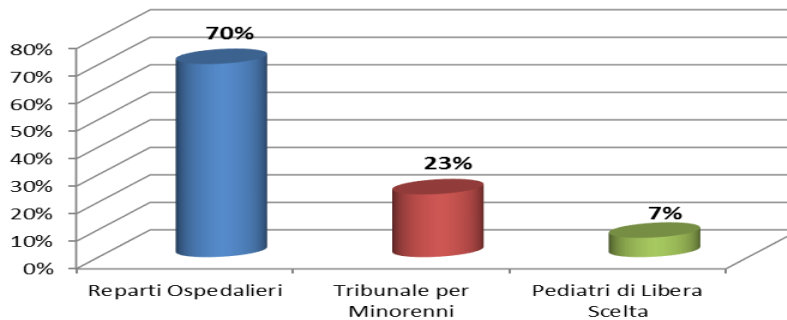
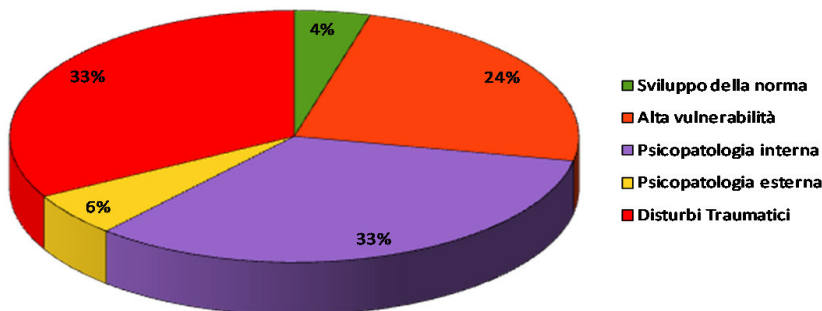


Grafico 10: distribuzione per tipologia di inviante

Il 70% dei nuovi casi sono stati rilevati nel contesto dell’Azienda Ospedaliera Policlinico-Giovanni XXIII (Grafico 10). Tale dato è indicativo del ruolo privilegiato del contesto ospedaliero nella rilevazione del sommerso. Nel 23% dei nuovi casi (26 minorenni) il contesto di invio è rappresentato dal Tribunale per i Minorenni di Bari e nel 7% dai servizi del territorio.

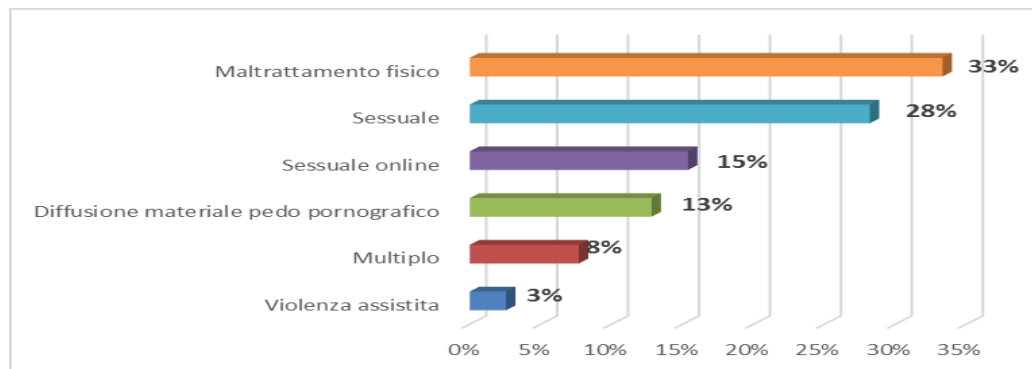
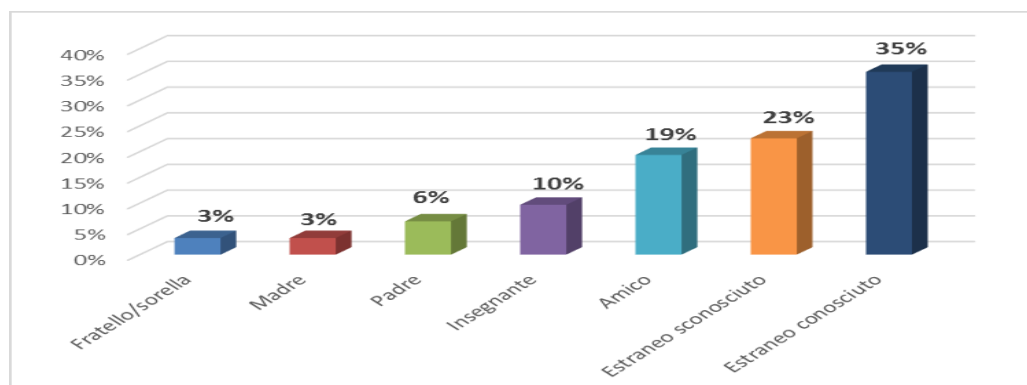
Dagli approfondimenti clinici effettuati nei casi di violenza in carico nel 2018 è emerso che il 72% dei minori osservati presentava degli esiti psicopatologici (psicopatologie internalizzanti/esternalizzanti, disturbi traumatici) riconducibili all’esposizione alla violenza, mentre il restante 28% non presentava esiti o evidenziava assetti patologici non ancora chiaramente inquadrabili in quadri psicopatologici (Grafico 11). La maggiore prevalenza di psicopatologia internalizzante, nel nostro osservatorio, è riconducibile ai quadri clinici ad espressione somatoforme che chiaramente arriva più frequentemente all’attenzione dei pediatri piuttosto che al personale dell’area psico-sociale.



**Grafico 11: distribuzione per tipologia diagnosi psicologica**

Complessivamente, nel 2018, sono stati presi in carico 132 casi nei confronti dei quali sono stati effettuati interventi diversificati; in particolare per 48 casi sono stati effettuati interventi di sostegno alla genitorialità, per 28 casi sono stati effettuati follow up sistematici, mentre i restanti 56 casi sono stati seguiti in terapia presso il Servizio di Psicologia e in loro favore sono state effettuate n. 613 sedute di trattamento, con una media di 11 incontri per paziente.

Relativamente alle attività riguardanti il Protocollo Assistenziale in contesto Giudiziario, il Servizio di Psicologia dell'Ospedale "Giovanni XXIII", dal 2013, ha effettuato, nel complesso, 346 Raccolte di Sommarie Informazioni (SI), su richiesta delle due Procure; in particolare nel 2018 sono state effettuate 39 SI (11 su richiesta della Procura Minorile e 28 della Procura Ordinaria). L'analisi delle caratteristiche dei minorenni coinvolti nelle SI mostra che 28 minori (72% dei casi) erano vittime, 10 (26%) persone informate sui fatti, mentre 1 minore (3%) è stato ascoltato in quanto presunto autore di reato. Complessivamente le SI hanno coinvolto 28 femmine (72%) e 11 maschi (28%), con distribuzione di 2 minori per fascia di età 0-5 (5%), 14 per la fascia 6-11 (36%) e 23 per la fascia 12-18 (59%). I minori ascoltati erano coinvolti per il 34% a maltrattamento fisico, per il 29% in reati riferibili a violenza sessuale, per il 16% a violenza sessuale on line, il 13% perché coinvolto in diffusione di materiale pedo-pornografico e nel 3% dei casi perché esposti a violenza assistita; nell'8% dei casi, invece, i minori sono ascoltati in riferimento a multiple ipotesi di reato (Grafico 12). I presunti autori del reato (Grafico 13) sono nel 69% appartenenti al contesto extrafamiliare con una prevalenza (35%) di persone estranee al nucleo familiare, ma comunque conosciuti dalla vittima ed un 23% di soggetti completamente sconosciuti alla vittima, mentre nel 31% dei casi sono membri del sistema familiare ristretto (padre, madre, fratello/sorella) o allargato (amici).

**Grafico 12: distribuzione per tipologia di ipotesi di reato****Grafico 13: distribuzione per tipologia di autore del reato**

## 2. LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DELLA RETE REGIONALE

Ai fini dell'attuazione degli obiettivi delle Linee guida regionali, è intervenuta la D.G.R. n. 1608/2018 che ha approvato il **Piano di interventi 2018-2020**, prevedendo la realizzazione dei seguenti interventi, rispettivamente nella titolarità degli Ambiti territoriali e dell'Az. Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari.

### Ambiti Territoriali:

- azioni di sostegno/potenziamento delle equipe integrate multidisciplinari di primo livello, comprese le attività di supervisione professionale;
- azioni di sensibilizzazione e di formazione di primo livello;
- azioni di sostegno, anche di natura economica, rivolti agli orfani di femminicidio e/o ai minori vittime di violenza diretta o indiretta che versano in condizioni di disagio socio-economico o psicologico;

### Servizio di Psicologia – Giada - dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari

- interventi di formazione specialistica rivolta ai/alle operatori/operatrici dei servizi coinvolti nella prevenzione e contrasto della violenza e del maltrattamento in danno dei minori e delle donne;
- interventi di prevenzione del bullismo e del cyber.

In collaborazione con il Servizio Minori, Famiglie e PO e con il partenariato del CISMAI (Coordinamento Italiano Servizi Maltrattamento all'Infanzia), l'equipe GIADA del Servizio di Psicologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico-Giovanni XXIII ha organizzato e realizzato le previste attività di formazione specialistica.

Destinatari del percorso formativo specialistico sono stati gli operatori delle equipe di I livello, dell'area sanitaria e sociale (equipe integrate multidisciplinari maltrattamento e violenza) delle equipe di II livello (rete ospedaliera Giada, Servizi di Psicologia/Consultori sovra distrettuali/Centri specialistici per la cura del Trauma interpersonale infantile, referenti di NPI, CSM, SERD, referenti dei Pediatri di Libera Scelta), dei servizi specializzati antiviolenza del terzo settore, in particolare centri antiviolenza.

Gli obiettivi formativi sono stati:

- condividere conoscenze e linee guida in materia di prevenzione, presa in carico, diagnosi e cura delle diverse condizioni di violenza ai danni delle persone di minore età;
- progettare e qualificare gli interventi integrati interdisciplinari e uniformi nel territorio regionale.

Il corso si è svolto in 7 moduli formativi, replicati in 3 edizioni, realizzati in diversi territori (Foggia, Bari e Lecce) per facilitare la partecipazione degli operatori favorendo al tempo stesso la costituzione di reti operative tra servizi diversi, oltre che lo scambio e il confronto tra operatori coinvolti. A tal fine sono state utilizzate metodologie didattiche differenziate (relazioni su temi preordinati, tavole rotonde, discussioni su casi clinici, dibattiti in plenaria) di taglio interdisciplinare e specialistico che hanno previsto, nelle ore pomeridiane, anche due sessioni parallele di approfondimento teorico/pratico.

La formazione specialistica si è articolata in numerosi contributi scientifici riguardanti tutte le fasi dell'intervento con approfondimenti relativi agli strumenti di rilevazione precoce, all'accertamento dei sospetti casi di maltrattamento/violenza, agli strumenti per la diagnosi e l'elaborazione di un progetto complessivo di sostegno al minorenne ed assistenza al minore in tutte le fasi del procedimento (audizione protetta-visite protette, se previste, trattamento psicoterapeutico), così come previsto dalle Linee guida regionali.

Alla formazione regionale si sono iscritti circa 600 operatori (Equipe Integrate Multidisciplinari territoriali, Centri specialistici per la cura del trauma interpersonale, Pediatri di Libera Scelta, Rete ospedaliera, CAV e operatori dei CSM, NPI e Ser.D.); di questi 478 hanno completato la formazione, mentre altri completeranno il processo formativo attraverso un corso FAD. Lo stesso corso FAD sarà messo a disposizione degli operatori già individuati dai propri Enti quali referenti dei servizi della rete ma che non si sono iscritti o non hanno partecipato al corso di formazione specialistica.

## 3. LA RETE REGIONALE DEI REFERENTI

A seguito dell'espletamento della formazione specialistica la Regione Puglia ha una mappa della Rete dei referenti che copre l'intero territorio regionale e che individua, per ognuno dei 3 livelli previsti dagli indirizzi

regionali, gli operatori che hanno acquisito specifiche competenze nella rilevazione e presa in carico di minori vittime delle diverse forme di violenza. In allegato si riporta l'elenco dei Referenti della Rete dei servizi che ha partecipato alla prima formazione specialistica regionale e l'elenco dei Centri Antiviolenza operativi in Puglia e che hanno partecipato alla formazione con alcune operatrici all'uopo individuate (vedi Appendice).

In modo particolare, l'individuazione dei referenti da parte delle ASL e degli Ambiti territoriali e la loro partecipazione al corso di formazione specialistica, consente di avere anche una fotografia dello stato dell'arte circa l'attuazione delle indicazioni organizzative dettate dalle Linee guida regionali.

Emerge, infatti, che l'ASL di Bari e di Brindisi non hanno ancora formalmente provveduto alla costituzione del previsto Centro per la Cura del Trauma interpersonale né all'individuazione del gruppo di lavoro (equipe di secondo livello) e che non in tutti gli Ambiti territoriali/Distretti sociosanitari, sono operative le EMI di primo livello. Nel territorio di Bari e provincia le funzioni del Centro per la cura del trauma interpersonale sono assolte da tempo dall'equipe GIADA.

Hanno partecipato alla formazione i/le referenti di 33 equipe integrate multidisciplinari di primo livello, anche se non sempre in maniera integrata (presenza per Ambito territoriale e per Consultorio dello stesso Distretto sociosanitario). I protocolli operativi, tranne poche eccezioni, non sono stati ancora adeguati agli indirizzi regionali.

Con riferimento alle attività formative, l'impegno regionale proseguirà, come già detto, nella direzione di predisporre ulteriori proposte formative per dare la possibilità ai referenti che non hanno potuto partecipare al corso di formarsi.

Inoltre, in conformità a quanto previsto dalla citata D.G.R. 1608/2018 di approvazione del Piano di interventi 2018-2020, in attuazione delle Linee guida regionali, tra le azioni previste e da realizzare in ogni Ambito territoriale, di prossima attuazione è quella che fa riferimento alle attività di sensibilizzazione e di formazione di base. Gli interventi che fanno riferimento a questa azione dovranno essere realizzati in maniera omogenea in tutti gli Ambiti territoriali, secondo le indicazioni e i contenuti forniti dal documento di Linee Guida e saranno gestiti dal centro antiviolenza di riferimento dell'AT, in collaborazione con l'equipe integrata di primo livello. Le referenti del Servizio Minori Famiglie e PO, insieme ai Referenti dell'equipe Giada, compatibilmente e con le modalità consentite dall'emergenza derivante da pandemia COVID 19, organizzeranno incontri su base provinciale con l'obiettivo al fine di illustrare il presente manuale operativo, monitorare lo stato dell'arte circa la costituzione formale e l'operatività dei servizi della rete antiviolenza nonché l'adeguamento di prassi e procedure agli indirizzi regionali, l'integrazione tra i diversi servizi, pubblici e privati. Gli incontri serviranno anche a predisporre un format omogeneo per la formazione di base da svolgere nei diversi territori, definirne i contenuti, le modalità di svolgimento, gli operatori da coinvolgere, con riferimento ai servizi sociali, educativi, sanitari.

La complessità di governo della rete, composta da più reti territoriali, richiede un presidio stabile di coordinamento e supervisione. Si rende, pertanto, necessaria la costituzione di una struttura complessa che possa assicurare da un lato il coordinamento organizzativo e contemporaneamente favorire il necessario supporto metodologico al lavoro delle equipe integrate, siano esse territoriali o ospedaliere.

Il lavoro di raccordo, a cura della struttura complessa da istituire, dovrà estendersi a tutti i soggetti (anche privati e del privato sociale accreditato) che lavorano per la prevenzione e il contrasto alla violenza, nonché a tutte le altre istituzioni coinvolte, in particolare forze dell'ordine e autorità giudiziaria.

**Sezione II****RACCOMANDAZIONI**

- Raccomandazioni generali
- Raccomandazioni specifiche per i casi di violenza domestica
- Raccomandazioni specifiche per i casi di violenza tra pari on-line e off-line
- Raccomandazioni per la segnalazione all'Autorità Giudiziaria
- Raccomandazioni per il trattamento

**1. RACCOMANDAZIONI GENERALI**

Nei casi di violenza all'infanzia è necessario che gli operatori, chiamati a svolgere un'attenta analisi differenziale, facciano riferimento a raccomandazioni specifiche; in particolare:

- si raccomanda che i Servizi Sociali e Sanitari definiscano o implementino, se già esistenti, procedure integrate tra loro e con i servizi scolastici, socio-educativi e del tempo libero, al fine di permettere rapide e condivise rilevazioni di rischio o violenza;
- siano facilitate e chiarite le modalità di accesso ai Servizi Sociali e Sanitari di riferimento per un confronto sui dubbi relativamente ai segni/segnali rilevati;
- non è consigliata la gestione "solitaria" della rilevazione; risulta fondamentale il confronto. Anche gli operatori dell'area educativa (insegnanti, dirigenti, educatori di centri ludici/sportivi, ecc.) devono avere la possibilità di confronto interdisciplinare sia all'interno della struttura in cui operano che con operatori dell'area socio-sanitaria e della giustizia;
- nelle forme sospette di violenza intrafamiliare è importante e utile riuscire a differenziare il ruolo del genitore abusante da quello "protettivo", poiché quest'ultimo, se non giudicato ma supportato, potrebbe divenire una risorsa per il figlio;
- si predisponga l'integrazione informatica dei dati acquisiti dai vari punti di accesso sociosanitario e sanitario della Regione, al fine di ridurre il rischio della migrazione dei casi di sospetta violenza;
- per i casi che giungono presso le strutture ospedaliere risulta opportuno che sia predisposto un percorso specifico dedicato e che preveda:
  - riduzione tempi d'attesa e accoglienza in un luogo adeguato/riservato;
  - ricerca di precedenti accessi in Pronto Soccorso;
  - richiesta di consulenze specialistiche svolte da personale specializzato che permetta un'adeguata diagnosi differenziale;
  - invio del caso per l'eventuale presa in carico all'Equipe integrata territoriale di riferimento;
- nell'ambito dell'ipotesi di una forma grave di patologia delle cure, si raccomanda che sia assicurata particolare attenzione ai casi di:
  - nati pretermine;
  - neonati in astinenza a causa dell'assunzione di droghe, di alcool e di comportamenti a rischio della madre durante la gravidanza;
  - generale atteggiamento di negazione o di ritardo nel provvedere a cure sanitarie;
  - frequenti ricorsi a cure mediche/ricoveri causati da assente o inadeguata vigilanza;
  - condizione di isolamento del bambino, per cui non gli è consentito di interagire o di comunicare con i coetanei o gli adulti al di fuori o all'interno della casa;
  - non assolvimento dell'obbligo scolastico.

**2. RACCOMANDAZIONI SPECIFICHE PER I CASI DI VIOLENZA DOMESTICA**

- Il contrasto della violenza domestica impone l'attuazione di azioni specifiche ed appropriate; in particolare gli operatori dell'area socio-sanitaria che vengono a conoscenza di casi in cui il minore è esposto a violenza domestica devono:

- procedere, senza inerzia, ad effettuare una segnalazione all'Autorità Giudiziaria di quanto appreso nell'esercizio delle proprie funzioni;
- effettuare l'invio della donna vittima di violenza domestica al Centro Antiviolenza operante nell'Ambito territoriale di riferimento;
- nei casi di allontanamento protetto della madre con figli a causa di maltrattamento/violenza intrafamiliare, ovvero in quelli di allontanamento del genitore maltrattante dall'abitazione familiare, procedere con opportuna valutazione del rischio prima di dar corso agli eventuali incontri protetti tra il minore e il maltrattante evitando, in ogni caso, di esporre la donna al rischio di incontro con la stessa figura maltrattante (*art. 31 l.n. 77/2013*). Tale valutazione deve comprendere, oltre agli indicatori di rischio (Metodo SARA - Spousal Assault Risk Assessment), un'attenta analisi circa la possibilità di recupero delle capacità genitoriali del padre ed anche la disponibilità dello stesso a partecipare a percorsi terapeutici e riabilitativi specifici "per incoraggiarli ad adottare comportamenti non violenti nelle relazioni interpersonali, al fine di prevenire nuove violenze e modificare i modelli comportamentali violenti." (articolo 16 Convenzione di Istanbul);
- è necessario, altresì, tener presente l'importanza dell'attivazione di percorsi in favore del minore, propedeutici agli incontri protetti, che rispettino i tempi necessari all'elaborazione delle esperienze traumatiche;
- è necessario che gli interventi di "spazio neutro", prescritti dall'Autorità giudiziaria, siano erogati solo nell'ambito di un progetto complessivo predisposto e coordinato dai servizi competenti (equipe integrate di primo e/o di secondo livello) e che garantisca in ogni caso la sicurezza fisica ed emotiva dei minori e di chi li accompagna;
- è necessario garantire il diritto del minore ad essere ascoltato e la centralità dello stesso in tutte le questioni che lo riguardano, compreso il rispetto per i suoi tempi e le sue scelte. Centralità sottolineata anche dalla legge 219/12 art. 315 bis c.c., comma 3, che riconosce al figlio minore, che abbia compiuto gli anni dodici, e anche di età inferiore ove capace di discernimento, il diritto di essere ascoltato in tutte le questioni e le procedure che lo riguardano. Tale normativa rappresenta un punto di arrivo per l'emancipazione del minore da oggetto di protezione all'interno della famiglia a soggetto di diritti. L'importanza dell'ascolto era stata già sottolineata nelle "Linee guida del Consiglio d'Europa per una giustizia a misura di bambino", adottate dal Comitato dei Ministri il 17 novembre 2010, dove, nella sezione III, lett. A, è rimarcato il diritto del minore ad avere la possibilità di esprimere la propria opinione nell'ambito dei procedimenti che lo riguardano;
- il minore può essere ascoltato sia in modalità diretta che in modalità indiretta, inserito quindi in un processo di valutazione più ampio e complesso che consenta una lettura multidimensionale della vita dello stesso nella famiglia, nel contesto scolastico e nel tempo libero tesa ad esplorare i suoi desideri, i suoi bisogni ed i suoi vissuti ed a valutare anche le competenze genitoriali;
- è indispensabile procedere alla valutazione delle capacità genitoriali materne tramite l'ausilio e la consulenza di professionalità adeguatamente preparate sulle dinamiche della violenza di genere, per poter tenere in debita considerazione i danni prodotti dalla violenza sulla donna/madre e sul minore, assimilabili a quelli del disturbo da stress post-traumatico, offrendo contestualmente il più ampio supporto. A tal proposito, si raccomanda l'integrazione operativa tra i servizi territoriali competenti e i Centri Antiviolenza e le Case Rifugio;
- le prese in carico delle vittime e dei maltrattanti non devono essere svolte nello stesso servizio e con gli stessi operatori, ma devono prevedere servizi/luoghi ed operatori con competenze specifiche differenziate;
- i servizi, sia pubblici che privati, non erogano prestazioni di mediazione familiare né altre consulenze specialistiche rivolte alla coppia genitoriale in presenza di violenza intra-familiare, sia essa conclamata o sospetta, fino a quando perdura la situazione di violenza o di pregiudizio e/o in assenza di condizioni di sicurezza fisica, emotiva e psicologica che possano garantire nel setting simmetria ed equilibrio nella relazione tra le parti. Anche in questo caso è assolutamente indispensabile il raccordo con il centro antiviolenza che segue la donna.

Si allega al presente documento, per opportuno approfondimento (vedi Sezione VI – capitolo 1), la nota del Ministro della Salute del 29.5.2020 che esprime la posizione del Governo in merito alla "Sindrome da

Alienazione Genitoriale” che “*non risulta inserita in nessuna delle classificazioni in uso in ragione della sua evidente “ascientificità” dovuta alla mancanza di dati a sostegno*”. L’Istituto Superiore di Sanità ha segnalato che “*su questo argomento è in corso un vivace dibattito nella Comunità scientifica, anche e soprattutto, per il rischio di utilizzo strumentale di una definizione priva di validità diagnostica nelle controversie che coinvolgono minori*”.

### **3. RACCOMANDAZIONI SPECIFICHE PER I CASI DI VIOLENZA TRA PARI ON-LINE E OFF-LINE**

Gli effetti sociali, fisici e mentali negativi derivanti dall’essere vittima di violenza tra pari on-line e off-line non sono purtroppo confinati all’interno dell’età infantile e adolescenziale, ma sono stati riscontrati anche nell’età adulta. Tali dati evidenziano l’importanza di attuare interventi tempestivi e efficaci. La letteratura internazionale sull’intervento sul fenomeno del violenza tra pari on-line e off-line concorda nel sottolineare l’importanza di un coinvolgimento globale dell’intera comunità scolastica e di un’attenta valutazione del contesto scolastico e dei bisogni in esso presenti. Pertanto tale problematica dovrebbe essere trattata attraverso:

- interventi di psicologia di comunità che attivano e rendono funzionante una rete all’interno di un istituto scolastico;
- interventi sul gruppo classe di potenziamento delle abilità emotive e sociali. Si tratta di percorsi che attraverso strumenti come il role-playing, possono favorire modalità comunicative e relazionali funzionali dei ragazzi all’interno del gruppo classe;
- interventi di formazione a gruppi di ragazzi, con l’obiettivo di attivare modelli di “supporto tra pari”, basati sulla possibilità che i ragazzi stessi siano agenti di cambiamento;
- in alcune situazioni può rendersi necessario un intervento psicologico clinico individuale sulla vittima e/o sul bullo. Gli interventi rivolti alla vittima mirano principalmente a sviluppare la capacità di reagire in modo assertivo ed ottimale a situazioni di frustrazione e prevaricazione. È utile a tal fine favorire una rete di sostegno affinché la vittima si senta supportata ed incoraggiata nel fronteggiare le prepotenze del bullo in modo efficace, anche in presenza di altri compagni di classe. È inoltre possibile organizzare training rivolti a gruppi di vittime affinché acquisiscano nuove abilità assertive, relazionali e comportamentali;
- gli interventi individuali nei confronti del bullo possono prevedere un approccio morale mediante cui si cerca di sensibilizzare il ragazzo al rispetto dell’etica scolastica e all’acquisizione di regole e valori morali; tuttavia l’intervento più efficace è quello che cerca di modificare non solo il comportamento in superficie, ma anche i fattori emotivo-affettivi che guidano le scelte di questi ragazzi.

### **4. RACCOMANDAZIONI PER LA SEGNALAZIONE ALL’AUTORITÀ GIUDIZIARIA**

È importante ricordare che l’obbligo di riferire alle Autorità sussiste anche solo sulla base di un sospetto in quanto sta solo alla funzione giudiziaria stabilire la veridicità del fatto e la natura dolosa o accidentale del caso. La Legge punisce l’omissione di referto o denuncia (art. 365 c.p.; art. 361 c.p.; art. 362 c.p.).

Nell’ambito scolastico/educativo l’insegnante che rileva una condizione di rischio o di un reato perseguibile d’ufficio deve informare il Dirigente Scolastico, con cui valuterà la necessità di informare i Servizi Sociali competenti o consultare altri operatori dell’area socio-sanitaria; nello specifico, se viene rilevata un’ipotesi di reato perseguibile d’ufficio, verrà effettuata una segnalazione all’Autorità Giudiziaria. In questi ultimi casi qualora l’insegnante non dovesse avere la collaborazione del dirigente, ha l’obbligo in qualità di incaricato di pubblico servizio di inviare una segnalazione all’Autorità Giudiziaria.

### **5. RACCOMANDAZIONI PER IL TRATTAMENTO**

Nei casi di violenza, quasi sempre, è necessario programmare interventi integrati/paralleli che intervengano sia sul minore che sull’adulto.

Anche nei casi di violenza assistita, in cui spesso viene posta l’attenzione prevalentemente sulla donna, è importante attivare interventi combinati che coinvolgano anche i minorenni in quanto vittime e non

semplici "spettatori". Tale raccomandazione deve avere una ricaduta a livello organizzativo, poiché i Centri Antiviolenza che solitamente accolgono le donne madri vittime di violenza domestica, possano attivare anche la rete di tutela ai minorenni. In tali casi *"è necessario combinare azioni volte a ridurre l'impatto negativo dell'esperienza traumatica con azioni dirette a promuovere sia un buon accudimento sia la resilienza del minore"* (concetto preso dal documento sulla violenza assistita Latina-Daphne 2014). Quindi, nel percorso di accompagnamento delle donne con figli nell'uscita dalla violenza, l'intervento deve tendere a rivedere ed elaborare la propria storia di violenza, a proteggersi e proteggere i figli nel percorso di allontanamento dalla violenza, a credere in se stessa come donna e come madre, migliorando la sua autostima, a riflettere sulle interferenze della violenza sulle sue capacità genitoriali, a smontare i sensi di colpa, a recuperare autorevolezza. *"Tentare di riparare la relazione della diade madre-bambino è uno degli obiettivi primari dell'intervento, in quanto spesso costituisce il presupposto per consentire al bambino di affrontare vissuti più specifici legati all'essere stati spettatori di violenza in famiglia"* (Luberti, Pedrocco Biancardi 2005).

Pertanto, fatte queste premesse, occorre precisare che:

- il tratto caratterizzante degli interventi sarà il lavoro sulla ricostruzione della capacità genitoriale per evitare soluzioni di allontanamento o di istituzionalizzazione;
- il trattamento integrato per la vittima e i genitori deve essere tempestivo e avere continuità nel tempo;
- è necessario definire un case manager clinico per il trattamento;
- il trattamento deve adottare metodologie basate sull'evidenza scientifica e nei casi di violenza intrafamiliare evitare il ricorso ai metodi alternativi di risoluzione dei conflitti, tra cui la mediazione e la conciliazione (art. 48 l.n. 77/2013).



**Sezione III****PERCORSI OPERATIVI**

- Protocollo Assistenziale Intraospedaliero in condizione di urgenza-emergenza (III livello)
- Protocollo Assistenziale Intraospedaliero in condizione di urgenza-emergenza (II livello)
- Protocollo Assistenziale territoriale
- Protocollo di intervento per il lutto traumatico nei bambini “special orphans”
- Ascolto Giudiziario
- Minori stranieri non accompagnati
- Violenze tra pari ON-LINE e OFF-LINE
- Cura del Trauma

**1. PROTOCOLLO ASSISTENZIALE INTRAOSPEDALIERO IN CONDIZIONE DI URGENZA-EMERGENZA (III LIVELLO)**

Il protocollo assistenziale intraospedaliero in condizione di urgenza-emergenza presso l'ospedale pediatrico “Giovanni XXIII”, ove è collocato il Centro di Riferimento Regionale di III livello, può attivarsi:

- su contatto diretto con l'equipe GIADA (da parte delle comunità/case rifugio, centri anti violenza o operatori della Rete GIADA) la quale provvederà ad allertare il pronto soccorso e, se è il caso, le Forze dell'Ordine, vi è una pronta attivazione del codice denominato GIADA<sup>13</sup>;
- per accesso diretto al Pronto soccorso attraverso i vari canali (118, Forze dell'Ordine, accesso spontaneo, pediatra di libera scelta o servizi sociali del territorio) con conseguente attivazione del codice denominato GIADA<sup>13</sup> nel caso in cui vengano rilevati sintomi, segni o elementi della storia anamnestica sospetti.

In entrambi i casi gli operatori del Pronto Soccorso, in casi di sospetto o di violenza intrafamiliare dichiarata dalla donna, possono servirsi di due brevi questionari (vedi Sezione IV – capitolo 1) utili, rispettivamente, a rilevare il rischio (della donna e dei suoi figli) di esposizione alla violenza domestica e il rischio di re-vittimizzazione. È importante, inoltre, che gli operatori di Pronto Soccorso documentino quanto rilevato nel corso della loro attività assistenziale (sia lesioni su minori e/o sugli adulti, sia gli interventi messi in atto) attraverso la compilazione della Scheda di rilevazione dati Casi di violenza in Pronto Soccorso (vedi Sezione IV – capitolo 2).

Successivamente all'attivazione del Codice GIADA, che prevede la presenza di uno psicologo e assistente sociale in pronto soccorso, la riduzione dei tempi di attesa per lo svolgimento della visita che viene effettuata in un ambiente riservato, viene effettuata la visita medica, un'attenta raccolta anamnestica e l'osservazione psico-comportamentale del minore.

Nel caso in cui non emergano ulteriori elementi di sospetto si procede con le attività clinico/assistenziali di carattere medico e, in caso di rilevazione di elementi di vulnerabilità psico-sociale, si avviano le opportune azioni di monitoraggio e raccordo gli operatori territoriali (SS, CF, NPJA, CSM, PLS).

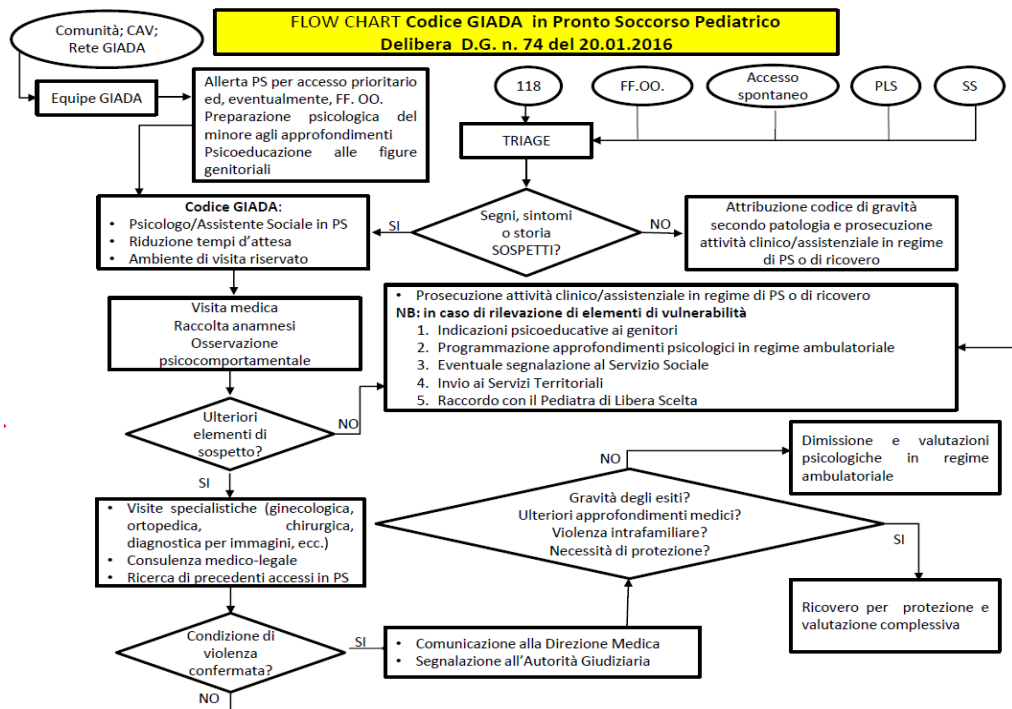
Al contrario, nel caso in cui vengano rilevati ulteriori elementi di sospetto, vengono effettuate visite specialistiche (ginecologica, ortopedica, chirurgica, diagnostica per immagini, ecc.) ivi compresa la consulenza medico-legale, oltre che la ricerca di precedenti accessi in pronto soccorso. Se da tali approfondimenti viene confermata la condizione di violenza, si procede ad informare la Direzione Medica e a trasmettere una segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

Infine, fatta una valutazione sulla gravità degli esiti, la necessità di ulteriori approfondimenti medici, l'eventuale presenza di una condizione di violenza intrafamiliare o la necessità di protezione, gli operatori possono disporre il ricovero per garantire la condizione di protezione e proseguire valutazioni mediche e

<sup>13</sup> Equiparato, per tempi e modalità di accoglienza, al codice giallo

psicologiche, oppure disporre la dimissione con programmazione delle valutazioni psicologiche in regime ambulatoriale.

In ogni caso, in presenza di segni, sintomi o quadri diagnostici riconducibili all'esposizione a condizioni di violenza, in fase di dimissione, il medico di Pronto Soccorso o il medico del reparto di degenza (nel caso di ricovero), dovranno fare riferimento ai codici diagnostici ICD9-CM (vedi Sezione VI – capitolo 2); tali codici potranno essere utilizzati anche come codici di diagnosi secondaria.



## 2. PROTOCOLLO ASSISTENZIALE INTRAOSPEDALIERO IN CONDIZIONE DI URGENZA-EMERGENZA (II LIVELLO)

Il protocollo assistenziale intraospedaliero in condizione di urgenza-emergenza può attivarsi a cura dei Centri Specialistici qualificati per la diagnosi e la cura del trauma derivante da maltrattamenti, violenze e/o altre esperienze sfavorevoli di cui sono vittime bambini e adolescenti. I minori possono giungere a tali Centri:

- su contatto diretto con la Rete dei referenti GIADA (da parte delle comunità/case rifugio, CAV o operatori della Rete GIADA) la quale provvederà ad allertare il pronto soccorso e, se è il caso, le Forze dell'Ordine, vi è una pronta attivazione del codice denominato GIADA<sup>13</sup>;
- per accesso diretto al Pronto soccorso attraverso i vari canali (118, Forze dell'Ordine, accesso spontaneo, pediatra di libera scelta o servizi sociali del territorio) con conseguente attivazione del codice denominato GIADA<sup>13</sup> nel caso in cui vengano rilevati sintomi, segni o elementi della storia anamnestica sospetti.

In entrambi i casi gli operatori del Pronto Soccorso, in casi di sospetto o di violenza intrafamiliare dichiarata dalla donna, possono servirsi di due brevi questionari (vedi Sezione IV – capitolo 1) utili, rispettivamente, a rilevare il rischio (della donna e dei suoi figli) di esposizione alla violenza domestica e il rischio di re-vittimizzazione. È importante, inoltre, che gli operatori di Pronto Soccorso documentino quanto rilevato nel corso della loro attività assistenziale (sia lesioni su minori e/o sugli adulti, sia gli interventi messi in atto) attraverso la compilazione della Scheda di rilevazione dati Casi di violenza in Pronto Soccorso (vedi Sezione IV – capitolo 2).

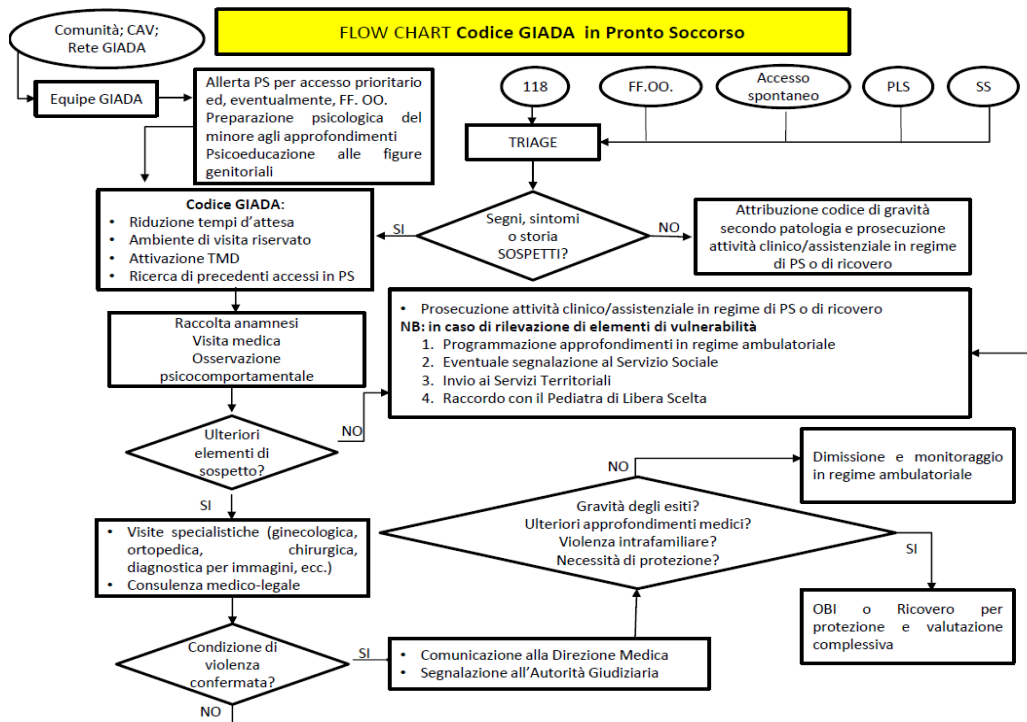
Successivamente all'attivazione del Codice GIADA, oltre a garantire la riduzione dei tempi di attesa per lo svolgimento della visita che viene effettuata in un ambiente riservato, si provvede all'attivazione di un *Team Multi-Disciplinare (TMD)*, composto da personale sanitario (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali) ed eventualmente dalle forze dell'ordine laddove richiesto dagli obblighi di legge e alla ricerca di precedenti accessi in Pronto Soccorso. In questa fase, inoltre, viene effettuata la visita medica, un'attenta raccolta anamnestica e l'osservazione psico-comportamentale del minore

Nel caso in cui non emergano ulteriori elementi di sospetto si procede con le attività clinico/assistenziali di carattere medico e, in caso di rilevazione di elementi di vulnerabilità psico-sociale, si avviano le opportune azioni di monitoraggio e raccordo gli operatori territoriali (SS, CF, NPIA, CSM, PLS).

Al contrario, nel caso in cui vengano rilevati ulteriori elementi di sospetto, vengono effettuate visite specialistiche (ginecologica, ortopedica, chirurgica, diagnostica per immagini, ecc.) ivi compresa la Consulenza medico-legale, oltre che la ricerca di precedenti accessi in pronto soccorso. Se da tali approfondimenti viene confermata la condizione di violenza, si procede ad informare la Direzione Medica e a trasmettere una segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

Infine, fatta una valutazione sulla gravità degli esiti, la necessità di ulteriori approfondimenti medici, l'eventuale presenza di una condizione di violenza intrafamiliare o la necessità di protezione, gli operatori possono disporre il ricovero per garantire la condizione di protezione e proseguire valutazioni mediche e psicologiche, oppure disporre la dimissione con programmazione delle valutazioni psicologiche in regime ambulatoriale.

In ogni caso, in presenza di segni, sintomi o quadri diagnostici riconducibili all'esposizione a condizioni di violenza, in fase di dimissione, il medico di Pronto Soccorso o il medico del reparto di degenza (nel caso di ricovero), dovranno fare riferimento ai codici diagnostici ICD9-CM (vedi Sezione VI – capitolo 2); tali codici potranno essere utilizzati anche come codici di diagnosi secondari.



### 3. PROTOCOLLO ASSISTENZIALE TERRITORIALE

Il protocollo assistenziale territoriale vede come primo snodo l'Equipe Multidisciplinare Integrata presente in ogni Ambito Territoriale/Distretto sociosanitario. L'Equipe di I livello può venire a conoscenza di una situazione di potenziale rischio di violenza all'infanzia attraverso vari soggetti, quali:

- referenti ospedalieri della rete GIADA;
- pediatri di libera scelta;
- forze dell'ordine;
- servizi sociali dei comuni facenti parte dell'Ambito territoriale;
- centri antiviolenza operanti nel territorio dell'Ambito territoriale;
- comunità educative/case rifugio;
- operatori della scuola;
- genitori che accedono spontaneamente.

L'EMI, accolta la domanda e fatta una prima analisi del rischio, procede ad effettuare una prima valutazione del rischio psicosociale attraverso l'attuazione di un set minimo; all'esito di tale valutazione se l'Equipe rileva l'assenza di un rischio concreto, avvia azioni di:

- monitoraggi;
- elaborazione del progetto di intervento con gli altri servizi coinvolti;
- verifica del progetto di intervento;
- intervensioni con il Centro Specialistico per la cura del Trauma Interpersonale di riferimento.

Nel caso in cui l'EMI rileva una condizione di rischio concreto procede ad effettuare:

- tempestiva segnalazione/denuncia all'Autorità Giudiziaria;
- proposta di provvedimento a tutela dei minorenni;
- interventi di natura protettiva del minore d'intesa con il SS territoriale di riferimento e in collaborazione con i servizi di pronto intervento sociale;
- eventuale invio del minore alla **Rete ospedaliera GIADA** di riferimento per:
  - visite specialistiche (ginecologica, ortopedica, chirurgica, diagnostica per immagini, ecc.);
  - eventuale consulenza medico-legale;
  - ricerca di precedenti accessi in PS;
  - raccordo con il PLS di riferimento al fine di raccogliere dati anamnestici remoti e recenti sul minore e sulla famiglia.

L'Equipe, inoltre, a fronte di un grado intermedio di complessità, mediante la compilazione e l'invio di apposita scheda ("Modulo per la richiesta di intervento dei Centri Specialistici per la cura del trauma interpersonale da parte delle Equipe Integrate Multidisciplinari territoriali" – Sezione III – capitolo 3), attiva il **Centro Specialistico per la cura del Trauma Interpersonale** di riferimento che garantirà:

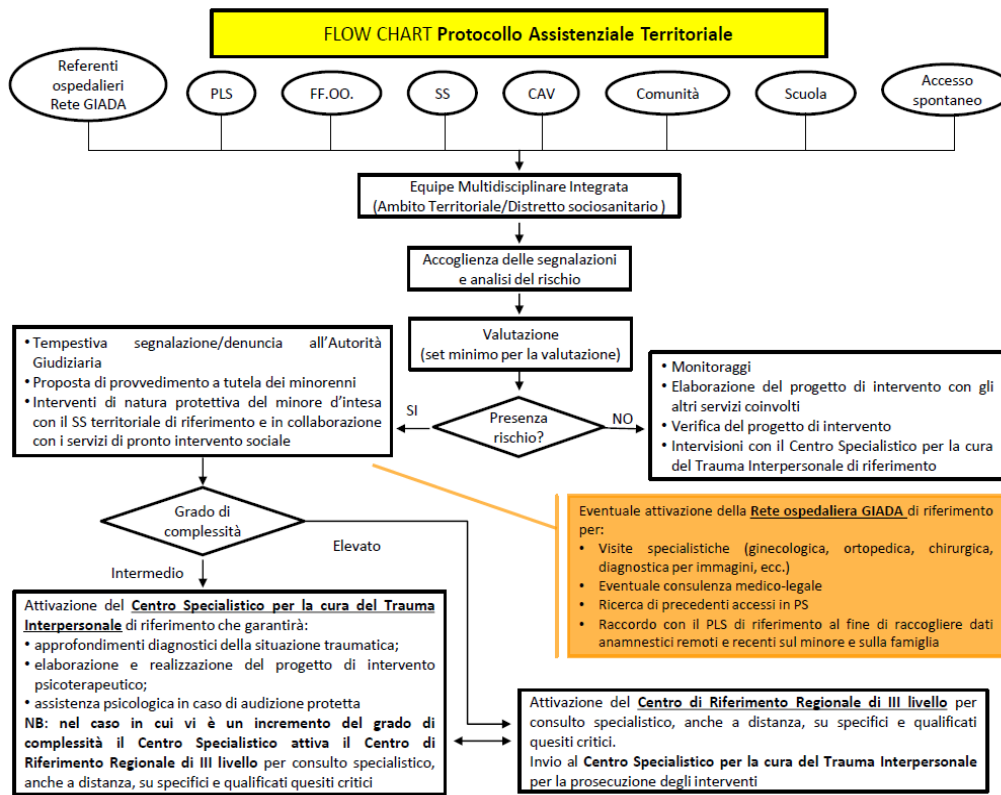
- approfondimenti diagnostici della situazione traumatica;
- elaborazione e realizzazione del progetto di intervento psicoterapeutico;
- assistenza psicologica in caso di audizione protetta.

Nel caso in cui il **Centro Specialistico per la cura del Trauma Interpersonale**, durante lo svolgimento delle proprie azioni rilevasse un incremento del grado di complessità, tale Centro di II livello può attivare il **Centro di Riferimento Regionale di III livello** per un consulto specialistico, anche a distanza, su specifici e qualificati quesiti critici.

Nel caso in cui l'EMI, all'esito delle valutazioni di propria competenza, rilevi un grado elevato di complessità può attivare il **Centro di Riferimento Regionale di III livello** per un consulto specialistico, anche a distanza, su specifici e qualificati quesiti critici.

Con riferimento ai minori presi in carico per maltrattamento/violenza, il Servizio sociale del Comune di residenza è tenuto a segnalare e a inviare il caso all'equipe di I livello e, laddove questa non sia operativa, a contattare la/lo psicologa/o del consultorio familiare di competenza ai fini della predisposizione del progetto integrato di presa in carico.

I centri antiviolenza e le case rifugio, nei casi di inserimento in protezione di madri con figli, inviano contestualmente la comunicazione ai Servizi sociali referenti del territorio e all'Equipe di primo livello.



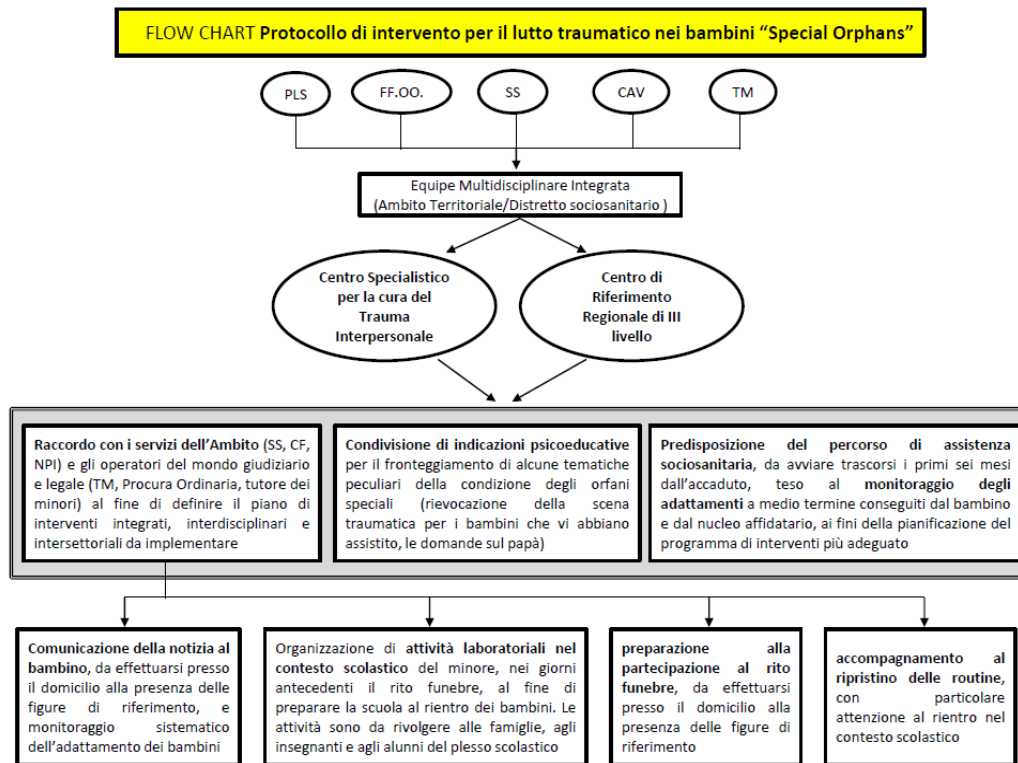
#### 4. PROTOCOLLO DI INTERVENTO PER IL LUTTO TRAUMATICO NEI BAMBINI "SPECIAL ORPHANS"

Gli interventi psicologici in emergenza rappresentano un importante fattore prognostico rispetto alla qualità degli adattamenti, a breve e medio termine, conseguiti da un individuo esposto ad un evento traumatico (Iacolino, 2016). La tempestività con la quale queste azioni sono messe in campo nell'immediato della crisi e poi nei giorni successivi riduce, infatti, la possibilità di reazioni acute da stress e agisce da fattore di protezione rispetto all'entità degli esiti negativi che si sviluppano nel tempo come conseguenza dell'esperienza traumatica subita. Generalmente, le azioni previste attengono, dapprima, alla creazione di uno spazio relazionale informale e solidale nel quale le vittime possono trovare contenimento allo stato di shock e stordimento iniziale; segue un intervento psicoeducativo volto a condividere informazioni sui più comuni effetti fisici, emotivi, cognitivi e comportamentali che fisiologicamente seguono all'esposizione ad un'esperienza traumatica, così da attuare un processo di normalizzazione e accrescere negli individui il senso di controllo sui propri stati interni, anche attraverso la condivisione di semplici strategie di fronteggiamento; in ultimo, si provvede a creare una rete di supporto sociale attorno ai soggetti coinvolti dal trauma, la quale, in parallelo alla rete di figure professionali già attiva, offra uno spazio di libera espressione della sofferenza, garantendone il contenimento, e fornisca aiuto sul piano pratico (Ochberg, 1995). Sul piano operativo, pertanto, è opportuno pensare ad un intervento multifocale che fornisca una risposta parallela ai bisogni del bambino ed anche del nuovo contesto affettivo in cui questi è inserito (Cassibba, Zavattini; 2007). Quando la morte avviene in maniera improvvisa, ancor più dei casi in cui questa è conseguenza di una lunga malattia, un bambino ha bisogno che gli si dica cosa è avvenuto, che qualcuno risponda alle sue domande, lo incoraggi ad esprimere i suoi pensieri, gli offra la possibilità di salutare a modo proprio la persona defunta coinvolgendolo nei riti funebri e gli offra la vicinanza e l'ascolto necessari per affrontare il dolore della perdita (Fitzgerald, 2004). Nello specifico, nel tempo della crisi, un bambino avrà bisogno di:

- conoscere la realtà di quanto è accaduto, onde sperimentare vissuti intensi di ansia e paura connessi al non vedere più intorno a sé le proprie figure di riferimento e al doversi, nel frattempo, confrontare con una realtà che non è più la stessa (ci si trasferisce presso un'altra casa, non si va a scuola, si incontrano tante persone mai viste);
- ottenere una chiara risposta ai dubbi e alle domande che affollano la mente; in caso contrario, con il passare del tempo, i bambini troveranno in solitudine le risposte ricercate, o piuttosto sceglieranno di allontanarsi con la mente, attuando una sorta di distacco dalla realtà presente, ogni qualvolta stimoli interni o esterni richiameranno l'attenzione su aspetti di sé e della propria storia di vita ancora confusi;
- trovare accoglimento e validazione alle proprie emozioni, anche quando queste non saranno espresse a parole, ma attraverso i comportamenti.

Nello specifico, i Centri Specialistici per la Cura Del Trauma Interpersonale e il Centro di Riferimento Regionale di III livello, attivano le seguenti azioni:

1. **raccordo con i servizi dell'Ambito** (servizio sociale, consultorio, neuropsichiatria infantile) e gli operatori del mondo giudiziario e legale (tutore dei minori, magistratura) al fine di definire il piano di interventi integrati, interdisciplinari e intersettoriali da implementare;
2. **comunicazione della notizia al bambino**, da effettuarsi presso il domicilio alla presenza delle figure di riferimento, e monitoraggio sistematico dell'adattamento dei bambini;
3. nei giorni antecedenti il rito funebre, organizzazione di **attività laboratoriali nel contesto scolastico** del minore al fine di preparare la scuola al rientro dei bambini. Le attività sono da rivolgere alle famiglie, agli insegnanti e agli alunni del plesso scolastico
4. **preparazione alla partecipazione al rito funebre**, da effettuarsi presso il domicilio alla presenza delle figure di riferimento;
5. **accompagnamento al ripristino delle routine**, con particolare attenzione al rientro nel contesto scolastico;
6. **condivisione** con gli operatori del settore di **indicazioni psicoeducative** per il fronteggiamento di alcune tematiche peculiari della condizione degli orfani speciali: la rievocazione della scena traumatica per i bambini che vi abbiano assistito, le domande sul papà.
7. **predisposizione del percorso di assistenza sociosanitaria**, da avviare trascorsi i primi sei mesi dall'accaduto, teso al monitoraggio degli adattamenti a medio termine conseguiti dal bambino e dal nucleo affidatario, ai fini della pianificazione del programma di interventi più adeguato.





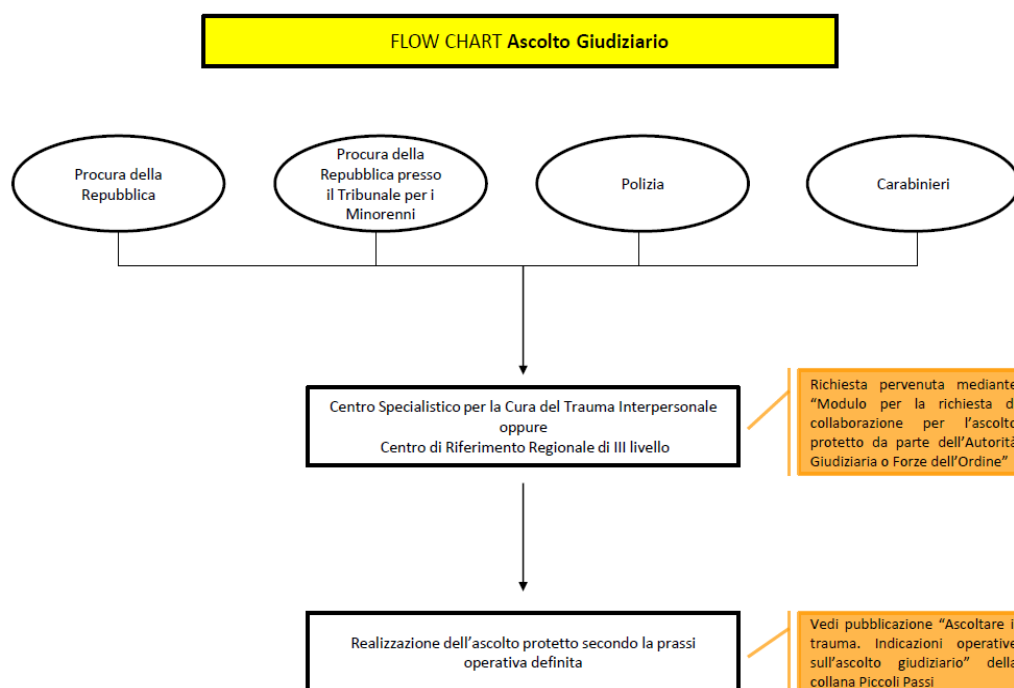
## 5. ASCOLTO GIUDIZIARIO

In linea con i Principi sanciti dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia e dalle altre Convenzioni internazionali recepite dall'Italia, e, tenendo conto delle opportune differenze tra i vari contesti giudiziari, i Centri Specialistici per la Cura Del Trauma Interpersonale organizzate su base provinciale e il Centro di Riferimento Regionale di III livello forniscono l'assistenza psicologica, ai sensi della Legge 172/2012, al minore in sede di sommarie informazione.

L'assistenza psicologica, richiesta dalla Magistratura penale (ovvero Procura della Repubblica presso il Tribunale civile e penale e Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni) per il tramite della Polizia Giudiziaria da essa delegata, viene inoltrata alle equipe di II o III livello con compilazione di apposita scheda ("Modulo per la richiesta di collaborazione per l'ascolto protetto da parte dell'Autorità Giudiziaria o Forze dell'Ordine" – Sezione III – capitolo 4)

Secondo la prassi consolidata, l'ascolto, se opportunamente realizzato, contribuisce a massimizzare le informazioni da raccogliere, minimizzare le possibili fonti di stress al bambino e le possibili contaminazioni nel recupero del ricordo, e a contrastare l'effetto traumatico dell'intervista. Al fine di raggiungere tali obiettivi sarebbe opportuno fare riferimento alla prassi operativa di seguito riportata (per approfondimenti si rimanda alla pubblicazione "Ascoltare il trauma. Indicazioni operative sull'ascolto giudiziario" della collana Piccoli Passi):

- **Programmazione dell'ascolto e raccordo interprofessionale** così da programmare le attività disposte, in collaborazione con altri protagonisti
- **Informare il minorenne** in modo tale che, laddove possibile, siano i genitori e/o il curatore/tutore a fornire informazioni direttamente al minore, in merito all'incontro con il giudice e/o la Polizia Giudiziaria, e alle condizioni del suo svolgimento.
- **Accogliere il minore e famiglia** con una fase di socializzazione alla presenza degli accompagnatori adulti in modo tale che il minore individui il proprio interlocutore principale che lo accompagnerà nel corso di tutta la procedura, e spiegherà sommariamente quanto sta per accadere.
- **Ascoltare con empatia.** La procedura dell'escussione procede sempre nel rispetto del minore in termini di tempi emotivi e di tempi legati all'attenzione e alla concentrazione.
- **Comunicare con efficacia.** Di norma nella comunicazione con i minorenni occorre utilizzare un linguaggio conforme all'età e alle capacità di quel minore, tenendo a mente che il processo di comprensione verbale è strettamente collegato al sistema cognitivo e al suo stato socio-culturale.
- **Strutturazione dell'ascolto**
  - fase di *socializzazione*, durante la quale si avvia la costruzione di un rapporto;
  - fase della *narrazione di temi neutri*;
  - fase *del focus di interesse* durante la quale gli operatori procedono a spostare il focus del colloquio sui temi di interesse per i procedimenti in corso lasciando un ampio spazio alla libera narrazione, fornendo spazio/tempo sufficiente per parlare;
  - fase delle *domande*, il colloquio di solito procede con domande prima generali e poi specifiche;
  - fase di *chiusura*, quando sembra essersi esaurita la possibilità di rievocazione del minorenne, solitamente si avvia la conclusione del colloquio attraverso momenti di riflessione e condivisione su quanto esperito, che garantiscano l'espressione di vissuti e di sentimenti connessi all'esperienza narrata; in taluni casi è possibile chiedere al minorenne se "VUOI fare tu a me qualche domanda?" e magari chiarire dubbi allo stesso. Al minore siamo soliti spiegare, alla fine del suo ascolto, il significato che ha avuto l'incontro con chi l'ha sentito e per quanto possibile, che la natura e il contenuto delle decisioni che lo riguarderanno, terrà conto di quanto da lui detto, ma potranno anche essere diverse. Alla fine terminiamo con l'affrontare un tema piacevole, per esempio un evento di vita positivo oppure riprendiamo i temi neutri affrontati nella fase iniziale.
- **I tempi dell'ascolto**
- **Indicazioni cliniche** fornite ai genitori rispetto al vissuto che potrebbe influenzare il benessere del minorenne in concomitanza con l'escussione e/o nei tempi successivi.
- **Procedure operative**, ossia la redazione di una relazione finale ad ogni tipo di incarico ricevuto, con consegna della traccia audio-video realizzata.



## 6. MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI

I Centri Specialistici per la Cura Del Trauma Interpersonale e il Centro di Riferimento Regionale di III livello forniscono il loro contributo specialistico alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni effettuando l'accertamento sociosanitario su MSNA (Minori Stranieri Non Accompagnati), salvo diverse organizzazioni disposte dalle ASL/AA.OO.

Tale azione deve svolgersi secondo le indicazioni del percorso operativo che tiene conto della Legge n. 47 del 7 Aprile 2017 "Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati"(art. 5) e che è ispirato a normative e protocolli nazionali e internazionali sul tema dell'accertamento socio-sanitario dell'età dei minori e per i presunti minori non accompagnati vittime di tratta (art. 4 d.lgs. n. 24/14 e dal relativo d.p.c.m. n. 234/16, art. 19 d.lgs. 25/08 e art. 8 d.p.r. n. 448/88; Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati" approvato dalla Conferenza delle Regioni nel 2016, parere del Consiglio Superiore della Sanità del 2009 e raccomandazioni dell'UNHCR del 2014).

Il percorso operativo prevede, in primis, la presenza di specifiche figure professionali a cui vengono demandate funzioni distinte:

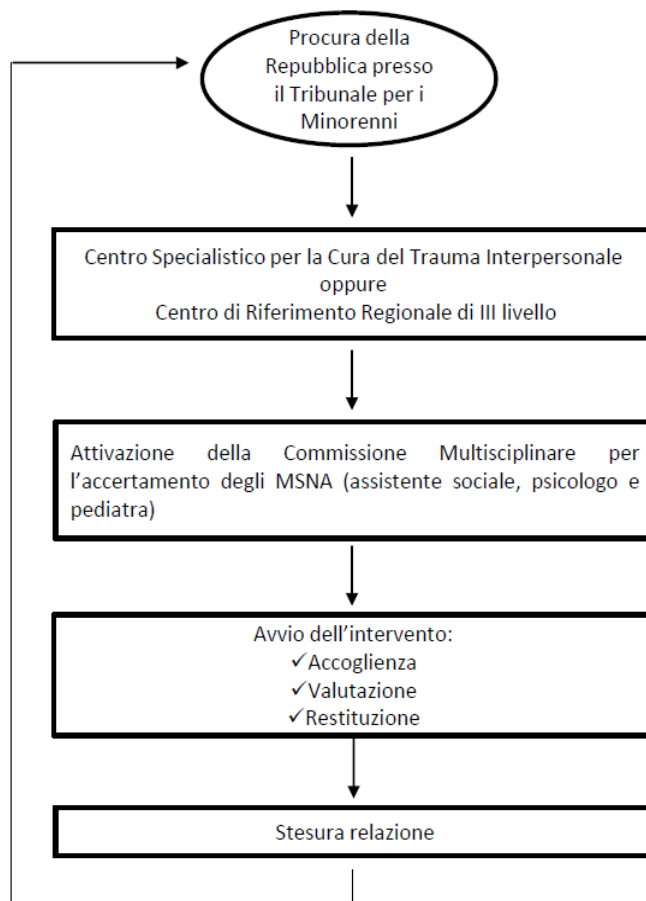
Professionista	Funzioni
Assistente Sociale (Case Manager)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Organizzazione e raccordo interistituzionale</i> (Procura, team della Commissione, comunità ospitante)</li> <li>- <i>Accoglienza e socializzazione</i> con il presunto MSNA alla presenza del mediatore culturale e del tutore/responsabile/operatore della comunità ospitante</li> <li>- <i>Condivisione di informazioni sulla procedura;</i></li> <li>- <i>Acquisizione dell'assenso orale</i> del cittadino straniero e/o del rappresentante legale laddove presente;</li> <li>- <i>Raccolta informazioni anamnestico-familiari.</i></li> </ul>
Psicologo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Individuazione fattori di rischio individuali e familiari, pre, peri e post-migratori;</i></li> <li>- <i>Individuazione dei fattori di protezione;</i></li> <li>- <i>Individuazione di indici di traumatizzazione</i></li> </ul>
Pediatra	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Anamnesi e esame fisico con riferimento ai parametri;</i></li> <li>- <i>Eventuali richieste di ulteriori approfondimenti specialistici successivi, per l'ipotesi di patologie concomitanti.</i></li> </ul>

I Centri deputati a svolgere l'accertamento devono realizzare le seguenti fasi:

1. Accoglienza
2. Valutazione
3. Restituzione: comunicazione dell'esito dell'accertamento al MSNA, al tutore/responsabile della Comunità/operatore della Comunità Ospitante; redazione della relazione, con indicazione dell'età presunta e del margine di errore; invio della relazione alla Procura richiedente entro al massimo 10 giorni dall'accertamento.

Per gli ultimi riferimenti normativi relativi all'accertamento dell'età, si veda il documento recante "Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati", allegato all'Accordo sancito in sede di Conferenza Unificata, in data 9 luglio 2020, ai sensi dell'art. 9, comma 2, lettera c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie Locali.

Per ulteriori approfondimenti, sia relativi all'accertamento dell'età che alla presa in carico integrata e globale dei minori stranieri non accompagnati/vittime di tratta/ricipienti asilo/con mutilazioni genitali, si rimanda al progetto regionale "Ricerca-azione per la presa in carico precoce delle vulnerabilità dei MSNA", progetto frutto della collaborazione tra ARESS, il Servizio Minori, Famiglie e PO e l'equipe GIADA, di imminente pubblicazione.

**FLOW CHART Accertamento sociosanitario su MSNA  
(Minori Stranieri Non Accompagnati)**

## 7. VIOLENZE TRA PARI ON-LINE E OFF-LINE

La rilevazione rappresenta una fase cruciale per la protezione e la cura delle vittime di violenze tra pari on-line e off-line, come, ad esempio, il bullismo ed il cyberbullismo; fondamentale è il precoce riconoscimento dei segni di malessere nei soggetti coinvolti, le condizioni di rischio reale e potenziale in cui si trovano e le eventuali condotte pregiudizievoli degli adulti di riferimento.

L'Equipe di I livello può venire a conoscenza di una situazione di potenziale rischio di violenza tra pari, in modalità on-line e/o off-line, all'infanzia attraverso vari soggetti, quali:

- Referenti ospedalieri della rete GIADA;
- pediatri di libera scelta;
- Forze dell'Ordine;
- Servizi Sociali dei comuni facenti parte dell'Ambito;
- Centri Antiviolenza operanti nel territorio dell'Ambito;
- Comunità educative/Case Rifugio operanti nel territorio dell'Ambito;
- operatori della scuola;
- genitori che accedono spontaneamente.

L'EMI, accolta la domanda e fatta una prima analisi del rischio, procede ad effettuare una prima valutazione del rischio psicosociale attraverso l'attuazione di un set minimo; all'esito di tale valutazione se l'Equipe rileva l'assenza di un rischio concreto, avvia azioni di:

- monitoraggi;
- elaborazione del progetto di intervento con gli altri servizi coinvolti;
- verifica del progetto di intervento;
- intervensioni con il Centro Specialistico per la cura del Trauma Interpersonale di riferimento.

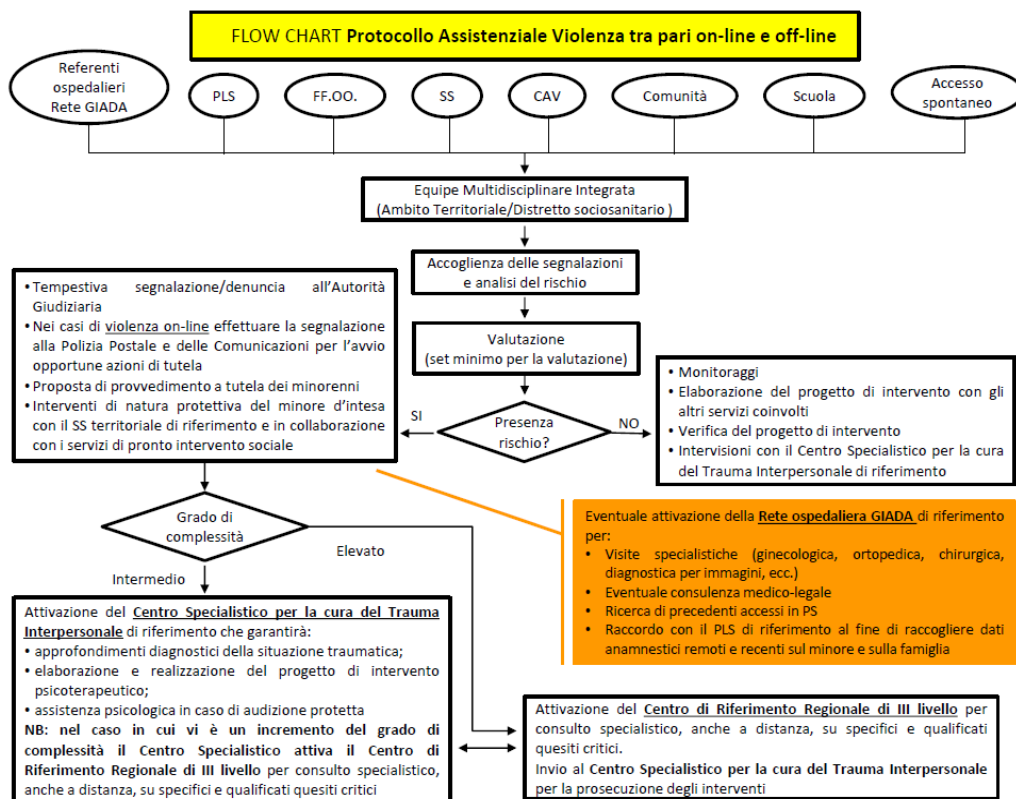
Nel caso in cui l'EMI rileva una condizione di rischio concreto procede ad effettuare:

- tempestiva segnalazione/denuncia all'Autorità Giudiziaria;
- segnalazione alla Polizia Postale e delle Comunicazioni per l'avvio delle opportune azioni di tutela nei casi di violenza on-line;
- proposta di provvedimento a tutela dei minorenni;
- interventi di natura protettiva del minore d'intesa con il SS territoriale di riferimento e in collaborazione con i servizi di pronto intervento sociale;
- eventuale invio del minore alla **Rete ospedaliera GIADA** di riferimento per:
  - visite specialistiche (ginecologica, ortopedica, chirurgica, diagnostica per immagini, ecc.);
  - eventuale consulenza medico-legale;
  - ricerca di precedenti accessi in PS;
  - raccordo con il PLS di riferimento al fine di raccogliere dati anamnestici remoti e recenti sul minore e sulla famiglia.

L'Equipe, inoltre, a fronte di un grado intermedio di complessità, mediante la compilazione e l'invio di apposita scheda ("Modulo per la richiesta di intervento dei Centri Specialistici per la cura del trauma interpersonale da parte delle Equipe Integrate Multidisciplinari territoriali" – Sezione III – capitolo 3), attiva il **Centro Specialistico per la cura del Trauma Interpersonale** di riferimento che garantirà:

- approfondimenti diagnostici della situazione traumatica;
- elaborazione e realizzazione del progetto di intervento psicoterapeutico;
- assistenza psicologica in caso di audizione protetta.

Nel caso in cui il **Centro Specialistico per la cura del Trauma Interpersonale**, durante lo svolgimento delle proprie azioni rilevasse un incremento del grado di complessità, tale Centro di II livello può attivare il **Centro di Riferimento Regionale di III livello** per un consulto specialistico, anche a distanza, su specifici e qualificati quesiti critici. Nel caso in cui l'EMI, all'esito delle valutazioni di propria competenza, rilevi un grado elevato di complessità può attivare il **Centro di Riferimento Regionale di III livello** per un consulto specialistico, anche a distanza, su specifici e qualificati quesiti critici. Esaurita la consulenza specialistica, il Centro di Riferimento Regionale invia il minore al Centro Specialistico per la cura del Trauma Interpersonale per la prosecuzione degli interventi.



## 8. CURA DEL TRAUMA

L'intervento terapeutico viene svolto principalmente dai Centri Specialistici per la Cura del Trauma Interpersonale (organizzati su base provinciale) o, nel caso di minori in condizione di elevata complessità e con quadri clinici particolarmente severi, dal Centro di Riferimento Regionale di III livello su richiesta dell'Equipe Multidisciplinare Integrata in caso grado elevato di complessità all'esito delle valutazioni di propria competenza o del singolo Centro Specialistico per la Cura Del Trauma Interpersonale. Il trattamento va inteso come processo dinamico caratterizzato da fasi diverse seppur interconnesse e in parte sovrapponibili. Ogni fase consta di obiettivi specifici, il processo come tale, non è necessariamente lineare e logico e, data la complessità della situazione in oggetto, sono possibili progressioni e regressioni in corso d'opera a seconda delle caratteristiche del contesto, del paziente, del terapeuta e della relazione tra i due. L'intervento terapeutico si suddivide in fasi:

1. valutazione pre-intervento (se non effettuata già dall'inviante) tesa a formulare una diagnosi psicologica del minore esposto alla violenza;
2. fase di accoglienza ha la finalità di offrire uno spazio di elaborazione dell'esperienza, permettendo il lavoro sulla decolpevolizzazione della vittima e sul suo riposizionamento nel ruolo di bambino/adolescente;
3. fase di elaborazione delle perdite ha gli obiettivi di: affrontare la perdita dell'immagine di sé precedente al trauma; affrontare la perdita dell'immagine positiva di uno o entrambe i genitori (in caso di violenza intrafamiliare); affrontare l'eventuale perdita fisica dei genitori a causa dell'allontanamento dal nucleo;
4. fase di rivisitazione graduale del trauma mira a affrontare: la realtà del trauma rivisitandolo nella sua complessità, nei suoi aspetti cognitivo-emotivi; le ambiguità e gli aspetti contraddittori dell'esperienza, riconnotandola e integrandola nella storia di vita del soggetto. L'obiettivo è quello di rivisitare la natura ambivalente del rapporto con il maltrattante e modificare i legami patologici;
5. fase di valutazione della resilienza si focalizza sui seguenti obiettivi: favorire l'apprendimento di strategie di problem solving; promuovere risorse e capacità adattive; creare spazio psicologico per i nuovi investimenti affettivi; promuovere l'integrazione sociale;
6. valutazione post-intervento;
7. monitoraggi a 3, 6 e 12 mesi dalla conclusione del trattamento effettuato.

In generale l'intervento, di natura individuale o di gruppo, deve perseguire i seguenti obiettivi:

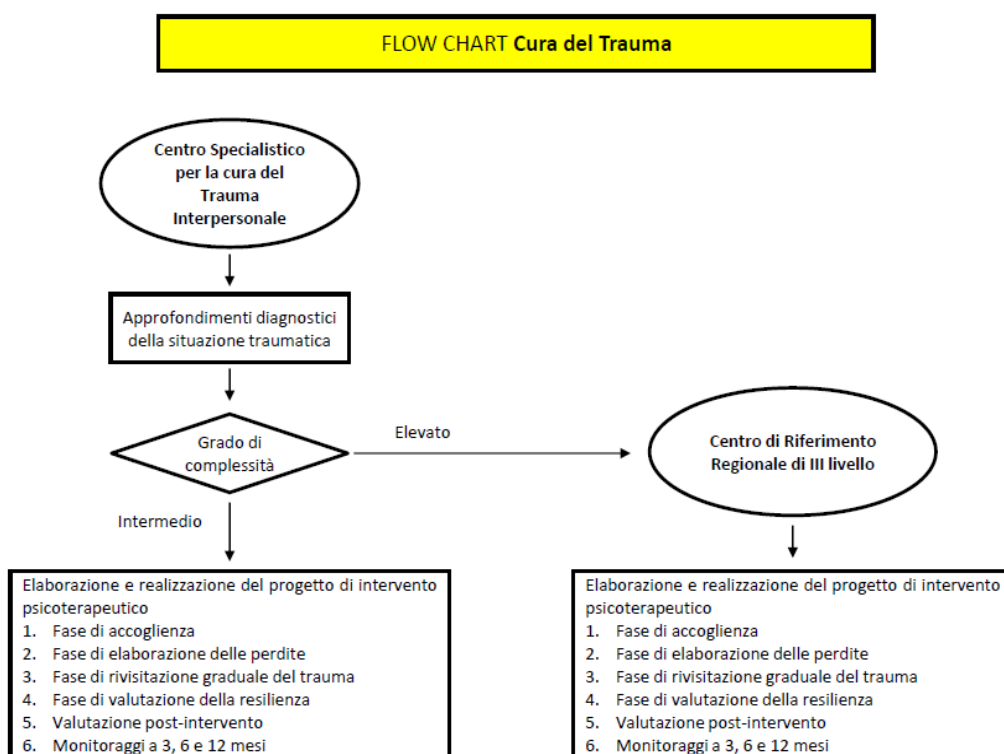
- offrirsi come contenitore dell'esperienza traumatica;
- favorire l'elaborazione mentale dell'esperienza;
- ristabilire il senso di padronanza e controllo del bambino/adolescente sul proprio corpo, sui propri bisogni e desideri
- contenere gli stati d'ansia e i sensi di colpa
- rafforzare l'identità, stimolare l'attivazione di nuove risorse e il consolidamento di quelle già possedute.

Per i bambini/adolescenti traumatizzati l'OMS (2013)<sup>14</sup> raccomanda l'utilizzo di strategie psicoterapeutiche basate sull'evidenza scientifica.

I destinatari dei percorsi psicoterapeutici dovranno essere:

- ✓ minorenni vittime di violenza che presentano quadri psicopatologici riconducibili a esperienze sfavorevoli infantili;
- ✓ genitori nei casi in cui la prognosi della valutazione (su uno o entrambi) sia negativa;
- ✓ minorenni autori di violenza interpersonale, soprattutto per gli autori di violenze sessuali.

<sup>14</sup> OMS (2013): Guidelines for the management of conditions specifically related to stress - [http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/stress\\_guidelines/en/](http://www.who.int/mental_health/emergencies/stress_guidelines/en/)





## Sezione IV

## STRUMENTI OPERATIVI

- Questionari per la rilevazione in Pronto Soccorso della violenza domestica e il rischio di re-vittimizzazione
- Scheda di rilevazione dati Casi di violenza in Pronto Soccorso
- Modulo per la richiesta di intervento dei Centri Specialistici per la cura del Trauma Interpersonale da parte delle Equipe Integrate Multidisciplinari territoriali
- Modulo per la richiesta di collaborazione per l'ascolto protetto da parte dell'Autorità Giudiziaria o Forze dell'Ordine
- Modulo per l'analisi quali-quantitativa dell'attività del I livello
- Modulo per l'analisi quali-quantitativa dell'attività del II livello

#### 1. QUESTIONARI PER LA RILEVAZIONE IN PRONTO SOCCORSO DELLA VIOLENZA DOMESTICA E IL RISCHIO DI RE-VITTIMIZZAZIONE

L'operatore di Pronto Soccorso può trovarsi di fronte ad un caso di violenza intrafamiliare, ad opera del partner, dichiarata o solo sospetta. A tale proposito, al fine di acquisire ulteriori elementi rispetto al grado di rischio di esposizione anche dei figli a tale forma di violenza, si può utilizzare lo strumento di screening HITS<sup>15</sup> (*Hurt, Insulted, Threatened with harm, and Screamed*) che è stato specificamente sviluppato come metodo breve ed efficace per lo screening della violenza domestica qualora non venga dichiarata ma ne sussista il sospetto da parte dell'operatore sanitario. Le domande possono essere poste verbalmente e riguardano la frequenza con cui il partner fa male, insulta, minaccia o urla contro la vittima; è indicato raccogliere tali notizie nel corso della visita evitando di porre le domande in maniera diretta.. Il punteggio finale se è superiore a 10 indica che la persona è a rischio di violenza domestica, ma la certezza assoluta si ha con punteggi che vanno tra 15 e 20.

HITS ha dimostrato di essere uno strumento valido e coerente di screening; le ricerche effettuate lo rendono un modo eccellente per gli operatori sanitari nell'identificare le vittime di violenze.

##### Strumento di screening HITS (*Hurt, Insulted, Threatened with harm, and Screamed*)

Quante volte il suo partner:	Mai 1	Raramente 2	Qualche volta 3	Abbastanza spesso 4	Frequentemente 5
<i>Le fa male fisicamente</i>					
<i>La insulta</i>					
<i>La minaccia</i>					
<i>Le urla</i>					
<b>Punteggio totale</b>					

Nel caso di punteggi superiori a 10 è necessario informare la donna in relazione ai suoi diritti e agli strumenti legali di cui può disporre e in merito alla rete interna ed esterna al Pronto Soccorso (Centri Antiviolenza, Servizi Sociali, Equipe Multidisciplinari d'Ambito, Forze dell'Ordine) di supporto e protezione. Tuttavia la rilevazione del fenomeno è solo il primo passo per l'avvio, da parte della donna, del percorso di uscita dalla violenza; ciò implica che gli operatori, spesso, possono trovarsi di fronte alla decisione della vittima di non denunciare l'episodio e i maltrattamenti subiti e di tornare a vivere con il maltrattante; in questi casi, oltre ad evitare qualsiasi giudizio negativo e sostenere la vittima nel cercare al meglio le soluzioni (anche temporanee) per la sicurezza sua e dei figli, è importante riconoscere eventuali indici di

<sup>15</sup> Sherin KM1, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. (1998). HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med.*, 30(7), 508-12.

escalation della violenza e valutare con lei il grado di rischio al quale va incontro qualora decida di restare con il partner violento.

Il DA5 (Snider et al., 2009)<sup>16</sup>, versione ridotta del Danger Assessment è uno strumento di valutazione breve adatto agli operatori di Pronto Soccorso, in grado di identificare le vittime con elevato rischio di subire aggressioni gravi o potenzialmente letali da parte di partner attuali o passati; tale valutazione consente l'attuazione di un intervento assistenziale a donne e bambini mirato e tempestivo. La scala è composta da 5 items e la risposta positiva a tre domande ha una sensibilità del 83% (intervallo di confidenza al 95%= 70,6%-91,4%) e denota un rischio elevato.

<b>Danger Assessment 5</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<i>Gli episodi di violenza sono diventati più frequenti o di maggiore gravità negli ultimi 6 mesi?</i>		
<i>Ha mai usato un'arma contro di lei, o l'ha mai minacciata con un'arma?</i>		
<i>Pensa che lui sarebbe capace di ucciderla?</i>		
<i>È mai stata percossa da lui mentre era incinta?</i>		
<i>È geloso di lei in maniera costante e aggressiva?</i>		

<sup>16</sup> Snider, C., Webster, D., O'Sullivan, C. S., Campbell, J. (2009). Intimate partner violence: Development of a brief risk assessment for the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 16, 1208–1216

**2. SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI PER I CASI DI VIOLENZA IN PRONTO SOCCORSO<sup>17</sup>****A - PARTE GENERALE****Identificativo scheda:**

Completare con l'identificativo ISTAT della regione, del PS e l'identificativo della donna con il numero progressivo dell'accesso

Data di accesso \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) Ora di accesso \_\_\_\_\_ (hh/mm) Sesso  M  F

Età della vittima \_\_\_\_\_ (anni)

**B - RELAZIONE VITTIMA-AGGRESSORE****Autore della violenza:**

- Partner attuale       Parente  
 Ex Partner             Amico  
 Genitore                 Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

**C - VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI RE-VITTIMIZZAZIONE (*Danger Assessment 5*)**

<b>Danger Assessment 5</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<i>Gli episodi di violenza sono diventati più frequenti o di maggiore gravità negli ultimi 6 mesi?</i>		
<i>Ha mai usato un'arma contro di lei, o l'ha mai minacciata con un'arma?</i>		
<i>Pensa che lui sarebbe capace di ucciderla?</i>		
<i>È mai stata percossa da lui mentre era incinta?</i>		
<i>È geloso di lei in maniera costante e aggressiva?</i>		

*Nota: La risposta affermativa da parte di una donna vittima di violenza ad almeno 3 domande la pone a rischio di escalation e/o di re-vittimizzazione*

**D - VALUTAZIONE DELLE LESIONI****D.1 Lesioni conseguenti all'episodio di violenza attuale:****Modalità lesive**

- contusive  
 arma bianca, arma da fuoco, asfissia, lesività termica  
 presenza di sostanze chimico-tossicologiche sangue o urine  
 numero minimo di eventi lesivi/poli d'urto \_\_\_\_\_

**Prognosi/durata malattia**

- < 1 settimana  
 7-20 giorni  
 21-40 giorni  
 > 40 giorni

<sup>17</sup> La scheda, contenuta nel materiale didattico del Corso FAD "Prevenzione e contrasto della violenza di genere attraverso le reti territoriali" dell'Istituto Superiore di Sanità, è uno strumento prodotto nell'ambito del Progetto CCM "Un programma di formazione blended per operatori sanitari e non, mirato al rafforzamento delle reti territoriali per la prevenzione ed il contrasto della violenza di genere"

**D.2 Per gli eventi lesivi più rilevanti (primi tre) indicare:****Tipologia lesione 1**

- ecchimosi/escoriazioni
- ustioni
- lacerazioni
- fratture (inclusi denti)
- lesioni interne (incluse petecchie mucose)

**Sede 1**

- arti inferiori
- arti superiori
- tronco
- testa/collo

**Tipologia lesione 2**

- ecchimosi/escoriazioni
- ustioni
- lacerazioni
- fratture (inclusi denti)
- lesioni interne (incluse petecchie mucose)

**Sede 2**

- arti inferiori
- arti superiori
- tronco
- testa/collo

**Tipologia lesione 3**

- ecchimosi/escoriazioni
- ustioni
- lacerazioni
- fratture (inclusi denti)
- lesioni interne (incluse petecchie mucose)

**Sede 3**

- arti inferiori
- arti superiori
- tronco
- testa/collo

**D.3 In presenza di VIOLENZA SESSUALE:****Tipologia lesione**

- ecchimosi/escoriazioni
- ustioni
- lacerazioni

**Sede**

- genitali esterni
- imene
- vagina
- ano

**Modalità lesive**

- contusive
- arma bianca, arma da fuoco, asfissia, lesività termica
- ustioni

- Presenza di sperma
  - Infezioni sessualmente trasmesse (*specificare*)
- 

**D.4 Lesioni semivecchie/vecchie riscontrate durante la visita o gli esami diagnostici:****Tipologia lesione (è possibile più di una risposta)**

- cicatrici da taglio
- cicatrici da ustioni
- cicatrici contusive
- esiti di fratture (inclusi denti)
- esiti di lesioni interne (es.: splenectomia)

**Sede (è possibile più di una risposta)**

- arti inferiori
- arti superiori
- tronco
- testa/collo

**E - ATTIVAZIONE DELLA RETE**

Alla dimissione vengono date alla vittima indicazioni sulle strutture afferenti alla rete anti-violenza (es. recapiti, indirizzi, servizi offerti)?

SI     NO (*specificare il motivo*) \_\_\_\_\_

**Se SI, quali strutture? (è possibile più di una risposta)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Equipe Multidisciplinare Integrata                         | <input type="checkbox"/> Centri anti-violenza |
| <input type="checkbox"/> Consultori   | <input type="checkbox"/> Servizi sociali      |
| <input type="checkbox"/> Centro Specialistico per la Cura del Trauma Interpersonale | <input type="checkbox"/> Case rifugio         |

**Se NO, perché?**

- È in osservazione breve intensiva (OBI)  
 Abbandona il colloquio spontaneamente  
 È stata ricoverata  
 Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

**La vittima ha figli minori?**

- NO, non ha figli  
 NO, ha figli ma sono tutti maggiorenni  
 SI

**Se SI, è stato previsto un percorso di assistenza anche per loro?**

- SI (*specificare quale*) \_\_\_\_\_  
 NO (*specificare il motivo*) \_\_\_\_\_

**Sono state chiamate le forze dell'ordine?**

- SI  
 NO  
 Le forze dell'ordine sono già al corrente/hanno portato loro la donna

**3. MODULO PER LA RICHIESTA DI INTERVENTO DEI CENTRI SPECIALISTICI PER LA CURA DEL TRAUMA INTERPERSONALE DA PARTE DELLE EQUIPE INTEGRATE MULTIDISCIPLINARI TERRITORIALI**

Data \_\_\_\_\_

Al Centro Specialistico per la Cura del Trauma Interpersonale

ASL \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Richiesta consulenza per il minore \_\_\_\_\_  
(nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ - Modulo n./Anno di presa in carico \_\_\_\_\_)

*Attenzione! COMPILARE UN MODULO PER OGNI MINORE. Per tutelare la privacy, inserire in questo frontespizio solo le iniziali del nome e l'anno di nascita.*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ dell'Emi dell'Ambito di \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_

recapiti telef. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**CHIEDE**

**all'Equipe del Centro Specialistico per la Cura del Trauma Interpersonale:**

- La consulenza agli operatori  
 La diagnosi  
 La presa in carico  
 L'accompagnamento nell'iter giudiziario
- anche per minori autori di reato  
 anche per minori autori di reato

<b>Si ipotizza la presenza di:</b> (sono possibili più risposte)	<b>Intra familiare*</b>		<b>Extra familiare*</b>	
	Unico	Continuato	Unico	Continuato
Trascuratezza materiale e/o affettiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maltrattamento fisico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violenza assistita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maltrattamento psicologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violenza sessuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie cure (discuria - ipercuria - incuria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bullismo/cyberbullismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orfani di femminicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69998

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

È stata fatta denuncia?       SI (chi ha sporto denuncia: \_\_\_\_\_)       NO

È stata fatta segnalazione?       SI (     Procura Ordinaria     Procura Minorile)       NO

È già noto alla A.G.?       SI     NO

Era già in carico ai Servizi?       SI     NO

Se sì indicare da quando (*inserire data*) \_\_\_\_\_

A tale fine si allega:

1. **scheda anagrafica** contenente:
  - Dati anagrafici minore
  - Dati anagrafici familiari
2. **scheda psicosociale** contenente:
  - Dati psicosociali minore
  - Dati psicosociali familiari
3. **relazione** del caso oltre ad altra **documentazione** (es.: Provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria, Certificazioni sanitarie, ecc.) che si ritiene significativa in relazione alla segnalazione al Centro.

**Breve sintesi del caso:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma dell’operatore

Firma del Responsabile

---

---

**SCHEMA ANAGRAFICA**  
**da allegare alla richiesta di consulenza**

**DATI ANAGRAFICI DEL MINORE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Comune/Stato di nascita \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)  
Cittadinanza (Stato) \_\_\_\_\_ (In Italia dal \_\_\_\_\_)  
Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)  
Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI****PADRE:**

Deceduto (in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_)  Dati non conosciuti  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Comune/Stato di nascita \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)  
Cittadinanza (Stato) \_\_\_\_\_ (In Italia dal \_\_\_\_\_)  
Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)

**TITOLO DI STUDIO**

- nessuno
- analfabeta
- licenza elementare
- licenza scuola media inferiore
- diploma scuola professionale
- diploma scuola media superiore
- laurea/diploma di laurea

**CONDIZIONE PROFESSIONALE**

- operaio
- impiegato
- artigiano/commerciante/piccolo imprenditore
- dirigente/libero professionista/imprenditore
- pensionato
- disoccupato
- altro (*specificare*) \_\_\_\_\_



70000

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

**MADRE:**

Deceduta (in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_)       Dati non conosciuti

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Comune/Stato di nascita \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)

Cittadinanza (Stato) \_\_\_\_\_ (In Italia dal \_\_\_\_\_)

Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)

**TITOLO DI STUDIO**

- nessuno  
 analfabeta  
 licenza elementare  
 licenza scuola media inferiore  
 diploma scuola professionale  
 diploma scuola media superiore  
 laurea/diploma di laurea

**CONDIZIONE PROFESSIONALE**

- operaia  
 impiegata  
 casalinga  
 dirigente/libera professionista/imprenditrice  
 pensionata  
 disoccupata  
 altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

**EVENTUALI ALTRI FAMILIARI RITENUTI SIGNIFICATIVI, CONVIVENTI E NON:**

(1) *Specificare il grado di parentela:* \_\_\_\_\_

Dati non conosciuti

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Comune/Stato di nascita \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)

Cittadinanza (Stato) \_\_\_\_\_ (In Italia dal \_\_\_\_\_)

Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)

**TITOLO DI STUDIO**

- nessuno  
 analfabeta  
 licenza elementare  
 licenza scuola media inferiore  
 diploma scuola professionale  
 diploma scuola media superiore  
 laurea/diploma di laurea

**CONDIZIONE PROFESSIONALE**

- operaio/a  
 impiegato/a  
 casalinga  
 dirigente/libero professionista/imprenditore  
 pensionato/a  
 disoccupato/a  
 altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

(2) Specificare il grado di parentela: \_\_\_\_\_

Dati non conosciuti

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Comune/Stato di nascita \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)

Cittadinanza (Stato) \_\_\_\_\_ (In Italia dal \_\_\_\_\_)

Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)

**TITOLO DI STUDIO**

- nessuno  
 analfabeta  
 licenza elementare  
 licenza scuola media inferiore  
 diploma scuola professionale  
 diploma scuola media superiore  
 laurea/diploma di laurea

**CONDIZIONE PROFESSIONALE**

- operaio/a  
 impiegato/a  
 casalinga  
 dirigente/libero professionista/imprenditore  
 pensionato/a  
 disoccupato/a  
 altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

(3) Specificare il grado di parentela: \_\_\_\_\_

Dati non conosciuti

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Comune/Stato di nascita \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)

Cittadinanza (Stato) \_\_\_\_\_ (In Italia dal \_\_\_\_\_)

Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)

**TITOLO DI STUDIO**

- nessuno  
 analfabeta  
 licenza elementare  
 licenza scuola media inferiore  
 diploma scuola professionale  
 diploma scuola media superiore  
 laurea/diploma di laurea

**CONDIZIONE PROFESSIONALE**

- operaio/a  
 impiegato/a  
 casalinga  
 dirigente/libero professionista/imprenditore  
 pensionato/a  
 disoccupato/a  
 altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

70002

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

**SCHEDA PSICOSOCIALE**  
**da allegare alla richiesta di consulenza**

**Rispetto al maltrattamento/abuso, il minore è:**

- Autore
- Vittima
- Entrambi

**Il minore vive presso:**

- Genitori naturali
- Con la sola madre
- Con il solo padre
- Madre con famiglia ricostituita
- Padre con famiglia ricostituita
- Parenti entro il 4° grado (*specificare*): \_\_\_\_\_
- Famiglia affidataria
- Struttura socio-educativa
- Senza fissa dimora
- Con amici/conoscenti
- Ospedale
- Carcere
- Altra situazione: \_\_\_\_\_

**Il minore è:**

- Figlio di genitori coniugati
- Figlio di genitori conviventi
- Figlio di genitori in fase di separazione
- Figlio di genitori separati o divorziati
- Figlio di genitori ignoti
- Figlio di madre nubile
- Orfano di padre
- Orfano di madre
- Orfano di entrambi i genitori
- Dato non conosciuto

**La filiazione è:**

- Legittima
- Riconosciuta da uno o entrambi i genitori
- Non riconosciuta
- Dato non conosciuto
- Adottiva

**La tutela è esercitata:**

- Da entrambi i genitori  
 Dal padre  
 Dalla madre  
 Dal tutore (ex. Art 354)  
 Da parenti entro il 4° grado

**I fratelli del minore sono (n.) \_\_\_ e vivono:**

<i>I fratelli del minore sono (n.) e vivono: (indicare il nome)</i>	1° Fratello	2° Fratello	3° Fratello	4° Fratello	5° Fratello	6° Fratello	Altri fratelli (numero)
<i>Con i genitori naturali</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Con i nonni/parenti</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>In una famiglia affidataria</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>In struttura</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Dato non conosciuto</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>In altra situazione</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>In adozione</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Il minore ha problemi di handicap?**

- Motorio  
 Sensoriale  
 Psicico  
 Plurimo  
 Nessuno  
 Certificazione L. 104/92:  SI       NO  
 Gravità (descrizione): \_\_\_\_\_

**Il minore frequenta servizi scolastici:**

- Asilo nido  
 Scuola dell'infanzia  
 Scuola primaria  
 Scuola secondaria di I grado  
 Corso di addestramento professionale  
 Scuola secondaria di II grado (Istituto Professionale)  
 Scuola secondaria di II grado (Liceo o Istituto tecnico)  
 Nessuna scuola  
 Università  
 Corso d'italiano  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Il minore frequenta servizi educativi:**

- Centro diurno  
 Centro polivalente minori  
 Educativa domiciliare

70004

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

**Il minore ha svolto un'attività lavorativa?**

- Sì, con regolarità  
 Sì ma in modo irregolare  
 Quasi mai  
 Mai

**PROVVEDIMENTI GIUDIZIARI E/O AMMINISTRATIVI NEI CONFRONTI DEL MINORE**

(sono possibili più risposte – in caso di più interventi della medesima autorità indicare il più recente)

<b>Tipologia di provvedimento</b>	<b>Data del provvedimento</b>
Decreto di allontanamento	/ /
Decreto di decadenza della responsabilità di uno o entrambi i genitori	/ /
Decreto di sospensione della responsabilità genitoriale	/ /
Altro provvedimento amministrativo del TM	/ /
Provvedimento penale o misure di sicurezza	/ /
Affidamento a servizio sociale	/ /
Provvedimento del Giudice tutelare per affido consensuale	/ /
Altro provvedimento civile del T.O.	/ /
Provvedimento di affido giudiziale	/ /
Provvedimento ex art. 403 c.c.	/ /
Nessun provvedimento	

**AUTORE DEI MALTRATTAMENTI/ABUSI SEGNALATI:**

<b>Tipologia di maltrattamento</b>	<b>Autore (cfr. legenda)</b>	<b>Età</b>	<b>Provvedimenti dell'autorità giudiziaria nei confronti dell'abusante/maltrattante</b>			
			<b>Archiviato</b>	<b>In corso</b>	<b>Concluso con condanna</b>	<b>Concluso con assoluzione</b>
Trascuratezza materiale e/o affettiva			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maltrattamento fisico			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violenza assistita			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maltrattamento psicologico			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violenza sessuale			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie cure (discuria - ipercuria - incuria)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bullismo/cyberbullismo			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orfani di femminicidio			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Legenda:**

	INTRAFAMILIARE		EXTRAFAMILIARE
1. non rilevato	2. padre	8. convivente padre	14. estraneo
	3. madre	9. padre affidatario	15. vicino di casa/amico/conoscente
	4. entrambi i genitori	10. madre affidataria	16. operatore educativo/sociale (insegnante, educatore, bidello)
	5. fratelli/sorelle	11. zii	17. operatore sanitario
	6. nonni	12. altri parenti	18. religioso
	7. convivente madre	13. familiari biologici	

**La segnalazione al servizio inviante è stato effettuata da: (sono possibili più risposte)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> La vittima (il minore direttamente) | <input type="checkbox"/> Ospedale/Pronto soccorso ospedaliero |
| <input type="checkbox"/> Madre                               | <input type="checkbox"/> Tutore                               |
| <input type="checkbox"/> Padre                               | <input type="checkbox"/> Giudice tutelare                     |
| <input type="checkbox"/> Entrambi i genitori                 | <input type="checkbox"/> TM                                   |
| <input type="checkbox"/> Fratelli/sorelle                    | <input type="checkbox"/> Tribunale ordinario (penale)         |
| <input type="checkbox"/> Altri parenti                       | <input type="checkbox"/> Tribunale ordinario (separazioni)    |
| <input type="checkbox"/> ASL di residenza                    | <input type="checkbox"/> Forze dell'ordine                    |
| <input type="checkbox"/> Comune di residenza                 | <input type="checkbox"/> Centro Antiviolenza                  |
| <input type="checkbox"/> Amici/vicini di casa                | <input type="checkbox"/> Linea telefonica di aiuto            |
| <input type="checkbox"/> Scuola (insegnanti, direttore..)    | <input type="checkbox"/> Parrocchia-Sacerdote                 |
| <input type="checkbox"/> Pediatra/MMG                        | <input type="checkbox"/> Altro                                |

**Il bambino/la famiglia sono seguiti anche da altri Servizi? (sono possibili più risposte)**

Servizi presenti sul caso	Bambino	Madre	Padre	Altri familiari conviventi
Nessun servizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultorio familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropsichiatria infantile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizi sociali comune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizi socio-sanitari ASL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ser.D.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CSM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riabilitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro antiviolenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casa Rifugio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privato sociale (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro servizio (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (es. terapeuta privato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**4. MODULO PER LA RICHIESTA DI COLLABORAZIONE PER L'ASCOLTO PROTETTO DA PARTE DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA O FORZE DELL'ORDINE**

Data \_\_\_\_\_

Al Centro Specialistico per la Cura del Trauma Interpersonale  
ASL \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Richiesta consulenza per il minore \_\_\_\_\_  
(nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ - Modulo n./Anno di presa in carico \_\_\_\_\_)

Attenzione! COMPILARE UN MODULO PER OGNI MINORE. Per tutelare la privacy, inserire in questo frontespizio solo le iniziali del nome e l'anno di nascita.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

del  Corpo/Comando/... (specificare) \_\_\_\_\_

Tribunale (specificare) \_\_\_\_\_

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

sito in (indirizzo completo) \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_

recapiti telef. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**CHIEDE**

all'Equipe del Centro Specialistico per la Cura del Trauma Interpersonale l'assistenza psicologica nell'ambito dell'audizione protetta SIT

**Si ipotizza la presenza di:**

(sono possibili più risposte)

	Intra familiare*		Extra familiare*	
	Unico	Continuato	Unico	Continuato
Trascuratezza materiale e/o affettiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maltrattamento fisico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violenza assistita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maltrattamento psicologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violenza sessuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie cure (discuria - ipercuria - incuria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bullismo/cyberbullismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orfani di femminicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)				

A tale fine si allega **scheda anagrafica** contenente:

- Dati anagrafici minore
- Dati anagrafici familiari

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_





**MADRE:**

Deceduta (in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ )       Dati non conosciuti  
 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Comune/Stato di nascita \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)  
 Cittadinanza (Stato) \_\_\_\_\_ (In Italia dal \_\_\_\_\_)  
 Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)

**TITOLO DI STUDIO**

nessuno  
 analfabeta  
 licenza elementare  
 licenza scuola media inferiore  
 diploma scuola professionale  
 diploma scuola media superiore  
 laurea/diploma di laurea

**CONDIZIONE PROFESSIONALE**

operaia  
 impiegata  
 casalinga  
 dirigente/libera professionista/imprenditrice  
 pensionata  
 disoccupata  
 altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

**EVENTUALI ALTRI FAMILIARI RITENUTI SIGNIFICATIVI, CONVIVENTI E NON:**

(1) *Specificare il grado di parentela:* \_\_\_\_\_

Dati non conosciuti  
 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Comune/Stato di nascita \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)  
 Cittadinanza (Stato) \_\_\_\_\_ (In Italia dal \_\_\_\_\_)  
 Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)

**TITOLO DI STUDIO**

nessuno  
 analfabeta  
 licenza elementare  
 licenza scuola media inferiore  
 diploma scuola professionale  
 diploma scuola media superiore  
 laurea/diploma di laurea

**CONDIZIONE PROFESSIONALE**

operaio/a  
 impiegato/a  
 casalinga  
 dirigente/libero professionista/imprenditore  
 pensionato/a  
 disoccupato/a  
 altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

70010

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

(2) Specificare il grado di parentela: \_\_\_\_\_

 Dati non conosciuti

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Comune/Stato di nascita \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)

Cittadinanza (Stato) \_\_\_\_\_ (In Italia dal \_\_\_\_\_)

Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)

**TITOLO DI STUDIO**

- nessuno  
 analfabeta  
 licenza elementare  
 licenza scuola media inferiore  
 diploma scuola professionale  
 diploma scuola media superiore  
 laurea/diploma di laurea

**CONDIZIONE PROFESSIONALE**

- operaio/a  
 impiegato/a  
 casalinga  
 dirigente/libero professionista/imprenditore  
 pensionato/a  
 disoccupato/a  
 altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

(3) Specificare il grado di parentela: \_\_\_\_\_

 Dati non conosciuti

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Comune/Stato di nascita \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)

Cittadinanza (Stato) \_\_\_\_\_ (In Italia dal \_\_\_\_\_)

Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_)

**TITOLO DI STUDIO**

- nessuno  
 analfabeta  
 licenza elementare  
 licenza scuola media inferiore  
 diploma scuola professionale  
 diploma scuola media superiore  
 laurea/diploma di laurea

- dirigente/libero professionista/imprenditore  
 pensionato/a  
 disoccupato/a  
 altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

**CONDIZIONE PROFESSIONALE**

- operaio/a  
 impiegato/a  
 casalinga

**5. MODULO PER L'ANALISI QUALI-QUANTITATIVA dell'attività del I LIVELLO – EQUIPE INTEGRATE MULTIDISCIPLINARI TERRITORIALI**

AMBITO TERRITORIALE di \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_ DISTRETTO SOCIOSANITARIO \_\_\_\_\_

**ATTIVITÀ A FAVORE DELLE VITTIME**

**A - DATI UTENZA** (solo per consulenza - valutazione diagnostica - presa in carico terapeutica; ascolto al successivo punto D)

**A.1 Età e genere**

<b>Fascia età</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>Tot.</b>
0-3 anni			
4-5 anni			
6-10 anni			
11-17 anni			
18-21 anni *			
<b>Tot.</b>			

\* Soggetti per i quali, con provvedimenti amministrativi e/o penali, è stata disposta estensione della presa in carico per la realizzazione di interventi oltre la maggiore età

**A.2 Residenza**

<b>Residenza</b>	<b>n. minori</b>
Residenti nell'Ambito Territoriale/DSS	
Provenienti da altro Ambito Territoriale/DSS della ASL	
Provenienti da altre ASL	
Provenienti fuori regione	
<b>Tot.</b>	

**A.3 Cittadinanza**

<b>Stato</b>	<b>n. minori</b>
Non indicata	
Italiana	
<b>Tot.</b>	

70012

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

**A.4 Tipologia** (compilare sul totale dei casi in carico nell'annualità in corso)

Tipologia di maltrattamento (considerare la categoria prevalente)	n. casi	F	M	di cui			
				episodio unico	continuato	intra-familiare	extra-familiare
Trascuratezza materiale e/o affettiva							
Maltrattamento fisico							
Violenza assistita							
Maltrattamento psicologico							
Violenza sessuale							
Patologie cure (discuria - ipercuria - incuria)							
Bullismo/cyberbullismo							
Orfani di femminicidio							
Altro (specificare)							
<b>Tot.</b>							

**A.5 Tipologia** (compilare sul totale dei nuovi casi in carico nell'annualità in corso)

Tipologia di maltrattamento (considerare la categoria prevalente)	n. casi	F	M	di cui			
				episodio unico	continuato	intra-familiare	extra-familiare
Trascuratezza materiale e/o affettiva							
Maltrattamento fisico							
Violenza assistita							
Maltrattamento psicologico							
Violenza sessuale							
Patologie cure (discuria - ipercuria - incuria)							
Bullismo/cyberbullismo							
Orfani di femminicidio							
Altro (specificare)							
<b>Tot.</b>							

**A.6 Tipologia di presa in carico**

Prestazione	violenza	violenza sessuale	Tot.
Numero minori in sola valutazione del rischio			
Numero minori in sola valutazione psicodiagnostica			
Numero minori in valutazione psicodiagnostica e successiva psicoterapia			
Numero minori inviati al II livello per valutazione psicodiagnostica			
Numero minori inviati al II livello per sola psicoterapia			
Numero minori inviati al II livello per valutazione psicodiagnostica e psicoterapia			
Numero minori inviati all'UFIO per valutazione medica			
<b>Tot.</b>			

**B - INVIANTI** (N.B. Per i casi inviati dalle Forze dell'Ordine e dall'Autorità Giudiziaria accertarsi che le richieste non provengano da entrambi e, comunque, conteggiare una sola volta in una sola categoria)

<b>Inviante</b>	<b>n. minori</b>
Comune di residenza del minore	
Forze dell'Ordine	
Autorità Giudiziaria	
Scuola	
Centri anti violenza	
Altri	
Non rilevato o indicato	
<b>Tot.</b>	

### C - PRESTAZIONI<sup>18</sup>

#### C.1 Prestazioni relative alla fase di consulenza – presa in carico

<b>Prestazione</b>	<b>violenza</b>	<b>violenza sessuale</b>	<b>Tot.</b>
Consulenze telefoniche <sup>19</sup>			
Consulenze in servizio			
Audit clinico <sup>20</sup>			
Segnalazione/ Denuncia all'Autorità Giudiziaria			
Interventi di natura protettiva del minore in collaborazione con SS e PIS			
<b>Tot.</b>			

#### C.2 Prestazioni relative alla fase di valutazione psicodiagnostica

<b>Prestazione (n. interventi o sedute)</b>	<b>violenza</b>	<b>violenza sessuale</b>	<b>Tot.</b>
Colloqui psicologici clinici con il minore			
Colloqui psicologici clinici con genitore (madre)			
Colloqui psicologici clinici con genitore (padre)			
Colloqui psicologici clinici con la famiglia			
Osservazione relazione genitore/i-figlio/i			
Somministrazione e interpretazione di test proiettivi e della personalità			
Somministrazione e interpretazione di test di intelligenza			
Valutazioni neuropsichiatriche infantili			
Colloqui di restituzione al minore			
Colloqui di restituzione ai genitori			
Incontri di restituzione ai Servizi invianti			
Udienze presso l'Autorità Giudiziaria			
Stesura di relazioni			
Altre prestazioni <sup>21</sup>			
<b>Tot.</b>			

<sup>18</sup> La prestazione svolta da più operatori (prestazioni congiunte) va segnata come una prestazione

<sup>19</sup> Devono essere riportate tutte le consulenze telefoniche durante le quali, indipendentemente dalla loro durata, sono stati discussi elementi riferiti al caso e alle decisioni con ricadute sul piano operativo. Non vanno conteggiati i contatti telefonici per soli accordi organizzativi (es. definizione appuntamenti, ecc.)

<sup>20</sup> Per la definizione di audit clinico fare riferimento al protocollo operativo

<sup>21</sup> Prestazioni di altri operatori non ricomprese in quelle precedenti (es: psicomotricista, educatore)

70014

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

**C.3 Prestazioni relative alla fase di presa in carico terapeutica**

<b>Prestazione (n. interventi o sedute)</b>	<b>violenza</b>	<b>violenza sessuale</b>	<b>Tot.</b>
<i>Psicoterapia individuale per il minore (n. sedute)</i>			
<i>Psicoterapia individuale adulto (n. sedute)</i>			
<i>Psicoterapia di coppia (n. sedute)</i>			
<i>Psicoterapia familiare (n. sedute)</i>			
<i>Psicoterapia di gruppo (n. sedute x n. pz)</i>			
<i>Supporto alla genitorialità</i>			
<i>Incontri di restituzione ai servizi invianti</i>			
<i>Stesura di relazioni</i>			
<i>Altri interventi terapeutici</i>			
<i>Altri interventi correlati</i>			
<b>Tot.</b>			

**D - ATTIVITA' DI SENSIBILIZZAZIONE SULLA VIOLENZA ALL'INFANZIA**

<b>Prestazione</b>	<b>n. eventi effettuati</b>	<b>n. partecipanti</b>
<i>Attività di sensibilizzazione</i>		
<b>Tot.</b>		

**6. MODULO PER L'ANALISI QUALI-QUANTITATIVA DELL'ATTIVITÀ DEL II LIVELLO – CENTRI SPECIALISTICI PER LA CURA DEL TRAUMA INTERPERSONALE**

**CENTRO SPECIALISTICO PER LA CURA DEL TRAUMA ASL \_\_\_\_\_**

**ATTIVITÀ A FAVORE DELLE VITTIME**

**A - DATI UTENZA** (solo per consulenza - valutazione diagnostica - presa in carico terapeutica; ascolto al successivo punto D)

**A.1 Età e genere**

<b>Fascia età</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>Tot.</b>
0-3 anni			
4-5 anni			
6-10 anni			
11-17 anni			
18-21 anni *			
<b>Tot.</b>			

\* Soggetti per i quali, con provvedimenti amministrativi e/o penali, è stata disposta estensione della presa in carico per la realizzazione di interventi oltre la maggiore età

**A.2 Residenza**

<b>Residenza</b>	<b>n. minori</b>
Residenti nell'Ambito Territoriale/DSS	
Provenienti da altro Ambito Territoriale/DSS della ASL	
Provenienti da altre ASL	
Provenienti fuori regione	
<b>Tot.</b>	

**A.3 Cittadinanza**

<b>Stato</b>	<b>n. minori</b>
Non indicata	
Italiana	
<b>Tot.</b>	



70016

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

**A.4 Tipologia** (compilare sul totale dei casi in carico nell'annualità in corso)

<b>Tipologia di maltrattamento</b> (considerare la categoria prevalente)	<b>n. casi</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>di cui</b>			
				<b>episodio unico</b>	<b>continuato</b>	<b>intra-familiare</b>	<b>extra-familiare</b>
Trascuratezza materiale e/o affettiva							
Maltrattamento fisico							
Violenza assistita							
Maltrattamento psicologico							
Violenza sessuale							
Patologie cure (discuria - ipercuria - incuria)							
Bullismo/cyberbullismo							
Orfani di femminicidio							
Altro (specificare)							
<b>Tot.</b>							

**A.5 Tipologia** (compilare sul totale dei nuovi casi in carico nell'annualità in corso)

<b>Tipologia di maltrattamento</b> (considerare la categoria prevalente)	<b>n. casi</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>di cui</b>			
				<b>episodio unico</b>	<b>continuato</b>	<b>intra-familiare</b>	<b>extra-familiare</b>
Trascuratezza materiale e/o affettiva							
Maltrattamento fisico							
Violenza assistita							
Maltrattamento psicologico							
Violenza sessuale							
Patologie cure (discuria - ipercuria - incuria)							
Bullismo/cyberbullismo							
Orfani di femminicidio							
Altro (specificare)							
<b>Tot.</b>							

**A.6 Tipologia di presa in carico**

<b>Prestazione</b>	<b>violenza</b>	<b>violenza sessuale</b>	<b>Tot.</b>
Numero minori in sola valutazione psicodiagnostica			
Numero minori in valutazione psicodiagnostica e successiva psicoterapia			
Numero minori inviati dalle EMI per valutazione psicodiagnostica			
Numero minori inviati dalle EMI per sola psicoterapia			
Numero minori inviati dalle EMI per valutazione psicodiagnostica e psicoterapia			
Numero minori inviati all'UFIO per valutazione medica			
<b>Tot.</b>			

**B - INVIANTI** (N.B. Per i casi inviati dalle Forze dell'Ordine e dall'Autorità Giudiziaria accertarsi che le richieste non provengano da entrambi e, comunque, conteggiare una sola volta in una sola categoria)

<b>Inviante</b>	<b>n. minori</b>
<i>Equipe Integrate Multidisciplinari territoriali</i>	
<i>Forze dell'Ordine</i>	
<i>Autorità Giudiziaria</i>	
<i>Scuola</i>	
<i>Altri</i>	
<i>Non rilevato o indicato</i>	
<b>Tot.</b>	

### C - PRESTAZIONI<sup>22</sup>

#### C.1 Prestazioni relative alla fase di consulenza – presa in carico

<b>Prestazione</b>	<b>violenza</b>	<b>violenza sessuale</b>	<b>Tot.</b>
<i>Consulenze telefoniche<sup>23</sup></i>			
<i>Consulenze in servizio</i>			
<i>Audit clinico<sup>24</sup></i>			
<i>Segnalazione/Denuncia all'Autorità Giudiziaria</i>			
<i>Consulenza per interventi di natura protettiva del minore in collaborazione con SS e PIS</i>			
<b>Tot.</b>			

#### C.2 Prestazioni relative alla fase di valutazione diagnostica

<b>Prestazione (n. interventi o sedute)</b>	<b>violenza</b>	<b>violenza sessuale</b>	<b>Tot.</b>
<i>Colloqui psicologici clinici con il minore</i>			
<i>Colloqui psicologici clinici con genitore (madre)</i>			
<i>Colloqui psicologici clinici con genitore (padre)</i>			
<i>Colloqui psicologici clinici con la famiglia</i>			
<i>Somministrazione e interpretazione di test proiettivi e della personalità</i>			
<i>Somministrazione e interpretazione di test di intelligenza</i>			
<i>Osservazione relazione genitore/i-figlio/i</i>			
<i>Valutazioni neuropsichiatriche infantili</i>			
<i>Colloqui di restituzione al minore</i>			
<i>Colloqui di restituzione ai genitori/caregiver</i>			
<i>Incontri di restituzione ai Servizi invianti</i>			
<i>Udienze presso l'Autorità Giudiziaria</i>			
<i>Stesura di relazioni</i>			
<i>Altre prestazioni<sup>25</sup></i>			
<b>Tot.</b>			

<sup>22</sup> La prestazione svolta da più operatori (prestazioni congiunte) va segnata come una prestazione

<sup>23</sup> Devono essere riportate tutte le consulenze telefoniche durante le quali, indipendentemente dalla loro durata, sono stati discussi elementi riferiti al caso e alle decisioni con ricadute sul piano operativo. Non vanno conteggiati i contatti telefonici per soli accordi organizzativi (es. definizione appuntamenti, ecc.)

<sup>24</sup> Per la definizione di audit clinico fare riferimento al protocollo operativo

<sup>25</sup> Prestazioni di altri operatori non ricomprese in quelle precedenti (es. psicomotricista, educatore)

70018

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

**C.3 Prestazioni relative alla fase di presa in carico terapeutica**

<b>Prestazione presa in carico (n. interventi o sedute)</b>	<b>violenza</b>	<b>violenza sessuale</b>	<b>Tot.</b>
<i>Psicoterapia individuale per il minore (n. sedute)</i>			
<i>Psicoterapia individuale adulto (n. sedute)</i>			
<i>Psicoterapia di coppia (n. sedute)</i>			
<i>Psicoterapia familiare (n. sedute)</i>			
<i>Psicoterapia di gruppo (n. sedute x n. pz)</i>			
<i>Supporto alla genitorialità</i>			
<i>Incontri di restituzione ai Servizi invianti</i>			
<i>Stesura di relazioni</i>			
<i>Altri interventi terapeutici</i>			
<i>Altri interventi correlati</i>			
<b>Tot.</b>			

**C.4 Prestazioni di Setting Multipli**

<b>Prestazione a setting multiplo (n. interventi o sedute)</b>	<b>violenza</b>	<b>violenza sessuale</b>	<b>Tot.</b>
<i>Interventi congiunti con UU.OO. ospedaliere</i>			
<i>Interventi congiunti con Servizio Sociale</i>			
<i>Interventi congiunti con Ser.D.</i>			
<i>Interventi congiunti con CSM</i>			
<i>Interventi congiunti con USSM</i>			
<i>Interventi congiunti con NPIA</i>			
<i>Interventi congiunti con PLS/MMG</i>			
<i>Interventi congiunti con comunità educative</i>			
<i>Interventi congiunti con Centri antiviolenza/Case rifugio</i>			
<b>Tot.</b>			

**D - PRESTAZIONI RIVOLTE SOLO AI SERVIZI (alle quali non è seguita la valutazione o la presa in carico del minore)**

<b>Prestazioni ai Servizi (n. interventi)</b>	<b>violenza</b>	<b>violenza sessuale</b>	<b>Tot.</b>
<i>Equipe Integrate Multidisciplinari territoriali</i>			
<i>Servizio Sociale Comunale</i>			
<i>Consultorio Familiare</i>			
<i>Servizio per l'Età Evolutiva – N.P.I.</i>			
<i>Ser.D.</i>			
<i>CSM</i>			
<i>Ospedale</i>			
<i>MMG/PLS</i>			
<i>Servizio Tutela Minori</i>			
<i>USSM</i>			
<b>Tot.</b>			

**E - PRESTAZIONI ATTIVITÀ DI ASCOLTO PROTETTO<sup>26</sup>****E.1 Età e genere dei minori**

<b>Fascia età</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>Tot.</b>
<i>0-3 anni</i>			
<i>4-5 anni</i>			
<i>6-10 anni</i>			
<i>11-17 anni</i>			
<b>Tot.</b>			

**E.2 Residenza**

<b>Residenza</b>	<b>n. minori</b>
<i>Residenti nell'Ambito Territoriale/DSS di...</i>	
<i>Residenti nell'Ambito Territoriale/DSS di...</i>	
<i>Residenti nell'Ambito Territoriale/DSS di...</i>	
<i>Residenti nell'Ambito Territoriale/DSS di...</i>	
<i>Provenienti da altre ASL (specificare)</i>	
<i>Provenienti fuori regione (specificare)</i>	
<b>Tot.</b>	

**E.3 Cittadinanza**

<b>Stato</b>	<b>n. minori</b>
<i>Non indicata</i>	
<i>Italiana</i>	
<b>Tot.</b>	

<sup>26</sup> Se il minore era già in carico al servizio o è stato preso in carico dopo l'ascolto, i dati vanno comunque riportati in questa sezione

70020

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

**E.4 Richiedenti**

<b>Richiedente</b>	<b>n. minori</b>
<i>Procura c/o Tribunale per i Minorenni</i>	
<i>Procura c/o Tribunale Ordinario</i>	
<i>Equipe Integrata Multidisciplinare</i>	
<i>Forze dell'Ordine</i>	
<i>Altro (specificare)</i>	
<b>Tot.</b>	

**E.5 Prestazioni**

<b>Prestazione (n. interventi)</b>	<b>violenza</b>	<b>violenza sessuale</b>	<b>Tot.</b>
<i>Accompagnamento giudiziario</i>			
<i>Ascolto in S.I.</i>			
<i>Convocazioni dell'Autorità Giudiziaria</i>			
<i>Stesura relazioni</i>			
<b>Tot.</b>			

**E.6 Numero minori visti in ascolto protetto e successivamente presi in carico**

<b>Prestazione (n. interventi)</b>	<b>violenza</b>	<b>violenza sessuale</b>	<b>Tot.</b>
<i>Accompagnamento giudiziario</i>			
<i>Ascolto in S.I.</i>			
<b>Tot.</b>			

**F - PRESTAZIONI ATTIVITÀ DI ACCERTAMENTO SOCIO SANITARIO DELL'ETÀ DI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI (MSNA)****F.1 Età dichiarata e genere dei minori**

<b>Fascia età</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>Tot.</b>
<i>0-3 anni</i>			
<i>4-5 anni</i>			
<i>6-10 anni</i>			
<i>11-17 anni</i>			
<b>Tot.</b>			

**F.2 Domicilio**

<b>Domicilio</b>	<b>n. minori</b>
<i>Domiciliati nell'Ambito Territoriale/DSS di...</i>	
<i>Domiciliati nell'Ambito Territoriale/DSS di...</i>	
<i>Domiciliati nell'Ambito Territoriale/DSS di...</i>	
<i>Provenienti da altre ASL (specificare)</i>	
<i>Provenienti fuori regione (specificare)</i>	
<b>Tot.</b>	

**F.3 Cittadinanza**

<b>Stato</b>	<b>n. minori</b>
<i>Non indicata</i>	
<i>Italiana</i>	
<b>Tot.</b>	

**F.4 Richiedenti**

<b>Richiedente</b>	<b>n. minori</b>
<i>Procura c/o Tribunale per i Minorenni</i>	
<i>Forze dell'Ordine</i>	
<b>Tot.</b>	

**F.5 Età accertata e genere dei minori**

<b>Fascia età</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>Tot.</b>
<i>0-3 anni</i>			
<i>4-5 anni</i>			
<i>6-10 anni</i>			
<i>11-17 anni</i>			
<i>18 anni e più</i>			
<b>Tot.</b>			

**F.6 Profilo Comportamentale Interpersonale ed Emotivo**

<b>Profilo</b>	<b>n. minori con punteggi nella norma</b>	<b>n. minori con punteggi borderline</b>	<b>n. minori con punteggi clinici</b>
<i>Sintomi emozionali</i>			
<i>Problemi di comportamento</i>			
<i>Iperattività/Disattenzione</i>			
<i>Rapporti problematici con pari</i>			
<i>Comportamento Pro-sociale</i>			
<b>Tot.</b>			

70022

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

**F.7 Identificazione precoce di esperienze traumatiche**

<b>Rischio PTSD</b>	<b>n. minori</b>
<i>Rischio basso</i>	
<i>Rischio medio</i>	
<i>Rischio alto</i>	
<b>Tot.</b>	

**F.8 Minori presi in carico per trattamento psicoterapeutico**

<b>Prestazione su minori (n. interventi o sedute)</b>	<b>n. interventi</b>
<i>Psicoterapia individuale per il minore</i>	
<i>Psicoterapia di gruppo</i>	
<i>Somministrazione e interpretazione di test proiettivi e della personalità</i>	
<i>Somministrazione di test di intelligenza</i>	
<i>Raccordi telefonici con altri operatori coinvolti</i>	
<i>Incontri di restituzione ai Servizi invianti</i>	
<i>Stesura di relazioni</i>	
<i>Altri interventi terapeutici</i>	
<i>Altri interventi correlati</i>	
<b>Tot.</b>	

**G - ATTIVITÀ DI SENSIBILIZZAZIONE E FORMAZIONE SULLA VIOLENZA ALL'INFANZIA**

<b>Tipologia</b>	<b>n. eventi effettuati</b>	<b>n. partecipanti</b>
<i>Attività di sensibilizzazione</i>		
<i>Attività di formazione</i>		
<b>Tot.</b>		

<b>ATTIVITÀ A FAVORE DEI MINORI AUTORI DI REATO</b>
---

**A - DATI UTENZA****A.1 Età e genere**

<b>Fascia età</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>Tot.</b>
<i>6-10 anni</i>			
<i>11-13 anni</i>			
<i>14-17 anni</i>			
<i>18 anni e più</i>			
<b>Tot.</b>			

**A.2 Residenza**

<b>Residenza</b>	<b>n. minori</b>
<i>Residenti nell'Ambito Territoriale/DSS di...</i>	
<i>Residenti nell'Ambito Territoriale/DSS di...</i>	
<i>Residenti nell'Ambito Territoriale/DSS di...</i>	
<i>Residenti nell'Ambito Territoriale/DSS di...</i>	
<i>Provenienti da altre ASL (specificare)</i>	
<i>Provenienti fuori regione (specificare)</i>	
<b>Tot.</b>	

**A.3 Cittadinanza**

<b>Stato</b>	<b>n. minori</b>
<i>Non indicata</i>	
<i>Italiana</i>	
<b>Tot.</b>	

**A.4 Tipologia secondo fase del procedimento penale**

<b>Fase del procedimento penale</b>	<b>n. minori</b>
<i>Presentazione spontanea pre-procedimento</i>	
<i>Invio da AA.GG. in attesa esiti procedimento</i>	
<i>In messa alla prova</i>	
<i>Inviato da servizio territoriale</i>	

**B - INVIANTI**

<b>Servizio inviante</b>	<b>n. minori</b>
<i>Servizio territoriale</i>	
<i>Autorità Giudiziaria</i>	
<i>U.S.S.M.</i>	
<b>Tot.</b>	



70024

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

**C - PRESTAZIONI****C.1 Prestazioni relative alla fase di presa in carico del minore autore di reato**

<b>Prestazione minore autore di reato (n. interventi o sedute)</b>	<b>n. interventi</b>
<i>Colloqui psicologico clinici di valutazione diagnostica</i>	
<i>Colloqui psicologico clinici con i/il genitori/e</i>	
<i>Colloqui psicologico clinici con la famiglia e il minore</i>	
<i>Psicoterapia individuale per il minore</i>	
<i>Somministrazione di test proiettivi o della personalità</i>	
<i>Colloqui psicologico clinici con altri caregiver</i>	
<i>Incontri di equipe con altri operatori coinvolti</i>	
<i>Colloqui con i Servizi invianti</i>	
<i>Colloqui di restituzione al minore</i>	
<i>Colloqui di restituzione ai genitori/caregiver</i>	
<i>Colloqui di restituzione minore-caregiver-Servizio</i>	
<i>Colloqui di restituzione ai Servizi invianti</i>	
<i>Stesura di relazioni</i>	
<b>Tot.</b>	

**C.2 Psicoterapia di gruppo**

<b>Psicoterapia di gruppo</b>	<b>Tot.</b>
<i>Numero utenti in terapia di gruppo</i>	
<i>Numero gruppi attivati</i>	
<i>Numero totale sedute di gruppo</i>	

**C.3 Sintesi esiti (da valutare nella annualità in corso)**

<b>Esiti intervento</b>	<b>n. utenti</b>
<i>L'utente non si presenta ai colloqui</i>	
<i>L'utente non è candidabile ad un intervento clinico (es. motivazione strumentale)</i>	
<i>L'utente non necessita di intervento psicoterapico dopo i colloqui di valutazione</i>	
<i>L'utente intraprende un percorso di psicoterapia</i>	
<i>Altro (specificare)</i>	

**Sezione V****PERCORSI E STRUMENTI OPERATIVI AL TEMPO DELL'EMERGENZA PANDEMICA**

- La tutela, la presa in carico e la cura psicologica delle persone minori per età durante l'emergenza sanitaria
- Lutto traumatico durante l'emergenza sanitaria
- PICCOLI PASSI ... per sconfiggere il virus! Indicazioni psicoeducative per pediatri, operatori del settore e genitori
- PICCOLI PASSI ... per la tutela al tempo della pandemia. Indicazioni psicoeducative per educatori di comunità
- PICCOLI PASSI ... per essere faro al tempo della pandemia. Indicazioni psicoeducative per insegnanti
- Criteri e procedure per l'accesso alla telepsicologia di pazienti minorenni
- Modulo di consenso informato alla Telepsicologia per genitori/caregivers
- Informativa per ragazzi sulla Telepsicologia

**1. LA TUTELA, LA PRESA IN CARICO E LA CURA PSICOLOGICA DELLE PERSONE MINORI PER ETÀ DURANTE L'EMERGENZA SANITARIA**

L'emergenza sanitaria derivante dalla pandemia di COVID-19 rappresenta, per la popolazione mondiale, un evento straordinario e catastrofico che non ha precedenti. Non è solo una crisi sanitaria ma una vera e propria crisi umana che ha provocato un'interruzione della routine quotidiana ed ha causato un maggiore senso di imprevedibilità, minaccia e incertezza.

Nelle attuali condizioni di emergenza oltre alla necessità di tutelare il diritto alla salute dell'infanzia e dell'adolescenza, è fondamentale garantire a tutti i bambini ed adolescenti vulnerabili la possibilità di avviare e/o proseguire la presa in carico socio-sanitaria, specie nei casi di esperienze traumatiche emergenti o pregresse. In tale prospettiva è condivisa anche a livello nazionale e regionale la necessità che, nelle situazioni di emergenza, sia garantita la continuità dei servizi socio-sanitari al fine di evitare che il peggioramento delle condizioni di malessere collegati alla violenza all'infanzia abbia effetti severi ed irreversibili.

Nello specifico, a livello gestionale ed organizzativo, è necessario definire un piano di lavoro nell'emergenza per ciascun servizio al fine di evitare risposte confuse e sovrapposizioni e che consenta, allo stesso tempo, la programmazione e il monitoraggio delle attività in relazione ai bisogni conosciuti e a quelli nuovi emersi a seguito dell'emergenza. In particolare è necessario garantire la continuità del sostegno psicologico e delle psicoterapie in essere, sia per i bambini che per i genitori in condizione di fragilità e vittime di precedenti esperienze traumatiche, anche a distanza, che:

- prevedano l'utilizzo di setting clinici flessibili adeguati alla nuova situazione ed ai bisogni emergenti;
- assicurino interventi di cura competenti ed adeguati alle problematiche da trattare;
- favoriscano la cooperazione tra i 3 diversi livelli previsti per la presa in carico delle vittime minori per età e l'integrazione degli altri interventi di sostegno e protezione;
- garantiscano, nei limiti del possibile, la necessaria riservatezza;
- assicurino le condizioni tecnologiche per una qualità adeguata di contatto;
- garantiscano e definiscano le modalità di una aumentata reperibilità telefonica.

Ferme restando le azioni da svolgere "in presenza" per quanto riguarda le condizioni di urgenza/emergenza, è opportuno garantire azioni specifiche (vedi tabella seguente) rivolte ai diversi destinatari mediante l'utilizzo di piattaforme informatiche (Skype, Zoom, Teams, etc). A tal proposito vengono di seguito riportati dei documenti prodotti dall'U.O.S.D. Psicologia GIADA - Centro Regionale di III livello in accordo con l'U.O.S.D.I. Rischio Clinico e la Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico – Giovanni XXIII di Bari, che hanno la finalità di definire i criteri e le procedure per l'accesso alla Telepsicologia di pazienti

minorenni (vedi Sezione V – capitolo 6) e di acquisire il consenso informato dei caregivers (vedi Sezione V – capitolo 7) e dei ragazzi (vedi Sezione V – capitolo 8) all'utilizzo della Telepsicologia.

Destinatari		Obiettivi/azioni/strumenti
DESTINATARI INTERMEDI	<i>Operatori della Rete regionale dei referenti</i>	È auspicabile che, durante l'emergenza sanitaria, vengano facilitati i raccordi tra le Equipe Multidisciplinare Integrate presente in ogni Ambito Territoriale/Distretto Sociosanitario e il corrispondente Centro Specialistico per la cura del Trauma Interpersonale o, in caso di elevata complessità, tra la prima e il Centro di Riferimento Regionale di III livello. Anche i Centri Specialistici per la cura del Trauma Interpersonale, organizzati su base provinciale, effettuano in modalità videoconferenza gli audit clinici con il Centro di Riferimento Regionale di III livello
	<i>Operatori delle strutture di accoglienza e servizi destinati ai minori e per i servizi di prevenzione e contrasto alla violenza</i>	Nella prima fase dell'emergenza il Centro di Riferimento Regionale di III livello ha prodotto e diffuso diversi materiali psicoeducativi (disponibile sulla pagina Facebook GIADA - Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne bambini Abusati) rivolti a pediatri, operatori del settore e genitori (vedi Sezione V – capitolo 3), educatori di comunità (vedi Sezione V – capitolo 4) ed insegnanti (vedi Sezione V – capitolo 5). Allo stesso tempo il Centro di Riferimento Regionale di III livello, a fronte della nota del Direttore del Dipartimento promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti, ha attivato un servizio di consulto a distanza per la gestione dello stress associato all'emergenza COVID-19 nei minori e nelle genitrici rivolto agli operatori delle strutture ospitanti.
DESTINATARI FINALI	<i>Nuclei familiari</i>	Garantire la presa in carico per coloro i quali, in questa fase, hanno vissuto e/o vivono esperienze traumatiche, valutando le condizioni e le modalità più opportune – nel rispetto delle prescrizioni sanitarie – per garantire un adeguato supporto psicologico. L'intervento psicologico dovrebbe essere incentrato sulla situazione di stress derivante dall'emergenza sanitaria e dovrebbe perseguire le finalità di: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ mantenere la continuità delle cure;</li> <li>➤ favorire la gestione dello stress;</li> <li>➤ effettuare la valutazione della sicurezza;</li> <li>➤ monitorare, in modo proattivo, lo stato emotivo e le strategie di coping individuali e familiari.</li> </ul>
	<i>Genitori</i>	Occorre attivare o, laddove già presenti, proseguire: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ colloqui di sostegno per gestire la quotidianità e le possibili crisi familiari;</li> <li>➤ interventi combinati caregiver-bambini;</li> <li>➤ interventi di psicoeducazione.</li> </ul>
	<i>Bambini/ragazzi</i>	La continuità degli interventi di sostegno psicologico/psicoterapia crea stabilità e senso di vicinanza, anche non in presenza; occorre, pertanto: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ fornire ascolto e supporto rispetto ai timori e preoccupazioni legate alla pandemia (o lutti recenti);</li> <li>➤ lavorare sull'eventuale ri-attivazione delle memorie traumatiche legata alla permanenza forzata in casa (vissuti di costrizione e di limitazione della libertà personale) e/o all'incremento del tempo trascorso con eventuali figure violente nel contesto intrafamiliare;</li> <li>➤ promuovere gli <u>interventi 3R</u> (Rassicurazione, Routine e Regolazione) tesi a rassicurare i minori che saremo lì per loro e che, nonostante le difficoltà, proseguiremo il lavoro con loro; favorire una nuova organizzazione della giornata anche creando nuove tradizioni e nuovi</li> </ul>

		<p>rituali; favorire la regolazione emotiva attraverso l'utilizzo di vocaboli ed espressioni empatici e l'esecuzione di attività di relax e di gestione dello stress (esercizi del "termometro delle emozioni", esercizi di mindfulness e tecniche di rilassamento, esercizi di respirazione e di rilassamento muscolare progressivo, esercizi di grounding quali strategie sensoriali e strategie motorie);</p> <p>➡ favorire la consapevolezza della propria <u>finestra della tolleranza per la regolazione dell'arousal</u> al fine di supportare i bambini/ragazzi nell'esplorazione degli stati di attivazione e nello sviluppo di un senso di libero arbitrio rispetto alle abilità che consentono loro di gestire emozioni difficili.</p>
	<i>Bambini in famiglia adottiva/affidataria</i>	<p>È auspicabile effettuare interventi integrati con tutti i Servizi coinvolti, ivi compresi quelli della zona di provenienza, così da fornire al nucleo una risposta integrata attraverso:</p> <p>➡ supporto psicologico ai genitori affidatari e adottivi;</p> <p>➡ sostegno e/o terapie individuali ai bambini e ragazzi.</p>
	<i>Minorenni fuori famiglia</i>	Oltre al sostegno individuale ai minorenni garantire setting multipli con gli educatori per interventi personalizzati.

## 2. LUTTO TRAUMATICO DURANTE L'EMERGENZA SANITARIA

Le morti causate da una pandemia espongono chi sopravvive, anche i minorenni<sup>27</sup>, ad un elevato rischio di sviluppare una patologia del lutto in considerazione delle peculiari modalità con cui si compie il processo della morte. Interventi precoci riducono il rischio che il normale processo di elaborazione del lutto diventi un disturbo psicopatologico: se il decesso è avvenuto in modo inaspettato e/o il minorenne non ha potuto accompagnare il fine vita, né partecipare ai riti funebri, c'è il rischio che si sviluppi un Disturbo da lutto persistente complicato (Cohen, et al., 2006<sup>28</sup>; DSM 5, 2013<sup>29</sup>, Courtright et al., 2017<sup>30</sup>; SIAARTI et al., 2020<sup>31</sup>). Questa diagnosi è caratterizzata dal desiderio/nostalgia persistente della persona deceduta, preoccupazione per essa e/o profondo dolore. La persona può anche essere preoccupata per il modo in cui è avvenuto il decesso; nei bambini, questa preoccupazione per il deceduto può essere espressa attraverso i contenuti del gioco e il comportamento e può estendersi fino alla preoccupazione per la possibile morte di altre persone vicine. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo, negli adulti per almeno 12 mesi e nei bambini per almeno 6 mesi dopo il lutto.

La pandemia aumenta la probabilità dello svilupparsi di tale patologia per i seguenti fattori di rischio:

- rapida compromissione delle condizioni cliniche di una persona cara;
- separazione prolungata per il ricovero o per altri motivi;
- assenza di contatti con il proprio caro;
- assenza di aggiornamenti costanti sullo stato di salute;
- impossibilità di accompagnare la persona amata negli ultimi istanti di vita;
- morte inaspettata e prematura;
- perdite multiple;
- maggior isolamento sociale;
- assenza della salma per i riti funebri;

<sup>27</sup> Nel presente documento con il termine "minorenne" si fa riferimento sia ai bambini che agli adolescenti.

<sup>28</sup> Cohen J. A., Mannarino A. P. & Deblinger E. (2006). Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. New York, NY: Guilford.

<sup>29</sup> American Psychiatric Association. (2013). Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (5a ed.). Raffaello Cortina Editore: Milano.

<sup>30</sup> Courtright KR, Benoit DD, Halpern SD. (2017). Life after death in the ICU: detecting family-centered outcomes remains difficult. Intensive Care Med. 43(10):1529-1531.

<sup>31</sup> SIAARTI - Aniasi - SICIP - SIMEU, DOCUMENTO INTERSOCIETARIO (2020): COMUNICoVID - Position Paper Come comunicare con i familiari in condizioni di completo isolamento - versione 01 Pubblicato il 18.04.2020.

- risposte familiari disfunzionali: segreto familiare sulle ragioni della morte oppure aduttizzazione del bambino/adolescente (Di Caro, 2017)<sup>32</sup>;
- crisi economica provocata dalla pandemia e aggravata dalla perdita (NCTSN, 2020)<sup>33</sup>.

Una stabile rete familiare e amicale, orientamenti spirituali e religiosi solidi, e sentimenti di fiducia nei confronti del Sistema Sanitario rappresentano importanti fattori di protezione in grado di moderare le condizioni di vulnerabilità sopra esposte.

Quindi cosa possiamo fare? Consapevoli dei fattori di rischio è opportuno che la Rete dei Servizi attenzi le famiglie maggiormente vulnerabili, individuando e potenziando i fattori di protezione individuali, familiari e sociali disponibili. Anche il mondo della scuola e i contesti religiosi dovrebbero essere sensibilizzati sulle caratteristiche del lutto traumatico nei minorenni, al fine di rilevare precocemente condizioni di disagio e al tempo stesso offrire spazi di riflessione su aspetti esistenziali e valoriali associati alla malattia, al contagio e alla morte (Alleanza per la protezione dell'infanzia nell'azione umanitaria, 2019)<sup>34</sup>.

Il dolore del lutto può essere condiviso, non eliminato; qualsiasi strategia deve dare spazio di espressione ai sentimenti del bambino/adolescente attraverso un ascolto attento e sensibile, in modo che il minorenne venga accompagnato ad attraversare questa sofferenza inevitabile. Di seguito alcune indicazioni specifiche per favorire l'elaborazione del lutto nel corso della pandemia (Ministero della Salute 2020<sup>35</sup>; NCTSN, 2020; SIAARTI et al., 2020; Cohen, Mannarino e Staron, 2006<sup>36</sup>):

1. Nella fase della lontananza per quarantena/ospedalizzazione cercare di mantenere dei contatti con la persona cara anche attraverso la collaborazione con i sanitari; è fondamentale che, sia il bambino/adolescente che il paziente, siano preparati all'eventuale contatto.

Se le condizioni del caro lo permettono e se c'è la possibilità per la struttura sanitaria in cui è ricoverato, può essere utile effettuare telefonate/videochiamate, far recapitare alla persona cara un oggetto significativo o un messaggio/disegno/lettera scritta dal minorenne; potrebbero essere gesti importanti sia per la persona cara che per il minorenne al fine di canalizzare le emozioni nel periodo di stress.

Se il minorenne manifesta tristezza, rabbia o vissuti di colpa per l'impossibilità di stare vicino alla persona cara, aiutarlo ad immaginare le cure che i medici e gli infermieri stanno dando alla persona amata. Tale dato influenzerà positivamente il processo di elaborazione del lutto (Benetti, 2020<sup>37</sup>).

2. Fornire informazioni chiare sulle condizioni dell'adulto malato e sulla eventuale successiva morte. La comunicazione della morte deve essere data da una persona significativa per il minorenne con parole chiare; è importante sottolineare che la persona cara è deceduta perché era *"molto, molto malata, per questo è morta"* per evitare che, alla prossima notizia di qualcuno che sta male o di un proprio malessere, tali informazioni possano elicitare l'idea della morte.

3. Osservare le reazioni del minorenne e mettersi in una posizione di ascolto. Se un genitore è solo nella gestione del figlio è importante che la rete familiare e sociale (amici, scuola, parrocchia, ecc.) possa mantenere attivi canali di comunicazione sia gruppalmente che individualmente.

<sup>32</sup> Di Caro S. (2017). La psicoterapia del distacco. Dinamiche intrapsichiche, funzionamento familiare e trattamento del lutto in terapia relazionale. Ed. Alpes Italia.

<sup>33</sup> NCTSN (2020). Helping children with traumatic separation or traumatic grief related to COVID-19 [www.NCTSN.org](http://www.NCTSN.org)

<sup>34</sup> Alleanza per la protezione dell'infanzia nell'azione umanitaria (2019): Nota tecnica: Protezione dei bambini durante la pandemia di coronavirus, Versione 1, marzo 2019.

<sup>35</sup> Ministero della Salute (2020): Affrontare la salute mentale e gli aspetti psicosociali dell'epidemia di COVID-19 Traduzione del documento: Interim Briefing Note ADDRESSING MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF COVID-19 OUTBREAK Version 1.5 February 2020 Elaborato da IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, WHO.

<sup>36</sup> Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Staron, V.R., A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG), J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2006, 45 (12): 146573.

<sup>37</sup> Benetti SV (2020). Love in the Time of Corona. Annals of Internal Medicine doi: 10.7326/M20-1137.

4. Strutturare riti di saluto individuali, familiari e sociali possibili in base alle restrizioni presenti al momento della morte. La narrazione (orale/scritta/grafica) è da sempre uno strumento essenziale dei riti di saluto: onorare la figura di chi non c'è più, collocando nel tempo e nello spazio ricordi ed emozioni collegate, restituisce appartenenza e offre la possibilità di esprimere quello che si muove dentro: è un modo di accompagnare il defunto nel suo viaggio e di poter dire addio. La narrazione può assumere varie forme, quindi si possono strutturare nuovi rituali anche a distanza; si potrebbe:
- organizzare una videochiamata coinvolgendo le persone più care, arricchendo questo momento con gesti simbolici che si potrebbero decidere con il minorenne (ad es. condivisione di una lettera, ascolto di una canzone, visione di foto significative, narrazione di ricordi personali, preghiera condivisa anche coinvolgendo un rappresentante della chiesa);
  - organizzare un gesto condiviso che ognuno nelle proprie case potrebbe svolgere nello stesso momento, ad esempio lancio di palloncini con messaggi per la persona cara;
  - condividere un rito anche con il mondo della scuola o con il club sportivo/ludico a cui il minorenne appartiene.
5. La restrizione in casa potrebbe incrementare il malessere di dover vivere tutta o la maggior parte della giornata fra le mura domestiche, dove gli oggetti ricordano continuamente la persona cara, soprattutto se era un genitore o un parente convivente. Pertanto è necessario, rassicurare il minorenne sulla sicurezza della propria abitazione, aiutarlo a condividere e gestire le emozioni, oltre che incentivarlo a svolgere delle attività che lo sostengano in questo momento.

### 3. PICCOLI PASSI ... PER SCONFIGGERE IL VIRUS! INDICAZIONI PSICOEDUCATIVE PER PEDIATRI, OPERATORI DEL SETTORE E GENITORI

#### PICCOLI PASSI ... per sconfiggere il virus!

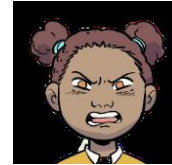
#### Quali emozioni stanno provando i bambini?



PAURA



TRISTEZZA



RABBIA

#### Quali domande o pensieri condividono con te?

Perché non posso uscire?

Voglio andare a trovare i nonni!

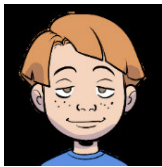
Mi manca la scuola, i miei compagni...

Non voglio più stare in casa!

Ho paura di ammalarmi!

Quando finirà questa quarantena?

#### Sarebbe importante aiutarli a crescere insegnando loro a confrontarsi con le avversità, i limiti, la noia ma anche con le piccole quotidianità per assaporare ...



CALMA



GIOIA

I bambini potrebbero sperimentare stress sia per gli improvvisi cambiamenti della loro routine sia per le tensioni che potrebbero originarsi in casa. Per queste ragioni potrebbero richiedere maggiori attenzioni mostrandosi più capricciosi, ansiosi, agitati, irritabili o silenziosi, forse qualcuno potrebbe ritornare a bagnare il letto, a voler dormire con voi, alterando (in eccesso o in difetto) i ritmi sonno-veglia e dell'alimentazione.

Qui di seguito riportiamo una raccolta di suggerimenti, estrapolati dai numerosi documenti pubblicati da fonti autorevoli, selezionati per essere di ausilio a pediatri, operatori del settore e famiglie. Buona lettura.

#### 1. Invitiamo il bambino a parlarne e ascoltiamo

*L'ascolto dei bambini è il primo passo per comprendere quale sia il loro stato emotivo e i loro bisogni. È fondamentale capire i bisogni per poter dare risposte adeguate alle loro richieste. Se il bambino non riesce ad esprimersi con il linguaggio, invitiamolo a utilizzare il disegno, a creare storie o filastrocche o a ricorrere ad altre attività per mantenere aperta la comunicazione. Il bambino si sente sollevato se può esprimere i suoi sentimenti in un ambiente supportivo.*

#### 2. Prestiamo attenzione ai contenuti delle informazioni condivise

*Se il bambino è molto piccolo, puoi mostrargli un video o leggergli una favola; non è il caso di spiegare cos'è un'epidemia, ma piuttosto rammentargli l'importanza del rispetto delle misure igieniche, senza introdurre nuove paure.*

*Se il bambino è di età scolare, è bene spiegare cos'è il virus, cos'è un'emergenza sanitaria globale, cosa sono e a cosa servono le misure restrittive, i rischi per la salute e le possibilità di guarigione. Anche includendo possibili scenari, come l'eventualità di un ricovero, rassicurandolo al tempo stesso che serve per guarire e stare meglio. Questa circostanza potrebbe diventare occasione di approfondimento per i più grandi, relativo sui temi scientifici legati alle caratteristiche del virus; questo li aiuterà a sentirsi più consapevoli e a comprendere maggiormente anche le indicazioni dei comportamenti da adottare che sono stati indicati dalle autorità sanitarie.*

**Sulla pagina Facebook GIADA – Gruppo Interdisciplinare Donne bambini Abusati ci sono dei documenti per parlare ai bambini del virus**

### **3. Prestiamo attenzione alle modalità della comunicazione delle informazioni**

*Usare parole semplici, chiare, adeguate all'età e realistiche è il modo migliore per tranquillizzare il bambino e facilitare la comprensione di ciò che sta accadendo. È importante trasmettere gradatamente i contenuti, osservare le reazioni del bambino ed essere sensibili al suo livello di ansia. Non serve passare troppe informazioni ma lasciare spazio a domande successive di approfondimento, che potranno arrivare anche nelle ore e nei giorni che seguiranno. È importante, inoltre, comunicare con un tono di voce tranquillo, in grado di trasmettere fiducia. Questo favorisce una migliore regolazione dei propri livelli di stress, connessi alla situazione contingente.*

### **4. Cerchiamo di essere di esempio**

*I primi a dover seguire i comportamenti corretti dobbiamo essere proprio noi adulti: è importante prestare attenzione a come esprimiamo le nostre emozioni di fronte ai bambini, che potrebbero essere influenzati dagli adulti che li circondano. È, inoltre, essenziale che siano proprio gli adulti a seguire con scrupolo le regole e i comportamenti indicati dalle istituzioni competenti, coinvolgendo i bambini a fare altrettanto.*

### **5. Evitiamo commenti e affermazioni di discriminazione**

*Evitiamo affermazioni discriminatorie nei confronti dei contagiati o delle persone che provengono da una determinata area geografica; spiegate al vostro bambino che il virus può colpire chiunque e le persone contagiate non hanno nessuna responsabilità.*

### **6. Evitiamo la sovraesposizione alle informazioni**

*Evitate di far trascorrere ai bambini troppo tempo davanti ai media e ai social, per non amplificare la confusione o i livelli di paura/ansia. Le continue immagini di ospedali, mascherine e il costante aggiornamento del numero dei contagi e delle morti, non aiutano, anzi, possono aumentare lo stress, le fantasie e i pensieri negativi.*

### **7. Offriamo costanti rassicurazioni**

*Spieghiamo al bambino che gli adulti e soprattutto le istituzioni stanno facendo di tutto per proteggere lui e le persone che gli sono vicine. Rassicuriamolo che le limitazioni richieste dal Governo, come la distanza sociale, la chiusura della scuola, la sospensione della gita scolastica o della prima comunione, sono provvisorie ma utili per garantire la protezione adeguata.*

### **8. Favoriamo, per quanto possibile, la vicinanza con il bambino**

*In momenti di crisi o stress il bambino ricerca più vicinanza e attenzione, pertanto è consigliabile ridurre al minimo le sue separazioni dal genitore. In caso di separazione forzata, per necessità lavorative, evidenziamo al bambino il valore sociale del lavoro del genitore; nel caso di un ricovero ospedaliero, rassicuriamo il bambino rassicurandolo sull'impegno dei medici e degli infermieri nel combattere la malattia, garantendo, se possibile, contatti telefonici.*



*In ogni caso è importante sollecitare il bambino ad esprimere i suoi sentimenti dedicando, al genitore lontano, dei disegni, dei lavoretti o dei pensieri scritti.*

#### **9. Costruiamo una routine giornaliera e settimanale**

*Cerchiamo, nei limiti del possibile, di conservare le abitudini del bambino per non creare ulteriori fonti di ansia e stress. Nel tempo resosi libero è importante pianificare una nuova routine, con scadenze regolari e prevedibili, in grado di ri-orientare il bambino nel tempo della giornata e nello spazio della casa, includendo un tempo per gli apprendimenti, per il gioco e per la socializzazione, oltre che la continuità dei legami attraverso i mezzi di telecomunicazione.*

#### **10. Valorizziamo le opportunità che arrivano dai nuovi media**

*Per ridurre il senso di isolamento, soprattutto laddove il bambino è unicogenito o abbia fratelli molto più grandi o piccoli, le tecnologie digitali possono essere uno strumento utile alla socializzazione e all'apprendimento. È però necessario che genitori e adulti promuovano un utilizzo consapevole e corretto di questi ausili.*

#### **11. Condividere l'impegno di tutto il mondo per sconfiggere il virus.**

*Spieghiamo che gli scienziati stanno lavorando, senza tregua da settimane per scoprire la cura anti virus, che tantissimi medici e infermieri stanno lavorando notte e giorno per curare tutti gli ammalati, che il Presidente del Consiglio dei Ministri, il Presidente della Regione e i Sindaci, le Forze Armate e dell'Ordine stanno convincendo la gente a restare a casa per evitare il contagio, che le maestre e i genitori si stanno impegnando per proporre al bambino poesie, filastrocche ed attività nuove. Spieghiamo che anche il bambino ha due grandi compiti: rispettare le regole di prevenzione per sconfiggere il virus e collaborare, per quanto possibile, a creare un clima sereno e favorevole in famiglia. È importante che il bambino sappia che tutti si stanno aiutando reciprocamente con atti di generosità e collaborazione.*

#### **12. Grandi e bambini salviamo il mondo dal virus con questi super poteri!**

- *Se starnutisci o tossisci copri la bocca con un fazzoletto o il braccio ... e lavati le mani!*
- *Lavati regolarmente le mani con acqua e sapone*
- *Evita di uscire di casa*
- *Troviamo insieme attività per gestire lo stress, per distrarci, per imparare cose nuove, per divertirci e per non sentirci soli*
- *Esprimiamo le nostre emozioni e ascoltiamo le emozioni degli altri*
- *Manteniamo la calma e tranquillizziamo chi ci sta accanto*
- *Mettiamoci in contatto con gli affetti che sono distanti*
- *Andiamo alla ricerca dei veri tesori: scopriamo le positività di questo periodo*

Questo documento è una revisione del materiale presente nei seguenti siti web:

- AGIA - Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza (<https://www.garanteinfanzia.org/>)
- Children's Museum Verona (<https://www.cmverona.it/>)
- World Health Organization (<https://www.who.int/>)
- Istituto Superiore di Sanità (<https://www.iss.it/>)
- HEMOT® (Helmetfor EMOTions), Dipartimento di Scienze Umane, Università di Verona ([www.hemot.eu](http://www.hemot.eu))
- Save the Children (<https://www.savethechildren.it/>)
- Unicef (<https://www.unicef.org/>)
- SINPIA – Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ([www.sinpmia.eu](http://www.sinpmia.eu))

#### 4. PICCOLI PASSI ... PER LA TUTELA AL TEMPO DELLA PANDEMIA. INDICAZIONI PSICOEDUCATIVE PER EDUCATORI DI COMUNITÀ.

##### PICCOLI PASSI....per la tutela al tempo della pandemia. Indicazioni psicoeducative per educatori di Comunità



Occuparsi di bambini e adolescenti in Comunità o in strutture residenziali, significa restituire normalità a chi viene da esperienze traumatiche, difficili e pericolose. Durante il periodo di restrizioni da emergenza sanitaria, si aggiunge stress “fuori dall'ordinario”, difficile da comprendere ed accettare. In queste circostanze chi presenta già un funzionamento traumatico, potrebbe *manifestare maggiore difficoltà* nell'adattamento all'esperienza contingente. Potremmo *osservare comportamenti disfunzionali* nel tentativo di regolare l'elevata attivazione emotiva. A differenza degli altri coetanei, la loro storia implica profonde ferite nei legami affettivi, richiamate dal monito a “restare a casa”. Perché? Questi ragazzi devono affrontare ulteriori adattamenti, nuove separazioni e nuove restrizioni, in un ambiente comunitario, non per tutti già familiare, esposti ad una convivenza forzata in assenza di quei fattori protettivi come gli scambi sociali. Anche la sospensione del percorso di affido, adozione, dei rientri a casa, degli spazi neutri, delle sedute di psicoterapia o il rinvio di udienze al Tribunale, potrebbe rappresentare per molti dei ragazzi un'ulteriore esperienza destabilizzante. Queste situazioni potrebbero favorire la comparsa di riattivazioni traumatiche sui temi del rifiuto, dell'abbandono, del pericolo e dell'emarginazione, già vissute in passato, e potrebbe risultare più faticoso riorganizzare il senso di sé nel tempo in cui stavano costruendo fiducia e sicurezza. Le stesse situazioni potrebbero attivare nell'educatore vissuti di stanchezza, sentimenti di impotenza e smarrimento per la riorganizzazione del proprio turno di lavoro e per la ricaduta sulla propria sfera privata.

Agli educatori potrebbe essere richiesto, in poco tempo, di strutturare attività per diverse ore al giorno (con limitate risorse tecnologiche e nel rispetto delle distanze sociali), di incrementare la disponibilità ad intercettare i bisogni e gli stati emotivi del bambino in qualsiasi momento della giornata, di garantire la didattica a distanza, l'accesso a diversi dispositivi mediatici e la vicinanza con le figure di riferimento affettive. Tuttavia questo periodo, come tutte le situazioni di stress, può rappresentare un'opportunità di crescita, in grado di promuovere strategie di adattamento più funzionali e di mettere in luce nuove capacità e risorse, con sentimenti di maggiore amabilità ed autoefficacia personale.

Di seguito riportiamo un messaggio per gli educatori ed alcune strategie per i bambini e gli adolescenti che, durante questo periodo, potrebbero manifestare malessere psicologico.

##### 1. Focalizzati su te stesso per aiutare meglio gli altri

*Nelle situazioni di emergenza è normale sperimentare paura, ansia, rabbia, tristezza, colpa, solitudine, frustrazione e confusione; è normale tentare di ritrovarsi e sistematicamente perdersi nelle preoccupazioni e nel rimuginio; è prevedibile sperimentare più ansia ed impotenza quando ci si concentra su ciò che non è sotto il proprio controllo. L'invito è ad accogliere i sentimenti e i pensieri difficili, riconoscere che sono normali, permettere loro di essere lì (anche se fanno male) e ad essere gentili con sé stessi mentre ne facciamo esperienza. Questo è un impegno verso sé e i bambini, aiuta a focalizzare il controllo sul proprio comportamento nel qui ed ora e ad affrontare bene questa crisi e tutti i problemi reali che sta comportando.*

## 2. Dedicare spazi e tempi quotidiani all'ascolto e al dialogo

*Spiegare le nuove regole e le motivazioni dell'interruzione della presenza dei visitatori esterni (familiari, volontari, consulenti), preferibilmente nelle stesse fasce orarie e con un linguaggio e materiale esplicativo (favole, video, cartoni animati, articoli di giornale) adeguato all'età dei bambini/adolescenti. È indispensabile aiutarli a "mettere fuori", individualmente e in gruppo, i propri stati emotivi connessi alle restrizioni, alla convivenza e alle separazioni forzate. Spiegare che gli scienziati, per salvaguardare la salute di tutti i cittadini, hanno chiesto al Governo di evitare gli incontri tra le persone e le uscite.*

*Il circle time potrebbe essere una modalità efficace per restituire circolarità alla comunicazione, promuovere l'espressività emotiva e cognitiva dei ragazzi, oltre che favorire l'integrazione delle esperienze e dei sentimenti attuali con la memoria di quotidianità passate. Laddove si presentassero difficoltà emotive e comportamentali, consigliare la compilazione di un diario giornaliero dove annotare sentimenti e riflessioni per sviluppare una maggiore autoconsapevolezza oppure promuovere la fantasticheria naturale del bambino perché diventi l'eroe di una storia, una canzone o un film in cui è lui a scrivere il destino dell'umanità. Scrivere in prima persona un nuovo capitolo di vita, in cui l'eroe si confronterà con avversità, alleanze, perdite, conquiste e tante meravigliose scoperte di sé e degli altri co-protagonisti.*

## 3. Sperimentare nuove vicinanze pur nella distanza spaziale

*È importante ancorare la relazione dei bambini/adolescenti con gli operatori che si succedono nei turni di lavoro ad una nuova prossemica, rispettosa delle misure di sicurezza e al contempo sempre sensibile ai bisogni di vicinanza del bambino. Pertanto, le attività, gli spazi e la pianificazione del tempo andranno accomodati su questa finalità. Potrebbe quindi, introdursi come necessario oltre che creativo e divertente, l'utilizzo di un gesto del saluto alternativo, al momento del cambio operatore. Così come l'utilizzo di bambole, marionette o altro materiale disponibile per veicolare gesti di tenerezza e di corporeità.*

*L'utilizzo alternativo degli spazi potrebbe essere utile da proporre anche tra i bambini/adolescenti. A ciascuno potrebbe essere suggerito di ritagliarsi degli ambienti che siano solo propri o degli orari durante il giorno in cui possano esserlo, anche al fine di evitare di stare tutti insieme, che allo stato attuale potrebbe assumere il significato di un'esperienza forzata.*

## 4. Restituire significato ai comportamenti di rabbia o aggressività

*Nel caso di manifestazioni di rabbia o aggressività, sarebbe utile intervenire immediatamente bloccando fisicamente i comportamenti aggressivi o distruttivi oppure intervenire per mediare i conflitti tra i ragazzi coinvolti. Successivamente fermarsi con il ragazzo o bambino per riflettere se, nel conflitto, l'azione aggressiva ha portato il risultato desiderato e nel caso negativo cosa pensa sarebbe stato più efficace; suggerirgli la compilazione di un diario giornaliero sui suoi sentimenti per promuovere una maggiore autoconsapevolezza; usare l'ascolto attivo e comprensivo perché il bambino/adolescente possa verbalizzare la carica emozionale piuttosto che agirlo.*

*L'educatore in questo momento non dovrebbe né criticare né dare consigli.*

## 5. Orientare l'attività motoria al tipo di disregolazione

*In questo periodo si potrebbero osservare diverse alterazioni del comportamento e la pratica dell'attività fisica potrebbe favorire una migliore regolazione.*

*Potreste giocare a "Sacco pieno, sacco vuoto" facendo salire e scendere i bambini; potreste giocare ai "Passi grandi come un elefante e passi piccoli come una formica" creando movimenti in avanti o indietro; potreste giocare a "Un, due, tre stella" per farli spostare velocemente e stopparsi rapidamente.*

*Per i bambini/adolescenti con agitazione motoria è opportuno, inoltre, dedicarsi ad esercizi sistematici di respirazione.*

*Se, invece, notiamo stanchezza e lentezza eccessive, si potrebbe configurare uno stato di ipoattivazione, da fronteggiare con giochi motori scandendo il tempo con un tamburo, accelerando e decelerando, veloce/piano,*

*lento/forte, un battito si salta, due battiti si gira, tre battiti si corre da A a B. Per questi bambini/adolescenti è opportuno, inoltre, dedicarsi ad esercizi di risveglio corporeo.*

*In generale, è opportuno preferire attività che contribuiscano allo sviluppo del sentimento di reciprocità, come il lancio della palla, il ping pong, il tiro alla fune, la staffetta, il gioco del fazzoletto.*

#### **6. Orientare i laboratori ludico creativi al tipo di disregolazione**

*Con i bambini che presentano disregolazione è utile programmare laboratori manipolativi (carta pesta, pasta di sale, plastilina, argilla, impasti alimentari). È possibile programmare diverse varianti della caccia al tesoro per stimolare i sistemi sensoriali, programmare laboratori di ballo, canto o karaoke, teatro.*

*Per i bambini/adolescenti con calo del tono dell'umore, tendenza all'isolamento e difficili da coinvolgere, è utile promuovere giornalmente almeno un'attività per loro piacevole e favorire la ripresa dei contatti con i pari o adulti per loro significativi.*

#### **7. Riflettere sulle eventuali opportunità di questo periodo**

*È utile promuovere giornalmente uno spazio di riflessione sulla propria crescita personale in queste settimane, in cui stanno sperimentando una convivenza diversa tra di loro, nuove regole, nuove abitudini e nuovi spazi di condivisione. Aiutarli a focalizzarsi sui lati positivi di questa esperienza, sia in termini di scoperta di qualità proprie ed altrui, sia di strategie e impegno profuso da parte dell'intero gruppo.*

#### **8. Favorire la consapevolezza dei propri superpoteri**

*Per impegnare attivamente il bambino/adolescente nella scoperta e presa di consapevolezza delle proprie risorse e capacità sviluppate in questo periodo, potrebbe essere utile strutturare una vera e propria "caccia al tesoro alla ricerca delle proprie ricchezze personali e di gruppo". Creando un appuntamento serale sistematico in circle time, sulle scoperte giornaliere personali e dell'altro, si inviterebbe ciascuno ad elencare sia tutti gli aspetti positivi che questa condizione sta evidenziando, sia le difficoltà sperimentate da sé e dagli altri. L'attività si completerebbe con l'impegno da parte di ciascuno a trovare nuove strategie per fronteggiare le difficoltà riscontrate. Domande stimolo potrebbero essere "Cosa mi sta piacendo di me in questo periodo?", "Chi tra i miei compagni di comunità ho riscoperto?", "Quali sono le difficoltà più grandi per me in questo momento?", "Cosa potrei fare per superarle?", "Come potrei aiutare i miei compagni in questo momento difficile?". Questa esperienza stressante, se opportunamente colta e raccolta, potrebbe essere occasione di resilienza, di nuovi prospettive, nuove strategie, nuove capacità, nuove modalità di stare in relazione con se stessi e con gli altri.*



**Sulla pagina Facebook GIADA – Gruppo Interdisciplinare Donne bambini Abusati ci sono dei documenti psicoeducativi per parlare del virus**

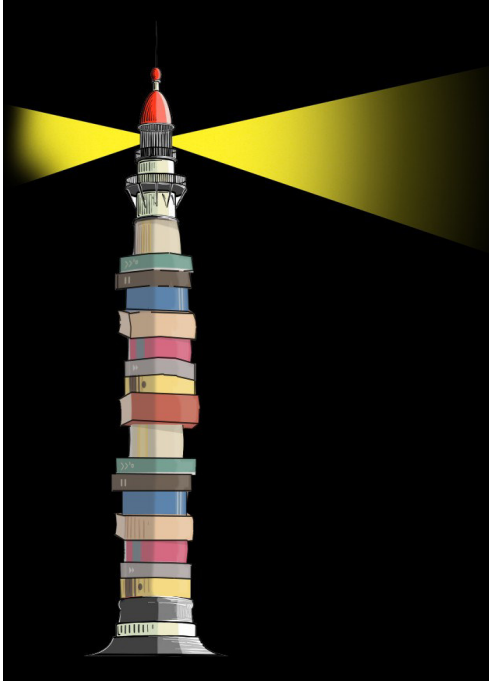
Per eventuali informazioni o necessità specifiche è possibile contattare l'Equipe dell'UOSD Psicologia-GIADA dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari, all'indirizzo mail [info@giadainfanzia.it](mailto:info@giadainfanzia.it)

Questo documento è una revisione del materiale presente nei seguenti siti web:

- <http://www.animazione sociale.it/category/raccontaituoservizio/>
- "FACE COVID" Come rispondere efficacemente alla crisi Coronavirus di Russ Harris ([www.TheHappinessTrap.com](http://www.TheHappinessTrap.com))
- "IL CORONA-EROE ORDINARIO: TU COME PUOI AGIRE EROICAMENTE DI FRONTE ALLA PANDEMIA di S. Hayes (<http://www.facebook.com/people/Steven-C-Hayes/590277205>)
- "E i bambini come stanno vivendo la quarantena da Coronavirus? (<https://roma03.it/>)
- CISMAI (<https://cismai.it/>)

**5. PICCOLI PASSI ... PER ESSERE FARO AL TEMPO DELLA PANDEMIA. INDICAZIONI PSICOEDUCATIVE PER INSEGNANTI.**

**Indicazioni psicoeducative per gli insegnanti**



Occuparsi ogni giorno della didattica a distanza, significa restituire normalità a bambini e adolescenti che stanno affrontando l'emergenza sanitaria.

Questo periodo, come tutte le situazioni di stress, può rappresentare però nella vita un'opportunità di crescita, in grado di promuovere strategie di adattamento più funzionali e di mettere in luce nuove capacità e risorse.

Gli insegnanti attraverso schede, video, audio e lezioni a distanza entrano nelle case e nelle stanze degli alunni e possono essere per loro, e per le famiglie, fonte di apprendimento cognitivo, ma soprattutto emotivo. Il confronto con l'emergenza sanitaria obbliga tutte le istituzioni e in particolare la scuola a confrontarsi con una importante sfida che impone il cambio di rotta: la didattica non come obiettivo, ma come strumento di promozione della crescita dei bambini e degli adolescenti.

Tutto questo acquista ancora più senso se pensiamo a quei bambini e adolescenti esposti alle varie forme di violenze domestiche, alle famiglie fragili e vulnerabili schiacciate dall'isolamento, incapaci di essere riferimento per i figli, i quali si trovano in balia di esperienze emotive intense non condivise, né spiegate e tanto meno regolate. La scuola, come la sanità, è chiamata a presidiare la salute dei bambini e adolescenti, soprattutto di quelli che sono esposti anche al virus della violenza domestica o della violenza sulla rete. Le misure di contenimento del contagio impongono di restare in casa, con molto più tempo libero da passare anche in rete, e questo accresce il rischio di adescamenti

online, cyberbullismo e uso smodato di smartphone.

In questi casi il rapporto con gli insegnanti potrebbe rappresentare l'unico approdo educativo, una bussola per provare ad orientarsi in una realtà caotica o addirittura pericolosa, un faro per chi si sente smarrito ed impotente. In questo momento gli alunni potrebbero sperimentare una disregolazione emotiva (avere le emozioni "congelate", provare un "vulcano" di emozioni a cui non sanno dare un nome, avere paura di parlare delle loro emozioni perché percepiscono i genitori spaventati o minacciosi), quindi la relazione con gli insegnanti e/o con la classe potrebbe essere un contenitore in cui aiutarli a parlare e ad individuare strategie per fronteggiare i loro vissuti o in cui formulare richieste di aiuto, più o meno chiare; in tali situazioni ci potrebbe essere la necessità di attivare azioni di protezione e tutela attivando la rete dei servizi socio-sanitari.

Qui di seguito riportiamo alcune strategie per sostenere i bambini e gli adolescenti durante la pandemia, affinché la scuola possa essere un ponte con l'esterno, soprattutto nelle situazioni in cui gli alunni inviano direttamente o indirettamente richieste di aiuto.

### 1. Focalizzarsi su ciò che è sotto il proprio controllo

*Nelle situazioni di emergenza è normale provare paura e ansia, tutto ciò che non è sotto il nostro controllo incrementa il vissuto di ansia e impotenza. L'invito agli insegnanti è di focalizzarsi su ciò che è possibile fare in questo momento, accettare come normali le intense emozioni sperimentate ed essere gentili con sé stessi mentre ne facciamo esperienza. Questa focalizzazione verso sé, renderà probabilmente più facile l'ascolto empatico degli alunni nei vari momenti di contatto.*



### 2. Dedicare spazio quotidiano all'ascolto

*È indispensabile aiutare gli alunni a "mettere fuori" individualmente e/o in gruppo i propri stati emotivi sia connessi alle restrizioni e all'interruzione dei contatti con l'esterno, che ad altre possibili fonti di stress individuale e/o familiare.*



### 3. Creare uno spazio per la "scuola" a casa

*Aiutare i bambini e gli adolescenti ad adattarsi all'ingresso della scuola in casa, a tal fine, soprattutto per i più piccoli, che spesso non studiano nella loro cameretta, potrebbe essere utile favorire la creazione di un spazio dedicato alla scuola, anche in cucina o soggiorno, un piccolo angolino separato soprattutto dallo spazio del gioco.*



### 4. Proporre attività espressive

*Le attività creative e motorie proposte ai bambini e agli adolescenti sono funzionali a favorire l'espressione delle emozioni sperimentate, al fine di permettere una migliore gestione della possibile disregolazione emotiva.*



### 5. Saper cogliere il positivo

*Questa occasione, se opportunamente colta e raccolta, potrebbe essere portatrice di nuovi orizzonti, nuove strategie, nuove capacità e nuove modalità di stare in relazione. Supportare gli alunni nell'individuazione di risorse interne ed esterne a cui far riferimento.*



### 6. Vigilare sui rischi della rete

*È necessario raccomandare ai ragazzi di limitare il più possibile l'uso in solitudine dei dispositivi elettronici; in questa convivenza forzata con la famiglia si può provare a utilizzarli in modo più "social" condividendo insieme le iniziative di informazione e intrattenimento messe a disposizione gratuitamente online (solidarietadigitale.agid.gov.it). I millennials possono aiutarsi e aiutare i genitori a orientarsi tra l'enorme quantità d'informazioni sull'emergenza provenienti dal web e selezionare le fonti ufficiali dalle fake news che ci confondono, disorientano e aumentano le paure. Questo è il momento di usare le capacità digitali dei ragazzi per limitare al massimo il contagio dei rischi qualunque sia il "virus".*



**Sulla pagina Facebook GIADA – Gruppo Interdisciplinare Donne bambini Abusati ci sono dei documenti psicoeducativi per parlare del coronavirus**

Questo documento è una revisione del materiale presente nei seguenti siti web:

- [www.TheHappinessTrap.com](http://www.TheHappinessTrap.com) "FACE COVID" Come rispondere efficacemente alla crisi Coronavirus di Russ Harris
- <https://www.ispcan.org/covid19resourcepage/> The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, Technical Note: Protection of Children during the Coronavirus Pandemic, Version 1, March 2019
- <https://cismai.it/> CISMAI
- [www.commissariatodips.it](http://www.commissariatodips.it) "CORONAVIRUS": RISCHIO ADESCAMENTO MINORI ONLINE
- [www.difesapopolo.it](http://www.difesapopolo.it) Coronavirus, tecnologia e adolescenti: 5 consigli per evitare l'Overdose digitale
- [www.aqi.it](http://www.aqi.it) Tutti a casa davanti al pc, cresce rischio adescamento minori online

**6. CRITERI E PROCEDURE PER L'ACCESSO ALLA TELEPSICOLOGIA DI PAZIENTI MINORENNI**

**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
"POLICLINICO DI BARI-GIOVANNI XXIII"**

OSPEDALE PEDIATRICO "GIOVANNI XXIII", Via Amendola, 207 - Bari

**U.O. Semplice Dipartimentale (SD) PSICOLOGIA - Tel. 0805596601 Fax 0805596828**

Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie afferibili alla telepsicologia possono assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle condizioni di fragilità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multiprofessionale e multisettoriale.

Destinatari delle attività ambulatoriali psicologiche sono famiglie/caregiver e bambini/adolescenti in condizioni di vulnerabilità:

- minorenni con malattie croniche, malattie inguaribili e disabilità;
- minorenni esposti ad esperienze sfavorevoli infantili, conclamate o a rischio, quali violenze, trascuratezza, lutti traumatici;
- minorenni preadolescenti ed adolescenti.

Inviati sono:

- medici specialisti della nostra Azienda Ospedaliera;
- PLS/MMG;
- Tribunale per i Minorenni;
- equipe integrate multidisciplinari del territorio regionale.

Modalità

La telepsicologia sarà utilizzata per tutti i pazienti preadolescenti ed adolescenti, salvo diverse indicazioni, ovvero laddove si configurino ostacoli alla relazione di fiducia necessaria per l'intervento psicologico; sono esclusi da tale modalità i bambini in età prescolare, che accederanno in presenza, utilizzando il laboratorio di osservazione con specchio unidirezionale.

In tutti i casi in cui si procederà con la visita in presenza, sarà garantito il rispetto delle norme di prevenzione del contagio in ordine alle direttive ministeriali vigenti.

Condizioni

A. In seguito alla richiesta di presa in carico si procederà con i seguenti step:

1. contatto telefonico con i caregiver (genitore/i o rappresentante legale/tutore/amministratore di sostegno del minore), per verificare le condizioni materiali e tecniche di realizzazione di televisita quali:
  - disponibilità ad incontri online
  - accesso a uno smartphone, tablet o computer/con webcam
  - accesso a WiFi o hotspot cellulare
  - disponibilità di una stanza con una porta o una parte della casa lontana dagli altri membri della famiglia;
  - disponibilità di scrivania o tavolo, dove sarà seduto il paziente;
  - disponibilità di un adulto o un caregiver ad essere presente in casa per motivi di sicurezza durante la telepsicologia;
2. si procederà ad accertarsi che le condizioni cliniche e l'età del paziente consentano la costruzione di un'alleanza terapeutica in modalità online: è importante discutere con i caregivers e i piccoli pazienti in merito alle aspettative, ai confini e alla sicurezza delle attività al fine di verificare l'opportunità della visita da remoto, garantendo che i servizi siano erogati in modo adeguato, etico ed efficiente;



3. condividere i moduli per il consenso alla telepsicologia e l'informativa aziendale sulla privacy; è indispensabile riservarsi uno spazio di dialogo con il ragazzo per condividere le finalità e le modalità della telepsicologia affinché, con un linguaggio semplice e chiaro, si possa acquisire il consenso consapevole del minore attraverso l'informativa di consenso per ragazzi.

B. Una volta definiti i pazienti eleggibili al servizio di telepsicologia provvedere a:

- acquisizione obbligatoriamente di indirizzo mail del caregiver
- acquisizione di documentazione pregressa, attraverso l'inoltro telematico da parte dei caregivers del minore all'indirizzo istituzionale del dirigente psicologo
- prenotazione della visita, garantendo un lasso temporale adeguato per eventuale invio di documentazione sanitaria integrativa e per la trasmissione della impegnativa ed eventuale pagamento ticket
- i caregivers dei minorenni riceveranno le credenziali di accesso al portale dedicato, informativa e consenso informato alla telepsicologia, specifica informativa sul trattamento dei dati personali (ai sensi dell'Art. 13 del GDPR), adottata dalla A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII di Bari
- i caregivers riceveranno una mail generata automaticamente dalla piattaforma informatica aziendale dedicata (C4C) contenente il link per la televisita e il promemoria dell'appuntamento, con preavviso di 1 ora rispetto all'appuntamento
- al termine della prestazione sanitaria, laddove necessario sarà redatta relazione psicologica che potrà essere corrisposta via mail alla famiglia e/o ai caregivers e/o alla rete.

#### Prestazioni erogabili in telepsicologia

- 94.09 (52221) Colloquio psicologico clinico
- 94.083 (52173) Somministrazione di test proiettivi e della personalità
- 943 (52245) Psicoterapia individuale
- 94.42 (52269) Psicoterapia familiare
- 94.44 (52281) psicoterapia di gruppo

Al fine di poter svolgere nel modo più corretto l'attività di televisita o di teleconsulto, il dirigente psicologo deve essere dotato di:

- computer, cavo di ricarica, cuffie con microfono.
- Il professionista dovrebbe inoltre adottare le seguenti regole di comportamento:
- garantire che le sessioni si svolgano in privato
  - premunirsi del cellulare dell'adulto di riferimento
  - prestare attenzione a ciò che può essere nel raggio della telecamera
  - garantire uno sfondo neutro usando uno schermo regolabile o a divisore dietro la sedia.
  - rimuovere le distrazioni udibili dalla stanza
  - vestirsi in modo appropriato per la sessione
  - utilizzare le cuffie con un microfono.



**7. MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA TELEPSICOLOGIA PER GENITORI/CAREGIVERS****INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALLA TELEPSICOLOGIA (TELEVISITA E TELESALUTE E TELEASSISTENZA )**

*Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani";*

*Ai sensi e nel rispetto del GDPR 2016/679 e del D.LGS. n. 196/2003, come modificato dal D.LGS. n. 101/2018, nonché delle Linee Guida del Ministero della Salute e delle indicazioni fornite dal CNOP*

*Si informa che la prestazione verrà svolta attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico.*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_, in  
 qualità di genitore/i o rappresentante legale/tutore/amministratore di sostegno del minore  
 \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente  
 a \_\_\_\_\_ < via \_\_\_\_\_  
 telefono \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

rivolgendosi alla UOSD Psicologia, Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari è informato/a sui seguenti punti:

1. l'assistenza psicologica è finalizzata al conseguimento o potenziamento del benessere psicologico;
2. lo scopo e la natura dell'intervento professionale è una consulenza psicologica e/o un colloquio psicologico clinico e/o un trattamento psicoterapeutico con finalità di valutazione e intervento psicologico-psicoterapeutico, per migliorare il benessere psicologico e gestire disagi e difficoltà psicologici (cognitivi, affettivi, relazionali, comportamentali) e/o disturbi psicopatologici, rivolti al singolo minore e/o ai caregivers di riferimento (genitori, famiglia, educatori), che possono essere effettuati attraverso trattamenti individuali, familiari e/o di gruppo;
3. potranno essere usati strumenti conoscitivi (tra i quali il colloquio psicologico -clinico, i test psicodiagnostici, l'osservazione) e di intervento (colloqui, tecniche di intervento psicologico-clinico e/o psicoterapeutiche) per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico e/o l'intervento psicoterapeutico;
4. la durata globale dell'intervento non è definibile a priori per motivi clinici; dopo una fase di valutazione, la durata dell'eventuale presa in carico dipenderà necessariamente dall'evoluzione del processo clinico e sarà concordata di volta in volta con il minore e il/i genitore/i o rappresentante legale/tutore/amministratore di sostegno del minore;
5. la frequenza delle sedute (settimanale, quindicinale o mensile ecc..) è concordata in base al progetto di intervento psicologico, e nel corso del suo svolgimento sarà possibile adeguarla ai cambiamenti personali e della relazione professionale; tale modifica verrà condivisa con minore e il/i genitore/i o rappresentante legale/tutore/amministratore di sostegno dello stesso;
6. le prestazioni potranno essere prenotate dopo presentazione della impegnativa del PLS/MMG, e saranno erogate attraverso la piattaforma C4C dell'AOU Policlinico-GiovanniXXIII di Bari, dedicata alla Televisita/Telesalute, fatti salvi la verifica dei criteri di applicabilità della prestazione in remoto;
7. in assenza di esenzioni, sarà necessario effettuare pagamento ticket, che avverrà, secondo le indicazioni della AOU Policlinico- Giovanni XXIII, mediante bonifico bancario o versamento C/C oppure utilizzando il servizio PoliTicket presso i totem presenti al CUP del Policlinico o del Giovanni XXIII. La ricevuta verrà condivisa via mail;
8. durante le consulenze non saranno presenti terzi non previsti e non visibili nella stanza del paziente e del terapeuta;
9. i colloqui non saranno registrati né in audio né in video, salvo necessità cliniche che verranno preliminarmente condivise con l'assistito;

10. in qualsiasi momento si può interrompere l'intervento psicologico/psicoterapeutico, dopo aver concordato tale possibilità con lo psicologo/psicoterapeuta e/o con la rete dei servizi/terzo settore, coinvolti dal provv del Tribunale per i Minorenni. In tal caso sarà opportuna un'ultima seduta, per la sintesi del lavoro svolto;
11. è possibile disdire ciascun appuntamento comunicandolo almeno 24 ore prima dell'appuntamento stesso;
12. al fine di facilitare e monitorare l'evoluzione del lavoro clinico nel tempo, verrà raccolto quanto prodotto nel corso del rapporto professionale in forma di cartella clinica, siano essi appunti di sedute, dati ed esiti di strumenti di valutazione. I dati saranno conservati, anche per motivi legali e deontologici, secondo le modalità adottate dall'A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII. La loro conservazione avviene, secondo quanto previsto dal GDPR in merito alla conservazione di dati sensibili, in modalità sicura (pseudonimizzazione, crittografia di files, armadi di sicurezza) e senza che terzi possano avervi accesso.
13. alcuni elementi del processo clinico potranno eventualmente essere condivisi, esclusivamente in forma anonima, a colleghi psicologi e/o medici (parimenti tenuti al segreto professionale), per fini didattici o di supervisione clinica. In alcuni casi, previa informazione e consenso esplicito del cliente, determinati dati potrebbero essere integrati in modo completamente non riconoscibile e non riconducibile alla persona (procedure di "mascheramento") in presentazioni scientifiche (ad es. articoli, conferenze).

Il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in  
qualità di genitore/i o rappresentante legale/tutore/amministratore di sostegno del minore  
\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_, residente  
a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ avendo ricevuto  
l'informativa di cui sopra dichiara:

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con il Servizio (UOSD Psicologia - Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII")
- di aver corrisposto impegnative come sopra indicato e, in assenza di esenzioni, anche pagamento ticket.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile)

\_\_\_\_\_

## 8. INFORMATIVA PER RAGAZZI SULLA TELEPSICOLOGIA



## Informativa per ragazzi sulla telepsicologia



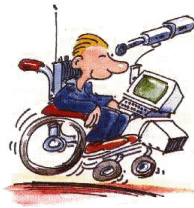
Azienda Ospedaliero-Universitaria  
Policlinico-Giovanni XXIII di Bari

Data \_\_\_\_\_

Mi chiamo \_\_\_\_\_ sono nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
vivo a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Sono stato/a informato/a dal dr/dr.ssa \_\_\_\_\_ del Servizio di Psicologia che le attività psicologiche, a cui dovrei partecipare per stare meglio psicologicamente, prevedono l'uso di smartphon, tablet o computer (Telepsicologia), in particolare ho capito che:

- le attività che realizzeremo insieme con l'uso delle tecnologie sono finalizzate a stare meglio e consistono in incontri online:



- ✚ con l'obiettivo di comprendere meglio le mie opinioni, le mie emozioni, i miei bisogni di salute, le esperienze problematiche vissute o in corso (colloqui, test psicologici)

- ✚ per risolvere o ridurre problemi legati alla gestione delle mie emozioni o dei miei comportamenti o alle relazioni con gli altri (sedute di psicoterapia o di psicoeducazione)

- ✚ decideremo insieme quando incontrarci online e per quanto tempo; anche se per conoscerci bene sarà utile incontrarsi spesso, in qualsiasi momento potrò proporre di concludere gli incontri

- ✚ per connettermi con le videochiamate o con il tablet o il computer devo scegliere una stanza della casa che mi permetta di sentirmi tranquillo/a, di non essere disturbato/a nè interrotto/a



- ✚ devo mettermi seduto/a ad un tavolo o ad una scrivania. Durante gli incontri online, in casa ci deve essere sempre un genitore o un adulto di riferimento

- ✚ l'incontro sarà interrotto nel caso si verificassero problemi tecnici che disturbano la comunicazione o la qualità della relazione

- ✚ l'intervento psicologico sarà impostato sempre nel rispetto del mio interesse garantendo riservatezza e privacy

- ✚ non è prevista la registrazione audio o video degli incontri, salvo necessità cliniche che mi verranno spiegate prima

- ✚ non ci sarà la partecipazione di altre persone non previste: tutti i presenti dovranno essere concordati e comunque essere visibili in video;



- ✚ lo psicologo mi ha informato con chiarezza e ha risposto alle mie domande per permettermi di dire, in modo consapevole insieme ai miei genitori o a chi si prende cura di me, se sono d'accordo o in disaccordo con le attività proposte.

Sono soddisfatto/a delle informazioni ricevute e do il mio consenso informato ad intraprendere le attività psicologiche online (Telepsicologia) per il mio benessere psicologico

Firma ragazzo/a \_\_\_\_\_ Firma genitore/tutore \_\_\_\_\_

**Sezione VI****ALLEGATI**

- La Sindrome da Alienazione Genitoriale (Risposta del Ministro della Salute all'Interrogazione parlamentare n. 4-02405)
- Codici ICD9-CM per la rilevazione della violenza interpersonale
- Prospetto quadri diagnostici a breve, medio e lungo termine correlati al trauma interpersonale infantile
- Elenco dei Centri Antiviolenza operativi in Puglia

70044

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

1. LA SINDROME DA ALIENAZIONE GENITORIALE (RISPOSTA DEL MINISTRO DELLA SALUTE ALL'INTERROGAZIONE PARLAMENTARE N. 4-02405)



*Ministero della Salute*

*Ufficio Legislativo*

*Ufficio Rapporti Parlamento*

Lungotevere Ripa, 1 - 00153 Roma

*Registro - classif. N.:* ... I.6.b.b/2019/1629

*Risposta al Foglio del:* .....

*N.:* .....

29 MAG. 2020

Alla Sen. Valeria Valente  
Senato della Repubblica

e. p. c.:

Alla Presidenza del Consiglio dei  
Ministri  
Dipartimento Rapporti con il  
Parlamento Ufficio II

Al Senato della Repubblica  
Segretariato Generale  
Ufficio del sindacato ispettivo

ROMA

OGGETTO: Interrogazione parlamentare n.4-02405.

La Sindrome da Alienazione Genitoriale o da Anaffettività Genitoriale (Parental Alienation Syndrome - PAS) è una "Sindrome" ipotizzata da uno studioso americano (R. Gardner), come un'ipotetica e controversa dinamica psicologica disfunzionale che si attiverebbe sui figli minori coinvolti in contesti di separazione e divorzio conflittuale dei genitori, non adeguatamente mediate.

Gardner ne ha descritto gli elementi costitutivi in diversi lavori auto-pubblicati, e pertanto, privi di verifica da parte della letteratura scientifica, in particolare della revisione di esperti, (la cosiddetta "peer review"), che oggi è il parametro principale di valutazione della validità delle pubblicazioni scientifiche anche nei concorsi universitari.

Tale "Sindrome", in effetti, pur essendo oggetto di dibattito in diversi Paesi, ad oggi non è riconosciuta come disturbo psicopatologico dalla grande maggioranza della Comunità scientifica e legale internazionale, e anche negli Stati Uniti è soggetta ad amplissime discussioni.

Detta "Sindrome" non risulta inserita in alcuna delle classificazioni in uso, come la "International classification of diseases" (ICD 10), o il "Diagnostic and statistical manual of mental disorders" (DSM 5), in ragione della sua evidente "ascientificità" dovuta alla mancanza di dati a sostegno.

Riguardo a quest'ultima classificazione, infatti, l'Istituto Superiore di Sanità ha inteso precisare che la proposta avanzata dallo studioso statunitense W. Bernet durante un "working committee" del DSM 5 di inserire la categoria PAS, non è stata accolta, in quanto si è ritenuto che l'esclusione e l'alienazione di un genitore non corrisponda ad una sindrome, né ad un disturbo psichico individuale definito, ma piuttosto a un disturbo della relazione tra più soggetti, una relazione disfunzionale alla quale contribuiscono il genitore alienante, quello alienato e il figlio/la figlia, ciascuno con le proprie responsabilità e con il proprio "contributo", che può variare di caso in caso.

L'Istituto Superiore di Sanità segnala che su questo argomento è in corso un vivace dibattito nella Comunità scientifica, anche e soprattutto per il rischio di utilizzo strumentale di una definizione priva di validità diagnostica nelle controversie che coinvolgono minori.

Le varie critiche rivolte al concetto di PAS concordano nel considerare scientificamente infondato il riferimento a una "sindrome" come ad una costellazione di sintomi che caratterizzano il disagio di un bambino conteso durante una causa di affidamento.

Gli studiosi che hanno approfondito tale tematica hanno introdotto correttivi e spunti di riflessione, anche critici, sia preoccupandosi di individuare i criteri per una diagnosi differenziale, sia inserendo tale problematica nel "continuum" di relazioni che si instaurano tra ciascun genitore e il figlio, prima durante e dopo la separazione, di cui l'alienazione può essere l'esito finale di processi relazionali sempre più negativi, sia chiedendosi se effettivamente sia legittimo parlare di sindrome e, ancora, se gli interventi di «riprogrammazione del bambino» attraverso l'allontanamento siano efficaci e psicologicamente adeguati, come segnalato nella interrogazione in esame.

La Comunità scientifica sembrerebbe concorde nel ritenere che l'alienazione di un genitore non rappresenti, di per sé, un disturbo individuale a carico del figlio, ma un grave fattore di rischio evolutivo per lo sviluppo psicologico e affettivo del minore stesso.

Tale nozione compare nel "DSM IV" tra i Problemi Relazionali Genitore - Figlio; e nel citato "DSM 5" all'interno dei Problemi correlati all'allevamento dei figli.

Sembra quindi che la PAS sia meglio definita come un "Disturbo del comportamento relazionale", e non come una sindrome.

Il "DSM 5" definisce i problemi relazionali come "modelli persistenti e disfunzionali di sentimenti, comportamenti e percezioni che coinvolgono due o più partner in un importante rapporto personale".



Per essere diagnosticato come tale, un disturbo relazionale richiede l'esistenza di un'interazione patologica tra gli individui coinvolti nella relazione.

Pertanto, sebbene la descrizione del disordine abbia una certa validità, devono essere condotte ricerche approfondite per chiarire le sue caratteristiche (ad esempio, durata e intensità dei sintomi), altrimenti esse potrebbero essere utilizzate strumentalmente nelle controversie legali.

Anche le Società scientifiche di psichiatria italiane, oltre a non riconoscere tale disturbo come patologia, non ritengono giustificati interventi terapeutici specifici.

Nonostante la mancanza di evidenze scientifiche nella Letteratura medica, la Sindrome da Alienazione Genitoriale continua, ancora oggi, ad essere utilizzata in ambito giudiziario.

Infatti, sono ancora molti i casi di bambini affidati ad un genitore sulla base dell'uso improprio della PAS, così come sono molti i casi di bambini inviati nelle comunità rieducative.

Questo Ministero, già nel 2012, ha puntualizzato la non attendibilità della PAS e il rischio dell'uso distorto di tale diagnosi nei casi dei bambini contesi, proprio a fronte del mancato riconoscimento del disturbo in questione sia da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sia da parte di tutta la Comunità scientifica internazionale.

In particolare, nei casi di violazioni attribuibili a difetti o abusi di competenza o coscienza medica, il Ministero della salute si attiva tempestivamente ogni qual volta venga a conoscenza di presunte violazioni di norme deontologiche, chiedendo all'Ordine professionale di riferimento di effettuare gli opportuni accertamenti e di comunicarne al Ministero gli esiti.

Anche qualora siano segnalati casi di diagnosi di PAS da parte di medici o psicologi, il Ministero della salute ha cura di informare con sollecitudine gli Ordini professionali di appartenenza, per gli accertamenti sulle eventuali violazioni di norme deontologiche.

Rientra nell'ambito delle competenze del Ministero della giustizia intraprendere le adeguate iniziative finalizzate a garantire che, nelle sedi processuali, non vengano riconosciute patologie prive delle necessarie evidenze scientifiche, tanto più pericolose, poiché aventi ad oggetto decisioni in materia di minori.

Da ultimo, l'Istituto Superiore di Sanità ha precisato che è opinione condivisa tra gli studiosi che sia utile la promozione di ulteriori studi sistematici e su larga scala dell'alienazione dei genitori, che tengano conto delle questioni discusse allo scopo di definire criteri diagnostici oggettivi adeguati per una diagnosi scrupolosa ed un trattamento valido.

E' certamente utile una ricerca sistematica a livello nazionale, che potrà essere promossa dai Ministeri interessati, coinvolgendo un "panel" di esperti riconosciuti nel settore e le relative Società Scientifiche.

Sono disponibili, infatti, valide rassegne sistematiche sulla questione della PAS pubblicate su riviste internazionali anche da parte di gruppi di studiosi italiani, che possono rappresentare un punto di riferimento avanzato per evitare l'uso improprio del concetto di alienazione dei genitori nelle controversie sui bambini e per consentire un uso corretto di tale concetto in aree cliniche e forensi.



Il Ministro  
(On. Roberto Speranza)



2. CODICI ICD9-CM PER LA RILEVAZIONE DELLA VIOLENZA INTERPERSONALE <sup>38</sup>

ICD9 CM ver.2007						
Capitolo	Codice Blocco	Descrizione blocco	Codice Categoria	Descrizione categoria	Codice sotto categoria	Descrizione sottocategoria
Traumatismi e avvelenamenti	995	Alcuni effetti avversi non classificati altrove	995.5	Sindrome del bambino maltrattato	99550	Abuso di minore non specificato
					99551	Abuso di minore emotivo/psicologico
					99552	Trascuratezza di minore (nutrizionale)
					99553	Abuso sessuale su minore
					99554	Abuso fisico di minore
					99555	Sindrome del bambino agitato
			995.8	Effetti avversi specificati non classificati altrove	99559	Altri abusi e trascuratezze di minori
					99580	Maltrattamento di adulto, non specificato
					99581	Sindrome dell'adulto maltrattato
					99582	Abuso emotivo/psicologico di adulto
					99583	Abuso sessuale di adulto
					99584	Trascuratezza di adulto (nutrizionale)
					99585	Altri abusi e trascuratezze di adulto
					Fattori che influenzano o lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	V15
V1542	Anamnesi personale di trauma psichico da violenza emotiva					
V61	Altri problemi familiari	V61.1	Problemi coniugali	V6111		Abuso da parte del coniuge o del partner
				V6112		Abuso sul coniuge o sul partner
		V61.2	Problema nel rapporto genitori-figli	V6121		Maltrattamento del bambino
				V6122		Abuso sul bambino da parte del genitore
V71	Osservazione e valutazione per sospetto di manifestazioni morbose	V71.5	Osservazione successiva ad asserita violenza carnale o seduzione			
		V71.6	Osservazione successiva ad altra lesione volontaria			
		V71.8	Osservazione e valut. per sospetto di manifestazioni morb. spec.	V7181		Osservazione per sospetto di abuso e trascuratezza

<sup>38</sup> Prospetto tratto dal Corso FAD "Prevenzione e contrasto della violenza di genere attraverso le reti territoriali" organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità

Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	E960- 69	Omicidio e lesioni volutamente inflitte da altre persone	E960	Combattimento, rissa, stupro	E9601	Stupro	
			E961	Aggressione con sostanza caustica o corrosiva, eccetto avvelenamento			
			E962	Aggressione con avvelenamento	E9620	Droghe e sostanze medicinali	
					E9621	Altre sostanze liquide o solide	
					E9622	Altri gas o vapori	
					E9629	Avvelenamento non specificato	
			E964	Aggressione con immersione (affogamento)			
						E9650	Arma da fuoco
						E9651	Fucile da caccia
		E9652				Carabina da caccia	
		E9653				Armi da fuoco militari	
		E9654				Altra e non specificata arma da fuoco	
		E9657				Lettera esplosiva	
		E9658				Altro esplosivo specificato	
		E9659				Esplosivo non specificato	
		E966	Aggressione con strumento tagliente e pungente				
		E967	Esecutore di abuso su bambino e di adulto	E9670	Da padre, patrigno o fidanzato		
				E9671	Da altra persona specificata		
				E9672	Da madre, matrigna o fidanzata		
				E9673	Da consorte o partner		
				E9674	Da figlio		
				E9675	Da fratello		
				E9676	Da nonno		
				E9677	Da altro parente		
				E9678	Da badante non parente		
				E9679	Da persona non specificata		
		E968	Aggressione con altri mezzi non specificati	E9680	Incendio		
				E9681	Spinta da un luogo elevato		
				E9682	Colpo con oggetto contundente o lanciato		
				E9683	Liquido bollente		
				E9684	Negligenza criminale		
				E9685	Veicolo da trasporto		
				E9686	Fucile ad aria compressa		
E9687	Morso umano						
E9688	Altro mezzo specificato						
E9689	Mezzo non specificato						
E969	Postumi di lesioni volutamente inflitte da altra persona						

### 3. PROSPETTO QUADRI DIAGNOSTICI A BREVE, MEDIO E LUNGO TERMINE CORRELATI AL TRAUMA INTERPERSONALE INFANTILE <sup>39</sup>

DSM5 (Codice)	DC 0 5 TM Zero to Three	ICD10 (Codice)	ICD9 CM (Codice)
Disturbo da Stress Post Traumatico (309.81)	Disturbo da Stress Post Traumatico sotto i 6 anni	Disturbo da Stress Post Traumatico (F43.10)	Disturbo Post Traumatico da stress (309.81)
Disturbo reattivo dell'attaccamento (313.89)	Disturbo Reattivo dell'attaccamento	Disturbo Reattivo dell'attaccamento (F94.1)	Disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia e della prima fanciullezza (313.89)
Disturbo da Impegno sociale disinibito (313.89)	Disturbo da Coinvolgimento Sociale Disinibito	Disturbo da attaccamento disinibito dell'infanzia (F94.2)	Disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia e della prima fanciullezza (313.89)
Disturbo dell'adattamento (309)	Disturbo dell'adattamento	Disturbo non specificato dell'adattamento (F43.20)	Reazione di adattamento – disturbo di adattamento – reazione di adattamento a stress cronici (309)
Disturbo da Stress acuto (308.3)		Reazione acuta da stress (F43.0)	Altre Reazioni acute allo stress-Disturbo da situazione acuto –Disturbo da stress acuto (308.3)
Altri disturbi specifici correlati al trauma e allo stress (309.89)	Disturbo da Lutto Complicato dell'infanzia	Altre reazioni a stress grave (F43.8)	Razione di adattamento – altre reazioni (309.89)
Disturbo da trauma e stress collegato non specificato (309.9)	Altro disturbo da Trauma Stress e Deprivazione dell'infanzia	Reazione a grave stress non specificato (F43.9)	Reazione di adattamento non specificata (309.9)
Disturbo dissociativo dell'identità (300.14)		Disturbi di personalità multipli (F44.81)	Disturbo dissociativo dell'identità (300.14)
Amnesia dissociativa (300.12)		Amnesia dissociativa (F44.0)	Amnesia dissociativa (300.12)
Disturbo di Depersonalizzazione - Derealizzazione (300.6)		Sindrome di depersonalizzazione e-derealizzazione (F48.1)	Disturbo di depersonalizzazione (300.6)
Disturbo Borderline di Personalità (301.83)		Disturbo di personalità instabile tipo borderline (F60.31)	Disturbo di personalità borderline (301.83)
Disturbo antisociale di Personalità (301.7)		Sindrome antisociale di Personalità (F60.2)	Disturbo di personalità antisociale (301.7)

<sup>39</sup> Prospetto realizzato dalla Dott.ssa Enza Bicchi, Dirigente Psicologo Consultorio Familiare Andria - Coordinatrice del Centro di Cura del Trauma Interpersonale

## ELENCO DEI REFERENTI DELLA RETE DEI SERVIZI CHE HANNO PARTECIPATO ALLA FORMAZIONE SPECIALISTICA REGIONALE\*

## Provincia di Bari

## Primo Livello - Equipe integrata multidisciplinare territoriale (EMI)

Ambito/Distretto	Assistente Sociale Comune	Psicologo Consultori o Familiare	Telefono Servizio	Posta Elettronica Ordinaria	Posta Elettronica Certificata
ALTAMURA DSS BA 04	Matera Filomena		080310740 2	pianosociale.2018@gmail.com distretto4.altamura@asl.bari.it	uff.piano@pec.comune.altamura.ba.it
	D'Amato Angela Maria		080950740 8	ufficio.piano@comune.corato.ba.it	servizi.sociali@pec.comune.corato.ba.it
DSS BA 02 – RUVO DI PUGLIA		Quinto Maria Greca	080360826 7	dss.ruvo@asl.bari.it	distretto2.aslbari@pec.rupar.puglia.it
	Santoro Vittoria Menga Maria L. Lisi Marianna Vista Marta Marrone Angela De Bernardis Angela		080577296 8 080577325 4 080577746 0 080577604 0 080577482 4 080577491 2	ufficiodipiano@comune.bari.it	ufficiodipiano.comunebari@pec.rupar.puglia.it
DSS BA (EX 06-		Provenzan	080584435	dssbari@asl.bari.it	distrettobarri.aslbari@pec.rupar.puglia.it

70052

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

<b>07-08) - BARI*</b>	o Marina	8		
	Noceti Patrizia	080584465 2		
	Delia Anna	080584483 2		
	Ragnini Elisabetta	080584203 8		
	Garattini Virginia	080584409 8		
	Baccaro Maria Franca	080584300 9		
	D'Ursi Antonia Maria	080584275 5		
<b>GIOIA DEL COLLE DSS BA 13</b>	Gagliardi Rita	080348946 5	ufficiodipianodue@comune-gioiadelcolle.ba.it	udp.gioiadelcolle@pec.rupar.puglia.it
<b>GRUMO APPULA DSS BA 05</b>	Dote Lucia	080306523 7	ufficiodipianogrumo@comune-grumoappula.ba.it	distretto13.aslbari@pec.rupar.puglia.it
	Spinelli Domenica	080307702 7	dss.grumo@asl.bari.it	direzioneambito5@pec.comune.grumoappula.ba.it
<b>MOLFETTA DSS BA 01</b>			ufficiodipiano.ambito1@comune.molfetta.ba.it	distretto5.aslbari@pec.rupar.puglia.it
	Cosmai Maria	080335751 6	<u>dss.molfetta@asl.bari.it</u>	servizi.sociali@cert.comune.molfetta.ba.it
<b>PUTIGNANO DSS BA 14</b>	Paolillo Anita	080490020 4	ufficiodipiano@comune.putignano.ba.it	distretto1.aslbari@pec.rupar.puglia.it
	Genco Raffaella Daniela	080405053 3	dss.putignano@asl.bari.it	ufficiodipiano@cert.comune.putignano.ba.it
<b>TRIGGIANO DSS BA 10</b>	Di Turi Domenica	080465794 6	ufficiodipiano@ambitosociale5.it	distretto14.aslbari@pec.rupar.puglia.it
	Gallone	080425578	dss.triggiano@asl.bari.it	segreteria@pec.ambitosociale5.it
				distretto10.aslbari@pec.rupar.puglia.it

101

		Giovanni						
<b>BITONTO DSS BA 03</b>	Colianni Angela		080371619 0	ufficiodipiano@comune.bitonto.ba.it	protocollo.comunebitonto@pec.rupar.puglia.it			
				direzione.dss3@asl.bari.it	distretto3.aslbari@pec.rupar.puglia.it			
<b>MODUGNO DSS BA 09</b>	Melpignano Stefania		080586585 1		ambitosocialeba10.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it			
				protocollo.dss9@asl.bari.it				
<b>CONVERSANO DSS BA 12</b>				ufficiodipiano@comune.conversano.ba.it	ufficiodipiano.comune.conversano@pec.rupar.puglia.it			
				dss.conversano@asl.bari.it	distretto12.aslbari@pec.rupar.puglia.it			
<b>MOLA DI BARI DSS BA 11</b>	Lepore Lucrezia		080473860 5	ufficiodipiano.mola@pec.rupar.puglia.it				
				segreteria.mola@asl.bari.it				

\*Nota: per l'Ambito T. di Bari/DSS BA (EX 06-07-08) sono stati inseriti in elenco tutti i nominativi degli operatori che hanno preso parte alla formazione perché non sono stati ancora formalizzati gli accordi/protocolli per la costituzione e il funzionamento delle equipe con l'individuazione dei/delle referenti.

#### Secondo Livello – Rete Ospedaliera

##### Presidio Ospedaliero Di Venere - Bari

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
<b>UTIN</b>	Valenzano	Luigia	Dirigente Medico	0805015013	luigia.valenzano@asl.bari.it
	Natale	Mariapia	Dirigente Medico	0805015013	marina.n83@libero.it
	Carnimeo	Caterina	Capo Sala	0805015016	c.carnimeo@alice.it
<b>Pronto Soccorso</b>	Pepe	Annamaria	Dirigente Medico	0805015907	pepeannamaria@gmail.com
	Di Venere	Manola	Capo sala	0805015207	divenere.manola@libero.it
<b>Servizio Sociale</b>	Scorcìa	Beatrice	Assistente Sociale	0805015168	beatrice.scorcìa@asl.bari.it

##### Presidio Ospedaliero San Paolo - Bari

70054

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Direzione Medica	De Finis	Gaetano	Dirigente Medico	0805843313	gaetano.definis@asl.bari.it
	Manziona	Mariano	Dirigente Medico	0805843604	mariano.manziona@asl.bari.it
Ostetricia e Ginecologia	Maggiolino	Katia	Dirigente Medico	0805843679	katiamaggiolino@yahoo.it
	Gismondi	Sara	Ostetrica	0805843679	miscia976@gmail.com
Pronto Soccorso	Quaranta	Guido	Dirigente Medico	0805843448	liangu@virgilio.it
Radiologia	Fracella	Maria Rosaria	Dirigente Medico	0805843240	mariarosaria.fracella@asl.bari.it
	Di Clemente	Maria Teresa	C.P.S.E. Coordin.	0805843240	maria.diclemente@asl.bari.it
Medicina Legale	De Finis	Gaetano	Dirigente Medico	0805843313	gaetano.definis@asl.bari.it
Servizio Sociale	Panebianco	Maria	Assistente Sociale	0805843364	maria.panebianco@asl.bari.it

## Presidio Ospedaliero San Giacomo - Monopoli

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Pediatria	Laforgia	Francesca Rosaria	Dirigente Medico	0804149235	francesca.lafo@libero.it

## Presidio Ospedaliero Umberto I - Corato

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Pediatria	Mangione	Luisa	Dirigente Medico	0803608598	marilumadop@libero.it
	Mola	Angela	Infermiera professionale		angela.mola@alice.it
Ginecologia	Rossi	Pasquale	Dirigente Medico	0803608571	pasq.rossi@gmail.com
	Berardi	Giovanna	Infermiera professionale		giovanna.berardi1976@libero.it
	Musico	Margherita	Infermiera professionale		pippeo.ter@libero.it
Pronto Soccorso	Cialdella	Angela	Dirigente Medico	0808721006	angelacialdella@gmail.com
Chirurgia	Losapio	Rosa	Infermiera professionale	0803608573	losapio74@gmail.com

## Presidio Ospedaliero della Murgia F. Perinei - Altamura

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Direzione Sanitaria	Simone	Vita Maria	Dirigente Medico	0803108295	vitamaria.simone@asl.bari.it
	Morlino	Giovanni Battista	Dirigente Medico	0803108573	giovannib.morlino@asl.bari.it
Pediatria	Burdi	Domenico	Infermiere Professionale	0803108304	d.burdi@libero.it; domenico.burdi@asl.bari.it
	Portagnuolo	Francesco	Dirigente Medico	0803108114	portagnuoloof@alice.it
Ostetricia	Silecchia	Chiara	Infermiera Professionale	0803108114	silecchia.clara@gmail.com
	Deveteris	Maria	Dirigente Medico	0803108479	mariadeveteris@libero.it
Pronto Soccorso	Grisio	Eufenia Antonia	Infermiera Professionale	0803108350	emigrisio@libero.it
Radiologia	Casiello	Nunzio	Dirigente Medico	0803108466	nunzio.casiello@asl.bari.it
	Ostuni	Michele	Dirigente Medico	0803108473	ostunimichele1977@libero.it
Ortopedia	Calvi	Palma	Infermiera Professionale	0803108473	palmacalvi1868@gmail.com
Servizio Sociale	Ventricelli	Maria Maddalena	Assistente Sociale	0803108243	marilena.ventricelli@tiscali.it

## Presidio Ospedaliero Don Tonino Bello - Molfetta

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Pronto Soccorso	Vatinno	Stella	Dirigente Medico	0803357460	stella.vatinno@gmail.com
	Valente	Carmine	Infermiere Professionale	0803357460	carlovalente73@alice.it
Chirurgia Generale	Morgese	Anna	Dirigente Medico	0803357551	morgese.anna@libero.it
	De Ruvo	Cecilia	Infermiera Professionale	0803357551	ceciliaderuvo@live.it

## Ente Ecclesiastico Ospedale Miulli - Acquaviva delle Fonti



70056

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Direzione Sanitaria	Polo	Antonio	Dirigente Medico	0803054698	a.polo@miulli.it
	Mastrofrancesco	Paola	Dirigente Medico	0803054374	paolamastrofrancesco@libero.it
Pediatria	Bruno	Maria	Infermiera Professionale	0803054250	m.bruno@miulli.it
Ostetricia	Donatiello	Eliana	Ostetrica	0803054368	eliana.donatiello@gmail.com
	Lisco	Raffaella	Dirigente Medico	0803054311	raffa.lisco@virgilio.it
Pronto Soccorso	Pace	Antonella	Infermiera Professionale	0803054312	pace729Medico7@gmail.com
	Marini	Stefania	Dirigente Medico	0803054731	stefymar73@yahoo.it
Radiologia	Lazzazara	Mariangela	Tecnico di Radiologia	0803054329	mariangela.lazzazara@gmail.com
	Capodiferro	Laura	Infermiera Professionale	08030545118	lauracapodiferro8@gmail.com
Ortopedia	Cosmo	Valentina	Infermiera Professionale	0803054524	v.cosmo@miulli.it
Servizio Sociale	Novielli	Angela	Assistente Sociale	0803054324	angnov@libero.it

**Secondo Livello – Pediatri di Libera Scelta**

Cognome	Nome	Telefono Servizio	E-Mail
Carella	Chiara	080 4781073	drchiaracarella@gmail.com
Peccarisi	Lucia	0804953151 - 330788972	l.peccarisi@gmail.com
	Maria Cristina	0804953151 - 3307888972	cris.politano@virgilio.it

**Secondo Livello – Servizi specialistici**

Cognome	Nome	Qualifica	Telefono	E-Mail
---------	------	-----------	----------	--------

					Servizio	
<b>CSM</b>	Cantacessi	Maria	Assistente Sociale	0805842692	maria.cantacessi@asl.bari.it	
	Balducci	Daniela Jenny	Assistente Sociale	0805842103	daniela.jenny8@gmail.com	
	De Bellis	Iole	Assistente Sociale	0804717712	csm.mola@asl.bari.it	
	Liuzzi	Angela	Assistente Sociale	0804717712	csm.mola@asl.bari.it	
	Porcelli	Mariagrazia	Dirigente Psicologo	0805842642	mariagrazia.porcelli@asl.bari.it	
	Santamato	Wanda	Dirigente Medico	0805842103	wanda.santamato@asl.bari.it	
	Spinosa	Mariateresa	Assistente Sociale	0804091268	csm.conversano@asl.bari.it	
	Bello	Antonia	Dirigente Medico	0803108279	npia.altamura@asl.bari.it	
	Cortese	Laura	Dirigente Medico	0804626508	npia.triggiano@asl.bari.it	
	D'Abbicco	Carla	Dirigente Psicologo	0804626512	npia.triggiano@asl.bari.it	
<b>NPIA</b>	Gramegna	Angela	Assistente Sociale	0804149411	npia.monopoli@asl.bari.it	
	Lo Presti	Francesca	Edu. professionale	0805842752	npia.bari@asl.bari.it	
	Lovecchio	Barbara	Dirigente Psicologo	0804091323	npia.monopoli@asl.bari.it	
	Palmiotti	Maristella	Dirigente Psicologo	080 3608588	npia.bitonto@asl.bari.it	
	Reale	Stefania	Edu. professionale	0805842762	npia.bari@asl.bari.it	
	Visco	Sergio	Edu. professionale	0805842752	npia.bari@asl.bari.it	
	Lattarulo	Carmen	Dirigente Medico	0805842752	npia.bari@asl.bari.it	
	Giannini	Paolo	Dirigente Medico	0805843812	npia.modugno@asl.bari.it	
	Grilletti	Bruno	Dirigente Psicologo	080 4050215	npia.putignano@asl.bari.it	
	Mastromatteo	Santina	Edu. professionale	0805842762	npia.bari@asl.bari.it	
<b>Ser.D.</b>	Milillo	Domenica	Assistente Sociale	0804626515	npia.triggiano@asl.bari.it	
	Amodio	Vito Antonio	Dirigente Medico	0804091410	sert.conversano@asl.bari.it vitoantonio.amodio@asl.bari.it	
	Calvario	Francesca	Dirigente Psicologo	0803108281	francesca.calvario@asl.bari.it	
	Corvaglia	Luigi Giovanni	Dirigente Psicologo		luigi_corvaglia@yahoo.it	
	La grasta	Ippolita	Assistente Sociale		ippolita.lagраста@asl.bari.it	
	Conticchio Panza	Maria Filippa	Assistente Sociale	0805843069 0805843048	mariafiapanticchio@gmail.com	

70058

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

## Provincia di Barletta-Andria-Trani

## Primo Livello - Equipe integrata multidisciplinare territoriale (EMI)

Ambito/Distretto	Assistenti e Sociali Comune	Psicologo Consulitori o Familiare	Telefono Servizio	Posta Elettronica Ordinaria	Posta Elettronica Certificata
ANDRIA DSS BT 02	De Robertis Giuseppe		088329060 1		sociosanitario@cert.comune.andria.bt.it
		Biacchi Enza	088329992 3	dss2@aslb.at.it	dss2.aslb.at@pec.rupar.puglia.it
CANOSA DSS BT 03	Laganaro Anna Maria		088368382 3	ufficiodipiano@comune.canosa.bt.it	pdz@pec.comune.canosa.bt.it
		D'Ambrosio Antonella	088364136 4	dss3@aslb.at.it	dss3.aslb.at@pec.rupar.puglia.it
TAVOLIERE MERIDIONALE DSS BT 01				ambitotavolieremeridionale@gmail.com	dirigente.servizisociali@pec.comune.sanferdinandodipuglia.bt.it
		Giangaspero Rosaria	088357746 1	dss1@aslb.at.it	dss1.aslb.at@pec.rupar.puglia.it
BARLETTA DSS BT 04	Desario Carmine		088357725 4	dirigente.servizisociali@comune.barletta.bt.it	dirigente.servizisociali@cert.comune.barletta.bt.it
		Manta Elisa	088357734 3	dss4@aslb.at.it	dss4.aslb.at@pec.rupar.puglia.it
TRANI DSS BT 05				ufficiodipiano@comune.trani.bt.it	dirigente.udp@cert.comune.trani.bt.it
				dss5@aslb.at.it	dss5.aslb.at@pec.rupar.puglia.it

107

## Secondo Livello – Rete Ospedaliera

## Presidio Ospedaliero L. Bonomo - Andria

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Pediatria	Ferrante	Pasquale	Dirigente Medico	0883299232	p.ferrante@gmail.com
	Zinfolino	Giovina	Infermiere Professionale		giozinfollino75@libero.it
Ostetricia e Ginecologia	Fattibene	Michele	Dirigente Medico	0883299238	mifattibene@yahoo.it
	Tesse	Carmela	Ostetrica		c.tesse@alice.it
Ortopedia	Allegretti	Giovanni	Dirigente Medico	0883299235	vanni.allegretti@gmail.com
	Recca	Angela	Infermiera Professionale		a-recca@live.it

## Presidio Ospedaliero V. Emanuele II - Bisceglie

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Direzione Medica di Presidio	Lovascio	Giuseppe	Dirigente Medico	0803363335	giuseppelovascio3@gmail.com
	De Canio	Angela	Dirigente Medico		angela.decanio@fastwebnet.it
Pediatria	Portoso	Lucia	Infermiera Professionale	0803363225	luciaportoso@hotmail.com
	Simone	Concetta	Dirigente Medico		titti.simone@libero.it
Pronto Soccorso	Tarricone	Potito	Infermiera Professionale	0803363202	azione72@libero.it
Ortopedia Servizio Sociale	Volpe	Michele	Dirigente Medico	0803363245	michele.volpe@gmail.com
	D'Avella	Rosanna	Assistente Sociale		0883483242

## Presidio Ospedaliero Dimiccoli - Barletta

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Direzione Medica di Presidio	Montenero	Savino Vittorio	Dirigente Medico	0883577292	sabino.montenero@alice.it

70060

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

<b>Pronto Soccorso</b>	Dipaola	Giuseppe	Dirigente Medico	0883577257	gludipa@hotmail.com
	Di Ruggiero	Maria Cristina	Infermiera Professionale	0883577258	cristinadiruggiero@libero.it
<b>Servizio Sociale</b>	Di Benedetto Dell' Aquila	Floriana	Assistente Sociale	0883577292	floriana.dibe@hotmail.it

**Secondo Livello – Servizi specialistici**

	<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Qualifica</b>	<b>Telefono Servizio</b>	<b>E-Mail</b>
<b>CSM</b>	Bonadies	Luciana	Psicologo	0883299924	csm.andria@auslbattuno.it
	Alfarano	Egle	Psicologo	0883299925	npia.andria@gmail.com
<b>NPIA</b>	Corvasce	Chiara	Psicologo	0883577348	npia.andria@gmail.com
	Lasciarrea	Rosalba	Assistente Sociale	0883299932	npia.andria@gmail.com
	Figliolia	Brigida	Dirigente Medico	0883299932	npia.andria@gmail.com

**Secondo Livello – Centro per la Cura del Trauma Interpersonale**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Qualifica</b>	<b>Telefono Servizio</b>	<b>E-Mail</b>
Biacchi	Enza	Psicologo	3336126382	centrocuratrama.aslbat@pec.rupar.puglia.it; enza.biacchi@aslbat.it

## Provincia di Foggia

## Primo Livello - Equipe integrata multidisciplinare territoriale (EMI)

Ambito/Distretto	Assistente Sociale Comune	Psicologo Consultorio Familiare	Telefono Servizio	Posta Elettronica Ordinaria	Posta Elettronica Certificata
VICO DEL GARGANO DSS FG 53				montagnadelsoleudp@tiscali.it	montagnadelsoleudp@pec.it
					distrettovico@mailcert.aslfg.it
MANFREDONIA DSS FG 54	Palumbo Maria		0884519651	ufficiodipiano@comune.manfredonia.fg.it	ufficiodipiano@comunemanfredonia.legalmail.it
		Rucci Lucia	0884510113/363	dssmanfredonia@aslfg.it	
CERIGNOLA DSS FG 55	Gallucci Laura		0885410279	pianosocialezona@comune.cerignola.fg.it	servizio.sociale.comune.cerignola@pec.rupar.puglia.it
		Marchese Silvana	0885419131	dsscercignola@aslfg.it	
FOGGIA DSS FG 60	De Stefano Anna Lisa		0881792811	servizisociali@cert.comune.foggia.it	servizisociali@cert.comune.foggia.it
				l.troiano@aslfg.it	uvmdssfoggia@mailcert.aslfg.it
LUCERA* DSS FG 58				ambitosociale@pec.ambitosocialelucera.it	
		Buciroso Carolina	0881543549		
		Gambatesa Maria Grazia	0881543550	dsslucera@aslfg.it	
		Di Muzio Anna	0881553006		
		Bovino Giuseppe	0881519101		
TROIA DSS FG 59				finanziario@comune.troia.fg.it	comune.troia@anutel.it
		Mottola	0881922022		giuseppemescia@mailcert.aslfg.it

70062

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

	Clara			
<b>SAN SEVERO</b>			ufficiodipiano@pec.comune.san-severo.fg.it	ufficiodipiano@pec.comune.san-severo.fg.it
<b>DSS FG 51</b>			dsssansvero@asf.fg.it	distretto51@mailcert.asf.fg.it
<b>SAN MARCO IN LAMIS</b>			serviziosociallamis@gmail.com	settorepolitichesocialism@pec.it
<b>DSS FG 52</b>			dsssanmarco@asf.fg.it	

\*Nota: per il DSS FG 58 di Lucera sono stati inseriti in elenco tutti i nominativi degli operatori che hanno preso parte alla formazione perché non sono stati ancora formalizzati gli accordi/protocolli per la costituzione e il funzionamento delle equipe integrate di primo livello che individuano dei/delle referenti.

#### Secondo Livello – Rete Ospedaliera

#### Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti - Foggia

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Direzione Sanitaria	Sponzilli	Cristina	Dirigente Medico		cristinasponzilli@gmail.com
	Lemme	Rita	Assistente Sociale		rlemme@ospedaliriunitifoggia.it
Pediatría a direzione Ospedaliera	Campanozzi	Angelo	Direttore di S.C.		angelo.campanozzi@unifg.it
	Cassano	Agnese	Coord. Infermierist.		acassano@ospedaliriunitifoggia.it
	Lauriola	Annunziata	Infermiere		lauriolaannunziata@libero.it
Ostetricia e Ginecologia	Caione	Costanza	Psicologa		ccaione@ospedaliriunitifoggia.it
	Balestrucci	Lorella	Dirigente Medico		balestrucci@hotmail.it
Neuropsichiatria Infantile	Pustorino	Giuseppina Olivia	Dirigente Medico		gpustorino@ospedaliriunitifoggia.it
	Curiale	Anna Maria	Psicologa		acuriale@ospedaliriunitifoggia.it
	Salvatore	Angela	Infermiere		
Neonatologia	Di Gianni	Mario	Dirigente Medico		adigianni@ospedaliriunitifoggia.it
	D'angelo	Giuseppina Olivia	Dirigente Medico		giusi.dangelo@yahoo.it
	Bocchicchio	Costanza	Coord. Infermierist.		
	Iliceto	Maria Rosaria	Psicologa		miliceto@ospedaliriunitifoggia.it

Chirurgia Pediatrica a Direzione Osp. e Univ. Psicologia Clinica (Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Foggia)	Belvito	Maria Celeste	Infermiere	
	Nobili	Maria	Direttore di S.C.	mnbili@ospedaliriunitifoggia.it
	Niglio	Francesco	Dirigente Medico	francesco.niglio@libero.it
	Petito	Annamaria	Psicologo	annamaria.petito@unifg.it

## Presidio Ospedaliero San Camillo De Lellis - Manfredonia

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Pediatría	Lauriola	Giovanni	Dirigente Medico	0884510272	lauriola.giovanni@asfg.it
	Brigida	Rosa	Infermiera Professionale	0884510245	rosa.brigida@asfg.it
Pronto Soccorso	Fraticeili	Grazia Bambina	Infermiera Professionale	0884510250	graziabambina.fraticeili@asfg.it
Radiologia	Vizzani	Filomena	Dirigente Medico	0884510228	filomena.vizzani@asfg.it
Chirurgia Generale	Gagliardi	Antonio	Infermiere Professionale	0884510291	antonio.gagliardi@asfg.it
Ortopedia	Guerra	Annarita	Infermiera Professionale	0884510296	annarita.guerra@asfg.it
Medicina Legale	Fiore	Carmela	Dirigente Medico	0885419831	carmelafiore@hotmail.it

## Presidio Ospedaliero T. Mascelli Mascia - San Severo

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Direzione Medica di Presidio	Vicino	Costantino	Dirigente Medico	0882200264	costantino.vicino@asfg.it
	Spada Iannelli	Alessandra Laura	Dirigente Medico Ostetrica	0882200357	alessandraspada83@gmail.com iannellilaura@virgilio.it
Pronto Soccorso	Solimando	Antonietta	Infermiera	0882200454	solimando.anto.tra@gmail.com



70064

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

			Professionale	
<b>Chirurgia Generale</b>	Franchelli	Pasquale	Infermiera Professionale	0882200271 crimant@aliceposta.it
<b>Medicina Legale</b>	Russi	Giuseppe	Dirigente Medico	0882200583 giuseppe.russi@asfg.it

**Presidio Ospedaliero G. Tatarella - Cerignola**

Reperto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
<b>Direzione Medica di Presidio</b>	Fida	Nicola	Dirigente Medico	0885 419477	nicola.fida@asfg.it
	Lorusso	Chiara	Dirigente Medico	0885 419440	chiara.lorusso@asfg.it
<b>Pediatria</b>	Scolletta	Maria Fonte	Infermiera Professionale	0885 419450	scoll67@virgilio.it
	Berardi	Vincenza	Ostetrica	0885 419811	michelacenzia 2005@libero.it
<b>Ostetricia e Ginecologia</b>	Daloiso	Ida	Dirigente Medico	0885 419411	ida.daloiso@asfg.it
	Reitani	Vincenza	Infermiera Professionale	0885 419845	nicoletta.picchirallo@asfg.it
<b>Pronto Soccorso</b>	Traversi	Gabriella	Tecnico di radiologia	0885 419595	gabrielatraversi06@gmail.com
	Reddvide	Saverio	Dirigente Medico	0885 419660	saverio.reddvide@asfg.it
<b>Chirurgia Generale</b>	Torquato	Maria Luigia	Infermiera Professionale	0885 419568	marialuigia.torquato@asfg.it
	Fiore	Carmela	Dirigente Medico	0885 419831	carmela.fiore@hotmail.it

**Secondo Livello – Servizi specialistici**

	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
<b>DSM</b>	Mancini	Maria Assunta	Assistente Sociale		mariaassuntamancini@alice.it
	Borrelli	Alba Cenzina	Dirigente Medico		albacenzinaborrelli@gmail.com; a.borrelli@asfg.it

**Secondo Livello – Centro per la Cura del Trauma Interpersonale**

Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Cocco	Ornella	Dirigente Psicologo	0881884952	ornella.cocco@aslfg.it
Marchese	Silvana	Dirigente Psicologo	0885419120	s.marchese@aslfg.it
De Simone	Addolorata	Assistente Sociale	0885419131	a.desimone@aslfg.it
Lorusso	Chiara	Dirigente Medico	0885419440	chiara.lorusso@aslfg.it
Pedarra	Gabriella	Consulente legale	0881884639	mariagabriella.pedarra@aslfg.it

**Provincia di Brindisi****Primo Livello - Equipe integrata multidisciplinare territoriale (EMI)**

Ambito/Distretto	Assistente Sociale Comune	Psicologo Consultorio Familiare	Telefono Servizio	Posta Elettronica Ordinaria	Posta Elettronica Certificata
FASANO DSS BR 02		Palmisano Maria	0831309287	consorzioambitoocf@legalmail.it	consorzioambitoocf@legalmail.it
MESAGNE DSS BR 04		Riezzo Virgilio	0831746777	ufficiodipiano@comune.mesagne.br.it distretto_ss4@asl.brindisi.it	ambitoterritoriale4@pec.comune.mesagne.br.it
BRINDISI DSS BR 01				distretto_ss1@asl.brindisi.it	
FRANCAVILLA DSS BR 03	Uggenti Filomena		0831820401	direttore@ambitofrancavillafontana.it distretto_ss3@asl.brindisi.it	ambito.francavilla@pcert.postecert.it

70066

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

**Secondo Livello – Rete Ospedaliera****Azienda Ospedaliera A. Perrino – Brindisi**

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Direzione Medica di Presidio	Scotto Di Carlo	Monica	Dirigente Psicologo	0831537522	dsperrino@asl.brindisi.it

**Presidio Ospedaliero Gaberlingo - Francavilla**

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Ostetricia e Ginecologia	Donatiello	Iolanda	Ostetrica	0831.851304	iolandadonatiello@lbero.it

**Presidio Ospedaliero di Ostuni**

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Direzione Medica di Presidio	Legrottaglie	Rosalba	Infermiera professionale	0831.309111 (Cent.)	dirsan_ff@asl.brindisi
	Pronto Soccorso	Dimitroulis Cavallo	Dirigente medico Infermiera professionale		

**Secondo Livello – Servizi specialistici**

	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
NPIA	Sabatelli	Milena	Assistente Sociale	0831/510452	niat@asl.brindisi.it
	Sollecito	Assuntina	Assistente Sociale	0831/510452	niat@asl.brindisi.it

## Provincia di Lecce

## Primo Livello - Equipe integrata multidisciplinare territoriale (EMI)

Ambito/Distretto	Assistente Sociale Comune	Psicologo Consultorio Familiare	Telefono Servizio	Posta Elettronica Ordinaria	Posta Elettronica Certificata
LECCHE	Minonne Marcella		0832682891	serviziosociale@ambitoterritorialeleccesocialelecce.it	protocollo@pec.comune.lecce.it
		Calò Saveria	0832215916 0832682891	dis1lecce@ausl.le.it	
CAMPI SALENTINA	Martina Giuliana		0832720667	servizisociali@comune.campi-salentina.le.it	servsoc.comune.campisalentina@pec.rupar.puglia.it
		Gravili Francesco	0832790650 0832720667 0832753434	dis2campi@ausl.le.it	
NARDÒ	Strafella Annalisa		0832933131		ambito3@pecnardo.it
		Romano Adriana	0833568384	dis3nardo@ausl.le.it	
MAGLIE	Lubelli Francesca		0836489251	responsabileufficiodipiano@comune.maglie.le.it	ambitosociale.comunemaglie@pec.rupar.puglia.it
		Cezza Rita	0836489240	segreteria.dis6maglie@ausl.le.it	
POGGIARDO	Musarò Lara		0836920724	consorzio.sociali@libero.it	udp.poggiardo@pec.rupar.puglia.it
		Pede Antonia	0836920724	dis7poggiardo@ausl.le.it	dss.poggiardo.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it
CASARANO	Zompi Claudia		0833502428	udp@ambitodicasarano.it	info@pec.ambitodicasarano.it
		De Filippo Cosima Annunziata	0833508312	dis9casarano@ausl.le.it	dss.casarano.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it
GAGLIANO DEL	Zilli		0833540451	ufficiodipiano.gagliano@gmail.com	ambitosociale.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it

CAPO	Francesca	Morciano Ugo	0833540451	dis10gagliano@ausl.le.it	t
MARTANO	Sergio Antonella		0836575272	ufficiodipiano@ambitodimartano.it	ambito.martano@pec.it
				dis4martano@ausl.le.it	
GALATINA	Gabrieli Paola		0836633463	ufficiopiano@ambitonzonagalatina.it	protocollo@cert.comune.galatina.le.it
				dis5galatina@ausl.le.it	dss.galatina.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it
GALLIPOLI	Piccinonno Federica		0833231430	ufficiodipiano.ambitogallipoli@comune.gallipoli.le.it	ufficiopianodizona.comunegallipoli@pec.rupar.puglia.it
				dis8gallipoli@ausl.le.it	

### Secondo Livello – Rete Ospedaliera

#### Presidio Ospedaliero V. Fazzi - Lecce

Reperto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Medicina Legale	Tortorella	Alberto	Dirigente Medico	0832 661842	rischioclinico@ausl.le.it
	Russo	Lucia	Dirigente Medico	0832 335116	lucirusso@libero.it
Chirurgia Pediatrica	Protopapa	Maria Antonietta	Infermiera Professionale	0832 335116	maryproto@libero.it
	Bee	Vaga	Dirigente Medico	0832 661509	beevega@gmail.com
Ginecologia	Lisi	Francesca	Ostetrica	0832 661509	fran.lisi82@libero.it
	Palma	Giuseppe Luigi	Psicologo	0832 661083	giuseppe.palma@gmail.com

#### Presidio Ospedaliero Ferrari - Casarano

Reperto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Pronto Soccorso	Filippo	Stefano	Dirigente Medico	0833 508290	stefanofilippo@tiscali.it
Radiologia	Rainò	Roberta	Tecnico di radiologia	0833 508212	raino.roberta@gmail.com

## Presidio Ospedaliero Veris dell'I Ponti - Scorrano

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Direzione Medica di Presidio	Avantaggiato	Severina	Coord. Inf.	0836 420517	Infermieristica.ds.poscorrano@ausl.le.it
	Reale	Giuseppa	Dirigente Medico	0836 420556	realg31@email.it
Pediatria	Cogli	Giulia	Infermiera Professionale	0836 420544	giuliacogli@gmail.com
	De Donno	Lucia	Ostetrica	0836 420463	luciadedono65@libero.it
Pronto Soccorso	Cioffi	Lucia	Dirigente Medico	0836 420460	luciacioffi@yahoo.it
	Donadeo	Lucia	Infermiera Professionale	0836 424063	donadeolucia@libero.it
Radiologia	Rizzo	Maria Francesca	Tecnico di radiologia	0836 420472	rizzo.francy83@libero.it
Chirurgia Generale	Andalò	Mascia	Infermiera Professionale	0836 420426	dinomasciadc@libero.it
Ortopedia	De Santis	Patrizia	Infermiera Professionale	0836 420407	desantispatrizia18@gmail.com

## Presidio Ospedaliero S. Cuore - Gallipoli

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Direzione Medica di Presidio	Sapia	Assunta	Dirigente Medico	0833 270755	dspogallipoli@ausl.le.it
	Calabrese	Raffaele	Dirigente Medico	0833 270678	pediatria.pogallipoli@ausl.le.it
Ostetricia e Ginecologia	Fedele	Teresa	Ostetrica	0833 270568	ginecologia.pogallipoli@ausl.le.it
Radiologia	Cortese	Elena	Tecnico di radiologia	0833 270552	radiologia.pogallipoli@ausl.le.it
Servizio Sociale	De Santis	Annunziata	Assistente Sociale	0833 270435	dspogallipoli@ausl.le.it

## Presidio Ospedaliero San Giuseppe da Copertino - Copertino

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Pronto Soccorso	De Mitri	Ornella	Dirigente Medico	0832 936255	ornelladem@libero.it
Servizio Sociale	Pagano	Anna	Assistente Sociale	0832936323	pagano-anna@libero.it

70070

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

## Presidio Ospedaliero E.E. Panico - Tricase

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Pediatria	Marino	Manuela	Infermiera Professionale	0833773111	marino.manuela_m@libero.it
Ostetricia	D'Autilia	Margherita	Ostetrica		margherita.dautilia@gmail.com
Psicologia	Merico	Fabiana	Psicologo		fabianamerico@yahoo.it

## Secondo Livello – Pediatri di Libera Scelta

Cognome	Nome	Telefono Servizio	E-Mail
Filograna	Maria Rosaria		mrfilogr@tin.it

## Secondo Livello – Centro per la Cura del Trauma Interpersonale

Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Fatano	Rosa	Dirigente Psicologo	08332215726	cstc@ausl.le.it csct.asl@pec.rupar.puglia.it
Della Bona	Anna	Assistente Sociale		
Gravilli	Francesco	Dirigente Psicologo		
Nicifero	Maria Rosaria	Avvocato		
Tramis	Valentina	Dirigente Psicologo		

## Provincia di Taranto

## Primo Livello - Equipe multidisciplinare territoriale (EMI)

Ambito/Distretto	Assistente Sociale Comune	Psicologo Consultorio Familiare	Telefono Servizio	Posta Elettronica Ordinaria	Posta Elettronica Certificata
GINOSA DSS TA 01		Siliberti Assunta	0998496908	distretto1@asl.taranto.it	serviziosociali.comuneginosa@pec.rupar.puglia.it
	Lubrano Mariagrazia		0998858365	distretto2@asl.taranto.it	ripartizione3@pec.comunedimassafr.a.it
MANDURIA DSS TA 07	Alfano Gabriella		0999558615	ambitomanduria@gmail.com	ufficiodipiano.comune.manduria@pec.rupar.puglia.it
		Summa Filomena	099860907	distretto7@asl.taranto.it	distretto7.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it
TARANTO DISTRETTO UNICO				direttore@ambitofrancavillafontana.it	ambito.francavilla@pcert.postecert.it
				distrettounico@asl.taranto.it	distrettounico.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it;
MARTINA FRANCA DSS TA 05				ufficiodipianomartina@gmail.com	ambitomartinacrispiano@pec.it
				distretto5@asl.taranto.it	
GROTTAGLIE DSS TA 06				ufficiodipiano@comune.grottaglie.ta.it	ufficiodipiano.comunegrottaglie@pec.rupar.puglia.it
				distretto6@asl.taranto.it	distretto6.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

## Secondo Livello - Rete Ospedaliera

## Presidio Ospedaliero S.S. Annunziata - Taranto

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Direzione Medica di Presidio Pediatria	Lanotte	Serafina	Dirigente Medico	099 4585975	lanotte.serafina@asl.taranto.it
	Cecinati	Valerio	Direttore	0994585216	valerio.cecinati@asl.taranto.it



70072

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

Ostetricia e Ginecologia	Simonetti	Cataldo	Dirigente Medico	0994585218	cataldo.simonetti@asl.taranto.it
	De Franciscis	Giuseppa	Coordinatore Ostetrica		
UTIN	Guido	Gianfranco	Dirigente Medico	0994585625	gianfranco.guido@asl.taranto.it
	Barletta	Clelia	Infermiera Professionale		
Medicina legale	Carbotti	Giuseppe	Dirigente Medico	099 4585456	giuseppe.carboni@asl.taranto.it
Servizio di Psicologia (DSM psicologia clinica)	Chiloiro	Dora	Dirigente Psicologa	0994582102	addolorata.chiloiro@asl.taranto.it
	Dimaggio	Italia	Assistente Sociale	099 4585031	italia.dimaggio@asl.taranto.it
Servizio Sociale	Acquaviva	Ada	Assistente Sociale	099 4585032	ada.acquaviva@asl.taranto.it

**Presidio Ospedaliero Occidentale - Castellaneta**

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Direzione Medica di Presidio	Montemurro	Mario	Dirigente Medico	0998496773	mario.montemurro@asl.taranto.it
Pediatria	Lo Re	Giuseppina	Infermiera Professionale	0998496543	giuseppina.lore@asl.taranto.it
Ostetricia e Ginecologia	Di Gilio	Anna Rosa	Dirigente Medico	0998496707	annarosa.diglio@asl.taranto.it
	Soranno	Maria Carmela	Ostetrica	0998496707	mariacarmela.soranno@asl.taranto.it
Pronto Soccorso	Tarasco	Antonio	Dirigente Medico	0998496590	antonio.tarasco@asl.taranto.it
	Scarati	Giuseppe	Infermiere Professionale	0998496590	giuseppe.scarati@asl.taranto.it
Radiologia	Asciano	Angelo	Dirigente Medico	0998496614	angelo.asciano@asl.taranto.it
	Borracci	Domenichella	Infermiera Professionale	0998496748	domenichella.borracci@asl.taranto.it
Chirurgia Generale	Fazzolari	Dirigente Medico	lafazzolari@gmail.com		
S.S.D. Psicologia Clinica Specialistica	Caforio	Domenica	Psicologo	0998496804	domenica.caforio@asl.taranto.it

**Presidio Ospedaliero Valle d'Itria - Martina Franca**

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Direzione Medica di Presidio	Parisi	Palma	Infermiere Professionale	080 4835322	palma.parisi@asl.taranto.it

<b>Pediatria</b>	Oriolo	Emilio	Dirigente Medico	080 4835308	emilio.oriolo@asl.taranto.it
	Colucci	Comasia	Infermiere Professionale	080 4835308	comasia.colucci@asl.taranto.it
<b>Ostetricia e Ginecologia</b>	Caramia	Sabrina	Dirigente Medico	080 4835301	sabrina.caramia@asl.taranto.it
	Bruni	Donata	Ostetrica	080 4835301	donata.bruni@asl.taranto.it
<b>Radiologia</b>	Indolfi	Maria Antonietta	Dirigente Medico	080 4835344	mariaant.indolfi@asl.taranto.it
	Granaldi	Graziana	Tecnico di radiologia	080 4835344	graziana.grandaldi@asl.taranto.it
<b>Ortopedia</b>	Giacovazzo	Maria Anna	Infermiere Professionale	080 4835264	mariaanna.giacovazzo@asl.taranto.it
	Bruno	Angela	Assistente Sociale	080 4835371	angela.bruno@asl.taranto.it
<b>Servizio Sociale</b>					

**Secondo Livello – Pediatri di Libera Scelta**

Cognome	Nome	Telefono Servizio	E-Mail
Vinci	Paolo	0804857544	dottorpaolovinci.pediatra@gmail.com

**Secondo Livello – Centro per la Cura del Trauma Interpersonale**

Cognome	Nome	Qualifica	Telefono Servizio	E-Mail
Chiloiro	Dora	Direttore Servizio di Psicologia	0994582102	dorachiloiro@libero.it
Vernaglione	Angela Valeria	Dirigente Psicologo	0994585094	addolorata.chiloiro@asl.taranto.it
Causarano	Maria Giovanna	Dirigente Psicologo	0994585092	a.valeria.vernaglione@asl.taranto.it
Gatto	Sergio	Dirigente Psicologo	0994585391	marigiovanna.causarano@asl.taranto.it
Leopardi	Francesca	Dirigente Psicologo	0994585451	sergio.gatto@asl.taranto.it
Mauceri	Renato	Dirigente Psicologo	0994585391	francesca.leopardi@asl.taranto.it
Palmieri	Rossella	Dirigente Psicologo	0994585067	renato.mauceri@asl.taranto.it
				rosa.palmieri@asl.taranto.it

70074

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

**Terzo Livello – CENTRO ALTAMENTE SPECIALIZZATO PER IL TRATTAMENTO DEI MINORENNI VITTIME DI VIOLENZA  
GRUPPO INTERDISCIPLINARE ASSISTENZA DONNE e bambini ABUSATI  
Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico-Giovanni XXIII - Bari**

Reparto	Cognome	Nome	Qualifica	Telefono	E-Mail
Direzione Sanitaria	D' Amelio	Maria Giustina	Dirigente Medico	0805596666	maria.damelio@policlinico.ba.it
	Foschino Barbaro	Maria Grazia	Dirigente Psicologo Responsabile	0805596610	grazia.foschinobarbaro@policlinico.ba.it
U.O.S.D. Psicologia	Berlingerio	Isabella	Dirigente Psicologo		isabella.berlingerio@policlinico.ba.it
	Pellegrini	Michele	Dirigente Psicologo		michele.pellegrini@policlinico.ba.it
	Vitale	Grazia Tiziana	Dirigente Psicologo	0805596827	graziatiziana.vitale@policlinico.ba.it
	De Iaco	Domenica	Assistente Sociale		domenica.deiaco@policlinico.ba.it
Pediatria Ospedaliera	Porcelli	Santa	Infermiera professionale	0805596585	porcellisanta@libero.it
Pronto Soccorso	Li Moli	Ornella	Dirigente Medico	0805596622	tibet40@hotmail.com
	Gaeta	Alberto	Dirigente Medico	0805596854	al.gaeta@libero.it
Radiologia	Vessia	Angelo	Infermiere Professionale		
Chirurgia Generale	Savino	Carmela	Dirigente Medico	0805596576	lindasavino@alice.it
	Rella	Annalisa	Infermiera Professionale	0805596718	annalisarella@gmail.com
	Carluccio Cardinale	Giuseppe Caterina	Dirigente Medico Ter. Sta.	0805596600	giuseppecarluccio.ortop@alice.it
Malattie Infettive	Giannini	Annamaria	Dirigente Medico		
	Colangiuli	Veronica	Infermiera Professionale	0805596554	
Laboratorio Analisi	Barile	Marialuisa	Dirigente Medico	0805596504	
	Di Napoli	Laura	Tecnico di Laboratorio		laurina.dinapoli@gmail.com
Anestesia e Rianimazione	Moliterni	Paola	Dirigente Medico		
	Morelli	Giuseppe	Infermiere Professionale	0805596624	
Cardiologia	Massari	Elena	Dirigente Medico		massari.helena@libero.it
	Stallone	Michele	Infermiera Professionale	0805596698	michele-79@libero.it
Cardiochirurgia	Lasarcina	Mina	Infermiera Professionale	0805596705	
Nefrologia	Carbone	Vincenta	Dirigente Medico		
	Ragone	Maria	Infermiera Professionale	0805596590	
Otorino	De Riccardis	Fernanda	Ter. Sta.	0805596595	fernandericcardis@libero.it
Neurologia	Iacobellis	Stella	Infermiera Professionale	0805596584	

123

Ostetricia e Ginecologia, Policlinico	Vimercati	Antonella	Dirigente Medico	080 5592232	vimercati@gynecology2.uniba.it; antonellavimercati@gmail.com
Oncoematologia Pediatrica, Policlinico	Cervella	Maria	Dirigente Medico		cervella.maria@libero.it
Neonatalogia e Terapia Intensiva, Policlinico	Foglianese	Alessandra	Dirigente Medico	0805592220	
	Shintu	Arianna	Infermiera Professionale		ariannaschintu@gmail.com
Medicina Legale, Policlinico	Solarino	Biagio	Dirigente Medico	080 5592562	

**\*Nota: In questi elenchi sono stati inseriti i nominativi dei/le partecipanti che hanno frequentato più della metà dei moduli formativi previsti dal Corso di formazione specialistica regionale. Gli elenchi saranno aggiornati a seguito della partecipazione degli altri referenti individuati alle future proposte formative.**

**ELENCO DEI CENTRI ANTIVIOLENZA OPERATIVI IN PUGLIA**

70076

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

Provincia di Bari							
Ambito territoriale	Comuni	Sede autorizzata CAV	Denominazione e CAV	Soggetto titolare e gestore	Contatti	Indirizzi	
CORATO	Corato, Ruvo di Puglia, Terlizzi		RISCOPRIRSI	Associazione RiscoprirSi	0883 764901 380 3450670	riscoprirsi.corato@gmail.com cav@pec.riscoprirsi.it	
MOLFETTA	Molfetta, Giovinazzo	Molfetta, via Preti 29/piazza Rosa Luxemburg	PANDORA	Associazione Pandora	3936813772	infocavpandora@gmail.com donnaepandora@pcert.postecert.it	
ALTAMURA	Altamura, Gravina in Puglia, Santeramo, Poggiorsini	Altamura, via Filippo Baldassarra, 7	LIBERAMENTE	Sater Srl	0803147053 3391288500	cav.liberamente@libero.it sater@legalmail.it	
GRUMO APPULA	Grumo Appula, Acquaviva delle Fonti, Binetto, cassano delle Murge, Sannicandro di Bari, Toritto		LIA	ATS Ass.ne Sud Est Donne-Soc. Coop. Sociale Comunità San Francesco	388 9898797	centroantiviolenzaia@gmail.com	
BARI	B a r i	Bari, via Napoli, 308	PAOLA LABRIOLA	Associazione Giraffa onlus	080 5741461 3487777536	info@giraffaonlus.it info@pec.giraffaonlus.it	
BARI	B a r i	Baro, strada S. Giorgio n. 21	CAV COMUNALE	Titolare Comune di Bari Gestore: Soc. Coop. Sociale Comunità San Francesco	3288212906 800202330	info@centroantiviolenzabari.it info@pec.sanfra.org	
MODUGNO	Modugno, Bitetto, Bitritto		AGAR	Associazione RiscoprirSi	327 1794107	centroantiviolenza.agar@gmail.com cav@pec.riscoprirsi.it	
BITONTO	Bitonto, Palo del Colle	Bitonto, via Monsignor Calamita, 18	IO SONO MIA	Associazione Io Sono Mia	3807458616	iosonomia@outlook.it iosonomia@pec.it	
BITONTO	Bitonto, Palo del Colle	Palo del Colle, via Umberto I	LA ROSA DI ATACAMA	Titolare Ambito di Bitonto Gestore: Soc. Coop. Sociale C.R.I.S.I.	800 13 43 12	info@centroantiviolenzabitontoalo.it	

TRIGGIANO	Triggiano, Adelfia, Capurso, Cellamare, Valenzano	Capurso, via Torricella, palazzo Venisti	IL GIARDINO DELLE LUNE	Titolare Ambito di Triggiano Soggetto gestore: Soc. Coop. Sociale Comunità San Francesco	3288212906	igliardinodellelune@gmail.com info@pec.sanfra.org
MOLA	Mola di Bari, Noicattaro, Rutigliano		IL MELOGRANO	Soc. Coop. Sociale Comunità San Francesco	080 4953712 3288212906	ilmelograno@sanfra.org info@pec.sanfra.org
CONVERSANO	Conversano, Monopoli, Polignano a Mare	Conversano, Via Guido Reni n.27	IL MELOGRANO	Titolare Ambito di Conversano Soggetto gestore: Soc. Coop. Sociale Comunità San Francesco	080 4953712 3288212906	ilmelograno@sanfra.org info@pec.sanfra.org
CONVERSANO	Conversano, Monopoli, Polignano a Mare	Polignano a Mare, via Don Luigi Sturzo n.c.	SAFIYA	Associazione Safiya Onlus	080 4249828 3332640790	safiya.onlus@gmail.com safiya.onlus@pec.it
GIOIA DEL COLLE	Gioia del Colle, Casamassima, Turi, Sammichele di Bari	Gioia del Colle, via Aldo Moro angolo via Einaudi	LIA	Titolare Ambito di Gioia del Colle Soggetto gestore: ATS zAss.ne Sud Est Donne- Soc. Coop. Sociale Comunità San Francesco	388 9898797	centroantiviolenza@gmail.com udp.gioiadelcolle@pec.rupar.puglia.it
PUTIGNANO	Putignano, Alberobello, Castellana Grotte, Locorotondo, Noci	Noci, vico Silvio Pellico	ANDROMEDA	Titolare Ambito di Putignano Soggetto gestore: ATS Soc. Coop. Sociale Comunità San Francesco - Sud Est Donne	339 7874952	cavandromeda@libero.it ufficiodipiano@cert.comune.putignano.ba.it

## Provincia di Barletta – Andria - Trani

Ambito territoriale	Comuni	Sede autorizzata CAV	Denominazione e CAV	Soggetto titolare e gestore	Contatti	Indirizzi
ANDRIA	Andria	Andria, via Don Luigi Sturzo, 46	RISCIOPRIRSI	Associazione RiscopriSi	0883 764901 380 3450670	riscopriresi.andria@gmail.com cav@pec.riscopriresi.it
CANOSA	Canosa di Puglia, Minervino Murge, Spinazzola		RISCIOPRIRSI	Associazione RiscopriSi	0883 764901 391 7184541	riscopriresi.canosa@gmail.com cav@pec.riscopriresi.it

70078

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

TAVOLIERE MERICIONAL E	Margherita di Savoia, San Ferdinando di Puglia, Trinitapoli		OSS. GIULIA E ROSSELLA	Associazione Osservatorio Giulia e Rossella	3887504780	cavtavolieremeridionale@gmail.com osservatoriogiuliaerossella@pec.it
BARLETTA	Barletta	Barletta, Piazza Aldo Moro n.16	OSS. GIULIA E ROSSELLA	Associazione Osservatorio Giulia e Rossella	0883 310293 380 3473374	centroantiviolenzabarletta@gmail.com osservatoriogiuliaerossella@pec.it
TRANI	Trani, Bisceglie	Trani, via G. di Vittorio, 60 - Trani	SAVE	Coop. Sociale Promozione Sociale e Solidarietà	0883 501407 3450838177	savetrani@virgilio.it promosocialetrani@pec.it

**Provincia di Foggia**

Ambito territoriale	Comuni	Sede autorizzata CAV	Denominazione e CAV	Soggetto titolare e gestore	Contatti	Indirizzi
SAN SEVERO	San Severo, Apricena, Chieuti, Lesina, Poggio Imperiale, San Paolo di Civitate, Serracapriola, Torremaggiore,	San Severo, Via Guido D'Orso, 23	IL FILO DI ARIANNA	Soc. Coop. Sociale Il Filo di Arianna	340 7685267	filodiarianna22@libero.it filodiarianna@softpec.it
S.MARCO IN LAMIS	San Marco in Lamis, Rignano Garganico, San Giovanni Rotondo, San Nicandro Garganico		DA DONNA A DONNA	Associazione Impegno Donna	3284044545	cavdonnaadonna@gmail.com impegnodonna@pec.it
MANFREDON IA	Manfredonia, Mattinata, Monte Sant'Angelo, Zapponeta		OSS. GIULIA E ROSSELLA	Associazione Osservatorio Giulia e Rossella	3887504780	centroantiviolenzamanfredonia@gmail.com osservatoriogiuliaerossella@pec.it
CERIGNOLA	Cerignola, Carapelle, Ortona, Orta Nova, Stornara, Stornarella,		APORTI	Soc. Coop. Sociale Ferrante Aporti	3428471648	cav.titinacioffi@libero.it

FOGGIA	F o g g i a	Foggia, via della Repubblica, 54	TELEFONO DONNA	Associazione Impegno Donna	3284044545 0881 772499	impegnodonna@gmail.com impegnodonna@pec.it
FOGGIA	F o g g i a	Foggia, Via Matteotti, 128	CARIELA MORLINO	Titolare Ambito di Foggia Soggetto titolare: Soc. Coop. Sociale Ferrante Aporti	800180903	info@centroantiviolenza.fg.it servizisociali@cert.comune.foggia.it
TROIA	Troia, Accadia, Anzano di Puglia, Ascoli Satriano, Bovino, Candela, Castelluccio dei Sauri, Castelluccio		LIBELLULA	ASS. IMPEGNO DONNA	3899909688 3284044545	cavibellula@gmail.com impegnodonna@pec.it

## Provincia di Brindisi

Ambito territoriale	Comuni	Sede autorizzata CAV	Denominazione e CAV	Soggetto titolare e gestore	Contatti	Indirizzi
BRINDISI	Brindisi, San Vito dei Normanni	Brindisi, via Tor Pisana, 98	CRISALIDE	Titolare Ambito di Brindisi Soggetto gestore: Coop. sociale Solidarietà e Rinnovamento	0831 508776	crisalide.cav@tiscali.it ufficioprotocollo@pec.comune.brindisi.it
BRINDISI	Brindisi, San Vito dei Normanni	Brindisi, via Giulio Cesare 22/t, angolo via Nerva	RICOMICIO DA ME	Soc. Coop. Sociale Ferrante Aporti	800688791 3501801953	cav.ricominciadame@libero.it posta@pec.aporti.it
BRINDISI	Brindisi, San Vito dei Normanni	Brindisi, via Tor Pisana, 98	IO DONNA	Associazione Io Donna	3892631245 0831 522034	iodonna.cav@libero.it



70080

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

FASANO	Fasano, Ostuni, Cisternino		INSIEME SI PUO'	Soc. Coop. Sociale Ferrante Aporti	800688791	centroantiviolenzainsiemesipuo@gmail.com - posta@pec.aporti.it
FRANCAVILLA	Francavilla F.na, Ceglie Messapica, Carovigno, Oria, San Michele Salentino, Villa Castelli		RICOMINCIAMO	Soc. Coop. Sociale Ferrante Aporti	800688791-3802007216	centroantiviolenzaricominciamo@gmail.com - posta@pec.aporti.it
MESAGNE	Mesagne, Cellino San Marco, Erchie, Latiano, San Donaci, San Pancrazio, San Pietro Vernotico, Torchiarolo, Torre Santa Susanna		IO DONNA	Associazione Io Donna	3892631245 0831 522034	iodonna.cav@libero.it
MESAGNE	Latiano	Latiano, p.zza Bartolo Longo, 17	LA LUNA	Soc. Coop. Sociale Artemide	3357160446 0831 729246	info@gruppoartemide.it artemide@pec.confcooperative.it

## Provincia di Lecce

Ambito territoriale	Comuni	Sede autorizzata CAV	Denominazione e CAV	Soggetto titolare e gestore	Contatti	Indirizzi
LECCE	Lecce, Arnesano, Cavallino, Lequille, Lizzanello, San Cesario di Lecce, San Donato di Lecce, San Pietro in Lama, Monteroni di Lecce, Surbo,	Lecce, Via Santa Maria del Paradiso 12	RENATA FONTE	Associazione Donne insieme	800098822 338 2518901 0832305767	donneinsieme.rf@libero.it
CAMPI S.	Campi Salentina, Carmiano, Guagnano, Novoli, Salice Salentino, Squinzano, Trepuzzi, Veglie		RENATA FONTE	Associazione Donne insieme	800098822 338 2518901	donneinsieme.rf@libero.it

NARDÒ	Nardò, Copertino, Galatone, Leverano, Porto Cesareo, Seclì	IL MELOGRANO	Soc. Coop. Sociale Comunità San Francesco	328 8212906	ilmelograno@sanfra.org info@pec.sanfra.org
MARTANO	Martano, Calimera, Caprarica di Lecce, Carpignano Salentino, Caprarica di Lecce, Castri di Lecce, Martignano, Melendugno, Vernole, Sternatia, Zollino	IL MELOGRANO	Soc. Coop. Sociale Comunità San Francesco	328 8212906	ilmelograno@sanfra.org info@pec.sanfra.org
GALATINA	Galatona, Aradeo, Cutrofiano, Neviano, Sogliano Cavour, Soletto	MALALA YOSAFZAI	Ambito territoriale	333 6488367 0836 561550	cavmalala@ambitozonagalatina.it - protocollo@cert.comune.galatina.le.it
GALLIPOLI	Gallipoli, Alezio, Alliste, Melissano, Racale, Sannicola, Taviano, Tuglie	IL MELOGRANO	Soc. Coop. Sociale Comunità San Francesco	328 8212906	ilmelograno@sanfra.org info@pec.sanfra.org
MAGLIE	Maglie, Bagnolo del Salento, Cannole, Castrignano de' Greci, Corigliano d'Otranto, Cursi, Giurdignano, Melpignano, Muro Leccese, Otranto, Palmariggi, Scorrano,	DAFNE	Soc. Coop. Sociale Comunità San Francesco	328 8212906	ilmelograno@sanfra.org info@pec.sanfra.org
POGGIARDO	Poggiardo, Andrano, Botrugno, Castro, Diso, Giuggianello, Minervino di Lecce, Nociglia, Ortelle, San Cassiano, Sanarica, Santa Cesarea Terme, Spongano, Surano, Uggiano la Chiesa	RENATA FONTE	Associazione Donne Insieme	800098822 338 2518901	donneinsieme.rf@libero.it

70082

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 20-10-2020

CASARANO	Casarano, Collepasso, Matino, Parabita, Ruffano, Supersano, Taurisano	Parabita, via Padre Stomeo, snc	IL MELOGRANO	Soc. Coop. Sociale Comunità San Francesco	328 8212906	ilmelograno@sanfra.org info@pec.sanfra.org
GAGLIANO DEL CAPO	Gagliano del Capo, Acquarica del Capo, Presicce, Alessano, Castrignano del Capo, Corsano, Miggiano, Montesano Salentino, Morciano di Leuca, Patù, Salve, Specchia, Tiggiano, Tricase, Ugento		PUNTO ROSA	Soc. Coop. Sociale Comunità San Francesco	328 8212906	cav.puntorosa@libero.it info@pec.sanfra.org

## Provincia di Taranto

Ambito territoriale	Comuni	Sede autorizzata CAV	Denominazione e CAV	Soggetto titolare e gestore	Contatti	Indirizzi
GINOSA	Ginosa, Castellaneta, Laterza, Palagianello		ROMPIAMO IL SILENZIO	Associazione Sud Est Donne	331 7443573 080 4950672	rav@sudestdonne.it sed@pec.sudestdonne.it
MASSAFRA	Massafra, Mottola, Palagiano, Statte		ROMPIAMO IL SILENZIO		331 7443573 080 4950672	rav@sudestdonne.it sed@pec.sudestdonne.it
TARANTO	Taranto	via Cagliari angolo via Dante, 221/b Asl Ta	SOSTEGNO DONNA	Associazione Alzaia onlus	327 1833451 099 7786652	alzaiaonlus@libero.it alzaiaidonne@pec.it
MARTINA F.	Martina Franca, Crispiano	Martina Franca, Viale della Libertà 29	ROMPIAMO IL SILENZIO	Associazione Sud Est Donne	331 7443573 080 4950672	rav@sudestdonne.it sed@pec.sudestdonne.it
GROTTAGLIE	Grottaglie, Avetrana, Carosino, Faggiano, Leporano, Monteiasi, Montemesola,		SOSTEGNO DONNA	Associazione Alzaia Onlus	3271833451	alzaiaonlus@libero.it alzaiaidonne@pec.it

131

MANDURIA	Monteparano, Pulsano, Roccaforzata, San Giorgio Ionico, San Marzano di San Giuseppe, Manduria, Fragagnano, Lizzano, Maruggio, Sava, Torricella	ROMPIAMO IL SILENZIO	Ats Ass.ne Sud Est Donne Ass.ne Alzaia onlus	3317443573 3271833451	rav@sudestdonne.it amm.alzaiaonlus@libero.it
----------	---	-------------------------	--	--------------------------	---

**I 27 Centri antiviolenza autorizzati al funzionamento (gli indirizzi fanno riferimento alle sedi autorizzate) sono attivi, grazie a specifiche convenzioni, in 43 Ambiti territoriali.  
Attualmente risultano scoperti gli Ambiti territoriali di Lucera e Vico del Gargano.  
Gli indirizzi indicati sono quelli delle sedi autorizzate dei centri antiviolenza (27) ma le equipe dei cav operano anche attraverso ulteriori 37 sportelli autonomi e 49 sportelli di appoggio diffusi sull'intero territorio regionale.**

**LEGGE REGIONALE 28 luglio 2008, n. 14****NORME IN MATERIA DI POLITICHE PER LE GIOVANI GENERAZIONI**

Testo coordinato con le modifiche apportate da:

L.R. 18 luglio 2014, n. 17

L.R. 15 luglio 2016, n. 11

L.R. 27 luglio 2018, n. 11

L.R. 1 agosto 2019, n. 17

## INDICE

**PARTE I - DISPOSIZIONI GENERALI**

*Art. 1* - Oggetto della legge

*Art. 2* - Principi ispiratori

*Art. 3* - Obiettivi della programmazione e metodologia attuativa

*Art. 4* - Funzioni del Comune

*Art. 5* - Funzioni della Provincia

*Art. 6* - Funzioni della Regione

*Art. 7* - Osservatorio regionale per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani

**PARTE II - BAMBINI E ADOLESCENTI****TITOLO I - OBIETTIVI E PROGRAMMI**

*Art. 8* - Riconoscimento di autonomi diritti

*Art. 9* - Obiettivi della programmazione regionale

**TITOLO II - SISTEMA DEI SERVIZI ED OPPORTUNITÀ PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA****Capo I - Azioni a favore di bambini e adolescenti**

*Art. 10* - Partecipazione e qualità della vita

*Art. 11* - Educazione alla salute e promozione di stili di vita sani

*Art. 12* - Educazione ai media

*Art. 13* - Educazione al movimento e alle attività sportive non agonistiche

*Art. 14* - Offerta territoriale per il tempo libero e opportunità educative

**Capo II - Servizi del territorio**

*Art. 15* - Centri per le famiglie

*Art. 16* - Servizi educativi per la prima infanzia, diritto allo studio, istruzione e formazione professionale

*Art. 17* - Servizio sociale professionale ed équipe territoriali

*Art. 18* - Équipe di secondo livello

**Capo III - Strumenti per l'integrazione delle politiche**

*Art. 19* - Coordinamento tecnico a livello distrettuale

*Art. 20* - Programmazione provinciale e integrazione delle politiche territoriali

*Art. 21* - Coordinamento tecnico territoriale per l'infanzia e l'adolescenza

*Art. 22* - Organismi regionali di coordinamento

**Capo IV - Prevenzione e tutela**

*Art. 23* - Prevenzione in ambito sociale

*Art. 24* - Minori vittime di reato

*Art. 25* - Bambini e adolescenti assistiti nei presidi ospedalieri e nelle attività ambulatoriali

*Art. 26* - Bambini e adolescenti disabili

*Art. 27* - Interventi a favore dei minori inseriti nel circuito penale

*Art. 28* - Protocolli d'intesa con il Ministero della giustizia. Accordi con il terzo settore

*Art. 29* - Commissione tecnica di coordinamento interistituzionale

**Capo V - Diritto del bambino ad una famiglia e all'accoglienza**

*Art. 30* - Prevenzione dell'abbandono. Adozione nazionale e internazionale

*Art. 31* - Affidamento familiare e accoglienza in comunità

*Art. 32* - Valorizzazione del volontariato e dell'associazionismo familiare

**PARTE III - GIOVANI**

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

**TITOLO I - PRINCIPI GUIDA DELLE POLITICHE GIOVANILI**

*Art. 33* - Obiettivi della programmazione regionale

*Art. 33 bis* - Realizzazione dei programmi regionali

*Art. 34* - Forum giovani

*Art. 35* - Informagiovani

*Art. 36* - Integrazione e coordinamento provinciale delle politiche giovanili

**TITOLO II - AZIONI E FORME DI SOSTEGNO A FAVORE DEI GIOVANI**

*Art. 37* - Apprendimento, orientamento e partecipazione responsabile

*Art. 38* - Lavoro e sostegno alle attività autonome ed imprenditoriali

*Art. 39* - Accesso all'abitazione

*Art. 40* - Interventi di promozione culturale

*Art. 41* - Promozione della salute e di stili di vita sani

*Art. 42* - Mobilità e cittadinanza europea

*Art. 43* - Sostegno alle diverse forme di aggregazione giovanile per l'esercizio di attività dedicate ai giovani

*Art. 44* - Spazi di aggregazione giovanile

*Art. 45* - Sostegno per il coinvolgimento dei giovani nei processi decisionali attraverso pratiche di e-democracy

**PARTE IV - NORME FINANZIARIE E FINALI**

*Art. 46* - Clausola valutativa

*Art. 47* - Attuazione degli interventi

*Art. 48* - Norme transitorie

*Art. 49* - Modifiche e abrogazioni di norme

*Art. 50* - Abrogazioni di leggi

*Art. 51* - Fondo per le giovani generazioni

*Art. 52* - Norma finanziaria

**PARTE I  
DISPOSIZIONI GENERALI**

*Art. 1*

*Oggetto della legge*

1. Con la presente legge la Regione riconosce i bambini, gli adolescenti e i giovani come soggetti di autonomi diritti e come risorsa fondamentale ed essenziale della comunità regionale. Persegue l'armonia tra le politiche relative alle varie età per assicurare a tutti risposte adeguate ai vari bisogni, in un'ottica di continuità e di coerenza.

2. La Regione persegue il benessere e il pieno sviluppo dei bambini, degli adolescenti, dei giovani che vivono sul suo territorio e delle loro famiglie come condizione necessaria allo sviluppo sociale, culturale ed economico della società regionale.

*Art. 2*

*Principi ispiratori*

(aggiunta lett. i bis) comma 1 da art. 39 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

1. La Regione, ispirandosi al principio di uguaglianza sancito dall'articolo 3 della Costituzione, promuove le condizioni di salute fisica, mentale e sociale delle giovani generazioni e opera affinché tutti i bambini, gli adolescenti e i giovani abbiano pari opportunità di crescita e di realizzazione personale. A tal fine la Regione:

a) valorizza le diverse abilità e le differenze di genere e di cultura e favorisce la rimozione degli ostacoli che limitano i progetti di vita dei singoli;

b) favorisce la partecipazione delle giovani generazioni alla vita civile e sociale, ne promuove la cittadinanza attiva come strumento per creare senso di appartenenza alla comunità, contrastando qualunque forma di frammentazione sociale, e per affrontare i problemi e i cambiamenti in un'ottica comunitaria;

c) favorisce le occasioni di dialogo intergenerazionale, interculturale e interreligioso per sostenere la coesione e la crescita delle comunità; considera, altresì, lo scambio che ne deriva un'opportunità e una risorsa per affrontare le sfide del futuro e per la costruzione di un'identità europea;

d) individua nell'educazione alla pace, alla legalità e nel rifiuto della violenza, anche tra pari, una specifica forma di prevenzione e promuove uno stile di convivenza improntato al rispetto dei valori costituzionali e dei doveri di solidarietà sociale, anche tramite la promozione del servizio civile;

e) sostiene il rispetto dei diritti e dei bisogni delle giovani generazioni nelle politiche e negli interventi volti ad accrescere la sostenibilità dell'ambiente urbano e nelle scelte relative alla pianificazione ed alla progettazione spaziale e temporale della città;

f) assicura il diritto delle giovani generazioni ad essere informate e dotate di adeguati strumenti di conoscenza della realtà e ad esprimere la propria cultura; il diritto all'istruzione e alla formazione, al fine di vedere riconosciuti i talenti e le aspirazioni individuali, valorizzata la creatività e favorita l'autonomia, il diritto al gioco,

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

al tempo libero, alla cultura, all'arte e allo sport;

g) assicura il diritto alla salute delle giovani generazioni, valorizzando le responsabilità e le risorse individuali, associative e comunitarie nella promozione di stili di vita sani;

h) promuove interventi e servizi per le giovani generazioni che prevedono facilità di accesso, ascolto, flessibilità, prossimità ai luoghi di vita delle persone, orientamento al soddisfacimento dei bisogni e integrazione delle professionalità, nonché continuità educativa da attuare nei vari contesti di vita;

i) riconosce ai bambini e agli adolescenti, in ottemperanza al principio del loro preminente interesse, autonomi diritti in tutti gli ambiti di vita e, in particolare, il diritto all'ascolto in tutte le procedure amministrative che li riguardano.

i bis) *favorisce il coinvolgimento delle famiglie, anche in associazione tra loro, nelle politiche educative rivolte ai minorenni.*

#### Art. 3

##### *Obiettivi della programmazione e metodologia attuativa*

1. La programmazione regionale, in attuazione dei principi indicati all'articolo 2, persegue:

a) l'integrazione delle politiche e dei programmi regionali in materia sociale, scolastica, formativa, sanitaria, abitativa, culturale, del tempo libero, del lavoro, di pianificazione territoriale, di mobilità e di sviluppo sostenibile;

b) l'integrazione istituzionale con gli enti locali nella funzione di governo: programmazione, regolazione e verifica; il raccordo con le amministrazioni dello Stato, in particolare quelle scolastiche e le università; la collaborazione con le parti sociali e l'apporto del terzo settore;

c) la qualificazione dei servizi e degli interventi, anche tramite la formazione degli operatori pubblici e privati;

d) la continuità di programmazione attenta alle esigenze delle varie età dei soggetti in prospettiva evolutiva;

e) la valorizzazione di un proficuo rapporto tra Enti pubblici e del privato sociale al fine di ampliare la libertà di scelta nei percorsi di vita delle persone.

#### Art. 4

##### *Funzioni del Comune*

1. I Comuni, in forma singola o associata, in quanto espressione della comunità come insieme di soggetti individuali e collettivi che la compongono, all'interno della programmazione del piano distrettuale per la salute e il benessere sociale di cui all'articolo 29 della legge regionale 12 maggio 2003, n. 2 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), svolgono le funzioni di lettura dei bisogni, di pianificazione, programmazione ed erogazione diretta o indiretta dei servizi e degli interventi, nonché di valutazione qualitativa e quantitativa dei risultati.

2. Il Comune è titolare, in via esclusiva, delle funzioni in materia di tutela dei minori, fatte salve le competenze dell'autorità giudiziaria. Esso:

a) prevede interventi specifici per l'infanzia, l'adolescenza, il sostegno alla genitorialità e per i neo maggiorenni;

b) esercita le funzioni di gestione, autorizzazione e vigilanza dei servizi socio-educativi a favore di bambini, adolescenti e neo maggiorenni, secondo quanto previsto dalla legge regionale n. 2 del 2003 e dai relativi provvedimenti attuativi;

c) assicura la necessaria collaborazione con le autorità giudiziarie competenti;

d) valorizza il protagonismo delle aggregazioni familiari e sociali, quale condizione per l'incremento di una cultura accogliente e solidale.

3. I comuni, in forma singola o associata, promuovono progetti nell'ambito delle politiche giovanili, favoriscono la creazione di luoghi d'incontro, centri di aggregazione ed esperienze di associazionismo e sviluppano azioni concrete e condizioni volte a favorire la transizione al mondo del lavoro.

4. I comuni favoriscono, inoltre, la partecipazione attiva e il dialogo strutturato e costante con i giovani e le loro rappresentanze, al fine della condivisione delle politiche, anche attraverso forum, consigli comunali aperti, forme innovative di consultazione e partecipazione.

#### Art. 5

##### *Funzioni della Provincia*

(abrogata lett. g) comma 1 da art. 35 L.R. 18 luglio 2014, n. 17, poi abrogato articolo da art. 64 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

*abrogato.*

#### Art. 6

##### *Funzioni della Regione*

(sostituite lett. c) e lett. g) comma 1 da art. 40 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

1. La Regione:

a) approva lo specifico programma di cui all'articolo 9, comma 4, che contiene le linee strategiche delle politiche regionali per l'infanzia e l'adolescenza, con particolare riguardo agli interventi di sostegno alla genitorialità;

b) approva le linee prioritarie di azione della programmazione regionale a favore dei giovani quale strumento di coordinamento ed integrazione delle azioni regionali di cui all'articolo 33;

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

- c) promuove un'azione di raccordo tra le diverse realtà distrettuali, in modo da perseguire omogeneità di opportunità e di qualità nel sistema dei servizi e degli interventi in tutto il territorio regionale, di monitorarne la qualità e di valorizzare le buone prassi esistenti;
- d) istituisce gli organismi di coordinamento necessari all'integrazione delle politiche e ne definisce i compiti e le modalità di funzionamento;
- e) può disporre controlli e verifiche sulle comunità autorizzate che accolgono minori, dandone comunicazione al Comune competente alla vigilanza;
- f) raccoglie, elabora e diffonde, tramite l'osservatorio regionale per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani, i dati sulla condizione delle nuove generazioni al fine di un'efficace programmazione regionale e locale;
- g) prepara, in accordo con il Garante per l'infanzia e l'adolescenza, le persone individuate dai servizi del territorio disponibili a svolgere attività di tutela e curatela e garantisce la consulenza ai tutori e ai curatori nominati;
- h) sostiene gli enti locali e il terzo settore nella realizzazione di azioni specifiche di volontariato adolescenziale e giovanile a favore di bambini o coetanei e di progetti di servizio civile, ai sensi della legge regionale 20 ottobre 2003, n. 20 (Nuove norme per la valorizzazione del servizio civile. Istituzione del Servizio civile regionale. Abrogazione della L. R. 28 dicembre 1999, n. 38);
- i) favorisce la connessione e la contaminazione tra l'offerta di opportunità e i luoghi di vita delle giovani generazioni;
- j) incentiva accordi con gli istituti bancari per favorire l'accesso alla casa e promuove la concessione da parte dei comuni e di altre istituzioni pubbliche di prestiti sull'onore a tasso zero, secondo piani di restituzione concordati tramite apposite convenzioni con istituti di credito o attraverso strumenti di finanza etica, con particolare riguardo alle esigenze delle giovani generazioni in materia di studio, lavoro e abitazione;
- k) sostiene progetti e azioni innovative, anche in via sperimentale, volti ad affrontare nuovi ed emergenti bisogni, a migliorare le condizioni di vita delle giovani generazioni e a qualificare la capacità di risposta del sistema dei servizi e degli interventi pubblici e privati.

#### Art. 7

##### *Osservatorio regionale per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani*

(già modificato comma 5 da art. 35 L.R. 18 luglio 2014, n. 17, poi sostituito comma 5 da art. 41 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

1. È istituito l'osservatorio regionale per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani al fine di fornire un impianto certo e coordinato di conoscenze sulla reale condizione delle nuove generazioni in Emilia-Romagna, che assume anche le competenze dell'osservatorio regionale per l'infanzia e l'adolescenza.
2. L'osservatorio si articola in due sezioni dedicate, rispettivamente, all'infanzia e all'adolescenza, in ottemperanza alle disposizioni della legge 23 dicembre 1997, n. 451 (Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia) e del decreto del Presidente della Repubblica 14 maggio 2007, n. 103 (Regolamento recante riordino dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza e del Centro nazionale di documentazione e di analisi per l'infanzia, a norma dell'articolo 29 del D.L. 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla L. 4 agosto 2006, n. 248), e ai giovani. Ciascuna sezione è coordinata dall'assessorato di riferimento.
3. Ai lavori dell'osservatorio concorrono tutti gli assessorati, le agenzie e gli istituti regionali che, a qualsiasi titolo, si occupano di infanzia, di adolescenza, di famiglie e di giovani, nonché gli enti territoriali, le amministrazioni dello Stato e, previo accordo, le magistrature minorili.
4. L'osservatorio svolge i seguenti compiti:
  - a) raccolta, analisi e restituzione dei flussi informativi su infanzia, adolescenza e giovani provenienti da soggetti istituzionali e dal terzo settore;
  - b) realizzazione di mappe aggiornate dei servizi pubblici e privati e delle risorse destinate all'infanzia, all'adolescenza e ai giovani;
  - c) promozione di indagini e ricerche su ambiti o su problematiche specifiche che riguardano la condizione di vita e i diritti delle giovani generazioni;
  - d) predisposizione di relazioni periodiche sulla condizione dell'infanzia, dell'adolescenza e dei giovani in Emilia-Romagna e sull'attuazione dei relativi diritti;
  - e) produzione di rapporti e pubblicazioni volti alla restituzione dei dati, anche attraverso azioni di comunicazione e divulgazione.
5. *La Regione:*
  - a) *individua forme di coordinamento e d'integrazione dell'osservatorio con gli altri osservatori e organismi di monitoraggio previsti dalla legislazione vigente;*
  - b) *promuove, per le finalità indicate al comma 1, la collaborazione e lo scambio di informazioni con soggetti privati;*
  - c) *specifica ed articola i compiti e gli obiettivi della sezione giovani.*

## **PARTE II BAMBINI E ADOLESCENTI**

### **TITOLO I OBIETTIVI E PROGRAMMI**

#### Art. 8

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale



*Riconoscimento di autonomi diritti*

1. La Regione riconosce ai bambini e agli adolescenti autonomi diritti in tutti gli ambiti di vita, in attuazione della Costituzione e della Convenzione ONU relativa ai diritti del fanciullo, firmata a New York il 20 novembre 1989, ratificata ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176 (Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989).
2. La Regione riconosce, inoltre, il diritto all'ascolto del minore in tutti gli ambiti e le procedure amministrative che lo riguardano, nello spirito dei principi sanciti dalla Convenzione europea relativa all'esercizio dei diritti dei fanciulli, firmata a Strasburgo il 25 gennaio 1996, ratificata ai sensi della legge 20 marzo 2003, n. 77 (Ratifica ed esecuzione della Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli, fatta a Strasburgo il 25 gennaio 1996).

*Art. 9**Obiettivi della programmazione regionale*

(modificato comma 4 da art. 42 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

1. La Regione, nell'attività programmatoria, favorisce lo sviluppo e la socializzazione dei bambini e degli adolescenti, anche attraverso il sostegno alle famiglie, quali realtà complesse in cui si sviluppano le personalità, e promuove la creazione di un adeguato contesto educativo, culturale e sociale.
2. La Regione persegue l'approccio integrato nell'attuazione delle politiche riguardanti i bambini, gli adolescenti e il sostegno alla genitorialità. A tal fine:
  - a) attua i collegamenti tra le politiche di settore;
  - b) pratica la concertazione con gli enti locali, adotta strumenti condivisi di prevenzione e tutela;
  - c) prevede, per i servizi territoriali, parametri qualitativi e quantitativi adeguati ai sensi dell'articolo 6 della legge regionale n. 2 del 2003;
  - d) persegue l'integrazione gestionale e professionale tra i servizi del territorio, il lavoro di équipe e l'integrazione sociale e sanitaria come obiettivo strategico del sistema di benessere e di protezione sociale, regionale e locale.
3. La Regione tutela il diritto alla salute dei bambini e degli adolescenti con interventi e servizi di prevenzione, educazione alla salute e di cura. La rete dei servizi sociali e sanitari di base e specialistici garantisce facilità di accesso e presa in carico, percorsi clinici e assistenziali qualificati, integrati e multiprofessionali, continuità nei percorsi socio-sanitari, informazione e supporto alle famiglie e alle scuole, interazione con il terzo settore.
4. Al fine di conferire priorità agli interventi in favore dei bambini e degli adolescenti e in attuazione degli obiettivi indicati all'articolo 3, la Regione predispone, nell'ambito del piano di cui all'articolo 27 della legge regionale n. 2 del 2003, uno specifico programma per la promozione e tutela dei diritti, la protezione e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva e il sostegno alla genitorialità. *Il programma contiene le linee d'indirizzo per la predisposizione dei piani distrettuali per la salute e il benessere.*
5. La Regione promuove e valorizza l'apporto di idee e di esperienze provenienti dai soggetti del terzo settore, anche tramite la conferenza regionale del terzo settore, istituita dalla legge regionale 21 aprile 1999, n. 3 (Riforma del sistema regionale e locale).

**TITOLO II****SISTEMA DEI SERVIZI ED OPPORTUNITÀ PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA****Capo I****Azioni a favore di bambini e adolescenti***Art. 10**Partecipazione e qualità della vita*

1. La Regione e gli enti locali perseguono la partecipazione e il miglioramento della qualità della vita dei minori nei contesti urbani, nei centri abitati e nei luoghi di relazione.
2. Per le finalità di cui al comma 1, la Regione:
  - a) valorizza le attività di informazione, formazione, scambio di buone prassi e aggiornamento del personale di enti locali e delle aziende unità sanitarie locali (AUSL), coinvolgendo le istituzioni scolastiche e il terzo settore, per favorire la diffusione di pratiche coerenti con il rispetto dei diritti dei bambini e degli adolescenti e con la promozione attiva di strumenti di partecipazione;
  - b) promuove la pratica del gioco quale strumento educativo che favorisce la relazione attiva, l'aggregazione tra persone, l'integrazione, il rispetto reciproco e delle cose, la sperimentazione delle regole e la gestione dei conflitti;
  - c) sostiene progetti finalizzati ad accrescere la possibilità di fruire dell'ambiente naturale ed urbano da parte dell'infanzia e dell'adolescenza, anche migliorandone l'accessibilità spazio-temporale, la sicurezza e la percezione quali luoghi di relazione;
  - d) promuove l'accesso e la partecipazione alla cultura e alle arti attraverso iniziative di educazione tempestiva alla comprensione e al rispetto del patrimonio storico, artistico, culturale, ambientale, nonché mediante la sperimentazione di forme di partecipazione attiva dei bambini e degli adolescenti alla vita culturale, museale e artistica del territorio;

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

- e) valorizza una cultura della progettazione, della pianificazione urbana, ambientale e territoriale ispirata al rispetto e all'ascolto dei bambini e degli adolescenti e incentiva la realizzazione di interventi innovativi e di riqualificazione di spazi, edifici, aree e percorsi urbani e ambientali compatibili con le loro esigenze;
- f) promuove la partecipazione dei bambini e degli adolescenti alla vita pubblica e alla definizione delle iniziative di loro interesse anche attraverso il supporto tecnologico e metodologico a pratiche di partecipazione attraverso internet, svolte a livello locale e a livello regionale.

*Art. 11*

*Educazione alla salute e promozione di stili di vita sani*  
(modificato comma 1 da art. 43 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

1. La Regione riconosce l'educazione alla salute quale strumento fondamentale di formazione e crescita di bambini e adolescenti e di promozione del benessere. A tal fine promuove accordi e forme di collaborazione tra le istituzioni scolastiche, gli enti locali, le AUSL ed altri soggetti pubblici e del terzo settore per la programmazione d'interventi d'educazione e promozione alla salute, in particolare su alimentazione, attività fisica, educazione all'affettività e alla sessualità, nonché su fumo, alcool e sostanze psicostimolanti. *Gli interventi dovranno tener conto delle singole e diverse fasi dello sviluppo emotivo, cognitivo e sociale dei ragazzi, del ruolo educativo delle famiglie e delle diverse agenzie educative, ed essere adeguati ai contesti di vita.*
2. Per le finalità di cui al comma 1, la Regione incentiva e sostiene progetti ed interventi, promossi da enti locali, AUSL e terzo settore, volti:
- a) allo sviluppo della relazione madre-bambino, di relazioni positive tra genitori e figli fin dai primi anni di vita, di condivisione delle responsabilità tra madre e padre;
  - b) al sostegno e alla formazione, in accordo con l'amministrazione scolastica, di insegnanti, educatori dei diversi ordini e gradi di scuola, nonché di operatori, per supportare le situazioni di problematicità di bambini con gravi disabilità, in cui sono necessari specifici approcci e interventi di matrice psico-educativa. La Regione incentiva il sostegno e la formazione anche per i disturbi di apprendimento in cui è necessario l'utilizzo di strumenti compensativi ed approcci di tecnologia informatica;
  - c) alla promozione della salute degli adolescenti, tramite la facilitazione dell'accesso ai servizi, la costituzione di équipe multiprofessionali, l'attivazione di spazi e servizi dedicati e la sperimentazione di specifiche modalità di presa in carico;
  - d) allo sviluppo dei fattori protettivi e delle competenze necessarie all'autonomia dei bambini e degli adolescenti, alla gestione dello stress e dei conflitti ed alla valorizzazione delle metodologie di educazione tra pari.
3. La Regione, nel rispetto delle competenze statali, vigila sulle prescrizioni di farmaci a bambini e adolescenti, compresi gli psicofarmaci, adottando appositi strumenti di verifica dell'appropriatezza. L'assessorato di riferimento informa periodicamente dei risultati ottenuti da tali strumenti la commissione assembleare competente nell'ambito delle politiche per la salute e politiche sociali.

*Art. 12*

*Educazione ai media*  
(sostituito comma 1 da art. 44 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

1. *La Regione promuove l'educazione ai media e alle tecnologie, compresi i social network, in quanto fondamentali strumenti per lo sviluppo del senso critico, della capacità di analisi dei messaggi e delle strategie comunicative, dell'uso creativo e consapevole delle potenzialità espressive proprie dei diversi soggetti della comunicazione e dei diversi media. A tal fine sostiene iniziative di ricerca e progetti di formazione rivolti alle giovani generazioni riguardanti l'educazione alla comprensione e all'uso dei linguaggi mediali, anche rivolti al contrasto della dipendenza e del cyberbullismo.*
- 1 bis. *Le azioni di cui al comma 1 sono svolte anche attraverso convenzioni con centri studi, poli specialistici, università, scuole e associazionismo.*
2. La Regione, attraverso il Comitato regionale per le comunicazioni (CORECOM) e il Garante per l'infanzia e l'adolescenza, promuove iniziative informative, formative, nonché protocolli volti alla diffusione di codici di autoregolamentazione in materia di comunicazione, stampa, trasmissioni radiotelevisive e internet in rapporto alla rappresentazione dei minori e ad iniziative di comunicazione e programmi radiotelevisivi loro rivolti.
3. La Regione e gli enti locali promuovono forme di confronto con il sistema dei mezzi d'informazione al fine di costruire stabili e continuative modalità di raccordo e dialogo per una corretta informazione dell'opinione pubblica sulla condizione e sui diritti dei bambini.

*Art. 13*

*Educazione al movimento e alle attività sportive non agonistiche*

1. La Regione riconosce la funzione sociale delle attività motorie e sportive non agonistiche come opportunità che concorrono allo sviluppo globale dei bambini e degli adolescenti sotto il profilo fisico, cognitivo, affettivo, relazionale e sociale. A tal fine la Regione promuove:
- a) l'educazione a corretti stili di vita, anche attraverso la formazione sportiva di base e l'attività motoria, diversificata in base agli interessi, ai bisogni ed alle abilità psicofisiche dei singoli, in particolare dei bambini, nel tempo extrascolastico, in collaborazione con gli enti locali, il Comitato olimpico nazionale italiano (CONI), il Comitato italiano paraolimpico, le amministrazioni scolastiche, gli enti di promozione sportiva, le associazioni

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

- sportive iscritte al registro regionale delle associazioni di promozione sociale, contrastando l'abbandono precoce della pratica sportiva;
- b) l'educazione al movimento e allo sport e la loro diffusione nelle scuole, incentivando il rapporto degli enti locali con le associazioni del territorio per attività non agonistiche, in accordo con gli uffici scolastici e le autonomie scolastiche;
- c) iniziative sperimentali affinché le scuole dell'infanzia e le scuole primarie possano avvalersi della collaborazione degli enti di promozione sportiva per interventi di supporto alle attività motorie.
2. La Giunta regionale stabilisce i requisiti organizzativi delle iniziative di cui al comma 1, lettera c).

**Art. 14**

*Offerta territoriale per il tempo libero e opportunità educative*  
(sostituito articolo da art. 45 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

1. *La Regione, nel rispetto del principio di sussidiarietà di cui all'articolo 118 della Costituzione, valorizza il tempo extrascolastico dei bambini e degli adolescenti attraverso la promozione di servizi ed iniziative, gestiti da soggetti pubblici o privati, che arricchiscono il loro percorso di crescita, anche tramite le risorse di cui al Fondo sociale regionale di cui all'articolo 47, comma 3, della legge regionale n. 2 del 2003. Le iniziative e i servizi sono finalizzati allo sviluppo dell'autonomia personale e della vita di gruppo, favorendo l'esercizio del diritto di cittadinanza, anche tramite il protagonismo consapevole, l'educazione alla legalità e al rispetto delle persone e delle cose. I servizi sono, inoltre, luogo privilegiato per la valorizzazione delle diverse potenzialità, per l'integrazione e la socializzazione di bambini ed adolescenti, in un'ottica di lavoro di comunità.*
2. *Tutti i servizi pubblici e quelli che fruiscono di finanziamenti pubblici, ivi compresi quelli indicati al presente articolo, sono aperti ai bambini e agli adolescenti, senza distinzione di sesso, condizione di salute o disabilità, religione, etnia e gruppo sociale e garantiscono il rispetto delle vigenti norme di sicurezza, nonché spazi attrezzati idonei per le attività previste. In tutti i servizi e le attività è richiesta la presenza di un adulto responsabile, possibilmente in possesso del titolo di educatore o di insegnante, o comunque di documentata esperienza in campo educativo.*
3. *La Regione riconosce e incentiva la funzione svolta, mediante le attività di oratorio o similari, dalle parrocchie e dagli enti ecclesastici della Chiesa cattolica, nonché dalle altre confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato un'intesa ai sensi dell'articolo 8, terzo comma, della Costituzione.*
4. *Ai sensi di quanto previsto dalla legge 1 agosto 2003, n. 206 (Disposizioni per il riconoscimento della funzione sociale svolta dagli oratori e dagli enti che svolgono attività similari e per la valorizzazione del loro ruolo), la Regione valorizza e incentiva le iniziative di carattere socio-educative, culturali e di aggregazione rivolte agli adolescenti, quali l'organizzazione di attività laboratoriali e di sostegno allo studio quale contrasto alla dispersione scolastica, con attenzione all'inclusione e all'accoglienza nella comunità locale, anche in rapporto con i servizi territoriali.*
5. *I soggetti del terzo settore e i soggetti senza fini di lucro di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), concorrono alla definizione del piano di zona secondo le modalità di cui alla legge regionale n. 2 del 2003.*
6. *La Regione valorizza e incentiva lo scoutismo, quale modello educativo che si realizza attraverso l'apprendimento dall'esperienza, in un contesto di vita comunitaria, che consente di curare lo sviluppo graduale e globale della persona. Nell'ambito delle attività di campeggio è consentito l'uso di fuochi in apposite piazzole fisse o rimovibili, senza arrecare danno all'ambiente e nel rispetto delle norme che ne regolano le modalità.*
7. *Il centro di aggregazione è un punto d'incontro e di socializzazione per adolescenti ad accesso diretto, nel quale le attività e le iniziative diventano opportunità per sviluppare processi di assunzione di responsabilità, di impegno, di educazione alla cooperazione e alla solidarietà. Gli adulti sono rappresentati soprattutto da educatori, in veste di facilitatori delle relazioni nei gruppi e tra i gruppi e di accompagnatori nei percorsi di rielaborazione di idee in progetti e di progetti in azioni concrete.*
8. *Il gruppo educativo di sostegno alle competenze personali e scolastiche è un servizio di accompagnamento nella quotidianità di preadolescenti e adolescenti ad accesso diretto o ad invio da parte dei servizi sociali. Il gruppo educativo mira, in particolare, al sostegno di ragazzi e ragazze con difficoltà di socializzazione o esposti al rischio di dispersione scolastica o emarginazione. Esso valorizza il sostegno tra pari e il mutuo aiuto e attiva la pluralità delle risorse presenti su ogni territorio, attraverso la progettazione condivisa e integrata.*
9. *L'educativa di strada è un'attività rivolta a gruppi spontanei di adolescenti e giovani nei luoghi di ritrovo, finalizzata a costruire una relazione significativa tra di loro e con gli educatori, anche attraverso iniziative co-progettate, e a far emergere idee, bisogni, risorse che consentano di rafforzare i fattori protettivi e ridurre quelli di rischio. L'educativa di strada è uno strumento per veicolare informazioni significative, in grado di influire su atteggiamenti e comportamenti a rischio ed, eventualmente, facilitare l'accesso ai servizi territoriali.*
10. *Il centro estivo, servizio semiresidenziale, svolge attività ludiche o laboratoriali ed è soggetto a segnalazione certificata di inizio attività, secondo quanto previsto nella direttiva indicata al comma 12.*
11. *La Regione riconosce il valore educativo del soggiorno di vacanza, anche in forma di campeggio, sia in strutture ricettive fisse, sia in aree attrezzate che non attrezzate e ne stabilisce, con la direttiva indicata al comma 12, le tipologie, i requisiti strutturali e organizzativi.*
12. *I soggetti gestori dei servizi pubblici e privati sono tenuti a dare comunicazione dell'attività al Comune nel quale questa si svolge, per consentire l'attività di vigilanza. La Giunta regionale, sentita la competente Commissione assembleare, nel rispetto della legge regionale n. 2 del 2003, stabilisce con direttiva i requisiti necessari per lo svolgimento dell'attività stessa, nonché le relative modalità di controllo.*

**Capo II**  
**Servizi del territorio**

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

*Art. 15**Centri per le famiglie*

(sostituiti commi 3 e 4 da art. 46 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

1. I comuni, in forma singola o associata, nell'adempimento delle proprie funzioni in materia di sostegno alla genitorialità possono potenziare la rete degli interventi e dei servizi dotandosi di centri per le famiglie con figli.
2. Il centro è un servizio finalizzato:
  - a) alla promozione del benessere delle famiglie con figli, anche attraverso la diffusione di informazioni utili alla vita quotidiana, al sostegno delle competenze genitoriali, specie in occasione di eventi critici e fasi problematiche della vita familiare, e allo sviluppo delle risorse familiari e comunitarie, con particolare attenzione ai nuclei con un solo genitore convivente e a quelli con bambini disabili, nonché tramite l'incentivazione d'iniziative volte al sostegno economico di genitori che usufruiscono di congedi parentali nel primo anno di vita del bambino;
  - b) all'integrazione e al potenziamento dell'attività dei servizi territoriali e specialistici finalizzata alla prevenzione del disagio familiare e infantile e alla tutela dei bambini e dei ragazzi;
  - c) alla promozione della cultura dell'accoglienza e della solidarietà tra le famiglie.
3. *Il centro opera almeno nelle seguenti aree:*
  - a) *area dell'informazione: permette alle famiglie con figli un accesso rapido e amichevole alle informazioni utili alla vita quotidiana e alle opportunità del territorio;*
  - b) *area del sostegno alle competenze genitoriali: principalmente interventi di ascolto, colloquio e consulenza educativa, percorsi di mediazione familiare, consulenze tematiche e counseling genitoriale;*
  - c) *area dello sviluppo delle risorse familiari e comunitarie: in particolar modo attraverso l'attivazione e la promozione di gruppi di famiglie-risorsa, gruppi di auto-mutuo aiuto, progetti d'integrazione per famiglie di nuova immigrazione e banche del tempo, quali sistemi di scambio di attività, di servizi e saperi tra le persone, ponendo un'attenzione specifica alla dimensione multiculturale.*
4. *I centri per le famiglie programmano la propria attività in stretta connessione con la programmazione di ambito distrettuale, in modo da contribuire a rendere coerenti ed integrabili l'insieme delle azioni promosse nel territorio a favore prioritariamente delle famiglie con figli minori. Al fine di realizzare il sostegno alle famiglie indicato ai commi 2 e 3, i centri dovranno attivare relazioni stabili con gli altri nodi della rete territoriale, in particolare:*
  - a) *con il settore socio-sanitario e sanitario, tra cui i consultori familiari;*
  - b) *il settore educativo, scolastico e culturale, tra cui le autonomie scolastiche e i centri di servizio indicati all'articolo 22 della legge regionale 30 giugno 2003, n. 12 (Norme per l'uguaglianza delle opportunità di accesso al sapere, per ognuno e per tutto l'arco della vita, attraverso il rafforzamento dell'istruzione e della formazione professionale, anche in integrazione tra loro);*
  - c) *il settore sociale.*
- 4 bis. *Particolare attenzione deve essere posta dai centri per le famiglie nel costruire percorsi di collaborazione con le forme organizzate dei cittadini e delle famiglie, nonché delle organizzazioni del privato sociale, riconoscendole come risorsa e valorizzandone la ricchezza in un'ottica di lavoro di comunità, anche attraverso forme di raccordo stabili. Laddove lo si ritenga utile e nel rispetto della normativa vigente, i Comuni possono prevedere altresì l'affidamento di una o più attività del centro per le famiglie a idonei soggetti del terzo settore.*
5. I requisiti strutturali e organizzativi dei centri sono stabiliti con atto della Giunta regionale, che prevede la dotazione di professionalità adeguate e l'utilizzo della metodologia del lavoro di gruppo.
6. La Regione provvede alla ripartizione delle relative risorse con le modalità stabilite dagli articoli 47 e 48 della L.R. 12 marzo 2003, n. 2.

*Art. 16**Servizi educativi per la prima infanzia, diritto allo studio, istruzione e formazione professionale*

(sostituito comma 1 da art. 8 L.R. 1 agosto 2019, n. 17)

1. *I servizi educativi per bambini da tre mesi a tre anni sono regolamentati dalle leggi regionali in materia di servizi educativi per la prima infanzia e dai relativi provvedimenti attuativi.*
2. *L'istruzione e la formazione professionale sono normate dalla legge regionale 8 agosto 2001, n. 26 (Diritto allo studio ed all'apprendimento per tutta la vita. Abrogazione della legge regionale 25 maggio 1999, n. 10) e dalla legge regionale n. 12 del 2003.*

*Art. 17**Servizio sociale professionale ed équipe territoriali*

1. I Comuni, singoli o associati, tramite i servizi sociali, anche avvalendosi per quanto di competenza delle AUSL e delle aziende ospedaliere, esercitano le funzioni di tutela dei minori di cui all'articolo 15, comma 5, lettera a) della legge regionale n. 2 del 2003, e di promozione, anche ai sensi della Convenzione ONU di cui alla legge n. 176 del 1991.
2. Indipendentemente dalla tipologia organizzativa scelta, i servizi sociali prevedono l'assistente sociale come figura professionale specificamente dedicata, con continuità e prevalenza, alla tutela dell'infanzia e dell'adolescenza.
3. Il servizio sociale opera secondo la metodologia del lavoro di équipe, che consente l'integrazione delle professioni sociali, educative e sanitarie: assistente sociale, educatore, psicologo, neuropsichiatra ed altre figure richieste dal caso. Il servizio sociale opera a favore di bambini e adolescenti anche attraverso il sostegno

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

a famiglie, gruppi, reti sociali. Ogni servizio sociale individua il responsabile di ciascun caso in una delle figure professionali componenti l'équipe.

4. La Regione incentiva, tramite le province, l'associazionismo degli enti locali per assicurare, altresì, efficaci e tempestivi interventi, anche notturni e festivi, per l'emergenza.

5. Fatti salvi gli obblighi di segnalazione e di denuncia previsti dalla legislazione statale, i servizi si fanno carico delle situazioni di pregiudizio o rischio psicofisico e sociale dei minori perseguendo in modo privilegiato, ove possibile, l'accordo e la collaborazione della famiglia.

6. I servizi territoriali perseguono l'integrazione gestionale e professionale attraverso la costituzione di équipe multiprofessionali che garantiscono presa in carico, progettazione individualizzata e valutazione dell'esperienza.

7. I soggetti pubblici competenti in materia di minori, anche in accordo tra loro, si avvalgono di un supporto giuridico continuativo, figura esperta sui temi dell'infanzia e dell'adolescenza, a sostegno degli operatori e delle équipe anche nell'interazione con gli uffici giudiziari. L'esperto giuridico collabora alla promozione d'iniziativa di aggiornamento normativo del personale dei servizi e alla corretta rappresentazione della condizione dei minori e delle loro famiglie, nonché del funzionamento dei servizi, anche in riferimento alla gestione delle relazioni tra servizi e mass-media. La Regione assicura la formazione, l'aggiornamento periodico in servizio e la supervisione di tali esperti anche per garantire l'integrazione delle competenze giuridiche con quelle sociali, psicologiche e pedagogiche.

8. La Giunta regionale stabilisce i requisiti qualitativi e quantitativi delle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie adeguati alla realizzazione di percorsi personalizzati ed integrati a favore di tutti i bambini e gli adolescenti in difficoltà, anche in attuazione dei livelli essenziali di assistenza e dell'articolo 6 della legge regionale n. 2 del 2003.

#### Art. 18

##### *Équipe di secondo livello*

1. La conferenza territoriale sociale e sanitaria promuove l'attivazione di équipe specialistiche di secondo livello in materia di tutela, di ambito provinciale o sovradistrettuale.

2. Le funzioni in materia di tutela, affidamento familiare, accoglienza in comunità e adozione possono essere svolte dalla medesima équipe sulla base di protocolli locali.

3. L'accesso all'équipe di secondo livello avviene esclusivamente su invio dei servizi territoriali di cui all'articolo 17. La titolarità e la responsabilità del caso restano comunque in capo al servizio inviante.

4. Le équipe di secondo livello per la tutela sono finalizzate alla gestione di situazioni che risultano più compromesse, sia sul piano dello sviluppo psicofisico del bambino o adolescente, sia sul piano dell'adeguatezza genitoriale e hanno le seguenti funzioni:

a) consulenza ai servizi sociali e sanitari di base;

b) presa in carico complessiva del caso, quando la sua gravità suggerisce interventi integrativi a quelli di rilevazione, osservazione, valutazione, protezione, terapia avviati dal servizio territoriale;

c) accompagnamento del minore nell'eventuale percorso giudiziario;

d) supervisione specifica agli adulti della comunità o della famiglia affidataria che accoglie il bambino;

e) terapia familiare al nucleo genitoriale e terapia riparativa al bambino o ragazzo.

5. Ogni équipe per la tutela è composta da personale opportunamente specializzato ed esperto nella diagnosi e riparazione delle conseguenze post-traumatiche della violenza acuta o cronica sui bambini e adolescenti. All'équipe, come previsto dall'articolo 20, comma 2, lettera c), viene garantita apposita formazione e adeguata supervisione e l'équipe medesima è costituita almeno dalle seguenti figure professionali: assistente sociale, psicologo esperto nei problemi dei minori, neuropsichiatra infantile ed educatore; a seconda dei casi è integrata da altre figure professionali specificatamente preparate.

### **Capo III**

#### **Strumenti per l'integrazione delle politiche**

#### Art. 19

##### *Coordinamento tecnico a livello distrettuale*

(sostituito comma 1 da art. 47 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

1. *Nell'ambito della pianificazione territoriale, al fine di garantire una maggiore efficacia agli interventi rivolti all'infanzia e all'adolescenza di carattere sociale, sanitario, scolastico, educativo, del tempo libero, in ogni distretto vengono realizzate azioni di coordinamento tra enti locali, AUSL, soggetti gestori di servizi socio-educativi, scuole, soggetti del terzo settore competenti in materia e le diverse agenzie educative.*

2. La funzione di coordinamento viene garantita dall'ufficio di piano, che si avvale di figure di sistema dedicate. Il coordinamento assicura:

a) una rete di relazioni e collaborazioni tra i protagonisti delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza per superare i rischi di settorializzazione nelle progettazioni che interessano i bambini e gli adolescenti;

b) il monitoraggio e la valutazione del programma territoriale d'intervento per l'infanzia, l'adolescenza e il sostegno alla genitorialità, la promozione delle buone prassi e la cura della documentazione.

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

*Art. 20*

*Programmazione provinciale e integrazione delle politiche territoriali*  
(abrogato articolo da art. 64 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

*abrogato.*

*Art. 21*

*Coordinamento tecnico territoriale per l'infanzia e l'adolescenza*  
(sostituito articolo da art. 48 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

1. *Ogni conferenza territoriale sociale e sanitaria attiva, quale proprio organo consultivo, un coordinamento tecnico per l'infanzia e l'adolescenza, che svolge un ruolo di raccordo e confronto tra i diversi distretti, in merito alle politiche per l'infanzia e l'adolescenza, in coerenza con il piano sociale e sanitario regionale.*
2. *Nella composizione del coordinamento è garantita la rappresentanza dei diversi territori distrettuali, con la presenza di esperti in ambito sociale, sanitario, educativo, scolastico e del privato sociale. È, inoltre, promosso l'apporto delle amministrazioni dello Stato competenti in materia di sicurezza e giustizia. Il coordinamento si avvale dell'ufficio di supporto delle conferenze territoriali sociali e sanitarie.*

*Art. 22*

*Organismi regionali di coordinamento*  
(sostituito comma 1 da art. 49 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

1. *È istituito presso la Presidenza della Giunta il coordinamento regionale per l'attuazione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, organismo consultivo della Giunta stessa.*
2. *La Giunta regionale stabilisce, con propria deliberazione, la composizione del coordinamento, che assicura la rappresentanza dei servizi che si occupano dell'infanzia e dell'adolescenza in ambito sociale, sanitario, educativo, dell'Ufficio scolastico regionale nonché del privato sociale; promuove l'apporto delle amministrazioni dello Stato competenti in materia di sicurezza e giustizia. Il coordinamento può avvalersi della collaborazione di esperti esterni.*
3. *Il coordinamento:*
  - a) *propone iniziative, attività di studio e promozione per la diffusione di una corretta cultura dei diritti dei bambini e degli adolescenti nonché di una genitorialità competente e dell'integrazione degli interventi relativi, anche in collaborazione col Garante dell'infanzia e dell'adolescenza;*
  - b) *attiva forme di collaborazione tra enti titolari delle funzioni in materia di minori ed enti gestori di servizi pubblici e privati, enti autorizzati in materia di adozione, rappresentanze delle famiglie adottive e affidatarie e delle comunità di accoglienza nonché, pur nella distinzione dei ruoli, con le magistrature minorili;*
  - c) *elabora proposte in ordine alle linee d'indirizzo programmatiche degli interventi a favore di bambini e adolescenti e al miglioramento della qualità dell'offerta dei servizi;*
  - d) *promuove iniziative di condivisione e messa in rete delle buone pratiche, anche avvalendosi dei risultati dell'attività dei centri di documentazione educativa e per l'integrazione.*
4. *Il coordinamento si avvale dei flussi informativi dell'osservatorio regionale per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani.*
5. *Presso la Presidenza della Giunta è istituito un gruppo tecnico per l'integrazione intersettoriale a sostegno delle politiche regionali per l'infanzia e l'adolescenza, che sostituisce il coordinamento previsto dall'articolo 4 della legge regionale 24 maggio 2004, n. 10 (Partecipazione della Regione Emilia-Romagna alla costituzione della associazione nazionale italiana Città amiche dell'infanzia e dell'adolescenza <CAMINA>), con i seguenti compiti:*
  - a) *provvedere al coordinamento, al monitoraggio e all'analisi delle ricadute degli interventi di competenza dei diversi settori regionali, nonché degli interventi in materia di infanzia e adolescenza finanziati ai sensi della presente legge;*
  - b) *curare il raccordo degli interventi regionali con i programmi rivolti all'infanzia e all'adolescenza realizzati in ambito nazionale ed internazionale.*
6. *Il gruppo tecnico è formato dai referenti designati da ciascuna direzione generale, agenzia e istituto della Regione.*

#### **Capo IV** **Prevenzione e tutela**

*Art. 23*

*Prevenzione in ambito sociale*  
(sostituito comma 1 da art. 50 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

1. *La Regione individua nell'armonizzazione e nel coordinamento di tutte le politiche ed attività di prevenzione, la condizione essenziale per la loro efficacia, efficienza ed economicità.*
2. *La programmazione e le attività coordinate dei soggetti interessati, rivolte anche ai minori stranieri, articolano la prevenzione nei seguenti livelli:*
  - a) *promozione dell'agio ed educazione alla legalità e al rispetto reciproco;*
  - b) *monitoraggio e intervento sulle situazioni di rischio;*

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

c) protezione e riparazione del danno, anche per evitarne la reiterazione.

3. La Regione riconosce la necessità di comprendere nel percorso di prevenzione del disagio dei bambini e degli adolescenti un accompagnamento competente dei genitori, mirato a sostenere e sviluppare le loro possibilità e disponibilità affettive, accuditive ed educative, eventualmente compromesse, e in vista di un loro recupero. Tale accompagnamento è finalizzato a garantire a tutto il nucleo un clima familiare e sociale soddisfacente e rispettoso dei bisogni evolutivi dei suoi membri più giovani, anche, se necessario, mediante interventi terapeutici o sociali adeguati.

*Art. 24*

*Minori vittime di reato*

(modificato comma 2 da art. 51 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

1. La Regione, al fine di cooperare alla prevenzione, alla riparazione delle conseguenze e al contrasto dei reati in danno di minori, in particolare della violenza sessuale e del maltrattamento, anche intrafamiliari, della trascuratezza e della violenza assistita, nonché dello sfruttamento del lavoro e della prostituzione minorile, promuove:

- a) azioni informative e formative nei confronti del personale dei servizi educativi e della scuola, in quanto destinatari privilegiati delle rivelazioni delle vittime; dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale, in quanto potenziali testimoni della storia del bambino e della famiglia; dei pediatri di comunità e degli assistenti sanitari addetti al percorso vaccinale, in quanto in grado di verificare, precocemente e periodicamente, le condizioni di vita pregiudizievoli; degli operatori delle strutture ospedaliere, per il contatto con esiti di possibili violenze; degli operatori degli spazi giovani consultoriali e dei centri di ascolto per adolescenti; di tutti i soggetti che costituiscono il sistema di protezione dei bambini e adolescenti;
- b) campagne informative sull'abbandono scolastico, sullo sfruttamento e sulle modalità di segnalazione del lavoro minorile e dell'utilizzo di bambini e adolescenti nell'accattonaggio e in attività illecite, in accordo con le competenti autorità, quali le Forze dell'ordine, la Polizia municipale, gli ispettorati del lavoro;
- c) l'attivazione di punti d'ascolto per le problematiche inerenti il disagio minorile, gestiti da operatori competenti;
- d) l'accompagnamento tutelante del minore vittima in tutto il percorso di protezione e riparazione, a partire dall'allontanamento, anche d'urgenza, dalla famiglia, fino all'assistenza nell'eventuale iter giudiziario, da parte di persone competenti, capaci di attivare un rapporto di fiducia col bambino o adolescente;
- e) la presa in carico tempestiva e complessiva, sociale, sanitaria ed educativa, dei bambini e dei ragazzi vittime di violenza, con particolare attenzione alla gravità dei danni derivanti da violenza sessuale, anche attraverso il sostegno al genitore protettivo;
- f) azioni anche informative tese a favorire l'istituto della costituzione di parte civile.

2. La Regione sostiene il ruolo del sistema di protezione in quanto strumento che garantisce e potenzia l'efficacia delle azioni a favore dei bambini e degli adolescenti. Il sistema è costituito da servizi e da interventi di prevenzione, ascolto, sostegno, diagnosi, terapia ed accoglienza di cui all'articolo 5, comma 4, lettera g) della legge regionale n. 2 del 2003, gestiti da soggetti pubblici o privati operanti in modo integrato e sinergico, cui le leggi statali e le norme regionali attribuiscono un ruolo nel percorso di protezione dei bambini e degli adolescenti vittime o a rischio di violenze, maltrattamenti e trascuratezza. *La Regione riconosce nel coordinamento di cui all'articolo 21 l'ambito di raccordo del sistema di protezione. Per favorire tale ruolo la Regione promuove intese con le amministrazioni dello Stato interessate.*

3. I servizi promuovono o adottano, per quanto di loro competenza, ogni misura al fine di prevenire fenomeni di vittimizzazione secondaria, intesa come aggravamento degli effetti traumatici del reato a causa del cattivo o mancato uso degli strumenti volti a tutelare la vittima. I servizi operano al fine di assicurare l'assistenza indicata all'articolo 609 decies, terzo e quarto comma del codice penale, in particolare predisponendo le protezioni dovute nella preparazione e nel corso della raccolta di testimonianze di minori vittime di violenza, anche in attuazione dell'articolo 498, comma 4 ter del codice di procedura penale.

4. La Regione sostiene percorsi formativi dedicati al personale incaricato dell'accompagnamento del minore vittima nel percorso giudiziario, con particolare riguardo alle audizioni protette; sostiene, altresì, i servizi nell'allestimento di spazi attrezzati per tali audizioni.

5. Nell'emergenza di gravi violenze fisiche, psicologiche, sessuali, subite o assistite dai bambini o dagli adolescenti, la Regione riconosce il loro diritto a cure tempestive, mediante percorsi di sostegno psicologico e psicoterapeutico, a opera dei servizi territoriali o specializzati, che provvedono anche a segnalare i fatti alle competenti autorità giudiziarie. L'assistenza è assicurata specie in vista dell'eventuale audizione protetta della vittima, per il tempo necessario ad acquisire consapevolezza e capacità di verbalizzazione dei fatti avvenuti.

6. La Regione partecipa alle azioni degli enti locali e delle competenti amministrazioni dello Stato volte alla tutela di bambini e ragazzi coinvolti come vittime in attività criminose o illegali.

*Art. 25*

*Bambini e adolescenti assistiti nei presidi ospedalieri e nelle attività ambulatoriali*

(aggiunta lett. b bis) comma 1 da art. 52 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

1. Le strutture pubbliche e private che assistono la nascita ed erogano cure intensive e cure in regime di degenza a bambini e adolescenti, devono possedere i requisiti strutturali ed organizzativi definiti dalla legge

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

regionale 12 ottobre 1998, n. 34 (Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del D.P.R. 14 gennaio 1997) ed atti attuativi. In particolare, anche ai sensi della legge regionale 1 aprile 1980, n. 24 (Norme per l'assistenza familiare e per la tutela psico-affettiva dei minori ricoverati nei presidi ospedalieri), tali strutture devono:

- a) agevolare, accanto al bambino o ragazzo ricoverato, la permanenza continuativa di familiari o loro sostituti a lui graditi;
- b) riservare appositi spazi al gioco e all'intrattenimento dei bambini ricoverati;
- b bis) *favorire pratiche di sostegno psicologico per i bambini ed i ragazzi ricoverati;*
- c) garantire il diritto allo studio;
- d) facilitare l'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale, prevedendo specifiche modalità di accoglienza.

2. Al fine indicato dal comma 1, lettera c) la Regione promuove accordi con gli uffici scolastici.

*Art. 26*

*Bambini e adolescenti disabili*

(modificato comma 2 da art. 53 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

1. La Regione garantisce la qualità tecnica, umana e relazionale della prima informazione sulla disabilità nel periodo prenatale e perinatale e assicura il primo intervento di sostegno ai genitori, anche tramite i presidi ospedalieri e promuovendo il raccordo con i servizi del territorio.

2. I Comuni, le Province, la Città metropolitana di Bologna, nell'ambito delle rispettive competenze, e le AUSL, anche in accordo con l'amministrazione scolastica, promuovono la piena integrazione di bambini e adolescenti con disabilità di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società, in particolare attraverso:

- a) le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione assicurate dal servizio sanitario regionale;
- b) il supporto alle famiglie con bambini con gravi sofferenze, disabilità o malattie rare, anche tramite interventi di assistenza domiciliare;
- c) gli interventi per l'integrazione nei servizi educativi e scolastici previsti dalle leggi statali e regionali;
- d) la definizione del progetto individualizzato di cui all'articolo 7, comma 3, della legge regionale n. 2 del 2003, contenente le prestazioni sociali, socio-sanitarie, sanitarie ed educative;
- e) gli interventi per l'inserimento lavorativo previsti dalla normativa regionale e nazionale in materia di formazione professionale e collocamento mirato.

3. I comuni e le AUSL, anche avvalendosi del terzo settore, promuovono il benessere del bambino e dell'adolescente con disabilità e della sua famiglia, anche mediante il lavoro sociale di rete, finalizzato a potenziare le abilità personali del minore stesso nonché le competenze dei familiari e di tutte le persone coinvolte nei processi educativi e di cura.

*Art. 27*

*Interventi a favore dei minori inseriti nel circuito penale*

1. La Regione promuove le condizioni per la realizzazione:

- a) del principio, sancito dalla normativa statale, di residualità della pena detentiva e della piena fruibilità di tale principio anche da parte dei minori stranieri;
- b) della funzione educativa del procedimento e della misura penale.

2. Per tali finalità la Regione promuove la territorializzazione degli interventi a favore dei minori inseriti nel circuito penale, intesa come:

- a) condivisione, nel rispetto delle rispettive competenze, tra servizi sociali dell'amministrazione della giustizia, degli enti locali e servizi sanitari di un progetto personalizzato sul minore, che lo accompagna dall'ingresso nel circuito penale fin dopo la sua dimissione;
- b) previsione di modalità concordate e programmate tra il centro per la giustizia minorile e i servizi territoriali per la dimissione del ragazzo dal circuito penale;
- c) promozione, nell'esecuzione del progetto personalizzato, del coinvolgimento delle istituzioni e delle risorse presenti sul territorio, anche attraverso accordi con le organizzazioni sindacali, le associazioni datoriali e di categoria afferenti al mondo produttivo e il terzo settore.

3. La Regione e gli enti locali, per quanto di propria competenza, promuovono la realizzazione della rete finalizzata all'esecuzione degli interventi nei confronti dei minori sottoposti a procedimento penale, inclusa la messa alla prova; tale rete comprende le strutture e le forme di accoglienza, nonché i servizi di ambito sociale, formativo-educativo e ricreativo.

4. La Regione e gli enti locali riconoscono, nei limiti e nelle forme previste dalla legge dello Stato, il valore sociale ed educativo della giustizia riparativa, in quanto procedimento nel quale la vittima, il reo e gli altri soggetti della comunità lesi da un reato partecipano alla risoluzione del conflitto prodotto dall'illecito, anche con l'aiuto di un terzo indipendente, tramite la mediazione penale.

*Art. 28*

*Protocolli d'intesa con il Ministero della giustizia. Accordi con il terzo settore*

1. La Regione promuove intese con il Ministero della giustizia al fine di condividere:

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale



- a) forme e modalità per la territorializzazione degli interventi;
  - b) percorsi formativi comuni al personale dei servizi degli enti territoriali e dell'amministrazione della giustizia;
  - c) promozione di attività di alfabetizzazione, scolarizzazione e mediazione culturale, nonché di formazione e di avviamento al lavoro per i minori in carico al circuito penale;
  - d) sostegno d'iniziativa d'incontro e di socializzazione tra i minori sottoposti a misure penali e i loro pari, nonché di sensibilizzazione ai temi dell'adolescenza in difficoltà e di confronto e scambio di buone prassi.
2. La Regione e gli enti locali promuovono accordi con le organizzazioni del terzo settore per attività di supporto qualificato ai minori e neo maggiorenni inseriti nel circuito penale.

*Art. 29*

*Commissione tecnica di coordinamento interistituzionale*

1. La Regione riconosce nella commissione di coordinamento delle attività dei servizi minorili dell'amministrazione della giustizia e dei servizi sociali degli enti locali, istituita ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo n. 272 del 1989, il principale organismo tecnico, in ambito regionale, di confronto e d'integrazione interistituzionale sui temi della devianza minorile e della promozione della territorializzazione degli interventi.
2. Il servizio regionale competente in materia di minori presta la propria collaborazione alla commissione di cui al comma 1, su richiesta della medesima, e le fornisce i flussi informativi dell'osservatorio regionale per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani. La Regione promuove lo scambio e la collaborazione con l'amministrazione della giustizia nella gestione, a fini statistici e scientifici, di flussi documentari.

**Capo V**

**Diritto del bambino ad una famiglia e all'accoglienza**

*Art. 30*

*Prevenzione dell'abbandono. Adozione nazionale e internazionale*

1. Le attività e i servizi del territorio della Regione relativi alle adozioni si basano sul principio del superiore interesse del minore, previsto all'articolo 3 della Convenzione ONU di cui alla legge n. 176 del 1991, e sul principio di sussidiarietà dell'adozione internazionale, previsto dalla Convenzione relativa alla tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, firmata a L'Aja il 29 maggio 1993, ratificata ai sensi della legge 31 dicembre 1998, n. 476 (Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a L'Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla L. 4 maggio 1983, n. 184, in tema di adozione di minori stranieri).
2. Per l'attuazione dei principi di cui al comma 1, la Regione promuove la prevenzione e il contrasto dell'abbandono tramite:
- a) il sostegno alle competenze genitoriali e l'eliminazione degli ostacoli che ne impediscono il corretto esercizio;
  - b) misure di sostegno ad ogni scelta genitoriale e tutela del parto anonimo, garantendo al neonato l'inserimento immediato in un ambiente familiare, in stretta collaborazione con i servizi ospedalieri, sanitari e sociali e con il Tribunale per i minorenni;
  - c) attività di sensibilizzazione, informazione, preparazione, anche attraverso corsi gratuiti, alle coppie che dichiarano la propria disponibilità all'adozione, nonché sostegno psicologico e sociale alla famiglia e al bambino nel periodo successivo all'adozione, all'inserimento scolastico e ai periodi critici della crescita.
3. Al fine di garantire la corretta e tempestiva conduzione delle indagini psico-sociali per le coppie candidate all'adozione nazionale e internazionale, la Regione promuove la creazione e la qualificazione delle équipes di secondo livello, ad opera dei competenti servizi del territorio.
4. La Regione promuove la sottoscrizione di accordi e protocolli d'intesa tra tutti i soggetti che hanno competenze in materia di adozione ai fini della qualificazione degli interventi, della condivisione degli obiettivi e di una migliore definizione dei rispettivi compiti.

*Art. 31*

*Affidamento familiare e accoglienza in comunità*

(sostituito articolo da art. 54 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

1. Il bambino o ragazzo temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo, nonostante gli interventi di sostegno e di aiuto disposti, è affidato ad una famiglia, preferibilmente con figli minori, o ad una persona singola, in grado di assicurarli il mantenimento, l'educazione, l'istruzione e le relazioni affettive di cui egli ha bisogno.
2. Ove non sia possibile l'affidamento nei termini di cui al comma 1, è consentito l'inserimento in una comunità, con connotazione di tipo familiare ai sensi della normativa regionale in materia, che abbia sede preferibilmente nel luogo più vicino a quello in cui stabilmente risiede il nucleo familiare di provenienza, fatti salvi gli eventuali diversi provvedimenti dell'autorità giudiziaria. Per i minori di età inferiore a sei anni l'inserimento può avvenire solo presso una comunità di tipo familiare o in una casa famiglia.
3. La scelta del tipo di accoglienza, nel rispetto dei provvedimenti giudiziari, è determinata dalle esigenze del bambino, dell'adolescente e della sua famiglia e dall'opportunità di ridurre al minimo la permanenza fuori dalla famiglia d'origine.
4. La Regione favorisce un'azione di monitoraggio e di raccordo tra le diverse realtà territoriali, in modo da perseguire omogeneità di opportunità ed efficacia nel sistema di accoglienza in tutto il territorio regionale.

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

5. La Regione garantisce, tramite i competenti servizi territoriali, a ciascun bambino o adolescente che deve essere allontanato dal proprio contesto familiare e sociale, anche insieme a uno dei genitori, la protezione necessaria e un percorso educativo personalizzato di alta qualità, qualunque sia la forma di accoglienza predisposta per lui, all'interno di un quadro di risposte differenziate, per soddisfarne gli specifici bisogni di sostegno, tutela, riparazione ed accorpamento, anche oltre il diciottesimo anno d'età.

6. La Regione, in attuazione dell'articolo 35 della legge regionale n. 2 del 2003, stabilisce con direttiva unitaria le condizioni per l'affidamento familiare e i requisiti strutturali e organizzativi per l'accoglienza in comunità.

*Art. 32*

*Valorizzazione del volontariato e dell'associazionismo familiare*

1. L'impiego di volontari, anche in progetti di servizio civile, appositamente formati a sostegno dei bambini e delle loro famiglie, deve essere previsto in maniera continuativa e per un tempo preventivamente concordato con i servizi competenti, nell'ambito di accordi con associazioni o organismi di volontariato. Tale impiego non sostituisce il ruolo delle figure professionali.

2. La Regione, tramite il coordinamento regionale per l'attuazione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza di cui all'articolo 22, promuove forme di collaborazione tra enti titolari delle funzioni in materia di minori e associazioni di volontariato, con particolare riguardo a quelle di famiglie adottive e affidatarie.

**PARTE III  
GIOVANI**

**TITOLO I  
PRINCIPI GUIDA DELLE POLITICHE GIOVANILI**

*Art. 33*

*Obiettivi della programmazione regionale*

1. Con riferimento agli articoli 2 e 3 la Regione riconosce, garantisce e promuove i diritti di cittadinanza dei giovani, favorisce il pieno sviluppo della loro personalità sul piano culturale, sociale ed economico, ne sostiene l'autonoma partecipazione alle espressioni della società civile e alle istituzioni e ne promuove e valorizza le forme associative anche per lo svolgimento di attività d'interesse generale e sociale.

2. La Regione promuove e coordina le politiche per i giovani, in un'ottica d'integrazione, di concertazione con gli enti locali e le parti sociali, di collaborazione con i soggetti pubblici e privati e le organizzazioni del privato sociale, anche promuovendo la partecipazione dei giovani nelle politiche loro dirette, al fine di una condivisione delle priorità, delle strategie, del conseguimento e della verifica dei risultati e dell'ottimizzazione degli investimenti.

3. Al fine di garantire l'integrazione tra le politiche di settore rivolte ai giovani e l'efficacia degli interventi, la Giunta regionale istituisce con propria deliberazione gli organismi di coordinamento di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d).

4. La Giunta regionale, anche avvalendosi del supporto degli organismi di coordinamento di cui al comma 3 e dell'osservatorio di cui all'articolo 7, presenta triennialmente all'Assemblea legislativa un documento sulle linee di indirizzo e sulle azioni che intende attuare a favore dei giovani, con particolare riferimento alle attività, ai piani e ai programmi relativi alle norme indicate di seguito, e un rapporto annuale sugli interventi effettivamente realizzati nel periodo di riferimento:

- a) piano sociale e sanitario di cui all'articolo 27 della legge regionale n. 2 del 2003;
- b) programma regionale di cui all'articolo 8 della legge regionale 8 agosto 2001, n. 24 (Disciplina generale dell'intervento pubblico nel settore abitativo);
- c) programma triennale di cui all'articolo 3, comma 2, della legge regionale 24 marzo 2004, n. 5 (Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati. Modifiche alle leggi regionali 21 febbraio 1990, n. 14 e 12 marzo 2003, n. 2);
- d) documento di programmazione triennale di cui all'articolo 7 della legge regionale 20 ottobre 2003, n. 20 (Nuove norme per la valorizzazione del servizio civile. Istituzione del servizio civile regionale. Abrogazione della L.R. 28 dicembre 1999, n. 38);
- e) linee di programmazione ed indirizzi per le politiche del lavoro definiti ai sensi dell'articolo 3 della legge regionale 1 agosto 2005 n. 17 (Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità, sicurezza e regolarità del lavoro);
- f) programma regionale di cui all'articolo 3 della legge regionale 14 maggio 2002, n. 7 (Promozione del sistema regionale delle attività di ricerca industriale, innovazione e trasferimento tecnologico);
- g) programma regionale di cui all'articolo 54 della legge regionale n. 3 del 1999;
- h) piano regionale di cui all'articolo 4 della legge regionale 27 luglio 2007, n. 15 (Sistema regionale integrato di interventi e servizi per il diritto allo studio universitario e l'alta formazione);
- i) programma pluriennale di cui all'articolo 5 della legge regionale 5 luglio 1999, n. 13 (Norme in materia di spettacolo);
- j) programma triennale di cui all'articolo 3 della legge regionale 22 agosto 1994, n. 37 (Norme in materia di promozione culturale);
- k) attività per la sicurezza stradale dei giovani di cui agli articoli 4, comma e), e 6 della legge regionale 20

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

luglio 1992, n. 30 (Programma di intervento per la sicurezza dei trasporti) ed all'articolo 6 della legge regionale 27 aprile 1990, n. 35 (Norme in materia di promozione, attuazione e gestione delle strutture destinate allo spettacolo, allo sport e al tempo libero);

l) programma regionale di cui alla legge regionale 25 febbraio 2000, n. 13 (Norme in materia di sport);

m) programma regionale di cui all'articolo 3, comma 2 della legge regionale 23 dicembre 2002, n. 40 (Incentivi per lo sviluppo e la qualificazione dell'offerta turistica regionale. Abrogazione della legge regionale 11 gennaio 1993, n. 3 <Disciplina dell'offerta turistica della Regione Emilia-Romagna. Programmazione e finanziamento degli interventi. Abrogazione della L.R. 6 luglio 1984, n. 38>);

n) programma regionale di cui all'articolo 2 della legge regionale 16 maggio 1996, n. 15 (Promozione, organizzazione e sviluppo delle attività di informazione ed educazione ambientale);

o) programma triennale regionale sullo sviluppo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) di cui alla L.R. 24 maggio 2004, n. 11.

5. La Regione promuove l'attivazione, lo sviluppo ed il consolidamento di ambiti di partecipazione sistematica dei giovani alla vita pubblica delle istituzioni locali e favorisce la conoscenza delle esperienze realizzate e la diffusione delle buone prassi.

#### *Art. 33 bis*

##### *Realizzazione dei programmi regionali*

(prima aggiunto da art. 35 L.R. 18 luglio 2014, n. 17, poi modificato comma 2 da art. 14 L.R. 27 luglio 2018, n. 11

1. La Regione, sulla base degli ambiti ottimali di cui alla legge regionale 21 dicembre 2012, n. 21 (Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza), realizza i propri programmi di intervento a favore dei giovani attraverso le Unioni di Comuni ed i Comuni capoluogo di provincia, ove non siano inclusi in Unioni.

2. Per la realizzazione dei programmi regionali, gli Enti locali di cui al comma 1 presentano alla Regione progetti con riferimento al proprio ambito territoriale ottimale di riferimento. Associazioni di Comuni capoluogo possono presentare progetti di valenza regionale nell'ambito dei medesimi programmi.

#### *Art. 34*

##### *Forum giovani*

1. La Regione indice periodicamente una conferenza denominata "Forum giovani", quale luogo privilegiato d'incontro tra giovani e istituzione regionale, sede di confronto, partecipazione e d'individuazione di proposte, anche ai fini della definizione delle linee prioritarie di azione di cui all'articolo 33, comma 4, nonché di verifica delle politiche rivolte ai giovani. Il forum può essere organizzato per sessioni di lavoro tematiche e prevedere l'utilizzo di tecnologie informatiche come strumento di partecipazione.

2. La Giunta regionale, al fine di valorizzare la più ampia presenza di giovani, stabilisce con proprio atto le forme delle loro rappresentanza al Forum giovani e ne garantisce il coinvolgimento anche attraverso la raccolta di adesioni spontanee.

3. Al forum sono invitati i rappresentanti delle organizzazioni indicate di seguito, privilegiando la fascia d'età giovanile:

- a) organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale e cooperazione sociale nell'ambito delle politiche giovanili;
- b) università, Azienda regionale per il diritto agli studi superiori, istituzioni scolastiche e organismi di formazione professionale accreditati;
- c) enti locali e loro associazioni;
- d) camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura;
- e) organizzazioni sindacali e associazioni di categoria;
- f) Servizio diocesano per la pastorale giovanile e rappresentanti di ogni altra confessione religiosa con cui lo Stato abbia stipulato un'intesa ai sensi dell'articolo 8, terzo comma, della Costituzione;
- g) coordinamenti provinciali degli enti di servizio civile (COPRESC) di cui all'articolo 16 della legge regionale n. 20 del 2003.

#### *Art. 35*

##### *Informagiovani*

1. La Regione riconosce l'informazione quale strumento fondamentale per i giovani di conoscenza, consapevolezza e offerta di opportunità in rapporto alle possibilità di scelta negli ambiti di vita che li riguardano; garantisce ai giovani il diritto all'informazione e pari opportunità di accesso ai servizi informativi presenti sul territorio regionale.

2. La Regione sostiene la creazione e la qualificazione dei servizi Informagiovani dislocati sul territorio regionale, gestiti da soggetti pubblici o privati convenzionati, anche tramite attività finalizzate allo sviluppo delle competenze professionali degli operatori.

3. La Regione promuove e sostiene lo sviluppo e la qualificazione dei servizi Informagiovani attraverso interventi di ristrutturazione delle sedi, di adeguamento e miglioramento delle strutture sul piano della funzionalità logistica e organizzativa, dell'acquisizione di dotazioni strumentali e tecnologiche, nonché di un utilizzo delle stesse tecnologie in un'ottica di evoluzione e adeguamento alle esigenze emergenti.

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

4. Gli Informagiovani tra le proprie attività:

- a) svolgono funzioni di centro informativo plurisettoriale e garantiscono un'efficace comunicazione sulle opportunità offerte dal territorio;
- b) favoriscono e promuovono i percorsi d'incontro giovanile, la comunicazione tra i giovani e la partecipazione sociale;
- c) prestano servizi a favore delle esigenze informative dei giovani.

5. La Regione, anche al fine di istituire il coordinamento regionale Informagiovani, si avvale delle esperienze di relazione e di reti tra gli Informagiovani a livello territoriale finalizzati all'individuazione di strumenti e metodologie di lavoro condivisi, ad attività di indagine, ricerca, documentazione e comunicazione.

6. La Regione fissa, altresì, i livelli minimi delle prestazioni erogate dagli Informagiovani che accedono ai benefici previsti dalla presente legge.

*Art. 36*

*Integrazione e coordinamento provinciale delle politiche giovanili  
(abrogato da art. 35 L.R. 18 luglio 2014, n. 17)*

*abrogato.*

**TITOLO II  
AZIONI E FORME DI SOSTEGNO A FAVORE DEI GIOVANI**

*Art. 37*

*Apprendimento, orientamento e partecipazione responsabile  
(modificato comma 1 e sostituito comma 2 da art. 55 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)*

1. La Regione *favorisce* l'accesso dei giovani ad attività di formazione superiore, continua e permanente, concedendo gli assegni formativi di cui all'articolo 14 della legge regionale n. 12 del 2003, nonché alle attività transnazionali promosse dalla decisione n. 1720/2006/CEE del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 15 novembre 2006, relativa all'istituzione di un programma d'azione nel campo dell'apprendimento permanente.

2. *Le linee prioritarie di programmazione regionale di cui all'articolo 33 prevedono azioni e interventi volti a valorizzare il ruolo dell'apprendimento non formale da parte dei giovani, quale opportunità per affermare capacità, potenzialità, interessi e passioni. In particolare, la programmazione regionale sostiene sperimentazioni di certificazione delle competenze e delle abilità acquisite in ambito non formale, anche con riferimento a quanto previsto dall'articolo 6 della legge regionale n. 12 del 2003, dalla decisione 2241/2004/CEE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 15 dicembre 2004, relativa ad un quadro comunitario unico per la trasparenza delle qualifiche e delle competenze (Europass) e dalla risoluzione del Consiglio e dei rappresentanti dei governi degli Stati membri, riuniti in sede di Consiglio, del 24 novembre 2005 - "Rispondere alle preoccupazioni dei giovani in Europa - attuare il patto europeo per la gioventù e promuovere la cittadinanza attiva" 2005/C 292/03 (sistema Youth Pass).*

3. La Regione favorisce la partecipazione dei giovani al volontariato, ai progetti di servizio civile nazionale e regionale, alle diverse attività di solidarietà e associazionismo, come strumento di crescita personale, come mezzo per acquisire competenze ed esperienze integranti la vita scolastica o professionale, come opportunità di cittadinanza e di partecipazione attiva, come strumento di accoglienza e d'integrazione.

4. La Regione sostiene l'organizzazione d'iniziativa di coinvolgimento degli adolescenti e dei giovani nelle attività di sostegno scolastico e ricreativo di bambini e di coetanei in difficoltà, per il superamento della solitudine e per favorire l'instaurarsi di relazioni tra giovani in una prospettiva di solidarietà.

*Art. 38*

*Lavoro e sostegno alle attività autonome ed imprenditoriali  
(modificato comma 4, sostituito comma 6 e abrogato comma 8 da art. 56 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)*

1. La Regione, coerentemente con la decisione 2005/600/CEE del Consiglio, del 12 luglio 2005, relativa agli orientamenti per le politiche degli Stati membri a favore dell'occupazione, sostiene l'evoluzione dei sistemi d'istruzione e formazione per facilitare l'ingresso qualificato dei giovani nel mondo del lavoro, promuovendo una maggior coerenza tra l'offerta formativa e i fabbisogni professionali.

2. Nella definizione degli standard del servizio per l'orientamento professionale e delle figure di riferimento, di cui all'articolo 23 della legge regionale n. 17 del 2005, la Giunta regionale tiene conto delle particolari esigenze dei giovani in cerca di prima occupazione, individuando figure professionali di riferimento e sostenendo la qualificazione degli operatori e delle attività.

3. La Regione sostiene l'acquisizione delle competenze chiave indicate dalla raccomandazione 2006/962/CEE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 18 dicembre 2006, relativa a competenze chiave per l'apprendimento permanente, al fine di garantire ai giovani l'accesso e la permanenza nel mercato del lavoro, favorendo l'acquisizione di competenze in contesti formali, non formali e informali secondo quanto previsto dall'articolo 5 della legge regionale n. 12 del 2003 e sostenendo la qualificazione del contratto di apprendistato.

4. *Secondo quanto previsto dagli articoli 24, 25, 26, 26 bis, 26 ter, 26 quater, 26 quinquies, 26 sexies, 26 septies e 26 octies della legge regionale n. 17 del 2005* la Giunta regionale detta disposizioni volte a favorire l'accesso dei giovani ai tirocini formativi e di orientamento, come definiti all'articolo 9, comma 2, della legge regionale n. 12 del 2003.

5. La Regione valorizza l'imprenditorialità giovanile come fattore determinante ai fini dello sviluppo economico

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

e sociale, come approccio creativo al lavoro e come possibilità di creazione e accesso a nuove attività lavorative, favorendo la propensione all'autoimprenditorialità nei percorsi e nei programmi formativi del sistema formativo regionale.

6. *La Regione e i Comuni, in forma singola o associata, favoriscono la creazione e l'implementazione di strumenti quali gli incubatori e acceleratori di impresa in grado di cogliere le esigenze di promozione imprenditoriale innovativa e creativa e di privilegiare il riequilibrio di genere e multiculturale. Promuovono, inoltre, servizi informativi volti ad agevolare lo sviluppo di attività svolte in forma autonoma o cooperativa da parte dei giovani.*

7. Per il sostegno alle attività previste ai commi 5 e 6 è istituito un apposito fondo di rotazione per la gestione del quale la Giunta regionale stabilisce con propria deliberazione le modalità operative, con particolare riguardo:

- a) alla durata del piano di rientro in relazione alle agevolazioni concesse;
- b) alla quota dello stanziamento destinata alle imprese di nuova costituzione e a quelle in espansione;
- c) ai criteri per la determinazione dell'entità delle agevolazioni;
- d) alle condizioni per l'erogazione del finanziamento.

8. *abrogato.*

#### *Art. 39*

##### *Accesso all'abitazione*

1. La Regione, nell'ambito delle disposizioni previste dalla legge regionale n. 24 del 2001 e nel rispetto delle linee prioritarie di azione di cui all'articolo 33, promuove condizioni di particolare favore per l'accesso da parte dei giovani alla locazione o alla proprietà degli alloggi. Individua nell'ambito del fondo di garanzia di cui all'articolo 11, comma 3 bis della legge regionale n. 24 del 2001 una quota di risorse destinate al pagamento delle rate dei mutui o dei canoni di locazione da parte di giovani che si trovano nelle condizioni previste dalla disposizione citata.

2. La Regione concede, altresì, contributi in conto capitale ai giovani per il recupero, l'acquisto o la costruzione della propria abitazione principale, ai sensi dell'articolo 13 della legge regionale n. 24 del 2001.

3. La Regione sostiene progetti, attività e iniziative che valorizzino forme di vicinato solidale per l'instaurarsi di relazioni tra giovani e comunità locale in una prospettiva di solidarietà, attenzione e cura dei rapporti tra persone e generazioni.

#### *Art. 40*

##### *Interventi di promozione culturale*

1. La Regione sostiene e valorizza la creatività giovanile e il pluralismo di espressione, e promuove la crescita, la consapevolezza critica, la conoscenza e la competenza dei giovani in ambito culturale.

2. La Regione promuove l'incremento della fruizione dell'offerta culturale da parte dei giovani, anche attraverso azioni specifiche finalizzate a facilitarne l'accesso ai beni e alle attività culturali presenti sul territorio regionale.

3. La Regione promuove iniziative di educazione alla comprensione e al rispetto del patrimonio storico, culturale, ambientale, anche attraverso campagne di sensibilizzazione e valorizza il ruolo propositivo dei giovani nella cura e nella salvaguardia del patrimonio culturale.

4. La Regione sostiene le produzioni culturali dei giovani nei diversi ambiti e discipline artistiche; assicura ad essi un ambiente culturale aperto all'innovazione nelle sue diverse espressioni; garantisce un contesto favorevole alla ricerca e allo sviluppo della progettualità, della creatività e della professionalità dei giovani, anche attraverso la messa a disposizione di strumenti per creare reti sociali, e favorisce l'incontro tra produzione artistico-creativa dei giovani e mercato.

5. Nei programmi di attuazione della legge regionale n. 13 del 1999, della legge regionale n. 37 del 1994 e della legge regionale 24 marzo 2000, n. 18 (Norme in materia di biblioteche, archivi storici, musei e beni culturali) la Regione individua le azioni finalizzate al sostegno della produzione e della fruizione culturale dei giovani e delle associazioni o organizzazioni che svolgono la loro attività in favore dei giovani o che sono costituite in prevalenza da giovani.

6. La Regione supporta e incentiva la creazione di reti di giovani artisti e ne favorisce gli scambi a livello regionale, nazionale e internazionale; sostiene e valorizza i progetti promossi a questo scopo dagli enti locali, e in collaborazione tra soggetti pubblici e privati e a livello territoriale; promuove la conoscenza sulla presenza e le attività dei giovani artisti sul territorio regionale, anche attraverso la realizzazione di archivi inerenti le diverse discipline.

7. La Regione contrasta le cause che possono indurre il divario digitale tra i giovani sia a livello tecnologico, sia culturale, anche promuovendo la conoscenza e l'uso critico delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione e favorendo la padronanza della multimedialità.

#### *Art. 41*

##### *Promozione della salute e di stili di vita sani*

1. La Regione:

- a) promuove l'informazione, da attuarsi anche tramite l'utilizzo delle tecnologie digitali, finalizzata all'adozione

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

di stili di vita sani, alla comprensione ed alla consapevolezza sui consumi ed i messaggi mediatici che li incentivano, favorendo il coinvolgimento diretto dei giovani;

b) sostiene progetti ed interventi finalizzati a responsabilizzare i giovani sui propri comportamenti e sui rischi possibili con un approccio globale ai fattori di rischio ed un'attenzione particolare alla sessualità, all'alimentazione ed al consumo di sostanze psicoattive, anche legato alle attività sportive;

c) promuove, in accordo con l'amministrazione scolastica, la programmazione d'interventi di promozione alla salute nelle scuole secondarie superiori, anche con specifiche attività di consulenza ed ascolto;

d) favorisce il coinvolgimento di giovani di pari età nel ruolo di supporto allo sviluppo di competenze orientate a scelte e comportamenti responsabili nei propri coetanei e di promozione della partecipazione attiva;

e) riconosce i servizi di prossimità, ed in particolare gli interventi di strada, quali strumenti facenti parte della rete dei servizi territoriali, idonei a contattare i giovani direttamente nei luoghi di vita e di aggregazione, a riconoscere le possibili situazioni di rischio, a fornire informazioni e consulenza, ad attivare le risorse formali ed informali della comunità locale, a garantire supporto ed accompagnamento verso le opportunità ed i servizi del territorio;

f) promuove lo sport come diritto di cittadinanza e riconosce la funzione della pratica delle attività motorie, sportive e ricreative come strumento di formazione dei giovani, di sviluppo delle relazioni sociali, di tutela della salute e di miglioramento degli stili di vita;

g) sostiene, con modalità stabilite dalla Giunta regionale, gli enti di promozione sportiva e le associazioni sportive e ricreative che svolgono la loro attività in favore dei giovani o che sono costituite in prevalenza da giovani;

h) promuove la salute dei giovani, tramite i servizi e gli interventi sanitari e socio-sanitari, garantendo la personalizzazione e la progettazione partecipata degli interventi;

i) sostiene la sperimentazione di équipe multiprofessionali e di forme di sostegno stabile alla continuità scolastica ed all'integrazione sociale e lavorativa dei giovani disabili al compimento della maggiore età;

j) promuove l'attivazione di servizi socio-sanitari per i giovani, a cui concorrono professionisti con diverse competenze, provenienti da servizi pubblici e del terzo settore, incentiva l'utilizzo delle tecnologie digitali e delle diverse connettività per favorire l'accesso dei giovani ai servizi e nuovi modelli di consulenza e di presa in carico, sostiene la qualificazione e l'aggiornamento professionale degli operatori finalizzata a rafforzare le competenze specifiche indispensabili nella relazione con i giovani;

k) incentiva l'organizzazione di servizi e spazi dedicati per i giovani fino ai ventuno anni d'età ed a tutti gli studenti nell'ambito della promozione della salute sessuale e riproduttiva dei giovani;

l) favorisce interventi di sostegno per le giovani famiglie con bambini e le giovani madri sole, anche tramite i centri per le famiglie di cui all'articolo 16;

m) riconosce i luoghi del divertimento, anche notturni, come spazi importanti per i giovani, nei quali favorire la contaminazione tra le offerte culturali, ricreative e artistiche e promuovere la sicurezza e la salute, con particolare attenzione ai rischi legati al consumo di sostanze ed agli incidenti stradali. La Regione e gli enti locali promuovono la qualità dell'offerta di divertimento ed un divertimento più sicuro e sano. La definizione di strategie d'intervento comuni tra Regione, enti locali, Forze dell'ordine, AUSL, terzo settore, professionisti dei servizi territoriali e di emergenza o urgenza, organizzatori e gestori delle attività e giovani fruitori e la sperimentazione d'interventi innovativi si fondano sulla condivisione di valori e principi tra tutti i soggetti coinvolti nell'offerta di divertimento, sull'ascolto ed il supporto dei giovani fruitori, sul monitoraggio e l'analisi costante delle nuove tendenze e delle situazioni locali.

#### Art. 42

##### *Mobilità e cittadinanza europea*

(sostituito articolo da art. 57 L.R. 15 luglio 2016, n. 11)

1. *La Regione, in raccordo con le agenzie nazionali preposte, promuove e supporta le attività legate alla mobilità giovanile transnazionale nei settori dell'istruzione, della formazione e della cittadinanza attiva, in coerenza con i programmi europei che le sostengono.*
2. *La Regione ed i Comuni, in forma singola o associata, promuovono e supportano scambi giovanili, attività di volontariato, progetti d'iniziativa giovanile, seminari e corsi transnazionali ideati, pianificati e realizzati direttamente dai giovani, dai loro gruppi, anche informali, e dalle loro associazioni.*
3. *La Regione sostiene le esperienze di servizio civile all'estero in paesi in via di sviluppo o in zone di pacificazione, quale occasione privilegiata per sperimentare da parte dei giovani i valori costituzionali di solidarietà, di difesa civile non armata e nonviolenta e di costruzione del bene comune, in coerenza con le finalità della legge regionale n. 20 del 2003.*
4. *La Regione ed i Comuni, in forma singola o associata, promuovono la formazione permanente e continua degli animatori socio-culturali di attività giovanili transnazionali, favorendo, inoltre, la partecipazione degli animatori alle attività di formazione.*
5. *La Regione, d'intesa con le agenzie nazionali preposte, favorisce il riconoscimento delle competenze e delle abilità acquisite in ambito non formale attraverso le attività di mobilità giovanile transnazionale.*
6. *La Regione, d'intesa con i Comuni, in forma singola o associata, promuove e supporta le iniziative e le attività del dialogo europeo strutturato con i giovani, promosso dalla normativa europea in materia.*

#### Art. 43

*Sostegno alle diverse forme di aggregazione giovanile per l'esercizio di attività dedicate ai giovani*

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

1. Ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 9 dicembre 2002, n. 34 (Norme per la valorizzazione delle associazioni di promozione sociale. Abrogazione della legge regionale 7 marzo 1995, n. 10 <Norme per la promozione e la valorizzazione dell'associazionismo>), la Regione valorizza e sostiene le associazioni di promozione sociale che svolgono la loro attività in favore dei giovani. La Regione sostiene, altresì, i gruppi giovanili, anche non formalmente costituiti in associazione, che dimostrino capacità di realizzare attività, fornire servizi, esprimere o rappresentare le esigenze del mondo giovanile.
2. Ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale n. 12 del 2005, la Regione valorizza i soggetti di cui al comma 1 e le associazioni di volontariato che svolgano la loro attività in favore dei giovani.
3. Ai sensi di quanto previsto dalla legge n. 206 del 2003, la Regione riconosce e incentiva la funzione educativa e sociale svolta, mediante le attività di oratorio o attività similari, dalle parrocchie e dagli enti ecclesiastici della Chiesa cattolica, nonché dalle altre confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato un'intesa ai sensi dell'articolo 8, terzo comma, della Costituzione.
4. La Regione valorizza le associazioni che si avvalgano di prestazioni di lavoro autonomo o dipendente, se perseguono l'obiettivo di favorire l'acquisizione da parte dei giovani di condizioni lavorative continuative e stabili. La Giunta regionale definisce, ai sensi dell'articolo 10, comma 4 della legge regionale n. 17 del 2005, specifici criteri per la concessione, sospensione e revoca degli incentivi.

*Art. 44*

*Spazi di aggregazione giovanile*

1. La Regione promuove gli spazi di libero incontro tra giovani, anche attraverso la realizzazione di eventi e proposte che favoriscano l'incontro spontaneo, tenendo conto della specificità socio-culturale e della marginalità sociale dei luoghi, con particolare riguardo ai piccoli centri e alle zone montane.
2. Gli spazi di aggregazione si caratterizzino come luoghi polifunzionali d'incontro, d'intrattenimento, di acquisizione di competenze attraverso processi non formali di apprendimento, di cittadinanza attiva, di sperimentazione e realizzazione di attività sul piano educativo, ludico, artistico, culturale, sportivo, ricreativo e multiculturale, attuate senza fini di lucro, con caratteristiche di continuità e libertà di partecipazione, senza discriminazione alcuna.
3. Ai fini di quanto stabilito al comma 1, la Regione promuove e sostiene:
  - a) lo sviluppo e la qualificazione degli spazi attraverso interventi di ristrutturazione dei luoghi adibiti alle attività; di adeguamento e miglioramento delle strutture sul piano della funzionalità logistica e organizzativa; dell'acquisizione di dotazioni strumentali e tecnologiche;
  - b) le attività realizzate negli spazi di aggregazione giovanile collocati sul territorio regionale gestiti da soggetti pubblici e del privato sociale, che prevedano tra le loro finalità iniziative prevalentemente rivolte ai giovani e una partecipazione attiva dei giovani, con particolare attenzione ai progetti da essi elaborati, al fine di valorizzarne le competenze e il protagonismo;
  - c) i progetti integrati a livello territoriale, finalizzati alla costruzione di reti e di relazioni sistematiche tra gli spazi di aggregazione sul piano informativo, del monitoraggio degli interventi e della comunicazione;
  - d) i progetti volti a promuovere la qualificazione e la professionalità degli operatori degli spazi giovani e forme significative di collaborazioni tra essi.
4. Nell'ambito del programma di riqualificazione urbana di cui all'articolo 4 della legge regionale 3 luglio 1998, n. 19 (Norme in materia di riqualificazione urbana), l'amministrazione comunale individua interventi di ristrutturazione edilizia, recupero, realizzazione o ampliamento di fabbricati, nonché interventi di altra natura, destinati alla creazione di spazi di aggregazione per i giovani. Il bando di cui all'articolo 8, comma 1, della legge regionale n. 19 del 1998 ricomprende gli interventi indicati nel presente comma.
5. I finanziamenti di cui al comma 4 possono essere assegnati anche dall'accordo di approvazione dei programmi speciali d'area, di cui alla legge regionale 19 agosto 1996, n. 30 (Norme in materia di programmi speciali d'area), che ricomprendano tra le loro previsioni interventi di riqualificazione urbana destinati a realizzare spazi di aggregazione per i giovani e che valorizzino la progettazione partecipata.

*Art. 45*

*Sostegno per il coinvolgimento dei giovani nei processi decisionali attraverso pratiche di e-democracy*

1. La Regione supporta gli enti locali nella predisposizione di azioni a favore del coinvolgimento dei giovani nei processi decisionali maggiormente riguardanti la loro vita, mettendo a disposizione strumenti e metodologie che permettono il coinvolgimento tramite forum, dibattiti on line e predisposizione di pareri in via elettronica.
2. La Regione si impegna ad attivare pratiche di e-democracy anche nella redazione di progetti di legge regionali con attinenza al mondo giovanile.

**PARTE IV  
NORME FINANZIARIE E FINALI**

*Art. 46<sup>(1)</sup>*

*Clausola valutativa*

1. L'Assemblea legislativa esercita il controllo sull'attuazione della presente legge e ne valuta i risultati

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

ottenuti. A tal fine, con cadenza triennale, la Giunta, avvalendosi anche dell'osservatorio regionale per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani di cui all'articolo 7, del gruppo tecnico per l'integrazione intersettoriale di cui all'articolo 22, comma 5 e di altri organismi di coordinamento indicati all'articolo 6, comma 1, lettera d), presenta alle commissioni assembleari competenti una relazione che fornisce informazioni sui seguenti aspetti:

a) le azioni poste in essere per realizzare continuità di programmazione rivolta alle esigenze di bambini, adolescenti e giovani e il miglioramento dell'integrazione delle politiche e dei programmi regionali nei diversi settori d'intervento, evidenziando eventuali criticità emerse;

b) l'ammontare delle risorse, la loro ripartizione per il finanziamento delle iniziative e degli interventi previsti dalla legge nonché le modalità di selezione dei progetti finanziati dalla Regione, presentati da soggetti privati o enti locali;

c) il quadro delle iniziative e degli interventi in favore di bambini, adolescenti e giovani attuati con la presente legge, con particolare attenzione ad eventuali nuovi strumenti e ai risultati ottenuti.

2. Le commissioni assembleari competenti, in ordine alle attività di controllo previste dal presente articolo, possono procedere ad audizioni degli organi consultivi e di altri osservatori qualificati impegnati nell'attuazione della presente legge, nonché prevedere forme di valutazione partecipata coinvolgendo i soggetti attuatori e i giovani riguardo l'efficacia degli interventi realizzati.

3. Le competenti strutture dell'Assemblea e della Giunta si raccordano per la migliore realizzazione del monitoraggio di cui al presente articolo.

4. Per lo svolgimento delle attività previste dal presente articolo sono stanziare adeguate risorse finanziarie.

#### *Art. 47*

##### *Attuazione degli interventi*

1. L'attuazione degli interventi previsti dalla presente legge rientra nell'ambito delle tipologie di finanziamento e delle risorse rinvenibili anche nelle leggi settoriali vigenti, nonché ne utilizza, ove compatibili, le medesime procedure di spesa.

2. La realizzazione e la gestione degli interventi spettano alle singole direzioni generali competenti per materia.

3. Per il finanziamento degli interventi di cui alla presente legge devono sussistere i requisiti previsti dalla normativa contabile vigente per l'iscrizione in bilancio delle risorse.

4. Per l'attuazione di quanto previsto agli articoli 10, 11, 12, 13 e 14, la Regione concede contributi agli enti locali e loro forme associative e a soggetti pubblici e privati per:

a) attività educative, culturali, sportive, di socializzazione e di aggregazione;

b) l'acquisto, la ristrutturazione e l'adeguamento di strutture finalizzate al tempo libero e alle attività educative e culturali per i bambini e gli adolescenti.

5. Per l'attuazione di quanto disposto all'articolo 35, la Regione concede contributi agli enti locali e loro forme associative e a soggetti pubblici e privati per le attività e la qualificazione degli Informagiovani e per la ristrutturazione, l'adeguamento e miglioramento di strutture e per l'acquisizione di dotazioni strumentali e tecnologiche finalizzate ai servizi degli Informagiovani.

6. Per l'attuazione di quanto previsto all'articolo 43, la Regione concede contributi agli enti locali e loro forme associate e ai soggetti pubblici e privati per progetti con finalità educative, culturali, sportive, di socializzazione e di aggregazione.

7. Per l'attuazione di quanto previsto agli articoli 40 e 44, la Regione concede contributi agli enti locali e loro forme associative e a soggetti pubblici e privati volti a sostenere la creatività e le produzioni culturali dei giovani e per la realizzazione di interventi finalizzati allo sviluppo e alla qualificazione delle attività degli spazi di aggregazione giovanile collocati sul territorio regionale, nonché per interventi edilizi, l'acquisto di immobili, attrezzature e arredi destinati agli spazi di aggregazione giovanile.

8. Per l'attuazione di quanto disposto dall'articolo 38, commi 5, 6 e 7, la Regione provvede secondo quanto disposto dagli articoli 53 e 54, comma 4, lettera a), della legge regionale n. 3 del 1999.

9. Per l'attuazione di quanto previsto ai commi 4, 5, 6 e 7 la Giunta regionale con proprio atto definisce, previo parere della Commissione assembleare competente, i criteri, le priorità e le modalità di accesso ai contributi.

#### *Art. 48*

##### *Norme transitorie*

1. Ai procedimenti in corso alla data di entrata in vigore della presente legge continua ad applicarsi, fino alla loro conclusione, la normativa previgente alle modifiche o abrogazioni di cui agli articoli 49 e 50.

#### *Art. 49*

##### *Modifiche e abrogazioni di norme*

1. Gli articoli 11 e 12 della legge regionale 14 agosto 1989, n. 27 (Norme concernenti la realizzazione di politiche di sostegno alle scelte di procreazione ed agli impegni di cura verso i figli) sono abrogati.

2. I commi 2 e 3 dell'articolo 20 della legge regionale n. 20 del 2003 sono sostituiti dai seguenti:

"2. La Giunta regionale, con proprio atto, stabilisce le funzioni, la composizione, le modalità di designazione dei componenti, la durata e il funzionamento della Consulta.

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale



3. La Consulta è nominata con atto del Presidente della Giunta Regionale ed è presieduta dall'assessore competente in materia di servizio civile."

3. I commi 4 e 5 dell'articolo 20 della legge regionale n. 20 del 2003 sono abrogati.

4. L'articolo 3 della legge regionale n. 10 del 2004 è sostituito dal seguente:

*"Art. 3*

*Quota associativa, programmi e contributi*

1. La Regione provvede all'erogazione della quota associativa annuale.

2. CAMINA presenta alla Giunta regionale programmi di attività nei settori di cui all'articolo 1, comma 2. La Giunta approva i programmi, concede i relativi contributi, stabilendone le modalità di erogazione. A tal fine la Giunta individua i capitoli ordinari di spesa per garantire la copertura finanziaria della quota associativa annuale, nonché dei contributi per la realizzazione delle attività programmate, con riferimento alle leggi di spesa settoriali vigenti.

3. CAMINA è tenuta a presentare alla Giunta regionale i programmi di cui al comma 2, corredati dei relativi piani finanziari, nonché una relazione annuale che attesti la realizzazione delle attività e delle iniziative programmate. La Giunta trasmette la relazione alle competenti commissioni dell'Assemblea legislativa regionale. L'assessore all'infanzia e all'adolescenza informa le competenti commissioni dell'assemblea legislativa delle attività svolte da CAMINA."

5. L'articolo 4 della legge regionale n. 10 del 2004 è abrogato.

*Art. 50*

*Abrogazioni di leggi*

1. Sono abrogate le seguenti leggi:

- a) legge regionale 28 dicembre 1999, n. 40 (Promozione delle città dei bambini e delle bambine);
- b) legge regionale 25 giugno 1996, n. 21 (Promozione e coordinamento delle politiche rivolte ai giovani);
- c) legge regionale 25 ottobre 1997, n. 34 (Delega ai comuni delle funzioni di controllo e vigilanza sui soggiorni di vacanza per minori);
- d) legge regionale 8 agosto 2001, n. 23 (Norme per la tutela e la regolamentazione dei campeggi didattico-educativi nel territorio della Regione Emilia-Romagna).

*Art. 51*

*Fondo per le giovani generazioni*

1. La Regione, per concorrere al raggiungimento degli obiettivi e delle finalità della presente legge, istituisce un fondo denominato Fondo per le giovani generazioni.

2. Alla determinazione dell'entità del Fondo per le giovani generazioni concorrono:

- a) le somme provenienti dallo Stato;
- b) le ulteriori risorse integrative regionali da determinarsi con leggi di bilancio anche in riferimento a quanto previsto dall'articolo 47, comma 1;
- c) le eventuali altre risorse statali vincolate;
- d) le risorse derivanti da organismi dell'Unione europea per iniziative ed interventi in materia di giovani generazioni.

*Art. 52*

*Norma finanziaria*

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, si fa fronte con i fondi annualmente stanziati nelle unità previsionali di base e relativi capitoli del bilancio regionale, con riferimento alle leggi di spesa settoriali vigenti, apportando le eventuali modificazioni che si rendessero necessarie o mediante l'istituzione di apposite unità previsionali di base e relativi capitoli, che verranno dotati della necessaria disponibilità ai sensi di quanto disposto dall'articolo 37 della legge regionale 15 novembre 2001, n. 40 (Ordinamento contabile della Regione Emilia-Romagna, abrogazione delle L.R. 6 luglio 1977, n. 31 e 27 marzo 1972, n. 4).

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione delle iniziative di cui all'articolo 47, commi 4, 5, 6 e 7, si fa fronte mediante l'istituzione di apposite unità previsionali di base e relativi capitoli, che verranno dotati della necessaria disponibilità ai sensi di quanto disposto dall'articolo 37 della legge regionale n. 40 del 2001.

---

**Note**

1. Ordine del giorno dell'Assemblea legislativa approvato a maggioranza il 22 luglio 2008:" ...omissis...Impegna la Giunta a predisporre in accordo con l'Assemblea legislativa strumenti di valutazione che consentano il monitoraggio sulla trasversalità e sull'integrazione delle politiche individuate dal progetto di legge e finalizzate alla crescita armoniosa delle capacità e delle qualità dei bambini, degli adolescenti e dei giovani che vivono sul territorio regionale;...omissis.."

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale



[Home](#) > [Sedute del Consiglio](#) > [Sedute precedenti](#) > [30/01/2007](#) > [Deliberazioni adottate](#) > 58/5

## CONSIGLIO REGIONALE DELL'ABRUZZO

### VIII LEGISLATURA

vvvvvvv

SEDUTA DEL 30.01.2007

**Presidenza del Presidente: ROSELLI**

**Consigliere Segretario: ACETO**

	ASS.		ASS.		ASS.		ASS.
ACETO		DEL TURCO		EVANGELISTA		PAGANO	
AMICONE		DE MATTEIS		FRACASSI BOZZI	X	PISEGNA ORLANDO	
BOSCHETTI		DI BARTOLOMEO		GINOBLE		ROSELLI	
BOSCO	X	DI MATTEO		LA MORGIA		SANTRONI	
CAPORALE		DI PAOLO A.		MACERA		STATI	
CARAMANICO		DI PAOLO B.		MASCITELLI		TAGLIENTE	
CASTIGLIONE		DI STANISLAO	X	MELILLA		TANCREDI	
CESARONE		DI STEFANO		MISTICONI		TEODORO	
D'ALESSANDRO		DOMENICI		ORLANDO		VERINI	
D'AMICO		D'ORAZIO		PACE		VERTICELLI	

### VERBALE N. 58/5

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

#### IL CONSIGLIO REGIONALE

UDITA la relazione della 5<sup>a</sup> Commissione consiliare svolta dal consigliere Orlando, in sostituzione del relatore perché assente, che, allegata al presente atto, ne costituisce parte integrante;

VISTA la deliberazione di G.R. n. 725/C del 26 giugno 2006 avente per oggetto: "Approvazione linee guida regionali in materia di maltrattamento e abuso in danno dei minori";

VISTE:

- la Convenzione sui Diritti del Fanciullo, di New York del 20 novembre 1989;
- la Legge 27 maggio 1991, n. 176 "Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo";
- la Legge 15 febbraio 1996, n. 66 "Norme contro la violenza sessuale", e successive modifiche, integrazioni ed aggiornamenti;
- la Legge 28 agosto 1997, n. 285 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza";
- la Legge 3 agosto 1998, n. 269 "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù";
- la Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- la Legge 28 marzo 2001, n. 149 "Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori", nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile";
- la Legge 5 Aprile 2001, n. 154 "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari";
- il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

VISTO, in particolare, l'art. 8 della Legge n. 328 del 8 novembre 2000, che attribuisce alle Regioni le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali, nonché la verifica della rispettiva attuazione a

livello territoriale e la disciplina dell'integrazione degli interventi stessi, con particolare riferimento all'attività sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria;

CONSIDERATO che la Regione Abruzzo, all'interno delle iniziative in favore dell'infanzia e dell'adolescenza considera prioritaria la promozione di adeguate strategie di tutela dei minori e di prevenzione e contrasto all'abuso ed al maltrattamento, con un'impostazione di fondo che assume un approccio di tipo integrato e partecipato;

RILEVATO che, in esecuzione della deliberazione della G.R. n. 492 del 2.7.2004, con determinazione direttoriale n. 43/DM del 25.8.2004, la Giunta regionale ha conferito al C.I.S.M.A.I di Milano - Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia - l'incarico di studio relativo alla elaborazione di una proposta di "Linee guida regionali in materia di maltrattamento ed abuso dei minori";

ACCERTATO che la G.R. con deliberazione n. 725/C del 26 giugno 2006 ha dato atto che il CISMAL:

- ha sviluppato, con la collaborazione del competente Servizio della Direzione regionale "Qualità della Vita" della Giunta regionale, un confronto ed un lavoro comune con la Direzione "Sanità" della Giunta regionale, i competenti servizi territoriali, sociali e sanitari, pubblici e privati, la Magistratura ordinaria e minorile abruzzese, le competenti Istituzioni ed Organizzazioni, al fine di pervenire ad un condiviso atto di indirizzo e programmazione in materia di maltrattamento e abuso nei confronti dei minori;
- ha consegnato, ad ultimazione dell'incarico affidato e regolarmente espletato, una proposta di "Linee guida regionali in materia di maltrattamento ed abuso dei minori", per la quale l'Assessore regionale alla Sanità ha espresso parere favorevole con nota n. 141/Segr. del 7.3.2006;

RILEVATO che la G.R. con deliberazione n. 725/C del 26 giugno 2006 ha preso atto che, l'Assessore regionale alle Politiche Sociali e Cultura, con nota n. 704/Segr del 11.5.2006 ha trasmesso all'Assessore regionale alla Sanità, previa integrazione della proposta precedentemente formulata, la versione definitiva del documento di "Linee guida regionali in materia di maltrattamento e abuso in danno dei minori";

CONSIDERATO, altresì, che l'Assessore regionale alla Sanità, con nota prot. n. 405/Segr del 31.5.2006, acquisita dall'Assessorato alle Politiche Sociali in data 7.6.2006, ha espresso parere favorevole alla nuova stesura del documento di "Linee guida regionali in materia di maltrattamento e abuso in danno dei minori";

ACCERTATO che la G.R. con deliberazione n. 725/C del 26 giugno 2006 ha preso atto che i Comuni capoluogo hanno manifestato la loro disponibilità ad istituire i Nuclei Tutela Minori previsti nel citato documento di linee guida regionali;

RITENUTO, in coerenza con quanto innanzi, di emanare un atto di indirizzo e programmazione in materia di maltrattamento e abuso nei confronti dei minori, anche al fine di favorire un diffuso ed omogeneo intervento a livello territoriale;

CONSIDERATO che il documento di Linee guida regionali, allegato alla deliberazione di Giunta regionale n. 725/C del 26 giugno 2006, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, rappresenta la prima fase di un percorso di attuazione e sperimentazione delle stesse;

RITENUTO di approvare il documento di "Linee guida regionali in materia di maltrattamento e abuso in danno dei minori", allegato alla deliberazione di Giunta regionale n. 725/C del 26 giugno 2006, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;

DATO ATTO che il Direttore dell'Area "Qualità della vita, beni ed attività culturali, promozione sociale" ha espresso parere favorevole in ordine alla deliberazione della G.R. n. 725/C del 26 giugno 2006, ai sensi dell'art. 23, comma 1, lett. a) della L.R. 14.9.1999, n. 77;

UDITI gli interventi dei consiglieri Di Stefano, Cesarone, Di Matteo, Tagliente, Castiglione e del componente la Giunta regionale Mura;

A maggioranza Statutaria espressa con voto palese

DELIBERA

per i motivi esposti in narrativa:

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

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

PP/rd

Consiglio regionale dell'Abruzzo  Via Michele Iacobucci n.4  
67100 L'Aquila. Tel. 0862/6441



**CISMAI**  
Coordinamento Italiano dei Servizi  
contro il Maltrattamento e l'Abuso  
all'Infanzia



**Regione Abruzzo**  
Assessorato alle Politiche Sociali

**LINEE GUIDA REGIONALI IN MATERIA  
DI MALTRATTAMENTO  
ED ABUSO IN DANNO DEI MINORI**



**CISMAI**  
Coordinamento Italiano dei Servizi  
contro il Maltrattamento e l'Abuso  
all'Infanzia



**Regione Abruzzo**  
Assessorato alle Politiche Sociali

## INDICE DELLE LINEE GUIDA

### **Premessa**

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

1.1. *Definizione alla luce del Rapporto OMS*

1.2. *Tipologie e caratteristiche del maltrattamento*

- Patologia delle cure
- Maltrattamento fisico
- Maltrattamento psicologico
- Violenza assistita
- Abuso sessuale

#### **LG.2. Le fasi dell'intervento**

2.1. *Prevenzione*

2.2. *Rilevazione*

2.3. *Segnalazione all'Autorità Giudiziaria Minorile e denuncia*

2.4. *Protezione*

2.5. *Valutazione e trattamento*

#### **LG.3. Il modello organizzativo: servizi e soggetti coinvolti**

3.1. *Il Servizio Sociale Territoriale*

3.2. *I Servizi Sanitari territoriali ed ospedalieri*

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

3.4. *I servizi residenziali di accoglienza e dell'educativa domiciliare*

3.5. *Il Tribunale per i Minorenni*

3.6. *La Magistratura Penale*

3.7. *L'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni*

3.8. *I Nuclei Tutela Minori*

3.9. *Strutture trattamento minori abusati*

#### **LG. 4. Sistema integrato di cura, tutela giudiziaria e procedimento penale**

4.1. *Le funzioni di tutela*

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

4.3. *Rete di protezione e privacy*

4.4. *La tutela degli operatori*

#### **LG. 5. Strategie di prevenzione e contrasto**

5.1. *Coordinamento regionale*

5.2. *Monitoraggio*

5.3. *La formazione e l'informazione*

### **Premessa**

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

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

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

- tra le componenti sociali e quelle sanitarie dei processi d'intervento;
- tra le esigenze di tutela e quelle di cura nei confronti del minore e della sua famiglia;



**CISMAI**  
**Coordinamento Italiano dei Servizi**  
**contro il Maltrattamento e l'Abuso**  
**all'Infanzia**



**Regione Abruzzo**  
**Assessorato alle Politiche Sociali**

- tra le istanze giudiziarie e quelle relative alla presa in carico psicosociale;
- tra l'azione di soggetti pubblici e quella delle agenzie del Terzo settore.

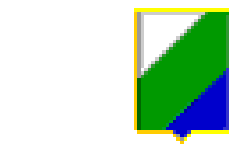
Gli obiettivi che si intendono perseguire sono:

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

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



**CISMAI**  
 Coordinamento Italiano dei Servizi  
 contro il Maltrattamento e l'Abuso  
 all'Infanzia



**Regione Abruzzo**  
 Assessorato alle Politiche Sociali

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

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

Per abuso all'infanzia e maltrattamento devono intendersi "tutte le forme di cattiva salute fisica ed emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità, nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia e potere" (*WHO, World Report on Violence and Health, 2002*).

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

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

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

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

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

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

#### **Patologia delle cure**

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

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

- l'incuria vera e propria (i bambini trascurati) si realizza quando le cure sono insufficienti (cibo, igiene, cure mediche) e si manifesta con ripercussioni sullo stato di salute, con segni fisici e comportamentali;
- la discuria si realizza quando le cure vengono fornite ma in modo distorto, non appropriato al momento evolutivo e ciò può condurre ad anacronismo delle cure, imposizione di ritmi di acquisizione precoci, aspettative irrazionali, iperprotettività;
- l'ipercura si realizza quando le cure dello stato fisico sono caratterizzate da una persistente e eccessiva medicalizzazione.

#### **Maltrattamento fisico**

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

#### **Maltrattamento psicologico**

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

#### **Violenza assistita**

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

#### **Abuso sessuale**

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





**CISMAI**  
**Coordinamento Italiano dei Servizi**  
**contro il Maltrattamento e l'Abuso**  
**all'Infanzia**



**Regione Abruzzo**  
**Assessorato alle Politiche Sociali**

## L.G. 2 – Le fasi dell'intervento

Una coerente progettualità nell'individuazione e presa in carico delle situazioni di maltrattamento all'infanzia non può che implementarsi in un'attiva e diffusa politica di "riduzione del rischio" mirata ad impedire la cronicizzazione del disagio incrementando con interventi specifici di "empowerment" le buone competenze genitoriali in particolare nelle fasce più deboli della popolazione.

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

### **2.1. Prevenzione**

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

### **2.2. Rilevazione**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**CISMAI**  
**Coordinamento Italiano dei Servizi**  
**contro il Maltrattamento e l'Abuso**  
**all'Infanzia**



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

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

Quando i segnali osservati nella fase di rilevazione concorrono a far emergere una situazione di pregiudizio per il bambino, connesso alle condotte genitoriali, e non è stato possibile o non ha dato esito l'intervento dei servizi in contesto di "consensualità", è necessario coinvolgere la Magistratura minorile tramite la "segnalazione" della situazione. Tale azione si configura come prima azione protettiva nei confronti del minore e nello stesso tempo consente di instaurare un diverso contesto per l'intervento: la valutazione e la cura saranno infatti realizzati in una condizione di sicurezza fisica e mentale per il minore e la prescrizione dell'autorità giudiziaria potrà permettere di affrontare le negazioni di responsabilità che caratterizzano il funzionamento del genitore pregiudizievole, maltrattante o abusante.

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

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

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

Il dovere, da parte dei Servizi sociali, di segnalare alla Procura presso il Tribunale per i minorenni ogni situazione di pregiudizio del minore (non affrontabile attraverso liberi e accettati interventi da parte della famiglia) origina dall' art. 13 del R.D. 2316/1934 (T.U. delle leggi O.N.M.I.), dall'art. 23, lett. c. del D.P.R. 616/1977, che disciplina la collaborazione tra Servizi e Giustizia minorile a tutela del minore, dall'art. 19 della L. 176/1991 (Convenzione ONU) e, per quanto attiene a situazioni che impongano un collocamento extra-familiare del minore, dall'art.1, comma 2 della L. 216/1991, che impegna alla segnalazione anche le istituzioni scolastiche.

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

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

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

La denuncia è l'atto attraverso il quale si informa l'Autorità Giudiziaria penale di fatti che, se veri, costituiscono reato e non implica la certezza che il reato sia avvenuto essendo sufficiente un contesto indiziario che vada oltre il mero sospetto soggettivo. La denuncia può anche essere inoltrata quando le notizie che pervengono all'incaricato di pubblico servizio non sono dirette ma "de relato" cioè apprese da altra persona. La denuncia ha la funzione di attivare un procedimento giudiziario finalizzato a stabilire la sussistenza di un reato accertandone le responsabilità individuali (vedi traccia di segnalazione in appendice).



**CISMAI**  
**Coordinamento Italiano dei Servizi**  
**contro il Maltrattamento e l'Abuso**  
**all'Infanzia**



**Regione Abruzzo**  
**Assessorato alle Politiche Sociali**

## 2.4. Protezione

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

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

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

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

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

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

In tal senso particolare cura deve essere data alla:

- scelta della risorsa più idonea in cui collocare il bambino allontanato (famiglia affidataria, strutture di accoglienza, ecc) in relazione all’età, alla tipologia del trauma subito, ai bisogni di approfondimento diagnostico sul minore e sulla famiglia;
- modalità con cui gestire gli incontri tra minore e familiare eventualmente concessi dall’Autorità giudiziaria con mandato di vigilanza e osservazione;
- definizione immediata delle modalità di funzionamento e coordinamento della rete interprofessionale degli operatori che seguirà la situazione.

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

Nell’ambito del percorso civile di tutela il minore dovrà esser protetto ed ascoltato al fine dell’assunzione di decisioni che lo riguardano (L. 77/2003 – Ratifica ed esecuzione della Convenzione europea dei diritti del fanciullo, fatta a Strasburgo il 25.1.1996).

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

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



**CISMAI**  
**Coordinamento Italiano dei Servizi**  
**contro il Maltrattamento e l'Abuso**  
**all'Infanzia**



**Regione Abruzzo**  
**Assessorato alle Politiche Sociali**

## 2.5. Valutazione e trattamento

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

- l'entità del danno fisico e/o psicologico, prodotto dalla situazione traumatica sul minore;
- i fattori individuali e relazionali che hanno determinato l'insorgere delle condotte pregiudizievoli;
- le possibilità di cambiamento presenti nelle modalità di funzionamento genitoriale.

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

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

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

I protocolli definiscono:

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

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

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

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

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

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

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

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



**CISMAI**  
Coordinamento Italiano dei Servizi  
contro il Maltrattamento e l'Abuso  
all'Infanzia



**Regione Abruzzo**  
Assessorato alle Politiche Sociali

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

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

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

- la fase di rilevazione investe la comunità adulta in quanto tale, ma particolare rilievo e responsabilità sono assunte da quanti hanno una funzione diffusa di tutela poiché quotidianamente sono in contatto con il mondo dell'infanzia (le scuole, i servizi sociali, i servizi sanitari di base);
- le fasi di protezione, valutazione diagnostica e prognostica ed il trattamento investono in modo specifico professionisti dei servizi pubblici e del privato-sociale in possesso di qualificate competenze dal punto di vista sociale, psicologico e sanitario .

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

Si prospetta così un modello organizzativo in cui:

- si consolida la competenza della rete dei servizi sociali e sanitari presenti in modo diffuso sul territorio nel predisporre le funzioni di rilevazione del mal-trattamento tramite un coinvolgimento attivo della rete istituzionale più direttamente vicine ai minori ( scuola, medici di base ed ospedalieri, terzo settore ecc...);
- si costituiscono in ciascuna provincia abruzzese i Nuclei Tutela Minori (NTM) con funzioni di consulenza agli operatori del territorio nelle situazioni di rilevazione maggiormente complesse, sostegno e supporto nella definizione delle misure di protezione necessarie e nella segnalazione e/o denuncia all'Autorità Giudiziaria, predisposizione e monitoraggio di progetti di presa in carico diagnostica e terapeutica dei minori traumatizzati e delle loro famiglie;
- si valorizza la funzione delle Strutture per il Trattamento dei Minori Abusati (STMA) che la Regione, sulla base di appositi standard, individuerà sul territorio regionale, come risorsa qualificata nella presa in carico integrata di situazione complesse di grave maltrattamento ed abuso sessuale. Tali strutture possono garantire, infatti, un intervento articolato e coordinato dal punto di vista clinico ed educativo;

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

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

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



**CISMAI**  
**Coordinamento Italiano dei Servizi**  
**contro il Maltrattamento e l'Abuso**  
**all'Infanzia**



**Regione Abruzzo**  
**Assessorato alle Politiche Sociali**

necessario prevedere una competenza a livello almeno di Ambito. Il Servizio sociale territoriale è responsabile della regia del caso e coordina gli interventi di protezione e trattamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





**CISMAI**  
Coordinamento Italiano dei Servizi  
contro il Maltrattamento e l'Abuso  
all'Infanzia



**Regione Abruzzo**  
Assessorato alle Politiche Sociali

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

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

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

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

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

### **3.8. I Nuclei Tutela Minori**

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

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

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

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

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

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

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

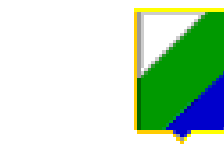
In relazione alle specifiche esigenze delle diverse realtà territoriali provinciali il protocollo d'intesa operativo individuerà gli operatori coinvolti per ogni Ente, l'orario che ciascuno dovrà dedicare, i tempi ed i modi di monitoraggio e verifica - con cadenza indicativamente annuale - per introdurre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

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

E' necessario che i professionisti impegnati nei NTM abbiano un elevato livello di specifica competenza e possano avvalersi di formazione permanente e supervisione periodica integrata di carattere interdisciplinare e interistituzionale per interventi in un contesto prescrittivo. In tal senso agli operatori è richiesta una specifica capacità di rapportarsi con la Magistratura affrontando i nodi critici relativi all'interazione tra l'intervento clinico ed i procedimenti giudiziari. Gli operatori oltre ad osservare con rigorosa consapevolezza le disposizioni giuridiche e



**CISMAI**  
**Coordinamento Italiano dei Servizi**  
**contro il Maltrattamento e l'Abuso**  
**all'Infanzia**



**Regione Abruzzo**  
**Assessorato alle Politiche Sociali**

deontologiche devono rendersi disponibili a portare il proprio contributo in ambito giudiziario acquisendo apposite conoscenze delle procedure e del linguaggio di tale ambito.

I NTM devono garantire una forte integrazione fra i professionisti attivi nelle varie fasi dell'intervento. L'integrazione deve avvenire sia sul piano dell'intervento sul caso, sia sul piano dell'interazione interistituzionale ed è necessario che vi sia una forte coesione nella condivisione dei presupposti e delle procedure di intervento.

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

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

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

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

- facilitare la comunicazione e l'incontro tra operatori e servizi e favorire la condivisione delle informazioni;
- coordinare l'elaborazione di un progetto di intervento, formalizzato prima nella segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni che definisce il contesto e poi rielaborato alla fine del lavoro diagnostico;
- curare la connessione tra i diversi interventi nella fase del trattamento, proponendo incontri periodici tra tutti i professionisti impegnati sul caso per il monitoraggio, la valutazione ed il ri orientamento del Progetto;
- relazionare al Tribunale per i minorenni sull'andamento del progetto accogliendo i pareri ed i problemi emersi durante la presa in carico.

Al fine di garantire interventi omogenei e coerenti su tutto il territorio regionale è necessario che si costruiscano strumenti condivisi per il monitoraggio e la valutazione che permettano di raccogliere, elaborare e confrontare dati sul fenomeno e sugli interventi sia all'interno di ciascun NTM che a livello regionale.

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

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

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

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





**CISMAI**  
**Coordinamento Italiano dei Servizi**  
**contro il Maltrattamento e l'Abuso**  
**all'Infanzia**



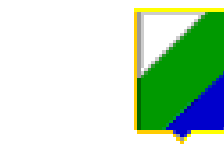
**Regione Abruzzo**  
**Assessorato alle Politiche Sociali**

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

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



**CISMAI**  
Coordinamento Italiano dei Servizi  
contro il Maltrattamento e l'Abuso  
all'Infanzia



**Regione Abruzzo**  
Assessorato alle Politiche Sociali

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

#### 4.1 – Le funzioni di tutela

La titolarità giuridica di tale intervento compete al settore dei servizi sociali, ma la presa in carico con finalità di valutazione clinica e trattamento (e quindi la connessa responsabilità professionale) coinvolge paritariamente il settore dei servizi sanitari (in particolare la Neuropsichiatria infantile ed i Consultori, ma anche i Servizi psichiatrici ed i Ser.T), con le necessarie conseguenze di una compartecipazione delle risorse sanitarie e la previsione di apposite poste di bilancio da parte delle Aziende Sanitarie Locali. La disciplina di riferimento è data, in particolare, dal D.P.C.M. 14.2.01 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) e dai puntuali riferimenti degli artt. 25 e 39 della L.176/1991 (Convenzione ONU) in tema di protezione e recupero del benessere psicologico del bambino.

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

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

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

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

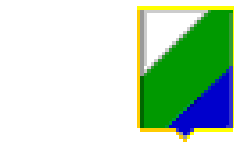
#### 4.2 – L'assistenza giuridica del minore abusato e maltrattato

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

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



**CISMAI**  
**Coordinamento Italiano dei Servizi**  
**contro il Maltrattamento e l'Abuso**  
**all'Infanzia**



**Regione Abruzzo**  
**Assessorato alle Politiche Sociali**

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

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

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

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

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

Il SST dovrà sollecitare e difendere, in ogni sede giudiziaria, il diritto costituzionale alla salute del bambino maltrattato e abusato (art. 32 Cost.), eccettuando la priorità del sostegno e del trattamento psicoterapeutico sulle esigenze di indagine. Al proposito dovrà essere rappresentata all'autorità giudiziaria, qualora sia indispensabile l'audizione del minore, l'esigenza di consultare il terapeuta in ordine alla compatibilità dell'audizione col percorso emotivo del bambino; ciò anche in riferimento al superiore interesse del minore, così come imposto dall'art.3, comma 1 della L.176/1991 (Convenzione ONU).

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

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

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

#### **4.3 Rete di protezione e privacy**

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



**CISMAI**  
**Coordinamento Italiano dei Servizi**  
**contro il Maltrattamento e l'Abuso**  
**all'Infanzia**



**Regione Abruzzo**  
**Assessorato alle Politiche Sociali**

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

Per quanto attiene al rapporto tra tutela della Privacy e tutela dei minori, si richiama il principio generale contenuto nel D.L.g.s. 30.06.03, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali, in base al quale la raccolta, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione di qualunque informazione relativa ad una persona, richiede il suo consenso informato. Tale principio è derogato e il trattamento è quindi libero, allorché sia necessario "per far valere un diritto in sede giudiziaria" ( art. 13 , commi 1 e 5, lett. b).

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

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

#### **4.4 – La tutela degli operatori**

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

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



**CISMAI**  
**Coordinamento Italiano dei Servizi**  
**contro il Maltrattamento e l'Abuso**  
**all'Infanzia**



**Regione Abruzzo**  
**Assessorato alle Politiche Sociali**

### L.G. 5 – Strategie di prevenzione e contrasto

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

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

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

Il *Coordinamento Regionale* è composto da :

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**CISMAI**  
**Coordinamento Italiano dei Servizi**  
**contro il Maltrattamento e l'Abuso**  
**all'Infanzia**



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

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

### 2. Formazione specialistica e permanente

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

## **TRACCIA PER LA SEGNALAZIONE NEI CASI DI SOSPETTO MALTRATTAMENTO E/O ABUSO SESSUALE**

### **Luogo,data**

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

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

#### **Segnalante**

Nome, Cognome, Servizio, Qualifica

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

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

- Contesto dell'osservazione o del racconto  
 (luogo, spazio fisico in cui avviene il racconto; contesto relazionale /tipo di relazione tra segnalante e minore)  
 - Oggetto dell'osservazione/Modalità del racconto  
 (le ragioni della segnalazione ed il/ i fatti: segnali di preoccupazione/ espressioni linguistiche e gestuali utilizzate dal minore, )

- Periodo di osservazione di quanto riferito

#### **Indicazioni sul presunto abusante**

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

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

#### **Eventuali interventi attivati**

#### **Firme**

del segnalante/i e del responsabile del Servizio

# maltrattamento e abuso sui minore

I quaderni del professionista

# 4

**Prevenzione  
del maltrattamento-abuso  
nell'infanzia e nell'adolescenza  
raccomandazioni per professioniste/i**

Fattori di rischio e di protezione, interventi e strumenti

 Regione Emilia-Romagna





Collana  
*Maltrattamento e abuso sul minore*  
I quaderni del professionista



# 4

## **Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza raccomandazioni per professioniste/i**

**Fattori di rischio e di protezione, interventi e strumenti**

gennaio 2021

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza. Raccomandazioni per professioniste/i.  
*Fattori di rischio e di protezione, interventi e strumenti*

Coordinamento di Massimo Masi e Michela Bragliani

Hanno collaborato: Rosina Alessandrini, Silvana Borsari, Antonella Brunelli, Daniele Chitti, Serena D'Ambrosio, Carla Dazzani, Luca Degiorgis, Simona Di Mario, Monica Dotti, Monia Gennari, Letizia Lambertini, Cristina Maccarelli, Laura Morgan, Gabriele Natali, Giuseppina Paone, Antonella Pellacani, Maria Giulia Regazzi, Isa Ruffilli, Maria Carmela Salluce, Ilaria Tarricone, Alessandro Volta.

Ringraziamenti:

Maria Chiara Bassi, documentalista Azienda USL di Reggio Emilia per la ricerca bibliografica;  
Mariagnese Cheli, psicologa psicoterapeuta, fino al 2019 in servizio presso Azienda USL di Bologna, per l'approfondimento sulla neurobiologia dello sviluppo traumatico;  
Elena Greco, psicologa, Azienda USL di Bologna, per il testo sulla prevenzione della violenza nelle giovani coppie;  
Milena Michielli e Giulia Previatti, Servizio ICT, tecnologie e strutture sanitarie, Regione Emilia-Romagna, per i dati epidemiologici regionali (flusso regionale SISAM-ER);  
Mariateresa Paladino e Alessandro Finelli, Servizio Politiche sociali e socio educative, Regione Emilia-Romagna, per l'approfondimento sul Programma PIPPI.

Si ringraziano inoltre per la collaborazione:

Maria Stella D'Andrea, Marcella Falcieri, Jatin Lal, Marcello Lanari, Cinzia Magnani, Luciana Nicoli, Michela Razza.

La pubblicazione è stata realizzata in collaborazione con il Servizio Politiche sociali e socio educative della Regione Emilia-Romagna. Progetto editoriale e realizzazione: Alessandro Finelli e Barbara Domenicali  
Chiunque è autorizzato a fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

La collana «Maltrattamento e abuso sul minore - I quaderni del professionista» è curata dal Servizio Assistenza territoriale della Regione Emilia-Romagna. Responsabili: Luca Barbieri e Fabia Franchi, referente: Michela Bragliani

[Consulta i volumi precedenti:](#)

1. Maltrattamento e abuso sul minore. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale
2. Fratture e abuso. Raccomandazioni per il percorso diagnostico
3. Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel maltrattamento dell'infanzia e adolescenza. Raccomandazioni per gli operatori

Copia del quaderno può essere scaricata all'indirizzo: <http://www.saperidoc.it/consultori-famigliari>

Stampa: Centro stampa Regione Emilia-Romagna, gennaio 2021

## Indice

<b>Presentazione</b>	7
<b>Introduzione e metodo</b>	9
<b>Struttura del quaderno</b>	13
<b>Capitolo 1 Maltrattamento-abuso sulle persone di minore età: un problema di salute pubblica</b>	15
1.1 I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza per una crescita equilibrata	15
1.2 Il modello ecologico di intervento	16
1.3 Epidemiologia del maltrattamento/abuso: dati regionali di contesto	19
1.4 Fattori di rischio e di protezione	24
1.4.1 Stili educativi	29
1.4.2 Identificazione delle famiglie a rischio o protettive	30
1.5 Approfondimenti su alcune forme di maltrattamento ed abuso	31
1.5.1 Violenza assistita	31
1.5.2 Violenza domestica in gravidanza	32
1.5.3 Violenza tra pari	33
1.6 Le conseguenze a lungo termine della violenza nell'infanzia e nell'adolescenza	35
1.6.1 Neurobiologia dello sviluppo traumatico	36
1.6.2 Evoluzione dello sviluppo traumatico in adolescenza	41
1.6.3 Ciclo dell'abuso	44
1.7 Rapporto costi/benefici della prevenzione del maltrattamento/abuso	45
<b>Capitolo 2 La prevenzione del maltrattamento/abuso</b>	47
2.1 La classificazione della prevenzione: premessa	47
2.2 La prevenzione: come e quando intervenire	49
2.3 Prevenzione dell'abuso e del maltrattamento nell'area prenatale, perinatale e prima infanzia (fascia < 0-3 anni)	54
2.3.1 Interventi	54
2.3.2 Strumenti di screening	56
2.3.3 Raccomandazioni a Servizi/Enti/Agenzie	57
2.3.4 Prevenzione specifica	60
2.3.4.1 Prevenzione della violenza in gravidanza	60
2.3.4.2 Riconoscimento e presa in carico del disagio materno perinatale	61
2.3.4.3 Programmi per la prevenzione dei traumi cranici da abuso	62
2.3.4.4 Circoncisione maschile	63

<b>2.4 Prevenzione dell'abuso e del maltrattamento nell'infanzia (fascia 3-11 anni)</b>	64
2.4.1 <i>Interventi</i>	65
2.4.2 <i>Raccomandazioni a Servizi/Enti/Agenzie</i>	67
2.4.3 <i>Prevenzione specifica</i>	71
2.4.3.1 <i>Prevenzione della violenza assistita</i>	71
2.4.3.2 <i>Prevenzione dell'abuso sessuale</i>	72
2.4.3.3 <i>Prevenzione delle mutilazioni genitali femminili</i>	73
<b>2.5 Prevenzione dell'abuso e del maltrattamento nella preadolescenza e nell'adolescenza (fascia 11-18 anni)</b>	74
2.5.1 <i>Interventi</i>	74
2.5.2 <i>Raccomandazioni a Servizi/Enti/Agenzie</i>	76
2.5.3 <i>Prevenzione specifica</i>	78
2.5.3.1 <i>Prevenzione della violenza nelle giovani coppie</i>	78
2.5.3.2 <i>Prevenzione del bullismo</i>	79
<b>2.6 Buone prassi locali: interventi e strumenti di prevenzione</b>	80
<b>2.7 Programmi/piani/interventi/servizi a valenza regionale per la prevenzione della violenza nell'infanzia e nell'adolescenza</b>	86
<b>Allegati</b>	
1. Metodologia di lavoro applicata dal gruppo redazionale per ricerca e analisi bibliografica	91
2. Normativa	93
3. Scheda Benefici delle visite domiciliari	95
4. Fac-simile Scheda di rilevazione del rischio di pregiudizio	96
5. Questionario SEEK (Safe Environment fo Every Kid)	99
6. Approfondimento sulla prevenzione terziaria	100
7. Efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria (psico-sociali) dell'abuso e maltrattamento nelle persone di minore età: una review delle reviews sistematiche	101
8. Approfondimenti e voci bibliografiche Tabelle n. VII-VIII "Prevenzione primaria e secondaria fascia prenatale, perinatale e prima infanzia"	112
9. Approfondimenti e voci bibliografiche Tabelle n. IX-X "Prevenzione primaria e secondaria fascia infanzia, preadolescenza e adolescenza"	114
10. Programma di visite domiciliari pre e postnatali: tempistica e contenuti	118
11. Fac simile Scheda di visita domiciliare	119
12. Esempio di griglia di telefonata alla puerpera	121
13. Esempio di progetto di intervento di home visiting	122
14. Questionario IPARAN	123
15. Strumento INTOVIAN	125
16. "Leggi, politiche e interventi per creare ambienti favorevoli"	126
17. Il/La pediatra e la prevenzione dell'abuso sessuale: messaggi di <i>guida anticipatoria</i> per ridurre il rischio di abusi sessuali	129
18. Ruolo del/della pediatra di libera scelta e dei/delle professionisti/e sanitari/e nella prevenzione del maltrattamento infantile	130
19. Tabella "Stadi di sviluppo del bambino e segnali di disagio"	131
20. Alcuni esempi di programmi di intervento a scuola	133

## Presentazione

Questo documento si inserisce all'interno della collana "Maltrattamento e abuso sul minore. Quaderni per il professionista" che la Regione Emilia-Romagna ha pubblicato a partire dal 2014<sup>1</sup> a seguito dell'adozione delle Linee di indirizzo regionali (DGR n. 1667/2013<sup>2</sup>).

Con questo quarto quaderno della collana si intende fornire un supporto per le professioniste e i professionisti che lavorano nei servizi sociali, sanitari ed educativi affinché possano informarsi e formarsi sui possibili interventi di prevenzione volti a tutelare la persona di minore età. Nel quaderno, quindi, sono raccolte e illustrate le raccomandazioni, basate sui dati della letteratura "*evidence based*", e le buone pratiche locali.

Il/la professionista dovrà sempre tenere presente la complessità del problema, le sue implicazioni giuridiche e deontologiche e gli obblighi che ne derivano, e comportarsi di conseguenza. Le Linee di indirizzo regionali e le relative raccomandazioni in materia danno dettagliate indicazioni al/alla professionista anche su questi aspetti.

Alla costruzione e stesura di questo documento hanno fattivamente contribuito, con grande dedizione e professionalità, molte colleghe e colleghi che desidero ringraziare sentitamente.

Massimo Masi

pediatra - già Professore Ass. Clinica Pediatrica - Alma Mater Studiorum Università di Bologna  
Policlinico S. Orsola Malpighi - Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

<sup>1</sup> <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/934>

<sup>2</sup> Delibera di Giunta Regionale n. 1677/2013 "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere e linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso", Regione Emilia-Romagna [http://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/leggi/regionali/delibere/dgr\\_1677\\_2013\\_bambini.pdf/view?-searchterm=DGR%201677/2013](http://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/leggi/regionali/delibere/dgr_1677_2013_bambini.pdf/view?-searchterm=DGR%201677/2013)



## Introduzione e metodo

Il presente lavoro si inserisce all'interno degli interventi che la Regione Emilia-Romagna ha messo in atto negli ultimi anni a partire dal 2013, anno in cui è stata approvata la delibera di indirizzo (D.G.R. n.1677/2013<sup>3</sup>) per migliorare l'accoglienza e la cura di persone di minore età vittime di maltrattamento e abuso, che, nel definire il fenomeno, offre raccomandazioni operative nelle diverse fasi dell'intervento: dalla rilevazione, all'attivazione della rete dei Servizi, alla segnalazione all'Autorità Giudiziaria, alla valutazione multidisciplinare.

Le Linee di indirizzo individuano inoltre un percorso organizzativo per l'applicazione a livello regionale e territoriale. Nel loro complesso delineano un modello di *governance* pubblico integrato che, nel mettere al centro i bisogni di bambini/e e ragazzi/e, sviluppa sinergie con i punti della rete per la tutela.

Un altro importante passo avanti in Regione è stato fatto nel 2014 con l'approvazione della D.G.R. n.1102 "Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte a minorenni allontanate/i o a rischio di allontanamento". Si tratta di una delibera che contiene indirizzi per la definizione degli accordi, tra Enti Locali e Azienda USL, per la realizzazione di interventi integrati delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati dalla loro famiglia o a rischio di allontanamento, spesso proprio per motivi legati a gravi forme di incuria, maltrattamento e abuso, per creare uniformità nei percorsi di cura e di tutela e garantire livelli essenziali di intervento sociale, sanitario e socio-sanitario.

Per spiegare il **razionale del lavoro** svolto per la stesura del quaderno si richiama, oltre le due delibere sopra citate, soprattutto il principio (contenuto in alcuni importanti documenti legislativi e della Regione) secondo cui in generale l'intervento dei/delle professionisti/e, in particolar modo quello di prevenzione dal maltrattamento/abuso, deve essere di supporto al soggetto di minore età e alla sua famiglia in difficoltà, attraverso vari livelli e con modalità progressivamente più significative per fare superare le difficoltà alla famiglia<sup>4</sup>.

A tale scopo, l'**art. 1 della legge 184/1983 e ss.ii.**<sup>5</sup>, che si riporta per intero, precisa:

### TITOLO I

#### Principi generali (3)

1. Il minore ha diritto di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia.
2. Le condizioni di indigenza dei genitori o del genitore esercente la potestà genitoriale non possono essere di ostacolo all'esercizio del diritto del minore alla propria famiglia. A tal fine a favore della famiglia sono disposti interventi di sostegno e di aiuto.
3. Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie competenze, sostengono, con idonei interventi, nel rispetto della loro autonomia e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, i nuclei familiari a rischio, al fine di prevenire l'abbandono e di consentire al minore di essere educato nell'ambito della propria famiglia. Essi promuovono altresì iniziative di formazione dell'opinione pubblica sull'affidamento e l'adozione e di sostegno all'attività delle comunità di tipo familiare, organizzano corsi di preparazione ed aggiornamento professionale degli operatori sociali nonché incontri di formazione e preparazione per le

<sup>3</sup> Delibera di Giunta Regionale n. 1677/2013 "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere e linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso", Regione Emilia-Romagna (allegato B [http://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/leggi/regionali/delibere/dgr\\_1677\\_2013\\_bambini.pdf/view?searchterm=DGR%201677/2013](http://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/leggi/regionali/delibere/dgr_1677_2013_bambini.pdf/view?searchterm=DGR%201677/2013))

<sup>4</sup> Si richiama a questo proposito anche la "Relazione della Commissione speciale di inchiesta circa il sistema di tutela dei minori nella regione Emilia-Romagna" (oggetto n. 9121 del 14/11/19) Cap. 4 Indicazioni e raccomandazioni <https://www.assemblea.emr.it/attivita/attivita-dalle-commissioni/comm-spec-minori>

<sup>5</sup> Legge 184/1983 e ss.ii. <https://www.camera.it/bicamerali/leg14/infanzia/leggi/legge184%20del%201983.htm>  
[http://www.ufficijudiziari.genova.it/documentazione/D\\_5283.pdf](http://www.ufficijudiziari.genova.it/documentazione/D_5283.pdf)

"Il D.Lgs. 154/2013 ha rafforzato il principio del diritto del minore a crescere e ad essere educato nella propria famiglia inserendo, tra le norme finali della legge 184/1983, l'art. 79bis, ove si prevede che, nell'ambito di tutte le procedure dinanzi ai Tribunali per i minorenni è obbligo del giudice segnalare tutte le situazioni di indigenza dei nuclei familiari che richiedono interventi di sostegno, per consentire al minore di essere educato nell'ambito della propria famiglia." (da "Relazione finale della Commissione tecnica per l'individuazione di misure organizzative e procedurali appropriate nei procedimenti preposti alla tutela e all'eventuale allontanamento dei minori dalle famiglie di origine", presa d'atto DGR n. 1899/2019 della Regione Emilia-Romagna).

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

famiglie e le persone che intendono avere in affidamento o in adozione minori. I medesimi enti possono stipulare convenzioni con enti o associazioni senza fini di lucro che operano nel campo della tutela dei minori e delle famiglie per la realizzazione delle attività di cui al presente comma.

4. Quando la famiglia non è in grado di provvedere alla crescita e all'educazione del minore, si applicano gli istituti di cui alla presente legge.
5. Il diritto del minore a vivere, crescere ed essere educato nell'ambito di una famiglia è assicurato senza distinzione di sesso, di etnia, di età, di lingua, di religione e nel rispetto della identità culturale del minore e comunque non in contrasto con i principi fondamentali dell'ordinamento.

Il presente quaderno regionale, dedicato al tema della prevenzione del maltrattamento/abuso nell'infanzia e nell'adolescenza, è in continuità con i quaderni precedenti della collana pensati e prodotti a supporto della rete degli/delle operatori/trici con l'obiettivo di sostenere le buone pratiche, sollecitare il confronto<sup>6</sup> e garantire l'aggiornamento dei/delle professionisti/e impegnati/e nella tutela.

Per facilitare la lettura:

- nei riquadri azzurri vengono evidenziati dati o informazioni rilevanti per il/la lettore/trice,
- nei riquadri rossi commenti,
- nei riquadri gialli le raccomandazioni operative per ogni argomento affrontato.

Questa pubblicazione è stata realizzata per sottolineare l'importanza della prevenzione nell'ambito del maltrattamento e dell'abuso in età evolutiva e per offrire uno strumento di lavoro che orienti nella tutela della salute in questa fascia di età, a partire dal coinvolgimento del contesto di vita familiare e comunitario.

In questa ottica il gruppo di lavoro:

- ha focalizzato l'attenzione sulle conseguenze del trauma complesso in età evolutiva;
- ha esteso la finestra della prevenzione del maltrattamento a partire dalla gravidanza (meno nove mesi e più mille giorni di vita del/della bambino/a);
- si è concentrato principalmente sulla prevenzione della violenza operata da persone adulte nei confronti di minorenni, con alcuni approfondimenti relativi ai comportamenti violenti agiti tra pari in adolescenza.

Non si ha la pretesa di affrontare tutto ciò che riguarda la prevenzione del maltrattamento e abuso sulle persone di minore età, su cui è presente già una ricca bibliografia internazionale, ma nel progettare questo documento si è pensato di **raccogliere e presentare le azioni<sup>7</sup>, gli strumenti e le buone prassi<sup>8</sup>** che, a fronte sempre dell'evidenza scientifica<sup>9</sup> delle raccomandazioni suggerite, fossero **applicabili e realizzabili<sup>10</sup>** a livello locale. Il gruppo di lavoro si è quindi concentrato sulle aree della sanità, del sociale e della scuola, pur nella consapevolezza che il complesso sistema assistenziale-educativo-curante della "tutela persone di minore età" coinvolge in reciproca interazione molte aree di intervento (servizi sanitari e sociali, ma anche Autorità Giudiziaria, Terzo settore, privato sociale...). Con successivi interventi istituzionali e organizzativi andranno potenziate le attività preventive con queste aree.

Il gruppo di lavoro ha svolto quindi una **revisione della letteratura nazionale e internazionale** sul tema oggetto di studio attingendo a diverse banche dati: il materiale (comprese linee guida, raccomandazioni nazionali

<sup>6</sup> Il confronto, interprofessionale e interdisciplinare, fa emergere la difficoltà, ancora piuttosto generalizzata, di riconoscere la violenza, e di nominarla, e conferma che, tanto facilmente, quanto inconsapevolmente, anche i/le professionisti/e tendano a mettere in atto dei *meccanismi di «evitamento»* che la rendono invisibile. È importante infatti tenere presente che esistono delle strategie di «evitamento» della violenza (negazione e legittimazione) e delle tattiche di «evitamento» della violenza (eufemizzazione linguistica, minimizzazione degli atti e dei loro effetti, colpevolizzazione delle vittime, disumanizzazione, psicologizzazione, naturalizzazione e separazione), molto spesso inconsapevoli, che possono condurre alla sottovalutazione o a errori di valutazione. È fondamentale non evitare e non delegare mai la responsabilità di affrontare una situazione di violenza. (da *«La responsabilità della violenza. Un modello di intervento socioeducativo nel contrasto alla violenza contro le donne»* a cura di L. Lambertini Ed. Il Mulino, Bologna).

<sup>7</sup> Vedi Tabelle 8-11

<sup>8</sup> Vedi Paragrafo 2.6

<sup>9</sup> Vedi Allegato 1

<sup>10</sup> Nel caso della Regione Emilia-Romagna, le/i professioniste/i devono tenere conto delle progettualità distrettuali sviluppate nei territori anche a seguito dell'adozione del Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019.



e/o internazionali e buone prassi locali) è stato condiviso in un'area di lavoro comune e appositamente creata sul web. Tali fonti hanno consentito di selezionare le azioni e gli interventi di provata efficacia indirizzati ai diversi target considerati.

Per un approfondimento sulla metodologia di lavoro applicata dal gruppo redazionale per ricerca e analisi bibliografica si può consultare anche l'Allegato 1 *“Metodologia di lavoro”* e l'Allegato 7 *“Efficacia degli interventi di prevenzione prima e secondaria (psico-sociali) dell'abuso e maltrattamento dei minori: una review delle reviews sistematiche”*.



## Struttura del quaderno

Il quaderno si apre con una introduzione sui **Diritti dell'infanzia e dell'adolescenza** per una crescita equilibrata ripresi dai principali documenti internazionali e dalle leggi italiane vigenti, viene quindi richiamato **il modello ecologico di intervento**, proposto anche nelle Linee di indirizzo regionali<sup>11</sup>, per comprendere le aree che interagiscono nell'eziologia, nella prevenzione e nella cura del danno da maltrattamento/abuso; vengono presentati alcuni dati regionali di contesto nel paragrafo sull'**Epidemiologia del maltrattamento/abuso**, a seguire sono analizzati i **fattori di rischio e di protezione** a cui il gruppo redazionale dedica anche una nota sull'effetto "inversione figura-sfondo" per cui i primi hanno spesso "il sopravvento" sui secondi. Agli **Approfondimenti su alcune forme di maltrattamento/abuso**, non trattate del tutto o riprese rispetto a quelle presentate nelle Linee di indirizzo regionali, seguono le **Conseguenze a lungo termine della violenza nell'infanzia e nell'adolescenza** in cui è stata illustrata la **Neurobiologia dello sviluppo traumatico** e a seguire **il ciclo dell'abuso**. Il primo capitolo si conclude con una breve analisi dei **costi/benefici della prevenzione**.

Aprire il secondo capitolo la dissertazione avvenuta all'interno del gruppo degli autori e delle autrici sulla **classificazione della prevenzione** in ambito medico e educativo.

Una prima rappresentazione, in sintesi, delle principali **azioni** e degli **strumenti** per la prevenzione primaria e secondaria del maltrattamento/abuso è illustrata poi nelle **tabelle** che riportano i principali interventi efficaci distinti sulla base dei **livelli** (sociale e di comunità, relazionale e individuale).

Il secondo capitolo, in cui principalmente sono illustrate le raccomandazioni per la prevenzione del maltrattamento/abuso, si articola in tre periodi sulla base delle fasi di sviluppo del/della bambino/a e del/della ragazza/a: **la prevenzione nell'area pre e perinatale e nella prima infanzia** (fascia <0 - fino a 3 anni, un'accezione più allargata dei "primi mille giorni" di vita del/della bambino/a che va dalla gravidanza al 3° anno di vita<sup>12</sup> compreso); **la prevenzione nell'infanzia** (fascia 3-11 anni) e infine **la prevenzione nella pre e nell'adolescenza** (fascia 11-18 anni).

Per ciascuna di queste fasi sono illustrati gli **interventi** efficaci, le **raccomandazioni a Servizi/Enti/agenzie** e alcune importanti tipologie di **prevenzione specifica** che possono essere messe in atto dagli/dalle operatori/trici di area sociale, sanitaria ed educativa.

Il capitolo si conclude con le **buone prassi** raccolte nella tabella sugli interventi e gli strumenti di prevenzione, ordinati per temi, presenti nei Piani di Zona 2018-2020 della Regione Emilia-Romagna<sup>13</sup> e con la descrizione di alcuni **programmi/interventi e servizi a valenza regionale**.

In ogni capitolo i principali **riferimenti bibliografici** per i diversi paragrafi sono riportati come nota a piè di pagina.

Il quaderno è infine corredato da una serie di **allegati**, quali strumenti che possono integrarne la lettura e facilitarne l'applicazione nel lavoro quotidiano.

Vi auguriamo buona lettura!

<sup>11</sup> D.G.R. n.1677/2013, Regione Emilia-Romagna.

<sup>12</sup> Trattando questo argomento, il gruppo di lavoro ha considerato importante estendere il periodo di attenzione per azioni di prevenzione dal momento del concepimento al compimento del terzo anno di vita. Per l'allargamento temporale delle azioni strategiche alla gravidanza, si faccia riferimento anche al nuovo documento di indirizzo della Conferenza Stato-Regioni "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni" del Ministero della Salute e relativo Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome (CSR repertorio atti n. 15, del 20 febbraio 2020) <http://www.statoregioni.it/media/2467/p-3-csr-rep-n-15-20feb2020.pdf>

<sup>13</sup> <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/piano-sociale-e-sanitario-2017-2019/i-piani-di-zona-distrettuali>



## Capitolo 1

### Maltrattamento-abuso sulle persone di minore età: un problema di salute pubblica

#### 1.1 I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza per una crescita equilibrata

La storia dei diritti delle persone di minore età della loro rappresentanza nella società è piuttosto recente, legata ai mutamenti culturali e allo sviluppo delle scienze psicologiche; prende corpo a partire da una maggiore considerazione della/del **bambina/o come persona**, dal conseguente mutamento della sua rappresentazione nel mondo adulto e dal ruolo assegnatogli nella società (Allegato 2)<sup>14</sup>.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ribadisce che "ogni bambino ha **diritto alla salute e a una vita priva di violenza**" (WHO, 2006<sup>15</sup>). Nonostante questo diritto sia stato sancito da numerose Convenzioni Internazionali e Leggi nazionali, in tutto il mondo ogni anno milioni di bambine/i sono vittime e testimoni di violenza fisica, sessuale, psicologica e sfruttamento. Il maltrattamento è dunque "un problema di salute pubblica" (WHO, 2006) per l'impatto sul benessere fisico, mentale e sociale delle vittime, sul loro sviluppo e, più in generale, sulla società anche in termini di spesa sociale e sanitaria (Felitti et al., 2012<sup>16,17</sup>).

È noto che la maggior parte degli episodi di maltrattamento si verifica come patologia delle relazioni educative e di cura, e quindi all'interno della famiglia. Il fenomeno tocca perciò in primo luogo le relazioni genitore-figlio/a, dove si manifesta come espressione di incapacità genitoriale. Questo termine va inteso nel suo significato oggettivo: un genitore che trascura gravemente il/la figlio/a o lo/a maltratta o ne abusa è certamente "incapace" di adempiere i doveri del suo ruolo. Dunque, ogni violazione dei doveri genitoriali, volontaria o inconsapevole, omissiva o commissiva, rientra nel concetto.

Come ci ricorda l'art. 29 della Convenzione delle N. U., i doveri genitoriali consistono in primo luogo nel "*favorire lo sviluppo della personalità del fanciullo nonché lo sviluppo delle sue facoltà e delle sue attitudini mentali e fisiche in tutta la loro potenzialità*". È solo in funzione del compimento di tali doveri che la legge attribuisce ai genitori quella che, nel nostro diritto, si chiama "responsabilità genitoriale"<sup>18</sup>.

Prima di essere figlio/a, il soggetto di minore età è anzitutto persona, e in quanto tale va rispettata. Ed è persona di minore età, che ha diritto "alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo" (Conv. N.U., art. 6<sup>19</sup>). Prima del diritto alla famiglia, la/il bambina/o ha diritto di essere protetto "*contro ogni forma di violenza, aggressione, brutalità fisiche o mentali, abbandono, negligenza, maltrattamenti o sfruttamento, compresa la violenza sessuale, per tutto il tempo in cui è affidato all'uno o all'altro o a entrambi i genitori*" (Conv. N.U., art. 19).

L'obiettivo primario è quello di aumentare la sicurezza dei bambini e migliorare la qualità del loro sviluppo. L'attuale legislazione europea (CRC1989 -artt. 3, 9, 12, 18 e 20 nello specifico-, EU2020 Strategy, REC. 2006/19, REC. 2013/778), riconosce il sostegno alla genitorialità come strategia essenziale per «*rompere il circolo dello svantaggio sociale e assicurare ai bambini "a good start" nella vita*», e la legislazione italiana sottolinea l'importanza di far crescere le bambine e i bambini all'interno delle famiglie (L.149/2001). In questo senso questo principio si situa all'interno dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile<sup>20</sup>. L'UNICEF, nella *Innocenti Report Card 14*<sup>21</sup>, ha individuato 10 fra i 17 obiettivi più rilevanti per l'infanzia nei Paesi ad alto reddito.

<sup>14</sup> "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere e linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso" (Delibera di Giunta Regionale n. 1677/2013, Regione Emilia-Romagna) e Allegato 2.

<sup>15</sup> World Health Organisation (2006) "Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generative evidence" in <http://www.who.int/whr/2006/en/index.htm>. La versione in lingua italiana del documento "Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi", a cura dell'Assessorato alla Sanità e Politiche socio-sanitarie del Comune di Ferrara è scaricabile dal sito del CISMAI: [www.cismai.org/Search.aspx?W=prevenzione&np=2](http://www.cismai.org/Search.aspx?W=prevenzione&np=2)

<sup>16</sup> OMS, *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*, 2006.

<sup>17</sup> Felitti V.J., Anda R.F. et al., (last review 2013) *The Adverse Childhood Experiences (ACEs) Study*, in [www.cdc.gov/ace/outcomes.htm](http://www.cdc.gov/ace/outcomes.htm)

<sup>18</sup> La responsabilità genitoriale è stata introdotta dal D.lgs. 154\2013 "Revisione delle disposizioni vigenti in materia di filiazione, a norma dell'articolo 2 della legge 10 dicembre 2012 n. 219" che ha riscritto gli articoli art. 315 e ss. del codice civile.

<sup>19</sup> Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia (1989) ratificata in Italia con la legge n.176 del 27 maggio 1991, in [www.savethechildren.it](http://www.savethechildren.it)

<sup>20</sup> <http://www.unric.org/it/agenda-2030>

<sup>21</sup> <https://www.unicef-irc.org/article/1620-global-press-release-innocenti-report-card-14.html>

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

Fra questi, i seguenti 4 incrociano direttamente le tematiche affrontate sullo svantaggio sociale:

- obiettivo 1: povertà zero
- obiettivo 4: istruzione di qualità
- obiettivo 10: ridurre le disuguaglianze
- obiettivo 16: pace giustizia e istituzioni forti.

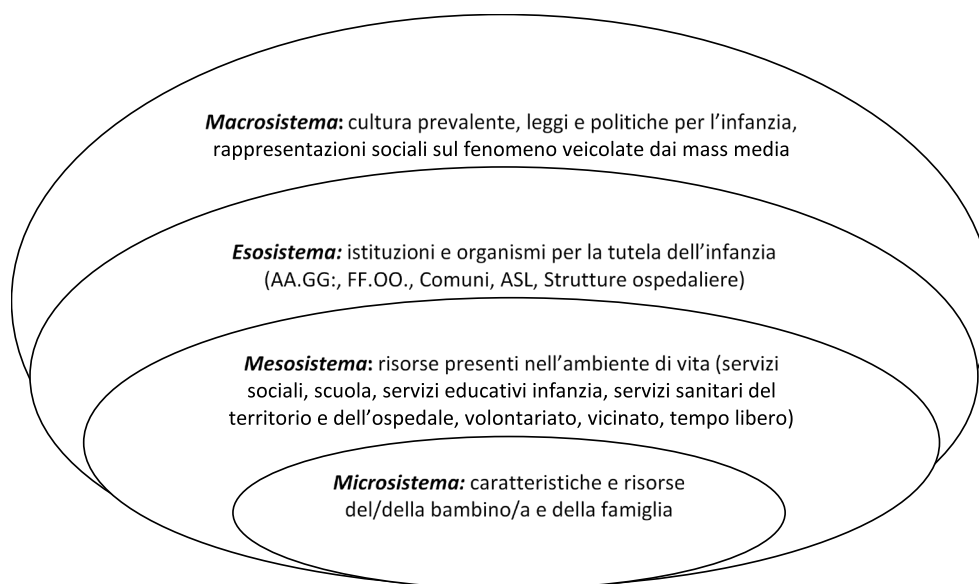
La Legge italiana indica la famiglia come luogo di riferimento primario per la persona di minore età e orienta tutti i possibili interventi di protezione, di tutela e di promozione a mantenere il più possibile queste relazioni<sup>22</sup>.

La legislazione italiana in materia, se confrontata con quella di altri Paesi europei (ad esempio, la Gran Bretagna dove vige il *Children Act 1989*<sup>23</sup>), ha però un'importante carenza: la mancanza di una legge quadro nazionale che, oltre a superare le molte contraddizioni esistenti nelle attuali norme sparse in diversi provvedimenti e codici, disciplini in modo unitario, anche dal punto di vista delle procedure legali e interistituzionali, la tutela e la protezione delle persone di minore età, analogamente a quanto avviene, ad esempio, nell'ambito della tutela dei diritti delle persone con disabilità, attraverso la L. 104/1992. L'adozione di un simile strumento giuridico costituirebbe un aiuto di primaria importanza per tutti i soggetti che, a vari livelli e a diverso titolo, operano in questo campo e, in questa sede, non possiamo che auspicarla in tempo ragionevoli.

**Raccomandazione:** Come intervento legislativo nazionale si raccomanda di promulgare una **legge quadro** sulla tutela dell'infanzia e dell'adolescenza a cui l'Italia a livello europeo non ha ancora aderito; l'assenza di tale legge quadro indebolisce il quadro giuridico all'interno del quale realizzare gli interventi.

## 1.2 Il modello ecologico di intervento

Il maltrattamento è fortemente correlato a specifici fattori di vulnerabilità e di resilienza individuali, familiari e sociali che, in un processo interattivo, modulano il rischio di esposizione alla violenza.



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

Per maltrattamento all'infanzia e all'adolescenza s'intendono "tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere" (WHO, 2002).

<sup>22</sup> Legge 184/1983 e ss.ii. [https://www.camera.it/\\_bicamerale/leg14/infanzia/leggi/legge184%20del%201983.htm](https://www.camera.it/_bicamerale/leg14/infanzia/leggi/legge184%20del%201983.htm)

<sup>23</sup> <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1989/41/contents>

Per la comprensione e il contrasto al fenomeno, il *“Rapporto su violenza e salute”* (WHO, 2002) e *“Prevenire il maltrattamento sui minori”* (WHO, 2006) suggeriscono l’adozione di una prospettiva “ecologica” ispirata al modello di Bronfenbrenner (1986<sup>24</sup>, 2010<sup>25</sup>; Malacrea 2010<sup>26</sup>) che considera quattro aree concentriche che interagiscono nell’eziologia, nella prevenzione e nella cura del danno (Figura 1). L’interazione di queste aree determina condizioni di benessere o di disagio e le stesse dovrebbero fungere da cornice di riferimento per le prassi operative.

Per sviluppare e promuovere queste 4 partnership, occorre basarsi su un concetto chiave secondo cui *“la complessità dell’intervento e il suo successo complessivo non risiedono unicamente nelle caratteristiche delle famiglie, ma anche nella configurazione delle pratiche che sono modellate sugli assetti organizzativi attuali dei servizi per i bambini e le famiglie in un dato contesto e che, quindi, gli esiti non dipendono solo dalla natura e della gravità del problema che la famiglia porta ai servizi, ma dalla qualità dei processi messi in atto nei diversi livelli dell’ecosistema e primo fra tutti dalla capacità di utilizzare una accurata metodologia di progettazione a tutti i livelli dell’ecosistema”* (Ogden et al., 2012)<sup>27</sup>.

Il gruppo di stesura del presente Quaderno si rifà a questo modello già seguito nelle stesse Linee di indirizzo regionali<sup>28</sup> e nel Quaderno n. 3 di questa Collana<sup>29</sup>. Il modello proposto è un modello probabilistico, non causale. Permette di incorporare in un unico modello fattori di rischio biologici e psicologici a livello individuale e fattori sociali e culturali.

Come indicato nel Quaderno n. 3 sopra menzionato<sup>30</sup> *“l’ambiente ecologico (i diversi contesti di crescita del/della bambino/a o dell’adolescente, prossimali e distali) con le sue reti di relazioni, influenza in modo diretto o indiretto le risorse del figlio e di chi si prende cura di lei/lui (Bronfenbrenner, 2010<sup>25</sup>). Nella pratica operativa questo modello suggerisce l’adozione di una prospettiva flessibile e sistemica (Boccafogli, Garavini et al., 2015<sup>31</sup>) volta a integrare i vari livelli (individuale, familiare, educativo, comunitario, ecc.) per favorire lo sviluppo e la promozione del benessere del soggetto in crescita e del suo ambiente di vita”*.



**Figura 2.** Prospettiva ecologica: i tre livelli delle strategie preventive.

<sup>24</sup> 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.

<sup>25</sup> Bronfenbrenner U. (2010), *Rendere Umani gli Esseri Umani*, Trento, Erickson Ed.

<sup>26</sup> Malacrea M., Vassalli A. (1990), *Segreti di famiglia*, Milano, Cortina Ed.

<sup>27</sup> Ogden T. et al., (2012), *Measurement of implementation components ten years after a nationwide introduction of empirically supported programs – a pilot study*, Implementation Science, 7 (49).

<sup>28</sup> “Linee di indirizzo regionali per l’accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso” (Delibera di Giunta Regionale n. 1677/2013, Regione Emilia-Romagna).

<sup>29</sup> Il modello ecologico è stato ripreso anche dalle autrici e dagli autori del quaderno n.3 *“Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel maltrattamento dell’infanzia e adolescenza. Raccomandazioni per gli operatori”* della presente Collana, edizione luglio 2020.

<sup>30</sup> Vedi nota precedente.

<sup>31</sup> Boccafogli B. et al., *Famiglie e famiglie multiproblematiche. Orientamenti metodologici e linee operative per affrontare la complessità*, Dossier 251, Regione Emilia-Romagna, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, 2015.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

Infatti la prospettiva “ecologica” dell'intervento suggerisce di adottare efficaci strategie preventive su almeno tre livelli (WHO, 2006<sup>32</sup>) (Figura. 2). “Non il singolo intervento, quindi, ma un sistema che si fa curante attraverso la costruzione di connessioni tra diverse discipline, risorse e livelli d'intervento” (Cheli, Mantovani e Mori, 2015<sup>33</sup>).

L'approccio bioecologico dello sviluppo umano evidenzia infatti che un/a bambino/a cresce in maniera positiva quando le persone adulte che si occupano di lui/lei in famiglia e negli altri ambienti di vita (“microsistemi”) interagiscono tra di loro in maniera sistematica e collaborativa (all'interno del “mesosistema”) e vengono accompagnate nel loro ruolo attraverso diverse forme di supporto dal più ampio contesto sociale e culturale. Ciò significa che oggi non sappiamo ancora quale genitore, e come, è di per sé “buono”, ma sappiamo che le funzioni genitoriali in senso lato possono essere apprese e che ricevere sostegno sociale è una variabile che impatta su questo apprendimento, favorendolo.

Sembra dunque che sia più funzionale, rispetto allo sviluppo dei/delle bambini/e, facilitare il processo di inclusione dei genitori nella comunità di appartenenza, garantendo loro sostegno per favorire il recupero e/o la qualificazione delle loro modalità di risposta ai bisogni di sviluppo dei/delle figli/e, piuttosto che soffermarsi sulla sola valutazione delle competenze genitoriali.

I recenti studi sulla resilienza evidenziano che le persone (e in primis i/le bambini/e), le famiglie e le comunità riescono ad affrontare situazioni difficili quando possono contare su diversi fattori di protezione, quando sono aiutate a comprendere e ridurre i fattori di rischio e quando sono capaci di riconoscere le proprie risorse individuali, familiari e sociali e di utilizzarle come aiuto in una modalità ritenuta significativa da loro stessi e dal contesto socio-culturale a cui appartengono.

L'orizzonte teorico fa quindi riferimento alla possibilità sempre aperta del cambiamento della persona e quindi dell'educabilità umana, da cui nasce una positiva tensione verso l'autonomia del soggetto, che consente di mettere al centro non tanto e non solo il problema della vulnerabilità e della negligenza, quanto l'interesse della persona con le sue potenzialità, che si possono attualizzare attraverso interventi di promozione, soprattutto se realizzati all'interno di contesti che favoriscono relazioni positive.



Figura 3. Il modello multidimensionale “il Mondo del Bambino” (MdB).

<sup>32</sup> World Health Organisation (2006), “Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generative evidence” in <http://www.who.int/whr/2006/en/index.htm> La versione in lingua italiana del documento “Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi”, a cura dell'Assessorato alla Sanità e Politiche socio-sanitarie del Comune di Ferrara è scaricabile dal sito del CISMAI: <https://cismai.it/guida-oms-ispican-prevenire-il-maltrattamento-sui-minori-indicazioni-operative-e-strumenti-di-analisi/>

<sup>33</sup> Cheli M., Mantovani F., Mori T., *La valutazione sociale delle cure parentali. Manuale per l'operatore*, Franco Angeli, Milano, 2015.



Una cornice di riferimento coerente con i suddetti principi è il modello multidimensionale triangolare denominato “**il Mondo del Bambino**” (Figura 3), che rappresenta l’adattamento italiano dell’esperienza dell’*Assessment Framework* dei governi inglese e scozzese, oggi diffusa in molti Paesi occidentali con l’obiettivo di rispondere ai bisogni di efficacia degli interventi di protezione e cura in vista di uno sviluppo ottimale dei/delle bambini/e seguiti/e dai servizi. Il modello proposto è definito multidimensionale in quanto comprende le tre macrodimensioni dei bisogni di sviluppo dell’infanzia, delle risposte dei genitori a tali bisogni e dei fattori ambientali e familiari all’interno dei quali si costruiscono tali risposte.<sup>34</sup>

Esso consente l’avvio di un percorso di analisi ecosistemica dei bisogni di sviluppo del/della bambino/a, che invita i genitori e l’insieme degli attori coinvolti nell’intervento con le famiglie negligenti a superare l’attenzione prevalente ai loro fattori di rischio, per costruire la progettazione di azioni concrete, grazie ad una cornice di riferimento comune e ad un linguaggio condiviso.

L’obiettivo principale di tale percorso è costruire una risposta sociale ai bisogni dell’infanzia, in particolare di coloro che vivono in condizioni che interferiscono con la loro sicurezza, il loro ben-essere e il loro sviluppo, che sia coerente (che si sviluppi da una comprensione globale e integrata di questi bisogni), appropriata (che tenga conto dei bisogni, della loro intensità, delle risorse disponibili, delle capacità dei bambini e delle bambine e degli eventuali ostacoli presenti) e opportuna (che venga realizzata nel tempo più adatto per la vita del bambino).

Tale modello intende offrire un supporto per gli/le operatori/trici per giungere a una comprensione olistica dei bisogni e delle potenzialità di ogni bambino/a e di ogni famiglia. Esso, infatti, fa riferimento alle 3 dimensioni fondamentali che contribuiscono allo sviluppo di un/a bambino/a: *I bisogni evolutivi; Le risposte delle figure parentali a tali bisogni; I fattori dell’ambiente*. Ognuna di queste tre dimensioni è a sua volta composta da un certo numero di sotto-dimensioni.

Il “Mondo del Bambino” struttura la formulazione rigorosa e sistematica di descrizioni accurate della situazione come si presenta qui e ora (*assessment*), per individuare gli interventi da mettere in campo e identificare i possibili miglioramenti (progettazione). Il “Mondo del Bambino” ha una duplice identità: essere un quadro teorico di riferimento (un referenziale) e allo stesso tempo uno strumento di intervento con le famiglie, che favorisce una comprensione olistica dei bisogni, alla luce dei diritti, e delle potenzialità di ogni bambino/a e di ogni famiglia.<sup>35</sup>

### 1.3 Epidemiologia del maltrattamento-abuso: dati regionali di contesto

Per contestualizzare il fenomeno, si è scelto di fornire il quadro a livello regionale utilizzando i dati del sistema informativo SISAM-ER, il sistema informativo su bambini/e, ragazzi/e seguiti dai servizi sociali territoriali della Regione Emilia-Romagna: l’analisi fornisce i dati più recenti, al 31 dicembre 2018 e in serie storica, sui soggetti di minore età in carico ai servizi sociali del territorio regionale, distinti per provincia, classe di età, tipo di violenza, genere, contesto ambientale della violenza e cittadinanza.

Al 31 dicembre 2018 i/le bambini/e e i/le ragazzi/e in carico ai Servizi sociali territoriali dedicati all’assistenza, protezione e tutela di persone di minore età in difficoltà in Emilia-Romagna sono state 54.116 (Figura 4), pari a 7.7% della popolazione residente minorenni (Figura 5).

<sup>34</sup> Linee di indirizzo nazionali “*L’intervento con bambini e famiglie in situazioni di vulnerabilità*”, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Roma, dicembre 2017 <https://www.minori.gov.it/it/minori/linee-di-indirizzo-nazionali-intervento-con-bambini-e-famiglie-situazione-di-vulnerabilita>

<sup>35</sup> Rapporto di valutazione P.I.P.P.I., Sintesi 2017-2018 Università degli studi di Padova e Ministero del lavoro e delle politiche sociali, <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/sostegno-alla-genitorialita/Documents/QRS-45-Rapporto-PIPI-2017-2018.pdf>

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

Ambito provinciale	Minorenni in carico ai Servizi sociali							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piacenza	5.704	6.102	6.461	6.355	6.221	6.243	5.970	5.695
Parma	6.445	6.841	7.232	7.300	6.980	6.877	6.294	6.019
Reggio Emilia	8.204	7.353	7.464	7.008	6.936	7.582	7.704	6.913
Modena	8.262	8.155	8.048	8.603	8.985	9.523	11.345	9.995
Bologna	9.702	10.280	10.875	11.231	11.649	10.117	10.643	11.363
Ferrara	3.420	3.415	3.629	3.728	3.665	3.374	3.484	3.357
Ravenna	4.992	5.536	5.606	5.449	5.490	5.794	5.960	5.254
Forlì-Cesena	3.913	3.102	3.011	3.055	3.894	3.459	3.041	3.076
Rimini	3.817	2.479	2.420	2.412	2.160	2.321	2.461	2.444
<b>Regione E-R</b>	<b>54.459</b>	<b>53.263</b>	<b>54.746</b>	<b>55.141</b>	<b>55.980</b>	<b>55.290</b>	<b>56.902</b>	<b>54.116</b>

Figura 4. Bambine/i e ragazze/i in carico ai Servizi sociali territoriali, al 31.12, per Provincia.<sup>36</sup>

Ambito provinciale	Minorenni in carico ai Servizi sociali	Popolazione residente minorenni	Minorenni in carico ai Servizi /Pop. minorenni residente x 1000
Piacenza	5.695	43.820	13,0
Parma	6.019	71.431	8,4
Reggio Emilia	6.913	92.375	7,5
Modena	9.995	117.777	8,5
Bologna	11.363	156.618	7,3
Ferrara	3.357	45.766	7,3
Ravenna	5.254	59.432	8,8
Forlì-Cesena	3.076	62.782	4,9
Rimini	2.444	54.438	4,5
<b>Regione E-R</b>	<b>54.116</b>	<b>704.439</b>	<b>7,7</b>

Figura 5. Tasso di prevalenza (Minorenni in carico ai Servizi/Popol. minorenni residente x 1000). Anno 2018.

Le/i bambine/i e le/i ragazze/i in carico ai Servizi sociali territoriali dell'Emilia-Romagna al 31.12.2018 per maltrattamento fisico o psicologico, violenza sessuale, violenza assistita o per trascuratezza grave sono stati 2.206 (Figura 6), circa 3,1 ogni 1.000 residenti minorenni (Figura 7). I nuovi minorenni presi in carico nell'anno 2018 per queste problematiche raggiungono invece una numerosità pari a 484 unità (Figura 7).

L'analisi relativa al genere e all'età rileva che complessivamente le femmine sono in percentuale maggiore rispetto ai maschi (52,63%) (Figura 8) con una quota che cresce all'aumentare dell'età, fino a costituire oltre il 71% (75 su 105) delle vittime nella fascia 18-19 anni e l'81% (26 su 32) circa oltre i 20 anni di età (Figura 9). Il flusso SISAM-ER rileva anche soggetti di 18 anni e oltre, perché risponde di tutta l'utenza in carico ai Servizi sociali territoriali di tutela che, quando necessario e possibile, continuano a seguire tali situazioni anche oltre la maggiore età.

<sup>36</sup> Fonte dei dati che saranno illustrati in questo paragrafo è il Sistema Informativo SISAM-Minori. Regione Emilia-Romagna <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/approfondimenti/osservatorio-infanzia-e-adolescenza/dati-sisam-2020/interventi-sociali-per-bambini-e-ragazzi-in-emilia-romagna-anno-2020>

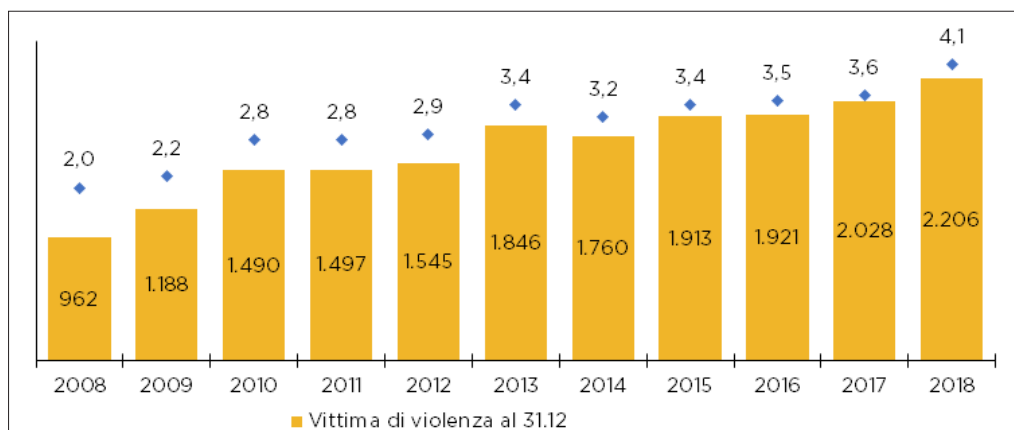
[NOTA:

Il Distretto di Bologna non trasmette i dati attraverso il flusso SISAM-ER (circolare n. 23/2014) ma con Rilevazione integrativa.

Il Distretto di Fidenza invia i dati tramite integrativa nel 2017 a seguito di elaborazioni interne al servizio.

Il Comune di Modena comunica che sta effettuando operazioni di pulizia della banca dati a partire dai dati relativi all'anno 2018. Una differenza di numeri rispetto agli anni precedenti è da attribuire a tali operazioni. Allo stesso modo alcuni servizi del distretto di Bologna stanno completando la digitalizzazione delle banche dati e questo provoca un sensibile aumento di minori in carico in SISAM. Il Distretto di Ravenna comunica un dato sottostimato nel 2018 a causa di un cambio di software e difficoltà di allineamento del nuovo al precedente. Sono inclusi anche i Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA). D.P.C.M. 9.12.1999 n. 535, L. n. 47 del 7 aprile 2017].

## Capitolo 1 - Maltrattamento-abuso sulle persone di minore età. un problema di salute pubblica

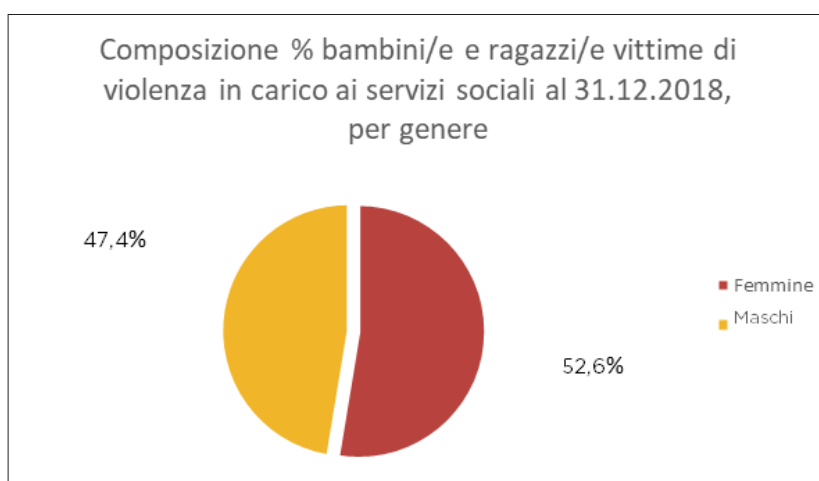


La % di casi vittime di violenza sui minorenni in carico al 31.12 si attesta nel 2018 al **4.1%**, di poco superiore (+0,4%) rispetto al 2017

**Figura 6.** Bambine/i e ragazze/i vittime di violenza in carico ai servizi sociali al 31.12, anni 2010-2018. Valori assoluti e % casi di violenza sul totale minorenni in carico.

Ambito provinciale	Nuovi casi di violenza presi in carico (INCIDENZA)		Casi di violenza in carico al 31.12.18 (PREVALENZA)	
	v.a.	ogni 1.000 minorenni res.	v.a.	ogni 1.000 minorenni res.
Piacenza	28	0,6	134	3,1
Parma	35	0,5	180	2,5
Reggio Emilia	137	1,5	490	5,3
Modena	120	1,0	356	3,0
Bologna	50	0,3	333	2,1
Ferrara	41	0,9	198	4,3
Ravenna	35	0,6	201	3,4
Forlì-Cesena	27	0,4	263	4,2
Rimini	11	0,2	51	0,9
<b>Totale E-R</b>	<b>484</b>	<b>0,7</b>	<b>2.206</b>	<b>3,1</b>

**Figura 7.** Bambine/i e ragazze/i vittime di violenza con nuova presa in carico e in carico al Servizio sociale al 31.12.2018 per ambito provinciale. Valori assoluti e per 1.000 residenti minorenni.



**Figura 8.** Bambine/i e ragazze/i vittime di violenza in carico al Servizio sociale al 31.12.2018 per genere.

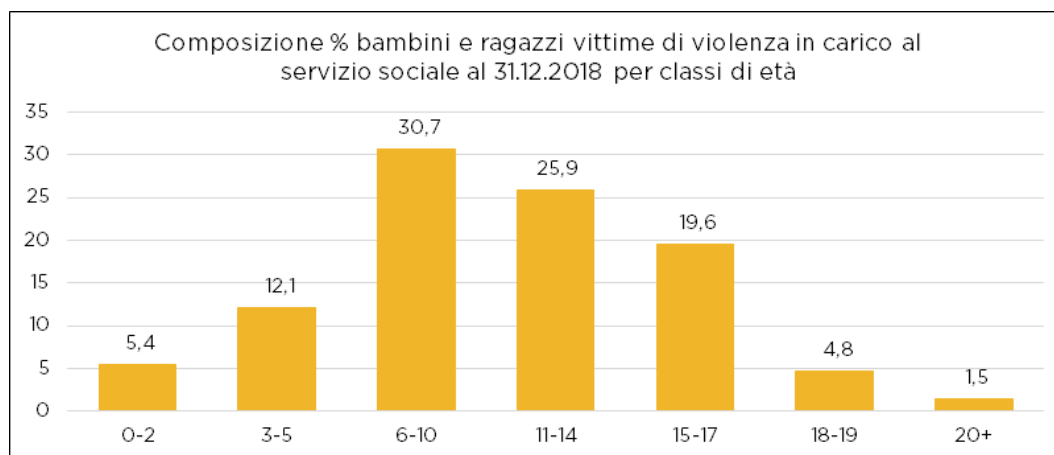
Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

Colpiscono le basse % di bambini/e nelle fasce 0-2 e 3-5 anni, che sono per definizione le fasce in cui i/le bambini/e sono meno visibili e più vulnerabili, mentre i/le bambini/e di età compresa tra i 6 e i 10 anni sono quasi il 31% e quasi il 26% quelli tra gli 11 e i 14 anni (Figure 9 e 10).

Classi di età	Valori assoluti			Valori % per classi età			Valori % per totale vittime violenza in carico		
	F	M	Totale	F	M	Totale	F	M	Totale
0-2	59	60	119	49,6	50,4	100,0	2,7	2,7	5,4
3-5	136	132	268	50,7	49,3	100,0	6,2	6,0	12,1
6-10	324	354	678	47,8	52,2	100,0	14,7	16,0	30,7
11-14	286	286	572	50,0	50,0	100,0	13,0	13,0	25,9
15-17	255	177	432	59,0	41,0	100,0	11,6	8,0	19,6
18-19	75	30	105	71,4	28,6	100,0	3,4	1,4	4,8
20 e più	26	6	32	81,3	18,8	100,0	1,2	0,3	1,5
<b>Totale</b>	<b>1.161</b>	<b>1.045</b>	<b>2.206</b>						
<b>Val. %</b>	<b>52,6</b>	<b>47,4</b>	<b>100,0</b>						

**Figura 9.** Bambine/i e ragazze/i vittime di violenza in carico al servizio sociale al 31.12.2018 per genere e classi di età.

I dati epidemiologici internazionali<sup>37</sup>, al contrario sono concordi nell'attribuire la percentuale maggiore nella prima fascia di età, con percentuali decrescenti nelle successive: una delle interpretazioni di questo dato potrebbe essere quella di un intervento tardivo dei Servizi<sup>38</sup> (Figure 9 e 10).



**Figura 10.** Bambine/i e ragazze/i vittime di violenza in carico al Servizio sociale al 31.12.2018 per classi di età.

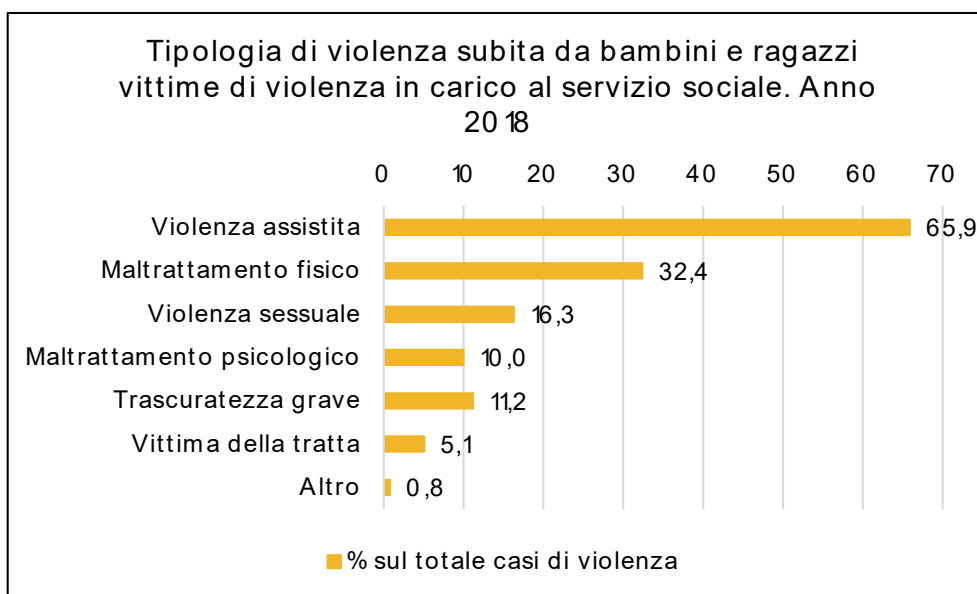
La tipologia di violenza più diffusa è quella assistita, che riguarda quasi il 66% dei casi (Figura 11). Il maltrattamento fisico (quasi un caso su 3) e la violenza sessuale (in aumento con poco più di un caso ogni 6) sono anch'esse tipologie molto diffuse. Ogni soggetto di minore età può essere interessato da più tipi di violenza subita, che è la condizione più frequente.

<sup>37</sup> Resta un dato acquisito, e i dati della WHO del 2002 e del 2006 confermano che:

- stime globali sugli omicidi infantili suggeriscono che le fasce di età più basse sono quelle a massimo rischio;
- la fascia di età dei/delle bambini/e in età prescolare, in particolare la fascia 0-4 anni, presenta un rischio più che doppio rispetto alla fascia 5-14 anni;
- i/le bambini/e molto piccoli/e e in età prescolare sono a massimo rischio di maltrattamento più grave ad esito fatale a causa della loro dipendenza dalle persone adulte, della loro vulnerabilità e della relativa invisibilità sociale.

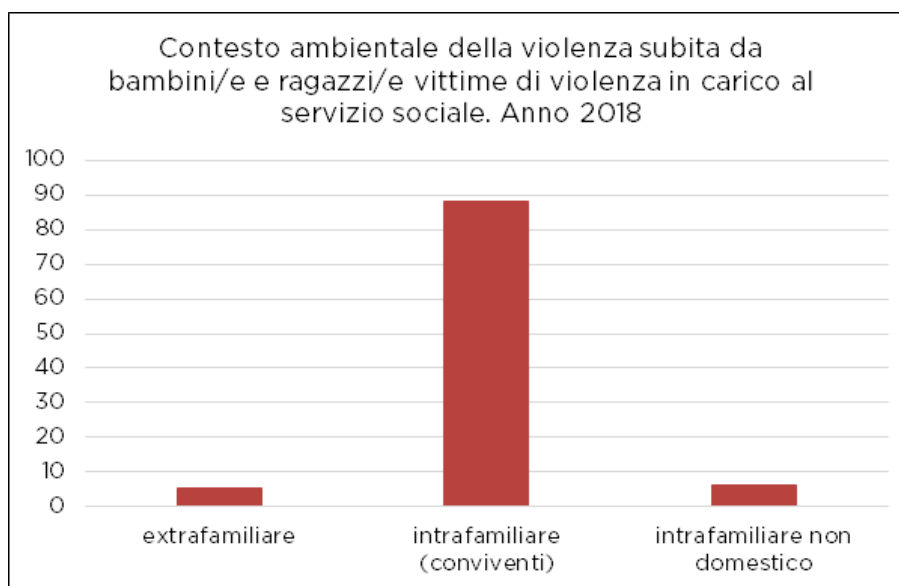
<sup>38</sup> Una analoga ipotesi è stata fatta per spiegare i risultati dell'Indagine nazionale sul maltrattamento in Italia:

<https://terredeshommes.it/download/Indagine-Maltrattamento-bambini-TDH-Cismai-Garante.pdf>



**Figura 11.** Tipologia di violenza subita da bambine/i e ragazze/i vittime di violenza in carico al Servizio sociale sul totale delle violenze rilevate. Anno 2018.

In quasi 9 casi su 10 la violenza è intrafamiliare, ad opera di conviventi (Figura 12). Più raramente avviene al di fuori della famiglia (5,5%, la categoria può includere oltre agli sconosciuti, amici, conoscenti e altre figure che entrano in relazione con il/la minorenne) oppure si consuma in un contesto intrafamiliare ma non domestico (6,3% da parte di parenti non conviventi).



**Figura 12.** Contesto ambientale della violenza subita da bambine/i e ragazze/i vittime di violenza in carico al Servizio sociale sul totale delle violenze rilevate. Anno 2018.

Le persone di minore età vittime di violenza in carico ai Servizi sociali della Regione Emilia-Romagna sono per il 39% con cittadinanza non italiana (Figura 13). Si tratta di una percentuale più che doppia rispetto a quella della presenza di "stranieri" sulla popolazione residente minorenni (le persone di minore età migranti residenti in Emilia-Romagna al 1° gennaio 2019 sono oltre 117mila e costituiscono il 16,6% del totale dei minorenni residenti<sup>39</sup>).

<sup>39</sup> Report stranieri residenti e dinamiche demografiche, anno 2019 <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/notizie/2019/ottobre/stranieri-residenti-in-emilia-romagna-il-nuovo-report-dell2019osservatorio-regionale>

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

Cittadinanza	N. casi	Val %
Italiana	1.346	61,0
Non Italiana	860	39,0
<b>Totale</b>	<b>2.206</b>	<b>100,0</b>

**Figura 13.** Bambine/i e ragazze/i vittime di violenza in carico al Servizio sociale, per cittadinanza. Anno 2018.

Su questi dati in generale sono necessarie alcune riflessioni. La prima, evidente, è la forte disparità di prese in carico per maltrattamento e abuso tra i diversi territori provinciali, che presenta una forbice talmente ampia che non può essere determinata solo da diverse condizioni locali, né da eventi specifici, dal momento che la si ritrova sia nella contingenza (da 0,2 a 1,5 ogni 1.000 residenti minorenni per nuovi casi 2018) che nello storico (da 0,9 a 5,3 ogni 1.000 residenti minorenni per i complessivamente in carico) (Figura 7). Anche non escludendo che ci possano essere difformità metodologiche nella raccolta dei dati<sup>40</sup>, si rileva la necessità sia di creare una maggiore standardizzazione a livello regionale nella definizione operativa (diagnostica) di abuso e maltrattamento, sia di escludere (e nel caso correggere) che ci possano essere sottovalutazioni sistematiche di questo fenomeno.

La seconda osservazione riguarda il fatto che, anche con riferimento ai territori con la più alta incidenza di prese in carico, la stessa è molto al di sotto delle stime epidemiologiche su base catamnestica avanzate sia dall'OMS a livello globale<sup>41</sup> e dei Paesi Occidentali, che dalla ricerca Terre des Hommes/CISMAI<sup>42</sup> relativa all'Italia.

Infine, sempre con riferimento ai dati epidemiologici citati, appare molto sottostimata la percentuale di bambini/e e ragazzi/e in carico per maltrattamento psicologico e per trascuratezza grave, due fattispecie che hanno facilmente esiti evolutivi molto negativi.

Una riflessione su tutto questo è importante per garantire un maggior rispetto dei diritti dei soggetti di minore età, una loro reale protezione da parte delle istituzioni pubbliche e per poter agire, con più efficacia, programmi di prevenzione secondaria e terziaria in questo ambito.

**Raccomandazione:** Si raccomanda l'istituzione dell'Osservatorio epidemiologico nazionale e il consolidamento<sup>43</sup> del sistema informativo regionale.

## 1.4 Fattori di rischio e di protezione<sup>44</sup>

Per prevenire il maltrattamento sui soggetti in crescita è necessario implementare politiche e programmi di azione che prendano in considerazione i fattori di rischio ed i fattori di protezione. È sicuramente necessario avere Servizi socio sanitari diffusi, ben organizzati e adeguatamente coordinati fra di loro sul territorio, tuttavia di fronte a problematiche socio economiche di grande portata è indispensabile che vi siano anche interventi incisivi sulla realtà dei **macro e mesosistemi** (Figura 1). L'OMS a tale proposito raccomanda strategie di **intervento a livello di società e di comunità** (Figura 2), per attrezzare gli/le operatori/trici a individuare precocemente **fattori di rischio individuale e relazionale** che concernono i genitori o chi si prende cura dei/delle bambini/e e fattori di rischio relativi al/alla bambino/a.

Con il termine "**rischio**" si intende una situazione sfavorevole, caratterizzata dall'esistenza di uno squilibrio fra i fattori di svantaggio e le risorse disponibili al soggetto in crescita stesso, alla sua famiglia e al suo contesto sociale per superare le difficoltà, che possono provocare un danno nello sviluppo.

<sup>40</sup> In corso di realizzazione (2020) la semplificazione delle modalità di trasmissione dei dati e di razionalizzazione del set di dati richiesto attraverso l'acquisizione di un sistema gestionale regionale (Datawarehouse) che risponde alle specifiche esigenze ed è adeguato a rispondere al debito informativo regionale in maniera più tempestiva e con un maggior livello di attendibilità e completezza dei dati trasmessi. Le specifiche tecniche (funzionali e operative) del nuovo gestionale saranno oggetto di una circolare regionale che sarà inviata ai servizi sociali territoriali.

<sup>41</sup> [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/)

<sup>42</sup> <https://terredeshommes.it/download/Indagine-Maltrattamento-bambini-TDH-Cismai-Garante.pdf>

<sup>43</sup> Vedi nota 40

<sup>44</sup> Quaderno "*L'appropriatezza degli allontanamenti nelle famiglie maltrattanti*": il quaderno illustra la **ricerca-azione** che l'ufficio del Garante per l'infanzia e l'adolescenza della regione Emilia-Romagna ha condotto con il Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia: <https://www.assemblea.emr.it/garanti/i-garanti/infanzia/seminari-e-convegni/archivio-convegni-e-seminari/prevenire-il-maltrattamento>  
[https://www.assemblea.emr.it/garanti/i-garanti/infanzia/documenti/CISMAI\\_web.pdf/view](https://www.assemblea.emr.it/garanti/i-garanti/infanzia/documenti/CISMAI_web.pdf/view)



La valutazione del rischio e gli interventi di prevenzione del maltrattamento sono due azioni che vanno programmate all'interno dei Piani Sociali e Sanitari e attuate nei servizi di prossimità. Sono molte le esperienze internazionali riguardo l'utilizzo di strumenti di valutazione su popolazioni più o meno selezionate, in ambito domestico e/o in ambulatori di Servizi a bassa soglia, finalizzate all'introduzione di stili educativi, allo sviluppo di comportamenti positivi e alla valorizzazione dei fattori resilienti. Tra gli interventi maggiormente efficaci rivestono un ruolo di primo piano le visite domiciliari da parte di personale sociale o sanitario formato (Allegato 3). Tuttavia, non è ancora del tutto chiaro come si realizzi il risultato positivo e se (e quanto) questo si mantenga nel lungo periodo.

#### a. Fattori di rischio<sup>45</sup>

Molti e disparati fattori possono combinarsi perché un/una bambino/a sia maltrattato/a o trascurato/a<sup>46</sup>. Usando il modello ecologico come contesto per valutare il rischio, alcune caratteristiche (Tabella 1) del/della bambino/a, dei genitori e dell'ambiente possono mettere una/un bambina/o a rischio di maltrattamento, per esempio:

- **per il/la bambino/a** l'età<sup>47</sup> (più piccolo/a è il/la bambino/a e più alto è il rischio di un severo e fatale maltrattamento), difficoltà emozionali/comportamentali, le malattie croniche, le disabilità fisiche e dello sviluppo, la nascita pretermine, essere non voluti o non pianificati;
- **per i genitori** la bassa stima di sé, lo scarso controllo degli impulsi (aggressività, ostilità...), l'abuso di sostanze/alcol, la giovane età della madre o del padre, la depressione o altre malattie mentali (compresa la depressione paterna reattiva<sup>48</sup>), carenti interazioni delle madri o dei padri con i/le propri/e bambini/e, la scarsa conoscenza del loro sviluppo o aspettative non realistiche verso di loro, la concezione negativa del comportamento dei/delle propri/e bambini/e, la percezione negativa del loro normale sviluppo<sup>49</sup>. Questi fattori genitoriali possono rendere i/le bambini/e più vulnerabili a essere maltrattati/e. Inoltre sono generatori di rischio di maltrattamento fisico che si protrae nei primi anni successivi se presenti alla nascita.<sup>50</sup>  
La giovane età della madre o del padre<sup>51</sup> come fattore di rischio non deve essere utilizzata per etichettare giovani genitori come "potenziali abusanti", ma al contrario per sollecitare interventi di supporto e sostegno, per alleviare le eventuali maggiori difficoltà che questi genitori possono manifestare nel crescere i/le propri/e figli/e.
- quali **fattori ambientali**<sup>52</sup>, l'isolamento sociale, ambiente familiare e sociale poco supportivo, relazioni coniugali insoddisfacenti o conflitti di coppia (aggressività fisica o verbale tra genitori) ed eventi di vita stressanti, la povertà e la disoccupazione, lo scarso livello educativo, presenza di più di un/a figlio/a da accudire, una casa con un genitore solo, uomini conviventi non biologicamente legati al/alla bambino/a, la violenza familiare. Spesso molti fattori coesistono e sono tra loro interrelati, aumentando così il rischio del maltrattamento.

L'importanza delle relazioni familiari è emersa anche in studi<sup>53</sup> in cui, indipendentemente dal tipo di violenza, le stesse **dinamiche familiari** sono considerate a rischio se caratterizzate ad esempio da mancanza di chiarezza nella definizione e gestione dei ruoli e da difficoltà nella comunicazione.

<sup>45</sup> Cirillo G., *La prevenzione del maltrattamento*, Quaderni acp 2011; 18(6): 245-249.

<sup>46</sup> Sullivan P.M., Knutson D., *Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study*, Child Abuse Negl 2000;24:1257-73.

<sup>47</sup> Wu S.S., Ma C.X., Carter R.L., et al., *Risk factors for infant maltreatment, a population-based study*, Child Abuse Negl 2004;28:1253-64.

<sup>48</sup> Takehara K. et al., *Study protocol for a randomized controlled trial to test the effectiveness of providing information on childbirth and postnatal period to partners of pregnant women*, BMJ Open 2016;6: e011919. doi:10.1136/bmjopen-2016-011919.

<sup>49</sup> Brofenbrenner U., *Ecology of the family as a context for human development: research perspective*, Dev Psychol 1986;22:723-42.

<sup>50</sup> Kotch J.B. et al., (1999), *Predicting child maltreatment in the first 4 years of life from characteristics assessed in the neonatal period*, Child Abuse & Neglect, 23, 4, 305-319

<sup>51</sup> Sidebotham P., Golding J. (2001) *The ALSPAC Study Team Child maltreatment in the "Children of the Nineties". A longitudinal study of parental risk factors*, Child Abuse & Neglect, 25, 1177-1200

<sup>52</sup> <https://www.istitutodegliinnocenti.it/content/minori-identificati-i-fattori-di-rischio-di-abusi-e-maltrattamenti>

Rapporto Italiano dello "Studio Multi-Paese sui drivers della violenza all'infanzia", condotto ricercatori dell'Istituto degli Innocenti, supervisione Unicef Office Research e Università di Edimburgo. Il Rapporto traccia un quadro sui principali drivers che conducono alla violenza nei confronti dei minorenni. Lo studio indaga gli elementi di carattere più strutturale, come la situazione economica, politica e culturale di una comunità, e i possibili fattori di rischio per la violenza nell'infanzia. L'analisi suddivide i fattori di rischio in più livelli: strutturale, inerente lo status socio-economico e le discriminazioni su base etnica; comunitario, collegato alle dinamiche sociali che ruotano attorno al/alla bambino/a e alla famiglia; individuale e interpersonale, in riferimento all'ambiente familiare e alle esperienze pregresse di abuso subito o assistito in famiglia. Diversi fattori interagiscono tra di loro creando situazioni più e meno a rischio.

<sup>53</sup> Paavilainen E. et al., *Risk factors of child maltreatment within family: towards a knowledgeable base of family nursing*, International J. of Nursing Studies, 2001, 38, 297-303.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

Di seguito sono riportati due esempi di maltrattamento e i corrispondenti fattori di rischio specifici (I e II).

**I. Trauma cranico da abuso<sup>54,55</sup>**

La causa più comune di morte per maltrattamento in età infantile nei Paesi industrializzati è rappresentata dal trauma cranico da abuso (*Abusive Head Trauma* - AHT). Rientra in questo quadro anche quella che in precedenza veniva denominata *Shaken Baby syndrome*, o sindrome del bambino scosso, una forma di trauma encefalico che si verifica quando la testa del/della bambino/a è sottoposta a rapide accelerazioni, decelerazioni e forze rotazionali, anche in assenza di traumi esterni. La maggior parte delle vittime ha meno di un anno, più frequentemente meno di sei mesi di vita.

Si riscontra più frequentemente in bambini di sesso maschile, prematuri, con ritardo mentale o disabilità fisica o psichica, sindrome di astinenza neonatale, a seguito di episodi di pianto inconsolabile.

Ricorrono più frequentemente nel maltrattante le seguenti caratteristiche: sesso maschile (padre biologico/adottivo/partner della madre), età adolescenziale dei genitori (<24 anni), depressione/sensazione di inadeguatezza, utilizzo di sostanze da abuso, bassa estrazione socioculturale, pregressi episodi di violenza, disturbi mentali, comportamento impulsivo.<sup>56</sup>

**II. Bambino/a neglect<sup>57</sup>**

Sebbene il *neglect* (trascuratezza) sia la forma più frequente di abuso, provochi gravi conseguenze allo sviluppo del/della bambino/a e sia la forma di maltrattamento che più frequentemente può causarne la morte, la sua frequenza e gravità tendono ad essere sottovalutate, e casi di *neglect* tendono a non essere riconosciuti, valutati e curati. Il/La pediatra ha un'alta probabilità di incontrare bambine/i vittime di trascuratezza nella propria pratica professionale, ed è importante che sia in grado di riconoscerli e di intervenire in modo appropriato.

Fattori di rischio del genitore: malattie fisiche o mentali, deficit cognitivi, abuso di sostanze.

Fattori di rischio della/del bambina/o: bambini/e piccoli/e, o nati/e prematuri/e o con basso peso alla nascita, bambine/i con problemi di salute complessi o con disabilità sono a maggior rischio di *neglect*.

Molti fattori a livello sociale possono compromettere la capacità dei genitori di fornire cure adeguate ai/alle loro figli/e. Primo fra tutti la povertà, che sembra essere fortemente associata al *neglect*, anche se la maggior parte dei/delle bambini/e di famiglie povere non sono trascurati e la trascuratezza può verificarsi anche in famiglie benestanti. La mancanza di risorse economiche può avere gravi conseguenze negative sulla capacità dei genitori di rispondere anche ai bisogni più elementari dei/delle figli/e, può compromettere ogni aspetto delle cure, dalla salute all'educazione e la capacità di fornire un adeguato controllo e supervisione (per esempio se i genitori hanno bisogno di lavorare, ma non possono pagare l'asilo nido); può compromettere l'alimentazione, le cure dentali, l'abbigliamento, la sicurezza (possono, per esempio, non avere denaro per l'acquisto dei seggiolini omologati per il trasporto in auto).

Occorre qui però precisare che non esiste un legame diretto tra povertà e maltrattamenti su persone di minore età, ma potrebbe esserci un fattore intermedio (ad esempio povertà => stress dei genitori => rischio maggiore di maltrattamenti) (Tabella I).

Quindi le conseguenze dei problemi indotti dalla precarietà rappresentano un vero fattore di rischio e questo è particolarmente evidente nelle famiglie povere. Tuttavia, anche se la letteratura più spesso menziona questo

<sup>54</sup> Cit. «Di fronte ad un pianto incontrollabile i genitori o altre figure educative colpite da sensazioni di rabbia, impotenza ed esasperazione, possono perdere il controllo e nel tentativo di far placare il pianto possono attivare inconsapevolmente dei comportamenti inappropriati, come scuotere violentemente il bambino. Nel 1946 John Caffey, radiologo pediatra, ha descritto per la prima volta le conseguenze dello scuotere con violenza un neonato, ma solo nel 1972 con il termine "*Shaken Baby Syndrome*" o "sindrome del bambino scosso". La Shaken Baby Syndrome (SBS) è una forma di maltrattamento fisico dovuto al violento scuotimento che causa movimenti improvvisi e incontrollati della testa e del collo del bambino piccolo che possono provocare lesioni cranio-encefaliche, e nei casi più estremi la morte; tale sindrome viene considerata la principale causa di morte nei bambini al di sotto di un anno di età. La SBS, generalmente, è una conseguenza dell'incapacità di gestire il pianto del bambino, principale strumento di comunicazione dei neonati e dei lattanti, ma anche fonte di forte stress per i genitori». [http://www.psy.it/wp-content/uploads/2019/07/Maltrattamento-e-abuso-allinfanzia-Indicazioni-e-raccomandazioni\\_luglio.pdf](http://www.psy.it/wp-content/uploads/2019/07/Maltrattamento-e-abuso-allinfanzia-Indicazioni-e-raccomandazioni_luglio.pdf)

<sup>55</sup> <https://www.sip.it/2018/05/27/shaken-baby-sindrome-10-cose-sapere-per-salute-bambino/>

<sup>56</sup> Niola M. et al., *Abusive head trauma: aspetti clinici e medico-legali*, Quaderni acp www.quaderniacp.it 3 (2016).

<sup>57</sup> Berardi C., Pagliano A., *Il bambino neglect: cosa deve sapere il pediatra*, Quaderni acp 4 (2017).



## Capitolo 1 - Maltrattamento-abuso sulle persone di minore età. un problema di salute pubblica

rischio come il più importante, i/le professionisti/e del settore trovano anche un'altra realtà che coesiste: il maltrattamento non ha confini sociali, specialmente in caso di abuso sessuale, abuso psicologico o fisico (ad esempio "bambino scosso") e abbandono, in particolare quando non sono intenzionali.

Bambino/a	Genitore	Famiglia	Comunità/Società
prematurità	genitore adolescente	violenza subita dal partner	quartiere violento / non sicuro
Coliche, bambino/a esigente-difficile	depressione, ansietà, altre condizioni di salute mentale problematica	genitore singolo	non disponibilità di assistenza per infanzia a prezzi accessibili
malattia cronica	abuso di sostanze	povertà	assenza di attività comunitarie, programmi per bambini/e
difficoltà emozionali/relazionali	scarso controllo degli impulsi	disoccupazione	mancanza di sostegno governativo ai programmi di assistenza sociale
disabilità di sviluppo	storia di abuso o punizione severa da bambino/a	presenza di persona adulta convivente non biologicamente correlata	
disabilità fisica	mancanza di sostegno sociale		
bambino/a indesiderato/a	genitore singolo		
gestazione multipla	scarsa conoscenza del normale sviluppo e comportamento del/della bambino/a		
	stress grave		

**Tabella I.** Esempi di **fattori di rischio** di maltrattamento infantile secondo la prospettiva ecologica.

### b. Fattori protettivi<sup>58,59</sup>

Per comprendere cosa renda gli individui capaci di un buon adattamento anche nelle condizioni più avverse è stato necessario introdurre i concetti di risorsa e di fattori protettivi che sono esattamente opposti a quelli di rischio poiché la loro presenza è predittiva di un buon adattamento.

<sup>58</sup> Cirillo G., *La prevenzione del maltrattamento*, Quaderni acp 2011; 18(6): 245-249.

<sup>59</sup> "Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence" World Health Organization, 2006. La ricerca fatta dall'OMS sull'efficacia dei modelli indica che i programmi che hanno dato maggiori risultati in termini di prevenzione contenevano i seguenti elementi:

- particolare attenzione alle famiglie che presentano fragilità psico-sociali, alle madri adolescenti, sole e con reddito basso, e ai genitori con una storia di abuso di sostanze o con traumi pregressi legati alla violenza;
- famiglie con maggior bisogno di servizi e supporto nei casi di: bambini nati pretermine e con malattie croniche e disabilità.

Le azioni preventive possono avere carattere universale o sulle categorie a rischio.

La ricerca si è concentrata maggiormente sui fattori di resilienza, cioè, fattori che diminuiscono l'impatto del maltrattamento sulla vittima minorenni. **Fattori che sembrano facilitare la resilienza** includono:

- attaccamento stabile del minore ai membri adulti della famiglia
- alti livelli di attenzione da parte del padre durante l'infanzia
- il non avvicinarsi a pari che delinquono o che abusano di sostanze
- una relazione calorosa e di supporto con un genitore inoffensivo
- assenza di stress derivante da abusi subiti.

Ci sono poche informazioni circa i fattori che proteggono le famiglie ed i/le minorenni da nuovi casi di maltrattamento nell'infanzia. Alcuni studi hanno dimostrato come vivere in una comunità con una forte coesione sociale abbia un effetto di protezione e possa ridurre il rischio di violenza, anche quando altri fattori di rischio sono presenti.

Sulla base dell'attuale conoscenza relativa allo sviluppo nella prima infanzia, ai fattori di rischio per il maltrattamento, e all'evidenza relativa all'efficacia di certe strategie di prevenzione, è chiaro che unità familiari stabili possono essere una potente fonte di protezione per le persone di minore età. Una buona educazione dei/delle figli/e, un forte attaccamento tra genitori e minorenni, tecniche non corporali positive di disciplina, sono verosimilmente fattori di protezione. Questi elementi apparentemente protettivi dovrebbero essere incoraggiati, specialmente nelle comunità con livelli di coesione sociale bassi.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

Con il termine “**risorsa**” si indicano gli aspetti concreti e materiali di cui dispongono gli individui, i “**fattori protettivi**” si riferiscono all'interazione, alla qualità dell'ambiente e delle persone con cui si interagisce o da cui provengono le cure (Tabella II).

Nella valutazione dei fattori di rischio per maltrattamento gli/le operatori/trici sociosanitari/e, e soprattutto i/le pediatri/e, possono identificare e considerare i fattori di forza delle famiglie, in quanto il maltrattamento si verifica quando i fattori di rischio sono più grandi di quelli protettivi e i fattori di stress eccedono i fattori di sostegno. Possono essere identificati fattori protettivi quali l'attaccamento tra i membri familiari, la conoscenza da parte dei genitori dello sviluppo di bambine/i, la resilienza emotiva dei genitori e il concreto supporto come cibo, vestiario, casa, trasporti e servizi. Sebbene la prevenzione oggi ricerchi l'interdipendenza di cause multiple del maltrattamento di bambine/i, molti interventi vengono focalizzati su particolari fattori di rischio. Si è notato che diversi fattori proteggono un/una bambino/a dal maltrattamento e aiutano i/le bambini/e ad avere resilienza rispetto agli effetti del maltrattamento. Usando lo stesso scenario ecologico, i fattori protettivi comprendono le caratteristiche del/della bambino/a e della famiglia e fattori di sostegno esterni alla famiglia.

I connotati caratteriali del/della bambino/a che possono essere protettivi sono, per esempio l'abilità cognitiva intorno alla media, il controllo di sé e l'auto resilienza; anche una forte e sicura relazione familiare rappresenta un elemento protettivo importante così come, a livello extrafamiliare, lo è l'accesso a Servizi sanitari, educativi e di welfare sociale.

Fattori protettivi: esempi
Il supporto sociale nel contesto in cui si vive
La <i>Self efficacy</i> , cioè la convinzione di un individuo nella sua capacità di riuscire
La capacità dei genitori di identificare e assicurarsi risorse e servizi utili del territorio
Il senso di competenza di un genitore nell'educazione dei/delle figli/e
Bambine/i che hanno una persona adulta di supporto nella loro vita
Bambini con elevata intelligenza, autostima / autoefficacia, coinvolti in attività extrascolastiche o istituzioni religiose

**Tabella II.** Esempi di **fattori protettivi** nei confronti del maltrattamento infantile.

### Nota del gruppo redazionale

La valutazione contemporanea dei fattori di rischio e dei fattori di protezione è soggetta a quel fenomeno dis-percettivo noto come “inversione figura-sfondo”, dove in primo piano finiscono sempre i primi, anche a causa della necessità evolutiva che gli esseri umani hanno (fin dall'avvento dell' homo sapiens) di essere più consapevoli dei pericoli che dei “piaceri”. A questo proposito, il gruppo di scrittura del quaderno cita l'articolo di Wilkins D. (2015)<sup>60</sup>: l'articolo riporta una ricerca qualitativa condotta con assistenti sociali e responsabili di Servizio sociale nel Regno Unito (18 in tutto) sulle modalità con le quali gli stessi trattano le segnalazioni di possibile rischio per abuso e maltrattamento a carico di minorenni, per prendere decisioni operative. La ricerca è stata condotta attraverso la presentazione e discussione di alcune storie poste sotto forma di segnalazione.

Secondo Wilkins, lo studio mostra che avere più tempo a disposizione permette agli/alle operatori/trici di essere più riflessivi e analitici, ma non influisce sulla loro capacità da un lato di distinguere tra fattori protettivi (dell'ambiente) e fattori di resilienza (degli individui e dei nuclei), e dall'altro di correlare entrambi con i fattori di rischio, al fine di prendere adeguate e tempestive misure di protezione; in particolare, gli/le operatori/trici mostrano difficoltà ad andare oltre l'evento e a interrogarsi a sufficienza sulle caratteristiche della persona di minore età e sulla storia della famiglia, anche solo a partire dai pochi dettagli a disposizione nella segnalazione. L'autore rimarca anche il fatto che, mentre per i fattori di rischio sono disponibili molti strumenti, per lo screening e la valutazione, per i fattori di protezione molto meno.

<sup>60</sup> Wilkins D., *Risk and Protective Factors: How Do Social Workers and Social Work Managers Analyse Referrals that May Indicate Children Are at Risk of Significant Harm*, British Journal of Social Work, 45, 395-411, 2015.

In generale, e contrariamente ad altre precedenti ricerche, Wilkins trova che gli/le operatori/trici siano piuttosto preparati ad analizzare i fattori di rischio e conoscano la letteratura (e gli strumenti) sull'argomento, ma lo siano molto meno nella valutazione dei fattori di protezione (nel contesto) e nei fattori di resilienza (nell'individuo), che spesso confondono e su cui posseggono pochi strumenti di valutazione e analisi. Sui fattori di protezione/resilienza, la discussione tra gli/le operatori/trici risulta più sterile e molto minore è la capacità di inferire elementi aggiuntivi (o fare ipotesi) dall'analisi della segnalazione. Di conseguenza, è limitata la capacità di predire quanto i fattori di protezione/resilienza siano in grado di rendere minore il rischio: questa difficoltà può condurre a scelte inopportune circa la ricerca di ulteriori informazioni disponibili e la tempistica/appropriatezza dell'intervento protettivo immediatamente messo in atto.

Rispetto alla fonte di possibili ulteriori informazioni, chi partecipa tende ad indicare principalmente chi segnala (che, di suo, se segnala, avrà messo l'accento sui fattori di rischio e sarà ciò che continuerà a fare), piuttosto che il ricorso ad altre fonti. In ogni caso, avere una strategia conoscitiva ulteriore permette agli/alle operatori/trici di essere meno preoccupati, quindi meno a rischio di commettere errori.

Il gruppo redazionale trova questa analisi piuttosto corretta; anche guardando l'esempio di scheda di rilevazione del rischio di pregiudizio (Allegato 4), si vede che gli item relativi al rischio, oltre che più abbondanti, sono molto più definiti e concreti, rispetto ai fattori protettivi, molto generici e non contestuali (possono valere per la nostra regione come per altri territori/Stati).

A parere delle autrici e degli autori del presente quaderno quindi, a parte la valutazione delle caratteristiche di resilienza (che, comunque, richiede tempo), la possibilità di attivare "tempestivamente" reti sociali di protezione (per rompere il ciclo della solitudine) e di facilitare/valorizzare "tempestivamente" l'accesso alla rete dei Servizi "di tutti/e" (secondo l'età), sono di per sé stessi fattori di protezione contestuale importanti per le nostre comunità.

#### 1.4.1 Stili educativi

Per promuovere stili educativi positivi e una buona relazione familiare, *Save the Children* nel 2012 ha pubblicato una guida pratica che fornisce indicazioni su come costruire un buon rapporto genitori - figli<sup>61</sup>.

In premessa alla guida sono riportati i diritti dell'infanzia e adolescenza secondo quanto sancito nella Convenzione sui diritti dell'infanzia e adolescenza adottata dalle Nazioni unite nel 1989, che ribadisce come i/le bambini/e siano esseri umani a pieno titolo, che hanno diritto ad essere protetti da ogni violenza, che hanno diritto ad esprimere la propria opinione, che hanno diritto alla propria dignità. A questo conseguono gli obiettivi della guida, con la finalità di promuovere un approccio genitoriale non violento, volto alla individuazione di soluzioni ai problemi, rispettoso dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, e basato sui principi del loro sviluppo. Tutto ciò supportato dalle evidenze scientifiche, che dimostrano come le punizioni fisiche o degradanti indeboliscano il legame fra genitori e figli/e, generino sentimenti di rancore nei confronti dei genitori, compromettano lo sviluppo emotivo e possano procurare lesioni fisiche.

A tal fine, i principi su cui costruire una buona genitorialità sono:

1. Individuare obiettivi a lungo termine. Questo comporta pensare a come vorremmo che fosse da adulto nostro/a figlio/a: per esempio onesto, sicuro di sé, educato/a, empatico/a, responsabile e non violento/a; e significa comportarci per primi secondo questi principi. Reagire come genitori in modo aggressivo e violento agli stress del breve periodo (urlare, minacciare, schiaffeggiare, afferrare con forza) danneggia l'autostima del/della bambino/a e compromette i rapporti reciproci.
2. Far sentire il proprio affetto, sia in termini di protezione fisica che emotiva, e fornire punti di riferimento, anche quando nostro/a figlio/a sbaglia. Sostenerlo/a e incoraggiarlo/a lo/a aiuterà ad imparare dai propri errori e ad affrontare situazioni difficili in un modo positivo.
3. Comprendere cosa pensano e cosa provano i/le bambini/e nelle diverse situazioni; per riuscire a fare questo è necessario conoscere le tappe di sviluppo, in modo tale da commisurare le aspettative alle loro reali capacità. Saper riconoscere il significato del pianto, o delle fasi oppostive, o della ricerca di indipendenza, è fondamentale per mettere in atto risposte e comportamenti adeguati e incoraggianti.
4. Assumere un approccio teso alla risoluzione dei problemi invece che alle punizioni. Il compito dei genitori è quello di sostenere e guidare i/le propri/e figli/e nel corso del loro processo evolutivo.

<sup>61</sup> Save the Children: "Guida pratica alla genitorialità positiva. Come costruire un buon rapporto genitori – figli": <https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/guida-pratica-alla-genitorialita%C3%A0-positiva>

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

All'interno della guida sono contenuti alcuni esercizi per i genitori che in modo molto chiaro ed efficace, con esempi centrati sul proprio comportamento di fronte a situazioni di stress, li guidano nella comprensione dei contenuti.

A questo proposito nel 2017 Durrant, J. et al.<sup>62</sup> descrivono l'esperienza condotta con lo **strumento PDEP** (*Positive Discipline in Everyday Parenting*)\* su 525 genitori arruolati per il programma, residenti in 13 Paesi suddivisi rispetto al grado IHD (Inequality-Adjusted Human Development Indices) di sviluppo (alto medio basso: aspettativa di vita, scolarità, stato economico del Paese) e all'interno del Paese per distribuzione di equità.

Il programma infatti prevede di promuovere uno stile educativo incoraggiante e propositivo: incoraggiare ad imparare anziché chiedere di ubbidire, essere genitori sensibili anziché intrusivi, promuovere l'indipendenza anziché esercitare il controllo. L'obiettivo dell'intervento educativo sui genitori era la prevenzione o la riduzione del maltrattamento. La modalità di intervento era su gruppi di 5-20 persone condotti da facilitatori/trici esperti/e di PDEP; l'intervento consisteva di 8 incontri di 2 ore più un *follow up* a 2-3 settimane.

La valutazione è stata fatta sulla soddisfazione e sulla percezione di impatto dei genitori. Il gruppo ad alto sviluppo era più spesso rappresentato da donne, di età più avanzata, più istruite, con meno figli/e, e che ha giudicato il programma poco efficace. Molto soddisfatto invece il gruppo a basso sviluppo, che ha giudicato l'intervento utile alla miglior comprensione dello sviluppo e del rapporto dei/delle figli/e, migliore comunicazione con loro, miglior controllo della rabbia e rafforzamento dei legami, mentre la percezione di maggior impatto era nel gruppo a medio sviluppo.

Gli Autori che hanno condotto questo programma sottolineano l'importanza di promuovere stili educativi corretti già all'inizio della esperienza genitoriale.

All'Allegato 4 è riportato un esempio di scheda di rilevazione del rischio di pregiudizio in cui sono presentati i fattori di rischio e quelli protettivi da rilevare/segnalare/analizzare.

Appare importante quindi dotarsi di un **modello interpretativo** che consenta di non sottovalutare né gli eventuali elementi familiari che mettono a rischio il bambino né le potenzialità e le risorse su cui far leva per contrastare o ridurre l'impatto dei fattori negativi. Si tratta quindi di acquisire un punto di vista più attento all'influenza dei fattori di protezione.

#### 1.4.2 Identificazione delle famiglie a rischio o protettive

Uno screening universale (es. screening di tutte le famiglie) nella pratica delle cure primarie è raccomandato, anche se probabilmente poco praticabile, perché elimina lo stigma di screening delle famiglie selezionate, e riduce la probabilità di perdere le famiglie a rischio.

Tra gli strumenti di screening che identificano molteplici **fattori di rischio** di maltrattamento vi sono:

- Lo **SPARK** (*Structured Problem Analysis of Raising Kids* - questionario strutturato sull'analisi dei problemi di bambini in crescita)<sup>63</sup> identifica i fattori che possono aumentare il rischio di maltrattamento della/del bambina/o come la salute, lo sviluppo e il comportamento dei/delle bambini/e, l'approccio genitoriale, contatti sociali e supporto informale, ambiente familiare e comunitario.
- Un altro modello che incorpora un questionario per lo screening dei **fattori multirischio** è il *Safe Environment for Every Kid (SEEK)*<sup>64</sup> (Allegato 5). Il *Parent Screening Questionnaire (PSQ)*, un componente di SEEK, è un documento a pagina singola che richiede informazioni su molteplici fattori di rischio di maltrattamento, compresa la depressione dei genitori, l'abuso di sostanze, il sostegno sociale, la violenza del partner intimo (IPV), grave stress genitoriale e insicurezza alimentare.

<sup>62</sup> Durrant J. et al., *Parents' views of the relevance of a violence prevention program in high, medium, and low human development contexts*, International Journal of Behavioral Development (2017).

<sup>63</sup> Staal IIE, vandenBrink HAG, Hermanns JMA, et al. Assessment of parenting and developmental problems in toddlers: development and feasibility of a structured interview. *Child: care, health and development*. 2011;37:503–51; Staal IIE, Hermanns JMA, Schrijvers JP, et al. Risk assessment of parents' concerns at 18 months in preventive child health care predicted child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. 2013;37:475–484. In Lane WG Prevention of Child maltreatment, in *Child maltreatment*, *Pediatr Clin North Am*. 2014, oct.61(5):873-888 Dubowitz H, Lewenthal JM Ed. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2014.06.002>.

<sup>64</sup> Dubowitz H., *The Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model: Helping promote children's health, development, and safety*, *Child Abuse & Neglect* 38 (2014) 1725–1733.

## 1.5 Approfondimenti su alcune forme di maltrattamento ed abuso

Classificare le varie forme di maltrattamento all'infanzia (Montecchi, 2002<sup>65</sup>; WHO 1999<sup>66</sup>, 2006<sup>67</sup>; SINPIA, 2007<sup>68</sup>) è utile per fini esemplificativi, ma è opportuno ribadire che il soggetto di minore età è più frequentemente vittima di "costellazioni" maltrattanti multiformi.

Il gruppo redazionale del presente quaderno si rifà alla classificazione sotto riportata e già seguita nelle stesse Linee di indirizzo regionali<sup>69</sup>. Vengono però ripresi di seguito approfondimenti su alcune forme di violenza di cui, rispetto allo stesso documento sono intervenute novità di rilievo o che si intende illustrare ulteriormente o riprendere a seguito dell'analisi bibliografica svolta o degli sviluppi dei progetti regionali dedicati alla tematica.

Il maltrattamento/abuso può esprimersi in:

- maltrattamento fisico (comprese le mutilazioni genitali femminili);
- maltrattamento psicologico;
- violenza assistita;
- abuso sessuale;
- abuso on line;
- patologia delle cure (incuria/trascuratezza grave, discuria, ipercuria);

e inoltre:

- bullismo e cyberbullismo.

### 1.5.1 Violenza assistita

Per violenza assistita s'intende il fare esperienza, da parte del/della bambino/a, di qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte e minori, compresi gli animali domestici. S'include l'assistere alle violenze messe in atto da coetanei/e su persone di minore età o su altri membri della famiglia, gli abbandoni e i maltrattamenti ai danni di animali domestici. Il/La bambino/a può fare esperienza di tali atti direttamente (quando avvengono nel suo campo percettivo) oppure indirettamente quando ne è a conoscenza o ne percepisce gli effetti (CISMAI, 2003)<sup>70</sup>. La violenza assistita rappresenta un fattore di rischio altamente predittivo per le altre forme di maltrattamento. Nelle situazioni più gravi, le madri e i/le figli/e possono venire uccisi, anche per la tendenza del fenomeno a prefigurarsi come un'*escalation* in termini di danno prodotto e pericolosità (Bertotti, 2005)<sup>71</sup>. È necessario distinguere le situazioni di "conflitto genitoriale" dalle condizioni di violenza di un/una partner sull'altro/a (CISMAI, 2005)<sup>72</sup>. Le prime riguardano i litigi tra familiari e le separazioni conflittuali, nelle quali possono essere coinvolte le persone di minore età. Il conflitto si sviluppa in una situazione di parità tra i partner in termini di possibilità di vittoria, negoziazione, confronto e senza la paura per la propria incolumità. La violenza di un/una partner sull'altro/a implica, al contrario, una evidente disparità di potere.

Come segnalazione la violenza assistita rappresenta la punta dell'iceberg: in Italia solo al termine degli anni Novanta la violenza assistita ha trovato un suo riconoscimento sociale grazie al lavoro svolto dai centri antiviolenza<sup>73</sup>. Un'indagine del Cismai e *Terres des Hommes* del 2012<sup>74</sup> ha messo in evidenza che la violenza assistita è una forma di maltrattamento anche nei confronti dell'infanzia e dell'adolescenza e costituisce la seconda forma in Italia di violenza più diffusa tra quelle registrate (19,4%): circa 1 bambino/a su 5 fra quelli altrattati/e è testimone di violenza domestica intrafamiliare<sup>75</sup>.

<sup>65</sup> Montecchi F., (2002), *Maltrattamenti e abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce*, Milano, Franco Angeli Ed.

<sup>66</sup> World Health Organisation (1999) *World report on violence and health*.

<sup>67</sup> Vedi nota 32

<sup>68</sup> <https://www.sinpia.eu/linee-guida/linee-guida-anno-2007/>

<sup>69</sup> Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso, DGR 1677/2013, Regione Emilia-Romagna.

<sup>70</sup> <https://cismai.it/iii-congresso-cismai-bambini-che-assistono-alla-violenza-domestica/>

<sup>71</sup> Bertotti T., Bianchi D. (2005) *La rilevazione della violenza assistita nei servizi sociali territoriali pubblici e privati*, in Luberti, Pedrocco Biancardi, (2005) "La violenza assistita intrafamiliare", Franco Angeli Ed.

<sup>72</sup> "Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri", www.cismai.org., 2005 <https://cismai.it/requisiti-minimi-degli-interventi-nei-casi-di-violenza-assistita/>

<sup>73</sup> "Documento sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita", CISMAI 2005.

<sup>74</sup> "Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia" <https://terredeshommes.it/download/Indagine-Maltrattamento-bambini-TDH-Cismai-Garante.pdf>

<sup>75</sup> Nel 2016 Save the Children, a partire dai dati diffusi dall'ISTAT nel 2015, ha stimato che in Italia circa 427.000 minorenni nel solo



Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

È stato prima detto che il/la bambino/a può farne esperienza diretta, indiretta (cioè essere a conoscenza della violenza) e/o percepirne gli effetti. Il potenziale patogeno della violenza assistita è pari a quello della violenza subita<sup>76,77</sup> ed è uno dei fattori di rischio per la trasmissione transgenerazionale della violenza: spesso i bambini, che assistono a episodi di maltrattamento nell'ambiente domestico, diventano a loro volta violenti a scuola e/o con i/le bambini/e più deboli. Hanno spesso problemi di socializzazione che possono virare da un comportamento inibito/ritirato a esplosioni di rabbia. Alla base di queste condotte c'è un doloroso vissuto di impotenza, per l'impossibilità di avere una casa "sicura", che corrisponde anche a uno spazio interno e relazionale sicuro.

**La rilevazione.** Spesso la scuola e i/le pediatri/e sono i primi a cogliere i segnali di disagio. Per questo motivo i progetti e gli interventi educativi sulla violenza assistita devono essere rivolti anche ai/formatori/trici e ai sanitari che potrebbero venire in contatto con queste realtà. La vittima della violenza (spesso la mamma) a cui assiste la/il bambina/o presenta frequentemente tratti di dipendenza, aspetti di minimizzazione e di collusione: affinché l'intervento sia efficace è fondamentale tenere in considerazione il fatto che la dinamica familiare "patologica" interessa sia la vittima che il carnefice. Deve essere quindi implementato un sistema di rilevazione della presenza di minorenni conviventi con madri vittime di violenza, a prescindere dal tipo di reato contestato all'autore della violenza, per poter migliorare l'analisi del fenomeno. È auspicabile infine il rafforzamento del sistema di coordinamento tra Enti locali, Servizi sanitari, Servizi sociali, centri antiviolenza e soggetti del Terzo settore attivi nel campo della protezione dei soggetti di minore età<sup>78</sup>.

**La protezione.** Deve caratterizzarsi per tempestività, efficacia e durata. Interventi scorretti e non coordinati possono essere peggiorativi della situazione, soprattutto se non si può contare sulla continuità dell'intervento stesso. In questi casi vale il principio "*primum non nocere*". È necessario individuare un meccanismo di comunicazione che tenga salvo il segreto istruttorio relativo alle indagini per presunti reati relativi alla violenza domestica, quando siano coinvolti direttamente o indirettamente figli/e minorenni, per poter attivare senza ritardi l'interlocuzione tra la Procura Ordinaria e il Tribunale per i Minorenni. Quest'ultimo deve poter emanare dei provvedimenti di protezione d'urgenza a favore del/della figlio/a minore, anche quando è in corso presso il Tribunale Ordinario un procedimento di separazione dei genitori che verta anche sull'affidamento delle/dei figlie/i, atti a consentire l'avvio di una presa in carico volta al recupero dei danni subiti a causa della violenza domestica (autorizzazione al cambiamento della scuola, all'attivazione di percorsi terapeutici, ad eventuali viaggi all'estero, ...).

**La valutazione.** Deve essere multiprofessionale, e prevedere un intervento sull'intero nucleo<sup>79</sup>. Ostacoli all'intervento: la sottovalutazione della diffusione del fenomeno, della sua pericolosità e del rischio di *escalation* verso altre forme di violenza.

**Le conseguenze.** Possono essere varie, talvolta sovrapponibili ai sintomi del *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD), e al pari delle altre forme di abuso e maltrattamento coinvolgono anche lo sviluppo fisico e cognitivo del/della bambino/a (Tabelle IV-VI). Alcuni autori<sup>80, 81</sup> hanno rilevato che i/le bambini/e piccoli/e esposti/e a violenza domestica manifestano spesso eccessiva irritabilità, paura, introversione, e, in età scolare, si possono manifestare problemi sia internalizzanti che esternalizzanti, oltre a difficoltà scolastiche e di apprendimento.

### 1.5.2 Violenza domestica in gravidanza

La *Convenzione di Istanbul* del 2011<sup>82</sup> indica con il termine di **violenza domestica** "tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o

---

nell'arco temporale 2009-2014 hanno vissuto la violenza dentro casa. Per la stima sono state prese in considerazione solo le donne con figli dai 30 ai 54 anni (che presumibilmente avevano figli minorenni all'epoca delle violenze, considerando anche l'età media al primo figlio in Italia), che hanno subito violenza nel corso dell'ultimo anno o nel corso degli ultimi 5 anni. La stima dei figli minorenni è stata poi calcolata sul numero medio di figli per donna. Da "Abbattiamo il muro del silenzio" [https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/abbattiamo-il-muro-del-silenzio-il-dossier\\_1.pdf](https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/abbattiamo-il-muro-del-silenzio-il-dossier_1.pdf)

<sup>76</sup> WeWorld "Gli italiani e la violenza assistita: questa sconosciuta": <https://www.weworld.it/pubblicazioni/2017/Brief-Report-4-2017/files/assets/common/downloads/publication.pdf>

<sup>77</sup> Martinetti M.G., Stefanini M.C., (2012) *Approccio evolutivo alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. Seid Editori.

<sup>78</sup> Abbattiamo il muro del silenzio. Bambini che assistono alla violenza domestica. Dossier di Save the Children Italia Onlus, Giugno 2018 [https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/abbattiamo-il-muro-del-silenzio-il-dossier\\_1.pdf](https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/abbattiamo-il-muro-del-silenzio-il-dossier_1.pdf)

<sup>79</sup> Mazzucchelli F. (2011), *Il sostegno alla genitorialità. Professionalità diverse in particolari situazioni familiari*, Ed. Franco Angeli.

<sup>80</sup> Osofsky J.D. (1999), *The impact of violence on children*, in *The Future of Children, Domestic Violence and Children*, 9(3):33-49.

<sup>81</sup> James M. (1994), *Domestic Violence as a form of child abuse: identification and prevention*, NCPC Issues no.2, Australian Institute of Family Studies.

<sup>82</sup> [https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DOSSIER/0/750635/index.html?part=dossier\\_dossier1-sezione\\_sezione2-h2\\_h22](https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DOSSIER/0/750635/index.html?part=dossier_dossier1-sezione_sezione2-h2_h22)

tra attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima". L'elemento centrale della violenza domestica è un modello costante di comportamento finalizzato al controllo da parte del partner che lo applica attraverso una condotta violenta e minacciosa. Nella maggior parte dei casi, tale comportamento è parte di una serie di tattiche per esercitare potere e controllo sulle donne e sui/sulle loro bambini/e.

Esiste anche un maltrattamento che riguarda la socialità che si manifesta con l'isolamento sistematico della donna dalla famiglia e dalle amicizie, la richiesta di trasferimento in luoghi in cui lei non conosce nessuno e il vietarle o impedirle fisicamente di uscire e di incontrare altre persone.

Rispetto alla violenza domestica, la **gravidanza** può essere un fattore protettivo o al contrario diventare un fattore di rischio e ciò contribuisce a ridimensionare la percezione comune che ritiene magica questa fase della vita per tutte le donne. Studi affermano che se la violenza può riguardare le donne di ogni età, il maltrattamento risulta essere prevalente in età riproduttiva<sup>83</sup> e i rischi di violenza domestica risultano essere più elevati in stato di gravidanza e nel periodo dopo la nascita<sup>84,85</sup>. L'OMS in particolare, ha evidenziato come nel mondo la violenza in gravidanza, agita dal partner, manifesti una prevalenza compresa tra il 4% e il 12%<sup>86</sup>.

La letteratura richiama **alcuni fattori di rischio** che più frequentemente risultano **correlati a situazioni di violenza in gravidanza**; per esempio una precedente storia di violenza, una gravidanza non desiderata, la giovane età della donna, la presenza di malattie a trasmissione sessuale, una situazione di isolamento sociale, l'assenza di una rete familiare e sociale, l'uso di sostanze, alcol, farmaci da parte della donna o del partner, la presenza di una patologia psichiatrica della donna o del partner.

Esistono alcuni comportamenti o situazioni che la letteratura internazionale indica come meritevoli di attenzione, quando una donna è in **gravidanza** e che, associati ad altri fattori, possono essere dei campanelli di allarme rispetto a possibili situazioni di violenza, in particolare: un accesso iniziale tardivo al servizio; frequenti cambiamenti nella sequenza degli appuntamenti concordati; accessi ripetuti al servizio per motivi non obiettivabili e vaghi; abuso di alcol, farmaci, sostanza stupefacenti; una situazione di disagio mentale; una gestione inadeguata o un'evidenza di scompenso di malattie croniche preesistenti; lesioni visibili o nascoste di accessori come occhiali o sciarpe; presenza di lividi con stadi diversi di guarigione; descrizione del partner come una persona con un carattere e dei comportamenti che potrebbero celare una situazione di violenza.

Va posta attenzione anche ai **comportamenti del compagno** perché potrebbero connotarsi come potenziali indicatori di una possibile situazione di violenza. Tra questi comportamenti si segnalano: il presentarsi come un accompagnatore invadente o che non vuole mai lasciare da sola la donna durante le visite, che risponde sempre al posto della donna, che cancella consecutivamente due o più appuntamenti, che si manifesta minaccioso nei suoi confronti, sia negli sguardi che nella comunicazione verbale, che fa abuso di alcol, farmaci e sostanze stupefacenti, che evidenzia una situazione di disagio mentale.

### 1.5.3 Violenza tra pari

#### a) Bullismo<sup>87</sup>

Per bullismo si intende una forma di prevaricazione, di oppressione psicologica o fisica, agita da un singolo o da un gruppo, che viene esercitata in maniera continuativa. Le aggressioni e i soprusi vengono imposti ripetutamente a soggetti particolarmente deboli e incapaci difendersi e di chiedere aiuto, fino a procurare in loro soggezione e sofferenza psicologica. Il bullismo si differenzia dai normali litigi tra adolescenti poiché assume il carattere di persecutorietà.

L'atto di bullismo non coinvolge solo il/la bullo/a e la vittima, ma ci sono diversi ruoli (Tabella III).

<sup>83</sup> Devi S. (2012), *US guidelines for domestic violence screening spark debate*, The Lancet, 379:506.

<sup>84</sup> Gazmararian J. et al. (1996), *Prevalence of violence against pregnant women*, Journal of the American Medical Association, 275: 1915-20.

<sup>85</sup> Taft A. (2002), *Violence against women in pregnancy and after childbirth*, Australian Domestic and Family Violence, Clearinghouse, University of New South Wales, Sydney.

<sup>86</sup> WHO (2011), *Intimate partner violence during pregnancy*. Information sheet.

<sup>87</sup> Arcari A., Provantini K., (2019), *Bullismo*, Collana "I movimenti e le idee", Editrice Bibliografica.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

Ruolo	Azione
Il/La "bullo/a dominante", il/la "persecutore/trice"	Dà l'avvio all'atto di bullismo
Gli aiutanti del/della bullo/a	Partecipano all'azione aggressiva con ruoli secondari
Chi sostiene il/la bullo/a	Rinforzano l'azione aggressiva (ridendo, incitando o stando a guardare)
La vittima	Subisce l'aggressione incapace di reagire e di difendersi
Chi difende la vittima	Prende le sue difese consolandola o cercando di interrompere l'aggressione
La maggioranza silenziosa	Rimane passiva cercando di non farsi coinvolgere da quanto accade

Tabella III. Ruoli e azioni nel bullismo.

Nel/nella bambino/a l'espressione dell'aggressività, componente necessaria del comportamento, fisiologicamente consente varie funzioni, ma solo se usata costruttivamente (esplorare facendo danni, distruggere per ricostruire, il piacere di fare pace): il/la bambino/a deve fare esperienza che la sua aggressività e l'amore di cui ha bisogno possono coesistere. In un percorso di crescita equilibrato bisogna imparare a "immaginare" un'aggressione senza doverla mettere necessariamente in atto, dare appagamento nella fantasia al nostro desiderio di distruggere senza fare danni reali, si impara che gli istinti possono essere anche trattenuti e non solo agiti impulsivamente. Una sana aggressività è correlata alla possibilità di sentirsi vivi e reali, e quando questo passaggio è impossibilitato l'aggressività diventa rabbia. La rabbia può rimanere chiusa dentro la/il ragazza/o e diventare depressione e ritiro sociale o essere scaricata all'esterno tramite comportamenti antisociali.

Posto che l'aggressività in adolescenza sempre più spesso si correla a insoddisfazione e disagio emotivo, si può constatare che bullo/a e bullizzato/a hanno entrambi un problema con l'aggressività:

- il/la bullo/a non la sa gestire e la butta all'esterno, sembra potersi esprimere solo attraverso esplosioni di rabbia;
- la vittima non tollera di sentirla dentro di sé, perché lo/a fa sentire cattivo/a, e quindi non la esprime per niente, appare trattenuta a stento da chi non riesce a reagire di fronte ad un atto di prepotenza, rendendosi inconsapevolmente di nuovo disponibile ad essere perseguitato/a.

**I maschi** esprimono l'aggressività prevalentemente attraverso la prevaricazione fisica sull'altro.

**Le femmine** tendono a prevaricare nelle reazioni rendendo meno visibile il comportamento, tanto da indurre a pensare che l'isolamento della vittima sia semplicemente dovuto alla timidezza.

**Caratteristiche: intenzionalità**, nel senso che il comportamento aggressivo del/della bullo/a è compiuto per il solo bisogno di prevaricare, senza un fine logico, e **sistematicità**, perché è un fenomeno che si verifica tutte le volte che vittima e persecutore/trice vengono in contatto.

**La famiglia:** tra genitori e figli/e si osserva spesso un "difetto della comunicazione affettiva", nel senso che i genitori tendono a mancare per motivi diversi nel loro ruolo di rispecchiamento emotivo, dando vita ad una primaria forma di "prevaricazione" che coinvolge tutti i/le bambini/e, sia vittime che bulli/e.

I ragazzi e le ragazze appaiono incapaci di esprimere a parole le tensioni emotive a cui da soli non riescono a dare un significato; in alcuni casi, non riuscendo a comprendere ciò che si prova, ci si "dissocia" dalle emozioni, non le si riconosce: i/le bulli/e da ciò che fanno e le vittime da ciò che subiscono.

La tensione legata alle emozioni può divenire rabbia, e se trattenuta predisporrà il bambino/ragazzo a divenire **vittima**, al contrario se esternalizzata si trasformerà in precoci forme di prevaricazione caratteristiche del/della **bullo/a**.

**Forme di bullismo: diretto**, quando si manifesta con attacchi sia fisici sia verbali nei confronti della vittima; **indiretto**, quando si consuma più sul piano psicologico, ad esempio, con l'isolamento sociale ed intenzionale di una persona di minore età dal gruppo; **elettronico o cyberbullismo**, quando dal piano reale si sposta su quello digitale, con la diffusione di sms, mail, video, immagini, audio che sono offensivi o non rispettosi della riservatezza e della dignità altrui.



## b) Cyberbullismo<sup>88</sup>

L'art.1 della legge n. 71 del 29/5/2017<sup>89</sup> definisce il cyberbullismo *“qualunque forma di pressione, aggressione, molestia, ricatto, ingiuria, denigrazione, diffamazione, furto d'identità, alterazione, acquisizione illecita, manipolazione, trattamento illecito di dati personali in danno di minorenni, realizzata per via telematica, nonché la diffusione di contenuti on line aventi ad oggetto anche uno o più componenti della famiglia del minore il cui scopo intenzionale e predominante sia quello di isolare un minore o un gruppo di minori ponendo in atto un serio abuso, un attacco dannoso, o la loro messa in ridicolo”*.

Nel cyberbullismo è particolarmente evidente il *continuum* tra aggressore e vittima: gli autori di cyberbullismo sono prevalentemente maschi<sup>90</sup> che vanno malvolentieri a scuola, escono di rado, non fanno attività sportiva e trascorrono la maggior parte del loro tempo giocando online. Esprimono manifestazioni crescenti di ritiro dalle relazioni poiché spesso a loro volta soccombono di fronte a esperienze di umiliazione e vergogna, amplificata da quell'enorme visibilità che caratterizza le relazioni dei nativi digitali. Hanno, come già detto, una specifica difficoltà ad usare l'aggressività in maniera costruttiva.

Ciò peggiora il quadro che si delinea se si considera che spesso l'aggressività online è esponenziale perché manca la presenza fisica dell'altro, che pone dei limiti alla manifestazione di istinti e comportamenti: l'assenza del corpo nelle relazioni digitali favorisce comportamenti disinibiti, incrementando l'aggressività e la sessualizzazione dei rapporti. Più in dettaglio, una caratteristica essenziale del cyberbullismo ruota attorno al disimpegno morale e alla totale mancanza di empatia che solitamente caratterizzano il/la bullo/a online.

Il/la cyberbullo/a può agire in anonimato o prendendo l'identità di un/una altro/a, sentendosi così più protetto e deresponsabilizzato; inoltre, la visibilità, esponenziale grazie al numero potenzialmente illimitato di spettatori/trici, aumenta l'inclinazione del/della cyberbullo/a a ripetere le aggressioni.

È tipico dei ragazzi e delle ragazze di oggi, cercare sempre più spesso visibilità anche attraverso la violenta svalutazione reciproca, soprattutto online. Nel fenomeno del cyberbullismo, da ultimo, è più esasperato l'aspetto della persecutorietà: non c'è via di fuga per la vittima, poiché lo strumento persecutorio all'interno del mondo del web ci rende visibili e la nostra *“fama digitale”* ci seguirà ovunque andremo.

I comportamenti di chi commette atti di bullismo e cyberbullismo, sebbene spesso vengano banalizzati e qualificati come semplici *“ragazzate”*, sono invece puniti da diverse norme del codice civile, del codice penale e della Costituzione.

Fra le principali violazioni che gli autori di bullismo e cyberbullismo pongono in essere, ci sono quelle dei principi fondamentali della Costituzione (uguaglianza, libertà d'insegnamento, e diritto all'istruzione)<sup>91</sup>.

Sotto il profilo penale le fattispecie di reato sono molteplici e a titolo puramente indicativo si possono configurare: il reato di minaccia (art. 612 c.p.), il reato di stalking (art. 612 bis c.p.), il reato di sostituzione di persona (art. 494 c.p.), il reato di trattamento illecito dei dati personali (violazione della privacy), il reato di diffamazione (art. 594 c.p.), il reato di possesso e diffusione di materiale pornografico e/o pedopornografico, etc.

Sotto il profilo civile il riferimento è l'art 2048 e ss c.c. che prevede una responsabilità connessa alla cosiddetta *culpa in educando o in vigilando*.

## 1.6 Le conseguenze a lungo termine della violenza nell'infanzia e nell'adolescenza<sup>92</sup>

Il maltrattamento nei confronti dei soggetti in età evolutiva si configura come un fenomeno complesso per le sue caratteristiche, che sono assai differenziate a seconda dell'età della vittima, della tipologia e della gravità della violenza, del contesto in cui avviene e della relazione tra la vittima e l'autore/trice della violenza. Le

<sup>88</sup> Tonioni F. (2014), *Cyberbullismo. Come aiutare le vittime e i persecutori*, Editore Mondadori.

<sup>89</sup> L. n. 71 del 29/05/2017 *“Disposizioni a tutela dei minori per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del cyberbullismo”*  
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/06/3/17G00085/sg>

<sup>90</sup> <https://www.istat.it/it/files//2019/03/Allegato-statistico-bullismo.pdf>

<sup>91</sup> <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01004470.pdf>

<sup>92</sup> Per approfondimenti su *“Violenza assistita ed esiti traumatici”* vedi Quaderno 3 *“Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel maltrattamento dell'infanzia e dell'adolescenza. Raccomandazioni per gli operatori.”* della presente Collana, edizione luglio 2020. <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/prodotti-editoriali/2020/valutazione-e-recuperabilita-del-danno-evolutivo-e-delle-competenze-genitoriali-nel-maltrattamento-dell2019infanzia-e-adolescenza-raccomandazioni-per-gli-operatori>

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

evidenze cliniche e le ricerche svolte in tutto il mondo hanno dimostrato le conseguenze a breve, medio e lungo termine della violenza sulla salute, evidenziando danni fisici e psicologici che impongono di attuare cure precoci, efficaci, integrate e specialistiche.

Inoltre il danno cagionato è tanto maggiore quanto più il fenomeno:

- resta sommerso e non viene individuato;
- è ripetuto nel tempo;
- la risposta di protezione alla vittima ritarda o è elusa;
- il vissuto traumatico è negato, resta non espresso o non elaborato;
- è intrafamiliare.

### **1.6.1 Neurobiologia dello sviluppo traumatico**

Il cervello è particolarmente sensibile in alcune fasi cruciali dello sviluppo, durante le quali una sovrabbondanza di connessioni neurali subisce un processo di "potatura": le connessioni rinforzate dalle esperienze diventano più forti e stabili, mentre i neuroni inattivi muoiono. L'esperienza è quindi capace di modificare l'organizzazione neurofunzionale della mente: un ambiente vario e ricco di stimoli percettivi, cognitivi e, soprattutto di esperienze affettive gratificanti, rappresentano la più potente stimolazione per la genesi e la differenziazione di nuovi neuroni e nuove sinapsi.

Questa premessa ci conduce a considerare il sistema delle precoci relazioni interpersonali del/della bambino/a come l'insieme di esperienze che "informano" l'assetto neurofunzionale e neurobiologico della mente, caratterizzano il profilo psicologico di personalità e, conseguentemente, a dare rilevanza clinica ai loro esiti traumatici sullo sviluppo.

La ricerca, sostenuta dalla prospettiva della neurobiologia interpersonale (Siegel D., 2014)<sup>93</sup> e da tecniche di *neuroimaging* sempre più sofisticate, è ora di grado di dimostrare che la conseguenza più evidente dello sviluppo traumatico nel/nella bambino/a è l'incapacità di regolazione degli stati interni somatosensoriali ed emotivi poiché:

- 1) le strutture sottocorticali (sistema limbico) influenzano grandemente il sistema noradrenergico e l'asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene (regolatore della produzione dei principali ormoni dello stress: cortisolo, adrenalina, noradrenalina, serotonina, oppioidi endogeni), modulando i livelli di attivazione del sistema simpatico e parasimpatico, incidendo, in tal modo, sulla capacità di regolazione dei livelli di attivazione dell'*arousal*<sup>94</sup> nell'individuo;
- 2) esiste un funzionamento gerarchico (*bottom up*) tra il sistema limbico (sede di elaborazione delle emozioni), l'ipotalamo (deputato alla regolazione neuroendocrinologica degli ormoni coinvolti nelle risposte allo stress), l'ippocampo (che presiede ai meccanismi della memoria) e la corteccia prefrontale (coinvolta nei processi cognitivi e nella costruzione del pensiero) che determina la prevalenza del funzionamento mentale sulle esigenze centrate sulla sopravvivenza e sulla difensività piuttosto che sulla mentalizzazione;
- 3) nella valutazione del significato emotivo degli stimoli sono coinvolte due aree del cervello: l'amigdala e l'insula, che collaborano per rilevare e rispondere agli stimoli percepiti come pericolosi. Queste aree possono essere equiparate a un sistema radar di allerta. Alcune aree dell'emisfero destro acquisiscono una certa importanza nei compiti preconsoci di valutazione degli stimoli ambientali e dei conseguenti livelli di attivazione; un fallimento nello sviluppo di queste aree comporta un deficit delle capacità di autoregolazione e regolazione interattiva;
- 4) la percezione della sensazione di pericolo o di sicurezza (concetto di neurocezione di Porges, 2016)<sup>95</sup> è immagazzinata a livello di memoria procedurale implicita, quindi inconscia ed è localizzata nell'emisfero destro, a differenza della memoria dichiarativa esplicita che sembra essere lateralizzata a sinistra, nell'emisfero "linguistico" e conscio;

<sup>93</sup> La neurobiologia interpersonale si occupa del modo in cui si sviluppa la mente a partire sia da fattori genetici e costituzionali sia dall'esperienza e, quindi, dall'apprendimento. (Siegel D., *Mappe per la mente. Guida alla neurobiologia interpersonale*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2014).

<sup>94</sup> In neuropsicologia l'*arousal* (dall'inglese eccitazione, risveglio) è una condizione temporanea del sistema nervoso, in risposta ad uno stimolo significativo e di intensità variabile, di un generale stato di eccitazione, caratterizzato da un maggiore stato attentivo-cognitivo di vigilanza e di pronta reazione agli stimoli esterni. <https://it.wikipedia.org/wiki/Arousal>

<sup>95</sup> Porges S.W., *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'auto-regolazione*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2016.

- 5) la capacità adattiva di utilizzare in modo flessibile i modelli di regolazione a seconda del contesto sociale deriva dalle precoci esperienze di attaccamento, da una storia di interazioni di attaccamento sicuro di un organismo biologico in via di maturazione e di un ambiente sociale precocemente sintonizzato. Le esperienze regolate e non regolate con la figura di attaccamento sono registrate e conservate nella memoria procedurale che si forma precocemente nell'ambito del sistema orbitofrontale e delle sue connessioni corticali e sottocorticali come rappresentazioni interattive (A. Schore, 2008)<sup>96</sup>.
- Il modo in cui sono regolati gli affetti all'interno della diade genitore-bambino/a non influisce, quindi, solamente sulla relazione d'attaccamento e la capacità di strutturare il Sé, ma anche sulle strutture neurali sottostanti. La qualità delle relazioni primarie e la loro corrispettiva capacità di regolare gli stati disadattivi condizionano i meccanismi che promuovono lo sviluppo celebrale. Gli sviluppi scientifici più recenti sulle conseguenze delle esperienze sfavorevoli infantili hanno, infatti, portato numerosi ricercatori e clinici a riconsiderare sia la centralità clinica del trauma nella psicopatologia dello sviluppo, sia il ruolo delle determinanti ambientali che stimolano e orientano il funzionamento neurobiologico della mente;
- 6) il trauma interpersonale modifica la neurofisiologia: esso s'imprime nel sistema limbico in via di sviluppo e nel sistema nervoso autonomo. In particolare storie di abuso precoci impattano negativamente con lo sviluppo del cervello destro, dominante per l'attaccamento, la regolazione degli affetti, la modulazione dello stress<sup>99</sup>, orientando il/la bambino/a verso attaccamenti insicuri o disorganizzati;
- 7) lo stato di paura-terrore prodotto da un grave disordine nell'attaccamento aumenta i livelli cerebrali di adrenalina, noradrenalina e dopamina, creando uno stato ipermetabolico nel cervello in via di sviluppo, che ha effetti deleteri sul volume e sulla funzione ippocampale, particolarmente pronunciati nel disturbo da stress post-traumatico. La ricerca ha dimostrato che in condizioni di stress cronico, l'ippocampo si riduce di dimensione del 10-20% (Courtois C., Ford J., 2009)<sup>97</sup>;
- 8) nell'80% delle/i bambine/i che hanno sviluppato un attaccamento disorganizzato in seguito ai maltrattamenti subiti, coesistono comportamenti contraddittori e attivazioni sia del sistema simpatico sia del parasimpatico (iper o ipo *arousal*). Questa condizione sembra correlata a un'inefficiente regolazione del sistema limbico e della corteccia orbito frontale nell'emisfero destro, prodotta da una mancata sinaptogenesi, o a una sinaptogenesi patologica.

Autori come Dawson, Panagiotides, Klinger e Hill<sup>98</sup> hanno confermato le opinioni, da qualche tempo diffuse, rispetto al ruolo dei lobi frontali nello sviluppo delle capacità autoregolative. Sembra, infatti, che non solo i lobi frontali permettono tutta una serie di comportamenti atti all'autoregolazione, ma che la corteccia orbitale sia principalmente coinvolta nello sviluppo delle funzioni utili all'attaccamento. Questa struttura influenza, ed è a sua volta influenzata, dalla qualità delle relazioni d'attaccamento. Grazie alla sua posizione strategica, di punto d'incontro fra le strutture corticali e quelle sottocorticali, la corteccia orbitale funge da controllore principale dell'equilibrio fra il sistema simpatico e quello parasimpatico.

Questa regione è particolarmente espansa a destra, quindi è particolarmente sviluppata nel cervello emotivo, deputato al riconoscimento delle espressioni facciali, delle valutazioni veloci e inconsce, dei processi di mediazione fra sensazioni piacevoli e spiacevoli.

Si potrebbe ipotizzare, dunque, che, all'interno della teoria dell'attaccamento, considerandola nell'ottica di Schore, come una teoria della regolazione, l'"organo" che maggiormente sembra coinvolto nella regolazione affettiva è proprio la corteccia orbitofrontale, che possiede tutte le caratteristiche anatomiche e strutturali per svolgere i compiti coinvolti nell'attaccamento.

Quindi questa struttura, così importante nei primi anni di vita per la strutturazione del Sé e per la regolazione degli stati interni e dei comportamenti, sembra assumere un ruolo di elevata importanza in tutte le relazioni di attaccamento delle età successive, nonché nelle capacità, o non abilità, regolative dell'età adulta, incluse le capacità di *parenting*.

<sup>96</sup> Schore A. N., *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*, Astrolabio, Roma, 2008.

<sup>97</sup> Courtois C., Ford J., (a cura di) *Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults): Scientific Foundations and Therapeutic Models*, Guilford Press, New York, 2009.

<sup>98</sup> *The role of frontal lobe functioning in infant self-regulatory behavior*, Brain and Cognition 20 (1):152-175. October 1992. DOI: 10.1016/0278-2626(92)90066-U.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

Gli studi di neurobiologia del comportamento di attaccamento condotti con l'ausilio della risonanza magnetica funzionale sembrano molto promettenti. Le madri "sicure" mostrano una maggiore risposta dell'ossitocina, un importante ormone neuro modulatore prodotto nell'ipotalamo, coinvolto nel comportamento materno (Strathearn L. *et al.*, 2009)<sup>99</sup>.

L'ossitocina viene rilasciata in risposta a stimoli quali l'allattamento, il contatto, la vista, il suono e l'odore del/della neonato/a. Le madri con pattern di attaccamento sicuro mostrano maggiori livelli di ossitocina delle madri con attaccamento insicuro/evitante e questa attivazione le orienta verso una più accurata interpretazione dei segnali del/della bambino/a. La capacità della madre di sintonizzarsi con i segnali del/della neonato/a, come le espressioni facciali, è un potente regolatore degli stati psicofisiologici del/della bambino/a. Le madri con uno stile di attaccamento non risolto tendono a reagire agli stimoli del/della bambino/a in modi spaventosi e spaventati (Main M., 2008)<sup>100</sup>, come dimostrato nei numerosi studi condotti con la *Strange Situation*<sup>101</sup>.

Schore aggiunge che le esperienze regolate e non regolate con la figura di attaccamento sono registrate e conservate nella memoria procedurale che si forma precocemente nell'ambito del sistema orbitofrontale e delle sue connessioni corticali e sottocorticali come rappresentazioni interattive<sup>102</sup>.

Di particolare rilievo clinico è, quindi, la compromissione dello sviluppo della competenza emotiva che, in bambine/i esposti a uno stress traumatico cronico, rappresenta l'elemento clinico cruciale, i cui disturbi coinvolgono, a catena, una serie di funzioni fondamentali per lo sviluppo affettivo e sociale.

Fin dai primi mesi di vita il/la bambino/a comunica il suo stato affettivo a chi si prende cura di lui/lei, che gli/le risponde sintonizzandosi e fungendo da regolatore rispetto a tali stati. In condizione normali la comunicazione madre/bambino è caratterizzata da processi di sintonizzazione degli stati affettivi, da rotture della comunicazione e processi di riparazione nell'ambito dei quali principalmente la madre, ma anche lo/a stesso/a bambino/a, riescono a sintonizzarsi nuovamente producendo nuovi stati di sincronia (Tronick E., 2008)<sup>103</sup>.

Lo sviluppo traumatico affonda le proprie origini nella qualità delle precoci relazioni di attaccamento. I genitori reduci da esperienze di natura traumatica nell'ambiente di cura primario riportano livelli più elevati di angoscia e dissociazione che compromettono la capacità di percepire e decodificare correttamente i propri stati emotivi e quelli altrui e di rilevare il grado di pericolosità delle situazioni.

Le complesse esperienze traumatiche pregresse non rielaborate nella storia del genitore rappresentano, pertanto, un importante fattore di rischio distale che è sempre raccomandabile esplorare nella valutazione e nella progettazione degli interventi.

Gli studi di Yehuda<sup>104</sup> sull'effetto del PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*) nelle donne in gravidanza hanno dimostrato che i/le neonati/e, alla nascita, presentano livelli più bassi di cortisolo della media e che i/le figli/e di madri con depressione maggiore già a 6 mesi, presentano alti livelli di cortisolo. Questi studi indicano che il livello di attivazione fisiologica del/della bambino/a varia sistematicamente in base all'interazione e al processo di elaborazione delle informazioni nell'interazione (Beebe B., *et al.*, 2003)<sup>105</sup>.

L'osservazione che i livelli di ossitocina sono più alti nelle madri attaccate in modo sicuro, sono più bassi nelle madri depresse e in molti bambine/i reduci da precoce abbandono e adottati, che mostrano gravi menomazioni nella reciprocità sociale (Fries A.B.W. *et al.*, 2005)<sup>106</sup> suggerisce l'importanza di questo neuropeptide nella mediazione dell'attaccamento e dei comportamenti sociali. A supporto di questa prospettiva, vale la pena ricordare gli importanti risultati emersi dalla Studio Longitudinale Minnesota (Sroufe L.A. *et al.*, 2005)<sup>107</sup>,

<sup>99</sup> Strathearn L. *et al.*, *Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues*, *Neuropsychopharmacology*, 34(13): 2655-66, 2009. PubMed.

<sup>100</sup> Main M., *L'attaccamento. Dal comportamento alla rappresentazione*, Raffaello Cortina, Milano, 2008.

<sup>101</sup> Procedura attualmente molto utilizzata per valutare la qualità delle relazioni di attaccamento bambino-caregiver, elaborata da Mary Ainsworth.

<sup>102</sup> Schore A. N., *Attachment trauma and the developing right brain: An interface of psychoanalytic self psychology and neuroscience*, *Annals of New York Academy of Sciences*, 1159, pp. 189-203, 2009b.

<sup>103</sup> Tronick E., *Regolazione emotiva. Nello sviluppo e nel processo terapeutico*, Raffaello Cortina, Milano, 2008.

<sup>104</sup> Yehuda R. *et al.*, *Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy*, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 90 (7), 4115-8, 2005.

<sup>105</sup> Beebe B., Lachmann F. M., *Infant Research e trattamento degli adulti*, Raffaello Cortina, Milano, 2003.

<sup>106</sup> Fries A.B.W. *et al.*, *Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior*, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States*, November 22, 102 (47) 17237-17240, 2005).

<sup>107</sup> Sroufe L.A. *et al.*, *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*, Guilford Press, New York, 2005.



che si è posto l'obiettivo trentennale di sottoporre a verifica empirica il modello di sviluppo di Bowlby. Tale studio ha riscontrato che il 40% dei genitori, che erano stati abusati da bambine/i, maltrattavano i loro stessi bambine/i e un altro 30% era trascurante. Il 30% di genitori che erano stati abusati, ma non erano abusanti con i loro bambine/i, avevano ricevuto supporto emotivo da un/una adulto/a non abusante, avevano ricevuto una psicoterapia o avevano sviluppato una relazione intima soddisfacente con il/la partner.

Numerosi studi mostrano come la dissociazione materna comporti un deficit peculiare nella funzione riflessiva, nella capacità protettiva verso il/la figlio/a, nella capacità di stabilire confini sani e chiedere aiuto, difficoltà che possono facilmente trasformarsi in fattori di rischio nella genitorialità.

Le madri dissociative sembrano presentare un deficit nella abilità di elaborare correttamente le informazioni, sia interne che esterne. Jennifer Freyd<sup>108</sup> suggerisce che la dissociazione si verifica con più probabilità quando l'abuso è negato e l'esperienza non è condivisa e codificata: considerata vergognosa, deve essere negata per preservare il legame e l'integrità della famiglia. Si crea, così, il segreto familiare trasmesso alla generazione successiva.

Le tecniche di *neuroimaging* hanno evidenziato, ancora una volta, una particolare sensibilità di alcune aree corticali all'esposizione a traumi precoci e cumulativi, aree poste nella parte anteriore del cervello, altamente interconnesse tra loro e strettamente legate al sistema limbico: corteccia mediale, ventrale e alcune porzioni della corteccia orbito-frontale che sottendono funzioni mentali complesse come la capacità riflessiva (Courtois C. *et al.*, 2009)<sup>109</sup>.

I genitori con una Funzione Riflessiva (RF) bassa sembrano inconsapevoli dei pensieri o dei sentimenti propri e del/della figlio/a negano le esperienze emotive associate alla genitorialità. Madri con una storia di maltrattamento non elaborata, depressione e PTSD mostrano un deficit nella funzione riflessiva, cioè una scarsa o assente consapevolezza dei segnali del/della figlio/a, e possono essere intrusive, ritirate o emotivamente non disponibili. Le madri depresse hanno generalmente una bassa sensibilità affettiva e non riflettono, o riflettono scarsamente, l'esperienza affettiva del/della loro bambino/a<sup>110</sup>.

Interviste specificamente rivolte a genitori con gravi storie di traumi cronici rivelano la dominanza di una rappresentazione del/della figlio/a come ostile, minaccioso, e un vissuto di impotenza nel ruolo genitoriale, di svalutazione e inadeguatezza del Sé percepito come "cattivo", ricorrenti riferimenti a sentimenti di paura e incapacità empatica. Questi risultati pongono l'accento sul ruolo significativo della cecità alla violenza e della sua normalizzazione spesso osservati nei genitori cosiddetti "non protettivi", incluse le madri vittime di violenza domestica<sup>111</sup>.

Anche gli studi di epigenetica<sup>112</sup> hanno reso evidente che l'ambiente può attivare o inibire l'espressione genetica di alcuni geni ereditati e che tale mutazione può essere trasmessa alle generazioni successive.

È stata rilevata una aumentata metilazione del DNA che codifica per il recettore dei glucocorticoidi NR3C1 nell'ipotalamo in soggetti che sperimentano eventi avversi (violenze, abusi, forte deprivazione affettiva) nella prima infanzia. Ed è stata messa in relazione con l'aumentata produzione di glucocorticoidi in questi bambine/i, così come in bambine/i partoriti da donne gravide che sono vissute, durante la gravidanza, in contesti aggressivi e traumatizzanti, e che hanno trasmesso ai/alle figli/e l'eccesso di glucocorticoidi durante la vita fetale: più gravi sono stati tali gli eventi o i contesti negativi, più alto è risultato il livello di capacità di metilazione del DNA (McGowan *et al.*, 2018)<sup>113</sup>. La ridotta espressione del recettore comportava un alterato funzionamento dell'asse ipotalamico con conseguente ridotta capacità di adattamento del/della bambino/a.

<sup>108</sup> *Betrayal Trauma: Traumatic Amnesia as an Adaptive Response to Childhood Abuse*, *Ethics & Behavior* 4(4):307-329, December 1994.

<sup>109</sup> Courtois C., Ford J., (a cura di) *Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults): Scientific Foundations and Therapeutic Models*, Guilford Press, New York, 2009.

<sup>110</sup> Stacks A.M. *et al.*, *Maternal reflective functioning among mothers with childhood maltreatment histories: links to sensitive parenting and infant attachment security*, *Attach Hum Dev.* 2014;16(5):515-33. doi: 10.1080/14616734.2014.935452. Epub 2014 Jul 16).

<sup>111</sup> Per una rassegna si veda: Chu A., DePrince A.P., *Development of dissociation: Examining the relationship between parenting, maternal trauma, and child dissociation*, *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 4, pp. 75-89, 2006. PubMed, 2006.

<sup>112</sup> La ricerca di Perroud *et al.* (2011) prova l'associazione tra un'ampia gamma di traumi infantili e lo stato di metilazione del promoter e dell'esone 1f del gene recettore dei glucocorticoidi (NR3C1) nel sangue periferico in età adulta (Perroud N., *et al.*, *Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma*, *Translational Psychiatry*, 2011 Dec 13;1:e59. PubMed.

<sup>113</sup> McGowan P.O. *et al.*, *Prenatal stress, glucocorticoids and developmental programming of stress response*, *Endocrinology* 2018;159:69-82.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

Per converso, un contesto particolarmente favorevole caratterizzato dall'elevata qualità dell'accudimento materno riduce la produzione di glucocorticoidi nei cuccioli di animali, così come nelle/nei bambine/i, e si associa ad una riduzione della metilazione del gene del recettore NR3C1, con conseguente minore suscettibilità negativa allo stress ambientale e alle sue conseguenze negative a breve e a lungo termine (Lester B.M. *et al.*, 2018)<sup>114</sup>.

L'importanza di queste ricerche deriva anche dal fatto che indicano che il grado di metilazione può essere un **marker** della gravità del maltrattamento.

Il trauma irrisolto di una madre può quindi interferire con la sua capacità di rispondere sensibilmente al/alla bambino/a, influenzando così lo sviluppo dell'attaccamento e il network delle reti neuronali in formazione, contribuendo potenzialmente alla **trasmissione intergenerazionale** del trauma.

A livello neurobiologico, un interessante studio condotto con la risonanza magnetica funzionale (fMRI), ha dimostrato che le madri classificate all'AAI<sup>115</sup> (*Adult Attachment Interview*) come aventi traumi o perdite non risolti mostrano una ridotta attivazione nell'amigdala quando sono esposte a immagini del/della figlio/a con una espressione triste nel volto (Iyengar *et al.*, 2014)<sup>116</sup>.

Il trauma irrisolto può quindi interferire con le aspettative e le percezioni materne del/della figlio/a, con la sua capacità di rispondere sensibilmente al/alla bambino/a e con le risposte neuronali associate ai segnali emotivi infantili, compromettendo così lo sviluppo di un attaccamento sicuro nel/nella bambino/a.

Sulla correlazione tra trauma materno e sviluppo dell'attaccamento, la ricerca ha compiuto molti progressi nel tentativo di comprendere la possibile trasmissione intergenerazionale del trauma. Si è ad esempio scoperto che il trauma interpersonale ha effetti negativi sull'attaccamento già in epoca prenatale, nel senso che i disturbi nella relazione tra futuro/a caregiver e figlio/a sono associati alla percezione materna del "bambino come minaccia" (Schechter *et al.*, 2004), in particolare nelle future madri esposte a violenza domestica. Queste madri hanno più probabilità di avere figli/e attaccati in modo insicuro.

Tuttavia, è stato anche osservato che le madri che si riorganizzano verso un attaccamento sicuro hanno più probabilità di avere bambine/i con attaccamento sicuro<sup>117</sup>.

Bowlby stesso aveva compreso che il cambiamento nella strategia dell'attaccamento è sempre possibile e può essere associato a importanti cambiamenti della vita o a una serie di eventi nel corso della vita stessa.

Alcuni individui con modelli di attaccamento insicuro (trasmessi attraverso le generazioni), che hanno avuto esperienza di genitori ostili o eventi avversi della vita, sono in grado di superare gli effetti di queste esperienze e dimostrare un'integrazione equilibrata. Questi individui sono etichettati come soggetti con "un attaccamento sicuro guadagnato". Si ritiene che questi individui abbiano interrotto il ciclo intergenerazionale dimostrando resilienza.

La riorganizzazione dell'attaccamento dimostra la plasticità cerebrale e il ruolo della mente nel tamponare gli effetti delle avversità o dei traumi irrisolti come risultato del cambiamento delle circostanze. Il processo di riorganizzazione può alterare la trasmissione dell'attaccamento da una generazione all'altra, un'ipotesi che ha importanti implicazioni cliniche e preventive, ma che ha ricevuto ancora scarsa attenzione in letteratura.

Questi risultati dovrebbero fare riflettere sull'importanza di adottare tutti gli interventi preventivi e riparativi volti alla costruzione della sicurezza nell'attaccamento.

<sup>114</sup> Lester B.M. *et al.*, *Epigenetic programming by maternal behaviour in the human infant*, *Pediatrics* 2018;142:e20171890.

<sup>115</sup> L'*Adult Attachment Interview* (AAI) è un'intervista strutturata per valutare lo stile di attaccamento dell'adulto, elaborata da George, Kaplan e Main, 1985. [George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985), *The Adult Attachment Interview*, Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.]

<sup>116</sup> Iyengar U. *et al.*, *Unresolved trauma in mothers: intergenerational effects and the role of reorganization*, *Frontiers in Psychology*, 5: 966, 2014. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00966.

<sup>117</sup> Vedi nota 116.

### 1.6.2 Evoluzione dello sviluppo traumatico in adolescenza

L'esperienza traumatica nell'infanzia influenza le successive fasi evolutive soprattutto in assenza di interventi precoci.

Nella fase di latenza e in adolescenza le modificazioni cerebrali più consistenti coinvolgono le aree responsabili di tre principali funzioni, necessarie per il raggiungimento dell'autonomia e l'acquisizione delle competenze interpersonali, fondamentali per lo svolgimento dei compiti evolutivi fase specifici:

- consapevolezza di sé e un autentico coinvolgimento con le altre persone (cingolato anteriore);
- abilità di valutare la valenza e il significato di esperienze emotive complesse (corteccia orbitale prefrontale);
- abilità di determinare il corso delle proprie azioni facendo leva sull'esperienza e sulla creazione di cornici interne di significato e riferimento configurate a partire da una corretta comprensione dell'altrui prospettiva (corteccia prefrontale dorsolaterale).

La corteccia frontale è sede delle strutture che servono a inibire il comportamento, aumentando le capacità di controllo e di valutazione delle conseguenze delle nostre azioni; questa parte del cervello completa la sua maturazione intorno ai 20-22 anni, più precocemente nelle femmine rispetto ai maschi, e fino a questa età rimane a un livello di funzionamento incompleto.

L'ipotalamo è invece associato ai comportamenti impulsivi, soprattutto di tipo aggressivo; presenta un numero elevato di recettori ormonali e pertanto con la pubertà viene a trovarsi in una condizione di stimolazione particolarmente intensa. Fa parte delle strutture che ci spingono a fare delle scelte e che promuovono i comportamenti, strutture che a 12-13 anni sono già pienamente sviluppate.

In adolescenza vi è quindi uno sbilanciamento a favore delle strutture che sostengono l'impulsività, rendendo questo periodo della vita una fase di biologica vulnerabilità per i comportamenti caratterizzati da discontrollo o disregolazione degli impulsi.

Il punto di arrivo in età adulta di questo processo di maturazione è la capacità di operare una selezione tra la grande varietà di impulsi, idee, sensazioni e altri processi della mente, e di arrivare a una scelta che si traduce in una risposta meditata e non automatica.

Tale flessibilità di risposta coinvolge la capacità di ritardare le gratificazioni e di frenare i comportamenti impulsivi, capacità che rappresenta una componente essenziale della maturità emotiva e delle relazioni interpersonali efficaci. Se osserviamo dalla Tabella IV l'impatto del trauma complesso sulla sfera neurobiologica, comprendiamo come in adolescenza e in età adulta si assista spesso alla compromissione delle competenze psicosociali e della capacità di autoregolazione emozionale proprie dell'età adulta, che a cascata produce gli effetti descritti sulle varie aree di funzionamento della persona.

Per le sue caratteristiche di precocità d'azione, gravità e cronicità il **trauma complesso** interferisce con lo sviluppo della mente e del cervello, ed è all'origine di alterazioni biologiche, psicologiche, cognitive, comportamentali e sociali che si sviluppano con caratteristiche peculiari nella/nel bambina/o, nell'adolescente e nel/nella adulto/a, traducendosi in un'ampia gamma di disturbi psicofisici<sup>118,119,120</sup> illustrati nelle tabelle che seguono (Tabelle IV, V e VI).

<sup>118</sup> Jones D.P.H. (2008), *Child Maltreatment*, in Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, pp.421-439, Blackwell Publishing, Malden, Massachusetts.

<sup>119</sup> Lanius R.A. et al., (2016), *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia*, Giovanni Fioriti Editore.

<sup>120</sup> Van der Kolk B. et al., (2015), *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Raffaello Cortina Ed.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

Tabelle IV-V-VI Disturbi psicofisici da trauma.

Tabella IV	Bambino/a	Adolescente	Persona adulta
<b>Sfera neurobiologica</b>	Riduzione di volume di corpo calloso, ippocampo, corteccia prefrontale, lobo temporale, materia grigia della corteccia visiva e cervelletto Aumento di volume del giro temporale superiore Asimmetria funzionale interemisferica con prevalenza sx Alterazioni dell'asse HPA (iperattività) e del sistema endocrino con aumento del cortisolo (neurotossico per la corteccia)		
<b>Sfera fisica</b>	Morte Lesioni dirette Disabilità Menarca precoce Riduzione della crescita Immunodeficienza	Dolori addominali e del tratto gastroenterico Cefalea	Ischemia cardiaca Stroke Tumori Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva Sindrome del colon irritabile Fibromialgie Artrite Ulcera peptica Diabete Disturbi autoimmuni Dolore pelvico cronico Dispareunia Disturbi della tiroide nelle donne

Tabella V	Bambina/o	Adolescente	Persona adulta
<b>Regolazione affettiva</b>	Instabilità della regolazione emozionale, Scarsità di emozioni positive e di empatia Sentimenti di rabbia, paura e tristezza Sintomi del PTSD	Labilità affettiva Anedonia Affetti incongrui e inappropriati Alti livelli di sensibilità interpersonale Difficoltà nel descrivere le proprie emozioni e nella comprensione corretta di quelle delle altre persone Difficoltà nel comunicare i desideri	
<b>Regolazione degli impulsi (da funzionamento perturbato dell'amigdala e del tono serotoninergico nella corteccia prefrontale)</b>	Iperattività, Ipervigilanza Mancanza di autocontrollo Aggressività Irritabilità Disturbi dell'autoregolazione (sonno, alimentazione, controllo sfinterico)	Autolesionismo, tentativi di suicidio Crisi di rabbia esplosive e improvvise Comportamenti oppositivi Difficoltà nel rispetto delle regole Uso di droghe e alcol Disturbi dell'autoregolazione (sonno, alimentazione, controllo sfinterico) Disturbi della condotta (fughe, atti delinquenziali) Precocità nei rapporti sessuali Promiscuità sessuale, prostituzione Gravidanza precoce	
<b>Distorsioni delle attribuzioni</b>	Ritardo/deficit nelle funzioni riflessive (teoria della mente) Persistenti vissuti di vergogna e colpa Bassa considerazione di sé, della propria efficacia e della propria capacità di controllo Tendenza alla scarsa autoprotezione e alla deresponsabilizzazione		
<b>Attenzione e coscienza</b>	Difficoltà di concentrazione, Disturbi della memoria, Deficit delle funzioni esecutive (deficit specifici o generalizzati delle regioni prefrontali) Depersonalizzazione, Sintomi dissociativi Ipervigilanza e stato di allerta da ridotta capacità di sopprimere attivamente le informazioni irrilevanti quando sono di natura avversa		



## Capitolo 1 - Maltrattamento-abuso sulle persone di minore età. un problema di salute pubblica

Tabella VI	Bambina/o	Adolescente	Persona adulta
<b>Competenze relazionali</b>	Attaccamento insicuro/ disorganizzato Comportamenti erotizzati	Compromissione delle abilità sociali e della comprensione delle dinamiche interattive Aspettative di danneggiamento da parte dell'altra persona Modelli Operativi Interni disadattivi Violenza e Vittimizzazione nelle relazioni sentimentali	Relazionalità interpersonale disturbata Iper-responsività emotiva Deficit nel riconoscimento delle emozioni e nella capacità di empatia Propensione a sperimentare e a evocare attivamente disagio nelle relazioni Ridotta capacità a impegnarsi nel <i>problem solving</i> interpersonale, soprattutto nel contesto di relazioni di attaccamento emotivamente intense. Attaccamento insicuro con la prole Violenza domestica Possibile evoluzione antisociale
<b>Socializzazione con i/le pari</b>	Ritiro/isolamento con scarse interazioni sociali Aggressività Deficit nell'elaborazione delle interazioni sociali	Comportamenti fobici Avversione/diffidenza Ritiro/isolamento Partecipazione a bande giovanili	
<b>Sfera cognitiva</b>	Alterazione e disorganizzazione nelle attività di gioco e di interazione con l'ambiente, ridotto gioco simbolico Difficoltà nell'apprendere ed elaborare informazioni verbali, nell'organizzare/ ricordare nuove informazioni, nell'uso del linguaggio, nel comprendere i rapporti di causa-effetto, nell'orientamento spazio- temporale, nel <i>problem solving</i>	Scarso rendimento scolastico Abbandono della scuola	Scarsa formazione professionale Scarse opportunità di impiego
<b>Sfera comportamentale e Psicopatologia</b>	Disturbo della condotta Disturbo Oppositivo Provocatorio ADHD	Comportamento Antisociale Disturbo della Condotta Aggressività e condotte esternalizzate Bullismo Depressione Disturbo da attacchi di panico PTSD	Disturbo Antisociale di Personalità Disturbo Borderline di Personalità Depressione, Distimia, con maggiori livelli di impulsività, aggressività e tentativi di suicidio Disturbi d'ansia e del Sonno Abuso e Dipendenza da Sostanze Disturbi del Comportamento Alimentare PTSD

**Raccomandazione:** Questi risultati dovrebbero orientare i servizi verso il potenziamento degli interventi a sostegno del puerperio, della depressione post partum e della genitorialità più in generale<sup>121</sup>. Inoltre, considerando quanto siano elevati i tassi di esposizione al trauma nella popolazione, è utile sottoporre a screening sulle Esperienze Sfavorevoli Infantili<sup>122</sup> le donne in gravidanza.

Dal punto di vista clinico-diagnostico è importante esplorare i modelli di attaccamento dei genitori e dei figlie/i, allo scopo di potenziare gli interventi di recupero dei legami di attaccamento e individuare le peculiari esperienze riparative necessarie alla costruzione della sicurezza nell'attaccamento.

<sup>121</sup> Tamburlini G., *L'ambiente familiare di apprendimento, 2° parte*, Medico e Bambino 2020;39:167-176

<sup>122</sup> Felitti V.J. et al., (1998). *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. Am J Prev Med., 14(4): 245-58.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

### 1.6.3 Ciclo dell'abuso

Situazioni traumatiche, specie se precoci e croniche, nel loro decorso inaggravante possono risolversi in un maltrattamento agito innescato da eventi *trigger*<sup>123</sup>, secondo la dinamica della trasmissione transgenerazionale del trauma (Figura 14).



Figura 14. Dinamica della trasmissione transgenerazionale del trauma

## 1.7 Rapporto costi/benefici della prevenzione del maltrattamento/abuso<sup>124</sup>

La necessità di attivare e implementare pensieri e azioni preventive non è solo legata all'impegno etico di una società civile di preservare i soggetti più fragili dal rischio di percorsi esistenziali dolorosi e problematici, ma costituirebbe un risparmio per la società nel suo complesso.

Sappiamo infatti che il "costo" del maltrattamento è altissimo sia per l'impatto sulla salute e sul futuro del/ della bambino/a che per le ricadute economiche sulla spesa pubblica. Un/una bambino/a maltrattato/a pesa in modo significativo sui bilanci dei Comuni, sui bilanci delle Aziende Sanitarie e dei servizi di salute mentale, così come sui bilanci della Giustizia. E questo sia oggi, per la sua protezione e tutela, che nel futuro, perché il maltrattamento ha un'alta probabilità di far poi sviluppare in età adulta patologie sanitarie anche gravi<sup>125</sup> (dipendenze, malattie mentali, disabilità, disturbi cardiovascolari, disturbi psicologici etc.), devianze e criminalità, disoccupazione e perdita di reddito, l'abusato/a potrebbe diventare a sua volta da adulto/a un abusante, incidendo, dunque, sul bilancio dello Stato e sulla perdita di produttività e di PIL<sup>126</sup> e sulla diminuzione del benessere sociale complessivo la cui misurazione si sta sempre più frequentemente affiancando a quella del solo PIL.<sup>127</sup>

<sup>123</sup> Dopo un'esperienza traumatica, una persona può rivivere il trauma mentalmente e fisicamente, perciò evita il ricordo del trauma, chiamato anche "trigger" (termine inglese che significa appunto "grilletto", perché scatena il ricordo), in quanto questo può essere insopportabile e persino doloroso.

<sup>124</sup> Quaderno "L'appropriatezza degli allontanamenti nelle famiglie maltrattanti" [https://www.assemblea.emr.it/garanti/i-garanti/in-fanzia/documenti/CISMAI\\_web.pdf/view](https://www.assemblea.emr.it/garanti/i-garanti/in-fanzia/documenti/CISMAI_web.pdf/view)

<sup>125</sup> Vedi paragrafo 1.6

<sup>126</sup> Prodotto Interno Lordo, ovvero la misura del risultato finale dell'attività produttiva dei residenti di un Paese in un dato periodo.

<sup>127</sup> Uno dei metodi più diffusi di misurazione del benessere di uno Stato è quello denominato Benessere Interno Lordo (BIL) o Felicità Interna Lorda (FIL) o Benessere Equo Solidale (BES), quest'ultimo adottato anche in Italia nelle ultime rilevazioni ISTAT rapporto BES 2019 <https://www.istat.it/it/archivio/236714>

## Capitolo 1 - Maltrattamento-abuso sulle persone di minore età. un problema di salute pubblica

Le spese relative a protezione e prevenzione presentano tuttavia, connotati differenti: mentre la protezione/trattamento è inequivocabilmente un costo, in quanto incide solo negativamente sui bilanci dello Stato, la **prevenzione è propriamente un investimento**, dal momento che è in grado di generare potenzialmente un risparmio futuro. È infatti ragionevole ritenere che un maggior impiego di risorse per le attività di prevenzione può portare a notevoli risparmi nel lungo periodo.

La prima ricerca<sup>128</sup> su questi aspetti in Italia, commissionata dal CISMAI e da *Terres des hommes* all'Università Bocconi di Milano, ha fatto emergere un dato impressionante: il maltrattamento all'infanzia, a livello nazionale, costa annualmente allo Stato italiano 13.056 miliardi, quasi un punto del PIL (lo 0,84%), che sono stati suddivisi dai ricercatori in costi diretti (quelli sostenuti all'emergenza del caso, ospedalità/ospitalità, cure mediche, welfare, Forze dell'Ordine, giustizia) che incidono per 338,6 milioni di euro, e indiretti (quelli che lo Stato dovrà sostenere per le conseguenze che i soggetti maltrattati riporteranno per tutto l'arco della vita: insegnanti di sostegno, delinquenza giovanile, cure mediche da adulti/e, criminalità adulta, perdite produttive), che incidono per 12,7 miliardi di euro. Questo dato è rafforzato da studi già compiuti in altri paesi tra cui gli USA e dall'OMS<sup>129</sup>.

Sul piano culturale invece è ancora scarso l'investimento nella ricerca scientifica volto allo sviluppo di metodologie e strumenti operativi socio-sanitari confrontabili, quali buone prassi e linee guida d'intervento formalmente adottati a livello locale e nazionale.

<sup>128</sup> Terre des Hommes-Cismai, *Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia? – Prima Indagine nazionale quali-quantitativa sul maltrattamento a danno di bambini*, 2013, disponibile all'indirizzo: [www.cismai.org](http://www.cismai.org) e [www.terredeshommes.it](http://www.terredeshommes.it).

<sup>129</sup> WHO Regional office for Europe, *European report on preventing child maltreatment*, 2013 [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/217018/European-report-on-preventing-child-maltreatment.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/217018/European-report-on-preventing-child-maltreatment.pdf)



## Capitolo 2

### La prevenzione del maltrattamento/abuso

#### 2.1 La classificazione della prevenzione: premessa

Partiamo dalla **classica definizione** di **prevenzione in medicina**. L'Istituto Superiore di Sanità, riferendosi alle raccomandazioni dell'OMS, definisce come di seguito la prevenzione, e su questa definizione vi è consenso generale. La prevenzione è un insieme di attività, azioni ed interventi attuati con il fine prioritario di promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie. In relazione al diverso tipo e alle finalità perseguibili si distinguono tre livelli di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria.

- **Prevenzione Primaria.** Ha il suo campo d'azione sul soggetto sano e si propone di mantenere le condizioni di benessere e di evitare la comparsa di malattie. In particolare è un insieme di attività, azioni ed interventi che attraverso il potenziamento dei fattori utili alla salute e l'allontanamento o la correzione dei fattori causali delle malattie, tendono al conseguimento di uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale dei singoli e della collettività o quanto meno ad evitare l'insorgenza di condizioni morbose. L'insieme di questi interventi è pertanto finalizzato a ridurre la probabilità che si verifichi un evento avverso non desiderato (riduzione del rischio) (es. ciò vale per molte neoplasie, le malformazioni congenite, altre malattie rare ecc. che sono oggetto di campagne di prevenzione primaria per ridurre il rischio che si manifestino).
- **Prevenzione Secondaria.** Attiene a un grado successivo rispetto alla prevenzione primaria, intervenendo su soggetti già ammalati, anche se in uno stadio iniziale. Rappresenta un intervento di secondo livello che mediante la diagnosi precoce di malattia, in fase asintomatica (programmi di screening), mira ad ottenere la guarigione o comunque limitarne la progressione. Consente l'identificazione di una malattia o di una condizione di particolare rischio seguita da un immediato intervento terapeutico efficace, atto a interromperne o rallentarne il decorso (es. le malattie metaboliche congenite sono un gruppo di malattie rare per le quali è possibile attuare interventi di prevenzione secondaria attraverso programmi di screening alla nascita, sui neonati che ne risultano affetti).
- **Prevenzione Terziaria.** Fa riferimento a tutte le azioni volte al controllo e contenimento degli esiti più complessi di una patologia. Consiste nell'accurato controllo clinico-terapeutico di malattie ad andamento cronico o irreversibili, ed ha come obiettivo quello di evitare o comunque limitare la comparsa sia di complicazioni tardive che di esiti invalidanti. Con prevenzione terziaria si intende anche la gestione dei deficit e delle disabilità funzionali consequenziali ad uno stato patologico o disfunzionale. Si realizza attraverso misure riabilitative e assistenziali, volte al reinserimento familiare, sociale e lavorativo della persona malata, e all'aumento della qualità della vita (es. misure di riabilitazione motoria; supporto psicologico; ecc.).

Passando dal campo strettamente medico al maltrattamento/abuso sulle persone di minore età, la prevenzione non va considerata solo in rapporto ad uno stato di salute più o meno patologico o disfunzionale, ma come "metodologia d'azione" volta a promuovere competenze sociali ed individuali per incrementare il benessere, fisico, psicologico, sociale. Gli interventi possono avvenire in contesti formali o informali.

Il verbo prevenire nella lingua italiana ha infatti il significato di impedire il verificarsi o il diffondersi di fatti non desiderati o dannosi, provvedendovi in anticipo. In pratica un intervento può dirsi "preventivo" solo quando "l'arrivare prima" risulti finalizzato a interrompere o modificare l'evoluzione di un certo comportamento o l'*escalation* di eventi violenti e sbagliati.

Se da un lato, quindi, c'è un bisogno complesso e comprensibile di definire la prevenzione, dall'altro è presente, con altrettanta importanza, il sapere pratico, quello che molti pedagogisti definiscono il "sapere dell'esperienza", all'interno di esperienze educative formali e non, utile ad attivare strategie e programmi di prevenzione efficaci sulle singole persone giovani.

La prevenzione non è né un solo evento né solo esperienza o sapere dell'esperienza, né tantomeno è così semplice poterla "ingabbiare" in schemi rigidi o categorie.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

La prevenzione, come l'educazione in generale, descrive una dimensione vaga, generica e imprecisa, e ciò a causa delle sue stesse caratteristiche; si tratta di un sapere relativo, soggettivo e scomodo perché troppo sfuggente, ben poco oggettivabile e di conseguenza ben poco verificabile.

Tuttavia, nonostante le difficoltà ora descritte, è necessario valorizzare la dimensione preventiva anche e soprattutto all'interno di situazioni di quotidianità e normalità tramite quelle attività che tendono a ridurre i rischi di un possibile incontro tra malessere e disagio.

Occuparsi di prevenzione significa lavorare sui processi più che sui contenuti: se l'obiettivo della prevenzione è modificare dei comportamenti o degli atteggiamenti è indispensabile agire su tutto ciò che consente ad una persona di scegliere.

Tra i punti deboli di alcune logiche di prevenzione si può osservare il presunto primato del cognitivo sull'affettività, oppure la difficoltà a valutare in maniera efficace gli effetti delle azioni preventive.

Sembra utile pensare ai tre livelli di prevenzione applicati ai vari sistemi del modello ecologico, in linea con le Linee di indirizzo regionali (DGR 1677/2003):

- **Prevenzione Primaria.** Potrebbe essere definita come un modello multimodale ed integrato, costituito da azioni di natura culturale, formativa ed educativa, orientate allo sviluppo delle competenze socio-emotive e relazionali, rivolte alla comunità tutta (es. la promozione della responsabilità genitoriale e della genitorialità consapevole, la promozione degli stili di vita che riducono i fattori di rischio e potenziano quelli protettivi).
- **Prevenzione Secondaria.** È rivolta a quei contesti in cui vi sono già i sintomi di un disagio e i soggetti a rischio. Si tratta di esperienze e attività rivolte alle fasce più marcatamente a rischio, quali soggetti che vivono in contesti e/o situazioni di marginalità sociale o in presenza di significativi fattori di rischio individuale, familiare o socio-culturale. Si propone la rilevazione tempestiva dei rischi dei singoli e dei nuclei familiari e la rilevazione precoce del maltrattamento/abuso (M/A). Es. lo screening/griglia che si utilizza nei servizi sanitari (Neonatalogie, Ostetricie ecc.) per individuare le condizioni di rischio (il supporto alla persona minorenni che partorisce, o alla gravida senza il compagno); lo screening/griglia che qualche PS generale o pediatrico utilizza per mettere a fuoco le situazioni di sospetto M/A a fronte di una lesione traumatica in un/a bambino-a/ragazzo-a (es. una storia clinica incongrua, non corrispondente al tipo di lesione, o allo sviluppo neuromotorio del/della bambino/a ecc.).
- **Prevenzione Terziaria.** È la presa in carico del/della minorenne, vittima di M/A, per evitare la recidiva del M/A e per la cura volta a ridurre i danni (per un approfondimento vedi Allegato 6).

In accordo con l'interpretazione sopra descritta l'*home visiting*<sup>130</sup> ad esempio è una pratica di prevenzione primaria se generalizzata e rivolta a tutte le puerpere/famiglie, diventa prevenzione secondaria se rivolta alle situazioni a rischio, magari individuate attraverso uno screening in ospedale (es. screening eseguito in ostetricia o in neonatologia).

I tempi sembrano ormai maturi per pensare al maltrattamento in termini **veramente preventivi**, in termini cioè di potenziamento dei fattori di protezione oltre che di intercettazione dei segnali di rischio, per evitare che si traduca in conseguenze dannose per i bambini e le bambine.

Per la stabilizzazione di una cultura della prevenzione del maltrattamento all'infanzia è necessario ragionare su un sistema di prevenzione **attivo** (secondo i criteri di efficacia, efficienza ed economicità richiesti dalla L.R. 14/2008, art. 23.c.1), tale da consentire l'intervento dei servizi socio-sanitari già a livello di **rischio** e quindi di prevenzione secondaria anziché, come accade prevalentemente ora, intervenire sul **danno** e quindi in un ambito di prevenzione terziaria.

Spesso le **azioni di prevenzione primaria e secondaria**, pur presenti a livello locale, restano difficilmente valutabili sul piano dei riscontri di esito, quindi scarsamente confrontabili tra di loro, replicabili e generalizzabili; serve investire di più nel lavoro di valutazione/validazione, documentazione e diffusione.

<sup>130</sup> Vedi paragrafo 2.2, Tabella VII e paragrafo 2.3.1



**Raccomandazioni:** La comunità scientifica ribadisce l'importanza di garantire agli/alle operatori/trici e ai/alle professionisti/e supervisioni, per lo meno sul trattamento di casi complessi<sup>131</sup>.

Creare alleanze tra Servizi socio-sanitari e famiglie con problematiche legate alla genitorialità.

Innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie negligenti per ridurre il rischio di allontanamento di bambini/e dal nucleo familiare d'origine.

Implementare in tutto il territorio regionale metodiche per la prevenzione dell'allontanamento.

## 2.2 La prevenzione: come e quando intervenire

### Modelli di intervento

Per affrontare le complessità della tutela dei bambini e delle bambine nello sforzo di prevenire il maltrattamento è necessaria una pluralità di modelli di intervento, preferibilmente se sono stati già sperimentati con successo e riconosciuti dalla comunità scientifica, come indica l'OMS, che individua nel **sostegno delle genitorialità a rischio** e nell'*home visiting* gli **strumenti principe di prevenzione**.

Ci sono infatti diversi approcci alla prevenzione nell'infanzia: programmi di educazione dei genitori per migliorare le cure che le/i bambine/i ricevono nelle loro case, gruppi di supporto per ridurre i comportamenti negativi dei genitori, programmi di *home visiting* che forniscono Servizi alle famiglie vulnerabili e programmi di tipo comunitario che coordinano i Servizi di prevenzione e il capitale sociale di supporto alle famiglie. L'*home visiting* ovviamente non si focalizza solo sulla prevenzione del maltrattamento e della trascuratezza; tuttavia, i servizi che sono offerti, come il supporto sociale, i riferimenti della rete territoriale, il sostegno genitoriale, le informazioni sulla salute, i materiali educazionali, possono aiutare anche a prevenire il maltrattamento<sup>132</sup>. La prevenzione, infatti, va intesa come un potenziamento dei fattori di protezione piuttosto che riduzione dei rischi, pertanto risulta necessario identificare tutti quei processi che possono incidere sull'incremento della resilienza non solo a livello individuale, ma anche a livello familiare e comunitario.

### Nota del gruppo redazionale

Per raccogliere e illustrare sinteticamente gli interventi di prevenzione del maltrattamento si è deciso di rappresentarli mediante alcune **tabelle** e suddividerli sulla base del **livello di intervento** (sociale e di comunità/relazionale/individuale) e dello **stadio di sviluppo** del/della bambino/a.

Nelle tabelle di sintesi, di seguito riportate, è stata utilizzata la seguente suddivisione degli stadi di sviluppo del/della bambino/a:

- prenatale e perinatale (<0 - fino a 1 anno)
- prima infanzia (1-3 anni)
- infanzia (3-11 anni)
- preadolescenza-adolescenza (11-17 anni)

Le tabelle di sintesi (Tabelle VII-X) infine raccolgono gli interventi e gli strumenti di prevenzione primaria e secondaria, considerati efficaci sulla base delle evidenze scientifiche<sup>133</sup> e delle buone pratiche<sup>134</sup> attuate a livello locale nella regione Emilia-Romagna.

Per ulteriori approfondimenti sull'**efficacia degli interventi** si faccia riferimento all'**Allegato 7 Efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria (psico-sociali) dell'abuso e maltrattamento delle persone di minore età: una review delle reviews sistematiche**. Scopo della revisione, illustrata nell'allegato 7, è identificare le revisioni sistematiche che abbiano preso in considerazione le evidenze disponibili sull'efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria nel maltrattamento e/o violenza su persone di minore età e le loro conseguenze. In essa gli autori e le autrici del quaderno hanno riportato una descrizione più dettagliata delle revisioni, incluse e categorizzate per tipologia di intervento e setting.

<sup>131</sup> Quaderno n.3 "Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel trattamento dell'infanzia e dell'adolescenza. Raccomandazioni per gli operatori" della presente Collana, edizione luglio 2020.

<sup>132</sup> Cirillo G., (2018), *Le linee guida per gli interventi di Home Visiting nella prevenzione del maltrattamento all'infanzia*, Quaderni acp, www.quaderniacp.it, n.2

<sup>133</sup> Vedi Allegati 7 e 8

<sup>134</sup> Vedi paragrafo 2.6

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

**Tabella VII<sup>a</sup>: Prevenzione primaria e secondaria nella fascia PRENATALE E PERINATALE**

Livello intervento/ Stadio di sviluppo	Prenatale e perinatale (<0 - fino a 1 anno)			
	Prevenzione PRIMARIA		Prevenzione SECONDARIA	
	Azioni	Strumenti	Azioni	Strumenti
<b>Livello sociale e di comunità</b>	<p>Valorizzazione e sostegno della genitorialità in ambito sociale, economico e lavorativo <b>(20)</b></p> <p>Collegamento (lavoro in rete) tra i servizi</p> <p>Invio alle famiglie <i>baby news-letters</i> (guide anticipatorie) <b>(11)</b></p> <p>Sostegno del ruolo paterno nella relazione precoce con il/la proprio/a figlio/a</p>	<p>Programmi d'intervento comunitari <b>(2)</b>, uso dei media per fornire modelli positivi di pratica genitoriale</p> <p>- Baby news-letters (guide anticipatorie)</p> <p>- Campagna prev. <i>Shaken Baby Syndrome</i> <b>(21)</b></p>		
<b>Livello Relazionale</b>	<p>- Aumentare le competenze dei futuri e neogenitori</p> <p>- Stile educativo</p>	<p>- Corsi di preparazione al parto</p> <p>- Gruppo di auto mutuo aiuto in gravidanza e nel post parto, sostegno allattamento</p> <p>- Gruppo di auto mutuo aiuto per i padri ("cerchio dei padri") con presenza di professionisti/e di area sanitaria (psicologi e psicoterapeuti già genitori, maschio / femmina a mimare la coppia) <b>(19)</b></p>	<p>Formazione e sostegno dei genitori di neonate/i sottopeso e/o pretermine e/o con malattie croniche e disabilità</p>	<p>Gruppi di sostegno alla genitorialità fragile (<i>circle of security</i>)</p>
<b>Livello Individuale</b>	<p>- Promozione e sostegno del "pelle a pelle" con il papà <b>(9)</b></p> <p>- Promozione e sostegno del "pelle a pelle" con la mamma <b>(18)</b></p> <p>- Promozione della presenza paterna in sala operatoria durante il taglio cesareo se adeguatamente preparati e in casi selezionati</p> <p>- Promozione dell'accudimento paterno <b>(10)</b></p> <p>- <i>Home visiting</i> a tutte le puerpere <b>(14), (15)</b> entro il primo mese di vita del bambino/a (possibilmente con PIS, ostetrica, assistente sanitaria ed educatrice) <b>(13)</b></p> <p>- Inserimento precoce al nido nelle famiglie multiproblematiche a rischio (madri adolescenti, sole, a basso reddito e scolarità)</p> <p>- Distribuzione materiale divulgativo "<i>Shaken Baby Syndrome</i>"</p>	<p>- Screening violenza domestica in gravidanza e nel post-parto</p> <p>- Screening del disagio psichico in gravidanza e nel post-parto (madre e padre)</p> <p>- Dimissione appropriata del neonato e della madre (profilo assistenziale per entrambi e appuntamento predefinito con PIS e ostetrica)</p> <p>Dimissione Neonato/a a prevalente componente sociale. Raccordo con il territorio (assistente sociale, ostetrica, assistente sanitaria)</p> <p>Rientrano nel gruppo di donne con prevalenti problematiche sociali: nomadi o migranti in situazioni di irregolarità, coppie e famiglie con pregresso abbandono o allontanamento o grave trascuratezza di minorenni, madri minorenni, donne con difficoltà di assunzione del ruolo materno, donne/coppie e famiglie con grave precarietà abitative. Possono essere connesse alle problematiche di tipo sociale anche situazioni di: tossicodipendenza, patologie psichiatriche, disabilità. <b>(17)</b></p> <p>- Auto-mutuo aiuto con mamme/ donne tutor volontarie <b>(12)</b></p>	<p>- Rilevazione precoce e presa in carico di donne/uomini con problemi di dipendenza</p> <p>- Interventi di sostegno alla genitorialità in famiglie con genitori in carico alla salute mentale o con individuazione di episodi di violenza domestica/ maltrattamento e abuso su figli/e più grandi</p> <p>- <i>Home visiting</i> alle famiglie e alle donne selezionate <b>(7)</b> entro il primo mese di vita (possibilmente con PIS, ostetrica, assistente sanitaria ed educatrice)</p> <p>- Rilevazione precoce della violenza domestica e M/A intra-famigliare (formazione MMG e PLS) <b>(4)</b></p> <p>- Griglie di rilevazione precoce/Segnali di Alert nei PS: <i>Escape form</i> - Fratture ad alto sospetto - Lesioni cutanee (ecchimosi e ustioni) ad alto sospetto</p>	

<sup>a</sup> **Nota:** Tra parentesi è indicato il numero della voce bibliografica/buona prassi di riferimento riportato nell'**Allegato 8**.

Legenda:

- PIS = Pediatra di libera Scelta
- PS = Pronto Soccorso
- MMG = Medico di Medicina Generale



Tabella VIII<sup>b</sup>: Prevenzione primaria e secondaria nella fascia PRIMA INFANZIA

Livello intervento/ Stadio di sviluppo	Prima infanzia (1-3 anni)			
	Prevenzione PRIMARIA		Prevenzione SECONDARIA	
	Azioni	Strumenti	Azioni	Strumenti
<b>Livello sociale e di comunità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorizzazione e sostegno della genitorialità in ambito sociale, economico e lavorativo</li> <li>- Formazione personale sanitario, scolastico e assistente sociale per aumentare le competenze per individuare precocemente le situazioni familiari a rischio <b>(4)</b></li> <li>- Attivazione di competenze rispetto ai temi della prevenzione e cura dell'abuso su minorenni per gli istituti di formazione superiore e le università, visto il coinvolgimento di molte discipline e professioni, da quella giuridica a quella medica, nella tutela</li> </ul>	Programmi di coordinamento tra i vari servizi di prevenzione <b>(3)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione per pediatri/e <b>(8)</b>/ operatori/trici Servizi sanitari/psicologi per aumentare le competenze di rilevamento dei segni fisici e psicologici che esprimano richiesta di aiuto in bambini/e con disabilità e difficoltà estreme di comunicazione <b>(5)</b></li> </ul>	
<b>Livello Relazionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentare le competenze dei genitori</li> <li>- Sostegno del ruolo paterno nella relazione precoce con il/la proprio/a figlio/a <b>(19)</b></li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gruppi di sostegno alla genitorialità fragile (<i>circle of security</i>)</li> <li>- Programma di visite domiciliari in famiglie con problemi di povertà grave, abuso di sostanze o problemi di salute mentale di un genitore <b>(6)</b></li> </ul>
<b>Livello Individuale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Svolgere interventi di <i>Home visiting</i> su situazioni selezionate <b>(1)</b></li> <li>- Inserire precocemente al nido i/le figli/e di famiglie multiproblematiche a rischio <b>(16)</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventi di sostegno alla genitorialità in famiglie con genitori in carico alla salute mentale o con individuazione di episodi di violenza domestica/ maltrattamento e abuso su figli/e più grandi</li> <li>- Griglie di rilevazione precoce/segnali di alert nei PS: <i>Escape form</i> - fratture ad alto sospetto</li> <li>- lesioni cutanee (ecchimosi e ustioni) ad alto sospetto</li> </ul>	

<sup>b</sup> **Nota:** Tra parentesi è indicato il numero della voce bibliografica/buona prassi di riferimento riportato nell'**Allegato 8**.

Legenda:

- PS = Pronto Soccorso

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

**Tabella IX: Prevenzione primaria e secondaria nella fascia INFANZIA**

Livello intervento/ Stadio di sviluppo	Infanzia (3-11 anni)			
	Prevenzione PRIMARIA		Prevenzione SECONDARIA	
	Azioni	Strumenti	Azioni	Strumenti
<b>Livello sociale e di comunità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promuovere strategie di sanità pubblica</li> <li>- Programmi formativi o per operatori/trici ed insegnanti sulla promozione delle <i>life skills</i> <b>(3.b e 6)</b></li> <li>- Collaborazione della scuola con Università e con i Servizi socio-sanitari del territorio</li> <li>- Figura di psicologo/a a livello scolastico per determinare/individuare precoci casi di abuso <b>(11)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Campagne pubblicitarie di sensibilizzazione per la denuncia dell'abuso sessuale su persone di minore età <b>(5.a)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenza di équipe psicopedagogica in ogni contesto scolastico</li> </ul>	
<b>Livello Relazionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentare le competenze dei genitori e dei/delle ragazzi/e (scuola)</li> <li>- Educazione alla non violenza (scuola)</li> <li>- Educare emotivamente all'empatia gli/le operatori/trici (assistenti sociali e insegnanti) che si relazionano con minorenni vittime di abuso sessuale <b>(13)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmi di promozione delle <i>life skills</i> (autoprotezione) <b>(3.b e 6)</b></li> <li>- <i>Triple P parenting program</i>, programma formativo per genitori suddiviso in livelli di diversa specificità in base alla necessità <b>(5.a)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innovazione delle pratiche di intervento nei confronti delle famiglie negligenti per ridurre il rischio di allontanamento di bambini/e dal nucleo familiare d'origine (Progetto PIPPI) <b>(10)</b></li> <li>- Intervento educativo familiare</li> </ul>	
<b>Livello Individuale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avvicinare bambini/e ai temi di proprietà del corpo, identificazione di potenziali situazioni inappropriate, tramite giochi, spettacoli, teatro e altre attività creative <b>(3)</b></li> <li>- Formare bambini/e di 8-9 aa. sulla capacità di riconoscere e raccontare un abuso <b>(8)</b></li> <li>- Svolgere lezioni e incontri per alunni/e delle scuole primarie, gestiti da facilitatori formati e da insegnanti, per la prevenzione dell'abuso sessuale <b>(7)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventi a scuola <b>(5.b)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rilevazione precoce della violenza domestica e M/A intra-famigliare (formazione MMG e PLS) <b>(4)</b></li> <li>- Griglie di rilevazione precoce/Segnali di Alert nei PS: <i>Escape form</i> - Fratture ad alto sospetto</li> <li>- Lesioni cutanee (ecchimosi e ustioni) ad alto sospetto</li> </ul>	

° **Nota:** Tra parentesi è indicato il **numero** della voce bibliografica/buona prassi di riferimento riportato nell'**Allegato 9**.

Legenda:

- PIS = Pediatra di libera Scelta
- PS = Pronto Soccorso
- MMG = Medico di Medicina Generale

**Tabella X<sup>b</sup>: Prevenzione primaria e secondaria nella fascia PREADOLESCENZA E ADOLESCENZA**

Livello intervento/ Stadio di sviluppo	Preadolescenza e adolescenza (11-17 anni)			
	Prevenzione PRIMARIA		Prevenzione SECONDARIA	
	Azioni	Strumenti	Azioni	Strumenti
<b>Livello sociale e di comunità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorizzazione e sostegno della genitorialità in ambito sociale, economico e lavorativo</li> <li>Promozione del coinvolgimento paterno nella relazione precoce con il/la proprio/a figlio/a per i suoi effetti positivi a lungo termine <b>(9)</b></li> <li>- Costruzione di processi di partecipazione di persone di minori età come strumento di prevenzione del maltrattamento (compreso il maltrattamento istituzionale quale violazione dei diritti umani fondamentali dei minorenni inseriti in strutture residenziali)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenza di équipe psicopedagogica in ogni contesto scolastico</li> </ul>	
<b>Livello Relazionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventi volti a favorire lo sviluppo delle abilità personali indispensabili per muoversi adeguatamente nelle relazioni con le altre persone: le competenze psicosociali (CPS) o <i>Life Skills</i></li> <li>- Programmi di psicoeducazione sull'aggressività per insegnanti e studenti delle scuole superiori</li> <li>- Programmi scolastici che coprono temi come la proprietà del corpo e i comportamenti adeguati per difenderlo</li> <li>- Modelli di apprendimento tra pari sulla violenza di genere <b>(1)</b></li> <li>Sostegno del ruolo paterno nella relazione precoce con il/la proprio/a figlio/a <b>(9)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modello di apprendimento tra pari: progetto "<i>Life Skills</i>", progetti di "educazione socio-affettiva", "educazione emotiva".</li> <li>- Sessioni di discussione, giochi di ruolo e teatro, elaborazione di protocolli da utilizzare nei casi di violenza a scuola, con particolare attenzione alla segnalazione agli/alle insegnanti, come fattore di protezione e mezzo per l'individuazione precoce della violenza e per la prevenzione della stessa.</li> <li>- Libri, fumetti, drammi teatrali, spettacoli di burattini, film, conferenze e discussioni, singoli o in combinazione; approcci puramente didattici, approcci comportamentali, partecipazione attiva di studenti a giochi di ruolo, alle prove o alla pratica di nuove abilità di autoprotezione.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmi scolastici di psicoeducazione focalizzati sullo sviluppo di abilità relazionali sane</li> <li>- Consultazione breve di tipo educativo da parte di infermieri/e scolastici/che, adeguatamente formati sulle relazioni di abuso in adolescenza</li> <li>- Programmi che aiutino a promuovere strategie di risoluzione positiva dei conflitti genitoriali</li> </ul>	
<b>Livello Individuale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione di bambini/e attraverso programmi scolastici, tra cui: educazione alla sicurezza personale (cultura auto tutela); comportamenti protettivi; sicurezza del proprio corpo; prevenzione della violenza da parte di bambine/i ed educazione alla protezione di minorenni <b>(3.A e 3.B)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programma educativo per bambine per la prevenzione dell'abuso sessuale <b>(2)</b></li> <li>- Programmi mirati ad accogliere la richiesta d'aiuto da parte di famiglie con difficoltà socio-economiche e/o sanitarie <b>(8)</b></li> <li>- Programma di prevenzione del maltrattamento domestico attraverso la somministrazione di questionari a livello scolastico (13-14 anni) <b>(12)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventi di supporto per bambine e adolescenti abusate per evitare che diventino abusanti; intervento educativo su bambine-ragazze <b>(2)</b></li> </ul>	

<sup>b</sup> **Nota:** Tra parentesi è indicato il **numero** della voce bibliografica/buona prassi di riferimento riportata nell'**Allegato 9**.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

## 2.3 Prevenzione dell'abuso e del maltrattamento nell'area prenatale, perinatale e prima infanzia (fascia < 0-3 anni)

A partire quindi dalle azioni e dagli strumenti, sintetizzati nelle tabelle precedenti (Tabelle VII e VIII), si riportano di seguito gli approfondimenti su alcuni interventi di prevenzione primaria e secondaria, considerati efficaci sulla base delle evidenze scientifiche e delle buone pratiche attuate a livello locale nella fascia < 0-3 anni<sup>135</sup>.

### 2.3.1 Interventi<sup>136</sup>

L'efficacia delle visite domiciliari nella promozione della salute, nella riduzione delle disuguaglianze e la capacità di influire sui determinanti di salute, insieme alla dimostrata efficacia della precocità degli interventi (entro i primi mille giorni di vita), costituiscono raccomandazioni forti da parte delle agenzie internazionali, di esperti in salute pubblica e di associazioni pediatriche.

È tuttora aperto il dibattito sulle **modalità organizzative** con cui pianificare l'intervento: dal modello *universale*, visita a tutte le mamme e i/le neonati/e, piuttosto impegnativa dal punto di vista delle risorse; al modello *selettivo*, visita alle categorie a rischio, con la difficoltà intrinseca di definizione del rischio, e con l'evidenza che le difficoltà non si limitano alle categorie identificate a rischio; fino al modello *progressivo*, cioè ad intensità variabile, con un primo contatto che può essere seguito da altre visite in base alle necessità della mamma e del/della neonato/a.

### Azioni a sostegno di una genitorialità in condizione di fragilità<sup>137</sup>

In linea con quanto previsto dalla Commissione Europea nel 2013 combattere lo svantaggio socioculturale nei primi anni di vita è una misura fondamentale per ridurre la povertà e l'esclusione sociale. Ciò è possibile attraverso strategie integrate di sostegno ai neogenitori, nell'accesso al mercato del lavoro, di sostegno al reddito e nell'accesso ai servizi essenziali per la salute e lo sviluppo dei/delle bambini/e, quali nidi e scuole per l'infanzia, Servizi sociali e sanitari, abitazione e ambiente.

Approcci che si basano su modalità di *counseling* (ascolto partecipativo, osservazione, sostegno, ecc.) e di prossimità (servizi per la prima infanzia, interventi domiciliari, *home visiting*<sup>138</sup>, ecc.) sono orientati ad identificare i fattori di rischio ed a supportare la famiglia nell'identificazione delle risorse proprie<sup>139</sup>, della rete familiare allargata e nel contesto sociale e delle modalità per far fronte alle difficoltà. Nello specifico ad esempio l'attivazione di interventi di *home visiting* o di programmi di intervento universale di sostegno ai genitori<sup>140</sup> sono mirati a favorire la costruzione di legami di attaccamento sicuri nei/nelle bambini/e, aiutare il genitore ad adattare il proprio comportamento allo sviluppo del/della bambino/a e facilitare la loro relazione, rafforzare l'autostima della madre e/o del padre, prevenire episodi di negligenza, trascuratezza e situazioni di maltrattamento fisico-psicologico e di abuso.

**L'home visiting**<sup>141,142</sup> in particolare rientra, fra gli strumenti enucleati dall'OMS<sup>143</sup>, nell'ambito delle strategie di tipo relazionale.

<sup>135</sup> Vedi nota 12

<sup>136</sup> Brunelli A. et al., (2018), *Visite Domiciliari ai neonati e alle mamme nell'ambito territoriale di Cesena. Analisi di 25 anni di storia*, Quaderni acp [www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it), 5 [2018]. Vedi anche Allegato 11.

<sup>137</sup> Vedi scheda attuativa d'intervento n. 15, Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-19 (D.G.R. 1423/2017) <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/prodotti-editoriali/2017/schede-attuarie-d2019intervento-piano-sociale-e-sanitario-dell2019emilia-romagna-2017-2019>

<sup>138</sup> <http://cismai.it/linee-guida-per-gli-interventi-di-home-visiting/>

<sup>139</sup> Vedi Allegato 3

<sup>140</sup> Cit. "I programmi *home-based* sono efficaci, ma molto più costosi in termini di impegno di personale dei programmi *center-based* dove le famiglie sono coinvolte in attività svolte prevalentemente presso una sede, e possono essere utilmente connessi a questi ultimi come componente rivolta a raggiungere famiglie altrimenti non raggiungibili o per fornire servizi aggiuntivi, altamente individualizzati. Ma va ricordato che programmi unicamente basati sulle visite domiciliari perdono l'opportunità di creare situazioni di conoscenza, rinforzo e supporto reciproco tra genitori e favorire lo stabilirsi di reti sociali e legami di amicizia, che sono funzionali al risultato. Gli approcci universalistici, dove tutte le famiglie residenti sono coinvolte, sia pure focalizzati su aree caratterizzate da maggior prevalenza di fattori di rischio, hanno diversi vantaggi, sia dal punto di vista dei principi di equità e non discriminazione sia dal punto di vista dell'eterogeneità sociale che si viene a creare nei gruppi di genitori e che, entro certi limiti, è un elemento che può favorire una dinamica di apprendimento più vivace e positiva." (da Tamburlini G. *L'ambiente familiare di apprendimento*, 2° parte Medico e Bambino 2020;39:167-176).

<sup>141</sup> <http://cismai.it/linee-guida-per-gli-interventi-di-home-visiting/>

<sup>142</sup> Vedi "Prevenzione primaria-Home visiting", Allegato 7, Review delle reviews sistematiche.

<sup>143</sup> OMS, *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*, 2006.

Il punto appare dirimente: è infatti soprattutto nella relazione che si costruisce l'identità della persona e la prima relazione significativa è quella con i genitori. Facilitare l'instaurarsi di una relazione sana, consapevole, positiva tra genitori e figli/e è il miglior servizio che si possa offrire per garantire il benessere e una crescita serena dei più piccoli, all'interno del loro contesto di riferimento. L'obiettivo principale dell'intervento di *home visiting* è il rafforzamento delle capacità genitoriali. Esso può essere declinato secondo approcci e modalità diverse, con finalità di supporto generali o improntate a obiettivi peculiari. È uno strumento che si inserisce nell'alveo delle politiche di sostegno alla genitorialità fragile<sup>144</sup>.

Allo scopo di contrastare le problematiche sociali e di salute emergenti e le disuguaglianze l'UNICEF ha messo le visite domiciliari al centro della propria azione sviluppando linee guida e fornendo supporto ai Paesi per rivedere o rilanciare i programmi di visite domiciliari.

I programmi di visite domiciliari per donne in gravidanza e bambini/e nei primi anni hanno una corposa base di evidenze di efficacia e costo/efficacia - in particolare, ma non esclusivamente, per gruppi e famiglie a rischio - e sono raccomandati da agenzie internazionali e associazioni professionali, anche pediatriche.

Il modello raccomandato è quello universale progressivo<sup>145</sup>, che combina un limitato numero di visite pre e postnatali per tutti/e, con interventi più frequenti e complessi definiti in base all'indicazione dei servizi, ai bisogni e ai problemi emersi durante le visite.

La visita domiciliare richiede un alto livello di professionalità, da assicurarsi tramite una buona dose curricolare a cui affiancare moduli specialistici per coprire le diverse competenze richieste, e un'organizzazione che consenta il lavoro in collaborazione con gli altri Servizi e operatori/trici, sia del sistema sanitario sia eventualmente di quello sociale e educativo.

L'implementazione di tale modello in Italia va adattata ai contesti locali e va attuata con un approccio sperimentale che consenta di individuarne le modalità e le condizioni di attuazione più efficaci ed efficienti<sup>146</sup>.

Altre tipologie di interventi considerati efficaci nella prevenzione sono:

- l'applicazione di una **guida metodologica** per identificazione precoce dei comportamenti e dei sintomi che possono far supporre una situazione di insufficienza nelle cure<sup>147</sup>
- l'applicazione del **Well Baby Plus Program**<sup>148</sup> (*home visiting*, osservazione, questionari visita pediatrica) su famiglie con condizioni socioeconomiche scarse, consente di ottenere benefici sulla salute dei/delle bambini/e sul supporto della genitorialità e successiva prevenzione di abuso e incuria
- interventi domiciliari che prestino attenzione a violenza intraparentale (IPV) e alla sua misurazione prima e dopo l'intervento, soprattutto per la prevenzione della violenza assistita e delle conseguenze sullo sviluppo emotivo e comportamentale nel/nella bambino/a<sup>149</sup>.

**Raccomandazione:** Promuovere il sostegno ai genitori, gli stili educativi corretti già all'inizio dell'esperienza genitoriale<sup>150</sup>, la costruzione di una buona relazione con figli/e, in particolare: promuovere uno stile educativo incoraggiante e propositivo (incoraggiare ad imparare anziché chiedere di ubbidire, essere genitori sensibili anziché intrusivi, promuovere l'indipendenza anziché esercitare il controllo<sup>151</sup>).

Agire sulle variabili modificabili che possano migliorare il futuro e mantenere gli effetti a lungo termine.

I programmi di promozione delle *life skills* (competenze psicosociali) sono più efficaci di quelli dedicati esclusivamente alla prevenzione dell'abuso, e lo sono di più quando coinvolgono insegnanti e genitori.

<sup>144</sup> Vedi nota 137.

<sup>145</sup> Babayeva B. et al., *Universal progressive model of home-visiting for pregnant women and young children at the primary health care level: Methodical recommendations for implementation in primary health care organizations*, -UNICEF, Astana, 2018

<sup>146</sup> Vedi Allegato 13

<sup>147</sup> Akehurst R., (2015), *Child neglect identification: The health visitor's role*, *Community Pract* 88(11): 38-42.

<sup>148</sup> Rushton F. E. et al., (2015), *Enhancing child safety and well-being through pediatric group well-child care and home visitation: The Well Baby Plus Program*, *Child Abuse Negl* 41: 182-189.

<sup>149</sup> Prosmann G. J. et al., (2015), *Effectiveness of home visiting in reducing partner violence for families experiencing abuse: a systematic review*, *Fam Pract* 32(3): 247-256.

<sup>150</sup> Tamburini G., *Interventi precoci per lo sviluppo del bambino*, *Medico e Bambino*, 4/2014, p. 2-9.

<sup>151</sup> Durrant J. et al., *Parents' views of the relevance of a violence prevention program in high, medium, and low human development contexts*, 2017, *International Journal of Behavioral Development*, vedi anche paragrafo 1.4.1.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

Le istituzioni politiche sanitarie e scolastiche, le comunità dovrebbero inserire queste conoscenze all'interno dei programmi formativi.

### 2.3.2 Strumenti di screening

#### a) Questionario IPARAN

Uno studio<sup>152</sup>, condotto in Olanda dalle Università di Amsterdam e di Leiden nel 2017, ha analizzato l'utilità del **questionario IPARAN**<sup>153</sup> (*Instrument for Identification of Parents at Risk for Child Abuse and Neglect*) come screening per identificare al parto le famiglie ad alto rischio di maltrattamento infantile.

Il questionario è stato sottoposto ad entrambi i genitori (autocompilazione). A questo si aggiunge la valutazione clinica dell'infermiera/e che si è occupata del/della neonato/a e della famiglia durante il ricovero, posta come: "Hai preoccupazioni riguardo a questa famiglia?" con risposta: sì/no.

È stato poi ripreso ed analizzato in occasione della visita domiciliare standard intorno al 14° giorno di vita.

Le famiglie considerate a rischio sono state seguite in follow-up per i successivi 18 mesi con visite domiciliari (*Supportive Parenting Intervention*).

Nonostante il valore predittivo non sia risultato statisticamente sufficiente per utilizzare il questionario come test di screening, unito alla valutazione clinica delle/degli operatrici/tori del punto nascita può risultare uno strumento utile per **identificare le situazioni e i problemi che precedono il maltrattamento all'infanzia**.

#### b) Strumento INTOVIAN<sup>154,155</sup>

È uno strumento di screening per l'identificazione di famiglie a rischio o che presentano problematiche già accertate di abuso e trascuratezza nei confronti di bambini/e e neonati/e, incluse le specificità che riguardano determinati gruppi (fascia d'età 0-3 anni). Lo strumento è consigliato per i/le sanitari/e durante la prima visita del/della neonato/a, ma anche per i /le professionisti/e di area sociale che operano nel settore delle cure primarie.

L'obiettivo è quello di stabilire un semplice sistema di individuazione per quanto riguarda l'abuso, la trascuratezza o i modelli relazionali maltrattanti, attraverso la distinzione tra due ampie categorie: 1) sospetto di abuso e trascuratezza o modelli relazionali maltrattanti che indicano la necessità di un intervento o di ulteriori valutazioni o prove e 2) l'esclusione del maltrattamento.

#### c) Practicing Safety

Un recente articolo di Chung e altri<sup>156</sup> riporta l'esperienza di un lavoro in équipe multiprofessionale costituita da medici, assistenti sociali, infermieri case manager e data manager, amministrativi e rappresentante dei pazienti, presso un ambulatorio di cure primarie, sulla introduzione della valutazione del rischio e sullo screening di maltrattamento e abuso nella attività quotidiana. Allo scopo è stato adattato il materiale del *Practicing Safety* su piattaforma informatica, per indagare su sei domini: pianto del/della bambino/a (1-2 mesi di età), stato emozionale della madre (con EPDS a 1-2 mesi), sviluppo (a 9, 18 e 24 mesi con PEDS, *Parent Evaluation of Developmental Screening*), disciplina (a 6 e 9 mesi), temperamento collerico (a 18 e 24 mesi), abitudine al vasino (18 e 24 mesi). L'utilizzo di tale strumento si è mostrato molto utile nell'aumentare la rilevazione degli items e l'attenzione al tema.

<sup>152</sup> van der Put C.E. et al., *Screening for potential child maltreatment in parents of a newborn baby: The predictive validity of an Instrument for early identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect (IPARAN)*, *Child Abuse & Neglect*, 70 (2017), pp 160–168.

<sup>153</sup> Vedi Allegato 14

<sup>154</sup> <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3562598.pdf> Lo "Strumento Intovian", si compone di una lista di controllo di cinque elementi che trattano i fattori di rischio per la violenza fisica e/o psicologica, la trascuratezza e i modelli relazionali disfunzionali o di abuso tra il bambino/neonato e la persona che lo accudisce. Vedi Allegato 15.

<sup>155</sup> Il Progetto Europeo Intovian, avviato alla fine del 2012 e concluso nel 2015, si poneva l'obiettivo di migliorare l'efficacia dei servizi sanitari europei nella prevenzione e diagnosi precoce di abuso e trascuratezza nei bambini e neonati. In questa direzione ha sviluppato uno strumento di screening, con una specificità di interesse rispetto alla presente indagine in quanto focalizzato in particolare sulla fascia di età 0-3 anni.

<sup>156</sup> Chung E.K. et al., *Child abuse and neglected Risk assesement: quality improvement in primary care setting*, *Accademic Pediatrics*, 19, issue 2, p227-235, 2019.



### 2.3.3 Raccomandazioni a Servizi/Enti/Agenzie

Dalle evidenze scientifiche e dal monitoraggio delle buone prassi raccolte e descritte nei piani di zona 2017-19 della Regione Emilia-Romagna si individuano le seguenti raccomandazioni riferite ai diversi Servizi/Enti/Agenzie per gli interventi nella fascia <0-1 anno e nella prima infanzia (1-3 anni).

#### Istituzioni

Gli investimenti nello sviluppo della prima infanzia hanno mostrato rendimenti positivi, tra cui miglioramenti nella salute mentale, nella salute fisica e nel rendimento scolastico, nonché tassi più bassi di comportamenti violenti, dipendenza e povertà.

Secondo il documento “*Nurturing care*<sup>157</sup>” dell’OMS del 2018, l’obiettivo è quello di avere un impatto duraturo sullo sviluppo infantile precoce, attraverso un impegno politico, lo sviluppo di *policies* e investimenti appropriati. Per ottenere questi risultati sono necessarie delle strategie quali:

1. stabilire un meccanismo di coordinamento multisettoriale di alto livello, che abbia un suo budget e l’autorizzazione ufficiale per coordinare i diversi settori e attori
2. valutare l’attuale situazione e identificare le opportunità esistenti nei e tra i diversi settori per rafforzare le azioni a supporto della *nurturing care*
3. sviluppare una *vision* comune, fissare obiettivi e risultati attesi, preparare un piano d’azione coordinato e supportarla con una *policy* nazionale integrata sullo sviluppo infantile precoce
4. assegnare ruoli e responsabilità chiari per l’implementazione del piano nazionale, a tutti i livelli di governo e dare alle autorità subnazionali e locali i mezzi per agire
5. preparare una strategia di finanziamento a lungo termine. Questa dovrebbe basarsi su tutte le fonti di finanziamento disponibili a supporto delle diverse componenti della *nurturing care*
6. programmi di supporto e assistenza per i servizi educativi, ai fini di evitare *burn-out* che si può esplicare in condotte violente nei confronti di minorenni.

Per un approfondimento si rimanda alla tabella<sup>158</sup> “Leggi, politiche e interventi per creare ambienti favorevoli” (Allegato 16). Nella tabella vengono descritti i servizi e gli interventi che riguardano le cinque componenti della *Nurturing care* e una selezione degli obiettivi definiti a livello globale, assieme alle relative leggi e politiche. Tutto questo illustra come i differenti fattori interagiscono per costruire ambienti favorevoli.

#### Servizio sanitario

Si raccomanda di:

1. prendere contatto con famiglie a rischio<sup>159</sup>
2. prevedere e svolgere interventi di home visiting (rivalutazione visita domiciliare neonatale, programmi strutturati di home visiting con altre figure professionali)
3. fare formazione sulla genitorialità alle neo famiglie per conoscere e gestire gli stati comportamentali del/della bambino/a che possono scatenare la violenza (pianto prolungato, comportamento oppositivo, rifiuto cibo, coliche ecc. )
4. promuovere l’uso di guide anticipatorie<sup>160</sup>, stilate dal/dalla pediatra<sup>161</sup>, per dare competenza e sicurezza (conoscenza tappe sviluppo ecc.) determina:

<sup>157</sup> [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/child/nurturing-care-framework/en](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework/en)

<sup>158</sup> Tabella estratta da “*La Nurturing care per lo sviluppo infantile precoce*” traduzione italiana <http://www.csbonlus.org/materiali-operatori.html>

<sup>159</sup> Vedi paragrafo 1.4.2

<sup>160</sup> Vedi Allegato 17

<sup>161</sup> I/le pediatri/e (Allegato 18), giocando un ruolo fondamentale nel promuovere il benessere del/della bambino/a e aiutando i genitori a farli crescere bene, possono avere un ruolo altrettanto importante nella prevenzione del maltrattamento dei bambini. I/Le pediatri/e hanno contatti con le famiglie soprattutto durante i cambiamenti e i momenti di stress (per esempio quando il/la bambino/a è ammalato/a), per cui possono, più facilmente di altri, “familiarizzare” con i fattori di stress e di forza di quella data famiglia. I/Le pediatri/e, inoltre, sono spesso connessi con le risorse comunitarie che hanno come priorità il *welfare* del/della bambino/a e della famiglia. La letteratura mostra come i genitori vedano i/le pediatri/e come consiglieri e consulenti: i/le pediatri/e, a loro volta, accettano questo ruolo con funzione anche di prevenzione del maltrattamento sia attraverso l’applicazione di guide anticipatorie sia di osservazione di eventuali problemi dei genitori durante le visite dei bilanci di salute del/della figlio/a. In particolare il/la pediatra deve prolungare il tempo del colloquio con la famiglia se rileva/sospetta che sia compromessa l’abilità della famiglia ad allevare/proteggere il/la bambino/a. Se la situazione si rilevasse più complicata e non fosse quindi in grado di risolverla con un colloquio, il/la pediatra può richiedere l’invio della famiglia a un servizio comunitario per il sostegno genitoriale o per un intervento contro la violenza familiare. Se c’è un dubbio significativo circa la sicurezza del/della bambino/a, la capacità dei genitori di proteggerlo/a, o se si sospetta un maltrattamento, il/la pediatra deve contattare i servizi sociali territoriali che concorreranno alla tutela del/della bambino/a.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

- aumento attaccamento fra i membri famiglia
  - aumento resilienza emotiva dei genitori
  - aumento connessioni sociali dei genitori
5. fare formazione specifica per i/le professionisti/e (sanitari/e territoriali e ospedalieri compresi quelli che afferiscono ai servizi di emergenza/urgenza es. pronto soccorso pediatrico)
  6. prevedere protocolli condivisi
  7. fare partecipare operatori/trici afferenti alle aree dei Servizi sociali e sanitari a progetti formativi finalizzati a promuovere il rispetto delle differenze e il contrasto alla violenza di genere e assistita, e acquisire competenze nell'accoglienza di donne e bambini/e vittime di violenza e sugli interventi per uomini autori di violenza.

In caso di **formazione a medici di medicina generale o pediatri/e di libera scelta**: l'intervento di prevenzione all'abuso infantile si esplica attraverso il miglioramento delle competenze e del ruolo del "medico di famiglia"<sup>162</sup>, valutando, mediante interviste la percezione di questi/e professioniste/i dei fattori di rischio, le loro esperienze, le difficoltà incontrate nei casi di sospetto abuso, i loro sentimenti riguardo al ruolo nella cura di potenziali vittime<sup>163</sup>.

Le violenze interpersonali compiute in ambiente familiare si caratterizzano per la recidiva: eventi sentinella riconosciuti nei Pronto Soccorso possono essere utilizzati per l'individuazione dei soggetti e delle situazioni familiari a maggior rischio. Procedure di screening (o di *clinical finding*) attuate in luoghi di cura o di assistenza sanitaria o sociale favoriscono il riconoscimento delle violenze non denunciate.

**Raccomandazione:** Per individuare gli alti rischi, nei Servizi sanitari di primo accesso (es. Pronto Soccorso, "Guardia Medica", ecc.) si raccomanda di applicare una check list di screening (di prima selezione, es. ESCAPE FORM, modificata, come raccomandato in REVAMP<sup>164</sup>).

**Strumento ESCAPE FORM**<sup>165</sup>: proposto come screening sistematico per il maltrattamento/abuso su persone di minori età nei Dipartimenti di emergenza/urgenza dopo apposito training del personale infermieristico, è stato validato nel 2012 quando si è dimostrato in grado di aumentare di 5 volte la capacità di intercettare le sospette vittime di maltrattamento/abuso in un'ampia casistica (0.5% nei soggetti sottoposti a screening vs 0.1% negli altri,  $P < .001$ ).

Raccoglie alcune delle raccomandazioni più comuni presenti in letteratura, comprese le Linee di indirizzo regionali (DGR n.1677/2013), e consiste in sei domande (Tabella XI) che il sanitario si deve porre, e a cui deve rispondere per iscritto, che consentono di allertare la sua attenzione nei singoli casi, riducendo la discrezionalità di valutazione attraverso una prima selezione delle potenziali vittime di violenza. Il Progetto REVAMP propone di applicare la *checklist* a tutti gli accessi in PS di persone <18 anni in caso di trauma e/o presenza di ecchimosi, alterazioni dello stato di coscienza, sintomatologia neuro-psichiatrica, dolori addominali ricorrenti, disurie, avvelenamenti e lo raccomanda anche, previo adattamento, per le persone >18 anni.

**Tabella XI. ESCAPE FORM**

1	Il racconto dell'evento è coerente?	SÌ	NO <sup>a</sup>
2	Vi è stato un ritardo ingiustificato nel rivolgersi al Servizio sanitario?	SÌ <sup>a</sup>	NO
3	Il meccanismo che ha provocato la lesione è coerente con il livello di sviluppo del/della bambino/a?	SÌ	NO <sup>a</sup>
4	Il comportamento del/della bambino/a e degli adulti che lo accompagnano e la loro interazione sono appropriati?	SÌ	NO <sup>a</sup>
5	I rilievi dell'esame fisico completo (testa/piedi) sono coerenti con il racconto dell'evento traumatico?	SÌ	NO <sup>a</sup>
6	Vi sono altri segnali che ti fanno dubitare sulla sicurezza del/della bambino/a o di altri membri della famiglia? Se sì, specificare _____	SÌ <sup>a</sup>	NO

**Legenda:** La presenza di almeno una risposta contrassegnata con la lettera "a" (in apice) determina la necessità di approfondimento attraverso la ricerca di eventuali altri indici di sospetto. In caso contrario seguire i protocolli utilizzati di routine.

<sup>162</sup> Programma "Corso di formazione specifica in Medicina generale", regione Emilia-Romagna [vedi paragrafo 2.7 punto f)]

<sup>163</sup> Regnaut O. et al., *Risk factors for child abuse: levels of knowledge and difficulties in family medicine. A mixed method study*, BMC Res Notes (2015) 8: 620.

<sup>164</sup> REVAMP - Controllo e risposta alla violenza su persone vulnerabili: la donna e il bambino, modelli d'intervento nelle reti ospedaliere e nei servizi socio-sanitari in una prospettiva europea – CCM 2014. in <http://www.ccm-centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie-progetto>.

<sup>165</sup> Louwers E.C. et al., *Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency departments*. Pediatrics. 2012 Sep;130(3):457-64. doi: 10.1542/peds.2011-3527. Epub 2012 Aug 27.



In caso di persone di minore età devono essere evitate domande “suggestive”; il personale si deve limitare a raccogliere e annotare eventuali dichiarazioni spontanee (“il/la minorente riferisce...”) <sup>166</sup>.

Nell'affrontare l'iter diagnostico delle manifestazioni cliniche presentate dalla persona di minore età (fratture, sintomi neurologici, lesioni cutanee e mucose, ecc.), sono stati predisposti appositi strumenti di supporto al professionista sanitario per una corretta diagnosi e diagnosi differenziale che appartengono alla presente Collana: “Quaderno 2. Fratture e abuso. Raccomandazioni per il percorso diagnostico” e il Quaderno “Lesioni cutanee e mucose provocate da maltrattamento / abuso su persone di minore età. Raccomandazioni per il percorso diagnostico” (di prossima pubblicazione), oltre al “Quaderno 1. Maltrattamento e abuso sul minore. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale”, già citato.

### Servizio sociale <sup>167</sup>

Si raccomanda di:

- incentivare i rapporti e la comunicazione coi pediatri/e di libera scelta
- svolgere un'analisi accurata delle famiglie e delle capacità genitoriali anche per nuclei familiari giunti all'attenzione per problematiche diverse (ad es. supporto economico)

### Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-3 anni del sistema integrato regionale <sup>168</sup>

Si raccomanda di:

- promuovere e svolgere formazione aggiornata sul tema della prevenzione del maltrattamento e abuso nell'infanzia
- fornire a insegnanti gli strumenti per individuare precocemente casi sospetti e per essere un buon punto d'ascolto
- favorire l'integrazione scolastica dei bambini migranti

Per i/le professionisti/e che si occupano dei bambini e delle bambine a partire dalla fascia di età 0-3 anni <sup>169</sup> è particolarmente importante conoscere quali sono i segni di uno sviluppo evolutivo “sano” o “patologico” di un/a bambino/a per applicare, quando necessario, un intervento adeguato.

È quindi necessario conoscere:

- gli stadi e le crisi evolutive dello sviluppo “normale” <sup>170</sup>

<sup>166</sup> A questo proposito:

- “Si raccomanda... che venga raccolto il racconto spontaneo del minore documentandolo nel modo più corretto e testuale possibile, evitando l'induzione positiva e negativa, ponendosi il problema di non ri-vittimizzare il minore, evitando in particolare la richiesta di reiterare il racconto del fatto” (da “Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso”, pag. 42)
- “Il medico di Pronto Soccorso/pediatra ed il medico legale realizzano ... la raccolta del racconto, rispettando i seguenti criteri:
  - raccogliere l'eventuale racconto spontaneo del minore, separatamente dall'adulto accompagnatore;
  - raccogliere il racconto dell'adulto accompagnatore in assenza del minore;
  - non porre domande dirette sul fatto e sui segni obiettivati, né domande suggestive, evitare domande a risposta chiusa;
  - riportare fedelmente “virgolettate” le parole del minore e dell'adulto”.

(Cit. da Quaderno 1. “Maltrattamento e abuso sul minore. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale”, pag. 17).

<sup>167</sup> “I Comuni, cui spetta secondo il dettato normativo nazionale e regionale di promuovere e garantire la realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, al fine di dare risposta ai bisogni sociali della popolazione e tra questi in particolare la realizzazione dei “servizi ed interventi di prevenzione, ascolto, sostegno ed accoglienza per minori vittime di abuso, maltrattamento ed abbandono”, a seguito del ritiro delle “deleghe” alle Aziende USL, avviata a fine anni '90, hanno nel tempo organizzato i servizi sociali per l'esercizio di questa funzione in maniera differenziata.” (Cit. da “Relazione finale della Commissione tecnica per l'individuazione di misure organizzative e procedurali appropriate nei procedimenti preposti alla tutela e all'eventuale allontanamento dei minori dalle famiglie di origine”, presa d'atto DGR n.1899/2019, Regione Emilia-Romagna).

<sup>168</sup> Le scuole sono una scelta logica per informare l'infanzia riguardo alle forme di maltrattamento e abuso e alla loro prevenzione, data la loro funzione di educare (Wurtele 2009).

<sup>169</sup> Vedi Allegato 19 estratto da F. Montecchi, C. Bufacchi, “Abuso sui bambini: l'intervento a scuola” (Edizioni Franco Angeli, 2016).

<sup>170</sup> “Lo sviluppo evolutivo è il risultato dell'interazione tra le spinte istintuali innate, l'organismo e l'ambiente. Si usa suddividere questo processo in “stadi” all'interno dei quali ci sono delle “crisi”, ovvero dei momenti di particolare difficoltà e tensione riconoscibile dalla comparsa di sintomi, da considerarsi “normali” poiché destinati a scomparire nel momento in cui l'individuo supera le difficoltà del passaggio evolutivo. Solo nel caso in cui i sintomi persistono e si strutturano in modo rigido e irreversibile, diventano indicativi di uno sviluppo “patologico” che necessita di attenzione e di un eventuale intervento. Il bambino, inoltre, attraversa momenti di passaggio nella sua vita (ad es. l'inizio della scuola, la nascita di un fratello o sorella, la separazione dei genitori, la morte di una persona importante), durante i quali possono evidenziarsi, in modo analogo alle crisi evolutive, la comparsa di sintomi espressione del temporaneo disagio. Le fasi evolutive con le caratteristiche delle relative crisi vengono proposte nella tabella in allegato (Allegato 19). I limiti di età riportati sono convenzionalmente indicativi per necessità didattica, vanno utilizzati in modo orientativo e non rigido. Sono stati evidenziati anche i segnali di disagio/patologici, che si differenziano sostanzialmente da quelli “normali” in quanto “rigidi” e “non

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

- ciò che differenzia la "normalità" dal "disagio/patologia"
- le caratteristiche del disagio correlato all'abuso.

### Terzo settore<sup>171</sup>

Si raccomanda di:

- ottimizzare i ruoli dello staff già operante, mantenendo un'alta qualificazione professionale dei professionisti, degli/delle operatori/trici di prima linea, sia nel periodo di formazione sia se in servizio, e dei/delle volontari/e
- rimanere in rete con gli altri servizi

## 2.3.4 PREVENZIONE SPECIFICA

### 2.3.4.1 Prevenzione della violenza in gravidanza

Neppure la gravidanza ferma gli abusi<sup>172</sup>, anzi nel 7,5% dei casi è il motivo che provoca l'ira stessa dell'uomo<sup>173</sup>. I dati Istat del 2015, comparati con quelli del 2006, evidenziano come il fenomeno della violenza in gravidanza sia aumentato passando dal 10,2% all'11,8%. Per le donne che l'hanno subita in questo periodo l'intensità della violenza è rimasta costante (57,7%), per il 23,7% è diminuita, per l'11,3% è aumentata e per il 5,9% è iniziata<sup>174</sup>.

Nell'anno 2014 presso i Consultori Familiari di 2 distretti dell'AUSL di Modena è stato avviato lo screening per la rilevazione della violenza in gravidanza<sup>175</sup> (con l'idea di estenderlo in prospettiva a tutti i Consultori dell'Azienda USL). L'avvio dello screening è stato preceduto da un intenso programma formativo rivolto ai/alle professionisti/e dei consultori familiari e alle mediatrici linguistico-culturali che vi operano ed ha previsto la collaborazione dei servizi della rete territoriale. Obiettivi dello screening: includere la violenza domestica tra i fattori di rischio per la salute delle donne e dei/delle loro figli/e e dare alla donna, in gravidanza e nel puerperio, la opportunità di uscire dall'isolamento e connetterla con la rete di supporto e aiuto<sup>176</sup>. Lo screening prevede una serie di domande a risposta aperta che cercano di determinare se la donna stia vivendo o sia a rischio di vivere una situazione di violenza nella sua relazione di intimità. I quesiti possono essere posti da un/una ginecologo/a o da una/un ostetrica/o. Studi internazionali hanno messo in evidenza come uno screening effettuato faccia a faccia tra l'operatore/trice sanitario/a e la donna, aumenti notevolmente la possibilità di individuazione della violenza domestica<sup>177</sup>.

I/le professionisti/e che introducono questo tipo di screening nella loro pratica clinica, hanno la necessità di una formazione e una sensibilizzazione specifica sul tema, perché occuparsi della violenza in gravidanza attiene al proprio compito di cura e devono saper manifestare disponibilità all'ascolto e apertura alla relazione, offrendo un atteggiamento non giudicante e un giusto spazio di tempo dedicato.

L'ambulatorio deve essere fornito di materiale informativo da consegnare alla donna che contenga i riferimenti e i contatti di servizi/associazioni di supporto presenti sul territorio. I/Le professionisti/e devono co-

trasformabili" nel tempo, e che, quindi, richiedono un intervento. Se si tiene conto dello stadio evolutivo del bambino e della crisi che sta attraversando, l'insegnante può comprendere meglio il senso dei segnali presentati dal bambino e quindi:

- considerare normale la presenza di quei sintomi quando corrispondono allo stadio di sviluppo e ai cambiamenti di vita del bambino;
- riconoscere un disagio patologico in presenza di quei sintomi anacronistici rispetto al momento evolutivo e/o sintomi rigidi che interagiscono con la qualità di vita del bambino e tendono a perdurare nel tempo. In questi casi l'insegnante dovrà rinviare la soluzione del problema a figure professionali competenti (neuropsichiatri, psicologi e assistenti sociali)."

(da "Gli stadi e le crisi evolutive", estratto da F. Montecchi, C. Bufacchi, "Abuso sui bambini: l'intervento a scuola", Ed. Franco Angeli, 2016).

<sup>171</sup> Il Terzo Settore comprende: sistemi di accoglienza extra-familiare, cooperative sociali, associazioni di volontariato, centri di aggregazione, centri anti violenza, ecc.

<sup>172</sup> Dubini V., Curiel P., *La violenza come fattore di rischio in gravidanza*, Risveglio ostetrico, anno I - n. 1/2 - 2004.

<sup>173</sup> Fonte: dati ISTAT 2015, indagine presentata al convegno «La violenza sulle donne: i dati e gli strumenti per la valutazione della violenza di genere», Roma marzo 2017). Altri dati possono essere consultati nella pubblicazione "Bilancio di genere" alle pagine dedicate al Report intermedio di monitoraggio <http://parita.regione.emilia-romagna.it/entra-in-regione/pubblicazioni/bilancio-di-genere>

<sup>174</sup> Fonte dati: ISTAT 2015 [https://www.istat.it/it/files//2015/06/Violenze\\_contro\\_le\\_donne.pdf](https://www.istat.it/it/files//2015/06/Violenze_contro_le_donne.pdf)

<sup>175</sup> Relazioni del convegno "La violenza domestica in gravidanza" Bologna, 25/11/2016, <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/983>

<sup>176</sup> Borsari S., Dotti M., Picco P., "La rilevazione precoce della violenza domestica in gravidanza: l'introduzione di uno strumento di screening nell'assistenza consultoriale" in M.T. Pedrocco Biancardi, *La prevenzione del maltrattamento all'infanzia*, 2017, Ed. Franco Angeli.

<sup>177</sup> Feder G. et al., (2009), *How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria*, Health Technol. Assess., 13 (iii-iv, xi-xiii, 1-113, 137-347).

noscere la procedura specifica per attivare i riferimenti della rete territoriale nelle situazioni complesse o in quelle di emergenza.

La presenza di una rete che funziona sul territorio è in grado di non far sentire da soli/e neppure i/le professionisti/e che affrontano questa difficile problematica all'interno dei Servizi.

Lo screening si pone anche come uno strumento funzionale che può contribuire alla realizzazione di una maggiore sensibilizzazione e promozione territoriale sul fenomeno della violenza, del suo contrasto, della sua prevenzione, innescando anche riflessioni sui livelli della sua accettabilità e tollerabilità all'interno di una data comunità.

#### **2.3.4.2 Riconoscimento e presa in carico del disagio materno perinatale**

L'importanza della salute fisica e mentale della donna dovrebbe essere centrale nella cura della maternità. Oltre a influenzare il benessere emotivo e la felicità di una donna, i disturbi mentali perinatali influenzano la sua esperienza di gravidanza e genitorialità, sono associati ad un rischio maggiore di complicanze ostetriche e neonatali e possono profondamente influenzare la capacità di una donna di legarsi al/alla proprio/a bambino/a. La psicopatologia perinatale, pertanto, se non identificata e curata, può comportare gravi conseguenze non solo sulla mamma, ma anche sul/sulla bambino/a, sulla relazione madre-bambino/a e sull'intera famiglia. Studi internazionali riportano l'esistenza di strumenti validati per lo screening, ci dicono che le donne lo accettano di buon grado nel periodo perinatale e sostengono che lo screening permette di identificare un numero di donne decisamente maggiore rispetto alla normale pratica clinica<sup>178</sup>.

A differenza di quanto si pensava in passato, le evidenze scientifiche hanno messo in luce che la gravidanza rappresenta per la donna un evento stressante, connotato da marcati cambiamenti (fisici, psichici, ormonali, di ruolo, ecc.) e di conseguenza è un periodo di rischio per la psicopatologia. I tassi di prevalenza della depressione perinatale variano a seconda degli studi e del periodo analizzato (gravidanza o primo anno di vita del/della bambino/a). In gravidanza la percentuale va dal 7,4% al 20%, a seconda degli studi, e nel post-partum la percentuale arriva al 22%<sup>179</sup>.

La gravidanza e il periodo che va dalla nascita al primo anno di vita del/della bambino/a sono due dei momenti emotivamente più importanti nella vita di una donna. Per le donne con un problema di salute mentale possono essere particolarmente impegnativi e critici. La diagnosi, il trattamento e gli esiti dei problemi di salute mentale in epoca perinatale presentano distintive specificità. Il riconoscimento della patologia può essere reso più complesso dal mascheramento dei sintomi legati alla difficoltà della madre di esprimere stati d'animo di disagio e sofferenza emotiva per timore dello stigma; le ricadute coinvolgono non solo la donna, ma anche il feto/bambino-a, il partner e il contesto familiare; l'impatto di qualsiasi problema di salute mentale può richiedere un intervento urgente a causa dell'effetto potenziale sul feto/bambino-a, sulla salute fisica della donna e sulla sua capacità di far fronte alle funzioni di cura in ambito familiare (NCC-MH, 2014)<sup>180</sup>. Le conoscenze disponibili documentano l'impatto negativo dei disturbi mentali in gravidanza sugli esiti ostetrici, come l'associazione tra depressione e rischio aumentato di parto pretermine e basso peso alla nascita. I disturbi mentali perinatali della madre si associano inoltre a un rischio aumentato di disturbi psicologici e comportamentali nel/nella bambino/a in età evolutiva e di depressione in adolescenza, che può essere contenuto grazie al tempestivo supporto psicologico e sociale offerto alla madre<sup>181</sup>. È stato rilevato che, nonostante i frequenti contatti della donna con i Servizi sanitari durante la gravidanza e nel periodo postnatale rappresentino un'occasione per individuare le condizioni di disagio psichico e prevenirne gli esiti, non tutte le donne ricevono cure adeguate: nel Regno Unito, questa eventualità è stata rilevata in un quarto dei casi<sup>182</sup>.

<sup>178</sup> Bramante A., *Screening per la psicopatologia perinatale*, Nòos aggiornamenti in psichiatria, Vol. 24, n. 1 gennaio-aprile 2018, Il Pensiero Scientifico Editore.

<sup>179</sup> Littlewood E., Ali S., Ansell P. et al., *Identification of depression in women during pregnancy and the early postnatal period using the Whooley questions and the Edinburgh postnatal depression scale: protocol for the born and bred in Yorkshire: perinatal depression diagnostic accuracy (BBY PaNDA) study*. BMJ open 2016.

<sup>180</sup> NCC-MH - National Collaboration Centre for Mental Health. Antenatal and postnatal mental health. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2014 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/evidence/full-guideline-pdf-193396861>

<sup>181</sup> Vedi nota precedente.

<sup>182</sup> Cantwell R., Knight M., Oates M. et al., on behalf of the MBRRACE-UK mental health chapter writing group. *Lessons on maternal mental health*. (In: Knight M, Tuffnell D, Kenyon S, et al.: Saving lives, improving mother's care - surveillance of maternal death in the UK 2011-13 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009-13. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford 2015; p22-41. <https://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/files/mbrance-uk/reports/MBRRACE-UK%20Maternal%20Report%202015.pdf>)

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

Riguardo alla casistica della nostra regione in Emilia-Romagna, negli anni 2008-2015, sono stati rilevati 9 casi di morti materne per suicidio (tre in gravidanza o entro 42 giorni dalla fine della gravidanza, 6 fra 42 e 365 giorni dalla fine della gravidanza). I suicidi hanno rappresentato il 22,5% delle morti materne (precoci e tardive); tra le morti materne tardive, i suicidi (43%) e i tumori (43%) rappresentano insieme la quasi totalità dei casi (Spettoli D. et al, 2018<sup>183</sup>).

La Regione Emilia-Romagna nel 2018 ha aderito al progetto “Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum”<sup>184,185</sup>. Obiettivo generale del progetto è la promozione dell'attenzione al disagio psichico perinatale e favorire il precoce riconoscimento, la presa in carico e il follow-up della genitorialità fragile da parte della rete dei Servizi del percorso nascita e delle cure primarie<sup>186</sup>.

Tra gli obiettivi specifici implementare i fattori protettivi del benessere psichico mediante azioni di sostegno alle donne a rischio per ridurre l'incidenza e la gravità dei disturbi psichici in epoca perinatale, anche favorendo positive competenze genitoriali allo scopo di assicurare al/alla bambino/a un ambiente adeguato a sostenerne lo sviluppo psichico.

Per il riconoscimento del disagio psichico in gravidanza e nel periodo postnatale sono utilizzate le *Whooley questions* (Whooley M.A. et al, 1997; NCC-MH, 2014; Whooley M.A., 2016; Howard L.M. et al, 2018<sup>187</sup>) in ambito perinatale, che trovano indicazione in contesti sanitari con attività clinica intensa e dove non sia disponibile una specifica competenza nell'ambito della salute mentale.

**Raccomandazione:** si segnala la necessità di formare i/le propri/e professionisti/e coinvolti/e nel percorso nascita (attraverso attività formative realizzate con diverse modalità: *blended*, a distanza, sul campo) per individuare precocemente la popolazione femminile e maschile<sup>188</sup> a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale e per offrire attivamente, alla donna e alla coppia, supporti di tipo psicologico e sociale che favoriscano il superamento del disagio, l'attivazione e il rafforzamento delle risorse personali utili ad affrontare la nuova situazione.

In questa edizione del quaderno il gruppo redazionale non ha ritenuto di approfondire il tema del **disagio psichico e psicosociale perinatale paterno**, seppur certamente presente e rilevante, ma tuttavia segnala che ricerche scientifiche hanno evidenziato come la depressione perinatale paterna sia tanto importante quanto quella materna ed hanno mostrato che, nel periodo perinatale, gli stati psicologici di entrambi i genitori sono strettamente correlati e interdipendenti, e si influenzano reciprocamente. Infatti, i disturbi depressivi, ansiosi e comportamentali dell'uomo possono incidere e favorire una reazione depressiva nella donna, condizionando lo sviluppo psicologico e fisico del/della nascituro/a. L'incidenza della depressione perinatale maschile è **elevata, sebbene in misura inferiore rispetto a quella femminile, e troppo spesso sottostimata**.

### 2.3.4.3 Programmi per la prevenzione dei traumi cranici da abuso<sup>189</sup>

Generalmente si tratta di programmi attuati negli ospedali (punti nascita, neonatologie e reparti pediatrici)<sup>190</sup>, i cui destinatari sono i neogenitori, che, prima della dimissione ospedaliera, vengono informati sui pericoli della “sindrome da scuotimento del neonato” e consigliati su come comportarsi con bambini/e che piangono in maniera inconsolabile.

<sup>183</sup> Spettoli D. et al., *Mortalità e morbosità materne in Emilia-Romagna 2008- 2016. Rapporto regionale*. Bologna, Regione Emilia-Romagna, 2018, Testo integrale: <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1129>

<sup>184</sup> [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_3378\\_listaFile\\_itemName\\_4\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3378_listaFile_itemName_4_file.pdf)

<sup>185</sup> <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1306>

<sup>186</sup> <https://www.epicentro.iss.it/itoss/DisagioPsichicoPerinatale>

<sup>187</sup> Whooley M.A. et al., *Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many*. J Gen Intern Med 1997;12:439-45; Howard L.M. et al., *Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy*. Br J Psychiatry 2018; 212:50-6; Whooley M.A., *Screening for depression--A tale of two questions*. JAMA Intern Med 2016;176:436-8.

<sup>188</sup> Cicchiello S., *La depressione perinatale materna e paterna. fattori di rischio, aspetti clinici e possibili interventi*, Cognitivismo clinico (2017) 14, 1, 22-45. <https://www.apc.it/wp-content/uploads/2013/03/04Cicchiello-CC17-1.pdf>

<sup>189</sup> Sin. sindrome da scuotimento del neonato, sindrome da scuotimento infantile e lesioni cerebrali traumatiche inflitte

<sup>190</sup> <http://www.ao.pr.it/curarsi/reparti-e-servizi-sanitari/neonatologia/non-scuotere-il-bambino-dont-shake-the-baby/>  
<https://www.youtube.com/watch?v=ZSpMNotAEoE> <https://dontshake.ca/>



Cosa devono consigliare le/i professioniste/i ai neogenitori prima del rientro a casa? Di seguito è riportato il testo dell'opuscolo "Se piango ascoltami"<sup>191</sup>:

*"Come comportarsi se il bambino piange?"*

- a. *Consolatelo, prendetelo in braccio accarezzandolo, cantando piano, passeggiando lentamente o portandolo fuori. Alle volte una passeggiata in carrozzina o un giretto in auto ottengono grandi risultati! Anche offrirgli il ciuccio o fargli un bagnetto caldo possono essere utili per rasserenarlo.*
- b. *Se avete provato tutto e non si calma, se vi sentite stanchi e ansiosi non preoccupatevi! Mettete il bambino in posizione sicura, disteso a pancia in su o affidatelo a una persona di fiducia. Poi andate in un'altra stanza e cercate di rilassarvi, parlando con una persona cara, ascoltando musica, leggendo...*
- c. *Ritornate poi dal vostro bambino più sereni e vedrete le cose diversamente!*

***Mai scuotere il bambino.*** *I muscoli del suo collo sono ancora molto deboli e movimenti troppo bruschi e violenti della testa avanti e indietro possono portare a gravi lesioni del cervello, causargli convulsioni, cecità, paralisi e anche la morte."*

#### 2.3.4.4 Circoncisione maschile<sup>192</sup>

La circoncisione maschile consiste nella rimozione chirurgica, parziale o completa, del prepuzio: essa, pur non essendo una forma di maltrattamento o abuso nei confronti dei bambini, può comportare, se eseguita senza le dovute precauzioni e al di fuori delle strutture sanitarie specializzate, complicanze anche importanti.

È una pratica comune<sup>193</sup> sia per motivi religiosi (nella tradizione ebraica e in quella musulmana) che culturali (è diffusa in molti paesi dell'Africa, Asia e in Australia, indipendentemente dalla religione praticata) ed è legale in Italia<sup>194</sup>. È necessario quindi fornire tempestivamente ai genitori le informazioni utili perché l'intervento sia fatto in sicurezza tutelando il benessere del bambino.

#### **Raccomandazioni:**

È importante informare le famiglie, soprattutto quelle che per motivi religiosi o culturali rituali (religione ebraica, musulmana, provenienza da paesi dell'Africa) possono prevedere la circoncisione per i loro figli, che è sempre possibile rivolgersi alle strutture del servizio sanitario per avere maggiori informazioni per questo tipo di intervento<sup>195</sup>.

È inoltre necessario raccomandare ai genitori di non rivolgersi mai e per nessun motivo a persone che offrano i loro servizi al di fuori delle strutture sanitarie per l'esecuzione di questa pratica. La circoncisione maschile, infatti, ha un rischio di complicanze trascurabile quando eseguita in ambiente sanitario, mentre al di fuori di questo setting può associarsi a emorragia, ematoma, infezione, lesioni da ustione, e produrre complicanze che possono portare fino al decesso del bambino<sup>196</sup>.

La pratica della circoncisione si accompagna spesso a rituali comunitari regolati dalla prassi e dal costume, oltre che dalla tradizione religiosa; la sicurezza della pratica, sotto il profilo sanitario, dovrebbe conciliarsi con queste esigenze. Pertanto, allo scopo di ottenere una migliore aderenza ad una pratica sanitaria sicura, sarebbe auspicabile che Azienda sanitaria/Servizi sociali individuassero modalità condivise con le famiglie e le comunità del territorio.

<sup>191</sup> Testo estratto dall'opuscolo "Se piango ascoltami" realizzato da "L'Isola che c'è" Onlus con la partecipazione di "Associazione Mondo Donna", con il contributo del Comune di Bologna, in collaborazione con L'AUSL di Bologna e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola-Malpighi di Bologna <https://lisolache.it/se-piango-ascoltami/>, per il video <https://ms-my.facebook.com/AziendaUsiBologna/videos/1864314266946105/>

<sup>192</sup> Per approfondimento <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1291>

<sup>193</sup> Nei paesi in cui la circoncisione non è praticata su base religiosa o come rito di passaggio, come negli USA, la motivazione più frequentemente riportata è l'associazione con una maggiore igiene. (World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Male circumcision-Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability*. Geneva 2007)

<sup>194</sup> Comitato nazionale per la bioetica: Presidenza del Consiglio dei Ministri. La circoncisione: profili bioetici. 25 settembre 1998, alla pagina <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1299>

<sup>195</sup> Linee di indirizzo - Revisione sistematica delle prove "Continuità delle cure. Dimissione della mamma e del bambino dal punto nascita" della Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita (Regione Emilia-Romagna), adottate con D.G.R. n. 2050/2019 "Percorso nascita: indicazioni alle aziende sanitarie per garantire la sicurezza del parto con taglio cesareo e la continuità delle cure tra ospedale e territorio a madre e bambino" <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/966>

<sup>196</sup> Vedi nota precedente.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

## 2.4 Prevenzione dell'abuso e del maltrattamento nell'infanzia (fascia 3-11 anni)

### Premessa

Se alcune strategie sulla prevenzione del maltrattamento su bambine/i sono trasversali a tutti gli stadi di sviluppo, altre sono specifiche per l'infanzia e la preadolescenza.

In particolare, a partire da questa fascia d'età, il/la bambino/a entra a far parte del contesto sociale attraverso la scuola dell'infanzia, la scuola dell'obbligo e le attività ludico-ricreative extrascolastiche sportive o religiose.

Da questa età, nella prevenzione del maltrattamento, il/la bambino/a può cominciare ad assumere un ruolo attivo e per tale motivo deve essere formato a riconoscere situazioni di potenziale disagio o abuso. I/Le bambini/e possono sviluppare conoscenze ed acquisire abilità per proteggersi dall'abuso. Non è certo, però, che queste capacità siano mantenute nel tempo e se effettivamente proteggano il soggetto in crescita da ogni tipo di situazione d'abuso, soprattutto se il/la colpevole è una figura di riferimento.<sup>197</sup>

Tale formazione deve essere rapportata all'età e alle diverse fasi di sviluppo allo scopo di fornire gli strumenti sia al/alla bambino/a per riconoscere e riferire una situazione a rischio, sia all'adulto/a, figura di riferimento, che deve essere in grado di accogliere ed affrontare i dubbi e le confidenze ricevute.

Un ruolo centrale in questo senso è rivestito dalla scuola, che diventa il primo contatto educativo esterno alla famiglia e trasversale, questo la identifica come luogo di osservazione e di intervento privilegiato, che non sostituisce gli altri già esistenti in ambito socio-sanitario, ma li può integrare in modo importante.

C'è unanime consenso<sup>198</sup> che la frequenza alla scuola dell'infanzia, anche se non ancora scuola dell'obbligo, sia essenziale allo sviluppo degli individui e che, in casi estremi, la non frequenza possa costituire una fattispecie di maltrattamento, potenzialmente rispondente a quadri di patologia delle cure<sup>199</sup>. Per tale ragione, da almeno 15 anni le istituzioni internazionali raccomandano ai governi la piena scolarizzazione almeno a partire dai tre anni (e anche prima, il più precocemente possibile, per le categorie a rischio), vale a dire l'abbattimento di tutte le barriere sociali, economiche, culturali, famigliari e personali che ne impediscono la piena realizzazione.

Inoltre, la mancata frequenza alla scuola dell'infanzia, se unita ad altri segnali (quali isolamento, carenza di risorse, presenza di problemi psichiatrici, multiproblematicità del nucleo) nella misura in cui la rete dei servizi socio sanitari ne è in qualche modo consapevole, deve essere presa in seria considerazione per la valutazione del rischio - e per la sua prevenzione - non solo di maltrattamento, ma anche - e soprattutto - di abuso sessuale.

La frequenza scolastica permette e offre, pertanto, molteplici possibilità di intervento per la prevenzione permette:

- l'emergere precoce di quadri prodromici che possono evolvere in maltrattamenti e abusi veri e propri o di condizione di maltrattamento e abuso incipienti di cui prevenire l'aggravarsi e il perpetuarsi;
- interventi di prevenzione primaria di tipo universale a favore sia di bambini/e sia di genitori;
- di aumentare la consapevolezza di questi fenomeni all'interno dell'istituzione più importante per l'educazione di persone di minori età.

Per questa fascia di età il ruolo sanitario del/della pediatra di libera scelta passa un po' in secondo piano, in considerazione della graduale riduzione delle patologie intercorrenti e di conseguenza la frequenza delle visite sul/sulla bambino/a si riduce sensibilmente. Probabilmente i Servizi di emergenza/urgenza (pronto soccorso) sono chiamati sempre più ad occuparsi della gestione delle patologie intercorrenti (rapidità di prestazione/accesso h24) anche a causa della difficoltà genitoriale emergente di far fronte a problematiche sanitarie anche banali (febbre, cefalea, dolore addominale etc.), nei tempi di visite programmabili.

Per tale motivo è fondamentale una formazione continua per i/le professionisti/e sanitari/e dei Servizi d'emergenza, anche alla luce del rapido turn-over del personale, a cui si somma anche una carente formazione specifica universitaria sul maltrattamento/abuso.

<sup>197</sup> [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365\\_ita.pdf;jsessionid=4CFA369CCF323A50F7D2C4EB-DAB0F717?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_ita.pdf;jsessionid=4CFA369CCF323A50F7D2C4EB-DAB0F717?sequence=3) WHO

<sup>198</sup> Vedi le conclusioni del Consiglio d'Europa e i documenti OCSE, soprattutto il report periodico "Starting Strong" sulla situazione dei servizi educativi prescolastici negli Stati membri <http://www.oecd.org/education/school/startingstrong.htm>

<sup>199</sup> Vi sono casi di bambini/e che non frequentano perché un genitore, quasi sempre la madre, desidera tenerli presso di sé per compensare la propria solitudine (discuria); oppure, il genitore ritiene il/la figlio/a ancora troppo fragile per affrontare un luogo di socializzazione extra familiare (ipercuria) o, ancora, i genitori non hanno alcuna consapevolezza che per il/la figlio/a è un diritto, la cui omessa tutela ne compromette l'intera carriera scolastica (incuria).

Deve proseguire comunque il sostegno alla genitorialità e all'integrazione delle famiglie straniere, in particolare delle donne, per ridurre il divario linguistico e culturale con i/le figli/e.

### 2.4.1 Interventi

#### a) Campagne informative

Tra le diverse forme di intervento, negli ultimi anni, hanno assunto una rilevanza sempre maggiore le campagne informative e pubblicitarie rivolte direttamente agli/alle utenti, che, anche sfruttando i più moderni canali mediatici, tendono a raggiungere ampie fette di popolazione.

Nella Regione Emilia-Romagna, nel 2014 è stato sviluppato il **Progetto "3C: Conoscere, Capire, Condividere"**, coordinato dal centro "Il Faro" dell'AUSL di Bologna, che ha prodotto **7 opuscoli informativi** rivolti a ragazzi/e, genitori, operatori/trici, avvocati/esse e giudici, la cui novità deriva dal suo rivolgersi direttamente ai/alle destinatari/e con un linguaggio accessibile, comprensibile e orientato a offrire consigli aggiornati e di concreta utilità. Non solo un opuscolo informativo, ma anche uno strumento educativo e professionale allo stesso tempo:

- Il comportamento sessuale
- Che cosa sono i maltrattamenti per genitori e operatori
- Violenza domestica
- Violenza sessuale
- Rendere testimonianza in tribunale
- Genitori con storie traumatiche nei servizi
- Educazione positiva e non violenta

Ampliando lo sguardo anche ad un livello più internazionale, negli ultimi anni sono state sviluppate e diffuse numerose campagne di media per la salute pubblica. Un esempio è il **programma STOP IT NOW<sup>200</sup>**, introdotto per la prima volta in Vermont (USA), attuato con annunci di servizio pubblico su televisione e radio, articoli di giornale, pubblicità su autobus e un sito web interattivo. Lo scopo della campagna pubblicitaria è quello di sensibilizzare la popolazione riguardo l'abuso sessuale e di promuoverne la denuncia.

#### b) Sostegno ai genitori

Tra i programmi genitoriali più efficaci tra quelli studiati a livello mondiale è riconosciuto il **TRIPLE P-Positive Parenting Program<sup>201</sup>**. È uno dei pochi basati su prove provenienti dalla ricerca scientifica e ha dimostrato di funzionare con centinaia di migliaia di famiglie attraverso ricerche in corso oltre 30 anni, più di 230 articoli pubblicati, studi e studi internazionali.

Il programma Triple P si concentra sull'affrontare i problemi comportamentali, emotivi e di sviluppo dell'infanzia, migliorando i fattori di protezione della famiglia e riducendo i fattori di rischio familiari per il maltrattamento. Il programma prevede per le famiglie 5 livelli di intervento, e i servizi ricevuti dipendono dai bisogni della famiglia.

#### c) Interventi dei Centri per le famiglie<sup>202</sup>

La Regione Emilia-Romagna ha messo in atto diversi progetti a sostegno della genitorialità. Nel 2015 sono state approvate le Linee Guida per i Centri Per Le Famiglie<sup>203</sup> (CpF) a cui spetta il compito di promuovere e sostenere il benessere delle famiglie nelle diverse fasi evolutive nonché nelle fasi critiche, con interventi di prevenzione nei casi di rischio aumentato e fragilità del nucleo familiare.

Le attività si sviluppano su tre aree:

1. area dell'Informazione, per assicurare alle famiglie un rapido accesso alle informazioni utili per la vita quotidiana e alle opportunità offerte dal territorio, attraverso il sito *Informafamiglie* (<http://www.informafamiglie.it>);

<sup>200</sup> Review *Prevention of child maltreatment*. W.G. Lane USA, 2014, vedi anche Allegato n. 9, voce 5.b

<sup>201</sup> Vedi Tabella IX

<sup>202</sup> "Rapporto Sociale-Giovani Generazioni" (regione Emilia-Romagna, gennaio 2018) <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/approfondimenti/osservatorio-infanzia-e-adolescenza/tutte-le-pubblicazioni/rapporto-sociale-giovani-generazioni-2016/rapporto-sociale-giovani-generazioni-2018>

<sup>203</sup> Delibera di Giunta regionale n. 391/2015 <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/famiglie/approfondimenti/documenti-pubblicazioni-e-guide>

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

2. area del sostegno alle competenze genitoriali<sup>204</sup>, per incrementare le responsabilità educative dei genitori e promuovere le competenze relazionali attraverso consulenze tematiche, *counseling* genitoriale, interventi di mediazione familiare, incontri su temi della genitorialità e delle relazioni familiari e sul tema dell'accoglienza;
3. area dello sviluppo delle risorse familiari e comunitarie, per ottimizzare le opportunità e le risorse presenti sul territorio e aumentare la coesione sociale, in una logica di solidarietà, partecipazione alla vita sociale e supporto alle potenzialità di bambini/e e famiglie. Una parte molto importante di quest'area di sviluppo sono anche i percorsi annuali di formazione per gli/le operatori/trici degli sportelli informativi dedicati ai colloqui brevi, e il percorso di accompagnamento formativo per *counselor* e mediatori/trici familiari.

#### d) Integrazione e sostegno a madri migranti

Sia a livello locale che nazionale sono diversi i progetti messi in atto per sostenere l'integrazione di famiglie e in particolare di madri con cittadinanza non italiana. La Regione Emilia-Romagna a partire dal 2015 ha introdotto su tutto il territorio regionale un progetto di prevenzione degli incidenti domestici rivolto specificatamente alle famiglie migranti. Il progetto è stato promosso da mediatrici culturali che hanno ricevuto una specifica formazione, e consiste in incontri d'informazione con le famiglie delle diverse comunità, attraverso l'utilizzo di opuscoli in lingua e altri materiali informativi. Gli incontri si svolgono sia a domicilio che in luoghi di aggregazione frequentati dalle comunità migranti. Il progetto prevede inoltre dei corsi di lingua italiana, con un modulo didattico sulla prevenzione degli incidenti domestici.

Altri progetti tendono a supportare le famiglie e in particolare le madri migranti, attraverso l'insegnamento della lingua italiana con corsi promossi dai Comuni e dalla Regione; per il supporto alla genitorialità, ad esempio è stato svolto attraverso laboratori<sup>205</sup>, che ha avuto l'obiettivo di implementare azioni positive a favore delle donne e delle famiglie migranti costruendo laboratori che fossero luoghi d'ascolto, di sostegno psicologico, d'incoraggiamento personale e di interazione tra scuola-famiglia-studenti.

#### e) L'intervento A e CON la scuola

Relativamente a questo punto, la letteratura disponibile sembra convergere sull'importanza di non improvvisare, ma di utilizzare, preferibilmente, modelli e format di cui è provata l'efficacia. Nei Paesi anglosassoni c'è un'ampia disponibilità di "pacchetti" standardizzati di intervento (spesso a pagamento), per genitori e minorenni, da condursi in ambito scolastico. È probabile che la nostra cultura non sia preparata a questo livello di standardizzazione e, comunque, emerge anche dalle ricerche sul punto che il passaggio dalla sperimentazione accademica delle prassi alla somministrazione su campo delle stesse comporti un livello di semplificazione e un calo di rigore che può arrivare a rendere impossibile valutare l'efficacia degli interventi. In realtà, le stesse ricerche sottolineano che queste derive negative possono essere ampiamente ridotte attraverso l'adozione di alcuni stratagemmi processuali, in particolare il coinvolgimento di supervisori esperti nel metodo adottato e che assicurino una reale reperibilità agli/alle operatori/trici scolastici/he che lo stanno conducendo sul campo.

Un elenco, incompleto ma esemplificativo, di prassi di intervento di cui è reperibile una documentazione analitica, anche in rete, è quello riportato nell'Allegato 20<sup>206</sup>.

Con il coinvolgimento degli enti preposti alla ricerca (soprattutto le Università), potrebbe essere utile l'applicazione sperimentale e la valutazione di alcuni di questi metodi nelle scuole, con il coinvolgimento delle/degli insegnanti.

L'identificazione di un target omogeneo per contesto o per fattori di rischio potrebbe migliorare l'efficacia dell'intervento. Al fine di garantire la partecipazione dei genitori con più caratteristiche di fragilità, l'utilizzo di tutor facilitatori, nell'ottica del *peer-to-peer*, ha dato spesso buoni risultati. Possono avere questo ruolo i/le rappresentati di classe o di sezione, purché opportunamente formati, anche sulla base delle esperienze svolte nell'ambito del *case management* in campo psico-educazionale.

<sup>204</sup> Tamburlini G., "L'ambiente familiare di apprendimento, 1° parte", Medico e Bambino 2020; 39:101-110.

<sup>205</sup> Es. "Progetto SeiPiù" per maggiori informazioni: <http://www.comune.bologna.it/cdlei/servizi/109:5767/22052/>

<sup>206</sup> È anche possibile consultare il sito <https://www.cebc4cw.org> (The California evidence-based Clearinghouse for Child Welfare. Information and Resources for Child Welfare Professionals) per trovare molti altri metodi censiti e valutati. Il sito è implementato dal Dipartimento Californiano per i Servizi Sociali.



Per quel che riguarda gli interventi rivolti a bambini/e, sono molto rari quelli realizzati prima dei 10 anni; la maggior parte di questi interventi è rivolto ad adolescenti ed è basato sull'aumento della consapevolezza della propria dignità e del rifiuto a subire qualunque tipo di violenza e sopruso, una consapevolezza che deve essere accompagnata dalla capacità di chiedere aiuto nel modo giusto, al momento giusto e alle persone giuste.

Tuttavia, vi sono esperienze che sembrano indicare che l'educazione alla consapevolezza dei propri diritti può essere utilmente realizzata in età molto più precoci, fin dalla scuola dell'infanzia. Pertanto, è possibile pensare che ogni attività che promuova la consapevolezza in bambine/i dei diritti che gli sono riconosciuti e dell'importanza che gli stessi siano goduti e tutelati può essere considerata un'attività di prevenzione anche dell'abuso e del maltrattamento; la relazione di gruppo presente nella scuola può rendere più facile, interiorizzato e duraturo questo tipo di educazione.

### ***I nodi critici dell'intervento scolastico per la prevenzione dell'abuso e del maltrattamento***

Queste potenzialità risentono, tuttavia, di diversi nodi critici, ben evidenziati dalla letteratura, anche internazionale<sup>207</sup>. Alcuni di questi nodi sono strutturali, dovuti al tipo di istituzione; altri sono legati a carenze organizzative tipiche della scuola italiana e della frammentazione degli interventi di cura tra istituzioni diverse; altri, infine, di carattere essenzialmente metodologico, sono eliminabili o almeno riducibili attraverso la progettazione appropriata degli interventi, a partire e tenendo conto delle ricerche effettuate in questo ambito.

Il **primo** nodo critico deriva, paradossalmente, dalla centralità del ruolo dell'insegnante nella scuola primaria. Questa condizione di grande vicinanza può provocare parecchie distorsioni nella valutazione dei comportamenti di bambini/e e di alcune evidenze di rischio mostrate dalla famiglia.

Il **secondo** nodo critico consegue dall'eccessiva centralità della scuola come agenzia educativa in questa età: alla scuola si chiede non solo l'educazione (pre)disciplinare<sup>208</sup> al sapere, ma anche l'educazione nell'ambito della cittadinanza attiva e dell'assunzione di corretti stili di vita, anche sociale. Questa eccezionale centralità mal si concilia con la carenza di investimenti tipica della scuola pubblica italiana<sup>209</sup>. La conseguenza è che, a differenza delle discipline tradizionali, questi ambiti non godono di analoga attenzione metodologica, preparazione di base e aggiornamento in servizio del personale, articolazioni curricolari all'interno dei piani formativi<sup>210</sup>.

Il **terzo** nodo critico è direttamente connesso al precedente: i Servizi socio-sanitari sono essenzialmente servizi specialistici per target ristretti di popolazione o per periodi ristretti della vita degli individui; la Scuola, viceversa, è un servizio universale, obbligatorio dai sei anni, a frequenza quotidiana per molti anni e questo può rendere la comunicazione e la progettazione inter istituzionale piuttosto faticosa.

A dispetto di questi limiti, visto il grande vantaggio teorico di utilizzare la Scuola come luogo privilegiato degli interventi di prevenzione anche in quest'ambito, appare quanto mai opportuno individuare possibili miglioramenti metodologici, professionali e organizzativi, anche alla luce delle ricerche disponibili.

## **2.4.2 Raccomandazioni a Servizi/Enti/Agenzie**

Dalle evidenze scientifiche e dal monitoraggio delle buone prassi raccolte e descritte nei piani di zona 2017-19 della Regione Emilia-Romagna si individuano le seguenti raccomandazioni riferite ai diversi Servizi/Enti/Agenzie per gli interventi nella fascia 3-11 anni.

### **Istituzioni**

I diversi Servizi devono coordinare e integrare le loro politiche, le azioni e le informazioni. Per fare questo sono essenziali meccanismi di coordinamento a livello nazionale, provinciale, municipale e di comunità. Oltre al coordinamento sono necessarie adeguate ed eque risorse finanziarie, per sostenere le risorse umane e le infrastrutture. Gli investimenti nello sviluppo della prima infanzia hanno mostrato rendimenti positivi, tra cui

<sup>207</sup> Montecchi F., Bufacchi C., *Abuso sui bambini: l'intervento a scuola*, Franco Angeli 2017 (si veda, in particolare, il capitolo IV).

Malizia N., *Abusi, violenze, maltrattamenti a scuola: Quando i bambini subiscono in silenzio*, Giappichelli Editore, 2016.

Kenny C.M., *Child abuse reporting: teachers' perceived deterrents*, Child Abuse And Neglect, 25-1-81/92, 2001.

Kenny C.M., *Teachers' attitudes toward and knowledge of child maltreatment*, Child Abuse and Neglect, 28-12-1311/1319, 2004.

<sup>208</sup> Anche la scuola dell'infanzia, seppur basata in larga parte sul gioco, anche spontaneo, dei/delle bambini/e, pone l'enfasi soprattutto sui prerequisiti delle future discipline scolastiche, tanto che si può parlare di approccio "predisciplinare", più o meno mitigato.

<sup>209</sup> In Italia la percentuale del PIL dedicato all'istruzione è circa la metà di quello investito dai Paesi del centro e nord Europa.

<sup>210</sup> Quasi tutti gli interventi di tipo non tradizionale all'interno della scuola sono svolti, peraltro episodicamente, da specialisti/e esterni/e, con un coinvolgimento molto basso di docenti che, pertanto, non ne percepiscono la responsabilità su di sé, come invece per le altre discipline.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

miglioramenti nella salute mentale, nella salute fisica e nel rendimento scolastico, nonché tassi più bassi di comportamenti violenti, dipendenza e povertà. Anche in questa fascia d'età si confermano le strategie, già precedentemente esplicitate, presenti nel documento dell'OMS "Nurturing Care" (Allegato 16). Le istituzioni inoltre dovrebbero prevedere programmi di supporto e assistenza per i servizi educativi, ai fini di evitare *burn-out* che si può esplicitare in condotte violente da parte di insegnanti, educatori/trici e operatori/trici scolastici/che, nei confronti di bambini/e e ragazzi/e.

### Servizio sanitario<sup>211</sup>

Pediatrati e altri/e operatori/trici sanitari/e possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione del maltrattamento su soggetti di minore età. Oltre alla normale cura del/della paziente, i/le pediatri/e possono fornire guide anticipatorie<sup>212</sup> per la comunicazione genitore-figlio/a, attuare screening per fattori di rischio di maltrattamento e indirizzare i genitori e le famiglie a programmi efficaci rivolti alla comunità.

Perché questo ruolo possa essere esplicato al meglio è fondamentale l'uso di protocolli comuni, condivisi dai diversi professionisti a livello regionale *in primis*, e ove possibile anche a livello nazionale.

Per quanto riguarda i/le professionisti/e ospedalieri/e, è necessaria una formazione specifica e approfondita, in quanto i servizi di emergenza/urgenze (es. pronto soccorso pediatrico) sono per questa fascia d'età il principale servizio utilizzato dai genitori; come in tutti gli altri casi, questa formazione deve essere integrata prevedendo la collaborazione e l'interscambio di conoscenze tra l'ospedale e i servizi sociali territoriali. Ci deve essere condivisione degli obiettivi con il mondo delle Scuole di formazione e delle Università, promuovendo percorsi formativi orientati alla prevenzione, che integrino i curricula tecnico-specialistici anche con nuove competenze in tema di promozione della salute e di prevenzione.

Il rafforzamento del sistema e della rete include l'aggiornamento dei sistemi di gestione dei dati, con indicatori comuni per monitorare la qualità e la copertura degli interventi.

### Punti chiave

1. La prevenzione del maltrattamento su persone di minore età può essere inserita nella pratica pediatrica attraverso la guida anticipatoria, lo screening dei fattori di rischio e il riferimento alle risorse della comunità.
2. Esiste un'ampia variazione nei metodi e nell'efficacia dei programmi di prevenzione di comunità. I/Le pediatri/e dovrebbero quindi essere ben informati/e su quali programmi sono disponibili nella loro comunità e quale sia il supporto basato sull'evidenza per questi programmi.
3. I/Le pediatri/e possono essere efficaci promotori/trici della prevenzione a livello individuale, tra paziente e famiglia, così come a livello locale, regionale e nazionale.

Ad un livello più ampio, i/le pediatri/e possono sostenere a livello locale, statale e nazionale politiche e programmi a sostegno di famiglie e bambini/e<sup>213</sup>.

I/Le pediatri/e possono essere particolarmente adatti/e ad educare i genitori a prevenire l'abuso sessuale. I genitori di solito ascoltano e si fidano delle raccomandazioni del/della loro pediatra con cui hanno frequenti contatti durante i primi anni di vita del/della bambino/a.

#### a) Programmi di prevenzione basati su modelli di Guide anticipatorie

Numerosi programmi utilizzano una guida preventiva per aiutare i genitori a gestire in modo efficace situazioni che potrebbero aumentare il rischio di maltrattamento.

Almeno due programmi si sono occupati della prevenzione del trauma cranico, vista la correlazione tra lo stress associato al pianto infantile e il trauma cranico da abuso (sindrome del bambino scosso). Dias e altri<sup>214</sup> hanno sviluppato un intervento *postpartum* in ospedale basato sull'insegnare ai genitori i pericoli di scuotere i/le bambini/e.

<sup>211</sup> Lane W.G., *Prevention of Child Maltreatment* *Pediatr Clin North Am.* 2014 October; 61(5): 873–888.

<sup>212</sup> Vedi Allegato 17

<sup>213</sup> Vedi Allegato 18

<sup>214</sup> Dias M.S., et al., (2005). *Preventing abusive head trauma among infants and young children: A hospital-based, parent education program.* *Pediatrics*, 115, 470–477.

Anche il **programma “Purple Crying”**<sup>215</sup> è incentrato sulla risposta genitoriale al pianto del bambino. Un video e un opuscolo forniscono informazioni sul pianto del/della bambino/a con consigli su come ridurre il pianto infantile e affrontare lo stress genitoriale associato.

L’American Academy of Pediatrics (AAP) ha sviluppato due programmi per la prevenzione primaria di maltrattamento sui soggetti di minore età in ambito clinico:

1. **Connected Kids:** protetto, forte, sicuro è un programma educativo basato sulla resilienza per genitori e *caregiver* focalizzato sul gestire i cambiamenti nelle varie fasi di sviluppo, sul fornire discipline efficaci e altri argomenti.
2. **Practicing Safety**<sup>216</sup>: è un altro programma sviluppato da AAP che aiuta i/le professionisti/e a cercare e affrontare la depressione materna e usa una guida anticipatoria per aiutare i genitori a far fronte a fasi di sviluppo impegnative, come il pianto infantile, la colica gassosa e il *toilet training*.

#### b) Programmi di prevenzione di comunità

Oltre a fornire guide anticipatorie e attuare lo screening per i fattori di rischio di maltrattamento, i/le pediatri/e possono anche indirizzare le famiglie ai programmi pubblici e incoraggiarle a parteciparvi. Per fare ciò, tuttavia, i/le pediatri/e devono essere consapevoli di quali programmi sono disponibili nelle loro comunità.

La raccolta di queste informazioni potrebbe inizialmente richiedere diverse ore al/alla pediatra o allo staff dell’ambulatorio, seguite da aggiornamenti periodici. Le informazioni sulle risorse del territorio devono poter essere facilmente reperibili attraverso una ricerca su internet, completata da telefonate o richieste di opuscoli e informazioni sul programma. I pediatri devono anche essere a conoscenza della qualità e dell’efficacia dei programmi disponibili, anche se per molti programmi non sono stati raccolti gli esiti della valutazione.

La maggior parte dei programmi di intervento rientrano in una delle due seguenti categorie: *home visiting* e formazione genitoriale.

Una recensione di numerosi programmi di intervento<sup>217</sup> (compresi sia la visita a domicilio sia la formazione dei genitori), attentamente valutati rispetto ai gruppi di controllo e la misurazione degli esiti di abusi sui minorenni, ha dimostrato un generale effetto positivo degli interventi.

### Servizio sociale

Come già sottolineato nelle raccomandazioni al servizio sanitario, anche per il Servizio sociale vale la necessità di incentivare i rapporti e la comunicazione con i/le pediatri/e di libera scelta e con tutti gli altri professionisti coinvolti nella gestione del soggetto di minore età e della famiglia.

Al Servizio sociale spetta poi l’analisi accurata delle famiglie e delle capacità genitoriali anche per quei nuclei familiari giunti all’attenzione per problematiche diverse dal sospetto di violenza (come ad esempio problemi economici o di integrazione), che possono però nascondere importanti fattori di rischio per maltrattamento e abuso.

### Scuola dell’infanzia e scuola primaria

Per quello che riguarda questo ambito, si sottolineano due criticità:

1. nella scuola dell’infanzia agiscono una pluralità di gestori (Comuni, Stato e soggetti privati del terzo settore) che solo faticosamente si stanno riconoscendo come sistema, cercando di uniformare le buone pratiche non solo didattiche, ma anche inclusive. In particolare, in forza del Decreto n.65/2017218, tutte le scuole dell’infanzia dovranno dotarsi del/della **coordinatore/trice pedagogico/a** (una figura in grado, tra le altre cose, di funzionare da facilitatore del dialogo con le altre istituzioni preposte alla cura dei/delle bambini/e) e di un **piano annuale di formazione**, all’interno del quale trattare anche i temi che qui interessano; questo processo di rinnovamento è stato appena avviato e richiederà tempo per essere implementato ad un livello sufficiente.

<sup>215</sup> <http://purplecrying.info/nann/what-is/welcome.php>

<sup>216</sup> Vedi nota n. 156 e paragrafo 2.3.2

<sup>217</sup> Reynolds A.J., Mathieson L.C. *et al.*, *Do early childhood interventions prevent child maltreatment? A review of research*. Child Maltreatment. 2009;14:182–206.

<sup>218</sup> D.lgs. n. 65 del 13 aprile 2017 “Istituzione del sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita fino ai sei anni, a norma dell’art 1, commi 180 e 181, lettera e), della legge 13 luglio 2015, n. 107”

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

2. La scuola dell'obbligo statale italiana è l'unica, tra i Paesi dell'OCSE, che non ha l'équipe psico-pedagogica interna alla scuola stessa, oltre a non avere, per gli/le insegnanti, l'obbligo formale della formazione. Tutto ciò rende la scuola primaria abbastanza impermeabile all'esterno e poco reattiva nell'affrontare i nuovi bisogni.

Più operativamente, sia alla luce di alcune buone pratiche esistenti in Regione Emilia-Romagna che delle ricerche in ambito internazionale, questa équipe potrebbe essere investita dei seguenti ruoli relativamente al tema della prevenzione:

- consulenza e supervisione agli/alle insegnanti relativamente a evidenze che potrebbero essere correlate a quadri (esordienti) di abuso e maltrattamento
- coinvolgimento dei servizi socio-sanitari preposti alla tutela
- coinvolgimento degli stessi per attività di formazione e/o di monitoraggio
- organizzazione di interventi di prevenzione mirata a favore di genitori e altri/e caregiver, con l'individuazione di target specifici
- sportello di ascolto psicopedagogico di consulenza educativa ai genitori, a prevenzione, soprattutto, dell'abuso di mezzi di correzione e di alcuni rischi di patologia della cura.

Alcune ricerche<sup>219</sup> mettono comunque in guardia dal pensare che la figura dello/a psicopedagogo nella scuola possa essere risolutiva, a prescindere dalle caratteristiche professionali di chi la ricopre. Anche lo/a psicologo/a scolastico/a non sembra possedere del tutto le caratteristiche richieste, essendo la sua competenza relativa ai disturbi, più o meno specifici, dell'apprendimento e della condotta, intesi come comportamento a sé stante. Occorre una preparazione specifica sull'interpretazione di questi sintomi all'interno di possibili quadri di rischio di abuso e maltrattamento, oltre ad una preparazione anche clinica (che lo/a psicologo/a scolastico/a potrebbe non avere); inoltre, l'espletamento operativo del suo ruolo gli/le dovrebbe consentire di avere una visione analitica dei pattern relazionali all'interno della scuola e una certa visibilità e autorevolezza nei confronti delle diverse componenti della scuola stessa (dirigenza, docenti, genitori).

Sulla scorta di quanto avviene per l'integrazione scolastica degli/delle alunni/e disabili e di alcune buone prassi esistenti<sup>220</sup>, l'implementazione di protocolli d'intesa (se non proprio di accordi di programma) tra le scuole e i Servizi socio-sanitari del territorio potrebbero facilitare, e di molto, la collaborazione e il riavvicinamento dei linguaggi. È evidente che l'efficacia di questa misura sarebbe moltiplicata dall'esistenza nella scuola dell'équipe psicopedagogica, ma, in sua assenza, la potrebbe, almeno in parte, surrogare.

Vale la pena richiamare, a questo punto, la pluralità delle ricerche che indicano nella mancata collaborazione interistituzionale uno dei fattori di rischio di contesto (iatrogenesi) più importanti per il contrasto all'abuso e al maltrattamento all'infanzia, sia per l'inerzia che causa agli interventi, sia per una incompleta valutazione "olistica" delle situazioni, soprattutto per una valutazione che tenga debitamente conto non solo dei fattori di rischio, ma anche dei fattori protettivi e della resilienza dei singoli, perché su queste ultime si possa costruire e progettare a scopo preventivo.

Questi accordi interistituzionali, oltre ad indicare i/le referenti che vi presiedono, possono entrare nel merito e declinare gli ambiti di integrazione, che sono essenzialmente relativi a:

- scambio di informazioni e loro utilizzo (comprese le modalità delle segnalazioni);
- formazione, comune per operatori/trici di tutti i servizi e specifica per insegnanti;
- implementazioni di interventi concordati con le famiglie a rischio;
- realizzazione di progetti comunitari (*school-based*) di prevenzione.

### Terzo settore

Le raccomandazioni per Il Terzo Settore (inteso come sistemi di accoglienza extra-familiare, cooperative sociali, associazioni di volontariato, centri di aggregazione, centri antiviolenza ecc.) sono innanzitutto quelle di ottimizzare i ruoli dello staff già operante, mantenendo un'alta qualificazione professionale degli/delle operatori/trici e dei/delle volontari/e di prima linea, sia nel periodo di formazione sia nella fase di attività.

<sup>219</sup> Viesel K.D., Davis A.S., *Child Maltreatment and the School Psychologist*, Psychology in the School, 52(1) 2015.

<sup>220</sup> Ad esempio, effettuare su Google la ricerca: "collaborazione servizio sociale e scuola" per avere decine di esempi formalmente attivi.

Nel piano regionale della prevenzione per l'Emilia-Romagna 2015-18<sup>221</sup> viene sottolineato come siano fondamentali la partecipazione della cittadinanza e il coinvolgimento della società negli interventi di promozione della salute, per migliorare l'*empowerment* individuale e di comunità, la salute generale e ridurre le disuguaglianze. In questo senso una raccomandazione pratica è quella di mettere a disposizione spazi comuni che fungano da centri di aggregazione ludico-ricreativi sia per bambini/e sia per genitori.

Il rapporto sociale "*Giovani Generazioni*" della Regione Emilia-Romagna del 2018<sup>222</sup> riprende l'importanza di consolidare la rete dei Centri per le famiglie, per renderla più ampia e diffusa sul territorio regionale<sup>223</sup>, sviluppando compiutamente le tre aree di attività, anche attraverso un supporto formativo a livello regionale. Inoltre si raccomanda di eseguire l'analisi dei dati strutturali e di attività, così da poter monitorare l'efficacia dei Servizi nel corso del tempo.

## 2.4.3 PREVENZIONE SPECIFICA

### 2.4.3.1 Prevenzione della violenza assistita

**Prevenzione Primaria:** "La prevenzione deve articolarsi in percorsi educativi, rivolti a bambini/e ed adolescenti, per mettere in discussione i modelli di relazione convenzionali, gli stereotipi di genere ed i meccanismi socioculturali di minimizzazione e razionalizzazione della violenza<sup>224</sup>", prevedendo percorsi laboratoriali, esperienziali, formativi ed educativi per le scuole di ogni ordine e grado, trasversale alle discipline del curriculum e con carattere di continuità tra i diversi gradi di istruzione. In questo senso la prevenzione primaria della violenza assistita non ha carattere di specificità rispetto alle altre forme di maltrattamento, a parte il maggior rischio di sottovalutazione.

#### Prevenzione Secondaria e Terziaria

Intervento psicoeducazionale<sup>225</sup>: si tratta di progetti e interventi educativi su formatori/trici e a cascata su genitori, adolescenti e bambini/e. Bisogna lavorare sull'individuo nel suo contesto di vita. L'intervento di prevenzione della violenza assistita, come nelle altre forme di violenza domestica, deve avere determinate caratteristiche:

- (1) L'esigenza di protezione del soggetto in crescita va sempre connessa con la tutela delle sue relazioni primarie; la famiglia va utilizzata come risorsa di cura, e in quanto contesto di cure primarie va aiutata a migliorare. L'allontanamento deve essere l'estrema ratio e rappresenta un fallimento dell'intervento del servizio.
- (2) Bisogna muoversi secondo un'ottica di *recovery*, cioè di ripresa, di recupero, con il focus sulla qualità della vita e non sulla "guarigione" completa: si lavora per ottenere un "adattamento soddisfacente", e per fare questo vanno cercati dei punti di aggancio su cui lavorare coi genitori, entrando nella loro modalità comunicativa. In questo senso l'intervento psicoeducativo si sostanzia nella ricerca, insieme ai genitori, della soluzione che utilizzi al meglio le risorse individuali e di rete.
- (3) La psicoeducazione ha l'obiettivo di incrementare l'*empowerment* dei/delle bambini/e e dei genitori, fornire strumenti per migliorare attraverso l'acquisizione di conoscenze, abilità, strategie e attitudini che faciliteranno il raggiungimento di obiettivi personali "raggiungibili". Va stimolata nei genitori la "curiosità" per la mente del/della bambino/a, per il significato dei suoi comportamenti in risposta a determinati stimoli traumatogeni, come l'assistere a episodi di violenza, perché questo significato può essere compreso e restituito al/alla bambino/a, riattivando la capacità di pensare. La famiglia va intesa non solo come problema ma come parte della soluzione, attivamente coinvolta nel progetto terapeutico come supporto alla terapia.

<sup>221</sup> <https://partecipazione.regione.emilia-romagna.it/iopartecipo/policy-e-processi/costruire-salute-piano-regionale-della-prevenzione-2015-2018>

<sup>222</sup> <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/approfondimenti/osservatorio-infanzia-e-adolescenza/tutela-le-pubblicazioni/rapporto-sociale-giovani-generazioni-2016/rapporto-sociale-giovani-generazioni-2018>

<sup>223</sup> <https://www.informafamiglie.it/centri-per-le-famiglie>

<sup>224</sup> Linee Guida Nazionali (art.1 comma 16 L.107/2015). *Educare al rispetto: per la parità tra i sessi, la prevenzione della violenza di genere e di tutte le forme di discriminazione*. Documento MIUR 27.10.2017.

<sup>225</sup> Libro Verde. *Migliorare la Salute Mentale della popolazione. Verso una strategia sulla Salute Mentale per l'Unione Europea*. Commissione delle Comunità Europee, Bruxelles, 14.10.2005.



Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

- (4) Il progetto deve essere condiviso tra Servizio e utenti, verificando sempre che il linguaggio degli/delle operatori/trici sia comprensibile: vanno individuati obiettivi piccoli, raggiungibili e concordati. Si tratta di partire dal principio che tutti i soggetti coinvolti (operatori/trici, familiari, amici/che, volontari/e) hanno risorse da esprimere. Il coinvolgimento attivo dei genitori è un aiuto alla famiglia ad attuare il cambiamento (vedi modello **Family Based Therapy** o FBT<sup>226</sup> e il modello del **Family Decision Making**<sup>227</sup>) poiché per promuovere un cambiamento nel/nella bambino/a è necessario intervenire anche su di loro, aiutarli/e a pensare per trovare soluzioni, ricercando l'alleanza e la responsabilizzazione della famiglia rispetto al problema del/della bambino/a.
- (5) Spesso il *blackout* della mentalizzazione dei genitori può contagiare gli/le operatori/trici: il lavoro multidisciplinare aiuta a riattivare la capacità di pensare di operatori/trici, che riescono così a far intravedere anche ai genitori delle possibili soluzioni.

Da segnalare il modello della **Family Group Conference**<sup>228</sup>, un modello di lavoro multifamiliare all'interno del quale le famiglie si confrontano dando spazio a possibilità trasformative attraverso un processo di rispecchiamento. Questo perché le famiglie più problematiche si avvicinano più facilmente a un gruppo che a interventi individuali di servizio. Nel gruppo è prevista anche la presenza dei/delle bambini/e, della famiglia, del/della coordinatore/trice, che è il regista del processo, e dell'operatore di "*advocacy*"<sup>229</sup> (che affianca e sostiene il soggetto di minore età dando voce al suo pensiero).

#### 2.4.3.2 Prevenzione dell'abuso sessuale

La prevenzione dell'abuso sessuale su persone di minore età pone sfide uniche nello sviluppo di interventi efficaci. Mentre sono stati identificati, per chi si prende cura del/della piccola/a, molti fattori di rischio per abuso fisico e negligenza, per la stessa persona le caratteristiche sono molto meno predittive nell'abuso sessuale. Non esiste un profilo tipico di un/a autore/trice di abusi sessuali, ciò rende difficile sviluppare programmi di prevenzione specifici. Inoltre, alcune persone adulte sono a disagio con qualsiasi discussione sulla sessualità in quanto riguarda i/le loro figli/e. Possono quindi essere riluttanti a partecipare a programmi di prevenzione rivolti ai genitori e anche più riluttanti a consentire ai/alle loro figli/e di partecipare a programmi di prevenzione<sup>230</sup>.

Una revisione sistematica della letteratura<sup>231</sup> ha analizzato 24 studi specifici su interventi di prevenzione per l'abuso sessuale, condotti con un totale di 5802 partecipanti nelle scuole primarie e secondarie in diversi stati: Stati Uniti, Canada, Cina, Germania, Spagna, Taiwan e Turchia.

Sebbene sia stata utilizzata un'ampia gamma di programmi, molti erano gli elementi comuni, tra cui l'insegnamento delle norme di sicurezza, del concetto di proprietà esclusiva del proprio corpo, di parti del corpo particolarmente intime e riservate, la distinzione e il riconoscimento di varie tipologie di tocamenti, il concetto di segreto e le diverse tipologie di segreto, e a chi rivolgersi per farsi aiutare. La durata degli interventi variava da una singola sessione di 45 minuti a otto sessioni di 20 minuti in giorni consecutivi.

Il programma poteva essere svolto con film, video o DVD, rappresentazioni teatrali e presentazioni multimediali. Altre risorse utilizzate comprendevano canzoni, burattini, fumetti e libri da colorare. I metodi di insegnamento utilizzati nella consegna comprendevano prove, esercitazioni, giochi di ruolo, discussioni e feedback.

Questi programmi concretamente impediscono l'abuso sessuale sui soggetti di minore età? Vi sono alcune prove di un piccolo gruppo di studi, tutti condotti negli Stati Uniti, secondo cui la partecipazione a programmi di prevenzione degli abusi sessuali su bambini/e e adolescenti a scuola può ridurre l'insorgere degli stessi. Uno studio condotto su 2000 soggetti di età compresa tra 10 e 16 anni ha scoperto che le persone, che sono state esposte ad un'educazione preventiva più completa, erano più informate sull'abuso sessuale e riferivano di usare strategie di autoprotezione efficaci. Inoltre trovavano meno difficoltà nel confessare la loro vittimizzazione e meno probabilità di auto-incolparsi (Finkelhor 1995a)<sup>232</sup>.

<sup>226</sup> Trattamento sviluppato negli anni '90 all'interno del Maudsley Hospital di Londra per la cura dell'anoressia nervosa (detto "metodo Maudsley"), integra aspetti dell'approccio cognitivo comportamentali con quelli dell'intervento sistemico relazionale e del management clinico, usato nei Disturbi della Condotta Alimentare e nelle Tossicodipendenze.

<sup>227</sup> La valutazione dei Family Group Decision Making Models: metavalutazione e sintesi degli approcci. Verso un metodo di valutazione appropriato. Giudice E., 2012, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

<sup>228</sup> Maci F., *Lavorare con le famiglie nella tutela minorile: il modello delle Family Group Conference*. 2011, Edizioni Erickson.

<sup>229</sup> Sin. Patrocinio, sostegno (Treccani, on line, treccani.it/vocabolario).

<sup>230</sup> *Prevention of child maltreatment*. W.G. Lane. USA, 2014.

<sup>231</sup> Walsh K. et al., *School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse*. (2015) Australia.

<sup>232</sup> Finkelhor D. (1995) *The victimization of children: A developmental perspective*. American Journal of Orthopsychiatry, 65(2), 177–193.

Anche alla luce della più recente letteratura disponibile sul tema, il ruolo della Scuola tra i 3 e gli 11 anni come promotrice di prevenzione potrebbe essere limitato sulla fattispecie dell'abuso sessuale (se non di fronte a evidenze oggettive, ma qui saremmo già nel campo dell'intervento vero e proprio), mentre risulta avere una notevole potenzialità nell'ambito della prevenzione del maltrattamento (che, nella stragrande maggioranza dei casi, esordisce come abuso di mezzi di correzione e come incompetenza genitoriale a fronteggiare il comportamento inadeguato dei/delle figli/e, le cui evidenze sono facilmente osservabili a scuola) e nell'ambito della prevenzione delle patologie delle cure, soprattutto, ma non solo, alla scuola dell'infanzia.

#### 2.4.3.2 Prevenzione delle mutilazioni genitali femminili<sup>233</sup>

Le mutilazioni genitali femminili (MGF) sono inquadrabili come forma di maltrattamento fisico<sup>234</sup>.

Ai fini della prevenzione del fenomeno "criminoso"<sup>235</sup> si individuano alcune buone prassi<sup>236</sup>, quali: promozione di campagne informative, iniziative di sensibilizzazione ed informazione, programmi di aggiornamento, predisposizione di linee guida per personale sanitario, istituzione di un numero verde per segnalazioni. Occorre individuare meccanismi preventivi e percorsi specifici, all'interno della rete di operatori/trici socio-sanitari/e che ne sono più direttamente coinvolti/e.

Gli assunti fondamentali che ne costituiscono l'impianto sono:

- individuazione precoce e il monitoraggio dei casi a rischio
- informazione rivolta alle comunità
- formazione e aggiornamento continuo per gli/le operatori/trici coinvolti/e.

L'importanza dell'aspetto preventivo e dell'elaborazione di procedure in tal senso è stata sottolineata anche dal Parlamento Europeo nella Risoluzione del 24 marzo 2009, che affronta il tema della lotta contro le mutilazioni genitali femminili nell'UE (2008/2071(INI)). Agli articoli 29 e 30 si invitano gli Stati membri ad "attuare una strategia preventiva di azione sociale per proteggere le minorenni senza stigmatizzare le comunità delle/dei migranti" ed a "elaborare orientamenti per gli/le operatori/trici sanitari/e, gli/le educatori/trici e gli/le assistenti sociali per informare adeguatamente i genitori degli effetti delle MGF e del fatto che queste pratiche sono reati".

L'aspetto cruciale della prevenzione e della predisposizione di procedure specifiche si rintraccia anche nella Convenzione di Istanbul<sup>237</sup> e nella successiva risoluzione 2012/2684(RSP) del 14 giugno 2012<sup>238</sup> sull'abolizione delle mutilazioni genitali femminili.

La formazione dei/delle professionisti/e sanitari/e (medico/a, ostetrica, infermiere, psicologo/a) è fondamentale per facilitare la comunicazione, soprattutto in riferimento all'approccio da tenere con le donne e le bambine già sottoposte a tali pratiche, per far fronte ai loro bisogni sanitari e psicosociali e per formarle ad una fisicità in linea con la tutela della salute.<sup>239</sup>

<sup>233</sup> A livello nazionale iniziative sull'assistenza alle donne che hanno subito tale pratica sono indicate all'interno dell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in applicazione della Legge n.7/2006. Per la parte sanitaria le attività in regione Emilia-Romagna sono iniziate nel 1999 nell'ambito del programma regionale di riorganizzazione dei consultori familiari e si sono rafforzate a seguito della Legge nazionale sopra menzionata che ha finanziato le iniziative. Per la parte sociale il progetto ha avuto inizio alla data di sottoscrizione della Convenzione con il Dipartimento Pari Opportunità il 7 novembre 2013. Il 22 ottobre 2015 è stato organizzato il convegno "Mutilazioni genitali femminili... facciamo il punto" che è stato occasione di riflessione sui progetti di contrasto alle pratiche di MGF realizzati in questi anni sul territorio regionale e nazionale. Dal 2014 è attivo il **sito internet regionale** [www.saperidoc.it/mgf](http://www.saperidoc.it/mgf) strumento di raccolta e selezione delle conoscenze sul tema MGF. Il sito mette a disposizione dati, documenti, strumenti di ricerca e di formazione per approfondire la conoscenza delle pratiche di MGF. Nel sito internet sono disponibili le informazioni accumulate, i percorsi d'intervento e di formazione realizzati, materiali di documentazione e di approfondimento, per facilitare lo scambio di esperienze e la comunicazione fra tutti gli attori interessati, in particolare i servizi e le comunità migranti.

<sup>234</sup> Bruni V., Dei M., (2000) *Ginecologia del periodo neonatale dell'età evolutiva*. Collana Progressi in ginecologia, SEE Ed.

<sup>235</sup> Legge n.7/2006, Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile <https://www.camera.it/parlam/leggi/060071.htm>

<sup>236</sup> Raccomandazioni per la prevenzione, segnalazione, sorveglianza e negoziazione delle MGF tra le donne adulte e le minori provenienti dai paesi a rischio - Regione Toscana - 2016 <http://www.regione.toscana.it/documents/10180/13586257/allegato+parere+n.+23-2016+MGF.pdf/957db71d-ff22-473a-a646-764ea75fc037?sessionid=AD92EDED25E6B5394E80573099DF1C84.web-rt-as01-p2?version=1.0>

<sup>237</sup> [https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DOSSIER/0/750635/index.html?part=dossier\\_dossier1-sezione\\_sezione2-h2\\_h22](https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DOSSIER/0/750635/index.html?part=dossier_dossier1-sezione_sezione2-h2_h22)

<sup>238</sup> <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2012-0261+0+DOC+XML+V0//IT>

<sup>239</sup> "Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche" (art. 4 – Legge n. 7 del 2006) [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_769\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf)

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

Determinante è anche la formazione delle figure professionali (mediatori/trici culturali, assistenti sociali, volontariato) che operano con le comunità di migranti provenienti dai Paesi con tradizioni escissorie.

Un ruolo importante è, inoltre, anche quello svolto dagli/dalle operatori/trici della scuola (insegnanti, responsabili della formazione e dell'educazione alla salute).

**Raccomandazione:** La mutilazione genitale femminile, in tutte le sue forme, è illegale in Italia. Si raccomanda di fornire un *counselling* adeguato sui rischi per la salute immediata e futura della bambina, oltre che sugli aspetti di natura legale connessi a questa pratica, anche quando venga effettuata durante un temporaneo soggiorno nel paese di origine.

## 2.5 Prevenzione dell'abuso e del maltrattamento nella preadolescenza e adolescenza (fascia 11-18 anni)

### 2.5.1 Interventi

La prevenzione rivolta a preadolescenti e adolescenti, a prescindere dal focus dell'intervento, non può essere solo informazione, ma deve sostanziare un'offerta di aiuto, di percorsi che consentano ai soggetti di sviluppare un atteggiamento attivo, di protagonismo, di consapevolezza. Non funziona invece l'intervento di prevenzione fondato sulla minaccia del "danno".

Poiché le/gli adolescenti si sviluppano in relazione al contesto, quest'ultimo va compreso e va integrato nella prevenzione: questo è il motivo per cui la maggior parte degli interventi di prevenzione in adolescenza e preadolescenza hanno come teatro la scuola e il gruppo dei/delle pari. I modelli di prevenzione virtuosi sostengono i processi di consapevolezza, di cura di sé e di sintonizzazione sui propri bisogni, insegnano ai/alle ragazzi/e a selezionare le informazioni e a compiere scelte caratterizzate da assertività e da condotte di autotutela: in particolare, bisogna aiutare i/le ragazzi/e a stare nel conflitto generato da relazioni ambivalenti, ad attraversarlo e a superarlo, ma soprattutto ancora prima a riconoscerlo.

Nella prevenzione del maltrattamento e dell'abuso, come negli altri interventi di prevenzione in questa fascia di età, va attivato nei/nelle ragazzi/e un processo di "conoscenza delle rappresentazioni", cioè bisogna aiutarli/e a socializzare la rappresentazione, l'idea che loro hanno di relazione sana e di relazione maltrattante: partendo da queste comuni riflessioni, li/e si aiuta a confrontarsi sullo stesso problema. Come persone adulte ci si pone al servizio dei processi di riflessione e mentalizzazione dei/delle ragazzi/e, favorendo la condivisione del problema.

### Prevenzione primaria

Tra le strategie di promozione della salute psicofisica (politiche per la salute pubblica, creazione di ambienti di vita sani, rafforzamento degli interventi comunitari e riorientamento dei servizi verso la promozione della salute, la prevenzione e gli interventi precoci<sup>240</sup>), la letteratura riporta numerosi interventi volti a favorire lo sviluppo di quelle abilità personali indispensabili per muoversi adeguatamente nelle relazioni con le altre persone, le **competenze psicosociali**<sup>241</sup> (**CPS**) o **Life Skills**, che comprendono:

#### a) le abilità sociali:

- saper ascoltare, comprendere le necessità e il punto di vista dell'altro/a e sapere come comunicare detta comprensione;
- imparare a negoziare i conflitti interpersonali usando la parola, resistendo alla pressione dei/delle pari, con la capacità di autoaffermazione, dialogo, discussione, difesa ragionata delle proprie argomentazioni, ma allo stesso tempo con la flessibilità necessaria a integrare il contributo degli/delle altri/e;
- avere le proprie opinioni, saperle comunicare e mantenerle dinanzi agli/alle altri/e; collaborare con gli/le altri/e, saper lavorare in gruppo, rispettare e riflettere sulle opinioni degli/delle altri/e;
- stabilire e prendersi cura delle amicizie;
- imparare a mantenere uno spazio personale nella relazione, intimo, e saperlo proteggere con metodi non violenti.

<sup>240</sup> Sabrià Pau J. (2017). "Prevention and early detection of emotional and behavioral problems in childhood in pediatric primary care". *Pediatria Integral* 21(1): 8-14.

<sup>241</sup> L'educazione sociale ed emozionale non è, nella maggior parte dei casi, la stessa per ragazze e ragazzi.



**b) le abilità emozionali:**

- riconoscere, comprendere ed esprimere le proprie emozioni e sentimenti;
- apprendere a gestire i sentimenti in maniera da consentire una risposta adeguata alla situazione che si sta vivendo;
- riconoscere, captare i sentimenti degli/delle altri/e e saper rispondere in maniera adeguata;
- competenze nella gestione dello stress, che implicano gestione del tempo, pensiero positivo e sapersi rilassare

**c) le abilità cognitive:**

- consapevolezza dei valori, delle attitudini e delle norme che ci influenzano;
- conservare un pensiero critico, valutando l'influenza dei mezzi di comunicazione e delle correnti di opinione;
- essere competenti nel prendere decisioni e nella risoluzione di problemi.

Il progetto *Life Skills* ha avuto ampia diffusione in molte nazioni ma scarsa applicazione in Italia, dove tuttavia esperienze analoghe vengono promosse all'interno di progetti di "educazione socio-affettiva", "educazione emotiva" o nel contesto di progetti di *peer education*<sup>242,243</sup>.

Citiamo tra le varie esperienze di prevenzione primaria descritte in letteratura:

- i programmi di psicoeducazione sull'aggressività (come il **Dating Violence Prevention Program**<sup>244</sup>) fornita dagli/dalle insegnanti agli/alle studenti delle scuole superiori, tramite sessioni di discussione, giochi di ruolo e teatro, elaborazione di protocolli da utilizzare nei casi di violenza a scuola, con particolare attenzione alla segnalazione agli/alle insegnanti, come fattore di protezione e mezzo per l'individuazione precoce della violenza e per la prevenzione della stessa;
- la formazione dei soggetti di minore età attraverso programmi scolastici che coprono temi come la proprietà del corpo<sup>245</sup> e i comportamenti adeguati per difenderlo<sup>246</sup>, e che prevedono l'uso di vari strumenti (libri, fumetti, drammi teatrali, spettacoli di burattini, film, conferenze e discussioni, singoli o in combinazione), di approcci puramente didattici (come un discorso, l'ascolto passivo degli/delle studenti e l'acquisizione di conoscenza), approcci comportamentali (come il modellamento, cioè l'osservazione del comportamento), partecipazione attiva degli/delle studenti a giochi di ruolo, alle prove o alla pratica di nuove abilità di autoprotezione;
- i modelli di apprendimento tra pari sulla violenza di genere (**The Mentors in Violence Prevention, MVP**<sup>247</sup>).

**Prevenzione secondaria e terziaria**

Possiamo intuire quanto la presenza delle competenze psicosociali sia fondamentale per riconoscere una relazione abusante, e possiamo anche pensare che in adolescenti e preadolescenti con storie di sviluppo traumatico, come già visto nella parte introduttiva, queste competenze siano compromesse. Soprattutto in contesti di prevenzione secondaria e terziaria, spesso quello che spinge questi/e ragazzi/e a perseverare in un comportamento dannoso, come ad esempio accettare di rimanere all'interno di una relazione violenta, non è tanto l'ignoranza sugli effetti, ma quanto il pessimismo sulla propria possibilità di sperimentare relazioni alternative.

È importante mettere a confronto le opinioni dei/delle ragazzi/e sulla rappresentazione che hanno di relazione sana e relazione maltrattante, dare come adulti/e di riferimento un contributo sulla costruzione di una definizione condivisa di entrambi i tipi di relazione, esaminare le possibili motivazioni soggettive sottese alla

<sup>242</sup> Marmocchi P., Dall'Aglio C., Zannini M. (2004) *Educare. Le Life Skills*.

<sup>243</sup> Una sperimentazione di un programma di Life Skills, della durata di 3 anni e rivolta alle scuole medie inferiori, è nata a Bologna dalla collaborazione tra diverse realtà istituzionali del territorio (due quartieri della città, tre Istituti Onnicomprensivi, lo Spazio Giovani della AUSL e il Centro per le Famiglie del Comune di Bologna) Marmocchi P., Dall'Aglio C., Zannini M. (2004) Un'esperienza di Life Skills Education, in *Educare. Le Life Skills*, Cap.2, 29-60.

<sup>244</sup> Lester S. et al. (2017). *What do we know about preventing school violence? A systematic review of systematic reviews*. *Psychol Health Med*. 22 (sup1): 187-223.

<sup>245</sup> Anche se qui si fa riferimento a persone in età pre e adolescenziale non si può ignorare che la violenza sul corpo della donna sia più legittimata di quella sul corpo degli uomini.

<sup>246</sup> Walsh K. et al. (2015) *School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse*. *Cochrane Database Syst Rev*, Australia.

<sup>247</sup> Williams D.J., Neville F.G. (2017). *Qualitative evaluation of the mentors in violence prevention pilot in Scottish high schools*. *Psychology of Violence*, 7(2), 213.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

accettazione di una relazione maltrattante o al comportamento maltrattante, e infine dare delle indicazioni per sostenere la persona nella formulazione di una domanda di aiuto, qualora le risorse personali non siano in quel momento sufficienti.

La conduzione di questi interventi, vista la delicatezza dell'argomento e il rischio di incontrare adolescenti vittime di maltrattamento da parte di chi li/le accudisce, deve sollecitare la soggettività del ruolo di studente più che quella personale, le opinioni più che le confessioni, le capacità di analisi più che le confidenze, per ridurre il possibile imbarazzo del/della singolo/a.

Citiamo alcune tra le esperienze descritte in letteratura:

- programmi scolastici di psicoeducazione (come l'**Expect Respect Support Groups**<sup>248</sup> (ERSG): gruppi di supporto per esigere rispetto, focalizzati sullo sviluppo di abilità relazionali sane) rivolti a ragazzi/e che sono stati esposti ad almeno una forma di violenza, come la *Teen Dating Violence* (TDV) (dinamiche violente nelle relazioni amorose tra adolescenti), la *Intimate Partner Violence* (IPV) tra i genitori come violenza assistita, la violenza tra pari, l'abuso e qualche altra forma di violenza domestica o in contesti comunitari;
- consultazione breve di tipo educativo da parte di infermieri/e scolastici/che, adeguatamente formati/e sulle relazioni di abuso in adolescenza (*Adolescent Relationship Abuse*, ARA), nell'ambito di un programma nazionale (**Project Connect**<sup>249</sup>) mirato a costruire una partnership tra le agenzie di pubblica sicurezza e i servizi che si occupano di violenza domestica;
- programmi che aiutino a promuovere strategie di risoluzione positiva dei conflitti genitoriali<sup>250</sup>, per incidere positivamente, anche sulla risoluzione dei conflitti adolescenziali, in adolescenti cresciuti/e all'interno di famiglie con *Inter Parental Violence* (IPV) associata a disturbi psichiatrici materni (disturbo bipolare e depressione).

### 2.5.2 Raccomandazioni a Servizi/Enti/Agenzie

Dalle evidenze scientifiche e dal monitoraggio delle buone prassi raccolte e descritte nei piani di zona 2017-19 della Regione Emilia-Romagna si individuano le seguenti raccomandazioni riferite ai diversi Servizi/Enti/Agenzie per gli interventi nella fascia 11-18 anni.

#### Istituzioni

Affinché gli effetti si riverberino sulle fasce di età successive, si raccomanda di effettuare investimenti nello sviluppo a partire dalla prima infanzia in quanto hanno mostrato rendimenti positivi, tra cui miglioramenti nella salute mentale, nella salute fisica e nel rendimento scolastico, nonché tassi più bassi di comportamenti violenti, dipendenza e povertà.

#### Servizio sanitario<sup>251</sup>

L'intervento specifico e prioritario del Servizio sanitario è di:

- riconoscere nella popolazione che afferisce ai diversi Servizi, i soggetti minorenni potenzialmente a rischio di maltrattamento;
- potenziare la capacità di rimuovere fattori di rischio familiari e sociali per una efficace prevenzione primaria;
- riconoscere nell'ascolto attivo uno strumento fondamentale per la prevenzione secondaria del fenomeno;
- effettuare una valutazione "ecologica" della persona di minore età e del nucleo familiare con diagnosi delle condizioni di rischio;
- individuare precocemente le situazioni di abuso e maltrattamento con segnalazione alla Magistratura e ai Servizi sociali;

<sup>248</sup> Reidy D.E. et al. (2017). *Evaluation of the expect respect support group program: a violence prevention strategy for youth exposed to violence*. Preventive Medicine 100, 235-242.

<sup>249</sup> Raible C.A. et al. (2016). *School nurse-delivered adolescent relationship abuse prevention*. Journal of School Health, 87: 524-530.

<sup>250</sup> Narayan A.J. et al. (2015). *Interparental Violence and Maternal Mood Disorders as predictors of adolescent physical aggression within the family*. Aggress Behav 41(3): 253-266.

<sup>251</sup> "Nuovo protocollo interistituzionale per la tutela dei minori in situazioni di disagio, sospetto abuso e maltrattamento (Provincia di Modena, 2016) <http://salute.regione.emilia-romagna.it/news/ausl-mo/un-protocollo-per-la-tutela-dei-minori-contro-abusi-e-disagio> <https://www.ic1modena.edu.it/wp-content/uploads/2014/11/NUOVO-PROTOCOLLO-INTERISTITUZIONALE-2016.pdf>

- valutare, rispetto ai fattori di rischio e pregiudizio, la capacità genitoriale e l'esistenza di una rete di protezione ambientale, anche in collaborazione con i Servizi sociali;
- collaborare con i Servizi sociali e le altre Agenzie coinvolte per sostenere un intervento integrato;
- valutare le capacità genitoriali ed effettuare la valutazione psicologica del recupero della genitorialità;
- effettuare interventi psicoterapici rivolti al singolo e/o al nucleo familiare;
- istituire percorsi privilegiati per ragazze/I nei casi di urgenza con procedure concordate;
- accompagnare (assistenza psicologica) il/la ragazzo/a in tutte le fasi dell'iter giudiziario.

### Servizio sociale

La legislazione nazionale e regionale attribuisce al Servizio sociale l'obbligo istituzionale degli interventi di tutela dei/delle minorenni che prevede la diretta partecipazione della sanità pubblica nella gestione della presa in carico e cura dell'adolescente. Il Servizio sociale assicura la tutela della salute psicofisica del minorenne, presunta vittima di abuso e maltrattamento, e mette in atto le disposizioni dell'Autorità Giudiziaria minorile. Le prestazioni di tipo socio-assistenziale al/alla ragazzo/a e alla sua famiglia devono essere integrate con quelle di tipo sanitario, in un'ottica di intervento di rete dei servizi. L'assistente sociale possiede le competenze tecnico-professionali e gli strumenti per attivare le azioni protettive più specifiche e per svolgere la valutazione sociale.

Con l'indagine sociale si raccolgono le informazioni sul contesto ambientale e relazionale in cui vive la persona di minore età, e ciò consente di valutare comparativamente la presenza di fattori di rischio e la presenza di fattori protettivi sia ambientali che familiari.

I Servizi sociali degli Enti locali o delegati a svolgere le funzioni di tutela dei/delle ragazzi/e hanno il compito di promuovere interventi di natura sociale che vadano ad agire sul disagio familiare e personale per prevenire e ridurre le condizioni di rischio.

### Scuola

Come detto precedentemente la Scuola è un osservatorio privilegiato sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, gli/le insegnanti rappresentano una delle fonti più importanti di segnalazione delle situazioni di disagio e di rilevamento precoce dei casi già in atto e, attraverso il loro rapporto quotidiano con i/le ragazzi/e e nell'esercizio della loro professione, possono svolgere una notevole funzione preventiva. La Scuola, inoltre, può e deve collaborare con i Servizi preposti quale parte della rete di sostegno necessaria in corso di accertamento e trattamento.

La Scuola attraverso la propria funzione educativa tesa a far conseguire il successo formativo (L. 275/99) e nell'ottica della prevenzione si impegna a:

- favorire lo sviluppo della personalità dei soggetti in età evolutiva (L. 53/03, D. Lgs. 59/04);
- promuovere nel/nella ragazzo/a la consapevolezza dei propri bisogni-desideri e la capacità di verbalizzarli;
- aiutare il/la ragazzo/a ad acquisire la capacità di riconoscere il bisogno di aiuto, individuando precise figure di riferimento (costruzione di una rete di protezione sociale);
- favorire e promuove progetti sull'educazione all'affettività e alla sessualità per gli/le alunni/e e interventi di formazione per insegnanti e genitori mirati alla prevenzione.

Nello svolgimento delle proprie funzioni i/le docenti possono:

- prestare particolare attenzione ad eventuali presenze sospette di segni fisici;
- raccogliere confidenze e racconti spontanei attraverso le attività didattiche e gli sportelli di ascolto;
- osservare e rilevare atteggiamenti/comportamenti inadeguati all'età o come segnali di sofferenze e forte disagio manifestati nell'attività didattiche, nei rapporti con i/le compagni/e e con le persone adulte.

Nelle situazioni di sospetto abuso o maltrattamento la Scuola, che non ha compito d'indagine, procede a segnalare ai Servizi sociali territoriali e/o a denunciare direttamente all'Autorità Giudiziaria competente i fatti rilevati.

**FOBIA SCOLARE**

Con il termine improprio di “fobia scolare” si intende la condizione in cui un minorenni presenta insormontabili difficoltà a recarsi a scuola. In realtà tale condizione può essere determinata da molteplici fattori che riguardano l'ambiente scolastico o, più frequentemente, quello familiare. Possono essere implicati anche disturbi psicopatologici.

Tra i fattori inerenti l'ambiente scolastico sono da ricordare i fenomeni di bullismo, soprattutto nei soggetti con difficoltà di adattamento o con fragilità di varia natura (disabilità, svantaggio sociofamiliare).

Tra le condizioni familiari vi sono la violenza assistita, i maltrattamenti (comprese le condizioni di ipercuria), gli abusi, le patologie da separazione, le gravi malattie di membri della famiglia.

Tra le condizioni individuali vi sono i disturbi d'ansia (specie da separazione), la depressione, i disturbi da disadattamento, la sindrome post traumatica da stress, gli esordi psicotici. Infine, sono da considerare le dipendenze patologiche e le cosiddette “nuove dipendenze”, come quella da internet.”

**Terzo settore**<sup>252</sup>

**Raccomandazione:** Monitorare le iniziative e valutare le opportunità presentate nei piani di zona a livello locale (vedi Piano pluriennale adolescenza 2018-2020<sup>253</sup>).

**2.5.3 PREVENZIONE SPECIFICA****2.5.3.1 Prevenzione della violenza nelle giovani coppie**

Le relazioni amorose e sessuali svolgono un ruolo importante nel corso della pubertà e dell'adolescenza permettendo ai/alle giovani di assolvere ad alcuni compiti evolutivi, come la realizzazione del desiderio di intimità, la scoperta della sessualità e l'acquisizione di un ruolo sociale, accedendo alla dimensione di coppia.

Le relazioni di coppia inoltre possono favorire il processo di autonomizzazione dalla famiglia e la costruzione di un'immagine positiva di sé, influenzando le successive esperienze sociali e relazionali.

La violenza può però manifestarsi già in queste prime esperienze, spesso con conseguenze negative dal punto di vista evolutivo. Recentemente il fenomeno della cosiddetta **Teen Dating Violence** (TDV) sta attirando l'attenzione di ricercatori/trici ed operatori/trici. La TDV è stata definita come “quell'insieme di atti di coercizione, prevaricazione e controllo, agiti mediante maltrattamento psicologico, aggressioni fisiche, abuso sessuale o anche solo la minaccia di simili azioni, agiti ripetutamente e intenzionalmente, che causano un danno in chi li subisce e che si caratterizzano per avere luogo all'interno di relazioni intime che differiscono dalle situazioni di violenza domestica in quanto la coppia non è legata da vincoli strutturati (Lavoie, Robitaille e Hebert, 2000<sup>254</sup>; Ely Dulmus e Wodarski, 2002<sup>255</sup>). Le singole forme di violenza si possono manifestare anche congiuntamente, come di fatto accade nella maggior parte dei casi.”<sup>256</sup>

Il fenomeno può tradursi in comportamenti di prevaricazione e controllo relativi alle attività e alle relazioni del/della partner, in violenza fisica o in ritorsioni rivolte ad oggetti di proprietà del/della partner, nell'esercitare pressioni per ottenere rapporti sessuali indesiderati anche attraverso intimidazioni, fino ad arrivare allo stupro. All'interno del rapporto le richieste relative ad attività sessuali e all'utilizzo o meno di contraccezione possono essere facilmente confuse con gesti e manifestazioni d'amore appassionate, così come alcuni comportamenti violenti possono essere inizialmente interpretati come manifestazioni di forte gelosia derivante da un intenso coinvolgimento. Dal punto di vista clinico l'adolescente che presenta aspetti di sofferenza legati alla relazione di coppia violenta, può trovarsi in notevole difficoltà nel riconoscerla e nel connettere il proprio disagio all'esperienza relazionale che sta vivendo.

<sup>252</sup> Il Terzo Settore comprende: sistemi di accoglienza extra-familiare, cooperative sociali, associazioni di volontariato, centri di aggregazione, centri antiviolenza ecc.

<sup>253</sup> <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/adolescenza-2/piano-per-ladolescenza>

<sup>254</sup> Lavoie F., Robitaille L., Hebert M. (2000). *Teen dating relationships and aggression, an exploratory study*. Violence Against Women, 6: 6-36.

<sup>255</sup> Ely G. et al. (2002). *Adolescent Dating Violence*. In Handbook of Violence, New York, Casa Editrice Wiley, pp.33-53

<sup>256</sup> Pomicino L. *Stereotipi e violenza di genere. La violenza nelle relazioni intime tra adolescenti*. In Marmocchi P. et al. (2018). Percorsi di educazione affettiva e sessuale per preadolescenti. Il Progetto “W L'Amore”. Cap. 6, p. 94, Edizioni Erickson.

I dati del fenomeno nel nostro paese non sono ancora molto numerosi ma mettono in evidenza la presenza di un certo ricorso a forme di violenza nelle giovani coppie. L'indagine nazionale ad opera di Telefono Azzurro e Doxa Kids (2014) rivolta a ragazzi e ragazze tra i 12 e i 18 anni riporta che il 22,7% dei soggetti ha riferito di essere stato oggetto di urla da parte del o della partner, il 13,9% riferisce di essere stato insultato/a dal/dalla partner, il 5,7% di essere stato forzato ad avere approcci o rapporti sessuali indesiderati e un 5,7% di essere stato/a picchiato/a dal/dalla partner<sup>257</sup>.

Come già più volte evidenziato in questo Quaderno, il fenomeno della TDV, non diversamente da altre forme di violenza, per essere affrontato efficacemente deve prevedere un allargamento della prospettiva che segua il modello ecologico, includendo diversi livelli di intervento. In quest'ottica la lettura del fenomeno deve comprendere, accanto al livello individuale, quello relazionale, allargando lo sguardo alla comunità, fino ad includere l'intera società.

“Questo approccio ha gradualmente portato all'evidenza di come alla base dell'agito violento all'interno di una relazione di coppia ci sia uno stretto ancoraggio stereotipico a dei ruoli di genere culturalmente costruiti ma vissuti come intoccabili e che definiscono in modo aprioristico e apparentemente immutabile il rapporto tra maschile e femminile”<sup>258</sup>. Per questa ragione gli interventi di prevenzione dovrebbero lavorare sulle rappresentazioni e sugli stereotipi di genere fin dall'infanzia per trasformare il contesto culturale che concorre a generare e sostenere il fenomeno.

Alcuni interventi, come il **progetto “No alla violenza”**, messo a punto dal Dipartimento di Psicologia dell'Università di Trieste, utilizzano il web in quanto ambiente familiare agli/alle adolescenti. Il sito [www.units.it/noallaviolenza/](http://www.units.it/noallaviolenza/) si rivolge a ragazzi e ragazze affrontando il tema della violenza nelle sue varie declinazioni e riservando uno spazio particolare alla violenza nelle giovani coppie. L'obiettivo è quello di “offrire le informazioni utili per comprendere cosa è la violenza, quanto è diffusa, come può manifestarsi, quali conseguenze può provocare e soprattutto come evitarla e come uscirne”.

Il **progetto “W L'Amore”**<sup>259</sup>, promosso dalla Regione Emilia-Romagna, ideato per le studentesse e gli studenti delle scuole superiori di primo grado, ha lo scopo di sostenere studenti e studentesse nello sviluppo di competenze relazionali e affettive e di fornire strumenti utili per vivere in modo consapevole e sicuro la sessualità. All'interno del percorso, che coinvolge anche gli/le insegnanti, vengono considerate le differenze tra ragazzi e ragazze, le differenze di valori e principi sul tema della sessualità, la diversità nel modo in cui i/le giovani vivono le relazioni, giovani con diversi background culturali, sociali e religiosi. È previsto un modulo dedicato all'influenza dei modelli familiari, sociali e mediatici sulla formazione dell'identità di genere, e agli stereotipi e pregiudizi sulle differenze di genere. All'interno delle attività di prevenzione dello Spazio Giovani esistono altri progetti per i/le ragazzi/e delle scuole superiori di secondo grado (ad es. “Uno Spazio per i Giovani”<sup>260</sup>), che pur non lavorando espressamente sulla prevenzione del maltrattamento hanno l'obiettivo di informare gli/le adolescenti e di favorire la consapevolezza di sé e delle proprie relazioni all'interno dei compiti evolutivi propri di questa fascia d'età.

### 2.5.3.2 Prevenzione del bullismo

Come detto precedentemente<sup>261</sup> è importante tenere presente che bullo/a e vittima rappresentano due diverse reazioni allo stesso problema, quindi l'intervento sull'evento critico o di prevenzione deve tener conto di entrambi.

L'intervento di prevenzione secondaria sul bullismo è molto complesso, poiché deve rappresentare un momento di crescita sia per la vittima che per il/la bullo/a; accade spesso che gli agiti delle persone adulte abbiano una funzione puramente autoconsolatoria per esse stesse, ma che vadano a peggiorare la situazione dei/delle ragazzi/e. Ogni sintomo (sia l'aggressività del/della bullo/a che il ritiro della vittima) deve essere letto sia come segnale di disagio che come strategia di cura di questo stesso disagio: non va semplicemente combattuto ma interpretato, gli va dato un senso come risposta a un dolore. Vista la numerosità degli attori coinvolti nell'episodio di bullismo, gli interventi di prevenzione a scuola sul gruppo classe creano cultura e

<sup>257</sup> Telefono Azzurro e Doxa Kids (2014), Osservatorio Adolescenti, <http://www.azzurro.it/it/content/osservatorio-adolescenti> <https://azzurro.it/wp-content/uploads/2020/08/Doxa2014.pdf>

<sup>258</sup> Marmocchi P. et al. (2018). *Percorsi di educazione affettiva e sessuale per preadolescenti. Il Progetto “W L'Amore”*. Cap. 6, p. 100, Edizioni Erickson.

<sup>259</sup> Il progetto e alcuni materiali sono reperibili sul sito [www.wlamore.it](http://www.wlamore.it)

<sup>260</sup> I progetti promossi dall'Azienda USL di Bologna sono reperibili sul catalogo annuale “Obiettivo Salute” 2018-2019.

<sup>261</sup> Vedi anche paragrafo 1.5.3



Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

orientano verso comportamenti più consapevoli, poiché la classe funziona come una mente condivisa con dinamiche di cambiamento molto potenti<sup>262</sup>.

Le campagne sul bullismo unicamente focalizzate sulla svalutazione del/della bullo/a non fanno altro che mortificare i/le bulli/e esattamente come i/le bulli/e fanno con le loro vittime: la mortificazione del/della bullo/a può incrementarne il sentimento di inadeguatezza, portandolo ad attivarsi su azioni "grandiose" come meccanismo di compensazione. Si rischia di trasmettere il messaggio che comunque qualcuno prevarica e mortifica, in questo caso l'adulto/a. La vittima in genere incarna il rischio di rimanere piccola, è allineata con il mondo adulto, mentre il/la bullo/a si sente indipendente dalle persone adulte: insieme mettono in scena il conflitto, proprio di questa fase evolutiva, tra il sé infantile e il sé adolescente, dove quest'ultimo mortifica il sé bambino.

Per entrambi è utile un intervento individuale e di gruppo, per imparare a gestire le emozioni: abitarli/e, rispecchiandoli, a viverle. La vittima di bullismo inizialmente accede più facilmente a un intervento individuale, poiché il profondo sentimento di vergogna gli/le rende non affrontabile il gruppo dei pari, se non in un secondo tempo. Il/la bullo/a è in genere seduttivo, simpatico, e vive ciò che accade in modo egosintonico. Va costruita una rete di alleanza con la scuola per portare alla luce gli episodi di bullismo e per evitare un'escalation. L'intervento sul/sulla bullo/a mira ad aiutarlo/a ad empatizzare coi sentimenti della vittima, in genere entra più volentieri nell'attività di gruppo e va avvicinato/a lentamente all'intervento individuale. La comparsa di un autentico senso di colpa segna il successo dell'intervento sul/sulla bullo/a.

## 2.6 Buone prassi locali: interventi e strumenti di prevenzione

Nei Piani di Zona 2018-2020<sup>263</sup> della Regione Emilia-Romagna sono presenti molte buone prassi di prevenzione che possono offrire spunti utili a guidare la costruzione di percorsi analoghi.

Nella regione Emilia-Romagna è stato svolto molto lavoro nel campo dei Servizi socio-sanitari e raccontare quello che è stato fatto può incoraggiare e aiutare altre realtà ad avviare, o a consolidare, esperienze in direzioni già praticate, con il beneficio dello scambio di informazioni e del confronto, in itinere, con i soggetti che le hanno sviluppate.

Il senso di questo paragrafo è da leggersi in un'ottica di **possibile replicabilità**: come costruire un sistema di interventi riconoscibili e coerenti tra loro e come farlo capitalizzando competenze già provate e ottimizzando risorse già investite (Tabella XII).

Quella che segue è quindi una sintesi delle buone prassi tratte da alcune schede dei Piani di Zona 2018-2020 della Regione Emilia-Romagna.

In particolare la scheda n.15 (Interventi nei primi 1000 giorni di vita), la n.16 (Sostegno alla genitorialità), la n.17 (Progetto Adolescenza), la n.18 (Salute sessuale e riproduttiva), la n.25 (Contrasto alla violenza di genere), la n.37 (Qualificazione del sistema di accoglienza e cura dell'infanzia/adolescenza con bisogni socio-sanitari complessi).

Nella sintesi, oltre ad alcune esperienze che potremmo definire ormai di sistema, ve ne sono altre sviluppate per dare risposte specifiche all'evoluzione dei bisogni familiari-sociali-culturali di contesti in progressiva trasformazione. Sono metodi di lavoro e piste operative per la costruzione e il potenziamento di comunità attente ai bisogni delle persone di minore età e alla loro tutela.

### Metodologia di lavoro

Le buone prassi individuate sono state ordinate per **temi**. Di ogni tema è data una breve **descrizione**, relativa all'utilità del tipo di prassi nell'ambito della prevenzione. Ogni buona prassi è descritta per brevi cenni, utili a farsi un'idea del tipo di intervento in ordine alla sua possibile replicabilità. Il riferimento ad alcuni dei **territori**, dove tali prassi sono state sperimentate, consente di risalire alla loro fonte per informazioni e contatti. Il caso di riferimento mancante è motivato dall'ampia, se non totale, diffusione della buona prassi. La sintesi si sviluppa secondo un ordine di consequenzialità: dalle iniziative più generali e propedeutiche a quelle più specifiche e mirate a particolari target di interesse.

<sup>262</sup> Giori F. et al. (1998). *Adolescenza e rischio. Il gruppo classe come risorsa per la prevenzione*. Ed. Franco Angeli.

<sup>263</sup> <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/piano-sociale-e-sanitario-2017-2019/i-piani-di-zona-distrettuali>

## Temi delle buone prassi:

- Indagini
- Centri per le famiglie
- Percorso nascita
- Comunità educante
- Situazioni problematiche
- Contributi economici
- Interventi di formazione per operatori ed operatrici dei servizi socio-sanitari
- Interventi di sensibilizzazione e di formazione per genitori
- Interventi educativi per bambine/i e ragazze/i
- Interventi di cura e riparazione
- Reti territoriali, protocolli e accordi di collaborazione

**Tabella XII.** Tabella di sintesi delle buone prassi estratte dai Piani di Zona 2018-2020 per la prevenzione di maltrattamento e abuso su persone di minore età, Regione Emilia-Romagna.

<b>Indagini</b>		
L'indagine, intesa come ricerca, analisi ed elaborazione di dati, è un elemento importante anche per la valutazione delle misure preventive da progettare e da intraprendere.		
Cosa	Per chi	Dove (in particolare ma non solo)
Indagine sul profilo di salute delle persone di minore età	Tutte le persone di minore età	AUSL Ferrara - Distr. <sup>264</sup> Centro Nord
Ecomappa: strumento per la mappatura delle risorse esplicite ed implicite del nucleo familiare	Famiglie	AUSL Romagna - Distr. Forlì
<b>Centri per le Famiglie</b>		
I Centri per le Famiglie sono presidi distrettuali fondamentali sia per il monitoraggio dello stato di benessere delle famiglie, sia per interventi <i>mainstreaming</i> di promozione e prevenzione che possono andare dalle attività di gruppo, a quelle individuali, per persone adulte e per persone di minore età.		
<b>Percorso Nascita</b>		
Il Percorso Nascita può essere un'opportunità di avvicinamento a situazioni a rischio con la possibilità di attivazione di iniziative di prevenzione che coinvolgano sia le madri che i padri.		
Cosa	Per chi	Dove (in particolare ma non solo)
"Sceglie di scegliere": progetto su gravidanze indesiderate	Gravide interessate	AUSL Modena - Distr. Carpi
Screening della violenza domestica in gravidanza	Tutte le gravide	AUSL Modena - Distr. Vignola
Screening depressione e violenza	Tutte le gravide	AUSL Modena - Distr. Carpi AUSL Modena - Distr. Pavullo
Continuità assistenziale <i>post-partum</i>	Per ogni nascita	
<i>Screening</i> perinatale dei possibili segnali predittivi di genitorialità fragile, insicura e incapace di affrontare in modo adeguato le responsabilità della maternità/paternità: povertà cronica, basso livello di istruzione, parti in età adolescenziale, carenza di relazioni interpersonali, carenza di reti e di integrazione sociale, esperienze di rifiuto, violenza, abuso subite nell'infanzia, accettazione della violenza e punizioni come pratiche educative, accettazione della pornografia infantile, scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del/della bambino/a, condizione di monogenitorialità	Madri e padri	AUSL Modena - Distr. Mirandola

<sup>264</sup> Legenda: Distr. = Distretto.

## Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

<i>Prosegue tabella Percorso Nascita</i> Percorsi multidisciplinari per gravidanze multiproblematiche	Situazioni specifiche	AUSL Modena - Distr. Carpi AUSL Reggio Emilia - Distr. Reggio Emilia
<i>Home visiting</i> : identificazione di fattori di rischio e di risorse individuali, familiari e sociali per la prevenzione di episodi di negligenza/trascuratezza e situazioni di maltrattamento e di abuso, sostegno nell'adattamento dei comportamenti genitoriali allo sviluppo di bambini/e, sostegno alla costruzione di legami di attaccamento sicuri, rafforzamento dell'autostima genitoriale	Per ogni nascita	AUSL Modena - Distr. Castelfranco Emilia AUSL Modena - Distr. Vignola AUSL Modena - Distr. Pavullo AUSL Ferrara - Distr. Sud Est AUSL Reggio Emilia - Distr. Montecchio AUSL Reggio Emilia - Distr. Guastalla AUSL Piacenza - Distr. Levante AUSL Piacenza - Distr. Ponente
Inserimento precoce al nido	Situazioni specifiche	AUSL Imola - Distr. Imola

**Comunità educante**

Il concetto di comunità educante fa riferimento alle molteplici risorse presenti su un territorio che possono accompagnare e/o sostenere le funzioni genitoriali, anche a garanzia di tutela in situazioni di fragilità familiare e di vulnerabilità.

<b>Cosa</b>	<b>Per chi</b>	<b>Dove (in particolare ma non solo)</b>
Auto mutuo aiuto: sostegno pratico ed emotivo per accompagnare i neogenitori nella quotidianità	Madri e padri	AUSL Modena - Distr. Castelfranco Emilia
Momenti di incontro tra famiglie accoglienti e famiglie fragili per sostenere la genitorialità positiva	Madri e padri	AUSL Reggio Emilia - Distr. Correggio
Il nido d'infanzia come punto di riferimento e di aggregazione, un luogo in cui incontrarsi e fare rete sulle tematiche tipiche della neogenitorialità	Madri e padri	AUSL Parma - Distr. Parma
Frequenziazione del nido d'infanzia di bambini/e malati/e assieme ai loro genitori	Madri e padri	AUSL Ferrara - Distr. Centro Nord
Accoglienza diurna di persone di minore età in spazi educativi inclusivi con la presenza di figure professionali (educatori/trici), figure adulte accoglienti e/o affidatarie e volontari/e (spesso studenti). La funzione di questi luoghi, oltre a quelle di osservazione e ascolto è di recupero delle capacità genitoriali	Madri e padri Persone di minore età	AUSL Reggio Emilia - Distr. Montecchio
"Il Cerchio delle parole": laboratorio permanente di formazione sulla narrazione per genitori	Madri e padri	AUSL Reggio Emilia - Distr. Reggio Emilia
<i>Peer education</i> per genitori	Madri e padri	AUSL Modena - Distr. Vignola
Individuazione e formazione di " <i>peer operator</i> " con funzioni di mediazione tra la Comunità e i Servizi e supporto nell'individuazione delle situazioni di fragilità genitoriale o di violenza domestica	Peer operator	AUSL Modena - Distr. Vignola
Interventi volti a favorire l'interazione culturale e la più ampia diffusione di una cultura dei diritti e delle tutele dell'infanzia e dell'adolescenza	Famiglie di origine non italiana	AUSL Ferrara - Distr. Centro Nord



<b>Situazioni problematiche</b>		
Le situazioni problematiche richiedono un monitoraggio mirato che può andare dall'analisi finalizzata alla costruzione di strumenti di valutazione della genitorialità a interventi specifici di sostegno e di tutela.		
<b>Cosa</b>	<b>Per chi</b>	<b>Dove (in particolare ma non solo)</b>
Progetto PIPPI: è un modello di intervento adottato a livello regionale per la prevenzione dell'istituzionalizzazione che si basa sulla costruzione di un'alleanza tra Servizi socio-sanitari e famiglie con problematiche legate alla genitorialità. L'alleanza tra Servizi Sociali e famiglia è una leva importante nell'autovalutazione e nel cambiamento dei comportamenti a rischio di pregiudizio.	Famiglie problematiche	
<b>Cosa</b>	<b>Per chi</b>	<b>Dove (in particolare ma non solo)</b>
Sviluppo di indicatori di fragilità familiare e di strumenti di valutazione della genitorialità nella "zona grigia" tra vulnerabilità e negligenza	Famiglie problematiche	AUSL Reggio Emilia - Distr. Correggio AUSL Bologna - Distr. Città di Bologna
Presenza in carico integrata dei disturbi emozionali durante la gravidanza e nel primo anno di vita del/ della bambino/a	Madri e padri	AUSL Piacenza - Distr. Levante
Sostegno educativo domiciliare con spostamento del focus dalla protezione del/della bambino/a alla protezione dei legami esistenti tra lui/lei, i membri della sua famiglia e i suoi ambienti di vita	Famiglie problematiche	AUSL Romagna - Distr. Forlì AUSL Modena - Distr. Mirandola AUSL Piacenza - Distr. Ponente AUSL Reggio Emilia - Unione Terre di Mezzo AUSL Romagna - Distr. Rimini AUSL Reggio Emilia - Distr. Scandiano AUSL Reggio Emilia - Distr. Correggio AUSL Piacenza - Distr. Levante
Sperimentazione di approcci innovativi nel lavoro con le famiglie "negligenti" che favoriscano un loro protagonismo, sviluppino <i>empowerment</i> , promuovano la cura di situazioni di sofferenza psico-patologica, in ottica bio-psico-sociale anche attraverso la valorizzazione delle risorse comunitarie	Famiglie problematiche	AUSL Ferrara - Distr. Centro Nord
" <i>Family group conference</i> ": strumento di lavoro che accompagna, mediante una figura facilitante, la famiglia allargata ad assumere decisioni e a condividere interventi a favore di bambini/e e ragazzi/e che si trovano a vivere una situazione di difficoltà	Famiglie problematiche	AUSL Romagna - Distr. Cesena e Valle del Savio

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

<b>Contributi economici</b>		
Il contributo economico, in situazioni di fragilità genitoriale nelle quali sussista anche un problema finanziario, è un aiuto concreto per attivare occasioni di educazione/formazione/socializzazione alternative e/o compensative a quelle che la famiglia è in grado di offrire.		
Cosa	Per chi	Dove (in particolare ma non solo)
Contributi economici per frequenza nido d'infanzia	Famiglie con difficoltà economiche	
Sperimentazione di riduzione della contribuzione come corrispettivo di prestazioni d'opera (aiuto in cucina, apparecchiatura, pulizie, cura area cortiliva, piccole manutenzioni...) per superare le barriere economiche, favorire l'accesso e la frequenza alla scuola dell'infanzia	Famiglie con difficoltà economiche	AUSL Reggio Emilia - Distr. Reggio Emilia
Contributi economici per frequenza di attività sportive e del tempo libero	Famiglie con difficoltà economiche	
Contributi economici per frequenza Centri estivi	Famiglie con difficoltà economiche	

<b>Interventi di formazione per operatori e operatrici dei Servizi socio-sanitari</b>		
Operatori e operatrici, professionali e volontari, sono il tramite principale degli interventi di prevenzione. La loro formazione continua è garanzia di coerenza, di sinergia e di efficacia degli interventi.		
Cosa	Per chi	Dove (in particolare ma non solo)
Formazione per operatori e operatrici socio-sanitari/e coinvolti/e nei percorsi di tutela	Operatori/trici socio-sanitari/e	AUSL Ferrara - Distr. Centro Nord
Formazione di pediatri e pediatre di libera scelta	Pediatri/e	
Formazione di educatori ed educatrici (della Scuola, dei Centri giovanili, di strada)	Educatori/trici	
Formazione di operatori e operatrici degli Sportelli d'Ascolto scolastici	Operatori/trici degli Sportelli d'Ascolto scolastici	
Formazione di tutori e tutrici di persone di minore età straniere non accompagnate	Tutori/trici MSNA	AUSL Ferrara - Distr. Centro Nord
Formazione di volontari e volontarie dei Punti di Comunità	Volontari/e	AUSL Parma - Distr. Parma

<b>Interventi di sensibilizzazione/formazione per genitori</b>		
Anche se le situazioni di maggiore problematicità appaiono impermeabili alla sensibilizzazione/formazione, una comunità sensibilizzata e formata garantisce un più alto livello di attenzione e quindi di prevenzione.		
Cosa	Per chi	Dove (in particolare ma non solo)
Opuscoli e <i>newsletter</i> per neogenitori (anche) con contenuti espliciti su maltrattamento e abuso	A tutti i neogenitori	
Punto di ascolto online e attivazioni social su tematiche riguardanti la depressione post partum, le prime fasi della relazione genitore- bambino/a, le preoccupazioni dei neogenitori	Madri e padri	AUSL Reggio Emilia - Distr. Reggio Emilia
"Circle of Security Parenting": incontri sull'attaccamento genitori-figli/e	Madri e padri	AUSL Modena - Distr. Carpi AUSL Reggio Emilia - Distr. Guastalla

<b>Interventi educativi per bambine/i e ragazze/i</b>		
Gli interventi educativi rivolti a bambine/i e ragazze/i, oltre a costruire un avvicinamento che, in alcuni casi, diventa il tramite di rivelazioni sulle quali è ancora possibile intervenire preventivamente, è un investimento sul loro futuro adulto, sia in termini genitoriali, che come membri della futura comunità educante.		
Cosa	Per chi	Dove (in particolare ma non solo)
Campagne di comunicazione per il contrasto della violenza contro persone di minore età	Bambini/e 6-13 anni, Ragazzi/e 14-18 anni	AUSL Bologna - Distr. Città di Bologna
Attività di sensibilizzazione ed educativa in Spazi Giovani, Consultori Giovani, Scuole, Istituti professionali e agenzie educative	Ragazzi/e 11-18 anni	
Educazione affettiva e sessuale per preadolescenti e adolescenti	Ragazzi/e 14-18 anni	
Cosa	Per chi	Dove (in particolare ma non solo)
“Gruppo di parola” per figli/e di genitori separati	Bambini/e 6-11 anni	AUSL Parma - Distr. Fidenza AUSL Ferrara - Distr. Ovest AUSL Romagna - Distr. Forlì AUSL Reggio Emilia - Distr. Guastalla

<b>Interventi di valutazione, cura e riparazione</b>		
Sebbene si ponga in un momento successivo alla prevenzione, quando questa, evidentemente, non ha funzionato, anche l'intervento riabilitativo può, in parte, considerarsi preventivo, nella misura in cui ricostruisce, nella persona di minore età, l'autostima e la fiducia nella relazione con persone adulte.		
Cosa	Per chi	Dove (in particolare ma non solo)
Centro specialistico Il Faro (centro di valutazione di II livello, oltre che di trattamento e cura)	Bambini/e 6-13 anni, Ragazzi/e 14-18 anni	AUSL Bologna - Distr. Città di Bologna

<b>Reti territoriali, Protocolli e Accordi di collaborazione</b>		
Il lavoro di rete, nei suoi aspetti di costruzione e di manutenzione, e la definizione condivisa di Protocolli e Accordi, sono iniziative importanti per l'elaborazione di linguaggi, riferimenti e prassi coerenti e comuni, nonché per lo sviluppo di un corpo di soggetti/interventi riconoscibili e riconosciuti dalle comunità locali.		
Cosa	Per chi	Dove (in particolare ma non solo)
Mappatura e monitoraggio delle azioni distrettuali di prevenzione e dei soggetti che le realizzano	Realtà e soggetti istituzionali e associativi del territorio	AUSL Romagna - Distr. Cesena e Valle del Savio
Definizione e aggiornamento di Protocolli, percorsi di collaborazione e procedure operative tra Servizi, Scuola, Forze dell'Ordine e altri soggetti al fine di potenziare l'efficacia della rete di tutela istituzionale	Realtà e soggetti istituzionali e associativi del territorio	AUSL Piacenza - Distr. Levante AUSL Bologna - Distr. Reno Lavino Samoggia AUSL Piacenza - Distr. Ponente AUSL Modena - Distr. Vignola AUSL Modena - Distr. Sassuolo AUSL Parma - Distr. Parma
Tavolo di confronto tra Giudici del Tribunale Ordinario, Avvocati/e, Servizi Sociali e Centri per le Famiglie sul tema delle separazioni conflittuali	Realtà e soggetti istituzionali e associativi del territorio	AUSL Parma - Distr. Fidenza

Il primo **monitoraggio**<sup>265</sup> sull'attuazione del Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019 evidenzia una grande ricchezza di progettualità rivolte a sostenere bambine/i e famiglie nei primi mille giorni di vita e più in generale volte a sostenere la genitorialità, realizzate per lo più in collaborazione tra servizi educativi (nidi,

<sup>265</sup> <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/piano-sociale-e-sanitario-2017-2019/monitoraggio-pssr-luglio-2019/il-monitoraggio-sul-2019attuazione-del-piano-sociale-e-sanitario-regionale-2017-2019-e-dei-piani-di-zona-per-la-salute-e-il-benessere-sociale-2018-2020>

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

centri bambini-genitori...), centri per le famiglie, servizi sanitari (consultori famigliari, pediatrie di comunità, neuropsichiatrie infantili, pediatra di libera scelta), servizi sociali e terzo settore. Tra queste: azioni di *home visiting*, gruppi di genitori, di bambini/e, supporto tra famiglie, ecc.

Questi interventi hanno una marcata vocazione preventiva di sostegno alle famiglie nelle varie fasi della vita: dalla neogenitorialità, con un'attenzione particolare alle situazioni di fragilità, alle difficoltà collegate all'integrazione sociale delle famiglie migranti, al sostegno in fasi delicate come le separazioni o situazioni di conflittualità in genere, ecc.

## 2.7 Programmi/piani/interventi/servizi a valenza regionale per la prevenzione della violenza nell'infanzia e nell'adolescenza

### a) Programma PIPPI<sup>266</sup> (Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione)

Il Programma P.I.P.P.I. persegue la finalità di innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie negligenti per ridurre il rischio di allontanamento dei/delle bambini/e dal nucleo familiare d'origine. Prevede un'articolazione coerente fra i diversi ambiti di azione coinvolti intorno ai bisogni dei/delle bambini/e che vivono in famiglie negligenti, tenendo in ampia considerazione la prospettiva dei genitori e dei/delle bambini/e stessi/e nel costruire l'analisi e la risposta a questi bisogni. L'**obiettivo primario** è dunque quello di aumentare la sicurezza dei soggetti di minore età e migliorare la qualità del loro sviluppo. La popolazione target del programma è costituita da famiglie negligenti, secondo la definizione che ne danno Carl Lacharité *et al.*: "Una carenza significativa o un'assenza di risposte ai bisogni di un bambino, bisogni riconosciuti come fondamentali sulla base delle conoscenze scientifiche attuali e/o dei valori sociali adottati dalla collettività di cui il bambino è parte" (Lacharité *et al.* 2006)<sup>267</sup>, i quali spiegano che all'origine della negligenza vi sono due fenomeni: una prima perturbazione nelle relazioni tra genitori (o *caregivers*) e figli/e e una seconda che riguarda le relazioni tra le famiglie e il loro mondo relazionale esterno, definizione questa che spiega perché l'intervento con queste famiglie debba sempre mobilitare entrambe queste due dimensioni, quella interna delle relazioni intrafamiliari e quella esterna delle relazioni fra famiglia e contesto sociale.

Il fenomeno della **negligenza** ha contorni indefiniti: si tratta di una zona grigia di problematiche familiari che sta in mezzo, fra la cosiddetta normalità e la patologia, che non sempre è immediatamente visibile e dunque segnalabile. Una zona grigia ancora piuttosto misconosciuta: le famiglie negligenti sono sempre più numerose, gli allontanamenti sono in aumento a causa della negligenza, molte problematiche di cui si occupano i servizi sono riferibili a tale fenomeno, ma le ricerche sono solo embrionali, tanto che non abbiamo ancora sviluppato adeguata conoscenza empirica sugli interventi che rispondano a queste problematiche in maniera efficace ed efficiente, di conseguenza gli interventi attualmente in essere nei servizi territoriali sono frammentati e poco sistematicamente organizzati.

Specificatamente P.I.P.P.I. non interviene genericamente sulla prevenzione degli allontanamenti, ma assume come target specifico quel 37% di famiglie (MLPS, 2013<sup>268</sup>), i/le cui bambini/e vengono allontanati/e, non a causa dei loro problemi o di problematiche specifiche dei genitori, ma a causa di **difficoltà che si situano nello spazio relazionale tra genitori e figli/e**.

L'ipotesi di ricerca assunta, dunque, è che se la questione prevalente è che questi genitori trascurano i/le loro figli/e, l'intervento di allontanamento, che per definizione espropria i genitori della competenza genitoriale rimettendola al servizio, non sembra essere l'intervento più appropriato (Sellenet 2007)<sup>269</sup>, e che sia quindi necessario sperimentare una **risposta sociale** (Aldgate *et al.* 2006<sup>270</sup>; Lacharité *et al.* 2006<sup>271</sup>) che:

<sup>266</sup> Vedi scheda attuativa d'intervento n. 16 del Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-19 (D.G.R. 1423/2017), report conclusivo PIP-PI 4 <http://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/sostegno-alla-genitorialita/Documents/QRS-39-Report-conclusivo-PIPI-4.pdf> e Cap. 4 Quaderno 3 "Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel trattamento dell'infanzia e dell'adolescenza. Raccomandazioni per gli operatori" della presente Collana, edizione luglio 2020.

<sup>267</sup> Lacharité C. *et al.* (2006). *Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants*. Bulletin de psychologie, 59, 381-394.

<sup>268</sup> MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI (MLPS) (2013). *Bambine e bambini temporaneamente fuori dalla famiglia di origine. Affidamenti familiari e collocamenti in comunità al 31 dicembre 2010*. Quaderni della Ricerca Sociale, 26. Firenze: Istituto degli Innocenti.

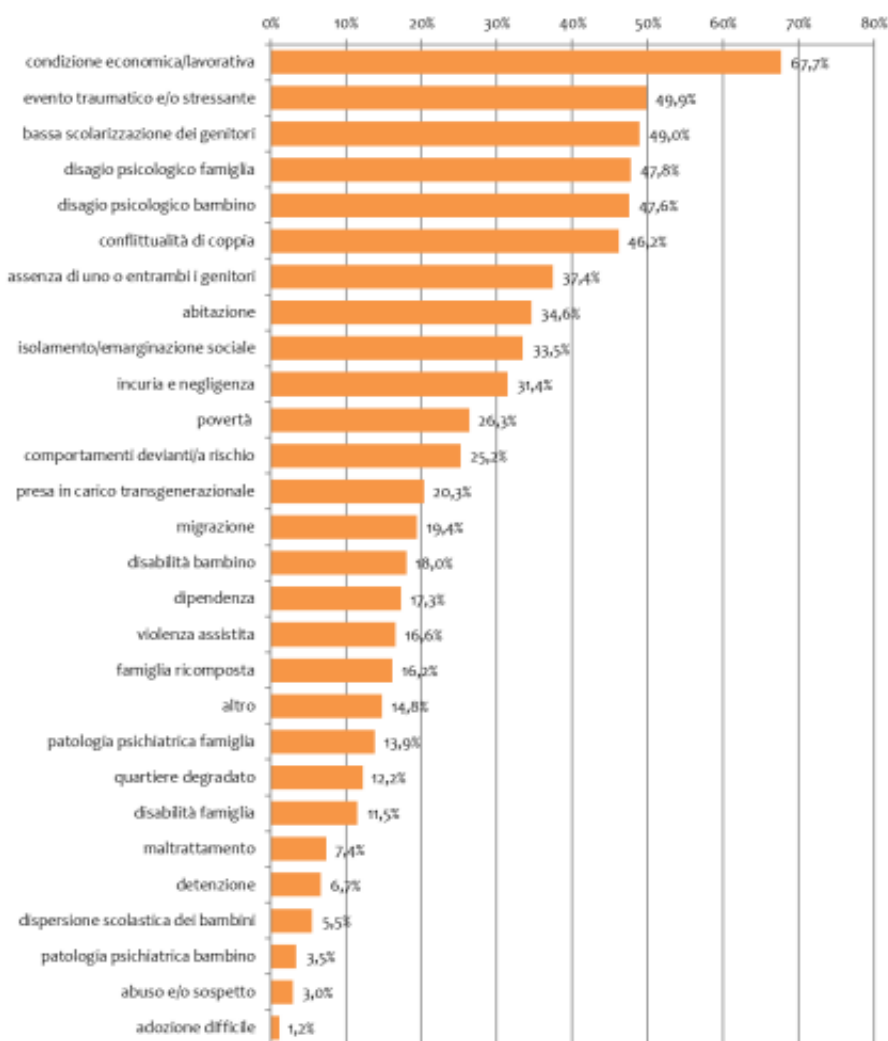
<sup>269</sup> Sellenet C. (2007), *La parentalité décryptée*. Pertinence et dérives d'un concept. Paris: L'Harmattan.

<sup>270</sup> Aldgate J. *et al.* (2006). *The Developing World of the Child*. London: Jessica Kingsley Publishers.

<sup>271</sup> Vedi nota n. 267.

- metta al centro i bisogni di sviluppo dei/delle bambini/e (e non solo i problemi e i rischi) ossia la loro comprensione globale e integrata;
- organizzi gli interventi in maniera pertinente, unitaria e coerente a tali bisogni, capace cioè di tenere conto degli ostacoli e delle risorse presenti nella famiglia e nell'ambiente, secondo una logica progettuale centrata sull'azione e la partecipazione di bambine/i e genitori all'intervento stesso;
- si collochi nel tempo opportuno, in un momento della vita della famiglia in cui davvero serve e che sia quindi tempestiva e soprattutto intensiva, quindi con una durata nel tempo definita.

In questo contesto P.I.P.P.I. assume un significato del tutto innovativo in quanto programma centrato sulla tipologia di famiglie che costituisce il target più specifico e più rilevante, anche dal punto di vista numerico, dei servizi di protezione e tutela. Queste famiglie trascurano i/le loro figli/e, i servizi trascurano queste famiglie: non riconoscendole nel loro specifico, le oscurano e omettono di aiutarle, andando probabilmente anche a incrementare il fenomeno dell'abuso e del maltrattamento (Serbati, Milani, 2013)<sup>272</sup>.



Nel grafico: vulnerabilità delle famiglie che sono state oggetto del programma PIPPI 4 (a ogni famiglia può essere associata più di una vulnerabilità), tratto dal Report conclusivo <http://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/sostegno-alla-genitorialita/Documents/QRS-39-Report-conclusivo-PIPPI-4.pdf>

Per approfondimenti:

<http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/approfondimenti/progetti-di-ricerca/progetti-di-ricerca>

<sup>272</sup> Serbati S., Milani P. (2013). *La tutela dei bambini. Teorie e strumenti di intervento con le famiglie vulnerabili*. Roma: Carocci.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

b) **Piano Regionale Prevenzione 2015-18:** Il presente quaderno si inserisce all'interno delle attività previste dal **progetto 3.7** "Maltrattamento e abuso nei minorenni: prevenzione, accoglienza e cura" del Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2015-2018" (DGR n. 771/2015). Per l'implementazione delle linee di indirizzo regionali (DGR n. 1677/2013) sono state raccolte le buone pratiche locali per la prevenzione del maltrattamento e abuso a bambine/i e adolescenti. Da parte del sottogruppo autore del presente quaderno è stata svolta l'analisi bibliografica come indicato nell'allegato 1 (Metodologia di lavoro). Parallelamente era stata avviata, da parte di un altro sottogruppo, la costruzione delle raccomandazioni per la valutazione e il recupero delle competenze genitoriali e del danno evolutivo nella tutela dell'infanzia e dell'adolescenza, oggetto del Quaderno n. 3 della presente collana.

Per approfondimenti:

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/il-piano-regionale-della-prevenzione-prp-2015-2019>

c) **Obiettivi alle Aziende sanitarie anni 2016-17:** Poiché nel 2016 era stato assegnato alle Aziende sanitarie regionali, tra gli obiettivi, di contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai/minorenni allontanati/e o a rischio allontanamento (**DGR 1102/2014**), nel 2017 si è valutato il livello di integrazione sociale e sanitaria degli interventi di tutela (équipe/Unità di Valutazione Multidimensionale Minori) sui casi complessi in cui sono compresi le/i bambine/i e le/i ragazze/i vittime di maltrattamento, abuso, trauma e violenza assistita attraverso il monitoraggio degli accordi. La qualificazione del sistema di accoglienza e cura di bambine/i e ragazze/i con bisogni socio-sanitari complessi e di tutela è stata poi inserita nella **scheda attuativa n. 37 del nuovo Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-19 (DGR n. 1423/2017)**.

Per approfondimenti:

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/piani-e-programmi/piano-sociale-sanitario-rer-2017-2019/view>

d) **Piano regionale contro la violenza di genere:** A novembre 2017, in attuazione dell'**Allegato E del "Piano regionale contro la violenza di genere"** la Regione Emilia-Romagna ha avviato un **progetto formativo** per l'accoglienza e l'assistenza nei Servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei Servizi territoriali rivolti a donne vittime di genere e dei/delle loro figli/e in quanto vittime di **violenza assistita**. La formazione è rivolta al personale del Pronto soccorso degli ospedali di tutta la regione, dei Servizi di emergenza territoriale 118, della rete di riferimento (ospedaliera e territoriale sanitaria e sociale) per migliorare le capacità di accoglienza in emergenza delle donne che subiscono violenza e dei/delle loro figli/e che sono vittime di violenza assistita. A dicembre 2020 si è conclusa la seconda edizione della formazione a distanza, con la partecipazione di più di mille professioniste/i, che ha riscosso un alto gradimento per cui nel 2021 verrà avviato il 3° corso. Nel 2020 infine è stato concluso un secondo progetto formativo a distanza rivolto ai professionisti di area sociale, sanitaria ed educativa sul contrasto violenza su bambini e adolescenti che prenderà l'avvio nel 2021.

Per approfondimenti:

[http://parita.regione.emilia-romagna.it/violenza/copy\\_of\\_norme-violenza/normativa-regionale](http://parita.regione.emilia-romagna.it/violenza/copy_of_norme-violenza/normativa-regionale)

<http://parita.regione.emilia-romagna.it/violenza/temi/materiali-di-seminari-e-convegni/accoglienza-e-assistenza-nei-servizi-di-emergenza-urgenza-e-nella-rete-dei-servizi-territoriali-delle-donne-vittime-di-violenza-di-genere/accoglienza-e-assistenza-delle-donne-vittime-di-violenza-di-genere>

e) **Centri "Liberiamoci dalla violenza" delle Aziende sanitarie regionali:** Sono state sostenute anche altre attività e azioni per il contrasto alla violenza di genere e su persone di minore età (**scheda n. 25 del nuovo PSSR**) anche attraverso il proseguimento del finanziamento per il 2019 dei Centri cittadini "Liberiamoci dalla violenza" per gli uomini che agiscono violenza (DGR n. 1924/2019 e 1588/2020) poiché, come ampiamente riportato in letteratura, il fenomeno della violenza contro le donne è un problema di salute e di benessere di carattere pubblico che, nella sua natura intrafamiliare, coinvolge un significativo numero di bambine/i e adolescenti. Lavorare sul cambiamento degli uomini, infatti, ha l'importante obiettivo di proteggere le donne e i/le loro bambini/e interrompendo la violenza maschile, i danni diretti e indiretti che essa provoca. In particolare l'esperienza, avviata in via sperimentale in Area Vasta Emilia Nord, con la realizzazione di **centri pubblici di accompagnamento al cambiamento degli uomini che agiscono violenza sulle donne (Centri LDV - Liberiamoci Dalla Violenza)** presso i consultori familiari di Modena e Parma, è stata consolidata su tut-



ta la regione con l'apertura nel 2017 di due centri analoghi anche in Area Vasta Emilia Centro e in Romagna (DGR n. 870/2017). I centri LDV sono un elemento importante che va ad aggiungersi a tutti gli altri punti della rete per supportare le donne vittime e ampliare gli interventi e le strategie a contrasto della violenza.

Per approfondimenti:

<http://parita.regione.emilia-romagna.it/violenza/temi/il-trattamento-dei-comportamenti-violenza>

- f) **Corso di formazione specifica in Medicina generale:** nel 2017 la Regione ha promosso, nell'ambito del corso di formazione specifica in Medicina generale, l'avvio dei seminari clinici del modulo didattico "Maltrattamento/abuso verso le persone di minore età e verso le donne (violenza di genere e sessuale)". (vedi Obiettivi didattici dell'attività formativa di natura seminariale, seminari clinici, allegato C, Delibera di Giunta regionale di approvazione del documento "corso di formazione specifica in medicina generale" n. 726/2019).
- g) **Piano regionale pluriennale per l'adolescenza 2018/2020:** Il Piano regionale pluriennale per l'adolescenza alla scheda di intervento n. 3 "Prendersi cura degli adolescenti" ha come obiettivo principale la cura degli/delle adolescenti intesa come promozione in tutti gli ambiti territoriali di interventi di promozione del benessere fisico e relazionale, di stili di vita salutari, di prevenzione del maltrattamento e abuso coerenti con gli obiettivi regionali. A tale scopo, come azione, è prevista dal Piano l'attuazione di quanto indicato dalla DGR n. 1677/2013 "Linee di indirizzo per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento e abuso".

Per approfondimenti:

<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/adolescenza-2/piano-per-ladolescenza>

- h) **Progetto europeo I.C.A.R.E:** dal 10/1/2019 la Regione Emilia-Romagna partecipa, in qualità di Regione coordinatrice, al Progetto europeo *Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency* (I.C.A.R.E.), di valenza nazionale, con lo scopo di portare a sistema processi assistenziali e organizzativi di accoglienza e presa in carico multidisciplinare, da parte dei servizi sanitari territoriali, dei titolari e/o richiedenti di protezione internazionale in condizioni di vulnerabilità sanitaria, con particolare riferimento a donne e minorenni (bambine/i ed adolescenti), a maggior rischio di maltrattamenti e violenza (<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/immigrati-e-stranieri/temi/fondo-asilo-migrazione-e-integrazione-fami>). Tra gli obiettivi generali del progetto figura l'implementazione delle "Linee guida sull'assistenza, la riabilitazione e il trattamento dei disturbi mentali dei rifugiati e delle persone che sono state vittime di torture, stupri o altre gravi forme di violenza psicologica, fisica o sessuale" attraverso percorsi informativi e formativi in tutte le regioni partecipanti in collaborazione con il Ministero della Salute.

Per approfondimenti:

[http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2926](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2926)

- i) **Flusso SISAM-ER:** Dall'anno 2000 la Regione Emilia-Romagna ha gestito il flusso informativo di persone di minore età in carico ai servizi sociali mettendo a disposizione degli Enti gestori del servizio di tutela e assistenza "minori e famiglie" l'applicativo SISAM, ancora in uso presso molti Servizi/Distretti. A partire dall'anno 2009, alcuni Enti locali hanno acquisito sistemi informativi locali, a valenza trasversale rispetto ai diversi target del settore welfare, che hanno reso necessario impostare, a fianco dell'applicativo, una modalità di acquisizione dei dati tramite un flusso con tracciato definito dalla circolare regionale n.23/2014 e un sistema di accoglienza dedicato, che va ad alimentare la banca dati SISAM. Nell'ultimo periodo si è lavorato per diffondere i dati del flusso SISAM-ER attraverso un sistema di reportistica online (Datawarehouse regionale) a partire dai dati dell'ultimo triennio (2016-18). Questo strumento di diffusione consentirà, anche agli/alle utenti esterni, di interrogare direttamente i dati aggregati del flusso SISAM-Minori. Attualmente ci si sta avviando alla fase finale dell'acquisizione del dato facendo confluire tutti i servizi verso l'invio diretto del flusso. Questo consentirà di uniformare la quantità di dati raccolti e includere i servizi che ad oggi non aderiscono a nessuna delle due modalità previste per l'invio, ma comunicano i propri dati in forma più o meno aggregata, rispondendo alle esigenze informative primarie del flusso regionale.

Per approfondimenti:

<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/approfondimenti/osservatorio-infanzia-e-adolescenza/il-sistema-informativo-sisam>

- j) Come ribadito nel **Piano sociale e sanitario**<sup>273</sup> la Regione Emilia-Romagna pone particolare attenzione alla tutela dei minori e delle loro famiglie attivando azioni di prevenzione e protezione finalizzate a ridurre le situazioni di disagio e svantaggio socio-culturale, nonché migliorando e potenziando le risposte integrate della rete dei Servizi socio-sanitari. In particolare, **nel 2020**, le azioni della Regione in tale ambito, si sono orientate, **oltre che alla formazione degli operatori e delle operatrici** sopra menzionata (punto d), anche all'**istituzione di un tavolo tecnico regionale per l'avvio di un percorso di qualificazione del sistema di cure ed accoglienza dei minori** (DGR n. 1444/2020). Tra le azioni prioritarie del tavolo tecnico regionale l'avvio di un **programma formativo per il sistema integrato dei servizi sociali e sanitari** (DGR 1742/2020).

---

<sup>273</sup> Coerentemente con quanto previsto dalla L.R. 2/2013 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e dalla L.R. 14/08 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni"



## Allegati

### Allegato 1. Metodologia di lavoro

Di seguito viene illustrata la metodologia di lavoro, applicata da chi ha curato questo quaderno, per la ricerca e l'analisi bibliografica:

**Parole chiave** per ricerca bibliografica (selezione abstract) su prevenzione maltrattamento/abuso bambine/i e adolescenti:

- Child maltreatment prevention
- Child abuse § neglect prevention
- Child injuries prevention
- Child abuse prevention
- Protecting children from risk of maltreatment/abuse
- Children at risk for maltreatment and abuse
- Protective factors for child abuse § neglect
- Child abuse prevention programs and strategies
- Bullismo cyberbullismo prevenzione
- Prevenire la Violenza in adolescenza
- “ Violenza in gravidanza
- “ Violenza assistita
- Violence during pregnancy
- Witnessed violence
- Adolescenti a rischio per maltrattamento/abuso
- Punizioni corporali e psicologiche a bambine/i e adolescenti
- Child corporal and psychological punishment
- Parenting and family support intervention
- Domestic violence/abuse e Preventing domestic abuse - Keeping children safe from
- *Home visiting*
- Sostegno ai genitori

Anni selezionati: 2011-2017

Sono state consultate le seguenti **banche dati**:

- Medline
- Embase
- Cochrane Library
- Cinahl
- PsycINFO
- Scopus per articoli di ambito sociologico-antropologico

È stata svolta anche una ricerca bibliografica in ambito educativo e sociale.

Gli abstract così individuati sono stati suddivisi, tra i/le componenti del gruppo redazionale del quaderno, per la lettura dei full text.

È stata quindi applicata una **griglia** per la lettura degli articoli completi.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

**Griglia lettura full text**

n. abstract/autore/titolo/rivista	
Tipo di studio: trial, osservazionale, prima-dopo, con gruppo di controllo, dove svolto per trasferibilità, follow up, numerosità del campione	
Fattori di protezione	
Fattori di rischio	
Per fasce d'età: epoche della vita (perinatale/ 0-6 anni, 6-11, 11-14, 14-18 anni)	
Per situazioni: tipologia di M/A (prevenzione della violenza assistita ecc.)	
Contesti/ambito di intervento (dove si fanno gli interventi di prevenzione: casa, scuola, centri per le famiglie, ambito sanitario ecc.)	
Valutazione degli interventi (riproducibilità, efficacia, sostenibilità (costi) e sostenibilità operativa	
Cosa mettere in opera per supportare le difficoltà del/della bambino/a-adolescente nel suo contesto di vita (descrizione dell'intervento: tipologia dell'intervento, azioni svolte, tipo di studio, di intervento, valutazione dell'intervento	
Indicazioni concrete nella programmazione degli/delle operatori/trici	
Note/commenti del/della lettore/trice	

Oltre alla ricerca bibliografica così costruita **è stato possibile effettuare anche l'analisi di buone prassi** (progetti/protocolli/procedure/documenti/check list/linee guida/percorsi integrati...) attuate a livello locale in Emilia-Romagna. Queste ultime sono state raccolte anche attraverso la collaborazione di referenti dei servizi sociali, sanitari ed educativi territoriali che il gruppo autoriale ringrazia sentitamente.

## Allegato 2. Normativa

Di seguito una selezione della legislazione internazionale, nazionale e regionale di riferimento:

**Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo** ratificata con Legge n. 176/1991, che sancisce i diritti fondamentali, tra cui il *“Diritto ad essere protetto da ogni forma di maltrattamento, violenza, negligenza, abuso fisico e mentale”* (art. 19). [https://www.camera.it/\\_bicamerale/leg14/infanzia/leggi/Legge%20176%20del%201991.htm](https://www.camera.it/_bicamerale/leg14/infanzia/leggi/Legge%20176%20del%201991.htm)

**Convenzione europea sull'esercizio dei diritti da parte dei minori** (Strasburgo, 1996), ratificata con Legge n. 77/2003. [http://leg15.camera.it/cartellecomuni/leg14/RapportoAttivitaCommissioni/commissioni/allegati/03/03\\_all\\_legge200377.pdf](http://leg15.camera.it/cartellecomuni/leg14/RapportoAttivitaCommissioni/commissioni/allegati/03/03_all_legge200377.pdf)

**Convenzione di Lanzarote per la protezione dei minori contro lo sfruttamento sessuale** (Lanzarote, 2007), ratificata con Legge n. 172/2012 <http://leg16.camera.it/561?appro=517>

**Artt. 330 e 333 Codice Civile** relativamente al controllo giudiziale sulla responsabilità genitoriale e art. 403 Codice Civile rubricato *“Intervento della pubblica autorità a favore dei minori”*.

**Art. 527 Codice Penale**, rubricato *“maltrattamenti contro familiari e conviventi”*.

**Legge n. 184/1983**, rubricata *“Diritto del minore ad una famiglia”*, così come modificata dalle Legge n. 149/2001, artt. 2-5; Disegno di Legge n. 1209 approvato con il nuovo titolo *“Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, sul diritto alla continuità affettiva dei bambini e delle bambine in affidamento familiare”*. [https://www.camera.it/\\_bicamerale/leg14/infanzia/leggi/legge184%20del%201983.htm](https://www.camera.it/_bicamerale/leg14/infanzia/leggi/legge184%20del%201983.htm)

**Legge n. 7/2006** *“Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”* <https://www.camera.it/parlam/leggi/06007l.htm>

**Legge 27 giugno 2013 n. 77**, *“Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta ad Istanbul l'11 maggio 2011 (‘‘Convenzione di Istanbul’’)* <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/07/01/13G00122/sg>

**Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 novembre 2017** *“Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza”* (G.U. 30/1/2018) <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2018/01/30/24/sg/pdf>

**Legge 19 luglio 2019, n.69** *“Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere”* <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/07/25/19G00076/sg>

**Legge Regionale n. 14/2008** *“Norme in materia di politiche per le giovani generazioni”* con particolare riguardo artt. 17,18 e 24.

**Legge Regionale n. 1/2000** rubricata *“Norme in materia di Servizi educativi per la prima infanzia”*, modificata, da ultimo, con Legge Regionale 6/2012.

**Delibera di Giunta Regionale n. 911/2007** *“Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza: requisiti specifici di accreditamento delle strutture e catalogo regionale dei processi clinico-assistenziali”*

**Delibera di Giunta Regionale n. 1904/2011** *“Direttiva regionale in materia di affidamento familiare e accoglienza in comunità di bambini e ragazzi”* come modificata dalla D.G.R. 1106 del 14 luglio 2014.

**Delibera di Giunta Regionale n. 1677/2013** *“Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere e linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso”*

**Delibera di Giunta Regionale n. 1102/2014** *“Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento”*

**Delibera di Giunta Regionale n. 629/2014** *“Piano interno integrato delle azioni regionali in materia di Pari opportunità di genere 2014-2016”*

**Delibera di Giunta Regionale n. 771/2015** *“Approvazione del Piano regionale della Prevenzione 2015-18”*

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

**Deliberazione Assembleare n. 69 del 4 maggio 2016** "Piano regionale contro la violenza di genere ai sensi dell'art. 17 della legge regionale 27 giugno 2014, n. 6."

**Delibera di Giunta Regionale n. 1890/2017** "Promozione interventi formativi in attuazione del Piano regionale contro la violenza di genere"

**Deliberazione Assembleare n. 120 del 12 luglio 2017** "Piano sociale e sanitario 2017-2019"

**Delibera di Giunta Regionale n. 1423/2017** "Attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2017-2019. Approvazione delle schede attuative d'intervento e di indirizzi per l'elaborazione dei Piani di Zona distrettuali per la salute e il benessere sociale" - **Scheda n. 33** "Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza-urgenza", **Scheda n. 37** "Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela"

**Delibera di Giunta Regionale n. 1899/2019** "Preso d'atto della relazione finale della Commissione Tecnica per la individuazione di misure organizzative e procedurali appropriate nei procedimenti preposti alla tutela e all'eventuale allontanamento dei minori dalle famiglie di origine"

**Delibera di Giunta Regionale n. 1444/2020** "Istituzione del tavolo regionale per avvio percorsi di qualificazione del sistema di cura e accoglienza dei minori e approvazione schema di protocollo d'intesa per avvio rilevazione dati presenze e vigilanza delle strutture residenziali per minori" (Determinazione n. 21523/2020 "Individuazione componenti del tavolo tecnico regionale per avvio percorso di qualificazione del sistema di cura e accoglienza dei minori istituito con delibera di giunta n.1444/2020")

**Delibera di Giunta Regionale n.1724/2020** "Programma dei progetti per l'innovazione e la realizzazione delle politiche sanitarie e degli obiettivi del piano sociale e sanitario regionale del servizio assistenza territoriale - area salute mentale -adozione del progetto formativo "La qualificazione del sistema di cura e accoglienza delle persone di minore età". Anno 2020"

**Allegato 3. Scheda Benefici delle visite domiciliari<sup>274</sup>**

<b>BENEFICI A BREVE E LUNGO TERMINE PER I/LE BAMBINI/E, I GENITORI, LE FAMIGLIE E LA SOCIETÀ</b>		
<b>Bambini/e</b>	<b>Genitori e famiglie</b>	<b>Società</b>
Migliori esiti neonatali (riduzione del basso peso, parto pretermine e di alcune malformazioni congenite)	Migliore accesso e utilizzo di cure prenatali, prevenzione di alcune complicanze ostetriche Identificazione del percorso nascita più appropriato Preparazione alla nascita e alla genitorialità	Ridotti costi sanitari per cure perinatali
Migliore stato nutrizionale	Migliori conoscenze e pratiche riguardanti la nutrizione del/della bambino/a	Migliore capitale biologico con implicazioni positive a breve e lungo termine
Ridotta morbilità post-neonatale	Migliori conoscenze sulla prevenzione delle malattie infettive Utilizzo più appropriato dei servizi sanitari	Migliori coperture vaccinali Ridotti costi sanitari per visite, ricoveri, farmaci
Migliore sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo	Migliore attaccamento e migliori pratiche relative alla promozione dello sviluppo Maggiore fiducia nelle proprie capacità come genitori	Migliore capitale umano con implicazioni sia sul rendimento scolastico che a più lungo termine Riduzione della dispersione scolastica e di alcuni disturbi comportamentali
Ridotte conseguenze da disabilità, condizioni e malattie croniche	Migliore supporto per le famiglie con bambini/e affetti/e da disabilità e malattie croniche	Ridotti costi per l'assistenza e la disabilità
Riduzione dei casi di maltrattamento nelle sue diverse tipologie Segnalazione più tempestiva ai servizi	Riduzione della violenza domestica, della depressione materna, dello stress parentale e delle loro conseguenze	Riduzione di costi per la presa in carico sanitaria, sociale e giudiziaria con implicazioni a distanza relative ad abuso di sostanze e microcriminalità giovanile

Si tratta di benefici per il/la bambino/a, i genitori e la famiglia, con ampie ripercussioni sulla società, che si realizzano sia a breve che a lungo termine e su più dimensioni. È evidente che sia la scala di importanza dei diversi effetti che la misura in cui possono essere ottenuti dipendono dal contesto socioculturale e da quello epidemiologico.

Quindi un programma di visite domiciliari deve innanzitutto essere basato su una buona analisi della situazione (bisogni, risposte dei servizi, gap esistenti) e sull'individuazione di obiettivi prioritari.

<sup>274</sup> Tamburlini G., *Visite domiciliari per mamme e bambini: razionale, evidenze, modelli e ipotesi di attuazione*, Medico e Bambino 8/2014.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

**Allegato 4. Fac simile Scheda di rilevazione del rischio di pregiudizio****Fattori di rischio/vulnerabilità**<sup>275</sup> (Qualora segnalati più figli/e compilare una tabella per ognuno/a)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**FAMIGLIA**

- Condizione lavorativa precaria  Disabilità
- Basso livello di istruzione
- Giovane età della madre/del padre
- Carenza relazioni interpersonali-rete
- Isolamento-emarginazione sociale
- Famiglia monoparentale
- Assenza di entrambi i genitori
- Violenza-abusi subiti nell'infanzia
- Accettazione pornografia infantile
- Sfiducia verso norme sociali e istituzioni
- Violenza e punizioni come pratiche educative
- Scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del/della figlio/a
- Disagio psicologico
- Psicopatologia (disturbi psichiatrici)
- Devianza sociale-detenzione
- Abuso di sostanze
- Debole/assente capacità di assunzione di responsabilità genitoriale
- Sindrome da risarcimento
- Distorsione emozioni e capacità empatiche
- Disabilità
- Incuria-negligenza
- Migrazione
- Conflitti di coppia e violenza domestica
- Presa in carico transgenerazionale
- Interruzione legami familiari
- Esperienze di istituzionalizzazione nell'infanzia

**FIGLIO/A**

- Malattie fisiche o disturbi alla nascita
- Prematurità e basso peso alla nascita
- Complicazioni peri-natali
- Ritardo nello sviluppo senso-motorio e cognitivo
- Malattia cronica
- Disabilità
- Temperamento irritabile
- Iperattività-disturbi del comportamento
- Percorso scolastico difficoltoso
- Dispersione scolastica
- Separazione dalla fratria
- Precedenti esperienze di affido extrafamiliare- collocamento in comunità educativa
- Impulsività

<sup>275</sup> Estratto da "Linee di indirizzo per il raccordo tra area accoglienza ed area tutela minori", Comune di Bologna [http://informa.comune.bologna.it/iperbole/media/files/raccordo\\_area\\_accoglienzaarea\\_tutela\\_minori1.pdf](http://informa.comune.bologna.it/iperbole/media/files/raccordo_area_accoglienzaarea_tutela_minori1.pdf)

- Scarsa tolleranza alle frustrazioni
- Ansia da separazione
- Gravidanze non desiderate
- Relazioni difficili con la propria famiglia di origine e/o quella del partner
- Povertà cronica

**AMBIENTE**

- Condizione abitativa inadeguata (spazi, sfratto, ambienti insalubri ecc)
- Violenza e insicurezza
- Scarsa presenza di risorse
- Quartieri sovraffollati
- Pregiudizi, intolleranza, rifiuto

**Fattori di protezione/resilienza** (Qualora segnalati più figli/e compilare una tabella per ognuno/a)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**FAMIGLIA**

- Sentimenti di inadeguatezza per la dipendenza dai servizi
- Rielaborazione del rifiuto e della violenza subiti nell'infanzia
- Capacità di assunzione di responsabilità
- Capacità empatiche
- Desiderio di migliorarsi
- Autonomia personale
- Buon livello di autostima
- Relazione attuale soddisfacente con almeno un componente della famiglia di origine
- Rete di supporto amicale/parentale
- Strategie di coping flessibili
- Stabilità emotiva
- Aspettative adeguate

**FIGLIO/A**

- Buona competenza sociale
- Buona autostima e fiducia in sé stessi
- Capacità di ricorrere all'appoggio positivo degli/delle altri/e, dentro e fuori la famiglia
- Atteggiamento positivo e fiducioso
- Temperamento facile
- Buona gestione dell'autonomia personale

**AMBIENTE**

- Quartieri sicuri con alloggi adeguati
- Relazioni di coesione tra vicini
- Organizzazione della comunità centrata su valori positivi
- Attività di inclusione nella vita della comunità
- Politiche sociali che supportano l'accesso alle risorse di sostegno per le famiglie

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

**Allegato 5. Questionario SEEK (Safe Environment for Every Kid) "Un ambiente sicuro per ogni bambino"<sup>276</sup>****Questionario per i genitori**

Cari genitori, essere genitori non è sempre facile. Vogliamo aiutare le famiglie a vivere in un ambiente sano per i loro figli. Per questo facciamo a tutti una serie di domande che riguardano problemi che possono essere presenti in molte famiglie. Se c'è un problema proveremo ad aiutarvi.

*Per favore rispondete a queste domande mentre attendete che il vostro bambino venga visitato. Se avete più di un bambino con voi per favore rispondete "sì" anche se la risposta riguarda uno solo dei vostri bambini. Il questionario è volontario. Non dovete rispondere a tutte le domande se non volete farlo. Queste informazioni saranno mantenute private, anche se ci preoccupiamo della salute di vostro figlio.*

Data \_\_\_\_\_ Nome del bambino \_\_\_\_\_

Data di nascita del bambino \_\_\_\_\_ Parentela con il bambino \_\_\_\_\_

Paese di origine \_\_\_\_\_

**Per favore scegliete indicando Sì o NO**

Qualcuno della vostra famiglia fuma in casa?	Sì No
Negli ultimi 12 mesi vi siete preoccupati di finire il cibo prima di poterne comperare dell'altro?	Sì No
Negli ultimi 12 mesi il cibo che avete comperato non è stato sufficiente e non avevate soldi per prenderne altro?	Sì No
Pensate spesso che non è facile prendersi cura del vostro bambino?	Sì No
Pensate che qualche volta sia necessario colpire/sculacciare vostro figlio?	Sì No
Vorreste avere più aiuto con il vostro bambino?	Sì No
Vi sentite spesso molto stressati?	Sì No
Nelle ultime 2 settimane vi siete sentite spesso giù, depressi o senza speranza?	Sì No
Nelle ultime 2 settimane avete provato poco piacere o interesse nel fare le cose?	Sì No

**Pensate agli ultimi 3 mesi**

Lei e il suo partner avere litigato molto?	Sì No
Il suo partner l'ha minacciata, spinta, colpita, o ferita fisicamente in qualche modo?	Sì No
Ha bevuto più di 4 bevande alcoliche in una giornata?	Sì No
Ha usato una droga illegale o una prescrizione medica per ragioni non mediche?	Sì No
C'è qualche altro problema per il quale pensa di avere bisogno di aiuto oggi?	Sì No

*Per favore restituite questo foglio al vostro pediatra. Vi incoraggiamo a discutere con lui quello che è scritto su questa lista. Grazie!*

<sup>276</sup> Dubowitz H., *The Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model: Helping promote children's health, development, and safety*, Child Abuse & Neglect 38 (2014) 1725–1733, versione italiana sperimentata dalla dott.ssa P. Miglioranzi. <https://seekwellbeing.org/seek-international/>



## Allegato 6. Approfondimento sulla prevenzione terziaria<sup>277,278,279</sup>

Sappiamo quanto sia importante mettere in atto interventi volti a riparare il danno subito<sup>280</sup> dal/dalla bambino/a e quanto sia importante cercare di recuperare le risorse genitoriali, quanto sia necessario evitare che il maltrattamento si produca, ma, quando viene riscontrato, è necessario intervenire.

L'allontanamento dai genitori è un intervento di protezione che a volte si rende necessario, ma che va effettuato a certe precise condizioni fissate dalla legge. Deve avvenire solo in caso di necessità e nell'interesse preminente del/della bambino/a-ragazzo/a; deve essere deciso dall'autorità giudiziaria competente nel rispetto delle regole processuali.

In ogni intervento che incide nella vita privata delle persone, l'allontanamento da persone o luoghi è una misura di grande delicatezza che, se male eseguita o gestita, può provocare al soggetto in crescita danni maggiori di quelli che gli si volevano evitare. La vittimizzazione secondaria è una triste e non infrequente realtà.

Nel nostro sistema giuridico la possibilità di allontanare una/un bambina/o dal o dai genitori è prevista anzitutto dal codice civile per i casi in cui il genitore viola o trascura i doveri genitoriali o abusa dei relativi poteri "con grave pregiudizio del figlio" (art. 330), o anche nel caso di sua condotta "comunque pregiudizievole" al/alla figlio/a stesso (art.333). Va sottolineato che in nessuno di questi casi il/la giudice è obbligato a ordinare l'allontanamento. Entrambe le norme citate stabiliscono infatti che egli/ella può ma non sempre deve ordinarlo. La legge ha ritenuto di lasciare una decisione così grave al prudente apprezzamento del/della giudice, che naturalmente terrà conto del livello di rischio che corre il/la bambino/a nel caso concreto se rimane accanto al genitore. Va inoltre ricordato che la riforma introdotta dalla legge 2001 n. 149 dà al giudice il potere di disporre, invece dell'allontanamento del/della bambino/a, l'allontanamento del genitore o del/della convivente che lo maltratta o ne abusa.

Vi è un'ipotesi in cui la decisione di allontanamento è presa dall'autorità amministrativa. La prevede per i casi urgenti l'art. 403 del codice civile, in base al quale quando un/a minorenni viene trovato/a in situazione di grave pregiudizio e occorre provvedere immediatamente alla sua protezione, "la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo/a colloca in luogo sicuro". Il provvedimento amministrativo va subito comunicato al pubblico ministero minorile, a cui spetta valutare se chiedere al/alla giudice l'apertura di un procedimento di adottabilità oppure una misura civile di protezione ai sensi degli artt. 330 o 333 del codice civile.

Nella consapevolezza che l'allontanamento dalla famiglia d'origine è sempre un evento traumatico e che deve di conseguenza essere considerato l'*extrema ratio*, alla quale ricorrere solo in caso di assoluta necessità, la **L.R. 14 del 28 luglio 2008, "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni"**, all'art. 23 (Prevenzione in ambito sociale) prevede che la Regione riconosca la necessità di comprendere nel percorso di prevenzione del disagio dei/delle bambini/e e degli/delle adolescenti un accompagnamento competente dei genitori, mirato a sostenere e sviluppare le loro possibilità e disponibilità affettive, accuditive e educative, eventualmente compromesse, e in vista di un loro recupero. Tale accompagnamento è finalizzato a garantire a tutto il nucleo un clima familiare e sociale soddisfacente e rispettoso dei bisogni evolutivi dei suoi membri più giovani, "anche, se necessario, mediante interventi terapeutici o sociali adeguati" (...)

In merito all'allontanamento, la **D.G.R. 19 dicembre 2011, n. 1904 e ss. mm.** "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alla responsabilità familiare", "riguarda tutti i casi in cui le difficoltà familiari richiedono l'allontanamento temporaneo del soggetto di minore età e la sua accoglienza in affidamento familiare o in comunità, anche a causa di situazioni di emergenza che ne richiedano una immediata tutela (art. 403 c.c.).

<sup>277</sup> Delibera di Giunta Regionale n. 1899/2019 di presa d'atto della relazione conclusiva della Commissione tecnica per l'individuazione di misure organizzative e procedurali appropriate nei procedimenti preposti alla tutela e all'eventuale allontanamento (Regione Emilia-Romagna) e Quaderno "L'appropriatezza degli allontanamenti nelle famiglie maltrattanti" [https://www.assemblea.emr.it/garanti/i-garanti/infanzia/documenti/CISMAI\\_web.pdf/view](https://www.assemblea.emr.it/garanti/i-garanti/infanzia/documenti/CISMAI_web.pdf/view)

<sup>278</sup> "Processi di sostegno e tutela dei minorenni e delle loro famiglie" Linee guida dell'Ordine nazionale degli assistenti sociali [http://www.cnoas.it/Attivita/Processi\\_di\\_sostegno\\_e\\_tutela\\_dei\\_minorenni\\_e\\_delle\\_famiglie.html](http://www.cnoas.it/Attivita/Processi_di_sostegno_e_tutela_dei_minorenni_e_delle_famiglie.html)

<sup>279</sup> Bertotti T., *Bambini e famiglie in difficoltà, Teorie e metodi di intervento per assistenti sociali*, Carocci Faber, Roma, 2012

<sup>280</sup> "Come ricordato nelle Convenzioni Internazionali di Strasburgo e Lanzarote, nella cura della violenza assistita, la possibilità di una riparazione efficace del danno, causato dalla frattura dell'innocenza perpetrata da genitori violenti, è funzione diretta della capacità del sistema curante di farsi contenitore sicuro che ristabilisca protezione, sicurezza e prevedibilità." (Da Quaderno 3 "Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel trattamento dell'infanzia e dell'adolescenza. Raccomandazioni per gli operatori" della presente Collana, edizione luglio 2020).

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

L'allontanamento infatti assume un valore costruttivo solo se pensato come una tappa di un più ampio progetto volto alla ricostruzione del benessere del minorenne e se possibile del suo nucleo familiare. Il collocamento del/della bambino/a o adolescente al di fuori della sua famiglia naturale deve avere una funzione educativa e non di sola protezione, nel senso che deve essere utilizzato principalmente come uno strumento per l'aiuto e il recupero della famiglia e per una riunificazione dello/a stesso/a con la sua famiglia.

Si tratta non solo di prevedere un accompagnamento professionale competente, ma anche di attivare tutte le risorse della comunità sociale, promuovendo una cultura dell'accoglienza nel senso ampio di protezione dell'infanzia e di sostegno alla genitorialità, facendo rete tra servizi istituzionali, del privato sociale e della società civile in senso ampio.

La stessa delibera raccomanda inoltre "l'allontanamento del bambino o ragazzo, anche con la madre, dall'ambiente familiare deve essere sostenuto da una valutazione multidimensionale che vede la presenza di figure professionali di ambito sociale e sanitario che considerino gli elementi prognostici per il benessere e la salute del minore e della sua famiglia".

## Allegato 7. Efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria (psico-sociali) dell'abuso e maltrattamento nelle persone di minore età: una review delle reviews sistematiche

### Introduzione e scopo

Il maltrattamento e la violenza, fisica, sessuale e psicologica sui soggetti di minore età sono fenomeni drammaticamente diffusi in tutto il mondo, come riportano recenti revisioni sistematiche (Fang *et al.*, 2015; Wis-sink & Van Vught, 2015). Un recente studio secondario ha sintetizzato le principali evidenze scientifiche relative ai fattori di rischio di tali drammatici fenomeni, riportando come tra di essi si segnalino una scarsa relazione genitori-figli/e, povertà e basso livello di istruzione, presenza pregressa di violenza domestica, problemi di salute mentale ed abuso di sostanze (White 2015).

Scopo della presente revisione è identificare le revisioni sistematiche che abbiano preso in considerazione le evidenze disponibili sull'efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria del maltrattamento e/o violenza sui/sulle minorenni e le loro conseguenze.

### Metodi

Database consultati:

Pubmed

### Search term:

(child AND (abuse OR violence OR maltreatment) AND prevention) AND Review[ptyp]) AND (Review[ptyp] AND "last 5 years"[PDat])

### Limiti:

Ultimi 5 anni (aggiornamento a tutto il 2018), full text, English

### Criteri di inclusione:

- Review sistematiche
- persone di minore età (età 0-18 anni)
- Interventi di prevenzione primaria o secondaria su abusi/violenze di vario genere

### Risultati

Una prima ricerca ha dato luogo alla selezione di 440 titoli, da cui sono stati alla fine estratti 8 revisioni sistematiche (Figura 15).

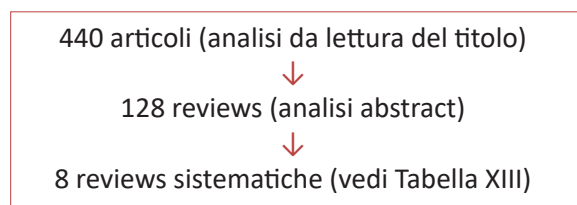


Figura 15. Study flow diagram

Delle 8 *reviews* identificate, 5 revisioni analizzano studi di intervento indirizzati a bambine/i e ragazze/i di età variabile; 2 revisioni si focalizzano su studi di intervento indirizzati a genitori e *caregiver*; 1 revisione analizza studi di intervento misti indirizzati sia a minorenni sia a genitori.

Per quanto riguarda i paesi in cui vengono condotti gli studi, solo due delle 8 revisioni considerano studi condotti in paesi LIMCs (*Low and Middle Income Countries*, secondo la definizione della The World Bank<sup>281</sup>) (Colucci e Hassan, 2014; Efevbera *et al.*, 2018); le altre raccolgono studi condotti nei paesi occidentali.

Per quanto riguarda la tipologia degli interventi studiati, 6 revisioni riassumono i risultati degli studi di prevenzione primaria e 2 di prevenzione secondaria. Delle 6 revisioni che descrivono studi di prevenzione primaria, 1 si focalizza su interventi condotti a scuola, 1 su interventi di *home visiting*, 4 su interventi svolti in setting vari. Delle 2 revisioni che riassumono i risultati di studi di interventi di prevenzione secondaria, una prende in considerazione studi di efficacia di interventi psicosociali rivolti a soggetti di minore età vittime di maltrattamento, l'altra studi su interventi indirizzati a genitori-vittime di abusi in età infantile.

Forniamo di seguito una descrizione più dettagliata delle *reviews* incluse e categorizzate per tipologia di intervento e setting.

<sup>281</sup> <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

## Prevenzione primaria

### Home visiting

Avellar e Supplee, 2013 (review 1, Tabella XIII); interventi domiciliari che seguono i criteri DHHS (*evidence based early childhood home visiting services delivery model*) per bambini/e dalla nascita ai 5 anni; include studi RCT<sup>282</sup> e *quasi experimental design* e dice che di questi 207 riguardano studi che valutano l'impatto degli interventi e 198 studi che valutano l'"implementation" degli interventi (precisando che alcuni di questi studi riguardano entrambi gli ambiti). Concludono che gli interventi risultano efficaci soprattutto per le famiglie ad alto rischio, per quanto attiene il miglioramento dell'utilizzo del sistema di cura e per l'impatto sullo sviluppo del/della bambino/a.

- Review qualitativa sebbene si definisca sistematica

### Scuola

Walsh *et al.*, 2015 (review 5, Tabella XIII); Interventi di prevenzione dell'abuso sessuale condotti a scuola; include studi dal 1946; include 24 *trials* (7 RCTs); conclude che gli interventi educativi che incoraggiano comportamenti protettivi sono efficaci, sebbene evidenzia la scarsa qualità degli studi

- Review sistematica rigorosamente condotta

### Comunità (prevenzione universale)

Poole *et al.*, 2014 (review 4, Tabella XIII); campagne di prevenzione "universale" per sensibilizzare i genitori e i *caregivers* rispetto l'abuso fisico su bambini/e ("*media campaign component focused on the prevention of CPA-Child Physical Abuse - and/or CP-Corporal Punishment - among universal target populations*"); 17 studi inclusi dal 2012; le componenti più rilevanti degli interventi/campagne di prevenzione universale identificate dalla *review* riguardano i fattori di rischio più frequentemente associati a CPA e/o CP: mancanza di conoscenze nei genitori sulle tecniche genitoriali positive; impulsività genitoriale; mancanza di conoscenze riguardo lo sviluppo di bambini/e e aspettative errate riguardo le tappe dello sviluppo di bambini/e; inadeguatezza del supporto sociale; percezione dello stigma rispetto alla richiesta di aiuto.

- Review sistematica rigorosamente condotta

### Setting vari (scuola, casa, comunità, web)

Hale *et al.*, 2014 (review 2, Tabella XIII); interventi di prevenzione di diversi comportamenti di rischio per la salute (uso di tabacco, droghe, comportamenti aggressivi, alcool, comportamento sessuali a rischio) considerati come *outcome* primari e secondari; include 55 RCT, dal 1980 al 2012, rivolti a bambine/i e ragazze/i nella fascia di età 10-21 anni; gli interventi risultano generalmente efficaci, specie quelli condotti in ambienti scolastico.

- Review sistematica rigorosamente condotta

### Paesi poveri in via di sviluppo

Efevbera *et al.*, 2018 (review 8, Tabella XIII); interventi vari (casa, scuola, in centri dedicati) di educazione per bambine/i e genitori; include 6 studi condotti dal 2000 di cui 3 RCT; 5 studi trovano efficacia degli interventi valutati; rileva scarsa qualità degli studi inclusi.

- Review sistematica rigorosamente condotta

Colucci & Hassan, 2014 (review 3, Tabella XIII); interventi di prevenzione primaria della violenza domestica contro donne e bambini/e; trova 5 studi, di cui 3 si occupano di maltrattamento di minorenni; conclude sulla necessità di strutturare gli interventi in base al contesto socio-politico e culturale del paese

- Review qualitativa sebbene si definisca sistematica

<sup>282</sup> Gli studi clinici controllati randomizzati (*randomized controlled trial*, RCT) sono studi sperimentali che permettono di valutare l'efficacia di uno specifico trattamento in una determinata popolazione. Con il termine "trattamento" si intendono convenzionalmente non solo le terapie, ma tutti gli interventi (diagnostici, di screening, di educazione sanitaria) o anche l'assenza di intervento. <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/378>

## Prevenzione secondaria

### **Minorenni**

Macdonald *et al.*, 2016 (review **6**, Tabella XIII); interventi psicosociali secondari su bambini/e di età inferiore 18 anni vittime di “maltrattamento”; identifica 277 studi; 198 (di cui 61 RCT) studi inclusi valutano l'efficacia di interventi vari, tra cui CBT (*Cognitive Behavioural Therapy*), interventi relazionali, sistemici, psicoeducazione, di gruppo, *peer mentoring*, etc; 6 studi inclusi valutano la *costeffectiveness* e 73 l'accettabilità; concludono che gli studi di *effectiveness* generalmente provano l'efficacia degli interventi su PTSD, *depression*, *anxiety*, *attachment* e riduzione comportamenti disorganizzati; riportano alta eterogeneità degli studi.

- Review sistematica rigorosamente condotta

### **Genitori vittime**

Stephenson *et al.*, 2017 (review **7**, Tabella XIII); interventi psicosociali, nel periodo perinatale, rivolti ai genitori abusati da bambini/e; identifica 16 studi (di cui 5 RCT), condotti dal 1970; 16 identificati; conclude che gli interventi sono efficaci nel miglioramento della salute mentale materna e nella competenza genitoriale, sebbene rilevi scarsa qualità degli studi inclusi.

- Review sistematica rigorosamente condotta

### **Discussione**

Le revisioni sistematiche condotte sull'efficacia e *cost-effectiveness* degli interventi di prevenzione primaria e secondaria dell'abuso e maltrattamento dei minorenni negli ultimi 5 anni sono poche e nella maggior parte dei casi bene condotte. La maggior parte riguarda interventi di prevenzione primaria.

In accordo con gli autori di un'altra review delle *reviews* condotta di recente (Lester *et al.* 2017) i risultati degli interventi in tale campo sono promettenti, ma ancora scarsamente generalizzabili.

Nelle pagine seguenti, la **tabella XIII** riassume le caratteristiche delle reviews selezionate.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

**Tabella XIII.** Caratteristiche delle reviews selezionate

Author, Title, years, country	Included studies	Methods (database, metanalysis, inclusion criteria)	Population (target)
1. Avellar S.A., Supplee L.H., <b>"Effectiveness of home visiting in improving child health and reducing child Maltreatment"</b> . 2013, Washington, DC (USA)	<b>207</b> impact studies and <b>198</b> implementation studies. [randomized controlled trials and quasi-experimental designs] for <u>32 program models</u> .	<b>Database:</b> Academic Search Premier, Campbell Collaboration, CINAHL with Full Text, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Dissertation Abstracts, EconLit, Education Research Complete, ERIC, MedLine, New York Academy of Medicine's Grey Literature Report, PsycINFO, Social Sciences Citation Index, Social Work Abstracts, SocINDEX with Full Text, and Sociological Abstracts. <b>Meta-analysis</b> <b>Inclusion criteria:</b> studies had to provide unbiased estimates of program impacts and determined whether a program met the <b>Department of Health and Human Services' criteria</b> . To meet the DHHS criteria for an "evidence-based early childhood home visiting service delivery model," program models must meet $\geq 1$ of the following criteria: (1) At least 1 high- or moderate-quality impact study of the model finds favorable, statistically significant impacts in $\geq 2$ of the 8 outcome domains; (2) At least 2 high- or moderate- quality impact studies of the model using nonoverlapping analytic study samples with $\geq 1$ favorable, statistically significant impacts in the same domain.	pregnant women or families with children from birth to age 5

Author, Title, years, country	Included studies	Methods (database, metanalysis, inclusion criteria)	Population (target)
2. Hale D.R., Fitzgerald-Yau N. <b>"A Systematic Review of Effective Interventions for Reducing Multiple Health Risk Behaviors in Adolescence"</b> , 2014, London (UK)	<b>55 articles</b> , from 6299 title and abstracts identified.	It is a systematic literature search and selection of articles in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses (PRISMA) statement. <b>Database:</b> PsycINFO, PubMed, Embase, ERIC, British Education Index, Australian Education Index, Social Sciences Citation Index, CINAHL Plus. In addition Cochrane Library for reviews on each of the relevant risk behaviors. <b>Inclusion criteria:</b> 1) randomized controlled trials with participants between 10 and 19 years at baseline. 2) universal or selective interventions (targeting at-risk subpopulations). 3) statistically significant effects on 2 or more of the following: tobacco use, alcohol, illicit drug use, sexual risk behavior, aggressive behavior as either primary or secondary outcomes. 4) articles published in English between January 1980 and April 2012 .	Children and adolescents from 10 to 21 years aged, with the majority of interventions targeting adolescents aged 11 to 13 years.

	Findings	Limitations	Key words
	<p>As of July 2012, 32 models were reviewed, of which 12 met the DHHS criteria. Most of these models were shown to have favorable effects on child development. Other common favorable effects included health care usage and reductions in child maltreatment. Less common were favorable effects on birth outcomes. Existing rigorous research indicates that home visiting has the potential for positive results among high-risk families, particularly on health care usage and child development.</p>	<p>This summary focused largely on statistically significant findings, either favorable or unfavorable, but in most cases, a greater number of findings were not statistically significant. As the number of outcomes increases, so does the likelihood of finding a statistically significant finding by chance, a “false-positive”, unless corrections are made. Most research did not make any corrections, which suggests some caution is warranted in interpreting a single or few favorable outcomes.</p>	<p>home visiting, child health, child development, child maltreatment</p>

	Findings	Limitations	Key words
	<p>Integrated risk prevention programs can be effective across a range of health risk behaviors in adolescence.</p> <p>The evidence is strongest for various forms of substance use and for school-based interventions.</p> <p>The interventions appear to be successfully targeting common risk factors for a range of health behaviors, contributing to both the breadth and the longevity of their effectiveness.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-All risk behavior measures were self-reported</li> <li>-The studies varied in methods, theoretical underpinning, context, and participants, making it difficult to draw general conclusions about effective interventions.</li> <li>-Inclusion of only randomized controlled trials</li> <li>-Possibility that the review missed some trials that were effective for more than 1 risk behavior but did not report this in the abstract.</li> </ul>	<p>//</p>



## Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

Author, Title, years, country	Included studies	Methods (database, metanalysis, inclusion criteria)	Population (target)
<p>3. Colucci E., Hassan G. "Prevention of domestic violence against women and children in low-income and middle-income countries". 2014, Canada/Australia</p>	<p>5 studies selected (from 93 founded)</p>	<p><b>Key words searched</b> (with relevant synonyms and truncations): violence, exposure to violence, child maltreatment, child abuse, child violence, domestic violence, intimate partner violence; low income, developing countries (third world countries, underdeveloped countries, economic development, emerging economies, modernization); prevention, intervention  <b>Database:</b> PsycINFO, PubMed and Medline  <b>Inclusion criteria:</b> 1) Qualitative or quantitative methodologies; 2) Full-length articles published in a peer-reviewed journal in 2013 3) Written in English or French or Italian or Spanish; 4) Describe, assess or review the outcomes of prevention and/or intervention programmes; 5) Low and middle-income countries</p>	<p>Child and women</p>

Author, Title, years, country	Included studies	Methods (database, metanalysis, inclusion criteria)	Population (target)
<p>4. Poole M.K., Seal D.W. and Taylor C.A. "A systematic review of universal campaigns targeting child physical abuse prevention". 2014, USA.</p>	<p>17 articles (that reported on evaluations of 15 campaigns) from 32 founded.</p>	<p>Systematic review conducted through online search engines and journal databases between June 2012 and September 2012.  <b>Database:</b> PubMed, PsycINFO and a Tulane 'Cross Search' of the Social Science database consisting of ABI/INFORM Global, Academic Search Complete, Anthropology Plus, ERIC (EBSCO), JSTOR, Science Direct (Elsevier), SocINDEX and Sociological Abstracts and Health + Science database consisting of AGRICOLA, Biological Abstracts, Biological Sciences, CINAHL Plus, EMBASE (Elsevier), Global Health (Ovid Technologies), PsycINFO, Pubmed, Science Direct (Elsevier) and Web of Science (ISI). Websites of Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Institute of Health (NIH) and World Health Organization (WHO). Internet searches through Google and YouTube were conducted to locate campaign materials.  <b>Inclusion Criteria:</b> 1) the intervention had to focus on reducing or preventing CPA or CP. 2) the intervention had to be a population-level strategy such as a mass media campaign or other educational efforts focused on universal targets. 3) Studies of Triple P were eligible only if they included an examination of the Level 1 media component of Triple P designed for universal targets. 4) Finally, the study had to report outcome evaluation results.</p>	<p>adults over the age of 18 years, parents, parents and caregivers with children of a certain age and care-givers</p>



Findings	Limitations	Key words
<p>Establishing effective prevention programs for domestic violence against women and children in LMICs requires an understanding of the sociopolitical, economic and cultural settings and a multilevel collaboration among various stakeholders.</p> <p>This review confirms the lack of research in the so-called 'developing countries' and provides suggestions for further research and prevention efforts in this setting.</p>	<p>The literature search undertaken in this review suggests that studies on prevalence, consequences or risk and protective factors related to domestic child maltreatment/ abuse or violence against women in LIMC settings in the year under review were also scarce. Multi-country studies are needed to provide reliable prevalence rates and to understand the consequence of various forms of domestic violence on mental health problems and suicide.</p>	<p>child maltreatment, domestic violence, LMICs, prevention, women</p>

Findings	Limitations	Key words
<p>Our formative research from this review suggests that CPA prevention program developers might consider integrating components into their programs that address the most commonly targeted risk factors highlighted in this review that were linked with significant outcome. Among the 17 studies, eight key risk factors were identified. the most frequent risk factors addressed by the campaigns were: lack of knowledge or skills regarding positive parenting techniques (82.4%), parental impulsivity (76.5%), lack of knowledge regarding child development or inappropriate expectations for a child's developmental stage (64.7%), inadequate social support (64.7%) and the stigma of asking for help (64.7%). Less commonly targeted risk factors included lack of knowledge about the consequences of hitting, CP or infant shaking (52.3%), parents' negative attribution biases (47.1%) and parents' lack of self-care (41.2%).</p>	<p>The evidence base for universal campaigns designed to prevent CPA remains inconclusive due to the limited availability of rigorous evaluations; however, Triple-P is a notable exception.</p>	<p>child physical abuse, corporal punishment, physical discipline, harsh parenting, harsh discipline, child maltreatment, shaken baby syndrome (SBS), physical punishment, spanking, smacking, child, violence, media, public campaign, positive parenting, intervention, program, prevention, and/or campaign</p>

## Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

Author, Title, years, country	Included studies	Methods (database, metanalysis, inclusion criteria)	Population (target)	
5. Walsh K., Zwi K., Woolfenden S., Shlonsky A. <b>"School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse (Review)"</b> 2015. Australia	<b>24 trials</b> (5802 participants)	<b>Database:</b> Cochrane Central Register of Controlled Trials; Ovid MEDLINE(R), 1946 to August Week 4, 2014; EMBASE (OVID), 1980 to 2014 Week 36; PsycINFO (OVID), 1967 to September Week 1 2014; CINAHL (EBSCOhost), 1937 to current; Social Science Citation Index (SSCI), 1970 to 29 August 2014; ERIC (EBSCOhost), 1966 to current; Sociological Abstracts (ProQuest), 1952 to current; Conference Proceedings Citation Index - Science (CPCI-S), 1990 to 29 August 2014; Conference Proceedings Citation Index - Social Sciences & Humanities (CPCI-SSH), 1990 to 29 August 2014; Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) 2014; ClinicalTrials.gov; ICTRP; Australasian Theses (via TROVE); Networked Digital Library of Theses and Dissertations (NDLTD). <b>Metanalysis.</b> <b>Inclusion criteria:</b> randomised controlled trials (RCTs), cluster-RCTs, and quasi-RCTs of school-based education interventions for the prevention of child sexual abuse compared with another intervention or no intervention.	children (aged 5 to 12 years) and adolescents (aged 13 to 18 years) attending primary (elementary) or secondary (high) schools	

Author, Title, years, country	Included studies	Methods (database, metanalysis, inclusion criteria)	Population (target)	
6. Macdonald G., Livingstone N., Hanratty J., McCartan C., Cotmore R., Cary M., Glaser D., Byford S., Welton N.J., Bosqui T., Bowes L., Audrey S., Mezey G., Fisher H., Riches W., Churchill R. <b>"The effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of psychosocial interventions for maltreated children and adolescents: an evidence synthesis"</b> . 2016, UK	<b>198</b> studies assessing the effectiveness of relevant psychosocial interventions for maltreated children (including 62 trials); + <b>6</b> studies assessing the cost-effectiveness (including five carried out using data from a trial and one decision-analytic model); <b>73</b> studies that looked at acceptability of treatment.	<b>Database:</b> Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL); Ovid MEDLINE; EMBASE (Ovid); Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL Plus); PsycINFO (Ovid); Science Citation Index Expanded (SCIE) and Social Sciences Citation Index (SSCI) (Web of Science); Social Care Online, Social Services Abstracts (ProQuest); Education Resources Information Centre (ERIC) ; British Education Index (ProQuest); Australian Education Index (ProQuest); Health Technology Assessment (HTA) database; Health Management Information (HMIC); Consortium (Ovid); Trials Register of Promoting Health Interventions (TRoPHI) ; EconLit (EBSCOhost); NHS Economic Evaluation Database (NHS EED); Health Economic Evaluations ; Database (HEED) Pediatric Economic Database Evaluation (PEDE) IDEAS; The Campbell Library; Database of Promoting Health Effectiveness Reviews (DoPHER); Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE); Cochrane Database of Systematic Reviews (CDRS) <b>Inclusion criteria:</b> For effectiveness, we included any controlled study. Other study designs were considered for economic decision modelling. For acceptability, we included any study that asked participants for their views.	Children in which maltreatment took place before 17 years 11 months, but where the participants were aged up to 24 years 11 months.	

	Findings	Limitations	Key words
	<p>This review found evidence that school-based sexual abuse prevention programmes were effective in increasing participants' skills in protective behaviours and knowledge of sexual abuse prevention concepts</p>	<p>The quality of the evidence for all outcomes included in the meta-analyses was moderate. Study quality was compromised in about half of the included studies, due to suboptimal data collection methods for study outcomes and inappropriate data analysis.</p>	<p>Schools; Child Abuse, Sexual; prevention; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Program Evaluation; Randomized Controlled Trials; Adolescent; Child;</p>

	Findings	Limitations	Key words
	<p>Pooled data on Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) for sexual abuse suggested post-treatment reductions in PTSD, depression and anxiety. No differences were observed for post-treatment sexualised behaviour, externalising behaviour, behaviour management skills of parents, or parental support to the child. Findings from attachment-focused interventions suggested improvements in secure attachment and reductions in disorganised behaviour, but no differences in avoidant attachment or externalising behaviour. Few studies addressed the role of caregivers, or the impact of the therapist-child relationship. Economic evaluations suffered methodological limitations and provided conflicting results</p>	<p>Studies were largely conducted outside the UK. The heterogeneity of outcomes and measures seriously impacted on the ability to conduct meta-analyses</p>	<p>child neglect, emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, children, PTSD, CBT.</p>

## Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

Author, Title, years, country	Included studies	Methods (database, metanalysis, inclusion criteria)	Population (target)
7. Stephenson L.A., Beck K., Busuulwa P., Rosan C., Pariante C.M., Pawlby S., Sethna V. <b>"Perinatal interventions for mothers and fathers who are survivors of childhood sexual abuse"</b> . 2017, UK	<b>16 studies</b> included (from 2.870 identified)	<p><b>Database:</b> Medline, Maternity and Infant Health, PsychINFO, PsychArticles, PubMed and the International Bibliography of the Social Sciences (IBSS) [from 1970 to June 2016]. <u>References of relevant papers</u>, chapters and books (electronically and manually). National and international <u>experts</u> were consulted via e-mail. <u>General web searches</u>.</p> <p><b>Inclusion criteria:</b> (i) psychosocial interventions for mothers/and or fathers, not confined to, but taking place at some point within the perinatal period (defined as the beginning of pregnancy until 12 months post-partum), who have experienced CSA with or without other forms of abuse; (ii) monitored changes in one or more outcome domains: psychological distress and/or psychopathology, parent-infant interaction, PTSD following childbirth, service engagement (i.e. attendance at antenatal appointments), other psychosocial variables (for example, family context), social and interpersonal functioning or public health outcomes (for example, physical health); and (iii) samples assessed/screened for CSA or any other abuse type examined alongside CSA.</p>	mothers and fathers who are survivors of childhood sexual abuse

Author, Title, years, country	Included studies	Methods (database, metanalysis, inclusion criteria)	Population (target)
8. Efevbera Y., McCoy D.C., Wuermli A.J., Betancourt T.S. <b>"Integrating Early Child Development and Violence Prevention Programs: A Systematic Review"</b> . 2018, USA	<b>6 studies</b> included (from 7.208 records)	<p><b>Database:</b> Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Abstracts of Reviews Effects (Child Abuse and Maltreatment), EconLit, ERIC-Education Resource Information Center, Family and Society Studies Worldwide, PsycINFO, PubMed, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, and Web of Science. + noneligible articles, and gray literature (e.g., conference proceedings, dissertations) identified through the systematic search.</p> <p><b>Inclusion criteria:</b> (1)Describe an early childhood program or intervention that measured at least one ECD and at least one child maltreatment outcome for children aged 0-8 years, following international convention on the ECD period (Consultative Group on Early Childhood Care and Development, n.d.);(2) Target universal or selective interventions for general population or families at risk for child maltreatment (O'Connell, Boat, &amp; Warner, 2009); (3)Include an evaluation of the intervention of , regardless of study design; (4) Be implemented in a LMIC, defined by World Bank classification at the time the study was conducted; (5)Be reported in a peer-reviewed publication outlet prior to December 31, 2014;(6)Include adequate information about program implementation, design, and content.</p>	First-time pregnant adolescent females ages 14-19; Mothers or expecting mothers Living in poor regions; caregivers, and teachers; adults, children, or adolescents considered to be at risk due to poverty, poor living conditions, low education levels, and/or unemployment.

	Findings	Limitations	Key words
	<p>Generally interventions were associated with improvements in maternal mental health, parenting competence, infant attachment security and positive public health outcomes. They were safe and feasible to implement, acceptable to parents and therapist, and therapists were able to implement protocols with adequate fidelity.</p>	<p>Data is hampered by small sample size, inconsistent reporting of childhood sexual abuse rates and outcome measures, scarcity of observational data and longer-term follow-up.</p>	<p>Childhood sexual abuse, Perinatal, Parent, Survivor, Intervention, PTSD</p>

	Findings	Limitations	Key words
	<p>Interventions were in Chile, Jamaica, Lebanon, Mexico, Mozambique, and Turkey. Five interventions were parent education programs, including center-based sessions and home visiting, while one intervention was a teacher education program. All but one study reported improvements in both child development and maltreatment outcomes.</p>	<p>Even within the six studies included, several factors constrain the conclusions that can be drawn. only three studies used experimental study designs. There was also variability in the design of each intervention as well as the instruments, scales, and approaches to measure a variety of outcome constructs, further complicating comparison.</p>	<p>Early Child Development, violence prevention, early childhood education; child abuse; maltreatment.</p>

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

**Allegato 8. Approfondimenti e voci bibliografiche Tabelle VII-VIII****“Prevenzione primaria e secondaria fascia prenatale, perinatale e prima infanzia”**

- (1) Rushton F. E., *et al.* (2015). “Enhancing child safety and well-being through pediatric group well-child care and home visitation: The Well Baby Plus Program.” *Child Abuse Negl* 41: 182-189: applicazione del Well Baby Plus Program (*home visiting*, osservazione, questionari visita pediatrica) su famiglie con condizioni socioeconomiche scarse, consente di ottenere benefici sulla salute di bambini/e e sul supporto della genitorialità e successiva prevenzione di abuso e incuria.
- (2) Prinz R. J. *et al.* (2016). “Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P system population trial”: Addendum.” *Prevention Science* 17(3): 410-416: prevenzione attraverso strategie di sanità pubblica che coinvolgono ampia fetta di popolazione (non solo interventi individuali a piccoli gruppi per evitare la stigmatizzazione): 1. Facile accesso al supporto genitoriale alle famiglie; 2. Programmi di intervento comunitari; 3. Uso dei media peer fornire modelli positivi di pratica genitoriale; 4. Collegamento tra i vari servizi pubblici.
- (3) Albuquerque L. M. *et al.* (2015). “Nursing Terminology defines domestic violence against children and adolescents.” *Rev Bras Enferm* 68(3): 393-400, 452-399.
- (4) Regnaut O. *et al.* (2015). “Risk factors for child abuse: levels of knowledge and difficulties in family medicine. A mixed method study.” *BMC Res Notes* 8: 620.
- (5) Tognoni A. *et al.* “Prevalenza e rischio di violenza verso i bambini con disabilità.” *Quaderno ACP* 2014: 21(2):69.
- (6) Lane W. G. (2014). “Prevention of child maltreatment.” *Pediatr Clin North Am* 61(5): 873-888.
- (7) Akehurst R. (2015). “Child neglect identification: The health visitor’s role”. *Community Pract* 88(11): 38-42: applicazione di guida metodologica per identificazione precoce dei comportamenti e dei sintomi che possono far supporre una situazione di insufficienza nelle cure.  
  
Prosman G. J. *et al.* (2015). “Effectiveness of home visiting in reducing partner violence for families experiencing abuse: a systematic review.” *Fam Pract* 32(3): 247-256: prevenzione della violenza assistita (IPV = violenza intraparentale) e delle conseguenze sullo sviluppo emotivo e comportamentale nel/nella bambino/a attraverso interventi domiciliari che prestino attenzione a IPV e sua misurazione prima e dopo intervento.
- (8) Regnaut O. *et al.* (2015). “Risk factors for child abuse: levels of knowledge and difficulties in family medicine. A mixed method study.” *BMC Res Notes* 8: 620: prevenzione dell’abuso infantile attraverso il miglioramento delle competenze e del ruolo del medico di famiglia, valutando, attraverso interviste a medici, la loro percezione dei fattori di rischio, le loro esperienze, le difficoltà incontrate nei casi di sospetto abuso, i loro sentimenti riguardo al ruolo nella cura di potenziali vittime.
- (9) Volta A. *et al.*, “Paternità : un’indagine sulle emozioni dei “nuovi” padri” *Quaderni ACP* 2006; 13 (4): 146-149: intervento di prevenzione indiretto: sostegno ai neogenitori a partire dai corsi pre-parto rivolti alle coppie anziché prevalentemente alle donne in gravidanza, importanza del *rooming in* per favorire oltre al legame madre-neonato/a anche il nascente rapporto padre-figlio/a, necessità di ripensare alle modalità organizzative aziendali che prendano sempre di più in considerazione la nuova genitorialità maschile per fornire sostegno e accompagnamento alla nascita più adeguati e per ridurre o limitare i fattori di ostacolo alla relazione padre-figlio/a (che spesso l’organizzazione del lavoro produce).
- (10) Intervento del/della pediatra nel rinforzare il ruolo degli uomini nella cura e nelle diverse fasi di sviluppo del/della proprio/a bambino/a, intervento di prevenzione indiretto da utilizzare anche in famiglie che si sono divise.
- (11) Esperienza S. Ilario d’Enza (RE): intervento di prevenzione a basso costo, vengono inviate 8 newsletter (guide anticipatorie) ai genitori ai diversi momenti delle età dei/della bambini/e, negli USA e in GB hanno dimostrato che questo approccio funziona nelle fasce deboli, ha costi quasi nulli, è basato su consigli anticipatori riportati alle tappe di sviluppo, sono inseriti anche suggerimenti di interazione bimbo/a-genitore, le informazioni sono date con molte immagini e poco testo per superare le possibili difficoltà linguistiche. L’obiettivo è quello di promuovere uno stile genitoriale responsivo, favorendo la relazione e rafforzando l’autoefficacia dei genitori.
- (12) Progetto “Mamme insieme” (buona prassi, Cesena 2014): formazione di mamme tutor volontarie che affiancano le neo mamme in difficoltà (obiettivo: mettere in circolo le competenze di cura).



- (13) Brunelli A. "Visite Domiciliari ai neonati e alle mamme nell'ambito territoriale di Cesena. Analisi di 25 anni di storia." Buona prassi AUSL Romagna: presentazione/offerta della visita, al rientro al domicilio per supportare il puerperio, nei corsi di accompagnamento alla nascita per costruire un rapporto di fiducia.
- (14) NICE: Social and emotional wellbeing of vulnerable children aged under 5: home visiting, early education and childcare; 2016.
- (15) Tamburlini G. "Visite domiciliari per mamme e bambini: razionale, evidenze, modelli e ipotesi di attuazione." Medico e Bambino 8/2012.
- (16) Esperienza Servizi educativi (buona prassi, Imola): oltre a prevedere l'accesso al nido con precedenza e a costo zero di bambini/e appartenenti a nuclei a rischio (pratica esistente in tutti i comuni di una certa consistenza), le/gli educatrici/tori dei nidi comunali partecipano al progetto "Neomamme" dell'ASP, dopo un'apposita formazione, andando a domicilio nella fase finale dell'intervento per instaurare una relazione di fiducia con le madri, finalizzata all'inserimento del/della figlio/a al nido il più presto possibile. Questa procedura abbatte le barriere psicologiche e culturali per l'inserimento al nido, che esistono al di là delle barriere economiche. Inoltre, a ottobre 2019 è partita la sperimentazione di un piccolo servizio 0-3 anni, sempre in collaborazione con ASP, che vede, alla mattina, la partecipazione attiva delle famiglie (a rischio sociale) nella gestione concreta del servizio, e a gennaio 2020 è stata avviata l'attività pomeridiana, una specie di "scuola per genitori", di tipo comunitario, sul modello delle *parents preschools* svedesi (purtroppo l'esperienza si è interrotta a causa dell'emergenza sanitaria legata alla pandemia da nuovo Coronavirus SARS-CoV-2). Questo progetto e la partecipazione al progetto "Neomamme" ovviamente si possono integrare reciprocamente.
- (17) Procedura interaziendale P.INT 012 Policlinico S.Orsola Malpighi - Azienda USL di Bologna: assistenza alle donne in gravidanza con disturbi emozionali e nel primo anno di vita del/della bambino/a. Assistenza alle donne con prevalente rischio sociale. Dimissione protetta neonato/a con problematiche sociali e/o sanitarie.
- (18) Effetti e vantaggi del "pelle a pelle" materno: riduce lo stress, promuove il *bonding* (attaccamento sicuro, legame, rapporto speciale tra genitori e figli/e in cui entrano in gioco cure e attenzioni riservate al/alla neonato/a a partire dal contatto fisico), aumenta la stimolazione delle competenze endogene materne, contribuisce a prevenire emorragia *postpartum*, vantaggi a breve e lungo termine per l'allattamento al seno (Colonna F. *et al.* "Padri in sala operatoria e contatto precoce "pelle a pelle" durante il taglio cesareo: si può fare!" Quaderni ACP 2009; 16(1): 10-14. Promozione della presenza paterna in sala operatoria durante il taglio cesareo se adeguatamente preparati e in casi selezionati) e Lucia Pavanello, Ospedale Santa Chiara di Trento, "Il contatto pelle-pelle" relazione al convegno L'allattamento al seno in Regione Emilia-Romagna" Bologna 30/9/2017. <http://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/consultori/flashmob-gallery/convegni-allattamento/convegno-lallattamento-al-seno-in-regione-emilia-romagna-bologna-30-settembre-2017>
- (19) Pellai A. *et al.*, "Nella mente dei padri. Uno studio per indagare le emozioni di un gruppo di padri partecipanti al percorso nascita di un consultorio familiare", Quaderni ACP 2009; 16(3): 104-108. Effetti presenza padri nella relazione precoce con il/la proprio/a figlio/a: comportamento meno aggressivo dei maschi, riduzione significativa della prevalenza di problemi comportamentali nei primi anni di frequenza scolastica, minore incidenza di comportamenti antisociali durante l'adolescenza sia per i maschi che per le femmine.
- (20) Le politiche pubbliche, che forniscono licenze di maternità e paternità, così come sussidi per le cure del/della bambino/a possono essere visti come sostegni a livello comunitario. Pagare la maternità porta a promuovere l'attaccamento genitore-bambino/a nei primi e cruciali mesi di vita e allevia lo stress finanziario della perdita del reddito. L'asilo nido gratuito o a basso costo promuove il lavoro riducendo i costi delle cure.
- (21) Prevenzione della sindrome del bambino scosso (*Shaken Baby Syndrome*), per il progetto "Don't shake the baby" dell'Azienda Ospedaliera di Parma consultare:  
– <http://www.ao.pr.it/curarsi/reparti-e-servizi-sanitari/neonatologia/non-scuotere-il-bambino-dont-shake-the-baby/>  
– video [https://www.youtube.com/watch?feature=player\\_embedded&v=5IZdp8wKkTA](https://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=5IZdp8wKkTA)  
per il progetto "Se piango ascoltami" consultare:  
– pagina associazione "L'isola che c'è" onlus, Bologna <https://lisolache.it/se-piango-ascoltami/>  
– video <https://lisolache.it/video/>

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

### **Allegato 9. Approfondimenti e voci bibliografiche Tabelle IX-X** **“Prevenzione primaria e secondaria fascia infanzia, preadolescenza e adolescenza”**

- (1) Williams, D. J., F. G. Neville (2017), *Qualitative evaluation of the mentors in violence prevention pilot in Scottish high schools*, *Psychology of Violence* 7(2): 213-223.

Valutazione qualitativa di studio osservazionale condotto in tre High School scozzesi in cui viene applicato il **Mentors Violence Prevention (MPV)** programma già applicato in scuole americane

MPV: programma di prevenzione violenza di genere - sfrutta modello di apprendimento tra pari (studenti suddivisi dallo staff school in *mentors e mentees*). Staff e *mentors* sono adeguatamente formati per insegnare ai *mentees* e guidarli/e verso un comportamento anti violento. I/Le *mentors*, membri dello stesso gruppo sociale dei/delle *mentees*, acquisiscono credibilità per cui riescono nel gruppo a modificare l'atteggiamento nei confronti della violenza di genere, proprio e dei *mentees*, favorendo il riconoscendo di comportamenti sbagliati. I/Le *mentors*, investiti del ruolo di guida incrementano la loro autostima raggiungendo una maggiore protezione contro la violenza.

Età: ragazzi 11- 14, 14-18 anni

Studio condotto presso High School scozzesi

Tipologia violenza analizzata: Violenza di genere

Intervento sostenibile riproducibile;

limiti dovuti dalla scelta non random da parte dello staff di *mentors e mentees*, interpretazione soggettiva dei risultati emersi dagli incontri di gruppo a causa della mancata trascrizione del materiale.

Il programma seppur con alcuni limiti, risulta essere qualitativamente valido e sostenibile e tutte e tre le categorie interessate dal programma considerano l'esperienza positiva ed in grado di modificare le attitudini ed i comportamenti nei confronti della violenza di genere.

- (2) Oliver B.E., Holmes L. (2015), *Female Juvenile Sexual Offenders: Understanding Who They Are and Possible Steps That May Prevent Some Girls From Offending*, *Journal of child sexual abuse* 24(6): 698-715.

Review di evidenze condotta ed incentrata sulle giovani donne responsabili di reati sessuali.

Il titolo recita: capire chi sono e prevenire che alcune lo diventino.

Abuso sessuale commesso dalle donne per molto tempo ignorato (convinzione che abuso fosse commesso solo da uomini e che gli abusi commessi dalle donne fossero meno dannosi).

80% di giovani donne abusanti riferiscono abuso sessuale in passato, anche in tenera età, spesso anche penetrazione e spesso violenza da multipli violentatori

60% di giovani donne abusanti riferiscono storie di abuso fisico, psicologico e incuria

Giovani donne abusanti provenienti da famiglie caotiche e disfunzionali, con genitori dipendenti (alcool o droghe), con non chiari confini sessuali e genitorialità inconsistente

Donne abusanti presentano inadeguate abilità sociali e assenza di sani rapporti con i pari, presentano frequentemente disordini psichiatrici, deficit attenzione/iperattività

Età: 11-14 anni / 14-18 anni

Studio condotto da Università del Minnesota USA e dalla Police Force Yorkshire UK

Conclusioni:

- Insegnare alle bambine che cos'è l'abuso sessuale e quali sono le conseguenze.
- Creare un programma educativo per le giovani donne che faccia capire perché è sbagliato ed illegale avere contatti sessuali con i/le bambini/e.
- Offrire supporto a bambine/i e adolescenti abusate (per evitare che diventino abusanti).
- Formare professionisti/e da dedicare alla cura delle ragazze abusanti.

- (3) **3.A** Walsh K. *et al.* (2015), *School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse*, *Cochrane Database Syst Rev*(4): Cd004380.

Livello di intervento: individuale

Formazione di bambine/i attraverso programmi scolastici, tra cui:

- educazione alla sicurezza personale (NCMEC 1999);
- comportamenti protettivi (Flandreau-West 1984);
- sicurezza del corpo personale (Miller-Perrin 1990);
- sicurezza del corpo (Wurtele 2007);
- prevenzione della violenza da parte di bambini/e e educazione alla protezione degli/delle stessi/e (NSW Department of School Education 1998)



Identificare il contenuto del programma copre temi come: la proprietà del corpo, tipi diversi di modi di toccare, potenziali situazioni di abuso, evitare, resistere o sfuggire a tali situazioni, segretezza, e come e a chi dire se si è verificato un abuso.

Formati usati: libri, fumetti, drammi teatrali, spettacoli di burattini, film, conferenze e discussioni, singoli o in combinazione (Duane 2002, Topping 2009, Wurtele 1987a).

Metodi di insegnamento: approcci puramente didattici (come un discorso, l'ascolto passivo degli/delle studenti e l'acquisizione di conoscenza); approcci comportamentali (come la modellazione); partecipazione attiva degli/delle studenti al gioco di ruolo, alle prove o alla pratica di nuove abilità di autoprotezione (Wurtele 1987a).

La durata e la frequenza dei programmi sono diverse, con 30 minuti di durata media.

**3.B** Dale R. *et al*, *Empowering and protecting children by enhancing knowledge, skills and well-being: A randomized trial of Learn to BE SAFE with Emmy*. Child Abuse & Neglect 51 (2016) 368-378.

Necessità di rivedere i modelli di educazione sanitaria nelle scuole, da quelle dell'infanzia alle superiori: trial random cieco su 245 bambini/e 5-7 anni (prima elementare) di cui 131 trattati/e, e 114 come gruppo di controllo, con l'obiettivo di prevenire l'abuso e il bullismo. Il trattamento consiste in un intervento psico educativo sullo sviluppo di comportamenti protettivi: riconoscere le proprie emozioni; riconoscere i segni della paura; riconoscere i segreti buoni e cattivi; riconoscere le parti del corpo pubbliche e private; riconoscere lo spazio personale; riconoscere le/gli adulte/i di riferimento. L'intervento è stato fatto a scuola, nel corso di 5 incontri di due ore con facilitatori/trici indipendenti qualificati. L'intervento è riproducibile all'interno dei programmi di **educazione sanitaria nelle scuole**, che preveda il coinvolgimento degli/delle insegnanti nella **promozione delle life skills**. La valutazione con questionario prima, dopo e a 6 mesi ha interessato le seguenti aree: acquisizione conoscenza dei comportamenti protettivi (si) intenzione all'utilizzo (si); aumento dell'ansia a seguito del trattamento (no); osservazione del cambiamento sulle conoscenze da parte dei genitori (si).

(4) Regnaut O. *et al*. (2015), *Risk factors for child abuse: levels of knowledge and difficulties in family medicine. A mixed method study*, BMC Res Notes 8: 620.

(5) **5.a)** Review: Lane W.G., *Prevention of child maltreatment*, USA 2014 *Pediatr Clin North Am*. 2014 Oct; 61(5): 873-888.

Nella review sono presentati diversi programmi valutati efficaci per la prevenzione primaria del maltrattamento e abuso su minorenne:

- **Triple P parenting program:** è programma composto di 5 livelli in base alle necessità; I)livello universale che include volantini informativi e informazione elettronica per tutta la popolazione; II)assistenza telefonica o di persona con seminari di 60-90min riguardo la gestione di piccole problematiche come pianto e toilet training; III) 4 sessioni di training attivo di 90 minuti ciascuna, per genitori con difficoltà multiple e neonate/i particolarmente difficili; IV) assistenza individuale che deve affiancare i genitori per 12 settimane; V) per genitori che oltre alle problematiche legate alla/al neonata/o hanno anche altre difficoltà, affianca all'educazione anche *home visiting* e assistenza sanitaria per i genitori.
- **Stop It Now:** campagna pubblicitaria sensibilizzante contro l'abuso sessuale, per promuoverne la denuncia attuata con annunci via radio, televisione, manifesti sugli autobus, articoli di giornale e siti web interattivi.

**5.b)** Review: Topping K.J., Barron I.G., *School-based child sexual abuse prevention programs: a review of effectiveness*, Review of Educational Research 2009; 79(1): 431-463.

- **Feeling Yes, Feeling No:** programma di tre incontri con le classi da un'ora ciascuno, condotti da professionisti/e. I materiali usati sono video, giochi di ruolo, discussioni, esercizi; valutazione finale con questionario per gli/le studenti.
- **STOP, CAPPP:** singolo incontro di un'ora, presentazione con strumenti multimediali da parte di volontari/e e insegnanti
- **Talking About Touching:** 15 lezioni per studenti più attività supplementari, presentate da insegnanti con l'ausilio di fotografie, vignette e discussioni di gruppo. Valutazione con questionario finale.
- **Body Safety Training Program:** sessione singola di 50 minuti gestita da insegnanti, con discussione di gruppo e video.
- **Protective behavior, keeping ourselves safe:** 8/12 sessioni di discussioni di gruppo fornite da insegnanti con l'ausilio di video. Apprendimento valutato con domande e questionario.
- **Kids on the Block:** sessione singola con utilizzo di pupazzi, canzoni e domande e risposte.
- **Project TRUST:** discussione con insegnanti e studenti delle scuole superiori, sessione composta da 30 minuti di gioco e 15 minuti di domande e risposte.
- **Right to security:** 8 incontri da 30-60 minuti gestite da facilitatori/trici per i primi 2 incontri, e da insegnanti per gli altri; presentazione, giochi di ruolo e discussioni.

## Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

- **Who do you tell:** due incontri da 45-60 minuti ciascuno con educatori/trici del programma; discussioni, video, giochi di ruolo, immagini.
  - **Stay Safe:** 12 incontri da 40 minuti ciascuno, gestiti da insegnanti; discussioni di gruppo, video, educazione comportamentale, questionario finale.
- (6) **SPACE:** incontro di 60-75 minuti con tre operatrici di un'associazione, esercitazioni con giochi di ruolo e modelli di comportamento, discussione.
- (7) Review: Lester S., Lawrence C., Ward C.L., *What do we know about preventing school violence? A systematic review of systematic reviews*, Psychol Health Med 2017 Mar;22(sup1):187-223. 2017, Sud- Africa.
- **Law and Justice curriculum** (Taylor *et al.*, 2010): formazione basata sull'informazione, per incrementare la capacità di bambini/e di riconoscere e raccontare un abuso. 5 sessioni.
  - **Interaction-based treatment** (Taylor *et al.*, 2010): progetto con studenti della scuola primaria per l'identificazione di comportamenti indesiderati, definizione di limiti. 5 sessioni, follow up di 6 mesi.
  - **Shifting Boundaries classroom-level** (Taylor *et al.*, 2011; Taylor *et al.*, 2013): insegnanti come tutor per studenti della scuola primaria; lezione e discussione sull'identificazione del comportamento indesiderato e sull'impostazione dei confini. Programma di 8 settimane.
- (8) Ridings L.E., Beasley L.O., Silovsky J.F., *Consideration of risk and protective factors for families at risk for child maltreatment: an intervention approach*, Journal of Family Violence volume 32, pages179-188(2017).
- (9) A. Pellai *et al.*, *Nella mente dei padri. Uno studio per indagare le emozioni di un gruppo di padri partecipanti al percorso nascita di un consultorio familiare*, Quaderni ACP 2009; 16(3): 104-108.
- Effetti presenza padri nella relazione precoce con il/la proprio/a figlio/a: comportamento meno aggressivo dei maschi, riduzione significativa della prevalenza di problemi comportamentali nei primi anni di frequenza scolastica, minore incidenza di comportamenti antisociali durante l'adolescenza sia per i maschi che per le femmine.
- (10) La Regione Emilia-Romagna dal 2010 ha aderito al Programma Pippi (Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che persegue la finalità di innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie cosiddette "vulnerabili" o "negligenti" al fine di ridurre il rischio di maltrattamento e il conseguente allontanamento di bambini/e dal nucleo familiare. Programma P.I.P.P.I. Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Università di Padova; 2011-2015. Reperibile al link:  
<https://www.fisppa.unipd.it/pippi-programma-intervento-prevenzione-dell%E2%80%99istituzionalizzazione%E2%80%9D>
- (11) Viesel K.D., Davis A.S., *Child maltreatment and the school psychologist*, Psychology in the Schools, 52(1) · November 2014.
- Si tratta dell'articolo introduttivo di un volume sul tema, contenente diversi altri articoli, con tagli molto diversi. Il contesto è quello USA e la maggior parte delle considerazioni/ricerche sono svolte nello Stato di New York e considerando la legislazione specifica. In generale, gli autori ritengono che la figura dello/a psicologo/a nella scuola possa essere determinante per la prevenzione e/o individuazione precoce dei casi di abuso. A tal fine, occorre sottolineare che l'Italia è l'unico Paese dell'OCSE dove non esiste l'équipe psicopedagogica nelle scuole statali.
- Tuttavia, a detta degli autori, non è sufficiente la sua presenza, ma è altresì necessario che lo/a psicologo/a sia una figura con rapporti ben radicati con tutte le componenti scolastiche (alunni/e, insegnanti e genitori) e abbia una preparazione specifica su questo tema. Il rischio da evitare è che lo/a psicologo/a scolastico/a sia visto come mero/a segnalatore/trice alle autorità di potenziali casi di abuso e maltrattamento, ma anche di considerare che, di norma, dove c'è, lo/a psicologo/a scolastico/a tende ad avere una preparazione soprattutto in merito all'apprendimento, alle difficoltà di comportamento e alla gestione dei conflitti nella scuola.
- A detta degli autori, lo/a psicologo/a scolastico/a, per occuparsi anche di prevenzione di A/M, dovrebbe avere una preparazione specifica su:
- neuropsicologia del/della bambino/a maltrattato/a;
  - problematiche cognitive conseguenti il maltrattamento;
- (12) Fox, C. L. *et al.* (2016). *Evaluating the effectiveness of domestic abuse prevention education: Are certain children more or less receptive to the messages conveyed?* Legal and Criminological Psychology, 21(1), 212-227. <https://doi.org/10.1111/lcrp.12046>
- La ricerca è stata svolta in UK, dove esistono molti programmi di prevenzione della violenza domestica (ma anche della violenza tra pari), ma ancora poche ricerche empiriche sulla loro utilità.
- Metodo: Alunni/e di età compresa tra 13 e 14 anni, frequentanti sette diverse scuole, hanno beneficiato di un programma di formazione di 6 settimane (*The Readapt project: relationship without fear*. Il programma è destinato a bambini/e dai 7 ai 13 anni e si svolge nelle scuole). I/le ragazzi/e coinvolti/e hanno compilato un questionario per

misurare il loro atteggiamento nei confronti della violenza domestica prima dell'intervento formativo, subito dopo e a distanza di 3 mesi (follow-up), rispondendo anche a domande su esperienze di maltrattamento (come vittime, colpevoli o testimoni) e capacità di/orientamento a chiedere aiuto. Sono stati coinvolti altri/e alunni/e in altre sei scuole come gruppo di controllo; ad essi/e sono stati somministrati gli stessi questionari pre e post intervento formativo, ma dello stesso non hanno beneficiato. In totale, 1.203 ragazzi/e hanno preso parte alla ricerca.

Risultati: i ragazzi e le ragazze che hanno beneficiato dell'intervento sono diventati meno disposti ad accettare la violenza domestica e più orientati a chiedere aiuto rispetto a quelli/e del gruppo di controllo; i risultati non variano tra il sottogruppo che ha già avuto esperienza di maltrattamento e quello che ancora non ne ha avute. Anche il follow-up a tre mesi ha dato esito positivo.

Conclusioni: questi risultati suggeriscono che un programma del genere potrebbe essere molto utile: sia i ragazzi che le ragazze traggono beneficio dall'intervento, e coloro che hanno subito maltrattamenti e quelli/e che non lo hanno (ancora) sperimentato mostrano un simile grado di cambiamento nell'atteggiamento.

Da questo studio si può trarre la conclusione che i programmi di prevenzione del maltrattamento in ambito scolastico possono essere utili, ma devono essere sufficientemente standardizzati, per permetterne la valutazione di efficacia e la replicabilità.

- (13) Man-Ging C.I. *et al.*, *Improving empathy in the prevention of sexual abuse against children and youngsters*, Journal of Child Sexual Abuse 24(7):796-815, · November 2015.

Questa ricerca ha coinvolto 48 professionisti/e dei servizi di cura che coinvolgono minorenni a rischio in America Latina (assistenti sociali e insegnanti, principalmente). La tesi della ricerca è di dimostrare che l'educazione emotiva di questi/e professionisti/e li aiuta ad essere più accoglienti e a comprendere meglio i/le bambini/e in potenziale situazione di abuso.

L'intervento formativo, durato alcuni mesi, ha utilizzato l'IRI come strumento di valutazione, comparando i risultati del pre-test con lo stesso test ripetuto 70 giorni dopo. Secondo gli autori, l'educazione all'empatia migliorerebbe la capacità di aiuto di questi/e professionisti/e, sia perché li/e rende più accoglienti e sensibili, sia perché permette loro di avere un maggiore controllo del contro-transfer che la relazione di aiuto elicitata in loro. Per loro stessa ammissione, lo studio ha il grosso limite di non avere un gruppo di controllo.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

**Allegato 10. Programma di visite domiciliari pre e postnatali: tempistica e contenuti**

<b>IPOTESI DI TEMPISTICA E CONTENUTI PER UN PROGRAMMA DI VISITE DOMICILIARI PRE E POSTNATALI</b>		
<b>Tempistica</b>	<b>Contenuti principali</b>	<b>Commenti</b>
<b>Prenatale</b> (primo trimestre)	Valutazione dello stato di salute e di benessere materno Informazione e consigli sulle pratiche preventive e sulle visite prenatali Valutazione dell'ambiente familiare	Ulteriori visite prenatali possono essere pianificate basandosi su eventuali rischi identificati, bisogni e richieste specifiche da parte della madre o su indicazione dei servizi
<b>Prenatale</b> (> 32 settimane)	Informazioni sul percorso nascita, incluse le diverse modalità offerte dai servizi presenti sul territorio Consiglio anticipatorio sulle più comuni problematiche post-parto sia materne che neonatali (e anticipazione della visita post-parto)	L'opportunità della visita immediatamente pre-parto va valutata a seconda della qualità e copertura dei servizi presenti sul territorio
<b>Postnatale</b> (entro 24-48 ore dalla dimissione)	Valutazione della salute e del benessere materno Valutazione del benessere del/della neonato/a Informazione e consigli su allattamento, cure essenziali al neonato, segni e sintomi più comuni Valutazione del tipo di supporto offerto dal contesto familiare e identificazione di eventuali problematiche socioeconomiche e psicosociali	Ulteriori visite postnatali possono essere pianificate in base alle problematiche identificate o a richieste specifiche da parte della madre o ancora su indicazione dei servizi, in particolare dei punti nascita
<b>Postnatale</b> (indicativamente 2°-3° mese, 5°-6° mese, 8°-9°mese)	Valutazione della salute e del benessere materno, del/della bambino/a, dell'interazione tra madre e bambino/a e della situazione familiare complessiva Valutazione e promozione dello sviluppo e delle pratiche che favoriscono un buon attaccamento e sviluppo del/della bambino/a Informazioni e consiglio anticipatorio con particolare riguardo alla nutrizione, alle vaccinazioni e allo sviluppo Consegna e illustrazione di materiali informativi e di promozione dello sviluppo (es. primi libri)	Numero, tempistica e contenuti delle visite postnatali da definirsi in base alle caratteristiche dei servizi locali Ulteriori visite da definirsi in base al bisogno e in raccordo con gli altri servizi sanitari e sociali e con il/la pediatra di famiglia

**Allegato 11. Fac simile Scheda di visita domiciliare**<sup>283</sup>

Dati anagrafici madre/genitore 1 (ad integrazione scheda CEDAP)	
Cognome _____	Nome _____
Indirizzo _____	
Tel _____	Nazionalità _____
Dati anagrafici padre/genitore 2 (ad integrazione scheda CEDAP)	
Cognome _____	Nome _____
Indirizzo _____	
Tel _____	Nazionalità _____
Dati anagrafici bimbo/a	data di nascita _____
Cognome _____	Nome _____
Ricovero in Tin dal _____ al _____ Motivo del ricovero _____	

<b>CONDIZIONE DI RISCHIO della madre/genitore 1</b>		
— primipara no corso parto	— < 18 anni	— > 45 anni
— donna sola	— con cittadinanza non italiana	— problemi socio economici
— tossicodipendente	— depressione/ disturbi della personalità	
<b>CONDIZIONE DI RISCHIO del padre/genitore 2</b>		
— < 18 anni	— problemi socio economici	
— con cittadinanza non italiana	— depressione/ disturbi della personalità	
— tossicodipendente		

DATA TEL.1 \_\_\_\_\_ DATA TEL.2 \_\_\_\_\_ DATA TEL.3 \_\_\_\_\_

**CONCORDATA Visita Domiciliare** No  Sì  da effettuare in data e ora \_\_\_\_\_

Motivi del rifiuto	Altri Servizi utilizzati o altre risorse disponibili
- presenza del Pdf che soddisfa le richieste	- Associazione volontariato (specificare) _____
- presenza di altro/a operatore/trice sanitario/a (specificare) _____	- Rete familiare/amicale soddisfacente
- va tutto molto bene, non serve aiuto senza specificare altro	- Altro (specificare) _____
- raggiunta troppo tardi, aveva problemi che ha già risolto (specificare) _____	- Richiesta di informazioni durante la telefonata tempo _____ min.
- Altro (specificare) _____	(specificare) _____

Osservazioni

---



---

Firma del genitore \_\_\_\_\_ Firma dell'operatore/trice \_\_\_\_\_

<sup>283</sup> Fac simile scheda utilizzata da AUSL Romagna, ambito Cesena modificata.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

<b>PRESENTI ALLA VISITA</b>	<b>OSSERVAZIONE DIRETTA DEL/DELLA BAMBINO/A</b>
<input type="checkbox"/> Madre/Genitore 1	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Padre/Genitore 2	PROBLEMI IGIENICO-AMBIENTALI
<input type="checkbox"/> Nonni	_____
<input type="checkbox"/> Altri _____	_____

<b>LA MADRE/IL PADRE (GENITORE 1/GENITORE 2) HA CONTATTATO IL PEDIATRA DI BASE</b>
<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO

<b>ATTEGGIAMENTO DELLA MADRE/GENITORE 1 DURANTE IL COLLOQUIO</b>
Accoglienza _____
Tipo di coinvolgimento _____
Utilizzo del linguaggio _____
Atteggiamento e problematiche manifestate _____
<b>ATTEGGIAMENTO DEL PADRE/GENITORE 2 DURANTE IL COLLOQUIO</b>
Accoglienza _____
Tipo di coinvolgimento _____
Utilizzo del linguaggio _____
Atteggiamento e problematiche manifestate _____

<b>QUALITÀ DELLA RELAZIONE MADRE/GENITORE 1-BAMBINO/A</b>
Comunicazione interpersonale _____
Holding _____
Consolabilità _____
Rigidità-flessibilità dei ritmi _____

<b>QUALITÀ DELLA RELAZIONE PADRE/GENITORE 2-BAMBINO/A</b>
Comunicazione interpersonale _____
Holding _____
Consolabilità _____
Rigidità-flessibilità dei ritmi _____

<b>REAZIONE DEL/DELLA VISITATORE/TRICE</b>
Difficoltà ad entrare in contatto _____
Tipo di coinvolgimento _____
Difficoltà di comunicazione _____
Sensazione di competenza _____
Interventi fatti _____

<b>ALTRE VISITE</b>	
DATA	_____
_____	_____
_____	_____

**Allegato 12. Esempio di griglia per la telefonata alla puerpera<sup>284</sup>**

<b>ITALIANA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettersi in condizione di riservatezza.</li> <li>- L'orario è importante: consigliato a metà mattina.</li> <li>- Mettersi in uno stato d'animo di disponibilità e serenità.</li> <li>- Presentarsi con chiarezza con nome, qualifica, servizio di appartenenza.</li> <li>- Chiedere come sta andando il puerperio (fare sempre domande aperte, e quando riferisce un problema, proponete la visita al domicilio).</li> <li>- Proporre la visita domiciliare come incontro per rispondere a domande di puericultura.</li> <li>- Qualora sia il coniuge/il compagno a rispondere al telefono, è bene informarlo sulla Visita Domiciliare (VD), ma la mamma del/della bimbo/a rimane la nostra figura di riferimento, per cui si chiederà di parlare con lei.</li> </ul>
<b>MIGRANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenere presente che per queste famiglie il problema è economico, sociale, abitativo.</li> <li>- Solitamente le primipare accettano la VD per poter usufruire delle stesse opportunità delle italiane.</li> <li>- Comunicare con parole chiare e tono di disponibilità.</li> <li>- Chiarire che questo è un servizio di informazione per le mamme, fatto gratuitamente a tutte le donne che partoriscono.</li> <li>- Essere elastiche per gli orari di visita in quanto il marito/il compagno spesso lavora ma deve essere presente per questioni di lingua.</li> <li>- Usufruire del servizio di mediazione culturale che ci mette a disposizione l'AUSL</li> <li>- In caso di RIFIUTO: fare un colloquio telefonico per sapere se ci sono difficoltà di allattamento; in tal caso proporre la visita al domicilio.</li> </ul>
<b>A RISCHIO SOCIALE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informarsi sulla situazione della famiglia con il/la pediatra di famiglia, servizi sociali, eventualmente presso il centro di salute mentale.</li> <li>- Confrontarsi con i/le colleghi/e o con lo/a psicologo/a del servizio</li> <li>- Avere ben chiaro il proprio ruolo professionale</li> <li>- Seguire i passi citati per la puerpera italiana o migrante, in base al caso da seguire.</li> </ul>

<sup>284</sup> Griglia utilizzata presso l'AUSL della Romagna, ambito Cesena, modificata.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

### **Allegato 13. Esempio di progetto di intervento di *Home Visiting***

Il progetto<sup>285</sup> è destinato a sostenere la genitorialità fragile.

I genitori possono presentare i seguenti fattori di rischio:

- basso livello socio-economico;
- età della madre (sotto i 18 e sopra i 40 anni)/età del padre (sotto i 18 anni)
- nucleo monoparentale;
- basso livello di scolarizzazione (licenza elementare o media inferiore);
- mancanza di supporto familiare;
- devianza sociale;
- gravidanza non desiderata;
- condizioni instabili di vita;
- violenza familiare subita o assistita;
- dipendenza da sostanze:
- psicopatologia;
- stato depressivo materno o depressione post-partum;
- famiglie migranti

Il/La bambino/a può presentare le seguenti caratteristiche:

- prematurità;
- malattie fisiche/con disabilità

Nelle famiglie ad alto rischio si sommano numerose condizioni individuali ed ambientali avverse che possono compromettere la qualità degli scambi interattivi, esponendo i/le bambini/e alla possibilità di esiti psicopatologici differenziati, sin dai primi mesi di vita.

Le risorse umane che si prevede di impiegare sono:

- invianti: pediatri/e, ginecologi/ghe, ostetriche, SERT, SIMAP, UONPIA, pediatria ospedale;
- operatrici: psicologhe, educatrici, assistenti sociali ed assistenti sanitarie selezionate e preparate al programma di assistenza mediante apposita formazione
- formatori/trici: psicologi/ghe, neuropsichiatri/e infantili;
- équipe di supervisione: psicologi/ghe, assistenti sociali, neuropsichiatri/e infantili, pediatri/e, assistenti sanitarie, mediatrici culturali.

Le ricerche dimostrano come questa metodologia d'intervento sia in grado di ridurre il livello di abuso e trascuratezza dei bambini sia nelle famiglie ad alto rischio psicosociale sia nelle condizioni di maternità a rischio depressivo.

#### Obiettivi

Si tratta di un progetto di prevenzione e supporto alla domiciliarità che, sul lungo periodo, ci si aspetta possa avere un impatto significativo in termini di diminuzione degli allontanamenti di minorenni e numero delle famiglie con minorenni in carico ai servizi sociali.

<sup>285</sup> Progetto home visiting, AUSL di Piacenza, modificato.



**Allegato 14. Questionario IPARAN<sup>286,287</sup>**

n.	Domande	Risposte (score)
1	Mi aspetto di ricevere supporto dal mio partner per la gestione di questo/a bambino/a	1.sempre (0) 2.spesso (0) 3.qualche volta (5) 4.mai (5)
2	Sono molto preoccupato/a di crescere questo/a bambino/a	1.sempre (5) 2.spesso (5) 3.qualche volta (0) 4.mai (0)
3	Durante gli ultimi 9 mesi mi sono sentito/a triste per la nascita di questo/a bambino/a	1.sempre (5) 2.spesso (5) 3.qualche volta (0) 4.mai (0)
4	Da bambino/a mi sentivo al sicuro con i miei genitori	1.sempre (0) 2.spesso (0) 3.qualche volta (1) 4.mai (1)
5	Quando ero bambino/a avevo la sensazione che la relazione tra i miei genitori fosse violenta	1.sì (1) 2.no(0)
6	Penso che i miei genitori mi abbiano picchiato/a troppo da bambino/a	1.sì(1) 2.no (0)
7	Negli ultimi 3 anni ho sofferto di problemi mentali gravi	1.sì (1) 2.no (0)
8	Quando litigo con il/la mio/a partner qualche volta arriviamo alla violenza fisica	1.sì (1) 2.no(0)
9	Dovrei bere meno alcol/assumere meno droga	1.sì (1) 2.no (0)
10	Una buona educazione prevede di dare schiaffi ai/alle bambini/e	1. sì (1) 2.no (0)
11	Prima dei 16 anni sono stato/a vittima di un abuso sessuale	1. sì (1) 2.no (0)
12	Mi sento accettato/a dalla mia famiglia	1.sempre (0) 2.spesso (1) 3.qualche volta (2) 4.mai (3)
13	Qualche volta mi arrabbio così tanto che perdo il controllo	1.sempre (1) 2.spesso (1) 3.qualche volta (0) 4.mai (0)
14	Mi sento a casa nel posto dove vivo	1.sempre (0) 2.spesso (1) 3.qualche volta (2) 4.mai (3)
15	Vorrei avere più persone intorno su cui poter contare	1.sempre (3) 2.spesso (2) 3.qualche volta (1) 3.mai (0)
16	Mi viene facile chiedere aiuto quando ho bisogno	1.sempre (0) 2.spesso(1) 3.qualche volta (2) 4.mai (3)

I **fattori di rischio** considerati nel questionario sono stati suddivisi in **3 categorie**:

1) l'infanzia dei genitori e la loro personalità: (sistema ontogenico):

- l'esperienza di uno dei genitori di abuso fisico, sessuale o emotivo.
- genitori che hanno assistito a violenza tra i loro genitori
- tendenza alle punizioni fisiche
- sentimenti ambivalenti rispetto alla genitorialità
- problemi psicologici o psichiatrici (soprattutto depressione o disforia) nei precedenti 3 anni
- dipendenza da alcol o sostanze

2) caratteristiche del/della bambino/a e della famiglia (microsistema):

- tendenza a risolvere i conflitti con la violenza
- genitori single
- prematurità del/della nascituro/a

<sup>286</sup> Claudia E. van der Put et al., *Screening for potential child maltreatment in parents of a newborn baby: The predictive validity of an Instrument for early identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect (IPARAN)*, Child Abuse & Neglect 70 (2017) 160–168,

<sup>287</sup> Versione modificata utilizzando un linguaggio neutro o inclusivo sotto il profilo del genere.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

3) caratteristiche del contesto sociale (esosistema):

- isolamento sociale.

Tra questi fattori 4 sono risultati particolarmente indicativi di rischio di maltrattamento da parte della figura paterna (abuso di alcol/droga, difficile accettazione da parte della famiglia, abuso sessuale prima dei 16 anni e incapacità di chiedere aiuto in situazioni di bisogno).

Al contrario solo due fattori sono stati collegati al rischio di maltrattamento da parte della madre (disforia, emozioni ambivalenti riguardo alla maternità).

Indipendentemente dal sesso i fattori più fortemente legati al rischio di maltrattamento sono stati:

- risolvere i conflitti con la violenza
- incapacità di autocontrollo
- mancanza di persone su cui fare affidamento
- abuso/maltrattamento da parte dei genitori

**Allegato 15. Strumento INTOVIAN<sup>288,289</sup>**

Lo strumento si compone di una lista di controllo di cinque elementi che trattano i fattori di rischio per la violenza fisica e/o psicologica, la trascuratezza e i modelli relazionali disfunzionali o di abuso tra il/la bambino/a-neonato/a e il suo caregiver. Il punteggio ottenuto non porta ad una diagnosi dell'abuso e della trascuratezza, ma ogni risposta positiva rappresenta un indicatore di rischio per sospettare la presenza del maltrattamento del/della bambino/a. Inoltre, la finalità dello strumento non è quella di valutare il rischio (alto, medio, basso) dell'abuso e dell'abbandono, ma piuttosto la presenza o l'assenza degli stessi in un momento specifico della visita da parte della famiglia. Tuttavia, il numero di risposte affermative dovrebbe condurre al raggiungimento di una decisione più solida nei confronti dell'azione da intraprendere.<sup>290</sup>

*Lo strumento che segue è stato sviluppato per un utilizzo da parte del personale del settore medico e dei servizi sociali all'interno di famiglie della popolazione generale che hanno bambini/e e neonati/e nella fascia d'età compresa tra 0 e 3 anni. Si prega di rispondere a tutte le domande basandosi sulle proprie osservazioni e/o opinioni personali.*

Spuntare un pallino per ogni riga.

Data (gg/mm/aaaa): \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Età del/della bambino/a (in mesi): \_\_\_\_ Sesso: Bambino  Bambina

Chi accompagna il/la bambino/a? [si prega di spuntare tutte le opzioni pertinenti]

Se si tratta di una donna:

Madre/Matrigna

Madre adottiva

Sorella

Nonna

Altro familiare donna (es.: zia): \_\_\_\_\_

Altra donna (specificare): \_\_\_\_\_

Se si tratta di un uomo:

Padre/Patrigno

Padre adottivo

Fratello

Nonno

Altro familiare uomo (es.: zio): \_\_\_\_\_

Altro uomo (specificare): \_\_\_\_\_

Domanda		sì	no	non pertinente
1	Nel caso in cui venga notato un trauma o un segno fisico o si venga informati dell'incidente: 12.8 La storia del caregiver è coerente?	0	0	0
	12.9 Si sarebbe potuto evitare o prevenire l'incidente/trauma fisico attraverso una supervisione idonea all'età del/della bambino/a	0	0	0
2	L'interazione caregiver-bambino/a-neonato/a è caratterizzata da (a,b e c NON si escludono a vicenda):	0	0	
	a. Rabbia e/o ostilità?	0	0	
	b. Freddezza e/o distacco?	0	0	
	c. Tensione e/o eccessiva ansia?	0	0	
3	Chi si occupa del/della bambino/a-neonato/a adotta un approccio fisicamente duro e/o nocivo?	0	0	
4	Ci sono altri segnali che fanno dubitare della:	0	0	
	a. Sicurezza fisica del/della bambino/a-neonato/a?	0	0	
	b. Sicurezza emotiva del/della bambino/a-neonato/a?	0	0	
5	C'è qualche altro fattore di rischio che fa dubitare della sicurezza o dell'idoneità delle cure verso questo/a bambino/a-neonato/a?	0	0	
	Se sì, si prega di specificare			

<sup>288</sup> Strumento per l'identificazione di famiglie a rischio o che presentano problematiche consolidate di abusi e forme di abbandono nei confronti di bambini/e e neonati/e.

<sup>289</sup> Versione *modificata* utilizzando un linguaggio neutro o inclusivo sotto il profilo del genere.

<sup>290</sup> <https://www.trentinosalute.net/content/download/18185/280018/file/maltrattamentiWEB.pdf>

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

**Allegato 16. "Leggi, politiche e interventi per creare ambienti favorevoli"<sup>291,292</sup>**

Leggi e politiche		Servizi e interventi
<p><b>Componente 1: Buono stato di salute</b></p>	<p><b>Copertura sanitaria universale</b> È garantita quando ciascuno può usufruire dei servizi di qualità di cui ha bisogno senza andare incontro a difficoltà economiche. È particolarmente importante che i caregiver e le famiglie siano in grado di poter accedere a tutti questi servizi, sia nelle strutture sanitarie che a livello di comunità. I servizi in questione includono la promozione e la prevenzione, così come i trattamenti, la riabilitazione e le cure palliative.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pianificazione familiare</li> <li>- Vaccinazioni per le madri e i bambini</li> <li>- Interventi finalizzati alla prevenzione del fumo e dell'abuso di alcol e altre sostanze e all'abbandono del loro uso</li> <li>- Prevenzione della trasmissione verticale dell'infezione HIV</li> <li>- Supporto alla salute mentale dei caregiver</li> <li>- Cure prenatali e alla nascita</li> <li>- Prevenzione delle nascite pretermine</li> <li>- Cure essenziali per i neonati e cure aggiuntive per i neonati piccoli e malati</li> <li>- <i>Kangaroo care</i> per i bambini di basso peso</li> <li>- Supporto alla ricerca tempestiva e appropriata di cure per i bambini malati</li> <li>- Trattamento integrato delle malattie del bambino</li> <li>- Diagnosi precoce di condizioni disabilitanti (quali problemi di vista e udito)</li> <li>- Cure per bambini con disabilità e difficoltà di sviluppo</li> </ul>
<p><b>Componente 2: Alimentazione adeguata</b></p>	<p><b>Il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno, e la Guida accompagnatoria</b> La commercializzazione inappropriata dei prodotti alimentari è un fattore importante che influenza negativamente le scelte delle madri di allattare nel modo migliore. Esistono un Codice e le relative raccomandazioni per mettere fine alla promozione inappropriata di alimenti per l'infanzia. Si tratta di strumenti importanti per creare un ambiente che consenta alle madri di effettuare le scelte migliori per quanto riguarda l'alimentazione, basate su un'informazione imparziale e libere da influenze commerciali e per aiutarle ad essere pienamente supportate nelle loro scelte.</p> <p><b>Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI)</b> I servizi per la maternità giocano un ruolo importante, supportando le madri nella relazione con i loro bambini attraverso un contatto fisico e pratiche di allattamento al seno. I servizi fanno questo aiutando le madri ad attaccare il bambino al seno immediatamente dopo la nascita, evitando di aggiungere acqua e proibendo la distribuzione di campioni di latte artificiale. I dieci passi della BFHI descrivono le condizioni essenziali per proteggere, promuovere e supportare l'allattamento al seno. E la <i>Baby-friendly Community Initiative</i> estende il supporto all'allattamento oltre i servizi sanitari.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutrizione materna</li> <li>- Supporto all'allattamento esclusivo e all'allattamento continuato dopo i 6 mesi</li> <li>- Supporto all'introduzione appropriata di alimenti complementari e alla transizione verso una dieta sana per tutta la famiglia</li> <li>- Integrazione con micronutrienti per la madre e il bambino, in base al bisogno</li> <li>- Fortificazione (iodio, ferro) di alimenti basici (farina, sale)</li> <li>- Monitoraggio della crescita e promozione, inclusi l'intervento e l'invio per approfondimenti quando necessario</li> <li>- Sverminazione</li> <li>- Supporto ad un'adeguata alimentazione del bambino durante la malattia</li> <li>- Cura della malnutrizione moderata e severa, così come del sovrappeso e dell'obesità</li> </ul>

<sup>291</sup> Tabella estratta da "La Nurturing care per lo sviluppo infantile precoce" traduzione italiana, il documento originale può essere reperito alla pagina: [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/child/nurturing-care-framework/en](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework/en)

<sup>292</sup> Si è scelto di inserire la tabella originale anche se il gruppo redazionale, del presente quaderno, consiglierebbe l'uso di un linguaggio neutro o inclusivo sotto il profilo del genere (es. bambino/a).

<p><b>Componente 3:</b> <b>Genitorialità</b> <b>responsiva</b></p>	<p><b>Congedo parentale retribuito</b> Il congedo parentale comporta per i bambini molti benefici: supporto all'attaccamento tra madre <sup>293</sup> e bambino, aumento della durata dell'allattamento al seno, aumento della probabilità che i bambini vengano vaccinati e ricevano cure preventive. Oggi i padri sono più coinvolti e si prendono più responsabilità legate alla cura dei loro bambini quando possono usufruire del congedo.</p> <p><b>Servizi educativi per la prima infanzia economicamente accessibili</b> L'aumento della percentuale di donne nel mercato del lavoro fa sì che i caregiver abbiano bisogno di servizi di cura per la prima infanzia accessibili dal punto di vista economico e di buona qualità. Questi servizi sono importanti anche per l'alta percentuale di madri single e per i caregiver o i bambini affetti da disabilità.</p> <p><b>Design urbano</b> Questo dovrebbe includere spazi verdi per bambini che facilitano il gioco tra adulto e bambino e l'apprendimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contatto pelle a pelle immediatamente dopo la nascita</li> <li>- Kangaroo care per i bambini di basso peso</li> <li>- Rooming-in per le madri e i nuovi nati e allattamento a richiesta</li> <li>- Alimentazione responsiva</li> <li>- Interventi che incoraggiano il gioco e attività di comunicazione del caregiver con il bambino</li> <li>- Interventi che promuovono la sensibilità e la responsività del caregiver ai segnali del bambino</li> <li>- Supporto per la salute mentale del caregiver</li> <li>- Coinvolgimento dei padri, dei familiari e degli altri eventuali partner</li> <li>- Supporto sociale da parte dalle altre famiglie, delle associazioni su base comunitaria e religiosa</li> </ul>
<p><b>Componente 4:</b> <b>Opportunità di</b> <b>apprendimento</b> <b>precoce</b></p>	<p><b>Accesso universale a servizi educativi per l'infanzia (nido, scuola dell'infanzia) di qualità</b> L'educazione precoce di qualità è essenziale per lo sviluppo cognitivo e sociale del bambino, così come per la preparazione alla scuola dell'obbligo. È importante che i bambini abbiano accesso ai nidi e alla scuola dell'infanzia. La frequenza a questi servizi è importante soprattutto per i bambini provenienti dai contesti più svantaggiati, perché funge da fattore protettivo nei confronti delle avversità che questi bambini possono incontrare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informazioni, supporto e raccomandazioni circa le opportunità di apprendimento precoce, incluso l'utilizzo di oggetti di uso quotidiano e giocattoli fai-da-te</li> <li>- Gruppi di gioco, lettura e racconto di storie per caregiver e bambini</li> <li>- Scambio e prestito di libri</li> <li>- Servizi mobili con giochi e libri (es. bibliobus)</li> <li>- Servizi educativi per l'infanzia (nido e scuola dell'infanzia) di qualità</li> <li>- Racconto di storie da parte degli anziani</li> <li>- Utilizzo della madrelingua nella cura giornaliera dei bambini</li> </ul>
<p><b>Componente 5:</b> <b>Protezione</b> <b>e sicurezza</b></p>	<p><b>Protezione e servizi sociali</b> La protezione sociale comprende sia le tutele assicurative che economiche (quali supporti al reddito e pensioni) e fornisce redditi diretti, regolari e prevedibili anche alle famiglie povere e vulnerabili. L'assistenza sociale è una parte molto importante e in crescita del sistema di welfare in molti paesi. Essa garantisce una sicurezza economica che riduce la povertà delle famiglie e la capacità di far fronte a eventi inattesi, migliora l'accesso ai servizi di salute e agli altri servizi, e può contribuire ad aumentare la copertura degli interventi sanitari di base, a migliorare la salute e la nutrizione di madri e bambini e ad aumentare la frequenza scolastica e a migliorarne i risultati.</p> <p><b>Salario minimo</b> Quando i caregiver non hanno redditi adeguati, c'è il rischio che i bisogni essenziali dei bambini - inclusa l'assistenza sanitaria e l'istruzione - non vengano soddisfatti, con conseguenze negative sullo sviluppo infantile precoce. Il salario minimo può migliorare la vita di milioni di bambini, sia che i caregiver siano impiegati nell'economia formale che in quella informale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registrazione alla nascita</li> <li>- Fornitura di acqua potabile e presenza di adeguati servizi igienici</li> <li>- Buone pratiche igieniche a casa, in famiglia e nella comunità</li> <li>- Prevenzione e riduzione dell'inquinamento negli ambienti domestici e in quelli esterni</li> <li>- Ambienti puliti liberi da agenti chimici nocivi</li> <li>- Spazi sicuri riservati alle famiglie e al gioco, sia nelle aree urbane che in quelle rurali</li> <li>- Prevenzione della violenza da parte dei partner e altri membri della famiglia e presenza di servizi di supporto (es. centri antiviolenza)</li> <li>- Presenza di servizi sociali</li> <li>- Trasferimenti monetari o voucher per l'accesso ai servizi e forme di previdenza sociale</li> <li>- Supporto alle famiglie e incoraggiamento delle adozioni e degli affidi piuttosto che dell'istituzionalizzazione</li> </ul>

<sup>293</sup> Le evidenze scientifiche, riprese nel presente quaderno, illustrano l'importanza di interventi di sostegno estesi anche ai padri per avviare e consolidare l'attaccamento.

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

IL MODELLO LOGICO <sup>294295</sup>				
IMPATTO				
Ogni bambino è in grado di raggiungere il suo pieno potenziale di sviluppo e nessun bambino è lasciato indietro. Tutti i bambini hanno uno sviluppo in linea con quanto atteso				
OUTCOME (Componenti della <i>nurturing care</i> )				
Buono stato di salute	Alimentazione adeguata	Genitorialità responsiva	Opportunità di apprendimento precoce	Protezione e sicurezza
<ul style="list-style-type: none"> <li>- I caregiver sono mentalmente e fisicamente sani</li> <li>- Le cure prenatali, alla nascita e postnatali sono di buona qualità</li> <li>- Madri e bambini sono vaccinati</li> <li>- La ricerca di cure appropriate per i bambini è tempestiva</li> <li>- Le malattie dei bambini sono trattate appropriatamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lo stato di alimentazione dei caregiver è adeguato</li> <li>- L'allattamento al seno è esclusivo e precoce</li> <li>- L'alimentazione complementare è appropriata</li> <li>- L'integrazione di micronutrienti è fornita quando necessaria</li> <li>- La malnutrizione dei bambini è trattata appropriatamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il bambino ha relazioni sicure con i caregiver</li> <li>- I caregiver sono sensibili e responsivi ai segnali del bambino</li> <li>- Le interazioni caregiver-bambino sono piacevoli e stimolanti</li> <li>- La comunicazione è bidirezionale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La comunicazione è linguisticamente ricca</li> <li>- Ci sono opportunità per il gioco appropriato in base all'età e per l'apprendimento precoce a casa e nella comunità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le famiglie e i bambini vivono in ambienti puliti e sicuri</li> <li>- Le famiglie e i bambini seguono regole igieniche</li> <li>- I bambini sono sostenuti nell'apprendimento delle regole</li> <li>- I bambini non vivono situazioni di trascuratezza, violenza, migrazioni forzate o conflitti</li> </ul>
OUTPUT (Azioni strategiche)				
1. Assicurare leadership e risorse	2. Focalizzarsi sulle famiglie	3. Rafforzare i servizi	4. Monitorare i progressi	5. Utilizzare dati e informazioni e innovare
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meccanismi di coordinamento di alto livello multisettoriali stabiliti</li> <li>- Situazione attuale analizzata</li> <li>- <i>Vision</i>, obiettivi, risultati attesi condivisi e piano d'azione sviluppato</li> <li>- Ruoli e responsabilità a livello nazionale, subnazionale e locale assegnati</li> <li>- Strategia di finanziamento sostenibile messa in atto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bisogni espressi e credenze delle famiglie incorporati nei piani</li> <li>- Figure di riferimento locali per stimolare il cambiamento identificate</li> <li>- Strategie di comunicazione nazionali implementate</li> <li>- Promotori di comunità della <i>nurturing care</i> potenziati</li> <li>- Gruppi comunitari e leader coinvolti nell'attività di pianificazione, costruzione del budget, implementazione e monitoraggio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opportunità di rafforzamento dei servizi esistenti identificate</li> <li>- Standard nazionali e pacchetti di servizi aggiornati</li> <li>- Profili di competenza delle risorse umane aggiornati e capacità rafforzate</li> <li>- Tutoraggio e supervisione allo staff una volta formato garantito</li> <li>- Sviluppo del bambino monitorato e, quando necessario, invio tempestivo assicurato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicatori per monitorare lo sviluppo infantile precoce stabiliti</li> <li>- Sistemi informativi di routine aggiornati per fornire dati essenziali</li> <li>- Dati resi disponibili in formati facilmente accessibili</li> <li>- Valutazione <i>population based</i> periodica dello sviluppo infantile precoce condotta</li> <li>- Dati utilizzati per processi decisionali e <i>accountability</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collaborazione tra più attori sulla ricerca nella <i>nurturing care</i> stabilita</li> <li>- Priorità identificate e risorse rese disponibili per la ricerca operativa</li> <li>- Innovazioni basate sulle nuove evidenze implementate</li> <li>- Piattaforma nazionale di apprendimento e ricerca avviata</li> <li>- Risultati delle ricerche e lezioni apprese pubblicati</li> </ul>
INPUT				
Assicurare la leadership, coordinare e investire risorse	Assicurarsi che le famiglie e le comunità abbiano acquisito la capacità di mettere in atto la <i>nurturing care</i>	Rafforzare i sistemi e i servizi già esistenti, assicurare un'azione congiunta e dinamica tra i diversi settori e attori	Monitorare i progressi fatti utilizzando appositi indicatori, tenere le persone informate e fornire risultati	Rafforzare le evidenze locali e innovare per estendere l'applicazione degli interventi

La *Nurturing care* propone cinque **azioni strategiche**, per ognuna di queste azioni, i governi dei paesi devono assicurare la leadership e coordinare le attività: assicurare leadership e investire risorse, focalizzarsi sulle famiglie e le loro comunità, rafforzare i servizi, monitorare i progressi e utilizzare dati e informazioni e innovare.

<sup>294</sup> "La *Nurturing care* per lo sviluppo infantile precoce" traduzione italiana, il documento originale può essere reperito alla pagina: [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/child/nurturing-care-framework/en](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework/en)

<sup>295</sup> Si è scelto di inserire la tabella originale anche se il gruppo redazionale, del presente quaderno, consiglierebbe l'uso di un linguaggio neutro o inclusivo sotto il profilo del genere (es. bambino/a).

### Allegato 17. Il/La pediatra e la prevenzione dell'abuso sessuale: messaggi di guida anticipatoria a genitori e bambini/e per ridurre il rischio di abusi sessuali

Messaggio	Target	Esempio/contesto
Solo medici/che e caregiver adulti specifici sono autorizzati a vedere "parti private"	<i>child</i> <i>parent</i>	Il/La pediatra può dire questo al/alla bambino/a durante l'esame dei genitali Il/La pediatra può chiedere ai genitori di specificare a quale/i caregiver è permesso fare il bagno/pulire/vestire il/la bambino/a
È importante mantenere canali di comunicazione aperti	<i>parent</i> <i>child</i>	Il/La pediatra può parlare ai genitori dei modi per favorire una buona comunicazione. Ad esempio, i genitori dicano ai bambini che possono e dovrebbero raccontare a loro quando qualcosa li infastidisce o il comportamento di qualcuno li mette a disagio. Il pediatra può incoraggiare i/le bambini/e a parlare con i genitori quando qualcosa li infastidisce o qualcuno li mette a disagio.
I genitori possono fare in modo di limitare le opportunità, per i sospettati di abuso (perpetratori), di avvicinarsi ai/alle bambini/e	<i>parent</i>	I genitori possono limitare alcune situazioni "un adulto /un bambino" attraverso le loro scelte dell'asilo e delle attività del/della bambino/a.
Sono disponibili risorse per aiutare i genitori a far capire meglio al/ alla bambino/a l'abuso sessuale, comunicare con i/le loro figli/e su questo argomento e prendere provvedimenti per proteggerli/e.	<i>parent</i>	Il/La pediatra può riferire ai genitori attingendo informazioni da: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enough Abuse Campaign: <a href="http://www.enoughabuse.org">www.enoughabuse.org</a></li> <li>• Darkness to Light: <a href="http://www.d2l.org">www.d2l.org</a></li> <li>• Stop It Now: <a href="http://www.stopitnow.org">www.stopitnow.org</a>.</li> </ul>



Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

### **Allegato 18. Ruolo del/della pediatra di libera scelta e del personale sanitario nella prevenzione del maltrattamento infantile**

<p>1. Effettuare screening per fattori di rischio di maltrattamento sui minorenni, inclusa la depressione dei genitori, abuso di sostanze, violenza da partner intimo, stress genitoriale, punizione severa, e insicurezza alimentare.</p>
<p>2. Identificare i fattori di protezione della famiglia (ad esempio supporto sociale, auto-efficacia, genitorialità, competenza)</p>
<p>3. Fornire una guida preventiva su comportamenti problematici e problemi di sviluppo che possono aumentare il rischio di maltrattamento (ad esempio pianto infantile, toilet- training)</p>
<p>4. Chiedere ai genitori sulla disciplina e aiutarli a sostituire punizioni corporali con strategie più efficaci e meno dannose</p>
<p>5. Discutere dello sviluppo sessuale e il comportamento con i genitori. Aiutare i genitori e i/le bambini/e a diventare più abili nella comunicazione sul sesso e sull'abuso sessuale</p>
<p>6. Essere informato/a sulla disponibilità e l'efficacia delle risorse di comunità locali. Incoraggiare le famiglie a utilizzare le informazioni fornite per identificare i servizi che soddisfano i loro bisogni.</p>
<p>7. Promuovere l'implementazione e il sostegno di servizi della comunità per aiutare le famiglie a prevenire i maltrattamenti.</p>
<p>8. Promuovere l'implementazione e il sostegno di programmi federali, statali e locali che migliorano attenzione ai fattori di rischio di maltrattamento (per esempio povertà, abuso sostanze, depressione e altri disturbi della salute mentale)</p>



**Allegato19. Tabella “Stadi di sviluppo del bambino e segnali di disagio”<sup>296,297</sup>**

Età	Stadio evolutivo	Crisi Evolutiva	Segnali di disagio “normali”/transitori	Segnali di disagio “patologici”/rigidi
0-1 anno	<b>1° stadio</b> <b>Allattamento e suo termine</b>	<b>Intorno agli 8 mesi</b> <b>Crisi dello svezzamento</b> Dovuta al passaggio dalla alimentazione liquida a quella solida. Si presenta per la necessità evolutiva di autonomizzarsi dalla dipendenza dalla madre e relazionarsi con il mondo ed attiva nella coppia madre-bambino la paura di perdere l'altro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inappetenza con riduzione dell'apporto alimentare e perdita di peso;</li> <li>- pianti prolungati, monotoni;</li> <li>- paura degli estranei;</li> <li>- temporanei disturbi del sonno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ritiro marcato dalle relazioni;</li> <li>- persistenza di pianti inconsolabili;</li> <li>- blocco oppure grave inibizione dell'attività motoria;</li> <li>- perdita di peso persistente dovuta ad un rifiuto del cibo;</li> <li>- movimenti ritmici del capo e del tronco;</li> <li>- gravi disturbi del sonno.</li> </ul>
1-3 anni	<b>2° stadio</b> <b>La scoperta del mondo</b> Conosce il mondo delle cose distaccate da sé, dice “io”, “tu”, “no”	<b>Entro i 3 anni</b> <b>Crisi dell'opposizione</b> È la fase del “no”; il bambino si oppone alle imposizioni dell'adulto per affermare la propria individualità e l'autonomia delle sue scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fino allora era buono e docile, diventa testardo e aggressivo;</li> <li>- oppure da prevalentemente attivo ora si chiude in se stesso, abbandona i giochi, evita le relazioni.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persistenza di comportamenti rigidamente oppositivi;</li> <li>- oppure chiusura e rifiuto sociale;</li> <li>- regressione delle recenti acquisizioni (es. linguaggio).</li> </ul>
3-6 anni	<b>3° stadio</b> <b>La conoscenza del mondo</b> Passa dal clan familiare alla piccola società scolastica. Riesce a separarsi dalle figure genitoriali. Riconosce le differenze sessuali, consolida la relazione a tre (madre, padre, bambino), acquisisce il controllo sfinterico, consolida il linguaggio.	<b>4-6 anni</b> <b>Crisi edipica</b> Desidera rapporti affettivi privilegiati con il genitore del sesso opposto e ha un rapporto ambivalente di ammirazione/contrapposizione con il genitore dello stesso sesso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansia di separazione;</li> <li>- ritardo del controllo sfinterico;</li> <li>- imperfezioni del linguaggio;</li> <li>- sporadiche balbuzie;</li> <li>- regressione del linguaggio</li> <li>- fobie verso gli animali divoratori;</li> <li>- ansia di danneggiamento fisico (ansia di castrazione);</li> <li>- masturbazione;</li> <li>- onicofagia (si mangia le unghie).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enuresi;</li> <li>- encopresie;</li> <li>- tic, balbuzie, fobia diurna e notturna;</li> <li>- rifiuto dell'inserimento nella scuola dell'infanzia;</li> <li>- si ammala frequentemente.</li> </ul>
6-10 anni	<b>4° stadio</b> <b>La scolarizzazione</b> Ingresso nella società allargata con inserimento nella scuola elementare, sviluppa lo spirito gregario. Integrazione con il gruppo dei pari, nuovi modelli di identificazione negli insegnanti, grosso impegno nell'apprendimento. Esce dal linguaggio egocentrico, si accentua l'introspezione, compare il concetto astratto	<b>Tra i 7 e gli 8 anni</b> <b>Crisi logico-morale</b> Dal mondo dei giochi al mondo delle regole. Il bambino ha formato un proprio “codice morale” (ciò che è giusto o sbagliato) all'interno della famiglia, che ora deve confrontare con quello dell'esterno a partire dal contesto scolastico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temporaneo rifiuto scolastico</li> <li>- difficoltà di apprendimento</li> <li>- difficoltà di relazione con adulti e coetanei</li> <li>- tendenza all'isolamento</li> <li>- scrupolosità per l'ordine o disordine</li> <li>- tendenza all'iperattività</li> <li>- crisi di opposizione a genitori e insegnanti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancata chiusura e isolamento dalle relazioni sociali</li> <li>- comportamento oppositivo-provocatorio verso genitori e insegnanti</li> <li>- rilevante iperattività</li> <li>- comportamenti aggressivi</li> <li>- caduta del rendimento scolastico</li> <li>- depressione, ansia, fobie, ossessività</li> <li>- fuga nella malattia</li> </ul>

<sup>296</sup> Montecchi F., Bufacchi C., “Abuso sui bambini: l'intervento a scuola”, Edizioni Franco Angeli, (2016).

<sup>297</sup> Si è scelto di inserire la tabella originale anche se il gruppo redazionale, del presente quaderno, consiglierebbe l'uso di un linguaggio neutro o inclusivo sotto il profilo del genere (es. bambino/a).

## Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

<p><b>11-17 anni</b></p>	<p><b>5° stadio prepuberale- puberale</b> Imponenti cambiamenti psicologici e fisici. Conflitto tra bisogno di autonomia e necessità di dipendenza dai genitori e dalla famiglia, lutto per la perdita dell'infanzia e spinta verso l'età adulta</p>	<p><b>Crisi dell'adolescenza*</b> Coesistenza contrastante di intellettualizzazione esasperata e tendenze ascetiche, problematiche sociali con centralità dei problemi corporei , difficoltà a gestire le pulsioni sessuali e aggressive emergenti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opposizioni differenziate rispetto ai genitori</li> <li>- presenza di "critica"</li> <li>- insoddisfazione dell'immagine corporea</li> <li>- aumenta il "senso estetico"</li> <li>- labilità emotive e dell'umore</li> <li>- facilità di "cortocircuito" e agiti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forte variabilità dell'umore</li> <li>- eccessiva timidezza o rancore nei confronti del mondo</li> <li>- persistente oppositività</li> <li>- tendenza al comportamento deviante</li> <li>- alternanza di ricerca e rifiuto della vicinanza corporea con l'adulto</li> <li>- disturbi alimentari</li> <li>- dismorfofobie</li> <li>- uso di "sostanze"</li> <li>- problematicità della sfera sessuale</li> <li>- gravi depressioni;</li> <li>- tentativi di suicidio</li> <li>- iperazionalismo freddo</li> <li>- comportamenti ossessivi-compulsivi</li> <li>- break-down</li> <li>- episodi allucinatori e deliranti</li> </ul>
------------------------------	--	--	--	---

**Allegato 20. Alcuni esempi di programmi di intervento a scuola**

Programma	Tutor	Intervento	Durata	Destinatari
<b>ACT</b>	Facilitatori/trici	Crescere bambini/e senza la violenza, rendendo i genitori consapevoli del processo di sviluppo infantile, dei fattori di rischio e di protezione correlati alla violenza attraverso workshop e diffusione di quaderni informativi	Diversa durata	Genitori e caregivers
<b>The Incredible Years<sup>a</sup></b>	Facilitatori/trici	Gruppo di programmi che prevedono interventi specifici per il training di: - <b>insegnanti</b> : Teacher Classroom Management Program e Incredible Beginnings Program; - <b>genitori</b> : cinque programmi genitoriali “di base” che mirano a fasi di sviluppo chiave. - <b>bambini/e</b> : Dinosaur School Social, Emotional Skills and Problem Solving Curriculum.	Diversa durata a seconda del programma	Genitori, figli/e (0-12 anni) e insegnanti
<b>Safes Dates<sup>b</sup></b>	Insegnanti e Educatori/trici	Tema della violenza affrontato con conferenze, poster, produzione di teatro tra pari (sessioni da 10 a 45 minuti); include anche una parte della comunità (gruppi di supporto, materiale per i genitori, formazione dei fornitori di servizi). Follow-up con telefonate a casa ai partecipanti dopo 2 anni.	10 sessioni	Studenti scuole elementari, genitori e comunità
<b>Feeling Yes, Feeling No<sup>c</sup></b>	Professionisti/e	Prevenzione specifica per l’abuso sessuale: incontri con le classi con uso di video, giochi di ruolo, discussioni, esercizi; valutazione finale con questionario per studenti.	3 incontri di un’ora ciascuno	Studenti scuola primaria
<b>Right to Security<sup>c</sup></b>	Facilitatori (primi 2 incontri) e insegnanti	Presentazione del tema della violenza fisica e psicologica, discussioni e giochi di ruolo; Valutazione finale con questionario.	8 incontri da 30/60 minuti	Studenti scuola primaria
<b>STOP: Stop, Tell someone, Own your body, Protect yourself<sup>c</sup></b>	Volontari/e formati/e da assistenti sociali	Insegnare ai /alle bambini/e attraverso giochi di ruolo la proprietà del corpo, i tocchi appropriati e inappropriati, regole di sicurezza (Stop, vai via, racconta e racconta fino a quando qualcuno non ascolta); distinguere segreti appropriati e inappropriati.	Singolo incontro di un’ora per classe	Studenti scuola primaria

<sup>a</sup> [www.incredibleyears.com](http://www.incredibleyears.com)

<sup>b</sup> Lester S., Lawrence C., Ward C.L. *What do we know about preventing school violence? A systematic review of systematic reviews.* 2017, Sud- Africa / Review n.25.

<sup>c</sup> Topping K.J., Barron I.G. *School-Based child sexual abuse prevention programs: a review of effectiveness.* USA 2009 /Review n.9.

**Collana<sup>298</sup> Maltrattamento e abuso sul minore. I quaderni del professionista**

1. Maltrattamento e abuso sul minore.  
*Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale*
2. Fratture e abuso.  
*Raccomandazioni per il percorso diagnostico*
3. Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel maltrattamento dell'infanzia e dell'adolescenza.  
*Raccomandazioni per gli operatori*
4. Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza.  
*Raccomandazioni per professioniste/i.*

**[Clicca qui per scaricare i volumi](#)**

---

<sup>298</sup> Fa parte della presente Collana come **numero speciale**, in quanto approfondimento sulla violenza di genere, il Quaderno "Violenza di genere. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale"



