

Allegato D

LINEE GUIDA PER GLI OPERATORI DELLA U.O. DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

INDICE

1.	PREMESSA	pag. 2
2.	GLI ABUSI NELL'INFANZIA: CLASSIFICAZIONE	pag. 3
3.	FATTORI DI RISCHIO	pag. 4
3.1	Nel sospetto abuso fisico e trascuratezza	
3.2	Negli abusi sessuali	
4.	ESITI FISICI E CLINICI NELL'ABUSO	pag. 6
4.1	Abuso fisico	
4.2	Patologia della somministrazione delle cure	
4.3	Abuso sessuale	
5.	CRITERI DI VALUTAZIONE CLINICA PSICHIATRICO-FORENSE NELL'ABUSO FISICO E/O SESSUALE	pag. 12
5.1	Criteri generali	
5.2	Esiti post-traumatici e criteri di assessment	
6.	LA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA	pag. 15
7.	SEGNALAZIONE E DENUNCIA	pag. 17
7.1	Minori che si trovano in stato di disagio o pregiudizio <i>Cosa segnalare A chi segnalare Come segnalare</i>	
7.2	Minori vittime di reato <i>Cosa segnalare A chi segnalare Come segnalare</i>	
7.3	Modello di segnalazione di sospetto pregiudizio ai danni del minore	
7.4	Modello di segnalazione di sospetto reato ai danni del minore	
8.	CASI DUBBI	pag. 24
9.	LA TERAPIA PSICOLOGICO-PSICHIATRICA	pag. 26
10.	PROCEDURE OPERATIVE	pag. 28
11.	L'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE: IL PROGETTO CRISALIDE	pag. 31
12.	GLOSSARIO – NORME E FIGURE GIURIDICHE DI RIFERIMENTO	pag. 32

1. PREMESSA

Qualsiasi forma di violenza, ma in particolare quella sessuale, costituisce sempre un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità in formazione di un bambino, provocando in molti casi gravi conseguenze a breve, medio e lungo termine sul processo di crescita specie nei casi in cui l'esperienza assume un carattere traumatico.

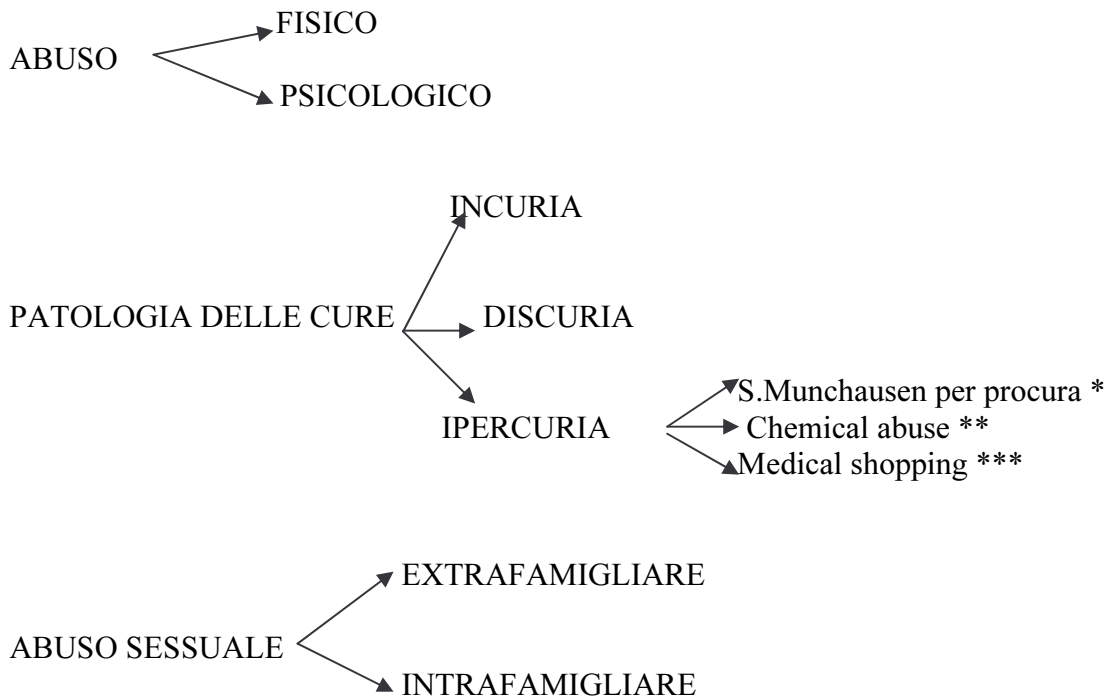
Le conseguenze riguardano funzioni psicologiche e adattive quali l'organizzazione del Sé, la regolazione degli affetti, lo sviluppo dei pattern di attaccamento, lo sviluppo dell'autostima, le relazioni con i coetanei e l'adattamento sociale.

Tali conseguenze possono derivare anche da fattori "periferici" all'esperienza di abuso, legati ai mutamenti ambientali ai quali il bambino o l'adolescente è sottoposto a seguito di quell'esperienza, oltre alle possibili vittimizzazioni secondarie legate ad interventi psicosociali impropri ed inadeguati, all'invasività del procedimento giudiziario o dal protratto coinvolgimento in una denuncia infondata.

Si è sentita pertanto l'esigenza di proporre le presenti linee guida, prioritariamente rivolte al Neuropsichiatra Infantile, per aiutarlo nel difficile percorso di rilevazione, diagnosi e trattamento degli abusi in età evolutiva attraverso un modello operativo di lavoro condiviso che faciliti proficue sinergie tra le diverse istituzioni coinvolte (famiglia, scuola, servizi socio-sanitari, forze dell'ordine e magistratura).

I contenuti del presente allegato si rifanno alle Linee guida per l'Abuso in età evolutiva della S.I.N.P.I.A (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) approvate nel Consiglio Direttivo della SINPIA il 15 Febbraio 2007

2. GLI ABUSI NELL'INFANZIA: CLASSIFICAZIONE



*Si tratta di un disturbo psicopatologico che comporta un controllo volontario da parte del soggetto che simula la malattia, talora con lucida convinzione delirante. Quando queste persone hanno figli, esse possono spostare la loro convinzione di malattia su questi: le storie dei sintomi e delle malattie vengono inventate dai genitori (quasi sempre le madre) riferendole ai propri figli, i quali vengono in tal modo sottoposti ad accertamenti clinici inutili e cure inopportune. Tutti gli organi sono bersagli potenziali, i sintomi riferiti e attribuiti al bambino dipendono unicamente dal tipo di fantasia della madre e delle sue conoscenze mediche. Talora può accadere che una MPS produca una falsa denuncia di abuso sessuale

** Anomala e aberrante somministrazione di sostanze farmacologiche o chimiche al bambino. Tale abuso va sospettato quando i sintomi non sono spiegabili sulla base delle consuete indagini di laboratorio e soprattutto se i sintomi si accentuano o insorgono quando la madre ha un contatto con il bambino e si assiste ad un rapido miglioramento dopo l'allontanamento della madre.

*** Si tratta di bambini che vengono portati da i genitori da un numero spesso elevatissimo di medici per disturbi di minima entità, in quanto i genitori sembrano percepire lievi patologie come gravi minacce per la vita del bambino.

3. FATTORI DI RISCHIO

3.1 Nel sospetto abuso fisico e trascuratezza

I fattori di rischio rappresentano le cosiddette "*spie luminose*" e i "*segnali di pericolo*" sociale e relazionale necessari a individuare le famiglie a rischio, e il supporto per formulare una diagnosi presuntiva di sospetto abuso o trascuratezza, intesa come ipotesi diagnostica, che deve essere verificata con l'aiuto di una équipe multidisciplinare.

Si distinguono:

1) *Le cause sociali*

- famiglie isolate dal contesto sociale;
- difficoltà economiche e/ lavorative;
- emarginazione sociale, immigrazione, cause religiose e razziali;
- isolamento dalle rispettive famiglie d'origine;
- condizioni abitative inadeguate per igiene e spazi;
- famiglia monoparentali (ragazze madri, separazione, divorzi vedovanze);
- disoccupazione paterna.

2) *Cause relazionali da parte dei genitori*

- patologia genitoriale;
- conflitti nella coppia genitoriale;
- età dei genitori;
- inversioni dei ruoli genitoriali;
- genitori maltrattati e/o con gravi carenze affettive;
- promiscuità;
- violenza materna.

3) *Patologie genitoriali*

- psicosi;
- gravi disturbi di personalità (borderline);
- gravi disturbi ansiosi o depressivi;
- tossicodipendenze;
- alcolismo;
- sociopatie;
- insufficienza mentale;
- handicap fisici o sensoriali.

4) *Cause relazionali da parte del bambino*

- patologia del bambino;
- gravidanza e nascita;
- ordine di genitura;
- sesso.

5) *Patologia del bambino*

- patologie neonatali;
- malattie croniche;
- handicap fisici e/o psichici;
- deficit di apprendimento;
- disturbi del sonno, pianto notturno e diurno;

- problemi delle condotte alimentari e/o sfinteriche;
- inibizione o ipercinesia.

3.2 Fattori di rischio negli abusi sessuali

Come “fattori di rischio” si intendono quei fattori che possono facilitare la insorgenza di una situazione di abuso, senza necessariamente essere in grado di produrla; va precisato che i fattori di rischio devono essere distinti dagli effetti e non possono assumere il significato di “indicatori” di una condizione di abuso sessuale.

Essi comprendono:

- famiglia monoparentale
- patologia psichiatrica, alcolismo, tossicomanie.

Meno significativi:

- matrimonio contratto in giovane età;
- prole numerosa;
- difficoltà sessuali tra i coniugi;
- paura di disgregazione familiare;
- promiscuità sessuale;
- tendenze simbiotiche-endogamiche.

Nell'abuso sessuale possono intrecciarsi in modo caratteristico due tipologie di personalità paterna e materna.

Personalità paterna

I tipologia

- rigido, autoritario, violento;
- inibente la vita sociale ed affettiva esterna dei figli;
- insensibile ai sentimenti e bisogni degli altri.

II tipologia

- dipendente e succube dalla moglie;
- maltrattato nell'infanzia;
- inversione dei ruoli coniugali.

Personalità materna

I tipologia

- passiva, succube, vittima di maltrattamenti;
- rifiutata dalla famiglia di origine;
- esperienze incestuose.

II tipologia

- autoritaria e centrale economicamente;
- rifiutante la propria famiglia;
- molto impegnata lavorativamente per cui perde il ruolo genitoriale e coniugale e lo delega alla figlia.

4. ESITI FISICI E CLINICI NELL'ABUSO

4.1 Abuso fisico

1) Criteri generali

- *localizzazione delle lesioni*: lesioni tegumentarie in sedi normalmente atipiche (zona retroauricolare, torace, dorso, area genitale o perianale, caviglie, pianta dei piedi); segni, attuali o pregressi, di morsi non animali in zone corporee non autoaggregabili; fratture epifisometafisarie, fratture costali, della clavicola e dell'acromion, in bambini che non hanno ancora acquisito una sufficiente autonomia motoria.
- *numero delle lesioni*: lesioni su differenti distretti corporei, lesioni multiple e lesioni multiformi per tipologia (ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo, lacerazioni ecc.);
- *cronologia delle lesioni* (con particolare riguardo all'epoca, all'evoluzione cicatriziale delle lesioni dei tessuti molli e delle fratture);
- *età del minore*: più il bambino è piccolo, meno verosimili risulteranno le giustificazioni date dagli abusi su traumatismi accidentali da lui stesso provocati.

2) Segni fisici

I segni fisici del maltrattamento sono in genere costituiti da:

- esperienze di traumi contusivi;
 - abrasioni;
 - escoriazioni;
 - ecchimosi;
 - ferite lacerocontuse o lacere;
 - morsi;
 - vibige (frustate);
 - lesioni scheletriche;
 - lesioni viscerali;
 - esiti cicatriziali.
- *Alcune contusioni* hanno la caratteristica di riprodurre "a stampo" la morfologia del corpo contundente che le ha provocate (mano, corda, cinghia).
- *Le ecchimosi*, frequenti nei bambini, devono far sorgere il sospetto di abuso quando sono presenti in un bambino molto piccolo che ancora non cammina o nei bambini più grandi quando sono localizzati all'addome o al torace.
- E' importante accertarsi che il bambino non soffra di malattie emorragiche e differenziare le ecchimosi dalle macchie mongoliche che sono localizzate a livello del sacro e talvolta lateralmente alla colonna vertebrale.
- *I morsi*: differenziare se il morso è stato inferto da un adulto o da un altro bambino, in quest'ultima evenienza la distanza tra i canini è inferiore ai 3 cm;
- *Le ustioni da immersione forzata*: con aspetto a calza o a guanto e assenza dell'ustione nella superficie cutanea a contatto con la vasca o il bidé;
- *Le ustioni da sigaretta*: la lesione da sigaretta è più profonda interessando il derma ed è perfettamente circolare;

- *Lesioni scheletriche*: fratture multiple di diverso stadio di evoluzione. Pregresse fratture mal consolidate, frattura a carico delle ossa lunghe in bambini molto piccoli, fratture metafisarie, fratture costali multiple secondarie a manovre di afferramento e di costrizione;
- *Traumi cranici*: ematomi subdurali, frattura cranica, emorragia intraoculare, otorragia o di epistassi, altra patologia;
- *L'espressione di concussione cranica (Shaken Synndrome)*: ematoma subdurale, associato a emorragie intraoculari;
- *Altre manifestazioni cliniche*: distacchi retinici, emorragie retiniche e preretiniche, perforazione della membrana timpanica (da schiaffo), lesioni viscerali (fegato, milza, reni).

3) Diagnostica per immagini nell'abuso fisico

Elementi che nell'insieme possono allertare il radiologo sono rappresentati da: lesioni multiple (ossee o delle parti molli), l'età del paziente, la sede delle lesioni, gli aspetti particolari di alcune lesioni e infine la cronologia della lesione stessa.

Le lesioni scheletriche ad alta specificità sono le lesioni metafisarie, le fratture posteriori delle costole, le fratture della scapola e dei processi spinosi vertebrali e le fratture sternali.

Di media specificità sono le fratture multiple, specialmente bilaterali, le fratture di diversa età, i distacchi epifisari, e le fratture dei corpi vertebrali e le lussazioni, le fratture clavicolari, le fratture delle diafisi delle ossa lunghe e le fratture lineari del cranio.

Le lesioni del cranio sono molto spesso a carico del contenuto piuttosto che delle ossa e in questo caso sono riconoscibili soltanto mediante una tomografia assiale computerizzata (TAC) o una risonanza magnetica nucleare (RMN).

Altre lesioni non riconoscibili con la semplice radiografia sono quelle addominali chiuse.

Le lesioni più frequenti sono costituite dai danni a carico degli organi cavi, come rotture ed ematomi intramurali, lesioni dei vari mesenterici, lesioni del fegato e pancreas e versamenti peritoneali.

In questi casi ci aiuta l'ecografia che ci fa riconoscere lesioni di organi parenchimatosi o piccole raccolte endoperitoneali reattive come piccole falci di raccolta sottoepatica o raccolte retrovescicali.

4.2 Patologia della somministrazione delle cure

1) *Incuria*

Gli indicatori per la diagnosi possono essere suddivisi in:

- stato di salute;
- segni fisici;
- segni comportamentali.

Stato di salute

- Calendario delle vaccinazioni obbligatorie non rispettato.
- Carie dentali non curate, disturbi visivi o uditivi non trattati.
- Bambini affetti da patologie pediatriche croniche, non adeguatamente curati.

Segni fisici

- Vestiti inadeguati all'età, al sesso e alle stagioni.
- Scarsa igiene e dermatiti recidivanti scabbia e pediculosi.
- Distorsione delle abitudini alimentari con denutrizione o, al contrario, ipernutrizione.
- Sviluppo psicomotorio spesso ritardato.
- Bassa statura psicosociale.
- Caratteristica peculiare di questi bambini è quella di mostrare un decisivo miglioramento sia delle condizioni fisiche sia delle acquisizioni psicomotorie quando vengono allontanati dalla famiglia, anche se si trovano in una situazione sfavorevole come può esserlo un ricovero in ambiente ospedaliero.

Segni comportamentali

- I bambini appaiono pigri, stanchi, di scarso rendimento scolastico e con disturbi dell'attenzione, tristi, si comportano da pseudo-insufficienti mentali. Sono soggetti ad avere infortuni domestici, non vengono mandati a scuola
- Si stabiliscono spesso pattern di attaccamento insicuri.
- Inversione dei ruoli: il bambino assume un ruolo genitoriale nei confronti dei propri genitori.

2) *Discuria*

- I genitori sono ignari della violenza che stanno esercitando.
- Tutto ciò può portare a:
 - anacronismo delle cure;
 - imposizione di ritmi di acquisizione precoci;
 - aspettative inadeguate/irrazionali

3) *Ipercure*

Le caratteristiche dei genitori

La madre è più frequentemente l'autrice dell'abuso. Sono donne che posseggono un grado di istruzione medio-alto, appaiono come madri sollecite e ansiose per lo stato di salute del figlio e raccontano volentieri la storia della malattia del figlio. Spesso il racconto risulta apparentemente lucido ma con frequenti contraddizioni.

Il padre appare passivo e scarsamente presente; non interviene nell'impedire le condotte abusanti

Le caratteristiche del bambino

Tende a colludere con la propria madre, simulando, a sua volta, uno stato di malattia.

Le conseguenze psicologiche possono essere suddivise in:

- difficoltà scolastiche;
- isolamento, assenza di interazioni sociali;
- percezione corporea distorta;
- disturbi e ritardi nell'organizzazione della personalità e della propria identità

4.3 Abuso sessuale

Per quanto riguarda la diagnosi medica dell'abuso sessuale, va precisato che nella grande maggioranza delle forme di abuso sessuale non si determinano segni da rilevare. Data la loro aspecificità, i segni fisici raramente sono in grado di condurre alla certezza che il bambino abbia subito un abuso, né è possibile in molti casi individuare con precisione le modalità dello stesso. Abusi sessuali compiuti in modo non violento, con "tenerezza", utilizzando ad esempio dei lubrificanti, non lasciano segni evidenti. Può comparire soltanto un leggero arrossamento che scompare rapidamente. Al contrario i segni di penetrazioni attuate con violenza portano a sofferenze e sanguinamenti. Nei bambini molto piccoli i segni abbastanza tipici degli atti di libidine ripetuti sono costituiti da irritazioni cutanee riscontrabili all'ispezione dei genitali.

Nessun segnale considerato isolatamente consente la diagnosi, ma il complesso degli esiti clinici va contestualizzato.

1) Esiti clinici fisici di abuso sessuale possono essere:

- i graffi vicino alla zona genitale;
- i corpi estranei nella vagina o nel retto;
- le tracce di liquido seminale;
- lesioni emorragiche;
- le infezioni trasmissibili sessualmente;
- le gravidanze in adolescenza;
- la pubertà precoce.

2) Esiti psicocomportamentali di cambiamento comportamentale (esiti a breve-medio termine) possono comprendere:

Fino a 6 anni di età

- Disturbi del sonno
- Disturbo delle condotte alimentari
- Lamentele per dolori fisici (cefalea, dolori addominali)
- Preoccupazioni insolite
- Paure immotivate
- Rifiuto nel mostrare il corpo nudo
- Esplosioni emotive improvvise (pianto, crisi di rabbia, mutismo)
- Isolamento familiare/sociale
- Aggressività contro adulti/coetanei
- Autolesionismo
- Interesse sessuali e comportamentali sessualizzati inappropriati all'età, masturbazione compulsiva
- Particolari caratteristiche del gioco

Dai 6 anni in poi

- Disturbi del sonno
- Disturbo condotte alimentari
- Lamentele per dolori fisici (cefalea, dolori addominali)
- Preoccupazioni insolite

- Paure immotivate
- Rifiuto o compiacenza nel mostrare il corpo nudo anche in situazioni mediche, reattività al contatto fisico
- Esplosioni emotive improvvise (pianto, crisi di rabbia, mutismo)
- Aggressività contro adulti/coetanei
- Autolesionismo
- Interessi sessuali inappropriati all'età, masturbazione compulsiva, comportamenti sessuali promiscui
- Passività, inibizione del pensiero
- Depressione, isolamento
- Difficoltà scolastiche
- Oppositività, provocatorietà
- Fughe
- Comportamenti immaturi, regressione fasi evolutive precedenti
- Tentativi di suicidio

Non esiste una sindrome clinica “caratteristica” ed identificabile legata specificamente all’abuso sessuale. I disturbi psichici ad esso legati, che compaiono peraltro incostantemente ed in funzione dei fattori di rischio presenti e delle modalità (durata, intensità) con cui l’abuso è stato compiuto, possono corrispondere ad un ampio repertorio condizioni cliniche (principio di equifinalità) Non esistono indici comportamentali ed emotivi patognomonici di abuso sessuale; in un'elevata percentuale di casi non si manifestano condotte problematiche. L’impatto di un abuso sessuale può variare qualitativamente e quantitativamente in funzione di variabili particolari. La letteratura segnala che gli effetti a lungo termine dell’abuso sessuale restano ancora indefiniti e non chiariti da sufficienti ricerche longitudinali. Inoltre, in letteratura non esistono pareri concordi e studi che dimostrino l'esclusività di una o più condotte come criterio diagnostico. Questi indici possono essere riscontrati anche in minori che hanno subito traumi o stress familiari/ambientali di natura non sessuale. E’ quindi necessaria una particolare cautela prima di identificare un comportamento come possibile “indicatore” di una condizione di abuso.

Anche la presenza di un solo segno comportamentale, quando sia:

- improvviso
- perdurante nel tempo
- immodificabile nonostante le strategie di rassicurazione dell'adulto
- non in relazione ad eventi e/o cambiamenti di abitudini di vita

richiede tuttavia un approfondimento psico-diagnostico presso i Servizi di Neuropsichiatria infantile con operatori specificamente formati.

5. CRITERI DI VALUTAZIONE CLINICA PSICOSOCIALE E PSICHIATRICO-FORENSE NELL'ABUSO SESSUALE SUI MINORI

5.1 Criteri generali

1. La valutazione e l'intervento devono fondarsi su una collaborazione "in rete" tra le diverse agenzie/istituzioni che sono a diverso titolo coinvolte (famiglia, scuola, Tribunale Ordinario, Tribunale per i Minorenni, istituzioni sociali e sanitarie, Autorità di Pubblica Sicurezza). L'obiettivo primario è costituito dal migliore interesse e dalla salute psicologica del/della minore. E' opportuno che le eventuali valutazioni consulenziali in ambito psichiatrico-forense (in ambito penale e civile) si svolgano in maniera coordinata con gli interventi psicosociali posti in atto dai Servizi Sociosanitari.
2. La azione di valutazione e di intervento da parte dei Servizi Sociosanitari, in una prospettiva di "rete", si può svolgere su due livelli. Il *primo livello* comprende una prima analisi delle situazioni pervenute al Servizio da parte del/della minore stesso/a, della famiglia e/o della scuola, e si attua tramite un *assessment* del contesto ambientale, eventualmente esteso all'ascolto del/della minore; in tale caso, gli accertamenti devono svolgersi in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria e con quella di Pubblica Sicurezza. In seguito a questa prima analisi si può, in taluni casi qualificabili come emergenze, e con il coinvolgimento del Tribunale per i Minorenni (*secondo livello*), provvedere urgentemente alla messa in opera di interventi psicosociali quali l' allontanamento dall'ambiente familiare, con collocazione in ambiente protetto, ai sensi dell'art. 403 C.C. Tali decisioni devono comunque fondarsi sia su riscontri allargati al contesto familiare e sociale (raccolti tempestivamente su richiesta dell'Autorità Giudiziaria), sia su un'eventuale assistenza psicologica e/o terapia per il/la minore e la sua famiglia.

Raccomandazioni

L'*assessment* clinico e psichiatrico-forense del/della minore presunto/a vittima di abuso sessuale si fonda sull'analisi e l'interpretazione congiunte degli esiti clinici psicocomportamentali ed emotivi e di quelli testimoniali, allargando sempre la valutazione al contesto ambientale e motivazionale all'interno del quale ha preso origine la denuncia. Nella indagine clinica relativa ai comportamenti della presunta vittima occorre provvedere a distinguere l'evoluzione delle manifestazioni cliniche nei diversi momenti: prima della esposizione all'abuso, durante la esposizione e dopo l'inizio nel coinvolgimento giudiziario.

La valutazione psichiatrico-forense del comportamento e delle reazioni emotive del bambino si fonda principalmente sui riscontri anamnestici ed osservativi.

L'anamnesi comprende gli indizi precoci (sintomi a breve termine), i cambiamenti comportamentali, le manifestazioni somatiche. Essa può essere svolta avvalendosi anche di adeguate scale di valutazione (come la CBCL, *Child Behavior Check List* di Achenbach e coll., 1991), e deve essere completata da riscontri diretti (colloquio clinico, osservazione, eventuali reattivi psicodiagnostici). Secondo la letteratura più aggiornata, tali indici possono comprendere una grande varietà di reazioni comportamentali, che possono comprendere la assenza di reazioni visibili; il solo indice che possiede una più significativa specificità consiste nella presenza di comportamenti sessualizzati inadeguati per l'età.

I test psicologici proiettivi (disegno tematico, Rorschach, CAT e TAT, FAT, Blacky, Favole della Duss, etc.) non sono utilizzabili per la specifica valutazione in tema di abuso sessuale, in quanto gli

studi (Waterman e Lusk, 1993) non dimostrano significative differenze tra minori sessualmente abusati e non, e gli elementi clinici che se ne ricavano sono correlabili a molte condizioni generali di stress e/o traumatiche. Essi possono fornire soltanto indicazioni relative alla struttura di personalità del/della minore, al suo assetto relazionale ed alla qualità degli eventuali disturbi psicopatologici. Anche la validazione sperimentale del disegno come tecnica per evidenziare eventi sessuali traumatici ha fornito risultati molto dubbi; il numero dei bambini abusati che disegna genitali e/o atti sessuali è limitato (dal 7 al 10% contro lo 0-2% dei gruppi di controllo secondo i diversi studi), anche se vi è qualche prova del fatto che essi siano più inclini a farlo. Ciò che emerge dagli studi che utilizzano i disegni in relazione al maltrattamento del bambino sembra relativamente inconcludente per quanto riguarda l'uso dei disegni per identificare l'eventuale maltrattamento subito. Vi sono evidenze che i bambini i quali eseguono spontaneamente disegni contenenti genitali possono aver bisogno di successivi approfondimenti, dal momento che attualmente sembra esserci un'alta possibilità di falsa identificazione dell'abuso sessuale con l'utilizzo soltanto di questo indicatore (Veltman e Browne, 2003). Il disegno può in ogni caso essere utilizzato come strumento di ausilio per stabilire un contatto con il/la minore, per introdurre l'argomento in questione, o per aiutare il/la minore a circostanziare maggiormente le sue affermazioni.

5.2 Esiti post-traumatici e criteri di assessment

La forza delle evidenze scientifiche raccomanda una particolare attenzione nella scelta dei criteri di valutazione clinica relativi alle condizioni post-traumatiche. L'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* nel 1998 ha proposto una serie di parametri pratici per l'*assessment* e il trattamento dei bambini e degli adolescenti con PTSD. Le raccomandazioni principali contenute nel documento consistono in:

- intervista con i genitori o i *caregiver*;
- ottenere il racconto dell'evento traumatico (o degli eventi traumatici) al fine di classificare tale evento come *stressor* "estremo";
- ottenere informazioni rispetto a eventuali *stressors* precedenti, concomitanti o più recenti nella vita del bambino (abuso o trascuratezza, conflitti significativi, separazioni, divorzi, spostamenti frequenti, cambiamenti di scuola o altre interruzioni significative, lutti in famiglia, malattie, disabilità, abuso di sostanze, esposizione a violenza domestica o di comunità, eventi traumatici nelle vite dei genitori dei quali il bambino è a conoscenza);
- valutare la presenza di sintomi elencati nel DSM-IV per il PTSD, avendo cura di considerare variazioni evolutive nella presentazione del quadro clinico;
- ottenere informazioni rispetto ad eventuali sintomi concomitanti, prestando particolare attenzione ai disturbi ad elevata comorbidità con il PTSD;
- ottenere informazioni rispetto all'esordio dei sintomi in relazione agli eventi traumatici identificati;
- -ottenere informazioni rispetto alla reazione emotiva dei genitori all'evento traumatico;
- -ottenere informazioni sull'anamnesi psichiatrica del bambino;
- raccogliere l'anamnesi medica;
- ottenere informazioni rispetto alla storia evolutiva del bambino, e in particolare sulla sua reazione ai normali *stressors* (come la nascita di un fratellino, l'inizio della scuola etc.) e sul livello del funzionamento del bambino prima dell'evento traumatico;
- ottenere informazioni sulla carriera scolastica del bambino, e in particolare su eventuali cambiamento del comportamento a scuola, del livello di concentrazione, del livello di attività, e del rendimento a partire dallo *stressor* traumatico;
- ottenere informazioni sulla storia familiare e sull'anamnesi medico/psichiatrica dei membri della famiglia.

A tale fine, risulta preferibile avvalersi, nell'*assessment*, di strumenti e di protocolli diagnostici standardizzati. Per i bambini e gli adolescenti possono essere utilizzati:

- la *PTSD Scale* della *Child Behavior Check List* (CBCL) di Achenbach (1991), che prende in considerazione i punteggi di alcune sottoscale "internalizzanti" (ritiro, ansia/depressione) ed "esternalizzanti" (problemi di attenzione) e dei "problemi di pensiero";
- il *Children's Post-Traumatic Stress Reaction Index* (Fredrich e Pynoos, 1988);
- il *Children's Post-Traumatic Stress Disorder Inventory* di Saigh (1989);
- l'*Impact of Events Scale* (IES) di Horowitz, Wilner e Alvarez (1979).

6. LA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

E' necessario standardizzare gli interventi diagnostici e terapeutici più efficaci nei casi di abuso e trascuratezza all'infanzia. In questo tentativo le modalità attraverso cui i singoli interventi possono essere combinati e integrati tra loro vanno adattate in modo flessibile alle caratteristiche specifiche dei singoli casi e alle risorse disponibili. Questa grande variabilità, rispetto alla più limitata gamma di configurazioni medico-psicologiche e sociali, rende estremamente complessa una rigida standardizzazione dell'intervento diagnostico e terapeutico. Malgrado questa difficoltà, l'esperienza clinica ha dimostrato la maggiore efficacia di un intervento a cui concorrono in modo sinergico diverse figure professionali che interagiscono tra loro. L'applicazione di questo modello di intervento è possibile tuttavia solo all'interno di un gruppo di operatori e Servizi i cui ruoli e competenze siano ben definiti e collegati "in rete".

La fase diagnostica, evitando parcellizzazioni e omissioni, dovrebbe prevedere, una diagnosi integrata

- medica;
- psicologico - psichiatrica;
- sociale

1) La *diagnosi medica* comprende:

- anamnesi;
- esame obiettivo: visita pediatrica con particolare attenzione allo stato nutrizionale,
- all'accrescimento (nei casi di incuria), alle lesioni fisiche recenti e pregresse (nel maltrattamento fisico) e valutazione ginecologica/medico-legale riguardante soprattutto l'area genitale e anale (negli abusi sessuali), prevedendo eventuali consulenze delle specialità pediatriche;
- diagnostica per immagini, strumentale e di laboratorio;
- raccolta di eventuali reperti di materiale biologico sul corpo e su indumenti;
- documentazione fotografica delle lesioni.

L'esame fisico del bambino deve essere condotto nell'ottica di un equilibrio tra esigenze di non omissione e, nel contempo, di non invasività e riservatezza per il bambino e per i familiari.

2) *Assessment psicologico-psichiatrico* (indirizzata sia al *bambino* sia alla *famiglia*).

Presuppone la costruzione di una relazione significativa all'interno della quale si articola come:

- anamnesi psicologica, con particolare attenzione ai segni clinici più ricorrenti nei bambini abusati nelle diverse fasce d'età (vedi Scheda Psicologica);
- *assessment* individuale del bambino comprendente:
- colloqui clinici;
- somministrazione di test proiettivi;
- protocolli diagnostici standardizzati (checklist di comportamento: CBCL, TRF, YSR; KD-SADS, PTSD Inventory, etc.; valutazione dei pattern di attaccamento: Strange Situation, Strange Situation modificata, Separation Anxiety Test);
- osservazioni di gioco, individuali e in gruppo di bambini; osservazioni della relazione con i genitori.

L'*assessment* familiare comprende una serie di incontri con tutti i membri conviventi, e, nei casi di separazione o divorzio, con i membri delle famiglie ricomposte.

Risulta opportuno rifarsi a modelli teorici e valutativi codificati in relazione alla qualità delle cure genitoriali, tali da poter prendere in considerazione:

- la struttura organizzativa familiare;
- le risorse familiari, con particolare attenzione a quelle relative alle capacità protettive ed alla funzione riflessiva (Fonagy e Target, 2002);
- i giochi interattivi;
- le psicopatologie individuali degli adulti;
- la presenza degli indicatori di rischio individuali e familiari;
- i reciproci pattern di attaccamento (*Adult Attachment Interview, Mc Arthur Stories, Separation Anxiety Test*);
- il ciclo di vita familiare;
- la transgenerazionalità;
- l'evoluzione della famiglia;
- il genogramma;
- le attribuzioni causali, le convinzioni e percezioni presenti nei vari membri della famiglia.

3) *L'indagine psicosociale* è finalizzata a:

- verificare le condizioni di vita del bambino nella famiglia e nel contesto;
- verificare la presenza di indicatori di rischio psicosociali;
- contattare i Servizi che possono fornire indicazioni sul bambino e/o sulla sua famiglia (Servizi di Salute Mentale per età evolutiva e adulta, Servizi per i tossicodipendenti, Consultori sociali del Comune, Volontariato sociale, Strutture ospedaliere, ecc.);
- contattare le strutture giudiziarie ed in particolare il Tribunale per i Minorenni.

La valutazione complessiva, che nasce da tutte e tre le aree (medica, psicologica, psicosociale), permette di raccogliere degli elementi da utilizzare per:

- escludere il sospetto di abuso/trascuratezza;
- confermare la diagnosi di abuso/trascuratezza o la condizione di rischio;
- valutare il danno psicologico e/o fisico in atto e l'eventuale danno futuro;
- effettuare una valutazione prognostica di trattabilità, delle risorse individuali e familiari e della possibilità di recupero;
- elaborare un progetto di trattamento.

Nella **diagnosi medica** sono coinvolti i Servizi ospedalieri forniti di Pronto Soccorso, di specialità pediatriche e di Servizio di medicina legale (nei casi più gravi).

7. SEGNALAZIONE E DENUNCIA

7.1 Minori che si trovano in stato di disagio e pregiudizio

COSA SEGNALARE

Si definisce “*situazione di pregiudizio*” una qualunque situazione in cui il minore muove, dal contesto familiare o extrafamiliare in cui è calato, uno stato di sofferenza, disagio o carenza che può incidere negativamente sulle sue potenzialità di crescita e di sviluppo.

L'operatore scolastico, sociale e sanitario segnala il minore che (a suo parere e in base alle informazioni che sono in suo possesso) si trova in una situazione di “pregiudizio”.

E' molto importante sottolineare che l'operatore non segnala una situazione di accertato pregiudizio, ma un'ipotesi di pregiudizio. Non sta a lui raccogliere le prove che il pregiudizio sussista; tale compito spetta ai Servizi Sociali e alla Magistratura Minorile che, prima di prendere provvedimenti a tutela del bimbo, prescrive sempre una più approfondita indagine.

L'obiettivo della segnalazione è quello di portare all'attenzione delle istituzioni preposte la situazione del bimbo per verificarne le condizioni di vita e prendere, se necessario, provvedimenti per aiutarlo.

L'ipotesi di pregiudizio viene formulata dall'operatore, ed in seguito segnalata, sulla base di più fattori tra cui:

- notizie sulla situazione familiare ed extrafamiliare (eventuali informazioni allarmanti in possesso dell'operatore)
- condizioni psicofisiche generali del bambino rilevabili con le competenze professionali dell'operatore
- atteggiamento dei genitori nei confronti del bimbo (eventuali comportamenti inadeguati dei medesimi rilevati direttamente o dedotti dallo stato in cui versa il bambino)
- mancati adempimenti rispetto all'obbligo scolastico (mancata iscrizione, mancata frequenza, scarsa frequenza) (vedere scheda allegata)
- presenza di segni o indicatori di disagio nel bambino (comportamenti, stati emotivi, dichiarazioni anche parziali o frammentarie da parte del bimbo)
- esito dei tentativi eventualmente fatti dagli operatori per aiutare il bimbo e/o la famiglia con gli strumenti in proprio possesso (colloqui con i genitori, consigli dati ai medesimi, tentativo di coinvolgere Servizi specialistici in aiuto al bimbo o alla famiglia, ecc) ed esito di tali tentativi

A CHI SEGNALARE

a) Al responsabile del Servizio Sociale competente il quale provvederà ad un accertamento; nel caso in cui i sospetti contenuti nella segnalazione dovessero risultare confermati e non sia possibile aiutare il bimbo con la collaborazione della famiglia, provvederà a segnalare a sua volta alla Procura Minorile che prenderà provvedimenti a tutela del minore.

b) Alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Milano (Via Leopardi n.18 Milano) la quale chiederà al Servizio Sociale di fare un accertamento coatto sulla situazione familiare e a seconda degli esiti di tale accertamento valuterà se prendere

provvedimenti a tutela del minore. E' bene segnalare direttamente alla Procura Minorile le situazioni che appaiono molto preoccupanti.

In un caso come nell'altro il Servizio Sociale viene coinvolto nell'accertamento.

COME SEGNALARE

1) **La segnalazione deve essere inoltrata per iscritto e non può essere fatta in forma anonima.**

Ciò per due motivi:

- Le segnalazioni orali e anonime non hanno valore in ambito giudiziario
- Principio di trasparenza: i genitori a cui viene chiesto di collaborare con il Servizio Sociale o con la Magistratura che devono verificare la situazione dei loro figli hanno il diritto di sapere perché tali istituzioni si occupano di loro.

2) **Nella segnalazione devono essere citati e descritti tutti gli elementi che hanno portato l'operatore a formulare l'ipotesi che il bambino si trovi in una situazione di rischio o pregiudizio.** La segnalazione deve riportare nel modo più preciso possibile i fatti o le situazioni che hanno preoccupato l'operatore procedendo ad una valutazione diagnostica del minore e ad una valutazione del nucleo familiare seguendo lo schema diagnostico contenuto nel cap. La diagnosi psicologico-psichiatrica). In tal modo la segnalazione può contenere sufficienti elementi valutativi psicologici e prognostici che possono evitare al minore e alla sua famiglia quella sequela di ripetizioni che possono esporre il minore a sentimenti di sfiducia e di demotivazione nei confronti del mondo degli adulti. I contenuti di cui sopra devono essere riportati in tono neutro e obiettivo senza trarre conclusioni e senza che siano espressi giudizi di valore opinabili e personali.

3) **Quando l'operatore che rileva una situazione di disagio fa parte di un'istituzione o una organizzazione pubblica o privata la responsabilità della segnalazione non deve ricadere in toto sul singolo operatore, ma dovrà essere assunta in modo collegiale dall'istituzione stessa.**

Questa assunzione collegiale di responsabilità nella segnalazione da un lato tutela il singolo operatore il quale, già quotidianamente a contatto con il bambino e i genitori, è maggiormente protetto rispetto al rischio di eventuali pressioni poste in atto dagli stessi; dall'altro lato, tutela maggiormente anche il minore e la famiglia in quanto una valutazione collegiale sull'opportunità di segnalare o meno comporta una maggiore obiettività e una più approfondita riflessione.

L'assunzione collegiale di responsabilità della segnalazione all'interno dell'istituzione implica che la segnalazione venga costruita attraverso le modalità e strumenti propri di ogni organizzazione (incontri di équipe, collegio docenti, ecc.), successiva relazione scritta e condivisione con il Dirigente responsabile o rappresentante legale che provvederà ad inoltrare la segnalazione stessa.

Si rammenta che ogni operatore è tenuto al segreto d'ufficio o segreto professionale e che pertanto ogni informazione relativa a situazioni apprese in ambito professionale o lavorativo può essere trattata esclusivamente nei luoghi deputati da ogni singola organizzazione.

4) **Quando viene inoltrata una segnalazione, è opportuno informare i genitori del minore.** Essi verranno convocati da chi ha inoltrato e firmato la segnalazione che, alla presenza degli operatori che hanno rilevato nella quotidianità il disagio del bimbo, informerà i genitori che la segnalazione è stata inoltrata. Verranno espressi i motivi di preoccupazione che hanno portato a questo passo e verrà spiegato che l'obiettivo è quello di aiutare sia il bambino sia la sua famiglia.

Ciò permetterà in seguito di mantenere un rapporto di trasparenza e fiducia che i genitori devono continuare ad avere con l'istituzione o l'organizzazione, al di là della reazione emotiva immediata che tale informazione può provocare.

7.2 Minori vittime di reato

I) COSA SEGNALARE

Anche in questo caso, **l'operatore che inoltra una segnalazione alla Magistratura Penale non segnala la certezza che sia stato commesso un reato ai danni di un minore, ma SOLO L'ESISTENZA DI UN "SOSPETTO SUFFICIENTEMENTE FONDATA" che il reato sia stato commesso.**

Tale "sospetto sufficientemente fondato" l'operatore se lo forma in base ad una serie di fattori tra cui:

- Informazioni raccolte nell'esercizio delle proprie funzioni (colloqui con il bambino o con i genitori o altri parenti, confidenze fatte spontaneamente dal bambino, ecc)
- Notizie allarmanti sul bimbo o sulla famiglia raccolte durante l'esercizio delle proprie funzioni
- Presenza di indicatori fisici (ad es. segni di lesione sul corpo);
- Presenza di indicatori psicologico-comportamentali, se accompagnati da racconti o confidenze raccolti dal bambino o dai genitori o altri parenti, di maltrattamento o abuso notati o rilevati nell'esercizio delle proprie funzioni.

II) A CHI SEGNALARE

- a) **Alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario di Como – Piazza Vittoria 6- 22100 COMO**

oppure:

- b) **Alla Procura della Repubblica presso Tribunale per i Minorenni di Milano (via Leopardi ,18 – 20123 Milano)**

e, per conoscenza:

- c) **p.c. Al Responsabile del Servizio Sociale competente**

** La segnalazione indirizzata agli enti di cui al punto a) serve per far partire le indagini penali

La segnalazione indirizzata agli enti di cui al punto b) serve per attivare gli interventi necessari di aiuto o protezione per il minore.

La segnalazione alla Magistratura Penale (o alla Polizia Giudiziaria) fa partire un'indagine al fine di appurare se vi è stato effettivamente un reato; se nella fase istruttoria delle indagini si raccolgono sufficienti elementi di prova, i presunti autori del reato saranno poi rinviati a giudizio. La segnalazione alla Magistratura Penale però non ha alcuna ricaduta immediata sulla situazione di vita del bambino. Le indagini all'inizio sono segrete, e possono durare per periodi di tempo anche molto lunghi e nessuno interviene per proteggere il bambino il quale, se gli autori del reato sono familiari e/o conviventi, rimane senza alcuna protezione ed è esposto al rischio di ricevere ulteriori danni.

Pertanto, quando si fa una segnalazione alla Magistratura Penale perché si sospetta che un bambino sia vittima di un reato, **bisogna sempre inoltrare, in contemporanea, anche una segnalazione alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni e per conoscenza al Servizio Sociale** in quanto se un minore è vittima di un reato si trova anche, nella maggior parte dei casi, in una situazione di pregiudizio.

Grazie a questa doppia segnalazione potranno così partire contemporaneamente sia le indagini penali sia gli interventi di tutela del bambino.

Ad esempio il Tribunale per i Minori potrebbe decidere, dopo accertamenti preliminari e in via cautelativa, di collocare il bimbo in un luogo protetto se l'autore del reato è un familiare che vivendo a contatto col bambino potrebbe reiterare il reato stesso.

Anche nei casi in cui l'autore del reato non è un familiare, la segnalazione ai Servizi Sociali e/o al Tribunale per i Minorenni è necessaria, in quanto i Servizi potranno intervenire per fornire sostegno al bimbo e alla famiglia, e supportarli durante la fase istruttoria o l'iter giudiziario.

III) COME SEGNALARE

- 1) **La segnalazione deve essere presentata per iscritto e non in forma anonima** in quanto dichiarazioni verbali ed anonime non hanno alcun peso in ambito giudiziario.
- 2) Nella segnalazione di sospetto reato ai danni di un minore, **andranno citati e descritti in modo preciso i fatti e/o le situazioni che hanno fatto insorgere nell'operatore il sospetto stesso.**
I fatti che hanno suscitato preoccupazioni andranno riferiti con precisione, obiettività e neutralità, senza saltare a conclusioni affrettate e senza esprimere giudizi di valore.
- 3) **La segnalazione del sospetto reato va presentata SENZA RITARDO** sia per l'esigenza di procedere ai dovuti accertamenti al più presto, sia per evitare il rischio che il minore corra il rischio di subire nuove violenze.
Nel caso di segnalazione penale, NON VALE IL PRINCIPIO DI TRASPARENZA. Chi inoltra la segnalazione DOVRA' VALUTARE insieme all'Autorità Giudiziaria l'opportunità di portare a conoscenza della denuncia quando vi sia il sospetto che i genitori del minore siano gli autori dell'abuso o genitori compiacenti.

I soggetti istituzionali che curano i rapporti con i familiari prenderanno pertanto contatto con la Procura per concordare se, come e quando la notizia può essere comunicata ai familiari del bambino.

- 4) **La telefonata o il solo colloquio orale non sostituiscono la segnalazione scritta.**

7.3 Modello di segnalazione di sospetto pregiudizio a danno del minore

TRACCIA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTO PREGIUDIZIO A CARICO DI MINORE

AL RESPONSABILE
DEL SERVIZIO SOCIALE
C/O IL COMUNE DI

ALLA PROCURA DELLA REPUBBLICA
C/O TRIBUNALE PER I MINORENNI
VIA LEOPARDI N.18
20123 MILANO

Oggetto: segnalazione di sospetto pregiudizio a carico del minore

CONTENUTI:

- Dati anagrafici del bambino il più completi possibile e suo indirizzo
- Composizione del nucleo familiare e dati anagrafici dei familiari
- Descrizione del bambino, delle sue condizioni psicofisiche generali, del suo profilo di personalità e dei comportamenti preoccupanti che presenta (es: cali di rendimento scolastico, comportamenti disturbanti, chiusura sociale, ecc) indicando da quanto tempo la situazione del bimbo è ritenuta preoccupante
- Descrizione dei fatti e degli accadimenti che hanno suscitato preoccupazione, fornendo dettagli in modo preciso e circostanziato (es: in data.....il bambino ha raccontato alle insegnanti che.....; in data.....il bambino è stato visto con lividi.....; negli ultimi mesi il bimbo viene condotto al nido in condizioni igieniche precarie.....; ecc)
- Descrizione della situazione familiare ed eventuali informazioni allarmanti
- Descrizione dell'atteggiamento tenuto dai genitori nei confronti del bimbo ed eventuali comportamenti che hanno suscitato preoccupazione
- Descrizione dei tentativi eventualmente fatti per cercare di migliorare la situazione del bambino (es: colloqui con i genitori, consigli dati ai medesimi, tentativo di coinvolgere servizi e/o strutture in aiuto al bimbo, ecc); reazione dei genitori a tali tentativi ed eventuali ricadute sulla situazione del bambino
- Descrizione dell'andamento della situazione nell'ultimo periodo (stazionaria o in peggioramento)
- Indicazione sul fatto che i genitori del minore sono stati (o saranno) dagli scriventi informati che la presente segnalazione è stata inoltrata.

FIRMA:

La segnalazione va firmata:

- dal Operatore sanitario che ha rilevato la situazione di pregiudizio
- dal Direttore della U.O.N.P.I.A

7.4 Modello di segnalazione di sospetto reato ai danni del minore

TRACCIA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTO REATO AI DANNI DI MINORE

**ALLA PROCURA DELLA REPUBBLICA
C/O TRIBUNALE ORDINARIO DI COMO
SEZIONE PENALE
LARGO SPALLINO,1
22100 COMO**

Oppure:

**ALL'UFFICIO di POLIZIA GIUDIZIARIA
(Stazione dei Carabinieri o Questura)**

**ALLA PROCURA DELLA REPUBBLICA
C/O TRIBUNALE PER I MINORENNI
VIA LEOPARDI N.18
20123 MILANO**

**AL RESPONSABILE
DEL SERVIZIO SOCIALE
C/O IL COMUNE DI**
(per conoscenza)

Oggetto: segnalazione di sospetto reato ai danni del minore.....

CONTENUTI:

- Dati anagrafici del bambino il più completi possibile e suo indirizzo
- Composizione del nucleo familiare e dati anagrafici dei familiari
- Descrizione precisa e circostanziata dei fatti, accadimenti o situazioni che hanno fatto insorgere il sospetto che il minore possa essere vittima di un reato (es: in datail minore ha raccontato che.....; in data.....l'insegnante ha notato delle ecchimosi.....; in data.....il bambino accusava dolori..... e alle domande della maestra ha raccontato che.... ; in data..... nel corso di una visita pediatrica o di un'osservazione di gioco è stato rilevato che....; ecc).

Se la notizia di reato sia emersa nel corso di un colloquio con il minore, è opportuno indicare, ove possibile, le singole domande poste dall'adulto e le risposte date dal minore. Questo perché le modalità di emersione della prima rivelazione sono essenziali per valutare la successiva testimonianza che il minore renderà eventualmente all'Autorità Giudiziaria.

- Descrizione del minore, delle sue condizioni psicofisiche generali, del suo profilo di personalità e di eventuali comportamenti preoccupanti che presenta (es: comportamenti sessualizzati, cali di rendimento scolastico, comportamenti disturbanti, chiusura sociale, ecc)indicando da quanto tempo la situazione del bimbo è ritenuta preoccupante
- Descrizione della situazione familiare ed eventuali informazioni allarmanti
- Descrizione dell'atteggiamento tenuto dai genitori nei confronti del bimbo ed eventuali comportamenti che hanno suscitato preoccupazione
- Generalità degli operatori che hanno rilevato quanto sopra
- Descrizione generale del minore ed eventuale presenza di sintomi e/o indicatori che hanno contribuito a far insorgere il sospetto che sia stato vittima di un reato

FIRMA:

La segnalazione va firmata dal Responsabile della Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

8. CASI DUBBI

Gli operatori del Servizio Sociale sono a disposizione degli operatori scolastici o sanitari per consultazioni informali rispetto alla necessità di procedere a segnalazioni, fermo restando che tali consultazioni informali non sostituiscono la segnalazione stessa e non liberano i Pubblici Ufficiali dai propri obblighi di legge.

Gli operatori scolastici e sociosanitari che sono in dubbio sull'opportunità o meno di segnalare, oppure che necessitano di indicazioni o chiarimenti sul come gestire una situazione grave ed urgente che vede coinvolto un minore, possono inoltre far riferimento in modo diretto alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Milano. È possibile telefonare e chiedere di parlare con il Magistrato o il Pubblico Ministero "di turno", che è a disposizione e che può essere contattato attraverso il servizio 113 (Polizia) o 112 (Carabinieri).

Spesso per l'operatore scolastico o sanitario è difficile stabilire il confine tra pregiudizio e reato. Vi sono delle situazioni chiare che devono essere subito segnalate alla Procura della Repubblica o alla Polizia Giudiziaria (es: bambino visto ripetute volte con ferite o ecchimosi, o che confida agli operatori, seppure in modo frammentario, di subire in famiglia maltrattamenti o abusi). Altre volte, le situazioni che si presentano sono più sfumate e di non semplice interpretazione, e gli operatori coinvolti non capiscono bene se si tratta di semplice pregiudizio legato ad una situazione familiare problematica o se ricorrano anche gli estremi di reato (spesso del resto le due situazioni sfumano l'una nell'altra).

In siffatti casi, ricordiamo che la segnalazione scritta al Servizio Sociale e alla Magistratura Minorile assolve i Pubblici Ufficiali e gli Operatori Incaricati di Pubblico Servizio dai propri obblighi di legge. Saranno poi il Servizio Sociale e il Tribunale Minorile a coinvolgere eventualmente la Magistratura Penale.

In tali casi, quando cioè si decide di segnalare solo al Servizio Sociale e alla Magistratura Minorile una situazione in cui vi è anche un sospetto, seppur vago, che di reato si tratti, sarà necessario inoltrare comunque la segnalazione senza ritardo.

Comportamenti importanti:

- 1) Le modalità ed i tempi dell'eventuale comunicazione alla famiglia dovranno essere concordati dalle diverse istituzioni coinvolte. In particolare i Servizi, l'istituzione scolastica dovranno chiedere al P.M. precedente se, in che termini e con quali limiti, la segnalazione potrà essere comunicata ai familiari del minore.
- 2) Non informare assolutamente la persona accusata dal minore (es.: nel caso in cui questi sia un docente, non chiedergli chiarimenti sulle accuse mosse dal bambino, nemmeno nell'ambito di un eventuale procedimento disciplinare).
- 3) Nella segnalazione evitare qualsiasi commento od interpretazione a fatti o dichiarazioni relativi al minore.
- 4) Evitare qualsiasi inchiesta sulla veridicità dei fatti. In particolare astenersi nel modo più assoluto dal porre domande sia alla persona accusata dal minore (per es. nel caso in cui questi sia un docente) sia ad altri minori-compagni di scuola su fatti accaduti all'interno dell'istituto.
Si segnala che soltanto la segretezza della notizia di reato potrà consentire alle autorità inquirenti la raccolta di quegli elementi di prova ulteriori rispetto alla testimonianza del minore, che potranno "deresponsabilizzare" quest'ultimo, evitando o quanto meno riducendo notevolmente il suo coinvolgimento nel processo penale e il "peso" della sua testimonianza.

La refertazione medica:

Nel caso in cui il minore si presenti con vistosi segni di lesioni, occorre contattare il 112 o il 113 che provvederanno ad informare immediatamente il magistrato di turno, il quale disporrà l'eventuale vista e refertazione presso una struttura sanitaria.

9. LA TERAPIA PSICOLOGICO – PSICHIATRICA

La presa in carico è rivolta sia al bambino sia alla famiglia e, se necessario, fornendo consulenza alla scuola.

Essa può comprendere una psicoterapia individuale per il bambino e una terapia rivolta alla famiglia. Nei casi di separazione o di divorzio l'intervento è rivolto ai due nuclei familiari. Quando si tratta di bambino molto piccoli, o comunque in età prescolare, la terapia può consistere in incontri del terapeuta con la coppia madre-bambino e con quella padre-bambino. Questo tipo di intervento va effettuato soprattutto in quei casi in cui il bambino deve recuperare il rapporto con un genitore (*Spazio neutro*) o quando i genitori devono essere aiutati ad acquisire una loro competenza genitoriale attraverso interventi di *Parent training*.

Raccomandazioni

Una terapia psicologica rivolta agli esiti di un abuso dovrebbe comunque essere intrapresa:

- in maniera coordinata con le procedure di accertamento giudiziario;
- in presenza di esiti clinici che ne richiedano la messa in atto;
- scegliendo l'approccio che dimostra, secondo la letteratura specialistica, le maggiori evidenze di penetratività e di efficacia.

I Servizi coinvolti sono costituiti da Servizi territoriali o strutture ospedaliere fornite di strutture ambulatoriali e di day-hospital all'uopo dedicate, servizi socio-assistenziali, forniti di professionisti specificamente competenti nell'intervento terapeutico da realizzare.

In tutte le fasi del processo diagnostico e terapeutico ogni professionista coinvolto deve ricevere o aver ricevuto una specifica formazione e competenza nel campo della psicopatologia infantile e degli aspetti psicologici e psicosociali legati al fenomeno dell' abuso e su come, in questo ambito, debbono essere condotte le visite e le procedure diagnostiche più opportune per quanto riguarda la valutazione medica e, nella valutazione psicologica, su come valutare le problematiche e le risorse presenti nei bambini e nelle loro famiglie.

Un aspetto importante è rappresentato dalla valutazione clinica e psicosociale delle capacità genitoriali, sia per assumere decisioni relative alla collocazione intra o extrafamiliare del bambino, sia per attivare interventi psicosociali mirati ad un sostegno e ad un potenziamento/ implementazione delle risorse disponibili.

L'*assessment* si deve svolgere sulla base di un bilancio clinico dei fattori di rischio e dei fattori protettivi riguardanti diversi parametri:

- l'assetto di personalità dell'uno e dell'altro genitore;
- la qualità e l'intensità dei conflitti ed il grado di esposizione del bambino ad essi;
- le capacità protettive, organizzative di controllo e di supporto alla socializzazione;
- la possibilità e la disponibilità da parte di ciascun genitore di rivolgersi a supporti esterni (perifamiliari, extrafamiliari o sociali);
- la qualità dei legami affettivi e di attaccamento.

Ogni valutazione in questo settore, proposta sia in sede di consulenza tecnica d'ufficio, sia di parere richiesto ai Servizi Sociosanitari nell'ambito delle indagini svolte su incarico del Tribunale per i Minorenni, assume di per sé una valenza psicologico forense, e deve quindi rispettare determinate procedure di carattere metodologico. Le relazioni finali dovrebbero quindi articolarsi su alcuni punti per rispettare i sufficienti e necessari criteri di completezza. Le argomentazioni devono corrispondere ai quesiti posti dal Giudice, giustificando ogni opinione espressa a partire dai dati

anamnestici ed osservativi (in senso diagnostico e prognostico) che sono stati raccolti nel corso delle indagini e confrontandola, quando possibile, con i riscontri presenti nella letteratura specialistica sull'argomento. Devono essere prese in considerazione le ipotesi alternative a quelle proposte, giustificando i motivi per i quali esse sono state scartate o giudicate meno valide.

10. PROCEDURE OPERATIVE

La rete: organizzazione dei servizi integrati

Data la complessità e i possibili livelli di gravità delle situazioni di abuso, nell'affrontare il problema è possibile pensare agli interventi sugli abusi all'infanzia in rapporto a due diverse condizioni:

- A) Intervento in Urgenza
- B) Intervento Programmabile

A) Intervento in Urgenza

Tipologie delle urgenze-

Urgenze oggettive: sono situazioni oggettive di maltrattamenti fisici (sindrome bambino battuto, ustioni, ecc.), di abusi sessuali o patologie della somministrazione delle cure (in particolare condizioni di abbandono, incidenti domestici legati a violenza o incuria, Sindrome di Munchausen per procura, chemical abuse).

Urgenze soggettive sono situazioni di sospetto o di convinzione di abuso soggettivamente tenute da familiari o da professionisti con connotazione emotiva di preoccupazione ed angoscia.

L'intervento - Le situazioni di urgenza richiedono disponibilità di strumenti facilmente accessibili, e strutture in grado di fornire un adeguato e pronto intervento nella situazione oltre ad un attento lavoro di collegamento tra i Servizio Territoriale, le Strutture Ospedaliere e l'Autorità Giudiziaria.

Obiettivi dell'intervento in urgenza-

- Diagnosi medica, medico-legale, psicologica e sociale.
- Terapia medica, sostegno psicologico e iniziative di protezione (se ne sussistono le necessità)
- Adempimento degli obblighi di legge: segnalazione di sospetto o accertato abuso e/o maltrattamento alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario che può attivare, se lo ritiene necessario, gli opportuni interventi di tutela del minore.

Competenze delle strutture ospedaliere e dei servizi territoriali rispetto allo specifico intervento-

1) Strutture Ospedaliere

Le Strutture Ospedaliere con guardia pediatrica 24 h procedono a ricoverare il minore:

- a. in presenza di segni fisici importanti;
- b. qualora non sia chiaramente garantita la protezione del minore o in assenza di un genitore o parente protettivo;

Se il medico ritiene indispensabile il ricovero che non viene accettato dal genitore e legale responsabile, occorre trattenere il bambino e inoltrare richiesta urgente alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni per essere autorizzati alla temporanea non consegna del bambino

All'interno di questo intervento va svolto un iter diagnostico secondo le modalità descritte al punto **B)** (Intervento Programmabile). Ciò richiede che la struttura sanitaria sia fornita di risorse per l'attuazione del processo diagnostico previsto.

Svolto l'iter diagnostico, se viene confermata l'ipotesi di abuso, è necessario:

- un ulteriore collegamento con l'Autorità Giudiziaria, secondo gli obblighi di legge, e con il Tribunale per i Minorenni, al fine di attivare ulteriori strumenti di tutela per il bambino;
- un collegamento tra la struttura ospedaliera e i servizi territoriali per:
 1. fornire informazioni, raccolte durante il ricovero, ai Servizi territoriali che già hanno in carico il caso soprattutto se vengono assunte iniziative di protezione o per la successiva presa in carico,
 2. strutturare il percorso di dimissione e concordare la sequenza delle iniziative da attivare in collaborazione con le Strutture Territoriali.

2) Strutture territoriali

Le strutture operative NPI in collaborazione con i pediatri svolgeranno un iter diagnostico secondo le modalità descritte nel capitolo sui criteri di valutazione clinica.

Gli operatori predisporranno il ricovero:

- a) quando il bambino presenta segni fisici la cui diagnosi sia realizzabile solo in ambito ospedaliero o nel caso in cui presenti segni fisici importanti
- b) quando non sia presente un genitore protettivo e non sia possibile l'affidamento a strutture residenziali adeguate

In entrambi i casi, qualora l'intervento non venisse accettato dal genitore legale responsabile. È necessario fare richiesta urgente alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, per essere autorizzati alla temporanea non consegna del bambino.

B) Intervento Programmabile

L'Intervento Programmabile si basa sui criteri di valutazione clinica descritti per gli abusi fisico, psicologico, per la patologia delle cure e per l'abuso sessuale e prevede la centralità dell'intervento dei Servizi territoriali sanitari e sociali.

L'intervento territoriale sugli abusi ai minori richiede una specifica programmazione nell'ambito dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile strettamente coordinati con i Servizi Sociali dei Comuni.

Il **modello d'intervento territoriale** nasce dall'esigenza di affrontare il problema dell'abuso e maltrattamento ai bambini e ragazzi, in termini sia di prevenzione sia di intervento psicosociale, nella realtà territoriale dove il problema nasce e si evidenzia.

La realizzazione di un progetto di intervento territoriale, deve rispondere ai seguenti obiettivi prioritari:

- rappresentare un sostegno alla relazione genitori-figli, per il contrasto alla violenza in famiglia e la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.
- attuare gli interventi di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) possibili e necessari per contenere il fenomeno dell'abuso e maltrattamento;
- mettere in comune gli strumenti per cogliere i segnali di allarme tra gli operatori che, per motivi diversi, sono in contatto diretto con i bambini e con le famiglie;
- garantire, in situazioni di dubbio, un percorso protetto per i bambini per i quali l'avvio di procedure cliniche e legali, se non guidato e definito, può accrescere e aggravare il trauma.

L'aspetto innovativo e centrale di un progetto di intervento territoriale risiede nel tentativo di integrare coerentemente esigenze *territoriali* e *multidisciplinarietà* della risposta specialistica, al fine di ottenere sinergie operative nuove tra Istituzioni ed Enti e restituire così ai minori abusati un ambiente armonico e realmente protettivo (si pensi ad esempio alla difficoltà di armonizzare la fase investigativa della magistratura con quella riabilitativa del trattamento psicoterapico della vittima e della famiglia)

11. L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE: IL PROGETTO CRISALIDE

La costituzione dell'équipe multidisciplinare nasce dalla constatazione della molteplicità e della varietà di interventi degli operatori appartenenti alle diverse istituzioni che a vario titolo entrano nel percorso di rilevazione, diagnosi e trattamento delle situazioni di abuso ai minori.

L'équipe multidisciplinare è costituita da:

- referenti del Servizio Psico- Sociale del Comune di Como
- referenti della U.O. di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell' Azienda Ospedaliera S. Anna
- referenti della U.O. di Pediatria
- referenti della U.O. di Ostetricia ginecologia

La funzione dell'équipe multidisciplinare all'interno della rete di lavoro sul child abuse

Le realtà locali risultano di solito in larga parte prive di una reale sinergia tra interventi medici, sociali, psicoeducativi e di ordine pubblico sul *child abuse*. Nella nostra realtà locale si è sentita l'esigenza di un confronto plurispecialistico attraverso la costituzione di un modello operativo di lavoro condiviso che, in quanto tale, faciliti lo scambio di informazioni tra le diverse istituzioni coinvolte (la famiglia, la scuola, i servizi socio-sanitari, le forze dell'ordine e la magistratura).

La carenza maggiore nell'affrontare le problematiche dell'età evolutiva e, a maggior ragione, quelle relative alla violenza sull'infanzia, sembra corrispondere alle difficoltà di realizzazione di un intervento unico-unificato intorno ad un minore, come se le istituzioni non si rivolgessero ad uno e ad un solo soggetto, ma piuttosto a più parti dello stesso, tante quanti sono i Servizi che se ne occupano.

Con la costituzione dell'équipe multidisciplinare nell'ambito del progetto Crisalide intendiamo perseguire questo obiettivo. Il suo scopo è, infatti, quello di integrare coerentemente le esigenze territoriali e la multidisciplinarietà della risposta specialistica nel *child abuse*, determinando sinergie operative nuove e più funzionali tra Istituzioni ed Enti. Gli operatori della équipe multidisciplinare lavorano per la definizione di un percorso

diagnostico e della presa in carico congiunti. Si mira così, pur mantenendo ciascuno le singole competenze, a garantire il massimo sforzo perché il trattamento della vittima (e della sua famiglia) ad opera dei servizi territoriali competenti abbia successo.

Negli incontri delle équipe multidisciplinari viene favorita la crescita personale attraverso una formazione continua degli operatori coinvolti che, attraverso il lavoro di gruppo vengono aiutati nel difficile compito della rilettura della situazione problematica, allo scopo di promuovere la giusta distanza emotiva assolutamente necessaria all'operatore coinvolto per rappresentarsi la situazione in modo da potere operare una trasformazione adeguata alla funzione del compito istituzionale che egli deve svolgere.

In tale contesto gruppale, l'integrazione del lavoro degli operatori territoriali mira alla creazione di un progetto di presa in carico basato su una diagnosi plurispecialistica all'interno della quale interpretare e contestualizzare il fenomeno dell'abuso.

12. GLOSSARIO – NORME E FIGURE GIURIDICHE DI RIFERIMENTO

Nota: il presente glossario è diretto a fornire agli operatori sociali (personale sanitario; educatori; assistenti sociali, etc.) le nozioni fondamentali per orientarsi nelle loro mansioni di fronte a casi in cui sorga il sospetto di situazioni penalmente rilevanti. Le informazioni riguardanti le figure di reato sono perciò limitate a quelle che hanno, o possono avere, più frequente attinenza con la tutela dei minori da possibili forme di abuso.

c.p. = codice penale; **c.p.p.** = codice di procedura penale

NOZIONI PROCESSUALI

DENUNCIA – E' l'atto con cui un fatto costituente reato perseguibile d'ufficio viene portato a conoscenza dell'Autorità giudiziaria (o di altra che a questa abbia l'obbligo di riferire) da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio, o anche da un privato.

*E' **perseguibile d'ufficio** il reato la cui punibilità non è subordinata a una sollecitazione in tal senso della persona offesa.*

L'**obbligo di denuncia** ricorre:

- per i privati, solo in relazione ai particolari reati (“delitti contro la personalità dello Stato” puniti con l'ergastolo) (**art. 364 c.p.**);
- per i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio, in relazione a qualsiasi reato perseguibile d'ufficio del quale abbiano avuto notizia nell'ambito delle funzioni o del servizio (**artt. 361 e 362 c.p.**).

Pubblico Ufficiale – E' il soggetto appartenente alla pubblica amministrazione (es. insegnante, medico A.S.L., membro delle forze di polizia, etc.) o anche estraneo ad essa (es. medico di base, notaio, etc.) al quale la legge riconosce poteri autoritativi o certificativi disciplinati da norme di diritto pubblico (**art. 357 c.p.**).

Incaricato di pubblico servizio – E' il soggetto appartenente alla pubblica amministrazione (es. dipendente di un'azienda di trasporti pubblica) o anche estraneo ad essa (es. dipendente di un'azienda di trasporti privata) che presti un'attività di interesse pubblico come tale riconosciuta dalla legge, ma priva di poteri autoritativi o certificativi. Sono escluse dalla nozione le prestazioni d'opera meramente materiale (es. usciere; cuoco d'ospedale, etc.) (**art. 358 c.p.**)

La **presentazione della denuncia** va fatta (dai pubblici ufficiali e dagli incaricati di pubblico servizio in forma necessariamente scritta; dai privati anche solo in forma orale) al Pubblico Ministero oppure a un ufficiale di Polizia giudiziaria (**artt. 331 – 333 c.p.p.**).

- Il **Pubblico Ministero** è l'autorità giudiziaria competente a svolgere le indagini sui fatti di reato e, al termine delle indagini, a valutare se debba essere chiesta l'archiviazione del procedimento o, al contrario, debba essere esercitata l'azione penale.

Per i reati commessi da maggioenni, P.M. competente è la Procura della Repubblica presso il Tribunale ordinario. Per quelli commessi da soggetti di età fra i 14 e i 18 anni (sotto i 14 anni non si è perseguibili penalmente), è la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni.

- La **Polizia giudiziaria** è composta dall'insieme degli organi appartenenti ai vari corpi di polizia (Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza, Polizia Locale, etc.) competenti a raccogliere le notizie di reato e a collaborare, sotto la direzione del P.M., allo svolgimento delle indagini.

REFERTO - (**artt. 365 c.p.; 334 c.p.p.**) E' lo specifico tipo di denuncia che sono chiamati ad effettuare, entro 48 ore, gli esercenti professioni sanitarie (medici, psicologi, infermieri) che

abbiano prestato la propria assistenza in casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio.

L'obbligo di referto, dunque:

- *deve essere assolto immediatamente, nel senso che non compete al professionista nessun approfondimento sulla fondatezza del sospetto;*
- *riguarda i soli casi in cui il professionista, anche non pubblico ufficiale, sia intervenuto nella situazione sospetta di reato: non sussiste invece quando il professionista abbia avuto notizia del reato non per avere prestato assistenza, ma in altro modo (p.es. perché informato da un collega): ma in tal caso può residuare il generale obbligo di denuncia se il professionista è anche pubblico ufficiale (p.es. responsabile della struttura in cui è avvenuta la visita).*

In ogni caso, il referto non è obbligatorio quando presentarlo esporrebbe la persona assistita a procedimento penale (es. medico che ha visitato l'autore di maltrattamenti che, a sua volta, abbia riportato lesioni in una delle liti col maltrattato).

QUERELA – E' la manifestazione di volontà di punizione del colpevole, rimessa alla persona offesa (o a soggetti che ne abbiano la rappresentanza), alla quale in certi casi — di minore gravità sociale o, piuttosto, di peculiare delicatezza dei valori interessati — la legge subordina la perseguibilità del reato.

La **titolarità** del diritto di querela spetta (**artt. 120 – 121 c.p.**):

- per gli infraquattordicenni e gli interdetti, ai genitori o a uno solo di essi o al tutore;
- per i minori ultraquattordicenni e gli inabilitati, a se stessi o — anche contro il loro parere — al genitore o al tutore o curatore.

*Se tali rappresentanti manchino o versino in conflitto di interessi col rappresentato (in particolare: se sono essi stessi indagati del delitto commesso in danno di quest'ultimo), è prevista la nomina di un curatore speciale, che può anche costituirsi parte civile nel successivo processo. Alla nomina provvede il Giudice per le indagini preliminari, su richiesta del pubblico ministero ovvero degli enti che hanno per scopo la cura, l'educazione, la custodia o l'assistenza dei minorenni (**art. 338 c.p.p.**).*

L'**esercizio** del diritto di querela:

- deve avvenire entro il termine di tre mesi da quando la persona offesa ha avuto sicura notizia del reato (**art. 124 c.p.**; ma per i delitti di violenza sessuale il termine è di sei mesi: **art. 609 septies c.p.**)
- non è più possibile se il titolare vi ha fatto rinuncia in modo esplicito (con dichiarazione rilasciata all'interessato, a un ufficiale di polizia giudiziaria o a un notaio) o implicito (ossia con comportamenti incompatibili con la volontà di querelarsi) (**artt. 124 c.p.; 339 c.p.p.**).

Le **formalità** della querela sono le stesse della denuncia (v. sopra), salvo il fatto che non è necessaria la forma scritta, potendo la querela essere formulata oralmente al P.U. ricevente.

La **remissione** della querela — possibile sino alla sentenza irrevocabile (tranne che nei casi di violenza sessuale) — estingue il reato. E' un negozio giuridico bilaterale (non ha effetto se il querelato non dichiara di accettarla), può essere fatta sia nel processo che in sede extraprocessuale e si estende a tutti i concorrenti anche se fatta a favore di uno solo (**artt. 152 – 156 c.p.; 340 c.p.p.**).

IL TRIBUNALE PER I MINORENNI, oltre che competente a giudicare dei reati commessi da infradiciottenni, è competente anche ad adottare i provvedimenti più opportuni per il minore che sia vittima di condotte pregiudizievoli di uno o di entrambi i genitori, anche non integranti fattispecie di reato (es. incuria, trascuratezza, etc.) o integranti reato nei confronti di persone diverse (es. maltrattamenti di un coniuge verso l'altro alla presenza del figlio).

Tali provvedimenti possono avere gravità crescente: dalla presa in carico del nucleo familiare da parte dei servizi sociali, all'allontanamento del minore dalla casa familiare, sino dalla decadenza del genitore responsabile della condotta pregiudizievole dalla potestà sul figlio.

FIGURE DI REATO

Delitti di violenza in generale

MINACCIA – E' la forma meno grave di attentato all'altrui incolumità, in quanto consiste nella semplice prospettazione di un male ingiusto (di qualunque natura: fisico, psichico, economico, etc.) **(art. 612 codice penale).**

E' perseguibile a querela, salvo che l'intimidazione sia commessa con armi, o da persona travisata, o da più persone riunite, o con scritto anonimo, o in modo simbolico, o valendosi della forza intimidatrice derivante da segrete associazioni, esistenti o supposte, o sia comunque da considerare (con valutazione rimessa alla discrezionalità del giudice) "grave".

Il delitto di cui all'art. 612 c.p. resta assorbito — cioè non è punito in sé — ogni qual volta la "minaccia" costituisce la modalità di commissione di un delitto più grave (es. violenza privata; violenza sessuale; maltrattamenti, etc.).

PERCOSSE – Consistono nella violenza fisica che non comporta lesioni apprezzabili, tali da determinare uno stato di malattia **(art. 581 c.p.).**

E' un reato perseguibile a querela.

A differenza del delitto di lesioni, e al pari di quello di minaccia, quello di percosse resta assorbito ogni qual volta la "violenza" è indicata anche solo implicitamente come modalità di commissione di un delitto più grave (es. violenza privata; violenza sessuale; maltrattamenti, etc.).

Per "armi", agli effetti penali, si intendono, non solo gli oggetti la cui destinazione naturale è l'offesa alla persona (armi da sparo, spade, sciabole, manganelli, etc.), ma tutti gli strumenti atti a offendere (es. pietre, bottiglie, coltelli, bastoni, etc.).

LESIONE PERSONALE – Condotte di violenza fisica che danno luogo a lesioni, e si distinguono **(artt. 582, 583 e 585 c.p.)** in:

a) **lievissime**, se la malattia che determinano non supera i 20 giorni;

b) **lievi**, se supera i 20 ma non i 40 giorni;

c) **gravi**, se supera i 40 giorni o comporta l'indebilimento permanente di un senso o di un organo;

d) **gravissime**, se producono la perdita di un senso, di un organo o della capacità di procreare, oppure una grave e permanente difficoltà della favella, oppure una deformazione o lo sfregio permanente del viso, o comunque una malattia insanabile.

Le lesioni da "lievi" in poi sono perseguibili d'ufficio.

Quelle "lievissime" sono perseguibili a querela, salvo che siano commesse con armi o con sostanze corrosive, o che ricorrano talune aggravanti, tra cui (particolarmente rilevanti in questa sede):

- *l'essere il fatto commesso al fine di eseguire un altro delitto (es. maltrattamenti in famiglia; violenza sessuale; rapina etc.);*
- *l'essere commesso contro l'ascendente o il discendente, se per motivi futili o adoperando sevizie o crudeltà.*

Per la nozione di "armi", v. alla voce Minaccia.

VIOLENZA PRIVATA – Consiste nel costringere taluno, mediante violenza o minaccia, a "fare, tollerare, od omettere qualche cosa" **(art. 610 c.p.).**

Si persegue d'ufficio.

Accanto a questa figura generale, esistono varie ipotesi speciali di violenza privata, punite più gravemente, come quando lo specifico oggetto della costrizione imposta consiste:

- nella commissione di un reato (art. 611 c.p.: es. violenze su un minore perché spacci stupefacenti);
- nelle prestazioni sessuali (violenza sessuale, art. 609 bis c.p.);
- nel silenzio davanti all'Autorità giudiziaria (art. 377 bis c.p.).

Figura speciale di violenza privata è anche la concussione (art. 314 c.p.), che consiste nell'abuso della qualità di pubblico ufficiale al fine di indurre la vittima a dare o promettere qualsivoglia utilità (vi rientra ad es. il caso del docente che ottenga favori sessuali dall'allievo con la minaccia esplicita o implicita della bocciatura).

SEQUESTRO DI PERSONA – Consiste nel privare taluno della libertà personale (**art. 605 c.p.**).

E' perseguibile d'ufficio.

La norma incriminatrice — che richiede una privazione della libertà di locomozione per un tempo apprezzabile, ricadendosi altrimenti nella semplice violenza privata — tutela il diritto di autodeterminazione individuale, e perciò si distingue (concorrendo con esso, quando riguardi minori) dal delitto di sottrazione di persone incapaci, che invece tutela l'esercizio delle prerogative del genitore o di chi abbia la tutela o la vigilanza sul minore, ed è perciò punito solo a querela di costoro, e sia quando l'incapace è consenziente alla sottrazione (art. 573 c.p.), sia quando non lo è (art. 574 c.p.).

Delitti in ambito familiare

INFANTICIDIO – E' l'omicidio del neonato durante o immediatamente dopo il parto, per il quale si prevede (**art. 578 c.p.**) che, se (e solo se) è commesso dalla madre ed è determinato da “condizioni di abbandono materiale e morale connesse al parto”:

- la madre soggiace a una pena obbligatoriamente ridotta rispetto a quella ordinaria dell'omicidio;
- gli eventuali correi rispondono normalmente di omicidio, ma possono avere la pena ridotta da 1/3 a 2/3 se hanno agito al solo scopo di favorire la madre.

Si persegue d'ufficio.

VIOLAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI ASSISTENZA FAMILIARE – Consiste nell'abbandono del domicilio domestico o in qualunque altra condotta contraria all'ordine o alla morale delle famiglie che implichi sottrazione ai doveri di assistenza inerenti alla qualità di genitore o a quella di coniuge. La pena è aggravata se il fatto consiste: 1) nel dilapidare i beni del figlio minore o del coniuge; 2) nel privare dei mezzi di sussistenza i figli minori o inabili al lavoro, oppure gli ascendenti o il coniuge (**art. 570 c.p.**).

Sono perseguibili d'ufficio i casi di cui al n.° 1) e quelli di cui al n.° 2) che riguardino minori; altrimenti si procede a querela.

Va osservato che:

- l'abbandono del domicilio domestico non integra il reato quando è una situazione solo transitoria in vista della separazione coniugale, e comunque quando sia giustificato dalla necessità di sottrarsi ad altrui condotte lesive (in primis: maltrattamenti);
- nell'ampia nozione di “contrarietà all'ordine o alla morale familiare” rientrano numerose condotte, la più frequente delle quali è la mancata contribuzione ai bisogni economici dei congiunti (anche in caso di separazione o divorzio, se in essi è stato stabilito il versamento di un assegno periodico per il mantenimento del coniuge o dei figli);

- la nozione di “mezzi di sussistenza” non coincide con l’assoluta indigenza, ma neppure con la mera trascuratezza finanziaria, e va individuata nell’insieme dei beni necessari per il soddisfacimento delle esigenze di vita primarie (vitto; abitazione; medicinali, etc.).

MALTRATTAMENTI – E’ il delitto di chi maltratta una persona della famiglia, o un minore degli anni 14, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l’esercizio di una professione o di un’arte (**art. 572 c.p.**). Se dal fatto deriva una lesione grave o gravissima o la morte (fatti comunque puniti in sé), anche la pena per i maltrattamenti è via via aumentata.

Il delitto è perseguibile d’ufficio.

La nozione di maltrattamenti include qualsiasi vessazione di tipo fisico (percosse, lesioni) o psicologico (minacce, ingiurie, comportamenti umilianti o degradanti del tipo più vario: ad es. la segregazione; o l’imposizione della propria ubriachezza molesta, etc.), ma richiede che tali condotte rivestano un carattere abituale ed esprimano una volontaria offesa alla dignità della vittima come persona. Ad es., non costituisce maltrattamento penalmente rilevante (ma darà luogo dolo a responsabilità di tipo civile, sotto il profilo dell’addebito della separazione o della perdita temporanea o definitiva della potestà genitoriale) la mera trascuratezza verso il coniuge o verso la prole.

ABUSO DEI MEZZI DI CORREZIONE O DI DISCIPLINA – E’ una forma di maltrattamento minore, consistente nell’eccedere volontariamente dal tipo e dal grado di coercizione consentiti a fini pedagogici verso una persona sottoposta all’autorità del soggetto, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l’esercizio di una professione o di un’arte. Il reato sussiste se il fatto comporta per la vittima il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, mentre è aggravato se produce effettivamente una lesione o la morte (**art. 571 c.p.**).

Si procede d’ufficio.

Va osservato che:

- non è richiesta l’abitualità delle condotte, bastando anche un solo episodio a integrare il reato;
- deve trattarsi dell’abuso di mezzi pedagogici consentiti (es. “scappellotto”; stratonamento; divieto di ricreazione) e non quindi di uso di mezzi abusivi (es. frustate; lavori forzati; etc.), nel qual caso si avrà violenza privata o maltrattamenti, a seconda che si tratti di fatti episodici o abituali;
- lo stesso dicasi se, comunque, anziché da fini pedagogici, l’azione è dettata da finalità vessatorie: per tale ragione, se le lesioni o la morte conseguenti alla condotta sono volontarie, ricorre non l’ipotesi aggravata di cui all’art. 571 co. 2° c.p., ma gli ordinari delitti di lesioni o di omicidio.

Delitti contro la libertà sessuale e a sfondo sessuale in genere

VIOLENZA SESSUALE – E’ in realtà una nozione articolata, che comprende varie ipotesi:

1) violenza sessuale **in senso stretto (art. 609 bis c.p.)** è quella che consiste:

- a) nel costringere taluno a compiere o a subire atti sessuali mediante violenza o minaccia o abuso di autorità;
- b) nell’indurre taluno a compiere o a subire atti sessuali abusando delle sue condizioni di inferiorità fisica o psichica, o traendolo in inganno col sostituirsi ad altra persona.

Costituiscono aggravanti della violenza sessuale in senso stretto (**art. 609 ter c.p.**):

- l’aver la vittima meno di 14 anni, o di 16 se il colpevole ne è l’ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato o che abbia, con quest’ultimo, una relazione di convivenza (se la vittima ha meno di 10 anni, la pena è ulteriormente aumentata);

- l'essere il fatto commesso con l'uso di armi o di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesivi della salute della persona offesa;
- l'aver il colpevole agito travisato o simulando la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio;
- l'essere la violenza commessa su persona comunque sottoposta a limitazioni della libertà personale.

La procedibilità (art. 609 septies c.p.) della violenza sessuale in senso stretto è in via di principio a querela, la quale peraltro — in deroga alla regola generale — è proponibile sino a sei mesi dal fatto e non è revocabile.

Si procede tuttavia d'ufficio:

- 1) se la vittima ha meno di anni 18;
- 2) se il fatto è commesso dal genitore, anche adottivo, o dal di lui convivente, dal tutore, ovvero da altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, o che ha comunque con lui una relazione di convivenza;
- 3) se il fatto è commesso da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni;
- 4) se il fatto è connesso con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio (es. atti osceni in luogo pubblico; maltrattamenti in famiglia; concussione, etc.).

2) violenza sessuale presunta (art. 609 quater c.p.) è quella che consiste nel compiere atti sessuali con una persona consenziente, ma di età inferiore a 14 anni, o a 16 anni se l'autore riveste una delle qualità sopra indicate (ma il fatto non è punibile se tra colpevole e vittima vi sia una differenza di età non superiore a 3 anni).

Aggravante della violenza sessuale presunta è l'aver la vittima meno di 10 anni.

Anche la violenza sessuale presunta è in via di principio perseguibile (art. 609 septies c.p.) a querela, la quale — anche in questo caso — è proponibile sino a sei mesi dal fatto e non è revocabile.

Si procede tuttavia d'ufficio:

- 1) se la vittima ha meno di anni 10;
- 2) negli altri casi sopra indicati ai nn. 2), 3) e 4).

3) violenza sessuale di gruppo (art. 609 octies c.p.) consiste nella partecipazione di più persone riunite ad atti di violenza sessuale (in senso stretto o presunta), non richiedendosi che ciascuno dei partecipanti compia atti propriamente sessuali, ma solo che egli assista consapevolmente al loro compimento rafforzando, con la sua presenza, il proposito degli autori materiali.

Si applicano le aggravanti dell'art. 609 ter c.p..

La violenza di gruppo è sempre perseguibile d'ufficio.

La nozione di atti sessuali — lasciata volutamente indeterminata dal Legislatore del 1996, per ovviare agli inconvenienti della precedente distinzione tra “violenza carnale” e “atti di libidine violenti” — comprende qualsiasi atto inerente alla libido, e che sia dettato da un intento erotico (dovendo altrimenti configurarsi il meno grave delitto di ingiuria: art. 594 c.p.), e include quindi anche il semplice tocco delle zone erogene. E' rimessa all'apprezzamento del giudice la possibilità di ridurre la pena (da 1/3 a 2/3) nei casi di “minore gravità”, valutati in rapporto non solo al tipo di approccio sessuale (es. astensione dalla penetrazione, in qualsiasi sua forma) ma anche e soprattutto alle sue modalità (es. astensione da forme di prevaricazione brutale).

INCESTO – E' il fatto di chi compie atti sessuali con un discendente (figlio, nipote) o un ascendente (genitore, nonno) o con un affine in linea retta (suocero/a; genero / nuora), ovvero con una sorella o un fratello, in modo che ne derivi pubblico scandalo. La pena è più grave in caso di

relazione incestuosa duratura, e nei confronti del maggiorenne che commetta incesto con persona minore di anni 18 (**art. 564 c.p.**).

Il reato è perseguibile d'ufficio.

Si distingue dalla violenza sessuale perché riguarda i casi di atti sessuali tra persone consenzienti e al di fuori dei limiti di età della violenza sessuale "presunta" di cui all'art. 609 ter c.p..

CORRUZIONE DI MINORENNE – Consiste nel compiere atti sessuali in presenza di persona minore di anni 14, al fine di farla assistere (**art. 609-quinquies c.p.**).

E' perseguibile d'ufficio.

Per la nozione di "atti sessuali", v. alla voce Violenza sessuale.

Altri reati contro la libertà individuale

RIDUZIONE O MANTENIMENTO IN SCHIAVITÀ O IN SERVITÙ – Consiste nell'esercitare su una persona poteri corrispondenti a quelli del diritto di proprietà o nel mantenerla in uno stato di soggezione continuativa, costringendola a prestazioni lavorative o sessuali ovvero all'acconteraggio o comunque a prestazioni che ne comportino lo sfruttamento (**art. 600 c.p.**).

Il delitto, perseguibile d'ufficio, è aggravato se commesso in danno di minore degli anni diciotto o se è diretto allo sfruttamento della prostituzione o al fine di sottoporre la persona offesa al prelievo di organi.

La norma precisa che la riduzione o il mantenimento nello stato di soggezione ha luogo quando la condotta è attuata mediante violenza, minaccia, inganno, abuso di autorità o approfittamento di una situazione di inferiorità fisica o psichica o di una situazione di necessità, o mediante la promessa o la dazione di somme di denaro o di altri vantaggi a chi ha autorità sulla persona offesa. In difetto di tali connotati, l'impiego di minori nell'acconteraggio integra comunque un reato (art. 671 c.p.), perseguibile d'ufficio.

PROSTITUZIONE MINORILE – Sono contemplate due figure (**art. 600-bis c.p.**):

- a) quella di chi induce alla prostituzione una persona di età inferiore agli anni 18 ovvero ne favorisce o sfrutta la prostituzione;
- b) quella di chi compie atti sessuali consenzienti (quindi in assenza di violenza sessuale in senso stretto) con un minore di età compresa fra i quattordici ed i sedici anni (quindi al di fuori dei limiti della violenza sessuale presunta), in cambio di denaro o di altra utilità economica.

Solo nell'ipotesi sub b), la pena è ridotta di un terzo se l'autore del fatto è minore degli anni 18.

Il reato è perseguibile d'ufficio.

INIZIATIVE TURISTICHE VOLTE ALLO SFRUTTAMENTO DELLA PROSTITUZIONE MINORILE – Consiste nell'organizzare o propagandare viaggi finalizzati alla fruizione di attività di prostituzione a danno di minori o comunque comprendenti tale attività (**art. 600-quinquies c.p.**).

Il reato è perseguibile d'ufficio.

PORNOGRAFIA MINORILE – Sono contemplate varie condotte, via via meno gravi (**art. 600-ter c.p.**):

- 1) quella di chi utilizza minori degli anni diciotto al fine di realizzare esibizioni pornografiche o di produrre materiale pornografico, o fa commercio del materiale pornografico così realizzato;
- 2) quella di chi, senza concorrere nella produzione o commercializzazione del materiale pornografico suddetto, lo distribuisce, divulga o pubblicizza con qualsiasi mezzo, oppure distribuisce o divulga notizie o informazioni finalizzate all'adescamento o allo sfruttamento sessuale di minori degli anni 18;

3) quella di chi, fuori dai casi precedenti, consapevolmente cede ad altri, anche a titolo gratuito, materiale pornografico prodotto mediante lo sfruttamento sessuale dei minori degli anni 18.
Tutte le ipotesi sono perseguibili d'ufficio.

DETEZIONE DI MATERIALE PORNOGRAFICO – E' il fatto di chi — fuori delle ipotesi di produzione, commercializzazione, divulgazione o cessione a terzi — consapevolmente si procura o dispone di materiale pornografico prodotto mediante lo sfruttamento sessuale dei minori degli anni diciotto (**art. 600-quater c.p.**).
Perseguibile d'ufficio.