Regione Emilia Romagna

Collegato dell'Allegato B

VOLUME ALLEGATI

LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'ACCOGLIENZA E LA CURA DI BAMBINI E ADOLESCENTI VITTIME DI MALTRATTAMENTO/ABUSO

ottobre 2013

Questo documento è consultabile sul portale Saluter del Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia-Romagna:
www.saluter.it

e sul sito dei consultori familiari della Regione Emilia-Romagna:
www.consultorifamiliariemiliaromagna.it

Chiunque è autorizzato a fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Allegati

_____

Allegato 1 – Leggi e norme

Allegato 2 – Modello segnalazione all'Autorità Giudiziaria: lettera di trasmissione e note operative per la compilazione

Allegato 3 – Documenti regionali, nazionali e internazionali

Allegato 4 – Griglie raccomandazioni specifiche

Allegato 5 – Abbreviazioni - acronimi

Allegato 6 – Dati di attività: centri specialistici e progetti dedicati

Allegato 7 – Descrizione codici diagnostici ICD10 NPIA

Allegato 8 – Selezione codici diagnostici ICD10 e casi in carico alla NPIA

Allegato 1

Leggi e norme

PROVVEDIMENTI DELLE ISTITUZIONI INTERNAZIONALI

Dichiarazione dei diritti del bambino, approvata dall'O.N.U. (New York, 20 novembre 1959).

Convenzione internazionale sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (New York, 20 novembre 1989) stipulata dall'O.N.U., resa esecutiva in Italia con l'art. 40 della legge 27 maggio 1991 n. 176).

LEGISLAZIONE EUROPEA

Convenzione Aja del 25 ottobre 1980 sugli aspetti civili della sottrazione internazionale di minori, resa esecutiva in Italia dalla L. 15.1.1994 n. 64.

Risoluzione del Parlamento Europeo sui Diritti dell'Uomo (1985)

Convenzione Europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli (Strasburgo, 25 gennaio 1996), ratificata in Italia con Legge 20 Marzo 2003, n. 77.

Carta di Noto sull'abuso sessuale sui minori (Noto, 9 giugno 1996), aggiornata il 7 luglio 2002.

Convenzione di Oviedo (1997) sui diritti dell'uomo e la biomedicina, ratificata in Italia con la Legge 28 marzo 2001, n. 145.

Carta Europea dei diritti fondamentali (c.d. Carta di Nizza, 7 dicembre 2000)

Decisione Quadro n. 2001/220/GAI (datata 15 marzo 2001) del Consiglio dell'Unione Europea su "La posizione delle vittime nel processo penale".

Regolamento CE n. 2201/2003 del 27.11.2003 (c.d. Bruxelles II bis), relativo alla competenza, al riconoscimento e all'esecuzione delle decisioni in materia matrimoniale e in materia di responsabilità genitoriale.

Risoluzione 2005/20, adottata dal Consiglio Economico e Sociale dell'ONU il 22 luglio 2005, contenente le Linee Guida a favore dei minorenni coinvolti nei reati in qualità di vittime o di testimoni.

Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale (Lanzarote, 25 ottobre 2007), ratificata in Italia con la Legge 1 ottobre 2012, n. 172.

Direttiva 2011/93/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 13 dicembre 2011 relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile e che sostituisce la decisione quadro 2004/GAI del Consiglio.

NORMATIVA ITALIANA

Legge istitutiva del Tribunale per i minorenni (R.D.L. 20 luglio 1934, n. 1404)

Costituzione italiana
art. 30 – E' dovere e diritto dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli, anche se nati fuori del matrimonio. Nei casi di incapacità dei genitori, la legge provvede a che siano assolti i loro compiti. La legge assicura ai figli nati fuori del matrimonio ogni tutela giuridica e sociale, compatibile con i diritti dei membri della famiglia legittima. La legge detta le norme e i limiti per la ricerca della paternità.

Codice Civile

art. 145 - Intervento del giudice.

art. 155 - Provvedimenti riguardo ai figli.

art. 261 - Diritti e doveri derivanti al genitore dal riconoscimento.

art. 330 - Decadenza della potestà sui figli
Il Giudice può pronunziare la decadenza dalla potestà quando il genitore viola o trascura i doveri ad essa inerenti o abusa dei relativi poteri con grave pregiudizio del figlio. In tale caso, per gravi motivi, il Giudice può ordinare l'allontanamento del figlio dalla residenza familiare ovvero l'allontanamento del genitore o convivente che maltratta o abusa del minore (1).
(1) Le parole da "ovvero" a "minore" sono aggiunte dall'art. 37, legge 28 marzo 2001, n 149.

art. 332.- Reintegrazione nella potestà.

art. 333 - Condotta del genitore pregiudizievole ai figli
Quando la condotta di uno o di entrambi i genitori non è tale da dare luogo alla pronuncia di decadenza prevista dall'art. 330, ma appare comunque pregiudizievole al figlio, il Giudice, secondo le circostanze può adottare i provvedimenti convenienti e può anche disporre l'allontanamento di lui dalla residenza familiare, ovvero l'allontanamento del genitore o convivente che maltratta o abusa del minore. Tali provvedimenti sono revocabili in qualsiasi momento.

art. 336 - Procedimento
I provvedimenti indicati negli articoli precedenti sono adottati su ricorso dell'altro genitore, dei parenti o del pubblico ministero e, quando si tratta di revocare deliberazioni anteriori, anche del genitore interessato. Il Tribunale provvede in camera di consiglio, assunte informazioni e sentito il pubblico ministero.
Nei casi in cui il provvedimento è richiesto contro il genitore, questi deve essere sentito. In caso di urgente necessità il Tribunale può adottare, anche di ufficio, provvedimenti temporanei nell'interesse del figlio. Per i provvedimenti di cui ai commi precedenti, i genitori e il minore sono assistiti da un difensore (1).
(1) Comma aggiunto dall'art. 37, L. 28 marzo 2001, n. 149 e poi così modificato dall'art. 299, D.Lgs. 30 maggio 2002, n. 113 e dall'art. 299, D.P.R. 30 maggio 2002, n. 115, con la decorrenza indicata nell'art. 302 dello stesso decreto (1° luglio 2002). Il testo originario era così formulato: "Per i provvedimenti di cui ai commi precedenti, i genitori e il minore sono assistiti da un difensore [anche a spese dello Stato nei casi previsti dalla legge]".

art. 342 bis - Ordini di protezione contro gli abusi familiari.

art. 343 - Apertura della tutela.

art. 348 - Scelta del tutore.

art. 371.- Provvedimenti circa l'educazione e l'amministrazione.

art. 403 - Intervento della pubblica autorità a favore dei minori
Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o è allevato in locali insalubri o pericolosi, oppure da persone per negligenza, immoralità, ignoranza o per altri motivi incapaci di provvedere alla educazione di lui, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in luogo sicuro, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione.

Decreto Presidente Repubblica, 24 luglio 1977, n. 616, Attuazione della delega di cui all'art. 1 della L. 22 luglio 1975, n. 382

Legge 4 maggio 1983, n. 184: "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori".

L. 4 maggio 1983, n. 184. (1) Diritto del minore ad una famiglia. (2)
(1) Pubblicata nella Gazz. Uff. 17 maggio 1983, n. 133, S.O.
(2) Titolo così sostituito dall'art. 1, L. 28 marzo 2001, n. 149.

art. 8
1. Sono dichiarati in stato di adottabilità dal tribunale per i minorenni del distretto nel quale si trovano, i minori di cui sia accertata la situazione di abbandono perché privi di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi, purché la mancanza di assistenza non sia dovuta a causa di forza maggiore di carattere transitorio.
2. La situazione di abbandono sussiste, sempre che ricorrano le condizioni di cui al comma 1, anche quando i minori si trovino presso istituti di assistenza pubblici o privati o comunità di tipo familiare ovvero siano in affidamento familiare.3. Non sussiste causa di forza maggiore quando i soggetti di cui al comma 1 rifiutano le misure di sostegno offerte dai servizi sociali locali e tale rifiuto viene ritenuto ingiustificato dal giudice.
4. Il procedimento di adottabilità deve svolgersi fin dall'inizio con l'assistenza legale del minore e dei genitori o degli altri parenti, di cui al comma 2 dell'articolo 10 (12).
(12) Articolo così sostituito dall'art. 8, L. 28 marzo 2001, n. 149.

art. 9
1. Chiunque ha facoltà di segnalare all'autorità pubblica situazioni di abbandono di minori di età. I pubblici ufficiali, gli incaricati di un pubblico servizio, gli esercenti un servizio di pubblica necessità debbono riferire al più presto al procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni del luogo in cui il minore si trova sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengano a conoscenza in ragione del proprio ufficio.
2. Gli istituti di assistenza pubblici o privati e le comunità di tipo familiare devono trasmettere semestralmente al procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni del luogo ove hanno sede l'elenco di tutti i minori collocati presso di loro con l'indicazione specifica, per ciascuno di essi, della località di residenza dei genitori, dei rapporti con la famiglia e delle condizioni psicofisiche del minore stesso. Il procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni, assunte le necessarie informazioni, chiede al tribunale, con ricorso, di dichiarare l'adottabilità di quelli tra i minori segnalati o collocati presso le comunità di tipo familiare o gli istituti di assistenza pubblici o privati o presso una famiglia affidataria, che risultano in situazioni di abbandono, specificandone i motivi.
3. Il procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni, che trasmette gli atti al medesimo tribunale con relazione informativa, ogni sei mesi, effettua o dispone ispezioni negli istituti di assistenza pubblici o privati ai fini di cui al comma 2. Può procedere a ispezioni straordinarie in ogni tempo.
4. Chiunque, non essendo parente entro il quarto grado, accoglie stabilmente nella propria abitazione un minore, qualora l'accoglienza si protragga per un periodo superiore a sei mesi, deve, trascorso tale periodo, darne segnalazione al procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni. L'omissione della segnalazione può comportare l'inidoneità ad ottenere affidamenti familiari o adottivi e l'incapacità all'ufficio tutelare.
5. Nello stesso termine di cui al comma 4, uguale segnalazione deve essere effettuata dal genitore che affidi stabilmente a chi non sia parente entro il quarto grado il figlio minore per un periodo non inferiore a sei mesi. L'omissione della segnalazione può comportare la decadenza dalla potestà sul figlio a norma dell' articolo 330 del codice civile e l'apertura della procedura di adottabilità (13).
(13) Articolo così sostituito dall'art. 9, L. 28 marzo 2001, n. 149.

art. 70
1. I pubblici ufficiali o gli incaricati di un pubblico servizio che omettono di riferire alla procura della Repubblica presso il tribunale per i minorenni sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengano a conoscenza in ragione del proprio ufficio, sono puniti ai sensi dell' articolo 328 del codice penale. Gli esercenti un servizio di pubblica necessità sono puniti con la pena della reclusione fino ad un anno o con la multa da euro 258 a euro 1.291.
2. I rappresentanti degli istituti di assistenza pubblici o privati che omettono di trasmettere semestralmente alla procura della Repubblica presso il tribunale per i minorenni l'elenco di tutti i minori ricoverati o assistiti, ovvero forniscono informazioni inesatte circa i rapporti familiari concernenti i medesimi, sono puniti con la pena della reclusione fino ad un anno o con la multa da euro 258 a euro 2.582.

Legge 27 maggio 1991, n. 176 "Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo (New York, 20 novembre 1989)".

Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (22/1/1994), Bioetica con l'infanzia.

Legge 15 febbraio 1996, n. 66 "Norme contro la violenza sessuale".

Legge 28 maggio 1997 n. 285 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza" ed in particolare gli artt. 3 e 4 in cui si prevedono interventi promossi dalle Pubbliche Amministrazioni di contrasto alla violenza e di prevenzione e di assistenza nei casi di maltrattamenti ed abuso sessuale.

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"

Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" ed il successivo "Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento relativo all'integrazione socio-sanitaria".

Legge 28 marzo 2001, n. 145 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, nonché del Protocollo addizionale del 12 gennaio 1998, n. 168 sul divieto di clonazione degli esseri umani".

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".

Legge 3 Aprile 2001, n. 119 "Disposizioni concernenti l'obbligo del segreto professionale per gli assistenti sociali".

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".

Legge 9 gennaio 2006, n.7 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile. (G.U. n. 14 del 18-1-2006)

Legge 6 febbraio 2006, n. 38 "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet".

Legge 8 febbraio 2006, n. 54 "Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli"

Codice Deontologico dell'Assistente Sociale, 17 luglio 2009

Legge 12 luglio 2011, n. 112 "Istituzione dell'Autorità garante per l'infanzia e per l'adolescenza".

Legge 1 ottobre 2012, n. 172, "Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale, fatta a Lanzarote il 25 ottobre 2007".

Legge 10 Dicembre 2012, n. 219 "Disposizioni in materia di riconoscimento dei figli naturali"

NORMATIVA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

L.R. Emilia-Romagna 12 marzo 2003, n. 2. "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

DGR n. 1791 del 11/12/2006 Programma annuale 2006: ripartizione delle risorse del fondo sociale regionale ai sensi dell'art. 47 comma 3 della LR 2/03 e individuazione delle azioni per il perseguimento degli obiettivi di cui alla Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n.91 del 23/11/2006

L.R. Emilia-Romagna 28 luglio 2008, n. 14. Norme in materia di politiche per le giovani generazioni.

DGR n. 1904/2011, Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari.

CODICE PENALE

art. 34 (Decadenza dalla potestà dei genitori e sospensione dall'esercizio di essa)
"La legge determina i casi nei quali la condanna importa la decadenza della potestà dei genitori. La condanna per delitti commessi con abuso della potestà dei genitori importa la sospensione dell'esercizio di essa per un periodo di tempo pari al doppio della pena inflitta.
La decadenza della potestà dei genitori importa anche la privazione di ogni diritto che al genitore spetti sui beni del figlio in forza della potestà di cui al titolo IX del libro I del codice civile. La sospensione dall'esercizio della potestà dei genitori importa anche l'incapacità di esercitare, durante la sospensione, qualsiasi diritto che al genitore spetti sui beni del figlio in base alle norme del titolo IX del libro I del codice civile.
Nelle ipotesi previste dai commi precedenti, quando sia concessa la sospensione condizionale della pena, gli atti del procedimento vengono trasmessi al tribunale dei minorenni, che assume i provvedimenti più opportuni nell'interesse dei minori (1) .
Articolo così sostituito dalla L. 24 novembre 1981, n. 689.
(1) Comma aggiunto dall'art.5, L. 7 febbraio 1990, n. 19.

art. 365 (Omissione di referto) "Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto pel quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa fino a Euro 516….Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale".

art. 361 (Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale) "Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da Euro 30 a Euro 516….
Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa".

art. 357 (Nozione del pubblico ufficiale) "Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi, e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi".

Codice di procedura penale
art. 331 (Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio) "1. …i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito. 2. La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico
ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria. 3. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto…".

art. 332 (Contenuto della denuncia) "1. La denuncia contiene la esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia, nonché le fonti di prova già note. Contiene inoltre, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga alla identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti".

art. 414 bis (Istigazione a pratiche di pedofilia e di pedopornografia) "Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque, con qualsiasi mezzo e con qualsiasi forma di espressione, pubblicamente istiga a commettere, in danno di minorenni, uno o più delitti previsti dagli articoli 600-bis, 600-ter e 600-quater, anche se relativi al materiale pornografico di cui all'articolo 600-quater.1, 600-quinquies, 609-bis, 609-quater e 609-quinquies è punito con la reclusione da un anno e sei mesi a cinque anni. Alla stessa pena soggiace anche chi pubblicamente fa l'apologia di uno o più delitti previsti dal primo comma. Non possono essere invocate, a propria scusa, ragioni o finalità di carattere artistico, letterario, storico o di costume".

art. 570 (Violazione degli obblighi di assistenza familiare) "Chiunque, abbandonando il domicilio domestico, o comunque serbando una condotta contraria all'ordine o alla morale delle famiglie, si sottrae agli obblighi di assistenza inerenti alla patria potestà, o alla qualità di coniuge, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa da euro 103 a euro 1.032. Le dette pene si applicano congiuntamente a chi:
1) malversa o dilapida i beni del figlio minore o del pupillo o del coniuge;
2) fa mancare i mezzi di sussistenza ai discendenti di età minore, ovvero inabili al lavoro, agli ascendenti o al coniuge, il quale non sia legalmente separato per sua colpa.
Il delitto è punibile a querela della persona offesa salvo nei casi previsti dal numero 1 e, quando il reato è commesso nei confronti dei minori, dal numero 2 del precedente comma. Le disposizioni di questo articolo non si applicano se il fatto è preveduto come più grave reato da un'altra disposizione di legge".

art. 571 (Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina) "Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi. Se dal fatto deriva una lesione personale, si applicano le pene stabilite negli articoli 582 e 583, ridotte a un terzo; se ne deriva la morte, si applica la reclusione da tre a otto anni".

art. 572 (Maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli) "Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da due a sei anni [c.p. 29, 31, 32]. La pena è aumentata se il fatto è commesso in danno di persona minore degli anni quattordici. Se dal fatto deriva una lesione personale grave (c.p. 583), si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni".

art. 578 (Infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale) "La madre che cagiona la morte del proprio neonato immediatamente dopo il parto, o del feto durante il parto, quando il fatto è determinato da condizioni di abbandono materiale e morale connesse al parto, è punita con la reclusione da quattro a dodici anni. A coloro che concorrono nel fatto di cui al primo comma si applica la reclusione non inferiore ad anni ventuno. Tuttavia, se essi hanno agito al solo scopo di favorire la madre, la pena può essere diminuita da un terzo a due terzi. Non si applicano le aggravanti stabilite dall'articolo 61 del codice penale".

art. 591 (Abbandono di persone minori o incapaci) "Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere la cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. Alla stessa pena soggiace chi abbandona all'estero un cittadino italiano minore degli anni diciotto, a lui affidato nel territorio dello Stato per ragioni di lavoro. La pena è della reclusione da uno a sei anni se dal

fatto deriva una lesione personale, ed è da tre a otto anni se ne deriva la morte. Le pene sono aumentate se il fatto è commesso dal genitore, dal figlio, dal tutore o dal coniuge, ovvero dall'adottante o dall'adottato".

art. 593 (Omissione di soccorso) "Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente e di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'Autorità, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a 2.500 euro. Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità. Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata".

art. 582 (Lesione personale) "Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito …Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste negli artt. 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel n. 1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il delitto è punibile a querela della persona offesa".

art. 583 (Circostanze aggravanti) "La lesione personale è grave …1) se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni; 2) se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo. La lesione personale è gravissima …se dal fatto deriva: 1) una malattia certamente o probabilmente insanabile; 2) la perdita di un senso; 3) la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella; 4) la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso." (queste sono le c.d. "aggravanti biologiche").

art. 585 (Circostanze aggravanti) ...Agli effetti della legge penale, per «armi» si intendono: 1) quelle da sparo e tutte le altre la cui destinazione naturale è l'offesa della persona; 2) tutti gli strumenti atti ad offendere, dei quali è dalla legge vietato il porto in modo assoluto, ovvero senza giustificato motivo (42 T.U. di P.S.). Sono assimilate alle armi le materie esplodenti e i gas asfissianti e accecanti.". Quindi per armi si devono intendere quelle da sparo e tutte le altre la cui destinazione naturale è l'offesa della persona e tutti gli strumenti atti a offendere, di cui la legge vieta il porto in modo assoluto, cioè senza giustificato motivo. Si possono individuare armi proprie (armi da sparo; armi bianche: es. sciabole, pugnali, stiletti, baionette; strumenti lesivi: per es. mazze ferrate, sfollagente, noccoliere, bastoni ferrati) e armi improprie (oggetti non creati per l'offesa della persona, ma usati a tale fine: per es. bastoni con puntale acuminato, coltelli, mazze, tubi, catene, fionde, bulloni, sfere metalliche, ecc…).
Legge 26 gennaio 1963, n. 24.
Esclusione dell'aggravante prevista dal n. 1) e dall'ultima parte dell'art. 577 c.p., che contempla il fatto (reato) commesso contro l'ascendente o il discendente e contro il coniuge, il fratello, la sorella, il padre o la madre adottivi, o il figlio adottivo o contro un affine in linea retta.

art. 600-bis (Prostituzione minorile) "È punito con la reclusione da sei a dodici anni e con la multa da euro 15.000 a euro 150.000 chiunque:
1) recluta o induce alla prostituzione una persona di età inferiore agli anni diciotto;
2) favorisce, sfrutta, gestisce, organizza o controlla la prostituzione di una persona di età inferiore agli anni diciotto, ovvero altrimenti ne trae profitto.
Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque compie atti sessuali con un minore di età compresa tra i quattordici e i diciotto anni, in cambio di un corrispettivo in denaro o altra utilità, anche solo promessi, è punito con la reclusione da uno a sei anni e con la multa da euro 1.500 a euro 6.000.

art. 600-ter (Pornografia minorile) "È punito con la reclusione da sei a dodici anni e con la multa da euro 24.000 a euro 240.000 chiunque:
1) utilizzando minori di anni diciotto, realizza esibizioni o spettacoli pornografici ovvero produce materiale pornografico;

2) recluta o induce minori di anni diciotto a partecipare a esibizioni o spettacoli pornografici ovvero dai suddetti spettacoli trae altrimenti profitto.
Alla stessa pena soggiace chi fa commercio del materiale pornografico di cui al primo comma. Chiunque, al di fuori delle ipotesi di cui al primo e al secondo comma, con qualsiasi mezzo, anche per via telematica, distribuisce, divulga, diffonde o pubblicizza il materiale pornografico di cui al primo comma, ovvero distribuisce o divulga notizie o informazioni finalizzate all'adescamento o allo sfruttamento sessuale di minori degli anni diciotto, è punito con la reclusione da uno a cinque anni e con la multa da euro 2.582 a euro 51.645. Chiunque, al di fuori delle ipotesi di cui ai commi primo, secondo e terzo, offre o cede ad altri, anche a titolo gratuito, il materiale pornografico di cui al primo comma, è punito con la reclusione fino a tre anni e con la multa da euro 1.549 a euro 5.164. Nei casi previsti dal terzo e dal quarto comma la pena è aumentata in misura non eccedente i due terzi ove il materiale sia di ingente quantità. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque assiste a esibizioni o spettacoli pornografici in cui siano coinvolti minori di anni diciotto è punito con la reclusione fino a tre anni e con la multa da euro 1.500 a euro 6.000. Ai fini di cui al presente articolo per pornografia minorile si intende ogni rappresentazione, con qualunque mezzo, di un minore degli anni diciotto coinvolto in attività sessuali esplicite, reali o simulate, o qualunque rappresentazione degli organi sessuali di un minore di anni diciotto per scopi sessuali".

art. 600-quater (Detenzione di materiale pornografico) Chiunque, al di fuori delle ipotesi previste dall'articolo 600-ter, consapevolmente si procura o detiene materiale pornografico realizzato utilizzando minori degli anni diciotto, è punito con la reclusione fino a tre anni e con la multa non inferiore a euro 1.549. La pena è aumentata in misura non eccedente i due terzi ove il materiale detenuto sia di ingente quantità.

art. 600-quater .1 (Pornografia virtuale) "Le disposizioni di cui agli articoli 600-ter e 600-quater si applicano anche quando il materiale pornografico rappresenta immagini virtuali realizzate utilizzando immagini di minori degli anni diciotto o parti di esse, ma la pena è diminuita di un terzo. Per immagini virtuali si intendono immagini realizzate con tecniche di elaborazione grafica non associate in tutto o in parte a situazioni reali, la cui qualità di rappresentazione fa apparire come vere situazioni non reali".

art. 600-quinquies (Iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile) "Chiunque organizza o propaganda viaggi finalizzati alla fruizione di attività di prostituzione a danno di minori o comunque comprendenti tale attività è punito con la reclusione da sei a dodici anni e con la multa da euro 15.493 e euro 154.937".

art. 609-bis (Violenza sessuale) "Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da cinque a dieci anni. Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali: 1) abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto; 2) traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona. Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi".

art. 609-ter (Circostanze aggravanti) "La pena è della reclusione da sei a dodici anni se i fatti di cui all'articolo 609-bis sono commessi:
1) nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni quattordici;
2) 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;
3) da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio;
4) su persona comunque sottoposta a limitazioni della libertà personale;
5) nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni sedici della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore.
5 bis) all'interno o nelle immediate vicinanze di istituto d'istruzione o di formazione frequentato dalla persona offesa.
La pena è della reclusione da sette a quattordici anni se il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni dieci".

art. 609-quater (Atti sessuali con minorenne) "Soggiace alla pena stabilita dall'articolo 609-bis chiunque, al di fuori delle ipotesi previste in detto articolo, compie atti sessuali con persona che, al momento del fatto:
1) non ha compiuto gli anni quattordici;
2) non ha compiuto gli anni sedici, quando il colpevole sia l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, 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.
Fuori dei casi previsti dall'articolo 609-bis, l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, 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, che, con l'abuso dei poteri connessi alla sua posizione, compie atti sessuali con persona minore che ha compiuto gli anni sedici, è punito con la reclusione da tre a sei anni. Non è punibile il minorenne che, al di fuori delle ipotesi previste nell'articolo 609-bis, compie atti sessuali con un minorenne che abbia compiuto gli anni tredici, se la differenza di età tra i soggetti non è superiore a tre anni. Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi. Si applica la pena di cui all'articolo 609-ter, secondo comma, se la persona offesa non ha compiuto gli anni dieci".

art. 609-quinquies (Corruzione di minorenne) "Chiunque compie atti sessuali in presenza di persona minore di anni quattordici, al fine di farla assistere, è punito con la reclusione da uno a cinque anni. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, alla stessa pena di cui al primo comma soggiace chiunque fa assistere una persona minore di anni quattordici al compimento di atti sessuali, ovvero mostra alla medesima materiale pornografico, al fine di indurla a compiere o a subire atti sessuali. La pena è aumentata fino alla metà quando il colpevole sia l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, 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 stabile convivenza".

art. 609-sexies (Ignoranza dell'età della persona) "Quando i delitti previsti negli articoli 609-bis, 609-ter, 609-quater, 609-octies e 609-undecies sono commessi in danno di un minore degli anni diciotto, e quando è commesso il delitto di cui all'articolo 609-quinquies, il colpevole non può invocare a propria scusa l'ignoranza dell'età della persona offesa, salvo che si tratti di ignoranza inevitabile".

art. 609-septies (Querela di parte) "I delitti previsti dagli articoli 609-bis, 609-ter e 609-quater sono punibili a querela della persona offesa. Salvo quanto previsto dall'articolo 597, terzo comma, il termine per la proposizione della querela è di sei mesi. La querela proposta è irrevocabile. Si procede tuttavia d'ufficio:
1) se il fatto di cui all'articolo 609-bis è commesso nei confronti di persona che al momento del fatto non ha compiuto gli anni diciotto;
2) se il fatto è commesso dall'ascendente, 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 abbia con esso 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;
5) se il fatto è commesso nell'ipotesi di cui all'articolo 609-quater, ultimo comma".

art. 609-octies (Violenza sessuale di gruppo) "La violenza sessuale di gruppo consiste nella partecipazione, da parte di più persone riunite, ad atti di violenza sessuale di cui all'articolo 609-bis. Chiunque commette atti di violenza sessuale di gruppo è punito con la reclusione da sei a dodici anni. La pena è aumentata se concorre taluna delle circostanze aggravanti previste dall'articolo 609-ter. La pena è diminuita per il partecipante la cui opera abbia avuto minima importanza nella preparazione o nella esecuzione del reato. La pena è altresì diminuita per chi sia stato determinato a commettere il reato quando concorrono le condizioni stabilite dai numeri 3) e 4) del primo comma e dal terzo comma dell'articolo 112".

art. 609-nonies (Pene accessorie ed altri effetti penali) "La condanna o l'applicazione della pena su richiesta delle parti ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per alcuno

dei delitti previsti dagli articoli 609-bis, 609-ter, 609-quater, 609-quinquies, 609-octies e 609-undecies comporta:
1) la perdita della potestà del genitore, quando la qualità di genitore è elemento costitutivo o circostanza aggravante del reato;
2) l'interdizione perpetua da qualsiasi ufficio attinente alla tutela, alla curatela e all'amministrazione di sostegno;
3) la perdita del diritto agli alimenti e l'esclusione dalla successione della persona offesa;
4) l'interdizione temporanea dai pubblici uffici; l'interdizione dai pubblici uffici per la durata di anni cinque in seguito alla condanna alla reclusione da tre a cinque anni, ferma restando, comunque, l'applicazione dell'articolo 29, primo comma, quanto all'interdizione perpetua;
5) la sospensione dall'esercizio di una professione o di un’arte.
La condanna o l'applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per alcuno dei delitti previsti dagli articoli 609-bis, 609-ter, 609-octies e 609-undecies, se commessi nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni diciotto, 609-quater e 609-quinquies, comporta in ogni caso l'interdizione perpetua da qualunque incarico nelle scuole di ogni ordine e grado nonché da ogni ufficio o servizio in istituzioni o in altre strutture pubbliche o private frequentate prevalentemente da minori. La condanna per i delitti previsti dall'articolo 600-bis, secondo comma, dall'articolo 609-bis, nelle ipotesi aggravate di cui all'articolo 609-ter, dagli articoli 609-quater, 609-quinquies e 609-octies, nelle ipotesi aggravate di cui al terzo comma del medesimo articolo, comporta, dopo l'esecuzione della pena e per una durata minima di un anno, l'applicazione delle seguenti misure di sicurezza personali:
1) l’eventuale imposizione di restrizione dei movimenti e della libera circolazione, nonché il divieto di avvicinarsi a luoghi frequentati abitualmente da minori;
2) il divieto di svolgere lavori che prevedano un contatto abituale con minori;
3) l’obbligo di tenere informati gli organi di polizia sulla propria residenza e sugli eventuali spostamenti.
Chiunque viola le disposizioni previste dal terzo comma è soggetto alla pena della reclusione fino a tre anni”.

art. 609-decies (Comunicazione al tribunale per i minorenni) “Quando si procede per alcuno dei delitti previsti dagli articoli 600, 600-bis, 600-ter, 600-quinquies, 600 octies, 609-bis, 609-ter, 609-quinquies, 601, 602, 609-octies e 609-undecies, commessi in danno di minorenni, ovvero per il delitto previsto dall'articolo 609-quater, il procuratore della Repubblica ne dà notizia al tribunale per i minorenni. Nei casi previsti dal primo comma l'assistenza affettiva e psicologica della persona offesa minorenne è assicurata, in ogni stato e grado di procedimento, dalla presenza dei genitori o di altre persone idonee indicate dal minorenne, nonché di gruppi, fondazioni, associazioni od organizzazioni non governative di comprovata esperienza nel settore dell'assistenza e del supporto alle vittime dei reati di cui al primo comma e iscritti in apposito elenco dei soggetti legittimati a tale scopo, con il consenso del minorenne, e ammessi dall'autorità giudiziaria che procede. In ogni caso al minorenne è assicurata l'assistenza dei servizi minorili dell'Amministrazione della giustizia e dei servizi istituiti dagli enti locali. Dei servizi indicati nel terzo comma si avvale altresì l'autorità giudiziaria in ogni stato e grado del procedimento”.

art. 609-undecies (Adescamento di minorenni) “Chiunque, allo scopo di commettere i reati di cui agli articoli 600, 600-bis, 600-ter e 600-quater, anche se relativi al materiale pornografico di cui all’articolo 600-quater.1, 600-quinquies, 609-bis, 609-quater, 609-quinquies e 609-octies, adesca un minore di anni sedici, è punito, se il fatto non costituisce più grave reato, con la reclusione da uno a tre anni. Per adescamento si intende qualsiasi atto volto a carpire la fiducia del minore attraverso artifici, lusinghe o minacce posti in essere anche mediante l'utilizzo della rete internet o di altre reti o mezzi di comunicazione”.

art. 282 bis – Allontanamento dalla casa familiare

Allegato 2

Modello segnalazione all’Autorità Giudiziaria: lettera di trasmissione e note operative per la compilazione

Regione Emilia-Romagna
Assessorato Politiche Sociali

Regione Emilia-Romagna
Garante per l'infanzia e l'adolescenza

	TIPO	ANNO	NUMERO
REG.		/	/
DEL		/	/

Assemblea Leg. Regione Emilia-Romagna
Prot. 0051175-20/12/2012-ALRER

Ai Sindaci dei Comuni
dell'Emilia-Romagna

Ai Presidenti delle Province
dell'Emilia-Romagna

Agli Assessori comunali
ai Servizi Sociali

Agli Assessori provinciali
ai Servizi Sociali

e p.c. Al Presidente del Tribunale per
i Minorenni di Bologna

Al PMM presso il Tribunale per i
Minorenni di Bologna

Al dott. Tiziano Carradori
Direttore generale Sanità e Politiche Sociali
Regione Emilia-Romagna

Al dott. Gino Passarini
Servizio Politiche Familiari, Infanzia
Adolescenza
Regione Emilia-Romagna

Alla dott.ssa Mila Ferri
Servizio salute mentale,
dipendenze patologiche, salute
nelle carceri
Regione Emilia-Romagna

Oggetto: modelli di prima segnalazione e di relazione di aggiornamento.

Nel corso degli incontri del tavolo di lavoro con l'autorità giudiziaria minorile e con i responsabili regionali dei servizi socio-sanitari istituito dal Garante per l'infanzia e l'adolescenza, è emersa l'opportunità di definire e proporre ai servizi sociali/sanitari del territorio un modello unitario di segnalazione contenente tutti i dati necessari alla magistratura predetta nei procedimenti di potestà o di adottabilità di sua competenza. Ciò è parso a tutti di particolare importanza per facilitare e rendere più rapide le comunicazioni reciproche, poiché evita richieste integrative e ulteriore lavoro per i servizi e per il magistrato.

Viale Aldo Moro, 50 - 40127 Bologna
E-mail: garanteinfanzia@regione.emilia-romagna.it - tel. 051 527. 5713 fax 051 527. 5461

Sono stati perciò redatti e condivisi due modelli, uno di prima segnalazione e uno di relazione di aggiornamento, nonché una nota illustrativa per la loro compilazione. Si trasmettono quindi in allegato i modelli stessi e la nota illustrativa, con l'auspicio che vengano utilizzati dai servizi competenti a partire dal gennaio prossimo. Si ritiene utile prevedere un periodo di sperimentazione di sei mesi al fine di valutare l'impatto dei modelli stessi e di integrare e/o modificare la scheda anche in base alle osservazioni e proposte che i servizi vorranno cortesemente inviare.

Si richiama l'importanza dell'iniziativa, anche in vista della futura creazione di modelli che consentano la raccolta automatizzata di dati anonimi e la loro gestione a fini conoscitivi e di ricerca.

Teresa Marzocchi
Assessore Politiche sociali

Luigi Fadiga
Garante per l'Infanzia e l'adolescenza

Viale Aldo Moro, 50 - 40127 Bologna
E-mail: garanteinfanzia@regione.emilia-romagna.it - tel. 051 527. 5713 fax 051 527. 5461

NOTE OPERATIVE PER LA COMPILAZIONE DELLA SEGNALAZIONE/RELAZIONE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA

Destinatari: (1)

- il destinatario della prima segnalazione è sempre la Procura presso il Tribunale per i minorenni

- il destinatario di una segnalazione in presenza di provvedimenti definitivi è sempre la Procura presso il Tribunale per i minorenni

- il destinatario di aggiornamenti periodici in presenza di un fascicolo aperto è il Tribunale per i minorenni e, per conoscenza, la Procura della repubblica presso il Tribunale per i minorenni

- il destinatario di inchieste psico-sociali in caso di separazione o divorzio giudiziale è il Tribunale Ordinario

- In caso si tratti di segnalazione che comporta la presunta responsabilità penale di un adulto, occorre inviare una separata segnalazione alla Procura ordinaria, che contenga solo l'indicazione del fatto stesso, personalmente rilevato o riferito, contestualmente occorre riferire al Procuratore presso il Tribunale per i minorenni dell'avvenuta segnalazione

Oggetto (2)

Contrassegnare la tipologia di segnalazione
Per inchiesta sociale si intende un'istruttoria che approfondisce la situazione sociale e relazionale del minore, del suo nucleo e del contesto di appartenenza

Motivo della segnalazione (3)

E' necessario descrivere l'eventuale episodio acuto o le ragioni complessive che giustificano la segnalazione all'autorità giudiziaria; è indispensabile che vengano indicati i fatti con riferimenti temporali precisi, in modo oggettivo e che sia precisato se si tratti di fatti osservati e/o riferiti.

Storia e informazioni sul minore e sul nucleo familiare d'origine (4)

L'obiettivo è principalmente quello di mettere chi deve decidere (l'Autorità giudiziaria) nelle condizioni di assumere nel più breve tempo possibile la decisione più idonea per il preminente interesse del minore.
Nel corpo della relazione non usare i nomi e i cognomi di genitori o parenti (indicati nella parte anagrafica), ma il solo ruolo giuridico rispetto al minore, che rimane sempre il soggetto principale: il padre, la madre, la nonna/o/i materni, la nonna/o/i paterni, il marito o compagno della madre, la compagna o moglie del padre, gli affidatari ecc. E' importante sottolineare, infatti, che per gli operatori i protagonisti sono persone conosciute, mentre per il magistrato che legge è fondamentale individuare subito di chi si sta parlando.

L’operatore dovrà fare attenzione in questa parte della relazione a far emergere chiaramente come i genitori vivono e descrivono il loro ruolo e la situazione, oltre alle condizioni di vita oggettive e ai vissuti del bambino.
E’ importante che la descrizione dei vari soggetti del nucleo e del suo funzionamento, quindi di ciò che fa riferimento agli aspetti relazionali e generazionali, nonché alla posizione in cui si trova il minore all’interno della famiglia, venga proposta in modo polifonico e cioè secondo più prospettive: quella del racconto dei diretti interessati (il padre riferisce che…., la madre racconta che…), attraverso le osservazioni degli operatori e narrando gli eventi e i fatti concreti che sono stati raccolti.

In riferimento alla storia del minore e del nucleo familiare possono, pertanto, essere presi in considerazione, in base all’età del minore ed alle caratteristiche del caso, gli elementi di seguito elencati indicando sempre le fonti delle informazioni:

- situazione familiare, socio economica, affettiva e relazionale in cui il bambino è venuto al mondo ed è cresciuto

- collocazione attuale del minore

- dati anamnestici relativi alla storia del minore, con particolare attenzione all’aspetto sanitario (indicazioni del pediatra ed eventuali disabilità, sieropositività, vaccinazioni ecc.); psicologico (eventuali ritardi e disturbi del comportamento); relazionale (aggressività, come, dove e quando, passività, reazioni eccessive, ecc.) , eventuali precedenti collocazioni eterofamiliari del minore, motivazioni ed esito (per esempio inserimento in comunità madre/bambino, affido a parenti, ecc)

- dati anamnestici dei genitori indicando la situazione economica, lavorativa, lo stato di salute e l’eventuale presa in carico da parte del SERT, del servizio di Salute Mentale o di altri servizi specialistici, le eventuali pendenze o condanne penali conosciute

- notizie di altri parenti potenzialmente coinvolgibili riportandone i dati immediatamente disponibili

- situazione attuale del minore sul piano sanitario, psicologico, relazionale, ambientale (evidenziando gli elementi di sofferenza e le eventuali risorse personali e di contesto),l’ inserimento educativo/scolastico/formativo e la regolarità della frequenza scolastica *(allegare eventuale documentazione scolastica);* partecipazione ad attività extra scolastiche, ricreative, sportive; descrizione della relazione genitori e figli e del funzionamento familiare

- interventi già effettuati dai Servizi socio assistenziali e sanitari anche ospedalieri e loro efficacia, tempi e modalità di realizzazione e valutazione degli stessi

- altre persone, servizi o agenzie educative coinvolte (ad es. affidatari, insegnanti, operatori di servizi educativi scolastici ed extrascolastici) e loro osservazioni

- indicatori dello stato di pregiudizio in cui versa il minore (descrizione di episodi accaduti)

Interventi svolti dal Servizio Sociale e/o da altri servizi (5)

La relazione deve riportare sinteticamente gli interventi svolti dall'assistente sociale e/o da operatori di altri servizi: l'indicazione del numero complessivo dei colloqui/visite domiciliari svolte e con chi, gli strumenti, gli altri soggetti istituzionali coinvolti ecc., indicando il periodo a cui l'intervento si riferisce. E' consigliabile segnalare gli appuntamenti mancati e le relative motivazioni/giustificazioni, esplicitando se si tratta di incontri precedentemente concordati e evidenziare, in generale, il livello di collaborazione della famiglia nel progetto di intervento.

Alla relazione può essere utile allegare le relazioni redatte da altri professionisti (es: insegnanti, Servizio di salute mentale, NPIA, Ser.T, comunità di accoglienza, servizio sociale del dipartimento della giustizia minorile, ecc.)

Valutazioni conclusive e proposte (6)

Si richiama l'attenzione all'importanza di un approccio prospettico e prognostico da parte del servizio segnalante, approccio che comporta una capacità in qualche modo predittiva, che non si limita a fotografare il presente ma è in grado di prefigurare quale potrebbero essere i possibili scenari futuri per il bambino o ragazzo, alla luce degli elementi di realtà esistenti, delle risorse presenti o potenziali, dei tempi di recupero della famiglia, degli interventi fino a quel momento posti in essere.

Progetto del servizio (7)

In questa parte va riportata l'ipotesi di progetto che il servizio intende attuare

Firma della relazione (8)

La relazione deve essere firmata dagli operatori direttamente interessati e tempestivamente inviata con lettera di trasmissione sottoscritta del Dirigente Responsabile del Servizio Tutela minori sociale/sanitario competente (o suo delegato).

Modello di segnalazione all'Autorità Giudiziaria
per eventuali provvedimenti ex artt. 330-333 c.c e legge 184/83 art. 9

CARTA INTESTATA

Data

Destinatari (1)

Oggetto (dati anagrafici del minore) **(2)**

……

- O Prima segnalazione
- O inchiesta sociale a domanda dell'Autorità giudiziaria (indicare estremi della richiesta)
- O Richiesta di modifica del decreto in precedenza assunto dall'Autorità Giudiziaria (indicare n. decreto)

N.B. contrassegnare la tipologia della segnalazione

Servizio e operatore segnalanti

……

Dati relativi al minore

Nome e Cognome …… ……M • F

Luogo e data di nascita …….

Residenza: Comune/Via …….

Luogo di dimora se diverso dalla residenza……...

Cittadinanza ……. (se straniero indicare il CUI Codice Unico di Identificazione)

Tipologia di servizio educativo, scuola o formazione indicando la classe

……

.

Eventuale occupazione lavorativa …….

Dati relativi ai genitori

Madre :nome e cognome, data di nascita e residenza, cittadinanza e, se straniera, indicare se in possesso del permesso di soggiorno

……

Padre: nome e cognome,data di nascita e residenza, cittadinanza e, se straniera, indicare se in possesso del permesso di soggiorno

……

precisare se i genitori sono coniugati, conviventi, separati e se esistono altre convivenze in atto

……

eventuali figli oltre quello segnalato con relativa data di nascita conviventi con il nucleo o collocati in altra sistemazione (specificare)

……

altri parenti conviventi (es.zii, nonni) o altre persone conviventi con il minore

……

altri componenti familiari non conviventi, aventi rapporti significativi con il minore

……

eventuali altre segnalazioni pregresse relative ai genitori e/o ai fratelli e/o fascicoli esistenti presso il Tribunale per i Minorenni ed eventuali provvedimenti penali e/o di allontanamento

……

RELAZIONE

Motivo della segnalazione (3)

……
……
……

Storia e informazioni sul minore e sul nucleo familiare di origine (4)

……
……
……

Interventi svolti dal Servizio Sociale e/o da altri servizi (5)

……
……
……

Valutazioni conclusive e proposte (6)

……
……
……

Progetto del servizio (7)

……
……
……

Firma della relazione (8)

……
……
……

Modello di segnalazione all'Autorità Giudiziaria
per eventuali provvedimenti ex artt. 330-333 c.c e legge 184/83 art. 9

CARTA INTESTATA

Data

Destinatari (1)

RELAZIONE DI AGGIORNAMENTO
Oggetto (dati anagrafici del minore ed indicazione del numero del fascicolo dell'AG) **(2)**

……

- O Aggiornamento
- O Indagine sociale richiesta dall'Autorità giudiziaria (indicare estremi della richiesta)
- O richiesta di modifica del decreto in precedenza assunto dall'Autorità Giudiziaria

N.B. contrassegnare la tipologia della segnalazione

Servizio e operatore segnalanti

……

Dati relativi al minore (evidenziare eventuali cambiamenti rispetto alle relazioni precedenti)

Nome e Cognome …… ……M • F
Luogo e data di nascita …….
Residenza: Comune/Via …….
Luogo di dimora se diverso dalla residenza……...
Cittadinanza ……. (se straniero indicare il CUI Codice Unico di Identificazione)
Tipologia di servizio educativo, scuola o formazione indicando la classe
……
.
Eventuale occupazione lavorativa …….

Dati relativi ai genitori (evidenziare eventuali cambiamenti rispetto alle relazioni precedenti)

Madre :nome e cognome, data di nascita e residenza, cittadinanza e, se straniera, indicare se in possesso del permesso di soggiorno

……

Padre: nome e cognome,data di nascita e residenza, cittadinanza e, se straniera, indicare se in possesso del permesso di soggiorno

……

precisare se i genitori sono coniugati, conviventi, separati e se esistono altre convivenze in atto

……

eventuali figli oltre quello segnalato con relativa data di nascita conviventi con il nucleo o collocati in altra sistemazione (specificare)

……

altri parenti conviventi (es.zii, nonni) o altre persone conviventi con il minore

……

altri componenti familiari non conviventi, aventi rapporti significativi con il minore

……

eventuali altre segnalazioni pregresse relative ai genitori e/o fascicoli esistenti presso il Tribunale per i Minorenni ed eventuali provvedimenti penali e/o di allontanamento

……

RELAZIONE

Evoluzione della situazione e principali eventi successivi all'ultima relazione (4)

……
……
……

Interventi svolti dal Servizio Sociale e/o da altri servizi successivi all'ultima relazione (5)

……
……
……

Valutazioni conclusive (6)

……
……
……

Progetto del servizio ed eventuali modifiche (7)

……
……
……

Firma della relazione (8)

……
……
……

Allegato 3

Documenti regionali, nazionali e internazionali

REGIONE EMILIA-ROMAGNA:

- Deliberazione del Consiglio della Regione Emilia Romagna 24.11.1999. n. 6024. "Linee di indirizzo in materia di abuso sessuale sui minori"
– Legge regionale 28 luglio 2008 n. 14 – "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni" – Bollettino Ufficiale n. 129 del 28 luglio 2008
- Deliberazione dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna 22.05.2008, n. 175 Piano Sociale Sanitario 2008-2010.
- Violenza e salute: il bambino al centro, pensieri ed esperienze di protezione - Quaderno n. 18 - Servizio Politiche familiari, infanzia e adolescenza, Calciolari A. e Pedrocco Biancardi M.T. (a cura di), 2008 – in http://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/guide/ quaderni-del-servizio-politiche-familiari-infanzia-e-adolescenza/18.-violenza-e-salute-il-bambino-al-centro-pensieri-ed-esperienze-di-protezione
- Deliberazione Assembleare, 18/06/2013, n. 117 Indicazioni attuative del Piano Sociale e Sanitario regionale per il biennio 2013/2014

Lettera Garante invio documentazione ai servizi.pdf

BOLOGNA
P_INT_14_Percorso_sanitario_integrato_in_caso_di_violenza_sessuale_sospetto_abuso_sessuale_a_carico_di_minori.pdf
All._01_P-INT_14_Segnalazione_SSO.pdf
All._02_P-INT-14_Come_raccogliere_il_racconto_spontaneo_del_bambino.pdf
All._03_P-INT_14_Repertazione_tracce_biologiche_e_conservazione.pdf
All._04_P-INT-14_Segnalazione_Autorità_Giudiziaria.pdf
All._05_P-INT-14_Segnalazione_Procura_Minorile.pdf
All._06_P-INT_14_Mod._segnalazione_al_servizio_sociale_competente.pdf
All._07_P-INT_14_Scheda_di_segnalazione_centro_specialistico_IL_FARO.pdf
All._08_P-INT-14_Medici_consulenti_d'organo-apparato.pdf
All._09_Documento_PRIS.pdf
All._10_P-INT-14_Mappa_SS_Territorio.pdf
edopo:
edopo_ragazzi.pdf.
edopo_genitori.pdf.
edopo_operatori-lr.pdf

FERRARA
LINEE GUIDA INFANZIA.pdf
Protocollo. Linee guida per la formazione
Procedura Azienda Sanitaria.doc
Prefettura.Protocollo.doc
Corso Formazione accoglienza donne_e_violenza.doc
Documenti_facsimili_allegati alle Buone pratiche.FE.doc
BUONE PRATICHE Tutela Minori_ambitosanitario_2011.doc

MODENA
REGIONE LINEE GUIDA.DOTTI.MO.doc
Protocollo_interistituzionale__Modena__contrasto_maltrattamento_abuso_minori.pdf
Protocollo_interistituzionale_-_Modena__contrasto_maltrattamento_abuso_minori.pdf
Prov.piano strategico.doc
Protocollo.doc
IO27-2010 Policlinico CON ALLEGATI.doc

PARMA
Prefettura.Protocollo.doc
protocollo con firme Provincia Parma-1.pdf

PIACENZA
ProceduraViolenza AUSL Piacenza.doc
Scheda segnalazione buone pratiche_ EIGE Molinaroli PC.DOC

RAVENNA
DONNA.Comuni faentini.Protocollo.doc
Linee operative Area Famiglia e Minori Lugo.pdf
Protocollo.pdf
Violenza sessuale e abuso Proposta di gestione per il medico Ospedaliero_AUSL RA

REGGIO EMILIA
Comune protocollo intesa e prot operativo.doc
AUSL.pdf

RIMINI
Prov. prot. intesa.doc
confronto dati dafne primo sem 2009 prim sem 2010 primo 2-1

ALTRE PROVINCE ITALIANE:
IMPERIA Protocollo d'intesa.doc
MILANO.SBAM L.Romeo per 26 maggio.ppt
MILANO.MALTRATTAMENTO.doc
MILANO.LineeGuidasSVS

MINISTERO:
Giolito. L'abuso sessuale nei bambini prepuberi, requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata
Min.Salute. Scuola. L'abuso sessuale sui bambini
C_17_opuscoliPoster_177_foto
C_17_pubblicazioni_1522_allegato

REGIONI:
ABRUZZO.LINEE GUIDA ABRUZZO.pdf
CAMPANIA- Linee indirizzo Campania-1.pdf
MOLISE.protocollo per l'abuso sessuale e maltrattamento Molise.21.09.2009.pdf
PIEMONTE.informazioni-piemonte.pdf
SICILIA. Linee guida 2012.pdf
VENETO.LINEE_GUIDA.Abuso_Veneto-1.pdf

ISTITUZIONI, ASSOCIAZIONI, ORGANIZZAZIONI E SOCIETA' SCIENTIFICHE ITALIANE
CISMAI
- ü Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia 2001 pdf
- ü Requisiti minimi dei servizi che si occupano di maltrattamento e abuso 2001 pdf
- ü Linee guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori 2004 pdf
- ü Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri 2005 pdf
- ü Documento finale CISMAI degli Stati generali sul maltrattamento in Italia 2012 pdf
- ü Proposte alle forze politiche che si candidano alla guida del paese elezioni 2013 pdf

Tutti sono reperibili su www.cismai.org

SINPIA. Linee guida in tema di abuso sui minori – Revisione 2007 sul documento originario del 2002.

INTERNAZIONALI

EUROPE. Guidelines on child abuse- childoneurope-2009 -innocenti.pdf
ISPCAN 2008.pdf
Convenzione di Lanzarote.

- Testo italiano in http://www.istitutodeglinnocenti.it/sites/default/files/COE_CONV_201_SFRUTTAMENTO_E_ABUSO_SESSUALE_MINORI_0.pdf
- Ratifica italiana: LEGGE 1 ottobre 2012, n. 172. GU n. 235/8-10-2012

LG Maltrattamento Scozia.pdf

NICE

- clinical guideline 89.docx
- linea guida abusominori.pdf
- Linea guida maltrattamento.pdf

SAVE THE CHILDREN ITALIA -CISMAI-CNCPO Abuso sessuale dei minori e nuovi media-spunti teorico-pratici per gli operatori 2012.pdf
www.savethechildren.it

WHO

- 2002 World report on violence and health
- 2006 Preventing Child Maltreatment 241594365_eng.pdf

Allegato 4

Griglie raccomandazioni specifiche

Raccomandazioni specifiche in caso di MALTRATTAMENTO FISICO, ABUSO SESSUALE E TRASCURATEZZA GRAVE

Fasi:
1 Rilevazione
2 Attivazione della rete dei servizi
3 Segnalazione all'Autorità Giudiziaria e misure di protezione
4 Valutazione multidisciplinare
5 Trattamento

I° SCENARIO:
racconto spontaneo di maltrattamento da parte del minore o di un genitore o di altri, minore o adulto, che hanno ricevuto la confidenza (racconto indiretto)

II° SCENARIO:
– riscontro / ricorrenza di lesioni fisiche sospette o compatibili con violenza o neglect (fratture sospette / lesioni cutanee / lesioni genitali-anali)
– lesioni associate a segni/sintomi dubbi presenti o passati
- riscontro di segni comportamentali/emotivi di disagio correlabili a situazioni violente dirette o assistite o a situazioni di incuria (es. atteggiamenti di paura, evitamento ecc..)

è Attivazione S. Sociale o S. Sanitario è Attivazione Gruppo Multidisciplinare

PROFESSIONISTI/ALTRE FIGURE DI RIFERIMENTO DEL MINORE COINVOLTI

- Scuola/Servizi educativi infanzia: Insegnante e dirigente scolastico, incaricato Pubblico Servizio, personale/Coordinatore pedagogico dei Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-3 e 3-6 del sistema integrato regionale (scuole paritarie private o comunali)
- Sanitari del territorio: i pediatri di famiglia e di comunità, i medici di medicina generale, gli assistenti sanitari, gli psicologi e i neuropsichiatri infantili, i logopedisti e i terapisti della riabilitazione, gli educatori professionali, i professionisti dei SERT e della Salute Mentale.
- Sanitari dell'ospedale: pediatri, medici, infermieri., ostetriche, dei Pronto Soccorso, delle Unità di degenza, dei Day-Hospital ed ambulatori
- Servizio Sociale
- Terzo settore e adulti di riferimento del minore: allenatori sportivi/educatori, Centri di aggregazione/vicinato/volontariato ecc.
- Forze dell'Ordine/Polizia Municipale

<table>
<tr><th colspan="3">1-RILEVAZIONE</th></tr>
<tr><th>PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI</th><th>CRITICITA'</th><th>RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI</th></tr>
<tr><td rowspan="3">A- Scuola/
Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-6 anni</td><td colspan="2">• In caso di racconto chiaro (I° Scenario) o lesioni fisiche inequivocabili (II° Scenario), l'insegnante/educatore effettua denuncia alla AA.GG., firmata anche dal Dirigente/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale (vedi Fase 3 – Segnalazione all'Autorità Giudiziaria e misure di protezione) e contestuale segnalazione al S. Sociale
• In caso di racconto non specifico e di sole ipotesi e preoccupazioni vaghe, o riscontro/ricorrenza di lesioni fisiche o segni comportamentali di dubbia origine dei quali non viene data spiegazione plausibile dalla famiglia (II° scenario) l'insegnante non sottovaluta ma effettua una valutazione degli elementi in suo possesso (comportamento del minore, percorso scolastico, ecc.) e si confronta comunque con il Dirigente/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale.
In entrambi i casi :</td></tr>
<tr><td>A.1 - l'insegnante/educatore teme di violare la privacy, di incrinare il rapporto di fiducia con il minore e la famiglia ed è preoccupato di eventuali ritorsioni

A.1.1 – può avere difficoltà a differenziare la necessità dell'intervento in urgenza (esigenze di tutela del minore) rispetto all'intervento meno urgente e a muoversi di conseguenza.</td><td>A.1 – Formare il personale della scuola e creare procedure intra-scolastiche relative alla fase di rilevazione per la corretta gestione del caso:
- comunicazione al Dirigente Scolastico/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale - rassicurazioni giuridiche (obblighi dell'inc. pubblico servizio/rischio di ritorsioni, ecc.) e psicologiche (privacy e rapporto di fiducia)
- Indicazioni operative/protocolli /modulistica

A.1.1 – Fornire orientamenti per differenziare le situazioni urgenti dalle altre non urgenti e indicazioni sui percorsi diversi in caso di urgenza e di non urgenza</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td>A.2 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale è incerto sulla gestione del dubbio. In particolare non sa con chi confrontarsi quando il racconto è confuso, anche per sapere se il bambino è in carico, chi ha la responsabilità di segnalare ai Servizi Sociali ed ev. l'Uff. Minori della Questura, come fare la segnalazione, ecc. (vedi Fase 2 – Attivazione della rete, tramite il SS).</td><td rowspan="2">A.2 – A.3 – Formare il personale della scuola e creare procedure di raccordo extrascolastico con indicazioni chiare alla Scuola per il raccordo:
- con il S. Sociale
- con S. Sanitario: se, come e a chi rivolgersi (Pediatra di Comunità/ PdF/MMG - vedi anche B.5)
- con l'Uff. Minori della Questura.

N.B. A sua volta il S. Sanitario, nelle sue varie articolazioni, deve essere in possesso di indicazioni chiare su come dare risposta alle sollecitazioni della Scuola. (vedi oltre – AF 1/B.5)</td></tr>
<tr><td>A.3 - Qualora l'insegnante/Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale ritenga opportuno confrontarsi con un Sanitario che possa eventualmente visitare il bambino non sa
– se è lecito formulare tale richiesta (manca un orientamento giuridico condiviso)
- non sa a chi rivolgersi</td></tr>
</table>

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
	A.4 - ha difficoltà: - nella rilevazione dei segni - nelle modalità di ascolto e di raccolta del racconto del minore - nella comunicazione e coinvolgimento della famiglia, in presenza e in assenza di denuncia all'A.G.	A.4 / A.5 – Programmi di formazione continua integrata orientata: - al riconoscimento dei segni fisici e/o comportamentali - alle modalità di ascolto e di raccolta del racconto del minore - alla comunicazione e relazione con la famiglia in presenza e in assenza di denuncia all'Autorità Giudiziaria. - al problema della riservatezza e al segreto di ufficio
	A.5 – Può esserci rischio di diffusione impropria del dubbio/notizia di reato dentro e fuori la Scuola.	

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
B – Servizio Sanitario	• Il Sanitario sul territorio o in ospedale che ha ricevuto un racconto chiaro (I° scenario) o che riscontra segni/ sintomi chiari (II° scenario): - verifica l'eventuale presenza di necessità sanitarie urgenti e le assicura - effettua denuncia alla Magistratura (vedi Fase 3 – Segnalazione all'Autorità Giudiziaria e misure di protezione). • Nel caso in cui il racconto non sia specifico ma riporti solo ipotesi o preoccupazioni vaghe o ci sia rilievo di segni non inequivocabilmente interpretabili, il Sanitario non sottovaluta e procede.	
territoriale e ospedaliero	B.1 - Cosa fare e cosa non fare in queste situazioni: - come raccogliere il racconto spontaneo del minore - come effettuare la valutazione clinica (tenendo presente che anche questa potrebbe avere rilevanza forense) - come ricercare altri segni di M/AF/Trascuratezza: lesioni fisiche presenti /pregresse/segni di trascuratezza grave e acquisire ulteriori informazioni sanitarie (PdF/MMG – stesso PS – altri PS Area e Regione per altri accessi problematici e rischio migrazione genitori abusanti)	B.1 – Formazione su come gestire adeguatamente questi casi - cosa fare e cosa non fare, in queste situazioni (es. triage in Ospedale ecc.) - come raccogliere il racconto spontaneo (è raccoglie dettagliatamente, in maniera precisa e oggettiva, tutto ciò che viene riferito dall'adulto/adulti che accompagnano il bambino, e quello che racconta spontaneamente il bambino, se possibile separatamente. In particolare formulare domande appropriate e non suggestive, per finalità protettive (prima valutazione sul livello di rischio) e avendo presente che potrebbe avere rilevanza forense; - come effettuare la valutazione clinica (è descrive dettagliatamente, in maniera precisa e oggettiva tutto ciò che riscontra) con indicazioni operative /protocolli - come acquisire ulteriori informazioni sanitarie: collegamento con PdF Coordinamento in rete/collegamento informatico PS Area Vasta/RER per precedenti accessi problematici e migrazione genitori abusanti ecc.

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
	B.2 - Scarsa integrazione tra Servizi Sanitari dell'ospedale e del territorio e tra questi e il Servizio Sociale. - Se segnalare ai Servizi Sociali, ed ev. all'Uff. Minori della Questura, il caso e come attivare la rete (vedi Fase 2 - Attivazione della rete dei servizi)	B.2- Definire procedure per il raccordo tra servizi (comunicazione sospetto, confronto sui segni) per adulti e minori, tra ospedale e territorio - segnalare tempestivamente ai S. Sociali, ed ev. l'Uff. Minori della Questura, per attivare la rete (chi, cosa, come, quando – vedi Fase 2 - Attivazione della rete dei servizi) -- programmi di formazione continua integrata
	B.3 - A chi e come eventualmente rivolgersi per un confronto /approfondimento diagnostico (consulenza/II° livello)	B.3 – Formalizzare/creare un II° livello, colleghi esperti per consulenza/ospedale/centro specialistico a livello aziendale/provinciale - Quaderni di supporto al professionista (es. Fratture e Abuso. Raccomandazioni per il percorso diagnostico)
	B.4 - Come rispondere alle richieste di consulenza sanitaria della Scuola, per mancanza di indicazioni precise o di orientamenti non chiari	B.4 – dotarsi di indicazioni su come dare risposta alle richieste della Scuola, alla luce di chiarimenti giuridici condivisi
	B.5 - Come gestire i rapporti con la famiglia nei casi di rivelazione diretta del minore	B.5 – Implementare le competenze e dare indicazioni per la gestione del rapporto con la famiglia e il genitore abusante o sospetto abusante, in questa particolare condizione in cui salta la tradizionale alleanza sanitario/famiglia o almeno un genitore (protocolli condivisi)

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
C- Servizio Sociale	Il Sevizio Sociale: • in caso di racconto spontaneo specifico (I° scenario) denuncia all'Autorità Giudiziaria (vedi Fase 3) • nel caso che il racconto non sia specifico e ci siano solo ipotesi e preoccupazioni vaghe (II° scenario) ritiene opportuno approfondire gli aspetti sanitari attivando il Servizio Sanitario e l'equipe multidisciplinare (vedi anche DGR 1904/2011) ma può avere:	
	C.1 – problemi di collegamento con il S. Sanitario (ospedale/consulenti sanitari esperti/equipe multidisciplinare/centro specialistico) - l'isolamento nella fase di gestione del dubbio.	C.1 – Procedure o indicazioni dettagliate per il S. Sociale per collegamento con S. Sanitario (ospedale/consulenti sanitari esperti/equipe multidisciplinare/centro specialistico): chi contattare e come farlo su apposita modulistica.
	C.2 - limitate conoscenze sul fenomeno e sulle funzioni per dispersione competenze, elevato turnover, ecc. - il riconoscimento dei segni di trascuratezza	C.2 – programmi di formazione, di base e specialistica nel settore, volti ad aumentare le conoscenze e il raccordo tra servizi (formazione periodica ed integrata)
D- Terzo Settore e adulti riferimento del minore	D.1 – Possono non sapere come gestire quanto ricevuto, a chi riportare il racconto spontaneo e con chi confrontarsi - scarsa conoscenza dei segni, possibile sottovalutazione dei segni	D.1 - programmi di formazione/informazione e sensibilizzazione /promozione dei servizi sul problema rivolti al Terzo Settore volti ad aumentare le conoscenze e a favorire il raccordo con i servizi sociali.
	D.2 – Si orientano per una segnalazione al S. Sociale o alle FO ma può esserci insufficiente conoscenza / fiducia nei Servizi Sociali e FO (nuclei minori)	D.2 - protocolli di intesa che prevedano il collegamento fra Centri del terzo settore, FO e rete dei servizi
E- Forze Ordine /Polizia Mun.	E.1 – difficoltà ad integrarsi con i nodi della rete dei servizi H24, ove esistente E.2 – Possibile sottovalutazione del problemi	E.1 – protocolli di intesa che prevedano il collegamento fra FO e rete dei servizi H24 E.2 - programmi di formazione/aggiornamento specifico su problematiche abuso, congiunti con i servizi sociosanitari

2- ATTIVAZIONE DELLA RETE		
PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
Scuola/ Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-6 anni	A.1 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale può ritardare l'attivazione della rete dei servizi perché non è consapevole dell'importanza della tempestività dell'intervento dei S. Sociale ed ev. l'Uff. Minori della Questura, in tutti i casi dubbi in cui l'acquisizione di informazioni sul minore e sul suo nucleo familiare può essere utile al fine di permettere un migliore inquadramento del caso (valutazione delle condizioni di pregiudizio) - può non sapere chi e come contattare	A.1 – Creare procedure intra-scolastiche relative alla fase di attivazione della rete tramite il S. Sociale ed ev. l'Uff. Minori della Questura, che evidenzi l'importanza dell'attivazione tempestiva della rete nell'interesse del minore (valutazione delle condizioni di pregiudizio) - Attivare programmi di informazione /sensibilizzazione al personale della Scuola su chi e come contattare (ev. modulistica predefinita) - monitoraggio e verifica periodica
	A.2 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale teme di violare la "privacy" e di incrinare il rapporto di fiducia con il minore e la famiglia ed è preoccupato di eventuali ritorsioni.	A.2 – Fornire rassicurazioni giuridiche (obblighi dell'inc. Pubblico Servizio/rischio di ritorsioni, ecc.) e psicologiche (privacy e rapporto di fiducia) - Indicazioni operative/protocolli (vedi Fase 1 - Rilevazione: A1)
	A.3 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale può avere scarsa conoscenza e/o fiducia nei Servizi Sociali	A.3 – Attivare programmi periodici di formazione integrata (formazione continua), per istaurare anche un clima di fiducia tra i servizi

B- Servizio Sanitario territoriale e ospedaliero	Il Personale Sanitario deve attivare tempestivamente la rete dei servizi tramite il SS ed ev. l'Uff. Minori della Questura, per acquisire le informazioni sul minore e sul nucleo (diagnosi sociale) onde meglio inquadrare la situazione e per valutare la condizione di pregiudizio e l'eventuale tutela del minore , ma:	
	B.1 - non sempre è consapevole dell'importanza e dell'urgenza di questo dovere	B.1 – Attivare programmi di formazione /sensibilizzazione sull'importanza dell'attivazione tempestiva della rete per la valutazione delle condizioni di pregiudizio del minore
	B.2 – può avere scarsa conoscenza delle modalità di attivazione della rete	B.2 – Definire modalità chiare di collegamento fra S. Sanitario e S. Sociale su chi e come contattare (eventuale modulistica predefinita)
	B.3 – può avere difficoltà ad attivare la rete al di fuori degli orari di servizio dei SS	B.3 – Garantire possibilmente l'attivazione della rete dei servizi H24 a livello provinciale o Area Vasta, almeno per l'accoglienza
	B.4 - può esserci scarsa chiarezza nelle proprie competenze, scarso rispetto delle altrui competenze, scarsa condivisione delle responsabilità	B.4 – Dotarsi di indicazioni chiare su ruoli, competenze e responsabilità necessarie per un efficiente funzionamento della rete

PROFESSIONISTI / altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
C- Servizio Sociale	C.1 – Può avere difficoltà di connessione con gli altri nodi della rete (Magistratura – FF.OO. – S. Sanitario)	C.1 – Dotarsi di indicazioni chiare per la connessione con gli altri nodi della rete (Magistratura – FF.OO. – S. Sanitario) - utili protocolli: chi e come contattare ed ev. modulistica predefinita - mantenere in evidenza sempre la mappatura della rete (chi e come)
	C.2 – può non essere disponibile H24	C.2 – Assicurare la copertura H24 a livello provinciale o area vasta, almeno per l'accoglienza
	C.3 – possono esserci problemi di efficienza del servizio per carenze organizzative o di coordinamento del servizio	C.3 – Prevedere la funzione di coordinamento del servizio
	C.4 – possono esserci difficoltà nell'attivare i percorsi di protezione e su come effettuare la messa in sicurezza del minore	C.4 – Individuare e garantire le modalità di attivazione dei percorsi di protezione e messa in sicurezza del minore, comprese ev. convenzioni con comunità di accoglienza anche in emergenza
D- Terzo Settore e adulti di riferimento del minore	D.1 – Il personale del Terzo Settore ecc. può non avere chiara l'importanza di attivare il S. Sociali (la rete dei servizi) nell'interesse del minore, per la valutazione delle condizioni di pregiudizio ed eventualmente proteggerlo.	D.1-2-3 - Attivare programmi di informazione/sensibilizzazione: - sulle responsabilità etiche e giuridiche, - sul rapporto confidenziale- privacy, - su come collegarsi con il S. Sociale in funzione di protezione del minore,per istaurare anche un clima di fiducia tra i servizi
	D.2 – problemi privacy/rapporto di fiducia	
	D.3 - ha carente conoscenza e/o fiducia nei S. Sociali	
E- Forze dell'Ordine / Polizia Municipale	E- Possono esserci difficoltà di integrazione con i nodi della rete dei servizi sociali e/o servizi sanitari H24	E – Attivare protocolli di intesa che prevedano il collegamento fra FO e rete dei servizi H24, anche per i percorsi di protezione del minore a livello Provinciale o di Area Vasta

3-SEGNALAZIONE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA E MISURE DI PROTEZIONE		
PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
A- Scuola/ Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-6 anni	L'insegnante/educatore comunica di avere ricevuto il racconto/di avere rilevato segni sospetti di maltrattamento o abuso sessuale o trascuratezza al Dirigente scolastico ed è a conoscenza dei percorsi differenziati in caso di urgenza e di non urgenza.	
	A.1 – Il dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale decide di effettuare denuncia all'AG ma non sa: - se, quando, come e a chi segnalare in caso di urgenza e di non urgenza, - se e come attivare contestualmente i S. Sociali	A.1 – Dotarsi di indicazioni su - come effettuare la denuncia all'AG in caso di urgenza e di non urgenza (ev. protocollo condiviso Magistratura/Scuola: a chi e come, ev. modulistica predefinita) - come attivare sempre contestualmente i S. Sociali (vedi Fase 2 Attivazione della rete) in funzione di protezione del minore
	A.2 – Il dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico della scuola paritaria privata o comunale decide di non effettuare la denuncia. L'insegnante non sa: - se deve procedere autonomamente con la denuncia all'AG - a chi farla e come, e con chi confrontarsi.	A.2 – Attivare programmi di aggiornamento periodico (formazione continua) di tipo giuridico sulle responsabilità personali dell'incaricato di Pubblico Servizio
	A.3 – Il personale scolastico/dei servizi educativi può avere dubbi se e come informare la famiglia in caso di denuncia alla AG	A.3 – Attivare programmi di formazione/aggiornamento periodico, auspicabilmente condivisi con la Magistratura, sulle modalità di informazione alla famiglia in caso di denuncia alla Magistratura

B- Servizio Sanitario territoriale e ospedaliero	Il Sanitario riceve il racconto e/o rileva segni o sintomi ma può trovarsi in difficoltà stante:	
	B.1 - la scarsa conoscenza delle modalità e procedure di segnalazione all'AG in caso di urgenza e di non urgenza	B.1 – Fornire indicazioni al sanitario su come effettuare la denuncia all'AG (ev. protocollo condiviso Magistratura/S. Sanitari: a chi e come – ev. modulistica predefinita) in caso di urgenza e di non urgenza
	B.2 - l'insufficiente competenza relativa alla valutazione clinica in caso di racconto confuso o di rilievo di segni non inequivocabili (solitudine dell'operatore)	B.2 – Assicurare al sanitario la possibilità di ricorrere tempestivamente ad una consulenza sanitaria formalizzata di II° livello o equipe multidisciplinare (ospedale, centro specialistico, in Area Vasta o Regione o anche extra RER), per un confronto (superamento della solitudine dell'operatore - condivisione delle responsabilità)
	B.3 – - la preoccupazione dei rapporti con la famiglia - l'apprensione per i rapporti con l'AA.GG. - il rischio di dovere affrontare eventuali ritorsioni anche legali da parte della famiglia	B.3 – Attivare programmi di aggiornamento periodico integrato (formazione continua) di tipo giuridico e deontologico - Individuazione del consulente giuridico per l'appropriatezza della segnalazione

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
C- Servizio Sociale	C.1 – In caso di racconto o segnalazione poco circostanziata o fortemente dubbia, il S. Sociale è incerto sull'opportunità o meno di effettuare denuncia all'AA.GG.	C.1 – Fornire indicazioni chiare per il collegamento tempestivo fra S. Sociali e Gruppo multidisciplinare (chi e come contattare, sulla condivisione di responsabilità in tema di denuncia all'AA.GG.
	C.2 – In caso di denuncia all'AA.GG. si pone il problema di semplificare al massimo la procedura: può essere utilizzata la doppia segnalazione (Procura Minorile e Procura presso il Tribunale Ordinario) su unico modulo con doppio indirizzo, inviata ad entrambi i Procuratori o più opportuna segnalazione separata? (N.d.R.: sembra ci siano orientamenti difformi nelle diverse sedi)	C.2 / C.3 / C.4 – Elaborare protocolli d'intesa fra le Procure presso TO e presso TpM e fra Procure e S. Sociali e Sanitari che facilitino un percorso condiviso a tutela dei diritti del minore, compreso il chiarimento sulla modalità di segnalazione separata, in maniera dettagliata alla Procura Minorile e in modo succinto alla Procura presso il TO
	C.3 – Scarso coordinamento tra le Procure. Il raccordo fra Procura presso il Tribunale Ordinario e Procura minorile, sarebbe importante nella comunicazione /conoscenza vicendevole delle azioni intraprese e da intraprendere, e nei loro tempi, nella superiore considerazione e preoccupazione per l'interesse del minore.	
	C.4 - Scarso raccordo tra S. Sociale e Procure. La Magistratura, una volta attivata, non consente di procedere ad ulteriori interventi da parte dei servizi, se non sulla base di disposizioni da lei emanate (necessità della segretezza dell'intervento per la ricerca e acquisizione delle prove, ecc.). I S. Sociali hanno, d'altro canto, il problema di intervenire, talora con immediatezza, nell'interesse del minore, in funzione di assistenza, cura e sorveglianza del minore (valutazione diagnostica, percorso e tutela dello stesso).	
	C.5 – Scarso raccordo fra Magistratura da un lato e S. Sociali e Sanitari dall'altro per consulenze e per la tutela endoprocessuale del minore. - Scarsa propositività del SS nel garantire l'accompagnamento /assistenza del minore nel procedimento giudiziari	C.5 – Elaborare protocolli d'intesa fra Procure e S. Sociali e Sanitari orientati a favorire le consulenze e la tutela endo ed extra processuali del minore - Fornire indicazioni al S. Sociale affinché si proponga attivamente per accompagnamento /assistenza del minore nel procedimento giudiziario.

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
D- Terzo Settore	Il personale del Terzo settore riceve racconti o segnalazioni ma non sa se deve o meno segnalare il caso, come farlo e a chi.	Attivare programmi di sensibilizzazione /informazione con personale del Terzo settore.
E- Forze dell'Ordine /Polizia Municipale	Le Forze dell'Ordine segnalano direttamente alla Magistratura.	

4-VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE (VM)

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
Gruppo multidisciplinare minimo sul caso - pediatra - assistenti sociali - psicologi/ NPIA - cons. giuridico eventualmente ampliabile secondo necessità con: - medico legale specialisti organo e apparato, psichiatri adulto, SerT ecc.. Coordinamento del Gruppo	L'attivazione del S. Sociale o del S. Sanitario (richiesta di consulenza per valutazione clinica) in seguito a racconto di maltrattamento fisico o abuso sessuale o trascuratezza (I° scenario) o di riscontro ecc. di lesioni/comportamenti che hanno fatto sorgere il sospetto di abuso fisico o sessuale o trascuratezza (II° scenario) impongono di effettuare una valutazione integrata sociale e sanitaria che richiede competenze specialistiche diverse specificamente formate e capacità/attitudine a lavorare in modo integrato sul caso (Gruppo multidisciplinare) in modo da effettuare una presa in carico globale del caso. Ma:	
	VM.1 - le competenze specialistiche specificamente formate con capacità di lavorare in modo integrato (gruppo multidisciplinare) attivabili tempestivamente, possono non essere presenti in maniera uniforme e diffusa	VM.1 – Individuare e formare a livello locale le competenze necessarie a costruire una equipe multidisciplinare minima (pediatra – assistente sociale – psicologo/NPIA – cons. giuridico) cui fare riferimento e suoi requisiti (come previsto dalla L.R. n. 14/2008): - competenze professionali specificamente formate - metodologicamente orientata al confronto interdisciplinare e al lavoro integrato e non alla semplice consulenza specialistica (integrazione inter-istituzionale e integrazione nell'intervento sul caso) - tempestivamente attivabile a liv. aziendale / provinciale/Area Vasta
	VM 2 – Gli specialisti possono avere necessità di confrontarsi con esperti maggiormente competenti, ma non sanno a chi rivolgersi. - La maggior parte degli abusi sessuali in età prepubere non presenta segni fisici che ne confermino l'esistenza	VM 2 - Indicazioni per eventuali. consulenze di II° livello in regione o area vasta o extra-regionali formalizzate, nei diversi settori, in caso di necessità. - Prevedere nel caso di sospetto di abuso sessuale, anche in assenza di segni fisici suggestivi o specifici, che sia effettuata una valutazione da parte di psicologi con competenze specifiche.
	VM 3 - il Gruppo multidisciplinare può avere difficoltà ad attivarsi tempestivamente, e successivamente a riunirsi, confrontarsi, discutere, e attivare i rapporti interistituzionali per insufficiente definizione di ruoli e funzioni al suo interno.	VM 3 – Definire la funzione di Coordinamento del Gruppo multidisciplinare, sia per la sua attivazione tempestiva, sia per l'efficienza delle sue azioni successive sia per i rapporti interistituzionali. E' predefinito sul singolo caso.

	Il Gruppo multidisciplinare può avere problemi ad effettuare una presa in carico globale del caso, per difficoltà a:	Ricercare specificazioni relative al Gruppo multidisciplinare che rassicuri sulla sua capacità di effettuare una presa in carico globale del caso in modo da:
	VM 4 – valutare rapidamente la condizione di rischio del minore e le risorse esistenti a livello familiare necessarie onde attivare interventi tempestivi ed efficaci di tutela del minore anche nel percorso giudiziario	VM4 - Garantire interventi tempestivi ed efficaci di tutela del minore e di valutazione del trauma subito (competenze adeguate e Coordinamento efficace - vedi VM1/2/3) anche nel percorso giudiziario
	VM 5 – valutare i margini di recupero (resilienza) del contesto familiare in funzione dell'eventuale rientro successivo del minore se collocato altrove, e anche del trattamento che dovrà essere impostato sul minore e sul nucleo familiare	VM 5 – Valutare le possibilità e capacità di recupero del suo nucleo familiare e la validità della rete parentale, anche in vista dell'eventuale rientro successivo del minore in famiglia se collocato altrove, e del trattamento che dovrà essere impostato sul minore e sul nucleo familiare
	VM 6 – garantire le risorse e la formazione specialistica del personale	VM 6 – Verificare che siano assicurate le risorse adeguate e la formazione specialistica del personale delle equipe

5-TRATTAMENTO		
PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
Gruppo multidisciplinare - psicologi - NPIA - pediatra - assistenti sociali - educatori (+ eventuali altri Specialisti correlati: psichiatri dell'adulto, SerT, medico legale, consulente giuridico, ecc.)	T.1 - Può esserci difficoltà a definire - l'adeguata collocazione intra o extra familiare in sicurezza del minore - la presa in carico e il piano di trattamento dello stesso (riduzione del danno) e del nucleo familiare - ad assicurarne la tempestività e la continuità nel tempo	T.1. Determinare un percorso per definire: - la collocazione in sicurezza (intra o extra familiare) del minore, - la presa in carico (valutazione del trauma e sostegno nel percorso giudiziario) e il piano di trattamento dello stesso e del suo nucleo familiare - quando è possibile, la tempestività e la continuità nel tempo
	T.2 - Scarse competenze specialistiche nel trattamento delle problematiche del minore vittima di trauma e della famiglia	T.2 – Le competenze messe in campo devono essere specificamente formate nel trattamento del minore vittima di trauma delle problematiche familiari con esperienza sul campo. - o almeno assicurare un'organizzazione e un percorso che garantiscano la formazione di una adeguata esperienza nel tempo - definire un eventuale percorso per il coinvolgimento (consulenza, supervisione, invio) di esperti qualificati (II° livello)
	T.3 - Difficoltà ad integrare il percorso del minore e quello del nucleo familiare	T.3 - Il personale deve essere coordinato all'interno di un progetto di trattamento unitario che comprenda il minore e il suo nucleo familiare, anche se gestito da equipe diverse, con l'obiettivo di recuperare quanto più è possibile del suo nucleo affettivo
	T.4 - Scarsa attitudine al lavoro integrato (autoreferenzialità dei servizi)	T.4 - Le due equipe devono periodicamente confrontarsi al loro interno e fra di loro per un bilancio dei risultati raggiunti e per mettere a fuoco il tratto di percorso successivo. Il confronto va esteso anche al personale che ha avuto e che continua ad avere rapporti con il minore (Scuola, Sanitari)
	T.5 – Scarsità di risorse dedicate	T.5 –Prevedere risorse adeguate nei programmi sociali e sanitari, per poter attuare percorsi di appropriatezza clinica e organizzativa.

Raccomandazioni specifiche in caso di Münchausen per procura

Fasi:
1) Rilevazione
2) Attivazione della rete dei servizi
3) Segnalazione all'Autorità Giudiziaria e misure di protezione
4) Valutazione multidisciplinare
5) Trattamento.

PROFESSIONISTI COINVOLTI

- Scuola/Servizi educativi infanzia: insegnante e Dirigente scolastico; personale/coordinatore pedagogico dei servizi educativi rivolti all'infanzia 0-3 e 3-6 anni del sistema integrato regionale (scuole paritarie private o comunali) incaricato Pubblico Servizio
- Sanitari del territorio: i pediatri di famiglia e di Comunità, i medici di medicina generale, gli assistenti sanitari, gli psicologi e i neuropsichiatri infantili, i logopedisti e i terapisti della riabilitazione, gli educatori professionali, i professionisti dei SERT e della Salute Mentale.
- Sanitari dell'ospedale: pediatri, medici, infermieri, ostetriche, dei Pronto Soccorso, delle Unità di degenza, dei Day-Hospital ed ambulatori
- Servizio Sociale

<table>
<tr><th colspan="3">1- RILEVAZIONE</th></tr>
<tr><th>PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI</th><th>CRITICITA'</th><th>RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI</th></tr>
<tr><td rowspan="5">A- Scuola/
Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-6 anni</td><td colspan="2">n Il bambino è spesso ammalato, fa assenze frequenti da scuola per problemi di salute
n Viene sottoposto a frequenti visite ed accertamenti cambiando spesso i riferimenti sanitari,per ansia o per paura di malattie che il bambino non ha
n Tali visite sono tanto frequenti da limitare la vita di relazione e il rendimento scolastico
n Assume molti farmaci spesso impropriamente (per autoprescrizione o in quantità dannose) o altre sostanze chimiche.
n I genitori e il bambino riferiscono sintomi fisici che non si presentano a scuola , e malesseri non corrispondenti alle condizioni fisiche generali</td></tr>
<tr><td>A.1 –l'insegnante/educatore, di fronte ad un bambino e ad una famiglia con le caratteristiche sopra descritte non sa se si trova di fronte ad un bambino con problemi reali di salute o no
.</td><td>A.1 – Formare il personale della scuola e creare procedure intra-scolastiche relative alla fase di rilevazione per la corretta gestione del caso:
- comunicazione al Dirigente Scolastico/Coordinatore pedagogico
- rassicurazioni giuridiche (obblighi dell'inc. Pubblico Servizio/rischio di ritorsioni, ecc.) e psicologiche (privacy e rapporto di fiducia)
- Indicazioni operative/protocolli /modulistica</td></tr>
<tr><td>A.2 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico è incerto sulla gestione del dubbio. In particolare non sa con chi confrontarsi anche per le informazioni di tipo sanitario, se e quando segnalare ai S. Sociali o Sanitari (pediatria di comunità) come fare la segnalazione, ecc. (vedi Fase.2 – Attivazione della rete, tramite il S. Sociale).</td><td rowspan="2">A.2 – A.3 – Formare il personale della scuola e creare procedure di raccordo extrascolastico con indicazioni chiare alla Scuola per il raccordo:
- con il S. Sociale
- con S. Sanitario: se, come e a chi rivolgersi (Pediatra di Comunità/ PdF /MMG - vedi anche B.5)

N.B. A sua volta il S. Sanitario, nelle sue varie articolazioni, deve essere in possesso di indicazioni chiare su come dare risposta alle sollecitazioni della Scuola. (vedi oltre – A.1/B.5)</td></tr>
<tr><td>A.3 - Qualora l'insegnante/Dirigente scolastico/ Coordinatore pedagogico ritenga opportuno confrontarsi con un Sanitario che possa eventualmente visitare il bambino non sa:
– se è lecito formulare tale richiesta (manca un orientamento giuridico condiviso)
- a chi rivolgersi</td></tr>
<tr><td>A.4 - il riconoscimento dei segni

- di comunicazione e coinvolgimento della famiglia</td><td rowspan="2">A.4 / A.5 – Programmi di formazione continua integrata orientata</td></tr>
<tr><td>A.5 – Può esserci rischio di diffusione impropria del dubbio/notizia di reato dentro e fuori la Scuola.</td></tr>
</table>

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
B – Servizio Sanitario	• Viene sottoposto a frequenti visite ed accertamenti cambiando spesso i riferimenti sanitari,per ansia o per paura di malattie che il bambino non ha • Tali visite sono tanto frequenti da limitare la vita di relazione e il rendimento scolastico • Assume molti farmaci spesso impropriamente (per autoprescrizione o in quantità dannose) o altre sostanze chimiche. • I genitori e il bambino riferiscono sintomi fisici che non vengono rilevati nemmeno durante gli eventuali ricoveri , e malesseri non corrispondenti alle condizioni fisiche generali	
territoriale e ospedaliero	B.1 - Cosa fare e cosa non fare in queste situazioni - come effettuare la valutazione clinica alla ricerca di eventuali segni - sintomi correlabili all'uso di sostanze chimiche, o la discrepanza tra quanto riferito nell'anamnesi e il reale stato di salute - come ricercare altri segni di M/AF o sessuale : lesioni fisiche presenti /pregresse / • come acquisire ulteriori informazioni sanitarie • quando decidere di interrompere l'esecuzione di accertamenti , consulenze o altre iniziative volte ad escludere qualsiasi patologia prima di porre diagnosi di Munchausen(anche di fronte ad evidenze diagnostiche che depongono per tale sindrome spesso i medici non riescono ad interrompere iter diagnostici inutili che mantengono attiva la collusione con i genitori.)	B.1 – Formazione su come gestire adeguatamente questi casi - come raccogliere l'anamnesi, che preveda la valutazione accurata dei vari accertamenti eseguiti, delle terapie effettuate , della loro opportunità e che ponga attenzione alla "migrazione sanitaria" - come effettuare l'E.O., descrivendo dettagliatamente, in maniera precisa e oggettiva tutto ciò che riscontra - come acquisire ulteriori informazioni sanitarie: collegamento con PdF/MMG – stesso PS – altri PS Area e Regione per altri accessi problematici e rischio migrazione genitori abusanti Coordinamento in rete/ collegamento informatico PS Area Vasta/RER per precedenti accessi problematici e migrazione genitori abusanti ecc. Confronto con colleghi esperti

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
	B.2 - scarsa integrazione tra S. Sanitari dell'ospedale e del Territorio e i S. Sanitari dell'adulto (MMG, dipartimento salute mentale) e tra questi e il Servizio Sociale. - se segnalare ai S. Sociali, ed ev. all'Uff. Minori della Questura, il caso e come attivare la rete (vedi Fase 2)	B.2- Definire procedure per il raccordo tra servizi (comunicazione sospetto, confronto sui segni) per adulti e minori, tra ospedale e territorio. - segnalare tempestivamente ai S. Sociali, ed ev. l'Uff. Minori della Questura, per attivare la rete (chi, cosa, come, quando – vedi AF 2 - Attivazione della rete) -- programmi di formazione continua integrata
	B.3 - a chi e come eventualmente rivolgersi per un confronto /approfondimento diagnostico (consulenza/II° livello)	B.3 – Formalizzare/creare un II° livello, colleghi esperti per consulenza/ospedale/centro specialistico a livello aziendale/provinciale
	B.4 - come rispondere alle richieste di consulenza sanitaria della Scuola, per mancanza di indicazioni precise o di orientamenti non chiari	B.4 – indicazioni al S. Sanitario su come dare risposta alle richieste della Scuola, alla luce di chiarimenti giuridici condivisi
	B.5 - come gestire i rapporti con la famiglia	B.5 – Implementare le competenze e dare indicazioni per la gestione del rapporto con la famiglia e il genitore abusante o sospetto abusante, in questa particolare condizione in cui salta la tradizionale alleanza Sanitario/famiglia o almeno un genitore (protocolli condivisi)

PROFESSIONISTI / altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
C- Servizio Sociale	Il Sevizio Sociale ritiene opportuno approfondire gli aspetti sanitari attivando il Servizio. Sanitario e l'equipe multiprofessionale (vedi anche DGR 1904/2011) ma può avere:	
	C.1 – problemi di collegamento con il S. Sanitario (Ospedale /Consulenti sanitari esperti / equipe multiprofessionale/centro specialistico) - l'isolamento nella fase di gestione del dubbio.	C.1 – Procedure o indicazioni dettagliate per collegamento con S. Sanitario (ospedale/consulenti sanitari esperti/equipe multiprofessionale/centro specialistico): chi contattare e come farlo su apposita modulistica.
	C.2 - limitate conoscenze sul fenomeno e sulle funzioni per dispersione competenze, elevato turnover, ecc.	C.2 – programmi di formazione, di base e specialistica nel settore, volti ad aumentare le conoscenze e il raccordo tra servizi (formazione periodica ed integrata)

2-ATTIVAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI		
PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
A- Scuola/ Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-6 anni	A.1 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico può ritardare l'attivazione della rete dei servizi perché non è consapevole dell'importanza della tempestività dell'intervento dei SS ed ev. l'Uff. Minori della Questura, in tutti i casi dubbi in cui l'acquisizione di informazioni sul minore e sul suo nucleo familiare può essere utile al fine di permettere un migliore inquadramento del caso (valutazione delle condizioni di pregiudizio) - può non sapere chi e come contattare	A.1 – Creare procedure intra-scolastiche relative alla fase di attivazione della rete tramite il SS ed ev. l'Uff. Minori della Questura, che evidenzi l'importanza dell'attivazione tempestiva della rete nell'interesse del minore (valutazione delle condizioni di pregiudizio) - Attivare programmi di informazione /sensibilizzazione al personale della Scuola su chi e come contattare (ev. modulistica predefinita) - monitoraggio e verifica periodica
	A.2 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico teme di violare la "privacy" e di incrinare il rapporto di fiducia con il minore e la famiglia ed è preoccupato di eventuali ritorsioni.	A.2 – Fornire rassicurazioni giuridiche (obblighi dell'inc. Pubblico Servizio/rischio di ritorsioni, ecc.) e psicologiche (privacy e rapporto di fiducia) - Indicazioni Operative / Protocolli (Vedi anche AF 1/ Rilevazione: A1)
	A.3 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico può avere scarsa conoscenza e/o fiducia nei Servizi Sociali o Sanitari	A.3 – Attivare programmi periodici di formazione integrata (formazione continua), per istaurare anche un clima di fiducia tra i servizi

B- SERVIZIO SANITARIO territorio e ospedale	Il Personale Sanitario deve attivare tempestivamente la rete dei servizi tramite il SS ed ev. l'Uff. Minori della Questura, per acquisire le informazioni sul minore e sul nucleo (diagnosi sociale) onde meglio inquadrare la situazione e per valutare la condizione di pregiudizio e l'eventuale tutela del minore , ma:	
	B.1 L'attivazione della rete da parte del Sanitario è successiva alla formulazione di una ipotesi diagnostica sufficientemente fondata	B.1 Attivare programmi di formazione sui segni e sintomi del Münchausen
	B.2 - non sempre è consapevole dell'importanza della attivazione della rete	B.2 – Attivare programmi di formazione /sensibilizzazione sull'importanza dell'attivazione tempestiva della rete per la valutazione delle condizioni di pregiudizio del minore
	B.3 – può avere scarsa conoscenza delle modalità di attivazione della rete	B.3 – Definire modalità chiare di collegamento fra S. Sanitario e S. Sociale su chi e come contattare (ev. modulistica predefinita)

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
C- Servizio Sociale	C.1 – Ppuò avere difficoltà di connessione con gli altri nodi della rete, soprattutto con il S. Sanitario	C.1 – Fornire indicazioni chiare per la connessione con gli altri nodi della rete (Magistratura – S. Sanitario) - utili protocolli: chi e come contattare ed ev. modulistica predefinita - mantenere in evidenza sempre la mappatura della rete (chi e come)
	C.2 – Possono esserci problemi di efficienza del servizio per carenze organizzative o di coordinamento del servizio	C.2 – Prevedere la funzione di coordinamento del servizio
	C.3 – Possono esserci difficoltà nell'attivare i percorsi di protezione e su come effettuare la messa in sicurezza del minore	C.3 – Individuare e garantire le modalità di attivazione dei percorsi di protezione e messa in sicurezza del minore, comprese ev. convenzioni con comunità di accoglienza anche in emergenza

3-SEGNALAZIONE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA E MISURE DI PROTEZIONE		
PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
B- Servizio Sanitario territoriale e ospedaliero	Il Sanitario rileva segni o sintomi ma può trovarsi in difficoltà stante:	
	B.1 - la scarsa conoscenza delle modalità e procedure di segnalazione all'AA.GG. in caso di urgenza e di non urgenza - Il dubbio se segnalare i casi di Münchausen solo alla Procura Minori o ad entrambe le Procure	B.1 – Fornire indicazioni al Sanitario su come effettuare la denuncia all'AA.GG. (ev. protocollo condiviso Magistratura /S. Sanitari: a chi e come – ev. modulistica predefinita) in caso di urgenza e di non urgenza - Consigliabile segnalare i casi di Münchausen solo alla Procura Minori
	B.2 - l'insufficiente competenza relativa alla valutazione clinica in caso di rilievo di segni non inequivocabili (solitudine dell'operatore)	B.2 – Assicurare al Sanitario la possibilità di ricorrere tempestivamente ad una consulenza sanitaria formalizzata di II° livello o equipe multiprofessionale (ospedale, centro specialistico), in Area Vasta/Regione/extra RER), per un confronto (superamento della solitudine dell'operatore - condivisione delle responsabilità)
	B.3 - - la preoccupazione dei rapporti con la famiglia - il timore di eventuali ricadute forensi - il rischio di dovere affrontare eventuali ritorsioni anche legali da parte della famiglia	B.3 – Attivare programmi di aggiornamento periodico integrato (formazione continua) di tipo giuridico e deontologico -Individuazione del consulente giuridico per l'appropriatezza della segnalazione

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
C- Servizio Sociale	C.1 – In caso di racconto o segnalazione poco circostanziata o fortemente dubbia, il S. Sociale è incerto sull'opportunità o meno di effettuare denuncia all'AA.GG:	C.1 – Fornire indicazioni chiare per il collegamento tempestivo fra S. Sociali e equipe multiprofessionale (chi e come contattare, sulla condivisione di responsabilità in tema di denuncia all'AA.GG.)
	C.2 – In caso di denuncia all'AA.GG. si pone il problema di semplificare al massimo la procedura: può essere utilizzata la doppia segnalazione (Procura Minorile e Procura presso il Tribunale Ordinario) inviata ad entrambi i Procuratori	C.2 / C.3 / C.4 – Elaborare Protocolli d'intesa fra le Procure presso TO e presso TpM e fra Procure e S. Sociali e Sanitari che facilitino un percorso condiviso a tutela dei diritti del minore, compreso il chiarimento sulla segnalazione separata alla Procura Minorile (dettagliata) e alla Procura presso il TO (succinta).
	C.3 – Scarso coordinamento tra le Procure. Il raccordo fra Procura presso il Tribunale Ordinario e Procura minorile, sarebbe importante nella comunicazione /conoscenza vicendevole delle azioni intraprese e da intraprendere, e nei loro tempi, nella superiore considerazione e preoccupazione per l'interesse del minore.	
	C.4 - Scarso raccordo tra S. Sociale e Procure. La Magistratura, una volta attivata, non consente di procedere ad ulteriori interventi da parte dei Servizi, se non sulla base di disposizioni da lei emanate (necessità della segretezza dell'intervento per la ricerca e acquisizione delle prove, ecc.). I SS hanno, d'altro canto, il problema di intervenire, talora con immediatezza, nell'interesse del minore, in funzione di assistenza, cura e sorveglianza del minore (valutazione diagnostica, percorso e tutela dello stesso).	
	C.5 – Scarso raccordo fra Magistratura da un lato e S. Sociali e Sanitari dall'altro per consulenze e per la tutela endoprocessuale del minore. - Scarsa propositività del S. Sociale nel garantire l'accompagnamento /assistenza del minore nel procedimento giudiziari	C.5 – Elaborare protocolli d'intesa fra Procure e Servizi Sociali e Sanitari orientati a favorire le consulenze e la tutela endo ed extra processuali del minore - Fornire indicazioni al S. Sociale. affinché si proponga attivamente per accompagnamento /assistenza del minore nel procedimento giudiziario.

4-VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE (VM)

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
Equipe multiprofessionale minima sul caso - Pediatra - Assistenti sociali - Psicologi/ NPIA - Educatori professionali - Cons. giuridico eventualmente ampliabile secondo necessità : - Medico legale Specialisti organo e apparato, Psichiatri adulto, SerT ecc.. Coordinamento del gruppo	La diagnosi di sindrome di Münchausen per procura è prevalentemente una diagnosi medica sulla situazione sanitaria del bambino e psicologica/psichiatrica sui genitori (la madre in particolare) e il bambino. La valutazione multidisciplinare è importante per: - la definizione diagnostica complessiva - l'adozione di provvedimenti integrati di tutela e protezione del bambino - l'adozione di interventi terapeutici sul bambino e sui genitori	
	VM.1 - Le competenze specialistiche specificamente formate con capacità di lavorare in modo integrato (gruppo multidisciplinare) attivabili tempestivamente, possono non essere presenti in maniera uniforme e diffusa	VM.1 – Individuare e formare a livello locale le competenze necessarie a costruire una equipe multiprofessionale minima (pediatra – assistente sociale – psicologo/NPIA – educatori - - cons. giuridico) cui fare riferimento e suoi requisiti (come previsto dalla L.R. n. 14/2008) - competenze professionali specificamente formate - metodologicamente orientata al confronto interdisciplinare e al lavoro integrato e non alla semplice consulenza specialistica (iIntegrazione inter-istituzionale e integrazione nell'intervento sul caso) - tempestivamente attivabile a livello aziendale/provinciale /Area Vasta
	VM 2 – Gli specialisti possono avere necessità di confrontarsi con esperti maggiormente competenti, ma non sanno a chi rivolgersi.	VM 2 - Indicazioni per eventuali. consulenze di II° livello in regione o area vasta o extra-regionali formalizzate, nei diversi settori, in caso di necessità
	VM 3 – L'equipe multidisciplinare può avere difficoltà ad attivarsi tempestivamente, e successivamente a riunirsi, confrontarsi, discutere, e attivare i rapporti interistituzionali per insufficiente definizione di ruoli e funzioni al suo interno.	VM 3 – Definire la funzione di Coordinamento del gruppo multiprofessionale, sia per la sua attivazione tempestiva, sia per l'efficienza delle sue azioni successive sia per i rapporti interistituzionali. L'equipe si integra di volta in volta sul singolo caso.

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
	L'equipe multiprofessionale può avere problemi ad effettuare una presa in carico globale del caso, per difficoltà a:	Ricercare specificazioni relative all'equipe multiprofessionale che rassicuri sulla sua capacità di effettuare una presa in carico globale del caso in modo da:
	VM 4 – Valutare rapidamente la condizione di rischio del minore e le risorse esistenti a livello familiare necessarie onde attivare interventi tempestivi ed efficaci di tutela del minore anche nel percorso giudiziario	VM4 - Garantire interventi tempestivi ed efficaci di tutela del minore e di valutazione del trauma subito (competenze adeguate e Coordinamento efficace - vedi VM1/2/3) anche nel percorso giudiziario
	VM 5 – Valutare i margini di recupero (resilienza) del contesto familiare in funzione dell'eventuale rientro successivo del minore se collocato altrove, e anche del trattamento che dovrà essere impostato sul minore e sul nucleo familiare	VM 5 – Valutare le possibilità e capacità di recupero del suo nucleo familiare e la validità della rete parentale, anche in vista dell'eventuale rientro successivo del minore in famiglia se collocato altrove, e del trattamento che dovrà essere impostato sul minore e sul nucleo familiare
	VM 6 – Garantire le risorse e la formazione specialistica del personale	VM 6 – Verificare che siano assicurate le risorse adeguate e la formazione specialistica del personale delle equipe

5-TRATTAMENTO (T)		
PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
L'equipe multiprofessionale - psicologi/NPIA - pediatra - assistenti sociali - educatori professionali (+ eventuali altri specialisti correlati: psichiatri dell'adulto, SerT , medico legale, consulente giuridico, ecc..)	T.1 - Può esserci difficoltà a definire: - l'adeguata collocazione intra o extra familiare in sicurezza del minore - la presa in carico e il piano di trattamento dello stesso (riduzione del danno) e del nucleo familiare - ad assicurarne la tempestività e la continuità nel tempo	T.1. Definire un percorso per definire: - la collocazione in sicurezza (intra o extra familiare) del minore, - la presa in carico (valutazione del trauma e sostegno nel percorso giudiziario) e il piano di trattamento dello stesso e del suo nucleo familiare - quando è possibile, la tempestività e la continuità nel tempo
	T.2 - Scarse competenze specialistiche nel trattamento delle problematiche del minore vittima di trauma e della famiglia	T.2 – Le competenze messe in campo devono essere specificamente formate nel trattamento del minore vittima di trauma delle problematiche familiari con esperienza sul campo - o almeno assicurare un'organizzazione e un percorso che garantiscano la formazione di una adeguata esperienza nel tempo
	T.3 - Difficoltà ad integrare il percorso del minore e quello del nucleo familiare	T.3 - Il personale deve essere coordinato all'interno di un progetto di trattamento unitario che comprenda il minore e il suo nucleo familiare, anche se gestito da equipe diverse, con l'obiettivo di recuperare quanto più è possibile del suo nucleo affettivo
	T.4 - Scarsa attitudine al lavoro integrato (autoreferenzialità dei servizi)	T.4 - Le due equipe devono periodicamente confrontarsi al loro interno e fra di loro per un bilancio dei risultati raggiunti e per mettere a fuoco il tratto di percorso successivo. Il confronto va esteso anche al personale che ha avuto e che continua ad avere rapporti con il minore (Scuola, Sanitari)
	T.5 – Scarsità di risorse dedicate	T.5 –Prevedere risorse adeguate nei programmi sociali e sanitari, al fine di poter attuare percorsi di appropriatezza clinica e organizzativa.

Raccomandazioni in caso di VIOLENZA ASSISTITA

Fasi:
1) Rilevazione
2) Attivazione della rete dei servizi
3) Segnalazione all'Autorità Giudiziaria e misure di protezione
4) Valutazione multidisciplinare
5) Trattamento

SCENARI

- La mamma racconta a: Scuola, Servizio Sociale, Sanitari (es. MMG), Centro Antiviolenza, FF.OO.
- La mamma si rivolge ad un Sanitario (es. P.S./ospedale/MMG) per lesioni
- Il bambino racconta a scuola
- Il bambino ha dei segni come conseguenza del suo coinvolgimento nella violenza domestica (v. Abuso Fisico)

PROFESSIONISTI /ALTRE FIGURE DI RIFERIMENTO DEL MINORE COINVOLTI

- Centri Antiviolenza
- Scuola/Servizi educativi infanzia: Insegnante e dirigente scolastico: personale/Coordinatore pedagogico dei Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-3 e 3-6 anni del sistema integrato regionale (scuole paritarie private o comunali);incaricato Pubblico Servizio
- Sanitari del territorio: pediatri di famiglia e di Comunità, medici di medicina generale, assistenti sanitari, psicologi e neuropsichiatri infantili, logopedisti e terapisti della riabilitazione, educatori professionali, professionisti dei SERT e della Salute Mentale.
- Sanitari dell'ospedale: pediatri, medici, infermieri, ostetriche dei Pronto Soccorso, delle Unità di degenza, dei Day-Hospital ed ambulatori
- Servizio Sociale
- Centri Antiviolenza
- Terzo Settore (volontariato ecc) e adulti di riferimento
- Forze dell'ordine

1-RILEVAZIONE		
PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
A- Scuola/ Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-6 anni	A.1 – L'insegnante/educatore, di fronte al racconto ad un bambino e ad una donna che presentano questo problema, non sa a chi rivolgersi .	A.1 – Dotarsi di procedure intra-scolastiche relative alla fase di rilevazione per la corretta gestione del caso - Formazione giuridica di base (obblighi dell'inc. Pubblico Servizio/rischio di ritorsioni, ecc.) e psicologiche (privacy e rapporto di fiducia) - Indicazioni Operative/Protocolli /Modulistica
	A.2 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico è incerto sulla gestione del dubbio. In particolare non sa con chi confrontarsi, se parlare o no con la madre, se e quando segnalare ai S. Sociali, come fare la segnalazione, ecc. (vedi: Fase 2 - Attivazione della rete" tramite il SS).	A.2 – A.3 – Formare il personale della scuola/servizi educativi - dotarsi di procedure di raccordo extrascolastico con indicazioni chiare alla Scuola per il raccordo con il S. Sociale
	A.3 – Può esserci rischio di diffusione impropria del dubbio/notizia dentro e fuori la Scuola.	A.2 / A.3 – Si veda A.1

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
B – Servizio Sanitario territoriale e ospedaliero	B.1 - Cosa fare e cosa non fare in queste situazioni - come effettuare la valutazione clinica alla ricerca di eventuali segni - come raccogliere il racconto del minore	B.1 – Formazione su come gestire adeguatamente questi casi
	B.2 - Scarsa integrazione tra S. Sanitari dell'ospedale e del territorio e i S. Sanitari dell'adulto (MMG, Dipartimento Salute Mentale) e tra questi e il S. Sociale. - se segnalare ai S. Sociali, ed ev. all'Uff. Minori della Questura, il caso e come attivare la rete (vedi Fase 2 - Attivazione della rete dei servizi, tramite il SS)	B.2 - Definire procedure per il raccordo tra servizi (comunicazione e confronto) per adulti e minori, tra ospedale e territorio. - segnalare tempestivamente ai S. Sociali, ed ev. l'Uff. Minori della Questura, per attivare la rete (chi, cosa, come, quando – vedi Fase 2 - Attivazione della rete dei servizi) - programmi di formazione continua integrata
	B.3 - come gestire i rapporti con la famiglia	B.5 – Implementare le competenze e dare indicazioni per la gestione del rapporto con la famiglia e il genitore abusante o sospetto abusante, in questa particolare condizione in cui salta la tradizionale alleanza del Sanitario con i genitori o almeno con un genitore (protocolli condivisi)

PROFESSIONISTI / altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
C- Servizio Sociale	Il Servizio Sociale ritiene opportuno approfondire attivando il Servizio Sanitario (psicologi, medici) e l'equipe multiprofessionale (vedi anche DGR 1904/2011) ma può avere:	
	C.1 – problemi di collegamento con il S. Sanitario (ospedale/consulenti esperti/equipe multidisciplinare/Centro Specialistico) C.2 - limitate conoscenze sul fenomeno e sulle funzioni per dispersione competenze, elevato turnover, ecc.	C.1 – Procedure o indicazioni dettagliate per collegamento con S. Sanitario (ospedale/consulenti esperti/equipe multidisciplinare/centro specialistico) : chi contattare e come farlo (apposita modulistica). C.2 – programmi di formazione, di base e specialistica nel settore, volti ad aumentare le conoscenze e migliorare i percorsi il raccordo tra servizi (formazione periodica ed integrata)
D - Centri Antiviolenza	D.1 - possibile sottovalutazione delle ricadute sul minore/scarso riconoscimento del problema "violenza assistita" D.2 - Possono esserci difficoltà di connessione con i nodi della rete D.3 - Assenza di protocolli condivisi	D.1 – programmi di formazione congiunta con operatori dei servizi D.2 e D.3 - Procedure condivise per il raccordo e per i casi in emergenza
E - Forze dell'ordine	E.1 - Possibile sottovalutazione delle ricadute sul minore,	E.1 – Programmi di formazione congiunta con operatori dei servizi Procedure condivise per i casi in emergenza

2-ATTIVAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI		
PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
A- Scuola/ Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-6 anni	A.1 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico può ritardare l'attivazione della rete dei servizi perché non è consapevole dell'importanza della tempestività dell'intervento dei S. Sociali ed ev. l'Uff. Minori della Questura, in tutti i casi dubbi in cui l'acquisizione di informazioni sul minore e sul suo nucleo familiare può essere utile al fine di permettere un migliore inquadramento del caso (valutazione delle condizioni di pregiudizio) - può non sapere chi e come contattare	A.1 – Dotarsi di procedure intra-scolastiche relative alla fase di attivazione della rete tramite il S. Sociale ed ev. l'Uff. Minori della Questura, che evidenzi l'importanza dell'attivazione tempestiva della rete nell'interesse del minore (valutazione delle condizioni di pregiudizio) - Attivare programmi di informazione /sensibilizzazione al personale della Scuola su chi e come contattare (ev. modulistica predefinita) - monitoraggio e verifica periodica
	A.2 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico teme di violare la "privacy" e di incrinare il rapporto di fiducia con il minore e la famiglia ed è preoccupato di eventuali ritorsioni.	A.2 – Fornire rassicurazioni giuridiche (obblighi dell'inc. Pubblico Servizio/rischio di ritorsioni, ecc.) e psicologiche (privacy e rapporto di fiducia) - Indicazioni Operative / Protocolli (Vedi anche AF 1/ Rilevazione: A1)
	A.3 – Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico può avere scarsa conoscenza e/o fiducia nei S. Sociali o Sanitari	A.3 – Attivare programmi periodici di formazione integrata (formazione continua), anche per implementare il clima di fiducia tra i servizi
B- Servizio Sanitario territoriale e ospedaliero	Il Personale Sanitario deve attivare tempestivamente la rete dei servizi tramite il S. Sociale ed ev. l'Uff. Minori della Questura, per acquisire le informazioni sul minore e sul nucleo (diagnosi sociale) onde meglio inquadrare la situazione e per valutare la condizione di pregiudizio e l'eventuale tutela del minore , ma:	
	B.1 - non sempre è consapevole dell'importanza della attivazione della rete	B.1 – Attivare programmi di formazione /sensibilizzazione sull'importanza dell'attivazione tempestiva della rete per la valutazione delle condizioni di pregiudizio del minore
	B.2 – può avere scarsa conoscenza delle modalità di attivazione della rete, soprattutto i sanitari dell'ospedale e i MMG/PLS	B.2 – Definire modalità chiare di collegamento fra S Sanitario e S. Sociale, su chi e come contattare (ev. modulistica predefinita)

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
C- Servizio Sociale	C.1 – Può avere difficoltà di connessione con gli altri nodi della rete, soprattutto con il Servizio Sanitario	C.1 – Fornire indicazioni chiare per la connessione con gli altri nodi della rete (Magistratura – Servizio Sanitario) - utili protocolli: chi e come contattare ed ev. modulistica predefinita - mantenere in evidenza sempre la mappatura della rete (chi e come)
	C.2 – Possono esserci problemi di efficienza del servizio per carenze organizzative o di coordinamento del servizio	C.2 – Prevedere la funzione di coordinamento del servizio
	C.3 – Possono esserci difficoltà nell'attivare i percorsi di protezione e su come effettuare la messa in sicurezza del minore	C.3 – Individuare e garantire le modalità di attivazione dei percorsi di protezione e messa in sicurezza del minore, comprese ev. convenzioni con comunità di accoglienza anche in emergenza
D - Centri Antiviolenza	D.1 - Possono esserci difficoltà di connessione con i nodi della rete	D.1 – Procedure e indicazioni dettagliate per il raccordo con i S. Sociali.
E - Forze dell'ordine	E.1 - scarso raccordo con i Servizi Sociali o altri servizi del minore. - Assenza di protocollo condivisi.	E.1 – Procedure e indicazioni dettagliate per il raccordo con i S. Sociali. Programmi di formazione congiunta.

3-SEGNALAZIONE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA E MISURE DI PROTEZIONE		
PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
B- Servizio Sanitario territoriale e ospedaliero	Il Sanitario rileva segni o sintomi ma può trovarsi in difficoltà stante:	
	B.1 - la scarsa conoscenza delle modalità e procedure di segnalazione all'AA.GG. in caso di urgenza e di non urgenza	B.1 – Fornire indicazioni al Sanitario su come effettuare la denuncia all'AA.GG. (ev. protocollo condiviso Magistratura /S. Sanitari: a chi e come – ev. modulistica predefinita) in caso di urgenza e di non urgenza
	B.2 - l'insufficiente competenza relativa alla valutazione clinica in caso di rilievo di segni non inequivocabili (solitudine dell'operatore)	B.2 – Assicurare al Sanitario la possibilità di ricorrere tempestivamente ad una consulenza sanitaria formalizzata di II° livello o equipe multiprofessionale (ospedale, centro specialistico), in Area Vasta o Regione o anche extra RER), per un confronto (superamento della solitudine dell'operatore - condivisione del percorso diagnostico)
	B.3 – - la preoccupazione dei rapporti con la famiglia - il timore di eventuali ricadute forensi - il rischio di dovere affrontare eventuali ritorsioni anche legali da parte della famiglia	B.3 – Attivare programmi di aggiornamento periodico integrato (formazione continua) di tipo giuridico e deontologico -Individuazione del consulente giuridico per l'appropriatezza della segnalazione

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
C- Servizio Sociale	C.1 – In caso di racconto o segnalazione poco circostanziata o fortemente dubbia, il S. Sociale è incerto sull'opportunità o meno di effettuare denuncia all'AA. GG. sul percorso di protezione del minore e dell'adulto	C.1 – Fornire indicazioni chiare per il collegamento tempestivo fra Servizi Sociali e equipe multiprofessionale (chi e come contattare, sulla condivisione di in tema di denuncia all'AA. GG. - sul percorso di protezione del minore e dell'adulto
	C.2 – In caso di denuncia all'A.G. si pone il problema di semplificare al massimo la procedura: può essere utilizzata la doppia segnalazione (Procura Minorile e Procura presso il Tribunale Ordinario) (N.d.R.: sembra ci siano orientamenti difformi nelle diverse sedi)	C.2 / C.3 / C.4 – Elaborare Protocolli d'intesa fra le Procure presso TO e presso TpM e fra Procure e S. Sociali e Sanitari che facilitino un percorso condiviso a tutela dei diritti del minore, compreso il chiarimento sulla modalità di segnalazione separata, alla Procura Minorile in modo dettagliato, e alla Procura presso il TO in modo sintetico
	C.3 – Scarso coordinamento tra le Procure. Il raccordo fra Procura presso il Tribunale Ordinario e Procura minorile, sarebbe importante nella comunicazione /conoscenza vicendevole delle azioni intraprese e da intraprendere, e nei loro tempi, nella superiore considerazione e preoccupazione per l'interesse del minore.	
	C.4 - Scarso raccordo tra S. Sociale e Procure. La Magistratura, una volta attivata, non consente di procedere ad ulteriori interventi da parte dei Servizi, se non sulla base di disposizioni da lei emanate (necessità della segretezza dell'intervento per la ricerca e acquisizione delle prove, ecc.). I S. Sociali hanno, d'altro canto, il problema di intervenire, talora con immediatezza, nell'interesse del minore, in funzione di assistenza, cura e sorveglianza del minore (valutazione diagnostica, percorso e tutela dello stesso).	
	C.5 – Scarso raccordo fra Magistratura da un lato e S. Sociali e Sanitari dall'altro per consulenze e per la tutela endoprocessuale del minore. - Scarsa propositività del S. Sociale nel garantire l'accompagnamento /assistenza del minore nel procedimento giudiziari	C.5 – Elaborare protocolli d'intesa fra Procure e Servizi Sociali e Sanitari orientati a favorire le consulenze e la tutela endo ed extra processuali del minore - Fornire indicazioni al S. Sociale affinché si proponga attivamente per accompagnamento /assistenza del minore nel procedimento giudiziario.

4-VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI/BUONE PRASSI
Equipe multiprofessionale minima sul caso - pediatra - assistenti sociali - psicologi/ NPIA - cons. giuridico eventualmente ampliabile secondo necessità : medico legale specialisti organo e apparato, psichiatri adulto, SerT ecc.. Coordinamento del Gruppo	VM.1 - Le competenze specialistiche specificamente formate con capacità di lavorare in modo integrato (Gruppo multidisciplinare) attivabili tempestivamente, possono non essere presenti in maniera uniforme e diffusa	VM.1 – Individuare e formare a livello locale le competenze necessarie a costruire una equipe multiprofessionale minima (pediatra – assistente sociale – psicologo/NPIA–– cons. giuridico) cui fare riferimento e suoi requisiti (come previsto dalla L.R. n. 14/2008) - competenze professionali specificamente formate - metodologicamente orientata al confronto interdisciplinare e al lavoro integrato e non alla semplice consulenza specialistica (integrazione inter-istituzionale e integrazione nell'intervento sul caso) - tempestivamente attivabile a livello aziendale /provinciale /Area Vasta
	VM 2 – Gli specialisti possono avere necessità di confrontarsi con esperti maggiormente competenti, ma non sanno a chi rivolgersi.	VM 2 - Indicazioni per eventuali. consulenze di II° livello in regione/area vasta/extra-regionali formalizzate, nei diversi settori, in caso di necessità
	VM 3 – L'equipe multiprofessionale può avere difficoltà ad attivarsi tempestivamente, e successivamente a riunirsi, confrontarsi, discutere, e attivare i rapporti interistituzionali per insufficiente definizione di ruoli e funzioni al suo interno.	VM 3 – Definire la funzione di Coordinamento dell'equipe multiprofessionale, sia per la sua attivazione tempestiva, sia per l'efficienza delle sue azioni successive sia per i rapporti interistituzionali. E' predefinito, e si integra di volta in volta sul singolo caso con i professionisti coinvolti

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
	L'equipe multiprofessionale può avere problemi ad effettuare una presa in carico globale del caso, per difficoltà a:	Ricercare specificazioni relative all'equipe multiprofessionale che rassicuri sulla sua capacità di effettuare una presa in carico globale del caso in modo da:
	VM 4 – Valutare rapidamente la condizione di rischio del minore e le risorse esistenti a livello familiare necessarie onde attivare interventi tempestivi ed efficaci di tutela del minore anche nel percorso giudiziario	VM4 - Garantire interventi tempestivi ed efficaci di tutela del minore e di valutazione del trauma subito (competenze adeguate e coordinamento efficace - vedi VM1/2/3) anche nel percorso giudiziario
	VM 5 – Valutare i margini di recupero (resilienza) del contesto familiare in funzione dell'eventuale rientro successivo del minore se collocato altrove, e anche del trattamento che dovrà essere impostato sul minore e sul nucleo familiare	VM 5 – Valutare le possibilità e capacità di recupero del suo nucleo familiare e la validità della rete parentale, anche in vista dell'eventuale rientro successivo del minore in famiglia se collocato altrove, e del trattamento che dovrà essere impostato sul minore e sul nucleo familiare
	VM 6 – Garantire le risorse e la formazione specialistica del personale	VM 6 – Verificare che siano assicurate le risorse adeguate e la formazione specialistica del personale delle equipe

5-TRATTAMENTO		
PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI / BUONE PRASSI
equipe multiprofessionale - psicologi/NPIA - pediatra - assistenti sociali - educatori (+ eventuali altri specialisti correlati: psichiatri dell'adulto, SerT , medico legale, consulente giuridico, ecc..)	T.1 - Può esserci difficoltà a definire - l'adeguata collocazione intra o extra familiare in sicurezza del minore - la presa in carico e il piano di trattamento dello stesso (riduzione del danno) e del nucleo familiare - ad assicurarne la tempestività e la continuità nel tempo	T.1. Determinare un percorso per definire: - la collocazione in sicurezza (intra o extra familiare) del minore, - la presa in carico (valutazione del trauma e sostegno nel percorso giudiziario) e il piano di trattamento dello stesso e del suo nucleo familiare - quando è possibile, la tempestività e la continuità nel tempo
	T.2 - Scarse competenze specialistiche nel trattamento delle problematiche del minore vittima di trauma e della genitorialità vittima e abusante	T.2 – Le competenze messe in campo devono essere specificamente formate nel trattamento del minore vittima di trauma - o almeno assicurare un'organizzazione e un percorso che garantiscano la formazione di una adeguata esperienza nel tempo
	T.3 - Difficoltà ad integrare il percorso del minore e quello genitoriale	T.3 - Il personale deve essere coordinato all'interno di un progetto di trattamento unitario che comprenda il minore e il suo nucleo familiare, anche se gestito da equipe diverse, con l'obiettivo di recuperare quanto più è possibile del suo nucleo affettivo
	T.4 - Scarsa attitudine al lavoro integrato (autoreferenzialità dei servizi)	T.4 - Le due equipe devono periodicamente confrontarsi al loro interno e fra di loro per un bilancio dei risultati raggiunti e per mettere a fuoco il tratto di percorso successivo. Il confronto va esteso anche al personale che ha avuto e che continua ad avere rapporti con il minore (Scuola, Sanitari)
	T.5 – Scarsità di risorse dedicate	T.5 –Prevedere risorse adeguate nei programmi sociali e sanitari, al fine di poter attuare percorsi di appropriatezza clinica e organizzativa.

Allegato 5

Abbreviazioni - acronimi

AA.GG.	Autorità Giudiziaria
AOU	Azienda Ospedaliero Universitaria
ATA	Assistenti Amministrativi, Tecnici e Ausiliari (nella Scuola)
AUSL	Azienda Unità Sanitaria Locale
CISMAI	Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia
CC/cc	Codice Civile
CP/cp	Codice penale
CPP/Cpp	Codice di procedura penale
CPC/Cpc	Codice di procedura civile
CTSS	Conferenza Territoriale dei Servizi Sociali e Sanitari
FF.OO.	Forze dell'Ordine
L.R./LR	Legge Regionale
M/A	Maltrattamento/Abuso
MGF	Mutilazioni Genitali Femminili
MMG	Medico di Medicina Generale
MPS	Sindrome di Münchausen per procura Münchausen by Proxi Syndrome
O.M.S./OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PLS	Pediatra di Libera Scelta/Pediatria di Famiglia
P.S./PS	Pronto Soccorso
SerT	Servizio per le Tossicodipendenze
SINPIA	Società Italiana di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
SINPIAER	Società Italiana di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Emilia Romagna
SISAM	Sistema Informativo Socio-Assistenziale sui Minori della Regione Emilia-Romagna
SS	Servizio Sociale
TO	Tribunale Ordinario
TpM	Tribunale per i minorenni
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale /Equipe Multidisciplinare (L.R. n.14/2008)
UONPIA	Unità Operativa NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
W.H.O./WHO	World Health Organization

Allegato 6

Dati di attività: centri specialistici e progetti dedicati

1. Il Centro Specialistico multi-professionale Provinciale contro gli abusi all'infanzia "IL FARO" di Bologna

Il Centro Specialistico Provinciale "Il Faro"[1] ha competenza provinciale nell'ambito del maltrattamento e abuso. E' composto da un'equipe multi professionale che svolge:

- consulenza multidisciplinare agli operatori dei Servizi Sociali e Sanitari, Educativi, del Terzo Settore in tutte le fasi del percorso d'intervento: rilevazione, segnalazione, attivazione della rete dei Servizi, diagnosi e terapia;
- attività clinica, sociale ed educativa nei casi di grave maltrattamento/abuso o in cui i Servizi Socio-sanitari ravvisino la necessità di richiedere interventi specialistici per la diagnosi e la cura del funzionamento post traumatico del minore e della famiglia, la visita medica specialistica del minore;
- supervisione clinica sulla casistica in carico ai Servizi Socio-sanitari;
- interventi di formazione (di base, specialistica, multidisciplinare) rivolte ai Servizi Socio-sanitari e alla Scuola;
- eventi seminariali e di sensibilizzazione rivolti a Enti, Istituzioni, Associazionismo e Volontariato;
- partecipazione a progetti attinenti il tema del maltrattamento per l'individuazione di azioni e prassi integrate e condivise;
- collaborazione con l'A.G. per l'ascolto giudiziario del minore in spazio protetto.

Dal 2002, anno della sua nascita, il centro ha svolto circa 1.200 consulenze multidisciplinari agli operatori dei servizi sociali, sanitari, della scuola, delle comunità di accoglienza, dell'associazionismo. I dati illustrati si riferiscono agli interventi di presa in carico (medica e psicologica) dei minori. Non includono i dati relativi agli interventi diretti alle famiglie.

[1] Composizione dell'equipe

L'equipe di specialisti dedicati al Faro è attualmente composto da:

- un neuropsichiatra infantile per 5 ore settimanali- Cosimo Ricciutello - Azienda USL di Imola
- uno psicologo infantile per 10 ore settimanali- Maria Elena Montenegro- Azienda USL di Bologna
- uno psicologo della famiglia a tempo pieno (con funzioni di coordinamento clinico e tecnico)- Mariagnese Cheli- Azienda USL di Bologna
- una assistente sociale a tempo parziale con contratto di collaborazione- Francesca Pincanelli
- una pediatra a 5 ore settimanali- Luciana Nicoli - Azienda USL di Bologna
- una ginecologa al bisogno - Valeria Arbizzani- Azienda USL di Bologna
- un educatore professionale a 6 ore settimanali – Luca Degiorgis- Azienda USL di Bologna
- un consulente giuridico al bisogno – Cristina Caravita – AOSP Policlinico S.Orsola-Malpighi

DATI ATTIVITA' CLINICA centro specialistico Il Faro

PERIODO 2007 – 2011

Tabella1. N. minori seguiti dal Faro nel periodo di riferimento (diagnosi, cura)

Anno	2007	2008	2009	2010	2011	TOT.
Nuovi casi	36	51	49	37	52	225
Già in carico	16	25	31	36	40	148
Totale casi in carico	52	76	80	73	92	373

Tabella 2. Genere dei minori seguiti nel periodo 2007-2011

Genere	N	%
Femmine	224	60%
Maschi	149	40%

Tabella3. Fascia di età dei minori seguiti nel periodo 2007-2011

Classe d'età	N	%
0 – 2 anni	19	5,0
3 - 6	68	18,0
7 - 9	70	19,0
10 - 15	142	38,0
16 - 18	74	20,0
Totale	373	100,0

Tabella 4. Servizi invianti dei casi in carico nel periodo 2007-2011

Servizi Invianti	N	%
Servizi Sociali	272	73
Servizi Sanitari AUSL	63	17
Servizi AOSP	19	5
Pediatri	11	3
Altro	7	2
Totale	373	100,0

Tabella5. Problematiche per le quali i casi sono inviati al Centro il Faro

Forme di violenza rilevate	N	%
Abuso Sessuale	250	49
Maltrattamento Fisico	60	12
Patologia delle Cure	60	12
Maltrattamento Psicologico	56	11
Violenza Assistita	67	13
Sex Offender	19	4

NB: la somma delle frequenze è superiore al totale dei casi in quanto un caso può essersi presentato con più di una problematica di abuso

Si specifica che nel 65% dei casi si rileva la compresenza di almeno due forme di maltrattamento (multiforme). Inoltre, i casi di abuso sessuale sono stati osservati anche attraverso le categorie di abuso 'sospetto' e 'conclamato' che si distribuiscono come segue (cfr. Tab. 5):

Tabella 6. Abuso sessuale conclamato e casi di sospetto abuso sessuale

Abuso Sessuale	N	%
Conclamato	95	38
Sospetto	155	62

Tabella 7. Minori seguiti nel periodo per fascia d'età e per tipologia di maltrattamento

	0-2 Anni	3-6 Anni	7-9 Anni	10-15 Anni	16-18 Anni
Abuso Sessuale	3%	21%	19%	40%	13%
Maltrattamento Fisico	8%	14%	26%	29%	14%
Maltrattamento Psicologico	3%	21%	12%	47%	9%
Violenza Assistita	12%	27%	11%	38%	10%
Patologia delle Cure	16%	5%	18%	43%	8%
Sex Offender				18%	82%
N. casi	19	68	70	142	74

Tabella8. Minori seguiti per abuso sessuale nel periodo per fascia d'età e per contesto della violenza

	0-2 Anni	3-6 Anni	7-9 Anni	10-15 Anni	16-18 Anni
Intra-familiare	42%	40%	36%	47%	14%
Extra-familiare	0	23%	19%	12%	25%
Parentale	0%	9%	12%	12%	9%

2. Il Centro specialistico sovra distrettuale contro la violenza all'infanzia dell'AUSL di Ferrara[2]

Il Centro Specialistico contro la violenza all'infanzia nasce nel 1997 all'interno dei servizi per la tutela all'età evolutiva dell'AUSL di Ferrara, nell'ottica che il diritto alla salute e alla cura deve essere garantito a tutta la popolazione infantile, in particolare a chi ha sperimentato situazioni traumatiche in famiglia, come il maltrattamento grave, l'abuso sessuale, la grave trascuratezza e la violenza assistita, che necessitano d'interventi precoci, efficaci e specialistici. In questi anni ha seguito circa 1.000 situazioni di varie forme di violenza all'infanzia.
Il Centro Sovra distrettuale contro la violenza all'infanzia dell'AUSL di Ferrara è composto da un'equipe multidisciplinare, con formazione specifica sull'abuso e il maltrattamento all'infanzia, che integra le competenze socio-sanitarie e giuridico - istituzionali: psicologhe, assistente sociale ed esperto giuridico. Interviene sui minori vittime di violenza, famigliare ed extrafamigliare, di tutta la provincia, per attivare percorsi di protezione, valutazione, presa in carico terapeutica, trattamento degli esiti del trauma, sostegno ai famigliari protettivi.

Il Centro svolge:

1. Consulenza ai colleghi dell'area socio-sanitaria ad altri enti o istituzioni, su aspetti sociali, psicologici e clinici, giuridici, per l'attivazione di percorsi di tutela, protezione, presa in carico e di cura.
2. Valutazione e presa in carico terapeutica dei minori vittime di violenza
3. Presa in carico terapeutico dei fratelli delle vittime
4. Presa in carico terapeutica dei famigliari protettivi
5. Presa in carico terapeutica dei minori autori di violenza.

Inoltre:

- accompagna il minore nel percorso giudiziario fornendo sostegno nelle audizioni
- fornisce le stanze attrezzate per le audizioni protette
- garantisce la difesa legale del minore vittima nel conflitto d'interesse con i genitori
- promuove formazione e ricerca sul fenomeno della violenza ai minori
- promuove prevenzione, informazione e formazione (di base, specialistica, multidisciplinare) per la rilevazione precoce del fenomeno in ogni sua forma ai servizi socio-sanitari, alla scuola, al volontariato sociale, ecc.
- partecipa a tavoli di confronto con servizi, enti ed istituzioni per l'individuazione di prassi operative integrate (da cui sono scaturiti protocolli e linee guida interistituzionali provinciali con la Scuola, Strutture Ospedaliere, Pronto Soccorsi pediatrici, Ufficio Minori della Questura.)

[2] Il Centro ha finito il suo mandato il 31.12.2012: nella nuova riorganizzazione del Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche AUSL di Ferrara a cui afferisce SMRIA, in cui era inserito dal 2004, il Centro non è stato previsto.

Lavora in collaborazione con le professionalità socio-sanitarie con competenze in materia di minori, in rete con:

- Neuropsichiatria Infantile
- Servizio di Salute Infanzia
- Azienda Ospedaliera
- Ospedali della provincia
- Consultorio famigliare
- Consultorio Giovani

Magistrature
Ufficio Minori della Questura
Avvocature
Scuole
Terzo settore
Media

DATI ATTIVITA' CLINICA CENTRO DI FERRARA
PERIODO 2007 – 2011

Tabella 9. N. minori seguiti per anno

Anno	2007	2008	2009	2010	2011	Tot
N. Minori	42	45	55	49	32	223

I casi non sono stati tutti presi in carico dal Centro come valutazione e terapia (solo abuso, maltrattamento e violenza assistita)

Tabella 10. Genere dei minori seguiti nel periodo di riferimento

80% Femmine
20% Maschi

Tabella 11. Servizi invianti e percentuali

Servizi Invianti	Percentuali
Servizi Sociali della provincia	90
Servizi Sanitari (NPI, Servizi Ospedalieri)	5
Forze dell'Ordine	5

Tabella 12. Problematiche per le quali i casi sono inviati al Centro

Forme di violenza rilevate	Percentuali
Maltrattamento Multiforme*	10
Sex Offender	5
Violenza Assistita	6
Maltrattamento Psicologico	2
Abuso Sessuale	56
Maltrattamento Fisico	21

*compresenza di almeno due forme di violenza

Nella tabella 11, oltre a rilevare la frequenza della forma di abuso prevalente, nel periodo 2008-2011 si rileva che nel 10% di casi si tratta di maltrattamento multiforme (compresenza di almeno due delle forme di violenza prese in considerazione).

Per i casi di abuso sessuale rileviamo come essi si dividono come segue tra sospetto e conclamato (Tabella 13):

Abuso Sessuale	Percentuali
Conclamato	38
Sospetto	62

Inoltre si dividono in base al tipo di contesto nel seguente modo (Tabella 14):

Abuso Sessuale	Percentuali
Intrafamiliare	63
Extrafamiliare	26
Altro	11

3 Il Progetto Dafne contro la violenza alle donne dell'Azienda USL Rimini: Dati sulla violenza assistita/condivisa

L'impegno diretto del mondo della Sanità su questa tematica è recentissimo; si deve all'OMS l'indicazione che la violenza contro le donne è anche un problema di Sanità Pubblica per due ordini di questioni:

- alta incidenza e prevalenza in tutto il ciclo vitale della donna, in tutti gli strati socio-economici e in tutte le culture;
- gravità delle conseguenze psicofisiche sia a breve sia a lungo termine.

Nel 1995/96 l'OMS ha lanciato l'allarme sulla violenza come fattore eziologico e di rischio in una serie di patologie: sono stati condotti studi sulle patologie ginecologiche, gastro-enterologiche e mentali, in particolare depressione, disturbi alimentari e ansia.
L'Azienda USL di Rimini ha attivato un Progetto orientato all'individuazione di strategie e interventi che si configurino come risposte a questo specifico target di utenza e alle problematiche e bisogni di cui è portatore.
Il Progetto è caratterizzato da multidisciplinarità e multi professionalità degli attori coinvolti.
L'obiettivo primario è l'attivazione di percorsi di uscita dalla violenza con l'offerta di servizi di supporto informativo, strumentale, emotivo e psicologico. Dal 2005 al 2012 il Progetto Dafne si è sviluppato mantenendo al centro della propria attenzione la costruzione della rete attraverso:

- la promozione della conoscenza del fenomeno tramite una formazione permanente rivolta a tutti i nodi della rete;
- la definizione di un percorso sanitario finalizzato ad omogeneizzare le procedure di accoglienza;
- la definizione di un percorso sociale finalizzato alla presa in carico anche in emergenza e la costruzione di un progetto individualizzato:
- il coordinamento di tutti gli attori istituzionali e del privato sociale presenti sul territorio.

La rete si è strutturata nell'ultimo quinquennio, divenendo il punto di forza del Progetto Dafne. L'obiettivo costante, nella "manutenzione" della rete, è stato quello di coniugare le specificità dei singoli nodi con le necessarie interconnessioni tra gli stessi; i nodi rappresentati dai servizi di seguito elencati si sono, infatti, sviluppati e specializzati:

- il consultorio familiare AUSL, con funzioni di presa in carico e protezione delle donne
- la Tutela Minori, con funzioni di presa in carico e protezione mamma-minori,
- il Pronto soccorso con funzioni di assistenza medica e accompagnamento ai percorsi attivati dal Progetto Dafne
- il reparto ospedaliero di Ostetricia e Ginecologia per l'assistenza medica e l'accompagnamento della donna che ha subito violenza sessuale
- gli Sportelli sociali dei comuni, con funzioni d'informazione, accoglienza ed accompagnamento della donna al percorso sociale
- l'Associazione Rompi il Silenzio, con funzioni di informazione, accoglienza,
- le Case di accoglienza: per l'accoglienza residenziale in emergenza
- le Forze dell'Ordine con le funzioni di protezione e vigilanza
- il Sert e del CSM con funzioni di accoglienza per le donne vittime di violenza con problematiche di abuso di sostanze o con problematiche psicopatologiche.

Dati Progetto Dafne contro la violenza alle donne - AUSL Rimini

Tabella 15. Donne che si sono rivolte alla Rete e donne in carico

Anno	Donne che si sono rivolte alla Rete	donne in carico
2007	275	193
2008	271	169
2009	331	194
2010	286	172
2011	284	168

Tabella 16. Nazionalità (donne che si sono rivolte alla rete)

Anno	Italiane	Straniere
2007*	92	101
2008	128	130
2009	196	135
2010	152	134
2011	161	123

* in questo caso si fa riferimento solo a quelle in carico

Tabella 17. Donne (in carico) con o senza figli

Anno	Con figli	Senza figli
2007*	119	74
2008	98	173
2009	119	212
2010	113	173
2011	96	188

* in questo caso si fa riferimento solo a quelle in carico

Tabella 18. Donne in gravidanza (valori percentuali)

Anno	% donne in gravidanza
2008	11
2009	12
2010	11
2011	22

Tabella 19. Interruzioni volontarie di gravidanza (valori assoluti)

Anno	N.
2008	9
2009	9
2010	0
2011	15

Tabella 20. Autore della violenza (valori assoluti)

Anno	Partner/ coniuge	Ex partner/ ex coniuge	Figli/parenti	Altro
2008	121	34	11	2
2009	136	37	14	7
2010	119	33	11	18
2011	117	41	5	5

Dalla lettura dei dati si conferma la prevalenza della violenza nelle relazioni intime e la trasversalità del fenomeno per quanto riguarda la nazionalità.
"Un dato relativamente costante nella rilevazione del fenomeno è rappresentato dalla presenza di donne con bambini, in media del 60%: le percentuali sul totale oscillano, infatti, da un massimo del 62% nel 2007, a un minimo del 57% nel 2011".
Questo dato è rilevante in quanto mostra il coinvolgimento dei minori come probabili vittime di violenza assistita. Sebbene la violenza possa essere non agita sui figli in maniera diretta, l'assistere alla violenza sul genitore costituisce un rilevante fattore di rischio sia per la salute psicofisica del minore che per la trasmissione trans generazionale della violenza stessa.
Nell'immediato la violenza indebolisce le competenze genitoriali di cura e accudimento: il genitore violento, infatti, oltre a fallire nel suo compito protettivo verso i figli, mina gravemente le capacità delle madri, trasformandole in persone fragili e poco attente alle necessità della prole.
Dall'osservatorio si segnala anche la presenza rilevante di violenza subita da donne in stato di gravidanza. I dati dell'OMS sostengono che nel mondo una donna su quattro è stata vittima di una forma di violenza in gravidanza, in oltre il 90% dei casi il maltrattante è il partner o l'ex partner. Sempre per la stessa fonte la violenza nelle relazioni intime rappresenta la seconda causa di morte in gravidanza, dopo l'emorragia, per le donne di età compresa tra i 15 e 44 anni; la violenza fisica rappresenta la seconda causa di traumi durante la gestazione (la prima è l'incidente stradale). La letteratura internazionale mostra quindi da tempo il legame tra gravidanza e violenza; nel nostro Paese secondo l'indagine Istat (2006) sono l'11,5% le donne incinte che hanno subito violenza dal partner; per il 50,6% di queste, la violenza durante il periodo di gestazione è rimasta uguale al periodo precedente, per il 17,0% è diminuita, mentre per il 16,6% è aumentata e per il 15,0% è addirittura iniziata.

Allegato 7

Descrizione codici diagnostici ICD10 NPIA

Allegato 7 Descrizione codici diagnostici ICD10 NPIA

CODICE	CODICE N	Descrizione	Query	Abuso-rischio	Tipo abuso
T74	T74	SINDROME DA MALTRATTAMENTO		Abuso	Fisico
T74.1	T741	SEVIZIE FISICHE: SINDROME DEL BAMBINO PERCOSSO		Abuso	Fisico
Z13.1	Z131	LIEVE ABUSO FISICO DEL BAMBINO		Abuso	Fisico
Z13.2	Z132	GRAVE ABUSO FISICO DEL BAMBINO		Abuso	Fisico
T74.8	T748	ALTRE SINDROMI DA MALTRATTAMENTO (FORME MISTE)		Abuso	Fisico
T74.0	T740	TRASCURATEZZA E ABBANDONO		Abuso	Patologie cure
T74.3	T743	ABUSO PSICOLOGICO		Abuso	Psicologico
Z12.2	Z122	GRAVE OSTILITA' VERSO IL BAMBINO, BAMBINO CAPRO-ESPIATORIO		Abuso	Psicologico
Z14.1	Z141	LIEVE ABUSO SESSUALE ALL'INTERNO DELLA FAMIGLIA		Abuso	Psicologico
Z14.2	Z142	GRAVE ABUSO SESSUALE ALL'INTERNO DELLA FAMIGLIA		Abuso	Psicologico
Z81.2	Z812	RAGAZZO CAPRO-ESPIAT. DI INSEGN. O DI SUPERIORI NEL LAVORO GRAVE		Abuso	Psicologico
Z64.1	Z641	LIEVE ABUSO SESSUALE (EXTRAFAMILIARE)		Abuso	Sessuale
Z64.2	Z642	GRAVE ABUSO SESSUALE (EXTRAFAMILIARE)		Abuso	Sessuale
T74.2	T742	ABUSO SESSUALE		Abuso	Sessuale
Z10.2	Z102	MANCANZA GRAVE DI CALORE NELLA RELAZIONE GENITORE-BAMBINO		Rischio	
Z11.1	Z111	LIEVE DISCORDIA IN FAMIGLIA TRA GLI ADULTI		Rischio	
Z11.2	Z112	GRAVE DISCORDIA IN FAMIGLIA TRA GLI ADULTI		Rischio	
Z12.1	Z121	LIEVE OSTILITA' VERSO IL BAMBINO, BAMBINO CAPRO-ESPIATORIO		Rischio	
Z18.2	Z182	GRAVE ANORMALITA'DI ALTRO TIPO NELLE RELAZIONI INTRAFAMILIARI		Rischio	
Z20.1	Z201	LIEVE DISTURBO MENTALE/DEVIANZA DI UN GENITORE		Rischio	
Z20.2	Z202	GRAVE DISTURBO MENTALE/DEVIANZA DI UN GENITORE		Rischio	
Z21.1	Z211	LIEVE DISABILITA'/HANDICAP DI UN GENITORE		Rischio	
Z21.2	Z212	GRAVE DISABILITA'/HANDICAP DI UN GENITORE		Rischio	
Z28.1	Z281	LIEVI DIST.MENTALI, DEVIANZA O HANDICAP DI ALTRO TIPO NEL NUC.FAM.		Rischio	
Z28.2	Z282	GRAVI DIST.MENTALI, DEVIANZA O HANDICAP DI ALTRO TIPO NEL NUC.FAM.		Rischio	
Z30.1	Z301	COMUNICAZIONE INTRAFAMILIARE LIEVEMENTE INSUFFICIENTE O DISTORTA		Rischio	
Z30.2	Z302	COMUNICAZIONE INTRAFAMILIARE GRAVEMENTE INSUFFICIENTE O DISTORTA		Rischio	
Z41.2	Z412	GUIDA E VIGILANZA DEI GENITORI GRAVEMENTE INADEGUATA		Rischio	
Z42.2	Z422	GRAVE PRIVAZIONE ESPERIENZIALE		Rischio	
Z43.1	Z431	SOLLECITAZIONI GENITORIALI LIEVEMENTE INAPPROPRIATE		Rischio	
Z43.2	Z432	SOLLECITAZIONI GENITORIALI GRAVEMENTE INAPPROPRIATE		Rischio	
Z48.1	Z481	CONDIZIONI EDUCATIVE QUALIT. ANORMALI DI ALTRO TIPO IN MODO LIEVE		Rischio	
Z48.2	Z482	CONDIZIONI EDUCATIVE QUALIT. ANORMALI DI ALTRO TIPO IN MODO GRAVE		Rischio	
Z50.1	Z501	ISTITUZIONALIZZAZIONE LIEVE		Rischio	
Z50.2	Z502	ISTITUZIONALIZZAZIONE GRAVE		Rischio	
Z51.1	Z511	SITUAZIONE GENITORIALE LIEVEMENTE ANOMALA		Rischio	
Z51.2	Z512	SITUAZIONE GENITORIALE GRAVEMENTE ANOMALA		Rischio	
Z53.1	Z531	LIEVI CONDIZ. DI VITA CHE CREANO UNA SITUAZ.PSICOSOC.POTENZ.RISCH.		Rischio	
Z53.2	Z532	GRAVI CONDIZ. DI VITA CHE CREANO UNA SITUAZ.PSICOSOC.POTENZ.RISCH.		Rischio	
Z58.1	Z581	CONDIZIONI LIEVEMENTE ANORMALI DELL'AMBIENTE A DIRETTO CONTATTO		Rischio	
Z58.2	Z582	CONDIZIONI GRAVEMENTE ANORMALI DELL'AMBIENTE A DIRETTO CONTATTO		Rischio	
Z61.1	Z611	ALLONT.DA CASA CHE COMPORTANO UNA IMPORT. MINACCIA CONTEST. LIEVE		Rischio	
Z61.2	Z612	ALLONT.DA CASA CHE COMPORTANO UNA IMPORT. MINACCIA CONTEST. GRAVE		Rischio	

Z62.2	Z622	CAMBIAMENTO GRAVEMENTE NEGATIVO DEL QUADRO DELLE RELAZIONI FAMIL.	Rischio
Z65.1	Z651	ESPERIENZE PERSONALI LIEVEMENTE SPAVENTOSE	Rischio
Z65.2	Z652	ESPERIENZE PERSONALI GRAVEMENTE SPAVENTOSE	Rischio
Z70.1	Z701	PERSECUZIONE O DISCRIMINAZIONE LIEVE	Rischio
Z70.2	Z702	PERSECUZIONE O DISCRIMINAZIONE GRAVE	Rischio
Z71.1	Z711	EMIGRAZIONE O SRADICAMENTO SOCIALE LIEVE	Rischio
Z71.2	Z712	EMIGRAZIONE O SRADICAMENTO SOCIALE GRAVE	Rischio
Z81.1	Z811	RAGAZZO CAPRO-ESPIAT. DI INSEGN. O DI SUPERIORI NEL LAVORO LIEVE	Rischio
Z90.1	Z901	ISTITUZIONAL. LIEVE CONSEGUENTE A DISTURBO/DISABILITA' DEL BAMB.	Rischio
Z90.2	Z902	ISTITUZIONAL. GRAVE CONSEGUENTE A DISTURBO/DISABILITA' DEL BAMB.	Rischio
Z91.1	Z911	ALLONTANAMENTI DA CASA COMPORTANTI UNA LIEVE MINACCIA CONTESTUALE	Rischio
Z91.2	Z912	ALLONTANAMENTI DA CASA COMPORTANTI UNA GRAVE MINACCIA CONTESTUALE	Rischio
Z98.1	Z981	AVVENIM. E SITUAZ.DI LIEVE TENSIONE CONSEG. A DIST./DISAB.DEL BAMB	Rischio
Z98.2	Z982	AVVENIM. E SITUAZ.DI GRAVE TENSIONE CONSEG. A DIST./DISAB.DEL BAMB	Rischio

Query

Allegato 8

Selezione codici ICD10 e casi in carico alla NPIA

Allegato 8 - Codici diagnostici individuati e numero casi nei servizi di NPIA per anno (2010-2012, valori assoluti)

Abuso/ rischio	Tipo abuso /rischio	Codice	Codice diagnosi	2010	2011	2012
Abuso	Fisico	T74	SINDROME DA MALTRATTAMENTO	2	2	3
		T741	SEVIZIE FISICHE: SINDROME DEL BAMBINO PERCOSSO	1	1	1
		T748	ALTRE SINDROMI DA MALTRATTAMENTO (FORME MISTE)	1	.	.
		Z131	LIEVE ABUSO FISICO DEL BAMBINO	19	20	16
		Z132	GRAVE ABUSO FISICO DEL BAMBINO	16	16	14
	Psicologico	T743	ABUSO PSICOLOGICO	1	.	.
		Z122	GRAVE OSTILITA' VERSO IL BAMBINO, BAMBINO CAPRO-ESPIATORIO	9	3	3
		Z141	LIEVE ABUSO SESSUALE ALL'INTERNO DELLA FAMIGLIA	16	8	8
		Z142	GRAVE ABUSO SESSUALE ALL'INTERNO DELLA FAMIGLIA	14	16	25
		Z812	RAGAZZO CAPRO-ESPIAT. DI INSEGN. O DI SUPERIORI NEL LAVORO GRAVE	1	3	2
	Sessuale	Z641	LIEVE ABUSO SESSUALE (EXTRAFAMILIARE)	12	10	8
		Z642	GRAVE ABUSO SESSUALE (EXTRAFAMILIARE)	10	6	9
Rischio		Z102	MANCANZA GRAVE DI CALORE NELLA RELAZIONE GENITORE-BAMBINO	25	28	21
		Z111	LIEVE DISCORDIA IN FAMIGLIA TRA GLI ADULTI	194	195	201
		Z112	GRAVE DISCORDIA IN FAMIGLIA TRA GLI ADULTI	573	482	521
		Z121	LIEVE OSTILITA' VERSO IL BAMBINO, BAMBINO CAPRO-ESPIATORIO	12	12	13
		Z182	GRAVE ANORMALITA'DI ALTRO TIPO NELLE RELAZIONI INTRAFAMILIARI	95	93	90
		Z201	LIEVE DISTURBO MENTALE/DEVIANZA DI UN GENITORE	183	163	171
		Z202	GRAVE DISTURBO MENTALE/DEVIANZA DI UN GENITORE	231	191	162
		Z211	LIEVE DISABILITA'/HANDICAP DI UN GENITORE	59	57	63
		Z212	GRAVE DISABILITA'/HANDICAP DI UN GENITORE	66	63	56
		Z281	LIEVI DIST.MENTALI, DEVIANZA O HANDICAP DI ALTRO TIPO NEL NUC.FAM.	66	66	62
		Z282	GRAVI DIST.MENTALI, DEVIANZA O HANDICAP DI ALTRO TIPO NEL NUC.FAM.	86	76	72
		Z301	COMUNICAZIONE INTRAFAMILIARE LIEVEMENTE INSUFFICIENTE O DISTORTA	227	220	257
		Z302	COMUNICAZIONE INTRAFAMILIARE GRAVEMENTE INSUFFICIENTE O DISTORTA	141	136	138
		Z412	GUIDA E VIGILANZA DEI GENITORI GRAVEMENTE INADEGUATA	157	169	186
		Z422	GRAVE PRIVAZIONE ESPERIENZIALE	114	102	98
		Z431	SOLLECITAZIONI GENITORIALI LIEVEMENTE INAPPROPRIATE	338	329	346

		Z432	SOLLECITAZIONI GENITORIALI GRAVEMENTE INAPPROPRIATE	154	147	120
		Z481	CONDIZIONI EDUCATIVE QUALIT. ANORMALI DI ALTRO TIPO IN MODO LIEVE	56	68	77
		Z482	CONDIZIONI EDUCATIVE QUALIT. ANORMALI DI ALTRO TIPO IN MODO GRAVE	33	39	39
		Z501	ISTITUZIONALIZZAZIONE LIEVE	42	36	38
		Z502	ISTITUZIONALIZZAZIONE GRAVE	70	78	78
		Z511	SITUAZIONE GENITORIALE LIEVEMENTE ANOMALA	223	216	207
		Z512	SITUAZIONE GENITORIALE GRAVEMENTE ANOMALA	271	267	252
		Z531	LIEVI CONDIZ. DI VITA CHE CREANO UNA SITUAZ.PSICOSOC.POTENZ.RISCH.	102	101	115
		Z532	GRAVI CONDIZ. DI VITA CHE CREANO UNA SITUAZ.PSICOSOC.POTENZ.RISCH.	108	97	109
		Z581	CONDIZIONI LIEVEMENTE ANORMALI DELL'AMBIENTE A DIRETTO CONTATTO	9	19	15
		Z582	CONDIZIONI GRAVEMENTE ANORMALI DELL'AMBIENTE A DIRETTO CONTATTO	11	8	10
		Z611	ALLONT.DA CASA CHE COMPORTANO UNA IMPORT. MINACCIA CONTEST. LIEVE	17	19	17
		Z612	ALLONT.DA CASA CHE COMPORTANO UNA IMPORT. MINACCIA CONTEST. GRAVE	21	16	18
		Z622	CAMBIAMENTO GRAVEMENTE NEGATIVO DEL QUADRO DELLE RELAZIONI FAMIL.	121	124	120
		Z651	ESPERIENZE PERSONALI LIEVEMENTE SPAVENTOSE	10	9	15
		Z652	ESPERIENZE PERSONALI GRAVEMENTE SPAVENTOSE	37	36	46
		Z701	PERSECUZIONE O DISCRIMINAZIONE LIEVE	7	5	3
		Z711	EMIGRAZIONE O SRADICAMENTO SOCIALE LIEVE	213	230	233
		Z712	EMIGRAZIONE O SRADICAMENTO SOCIALE GRAVE	210	203	189
		Z811	RAGAZZO CAPRO-ESPIAT. DI INSEGN. O DI SUPERIORI NEL LAVORO LIEVE	1	3	2
		Z901	ISTITUZIONAL. LIEVE CONSEGUENTE A DISTURBO/DISABILITA' DEL BAMB.	4	3	3
		Z902	ISTITUZIONAL. GRAVE CONSEGUENTE A DISTURBO/DISABILITA' DEL BAMB.	.	1	2
		Z911	ALLONTANAMENTI DA CASA COMPORTANTI UNA LIEVE MINACCIA CONTESTUALE	4	7	6
		Z912	ALLONTANAMENTI DA CASA COMPORTANTI UNA GRAVE MINACCIA CONTESTUALE	6	7	9
		Z981	AVVENIM. E SITUAZ.DI LIEVE TENSIONE CONSEG. A DIST./DISAB.DEL BAMB	15	17	18
		Z982	AVVENIM. E SITUAZ.DI GRAVE TENSIONE CONSEG. A DIST./DISAB.DEL BAMB	24	21	15
Totale				4438	4244	4302