REPUBBLICA ITALIANA

Anno 66° - Numero 17

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA **Palermo - Venerdì, 27 aprile 2012** **SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDI'**
Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2, l. n. 662/96 - Filiale di Palermo

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2-E, 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL. 091/7074930-928-804 - ABBONAMENTI TEL. 091/7074925-931-932 - INSERZIONI TEL. 091/7074936-940 - FAX 091/7074927
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) gazzetta.ufficiale@certmail.regione.sicilia.it

UFFICIALE DELLA G.U.R.S.
VENDITA E DISTRIBUZIONE

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 23 marzo 2012.

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

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO PER LA SALUTE

DECRETO 23 marzo 2012.

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

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502, nel testo modificato con il D.L.vo. 7 dicembre 1973, n. 517, sul riordino della disciplina, in materia sanitaria, emanati a norma dell'art. 2 della legge delega n. 421 del 23 ottobre 1992 e s.m.i.;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 17 aprile 2009, n. 17 di riordino del sistema sanitario della Regione siciliana;

Vista la legge regionale 12 maggio 2010, n. 12, di approvazione del bilancio della Regione siciliana per l'anno 2010;

Visto il D.A. n. 2175 del 7 settembre 2010, con il quale sono state adottate le schede progettuali inerenti gli obiettivi di PSN, elaborati in conformità alle prescrizioni ministeriali "Intesa dell'8 luglio 2010" e la contestuale indicazione della quota assegnata per ogni linea progettuale, in particolare, il progetto "Tutela benessere minori abusati", descritto nell'ambito della linea progettuale 12.2, del quale si intende dare avvio delle previste azioni;

Visto il DDS n. 320 del 28 febbraio 2011 di costituzione del Coordinamento regionale sanitario per gli interventi di tutela del benessere psicofisico in età evolutiva "Co.R.Si.T.Ev" previsto tra le azioni individuate nel progetto "Tutela benessere minori abusati", di cui prima detto, composto da esperti delle AA.SS.PP. e dirigenti dei servizi assessoriali interessati alla materia, per la conduzione delle azioni discendenti dallo stesso progetto;

Visto il Piano sanitario regionale, "Piano della salute 2011-2013" – Decreto presidenziale del 18 luglio 2011 – pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 32, s.o. n. 2, parte prima, del 29 luglio 2011;

Visto il D.P.R. 23 dicembre 2011 "Approvazione del protocollo di intesa per l'integrazione del Sistema regionale integrato socio-sanitario in Sicilia" – pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 2, s.o., parte I, del 13 gennaio 2012;

Considerato che tra i compiti attribuiti al "Co.R.Si.T.Ev" il progetto prevedeva la stesura di specifiche Linee guida regionali per gli interventi multidisciplinari di presa in carico, da parte dei servizi sanitari, dei minori vittime o a rischio di maltrattamento e/o abuso;

Preso atto che le superiori Linee guida sono state oggetto di presentazione-condivisione con le altre istituzioni regionali che si occupano di tutela dei minori nella considerazione, anche, di sviluppare la redazione di protocolli interistituzionali finalizzati ad una migliore funzionalità della rete dei soggetti preposti a tale attività;

Ritenuto quindi di dover approvare le "Linee guida della Regione siciliana per la pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela dell'infanzia e alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza" per la cui corretta applicazione è prevista una specifica conduzione regionale di sistema che garantisca la realizzazione della rete funzionale dei servizi;

Per quanto sopra esposto;

Decreta:

Art. 1

Sono approvate le "Linee guida regionali per la pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela dell'infanzia e alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza" per disciplinare la presa in carico sanitaria dei minori in caso di abusi e violenze e attivare la competente rete regionale integrata dei servizi sanitari preposti alla tutela dell'infanzia e delle famiglie.

Art. 2

È costituito il gruppo di lavoro regionale per l'applicazione del documento di "Linee guida" di cui al superiore articolo 1, che risulta così composto:

Esperti

- Dott.ssa M.A. Campo psicologo
  Asp di Caltanissetta
- Dott.ssa Beatrice Mirto ass. sociale
  Asp di Palermo
- Dott.ssa Paola Iacono NPI
  Asp di Siracusa
- Dott. Francesco Vitrano NPI
  Asp di Trapani
- Dott. Emanuele Trapolino
  Neurop. Inf. (ARNAS Civico - Palermo)
- Dott. ssa Cristina D'Andrea
  (Pediatra di libera scelta "PLS")
- Dott. Salvatore Gullo
  (Medico di famiglia)
- Dott. Roberto Barcellona
  Ospedale Sciacca
- Avv. Fabio Damiani
  ASP Palermo
- Dott.ssa Maria Pia Randazzo
  Esperto statistico dei sistemi informativi sanitari

Referenti Assessorato della salute

- Dott.ssa Maria Grazia Furnari
  (Dirigente "Area I. 2")
- Dott.ssa Damiana Pepe
  (Ass.Sociale Esperto "Area I. 2")
- Dott.ssa Patrizia Montante
  (Dirigente Area 7 Form. Com.ne - DASOE)
- Dott.ssa Gelsomina De Simone
  (Funz. Dir."Seg. T. Assessore")

Il gruppo di lavoro regionale ha il compito di:

- Favorire, supportare e monitorare gli interventi aziendali organizzativi/operativi per la regolare applicazione delle linee guida regionali;
- Supportare le Aziende nella messa in opera degli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria così come stabiliti nelle linee guida, per le specifiche linee di attività e per gli ambiti di competenza dei servizi;

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S. NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

– Sostenere la diffusione di procedure operative da utilizzare nella presa in carico dei minori vittime e/o a rischio di maltrattamento e/o abuso e delle loro famiglie;
– Elaborare un sistema di monitoraggio delle prestazioni erogate dai servizi sanitari chiamati all'applicazione delle superiori "Linee guida" quale strumento per la realizzazione di un data base a livello regionale per la raccolta delle informazioni pervenendo alla successiva definizione/istituzione di apposito flusso regionale inerenti il fenomeno della violenza sui minori utile ai fini della programmazione in coerenza al fabbisogno rilevato;
– Partecipare attivamente ed accompagnare il programma regionale di formazione/informazione – trasversale e specifico - previsto per gli operatori delle Aziende interessati nell'ambito del progetto "Tutela benessere minori abusati";
– Costruire percorsi di presa in carico integrati socio-sanitari;
– Predisporre Protocolli operativi nel rispetto delle indicazioni contenute nelle Linee guida stesse;
– Formulare proposte operative per interventi di prevenzione e contrasto della condizione di disagio minorile con particolare riguardo alle situazioni di maltrattamento e/o abuso;
– Assumere i compiti inerenti la legge n. 112 del 12 luglio 2011 "Istituzione dell'autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza" con particolare riguardo all'art. 3, comma 11 che prevede la formulazione di proposte per la prevenzione e il contrasto degli abusi sull'infanzia e sull'adolescenza;
– Avvalersi, previo accordo, del supporto tecnico di AGENAS per le azioni di supervisione delle attività.

Art. 3

Il gruppo di lavoro di cui all'art. 2 dovrà realizzare gli interventi/azioni attribuitigli, entro il periodo di vigenza del "Piano sanitario regionale 2011- 2013" e si avvarrà, per problematiche richiedenti la specifica competenza, della collaborazione dei dirigenti dei servizi di codesto Assessorato nonché di eventuali specialisti del settore.

Al gruppo di lavoro è chiamato, in qualità di membro componente, il dirigente del servizio 6 "Politiche familiari, giovanili e per la tutela dei minori" dell'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro, per agevolare ogni aspetto inerente l'ambito dell'integrazione sociosanitaria.

Art. 4

Le azioni di coordinamento del gruppo di lavoro per l'applicazione delle Linee guida art. 1, saranno svolte dai componenti del superiore gruppo di lavoro afferenti all'Area I. 2 - Dipartimento pianificazione strategica - preposta alla verifica e al monitoraggio dell'attuazione del Piano sanitario regionale.

Art. 5

Per la partecipazione alle attività del gruppo di lavoro di cui al superiore art. 2, nessun onere potrà essere posto a carico dell'Amministrazione regionale.

Eventuali spese di missione dei componenti restano a carico delle Amministrazioni di provenienza.

Il presente decreto sarà trasmesso alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la pubblicazione.

Palermo, 23 marzo 2012.

RUSSO

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S.
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

Allegato

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

Memorandum

Definizioni giuridico/scientifiche

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

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

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

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

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

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

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

– grado lieve: lesioni che non necessitano di ricovero;
– grado moderato: quando è necessario il ricovero;
– grado severo: quando il bambino viene ricoverato in rianimazione con gravi sequele neurologiche fino alla morte.

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

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

(Linee guida per il riordino e l'orientamento dei servizi dedicati alla tutela dei minori vittime di violenza- Delibera Giunta Regione Lombardia n. 7/20100 del 23.12.2004)

O' Hagan[1] distingue tra abuso emozionale, inteso come una reazione emozionale stabile, ripetitiva e inappropriata all'esperienza del bambino e maltrattamento psicologico, inteso come denigrazione verbale, critiche e svalutazioni che si configurano come risposta comportamentale e attiva.

[1] O' Hagan, K.P. (1956) Emotional and psychological abuse: problems of definition, Child Abuse and neglect, 19,4, 449-461.

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA U.R.S. NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

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

(Linee guida per il riordino e l'orientamento dei servizi dedicati alla tutela dei minori vittime di violenza – Delibera Giunta Regione Lombardia n. 7/20100 del 23/12/2004)

Patologia delle cure:

Per trascuratezza incuria si intende la grave e/o persistente omissione di cure nei confronti del bambino o gli insuccessi in alcune importanti aree dell'allevamento che hanno come conseguenza un danno significativo per la salute o per lo sviluppo e/o un ritardo della crescita in assenza di cause organiche.

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

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

(Linee guida in tema di abuso: SINPIA 2007)

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

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

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

(Legge n. 66 del 15.02.1996, art 609-bis)

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

1) non ha compiuto gli anni quattordici;

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

(Atti sessuali con minorenni: Art. 609 quater)

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

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

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

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

(Linee guida per il riordino e l'orientamento dei servizi dedicati alla tutela dei minori vittime di violenza- Delibera Giunta Regione Lombardia n.7/20100 del 23.12.2004)

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

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

(Felitti e collaboratori[2])

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

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

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

(Referto: Art. 334)

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

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

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

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S. NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

Introduzione

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

In considerazione di ciò, la valutazione e la presa in carico dei minori coinvolti come vittime in esperienze di violenza e di trascuratezza, richiedono di essere affrontate con un approccio che non si fermi al singolo individuo ma si estenda al sistema delle relazioni familiari.

In merito è bene ribadire come esperienze di maltrattamento e di abuso determinano nel bambino una distorsione, dirompente e deflagrante della sua strutturazione psichica: la confusione dei ruoli, la *confusione delle lingue*[3], l'aggressione sull'identità e sull'integrità del sé disturba nel bambino la comprensione della realtà e del suo significato affettivo, determinando un modo di pensare lineare, frammentato e atemporale che non permette alla mente di crescere e che distorce seriamente lo sviluppo del pensiero e della cognizione.

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

In tale direzione sempre di più si è oggi portati a considerare il trauma legato ad un'esperienza violenta non solo come un evento oggettivamente grave per l'integrità psicofisica del soggetto, *ma anche in termini evolutivo-relazionali, come risultato della mancata elaborazione delle emozioni traumatiche, ovvero di quelle emozioni come simbolizzate nell'ambito delle relazioni primarie*[4].

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

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

La preminente attenzione al minore e alla sua famiglia per un possibile recupero delle proprie competenze genitoriali sottolineano la complessità del fenomeno e dei suoi effetti che necessitino sempre di un approccio globale, multidisciplinare e interistituzionale e tale che gli interventi si producano secondo una dimensione progettuale dinamica e specifica per ciascun singolo caso.

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

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

Obiettivi

Le presenti Linee guida sono il risultato di un lavoro di concertazione e studio delle diverse rappresentazioni tecnico/clinico/organizzative del Co.R.S.I.T.Ev.[5] *Coordinamento regionale sanitario per gli interventi di tutela del benessere psicofisico in età evolutiva*.

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

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

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

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

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

- **Obiettivi generali**

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

– promozione delle potenzialità di sviluppo psicofisico di ciascun minore;
– individuazione/valutazione e tutela dei minori coinvolti in situazioni di rischio o di maltrattamento e/o abuso;
– riparazione del danno determinato dall'esperienza di violenza esperita, cura dei legami affettivi protettivi, sostegno del contesto sociale e relazionale dei minori vittime o a rischio di maltrattamento e/o abuso;
– prevenzione delle possibili sequele psicopatologiche derivanti dalla esposizione ad esperienze traumatiche;
– definizione di interventi progettuali di prevenzione primaria sul fenomeno del maltrattamento e abuso;
– definizione di prassi operative comuni, di modelli documentali condivisi, nonché di gruppi di lavoro funzionali all'intervento, volti alla omogeneizzazione degli interventi sanitari sul territorio della Regione siciliana;
– promozione di momenti formativi condivisi che favoriscano e sostengano gli interventi in una logica pluriprofessionale e multidimensionale.

- **Obiettivi specifici**

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

– definizione di azioni che perseguano una progettualità che abbia come punto di riferimento la centralità del bambino vittima o a rischio di abuso e maltrattamento;
– indicazione del percorso di presa in carico che articoli e sintonizzi tra di loro i percorsi di tutela, valutazione e cura del minore vittima o a rischio di maltrattamento e/o abuso.
(Tale ambito attiene alla riparazione del danno determinato dall'esperienza traumatica e al recupero della adeguata funzionalità psichica, relazionale e sociale del minore vittima);
– definizione di buone prassi operative condivise per la pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari e per la presa in carico dei minori vittime o a rischio di maltrattamento e/o abuso.
(Tale ambito attiene al sostegno, alla cura e alla riparazione dei legami affettivi e della competenza genitoriale degli adulti di riferimento protettivi dei minori vittime o a rischio di maltrattamento e/o abuso);
– individuazione, per i compiti che attengono ai punti sopra esposti, di specifiche équipe specializzate distrettuali o sovradistrettuali, integrate e multidisciplinari;
(Tale ambito attiene alla necessità che gli interventi vengano progettati da operatori con una specifica competenza professionale e di formazione e alla necessità che gli interventi sopra esposti vengano strutturati e definiti in una logica di lavoro integrato e condiviso che possa sostenere e articolare le azioni dei singoli operatori);

[3] Ferenczi, S. "La confusione delle lingue tra adulti e bambini" in Opere, Volume 4, Cortina, Milano 2002.
[4] Caretti V. e Craparo G. "Trauma e psicopatologia", Astrolabio 2008 Roma.
[5] Istituito con D.D.S. 20 febbraio 2011, n. 320.
[6] Decreto Presidenziale 18 luglio 2011 (GURS 29 luglio 2011, n. 32, s.o.).

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S. NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

– definizione di aree specifiche dell'intervento sanitario rispetto ai percorsi giudiziari così da armonizzare/sintonizzare i punti di contatto con le linee di confine.
(Tale ambito attiene alla necessità che il minore venga messo in protezione durante tutto il percorso giudiziario e che tra questo e l'intervento sanitario vi sia continuità, uniformità e coerenza);
– definizione di aree di integrazione tra i percorsi sociosanitari e le azioni di tutela svolte dai servizi sociali dei comuni.
(Tale ambito attiene alla necessità che il recupero del minore avvenga secondo una prospettiva di lavoro che presupponga interventi di rete coordinati con le altre istituzione coinvolte nel recupero del minore.);
– introduzione di protocolli operativi tra il servizio sanitario regionale e le altre istituzioni coinvolte nell'attività di tutela e presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza (autorità giudiziarie ed enti locali);
– previsione, nei piani formativi annuali delle aziende, di specifiche azioni di aggiornamento professionale destinate agli operatori sanitari che, nell'esercizio della loro attività, ed in particolare quella rivolta ai minori ed alle loro famiglie, hanno l'obbligo di operare azioni di tutela.

Fasi dell'intervento

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

- Protezione
- Segnalazione
- Denuncia
- Valutazione
- Terapia

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

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

- **Protezione**

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

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

Nelle situazioni in cui la denuncia rende necessario un intervento amministrativo e/o giudiziario di allontanamento del minore dal suo contesto familiare si farà riferimento all'unico documento specifico ed esaustivo sulla tematica, in atto condiviso: le *"Linee guida per la regolazione dei processi di sostegno e allontanamento del minore"* del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali (Allegato 1[8]).

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

Al minore vittima deve essere assicurata un'assistenza specializzata[9] che lo accompagni e lo sostenga anche nei momenti di ascolto e che abbia con lo stesso una interazione significativa.

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

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

Le presenti Linee guida, alla luce degli indirizzi sopraesposti, raccomandano che l'attività di assistenza del minore all'interno del percorso giudiziario sia opportunamente concordata con il Magistrato e che tale attività venga svolta su designazione dell'équipe da un operatore significativo per il minore che operi nel servizio specialistico sanitario preposto alla sua presa in carico.

- **Segnalazione**

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

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

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

Se nell'esercizio delle proprie funzioni l'operatore sanitario che ha già in carico un minore per altra motivazione dovesse rendersi conto che il soggetto trattato esprima segnali/sintomi di malessere che possano ricondursi all'ipotesi che il minore stia sperimentando esperienze sfavorevoli tali da inficiare le sue potenzialità di sviluppo, l'operatore dovrà procedere effettuando un approfondimento mirato alla corretta significazione dei segnali stessi, anche ascoltando il minore sul suo presunto stato di malessere e sulle possibili condizioni che lo hanno determinato e procedere dunque ad una segnalazione alla magistratura minorile o, se dovesse emergere una notizia di reato, alla denuncia alla magistratura ordinaria.

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

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

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

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

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

Le presenti Linee guida definiscono e adottano il modello unico di segnalazione (Allegato 2[10]) da utilizzare a cura degli operatori sanitari della Regione.

[7] Ente preposto alla procedura di allontanamento ai sensi dell'art. 403 c.c.;
"Gli interventi di cura, psicologici ed educativi, non possono essere né rinviati né subordinati in relazione ai tempi del processo penale…"; (Pedrocco B. – Talevi, (2011) cit., pag. 50).
[8] Vedi allegato 1.
[9] Con specifica competenza nel lavoro con soggetti in età evolutiva.
[10] Vedi allegato 2.

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S. NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

• **Denuncia**

Nell'esercizio delle proprie funzioni ogni operatore sanitario che viene a conoscenza di una situazione in cui il comportamento di un adulto si configuri come reato procedibile d'ufficio[11] la cui presunta vittima è un minore, sia esso preso in carico al servizio, sia esso proposto a consultazione da altro soggetto o ente istituzionale, l'operatore effettuerà una denuncia alla Magistratura ordinaria, nonché segnalerà la situazione alla Magistratura minorile per i necessari provvedimenti di tutela.

Se nell'esercizio delle proprie funzioni un operatore sanitario[12] che ha già in carico un minore per altra motivazione dovesse rendersi conto che il soggetto trattato esprima segnali/sintomi e che possano indicare concretamente una situazione di vittimizzazione o possibili contenuti dichiarativi espressi dallo stesso o da altri soggetti relativi a presunte esperienze di vittimizzazione e tali da configurarsi come reato procedibile d'ufficio dovrà effettuare una denuncia alla Magistratura ordinaria, nonché segnalare alla Magistratura minorile per i necessari provvedimenti di tutela.[13]

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

Le presenti Linee guida, in sintonia con i vigenti indirizzi normativi, ricordano che:
- l'omissione o il ritardo della denuncia di un fatto di reato perseguibile d'ufficio espone l'operatore ad un reato (art. 62 c.p.);
- la denuncia deve contenere informazioni analitiche e riferire gli elementi che sono stati raccolti sulla notizia descrivendo il fatto sia se appreso direttamente o *de relato*, tramite terzi, ed eventuali segni oggettivi ad esso connessi;
- nel caso in cui la notizia di reato viene appresa *de relato* l'operatore sanitario non potrà astenersi dall'obbligo di denuncia poiché invitare alla denuncia il latore della notizia non esime dall'obbligo e dalle responsabilità penali e civili ad esso connesse;
- la conoscenza di un fatto che se è vero costituisce reato non implica né la certezza che il reato è stato commesso né il semplice sospetto soggettivo, l'effetto della denuncia è quello di avviare il procedimento penale di accertamento della responsabilità dell'autore del reato;
- la denuncia non attiene alla rilevazione dei semplici elementi di pregiudizio, situazione questa in cui è dovuta la segnalazione, ma la conoscenza di fatti diretta o indiretta concretamente configurabili come notizia di reato.

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

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

Le presenti Linee guida adottano il modello unico di denuncia (Allegato 3[14]) da utilizzare a cura degli operatori sanitari della Regione.

• **Valutazione**

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

La valutazione del minore vittima o a rischio di maltrattamento e/o abuso effettuata dagli operatori sanitari non può, quindi, essere finalizzata all'accertamento della competenza testimoniale del minore stesso e della sua credibilità in relazione ai fatti traumatici emersi.

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

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

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

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

In questo ambito appare utile riferirsi alle peculiarità della valutazione psicologica,[15] elemento questo, che richiama alla specificità della formazione degli operatori, alla necessità che ciascun operatore venga costantemente supportato all'interno di un lavoro d'équipe, all'ambito eminentemente clinico della valutazione.

---

[11] Con riferimento agli strumenti di repressione dei reati sessuali commessi ai danni dei minori, occorre specificare che il reato è procedibile d'ufficio nei casi:
1. violenza di gruppo;
2. reati sessuali posti in essere contestualmente al reato di lesioni;
3. corruzione di minorenni;
4. se il fatto è connesso con altro reato per il quale si procede d'ufficio;
5. atti sessuali commessi con persona minore di anni 10;
6. violenza sessuale compiuta ai danni di persona minore di anni 14;
7. reati sessuali commessi da genitori o conviventi;
8. reati sessuali compiuti da pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni;

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

I reati sessuali sono invece procedibili a querela della persona offesa nei casi di:
1. atti sessuali con persone maggiori di anni 10 e minori di anni 14 se non commessi dal genitore o convivente;
2. atti sessuali compiuti abusando di condizioni di superiorità fisica e psichica;
3. violenze sessuali su maggiori di anni 14;

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

Linee guida per il riordino e l'orientamento dei servizi dedicati alla tutela dei minori vittime di violenza. Delibera Giunta Regione Lombardia n. 7/20100 del 23.12.2004

[12] La definizione di Pubblico Ufficiale o di incaricato di pubblico servizio è discussa in dottrina e giurisprudenza.
L'orientamento che si ritiene di preferire è quello che individua nella natura della funzione svolta l'elemento che qualifica il soggetto.
Tra gli incaricati di pubblico servizio devono, pertanto, essere ricompresi gli assistenti sociali, gli insegnanti e gli operatori di comunità, come soggetti che svolgono una funzione delegata dall'ente pubblico tutore o affidatario. Nel caso di omissione di denuncia, si incorre nelle sanzioni penali previste dall'art. 362 c.p.
(Linee guida per il riordino e l'orientamento dei servizi dedicati alla tutela dei minori vittime di violenza – Delibera Giunta Regione Lombardia n. 7/20100 del 23/12/2004)

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

[14] Vedi allegato 3.

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

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S. NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

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

1) **La valutazione delle condizioni del bambino** centrata sullo studio delle modalità di funzionamento psichico espresse dallo stesso, ponendo particolare attenzione agli elementi indotti dall'esperienza di vittimizzazione;
2) **La valutazione del contesto affettivo di riferimento** con particolare riguardo alla valutazione dei legami affettivi;
3) **La valutazione sociale del contesto familiare** con particolare riguardo alla rilevazione delle risorse presenti sia nella famiglia allargata che sul territorio;
4) **La valutazione delle singole aree** si articola secondo una prospettiva trasversale longitudinale e prognostica.

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

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

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

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

Il presente documento individua, per il percorso di valutazione, un tempo non superiore ai sei mesi. Infatti, seppure il processo di valutazione va inteso in una prospettiva dinamica e non può, quindi non embricarsi con momenti di trasformazione dei soggetti valutati, esso deve articolarsi in un tempo definito, in considerazione delle valutazioni prognostiche e nel superiore interesse del bambino vittima; ovvero, non è possibile che il percorso di valutazione si dilati fino a vincolare le scelte di tutela del minore.

– Area tematica 1: Valutazione del minore

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

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

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

- dello stile funzionale globale del bambino con valutazioni specifiche rispetto alle varie aree di funzionamento - cognitivo, emotivo/relazionale, linguistico comunicativo espresso dallo stesso;
- della strutturazione di personalità e qualità dell'organizzazione del Sé pre-esistente all'evento traumatico o allo stato di maltrattamento cui è stato sottoposto. Ciò anche in considerazione della durata della presunta esperienza negativa esperita e dell'attacco all'autostima e alla coesione del Sé sperimentata;
- della capacità del bambino di costruire legami affettivi e/o di riparare legami preesistenti;
- dall'analisi del mondo interno del bambino con particolare attenzione alla rilevazione nel suo stile funzionale di: meccanismi di difesa psichica (scissione, negazione, frammentazione del pensiero) o a particolari assetti adattativi; vissuti traumatogeni (impotenza, stigmatizzazione, sessualizzazione traumatica, tradimento)[16] o di maltrattamento/abbandono; segni di attivazione post-traumatica (attivazione sintomatologica in relazione ad elementi assonanti con il contenuto del trauma). Tratti di confusività affettiva con la figura del presunto abusante (relazione di *emprise*)[17] ed eventuali distorsioni nella significazione delle esperienze affettive e relazionali;
- dall'analisi di eventuali sintomi espressi dal bambino;
- dall'analisi di eventuali collegamenti tra gli elementi espressi ed eventuali esperienze traumatiche e/o sfavorevoli;
- dall'analisi di eventuali fattori prognostici sulla recuperabilità di una integrità psichica relazionale e sociale.

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

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

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

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

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

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

Tale valutazione è multi professionale/multidimensionale[18] con aspetti di elevata integrazione tra le azioni di più figure professionali e spesso anche tra più di un servizio sanitario.

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

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

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

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

Quanto sopra espresso fa preciso riferimento alle linee guida del CISMAI[19] (Allegato 4[20]) sulla valutazione della competenza genitoriale a cui si rimanda per completezza.

Malacrea M., **Lorenzini S.**, Bambini abusati, linee guida nel dibattito internazionale, ed. Raffaello Cortina, Milano, 2002
Nel processo di valutazione del minore da parte dell'operatore si attiva un campo relazionale, all'interno del quale ciò che scaturisce dalla loro interazione psichica può costruire oggetto di osservazione e segno utile per comprendere e decifrare.
L'espressione dell'emotività, che pure può generare elementi interferenti nella ricerca dell'oggettività, non è eliminabile semplicemente attraverso l'acquisizione di una idealizzata posizione di "distanza emotiva", appare, invece, necessario un continuo lavoro di elaborazione/consapevolizzazione degli elementi emotivi propri e dell'altro, poiché, solo attraverso la loro trasformazione in pensieri, risulta possibile limitare al minimo il loro effetto perturbativo –
Vitrano F. "Il ruolo del Consulente tecnico tra la centralità del bambino e le esigenze del percorso giudiziario" Minori e Giustizia 3/2009

[16] D. Finkelhor, A. Browne *"The traumatic impact of child sexual abuse", American Journal of Orthopsychiatry,* 55(4), 1985, pp.530-541-

[17] Relazione di emprise Perrone e Nannini

[18] Valutazione sociale, psicologica, neuropsichiatrica.

[19] "Linee guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori" CISMAI.

[20] Vedi allegato 4.

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S. PER LA CONSULTAZIONE

Ogni valutazione dovrà riferirsi a fattori prognostici definiti attivando, qualora i legami affettivi appaiono non tutelanti o non adeguatamente strutturati – situazioni di prognosi negative -, ipotesi di lavoro alternative che consentano al minore la costruzione di legami affettivi continui, duraturi e stabili all'interno e/o al di fuori del contesto di origine.

– Area tematica 3: Valutazione del contesto sociale

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

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

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

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

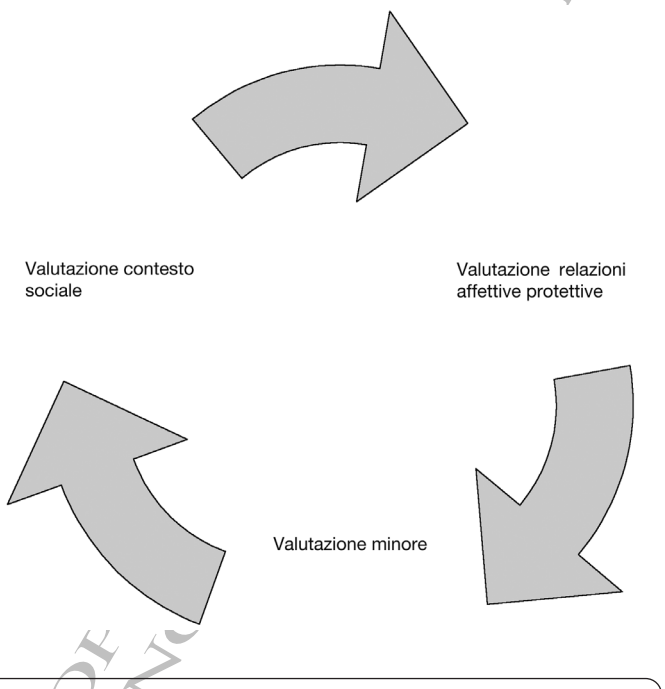
– Area tematica 4: Valutazione longitudinale e prospettica

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

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

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

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



Prospettiva dinamica, longitudinale e prognostica

• **Terapia**

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

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

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

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

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

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

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

Il trattamento di cura deve prevedere:

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

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

Tale percorso si realizza attraverso:

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

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

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

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

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

Tale percorso si realizza attraverso la possibilità di:

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

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

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

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

GURS GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA S.p.A.

IL SISTEMA DEI SERVIZI

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

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

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

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

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

La formazione, quindi, che dovrà sempre intendersi in una estrinsecazione multiprofessionale e multimodale, dovrà attenere alla formazione specialistica professionale e ad un ambito più ampio e trasversale che tiene conto della conoscenza dei contesti, delle risorse, degli ambiti legislativi, delle procedure operative.

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

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

A tal fine è necessario che gli operatori sanitari:

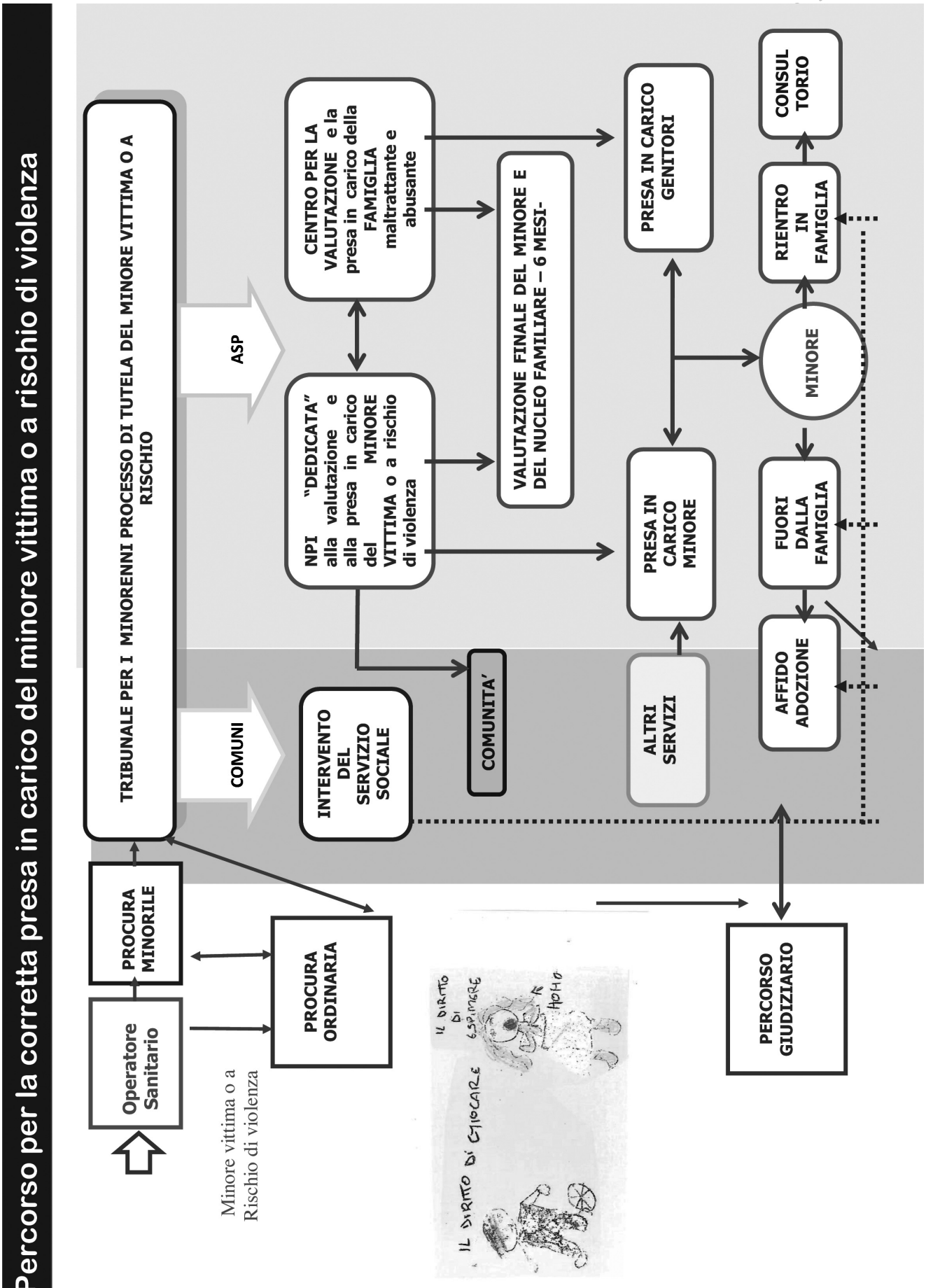
a) mantengano la loro identità professionale e la chiarezza del proprio ruolo, soprattutto nei confronti del minore;
b) garantiscano la circolarità della pertinente comunicazione, pur nel rispetto del segreto istruttorio;
c) sintonizzino le fasi e i tempi del percorso terapeutico con le fasi e i tempi del percorso giudiziario e di tutela, poiché la presa in carico terapeutica è parte fondante rispetto al "processo riparativo", e altrettanto essenziale rispetto agli interventi giudiziari e di tutela, che da soli però non garantiscono un pieno recupero psichico e sociale della vittima;
d) stabiliscano una linea di confine tra le esigenze processuali e quelle di tutela del bambino;
e) individuino prassi operative condivise dell'intero percorso costruite su un pensiero che le definisca e le contenga e che abbia la capacità di considerare non solo gli aspetti più immediati dell'intervento, ma in una logica più sistemica, gli effetti che l'intero percorso operativo determina sincronicamente su tutti i soggetti coinvolti nell'intervento;
f) considerino in una prospettiva diacronica, gli effetti dell'intervento sul divenire della costruzione dei legami e sullo sviluppo psichico del bambino;
g) definiscano prassi operative condivise che evitino il rischio di procedere su una linea di confine in cui la tensione sia rivolta più alla tutela del percorso giudiziario o alla posizione degli operatori piuttosto che alla centralità del bambino stesso.

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

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

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

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE GURS
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE


Percorso per la corretta presa in carico del minore vittima o a rischio di violenza
Minore vittima o a Rischio di violenza
Operatore Sanitario
PROCURA MINORILE
PROCURA ORDINARIA
TRIBUNALE PER I MINORENNI PROCESSO DI TUTELA DEL MINORE VITTIMA O A RISCHIO
ASP
COMUNI
INTERVENTO DEL SERVIZIO SOCIALE
COMUNITA'
CENTRO PER LA VALUTAZIONE e la presa in carico della FAMIGLIA maltrattante e abusante
NPI "DEDICATA" alla valutazione e alla presa in carico del MINORE VITTIMA o a rischio di violenza
VALUTAZIONE FINALE DEL MINORE E DEL NUCLEO FAMILIARE – 6 MESI-
PRESA IN CARICO GENITORI
PRESA IN CARICO MINORE
ALTRI SERVIZI
MINORE
RIENTRO IN FAMIGLIA
CONSUL TORIO
FUORI DALLA FAMIGLIA
AFFIDO ADOZIONE
PERCORSO GIUDIZIARIO
IL DIRITTO DI GIOCARE
IL DIRITTO DI ESPRIMERE

• **MODELLO ORGANIZZATIVO E FUNZIONE DEI SERVIZI SANITARI COINVOLTI**

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

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

I servizi preposti alla valutazione e cura sono:

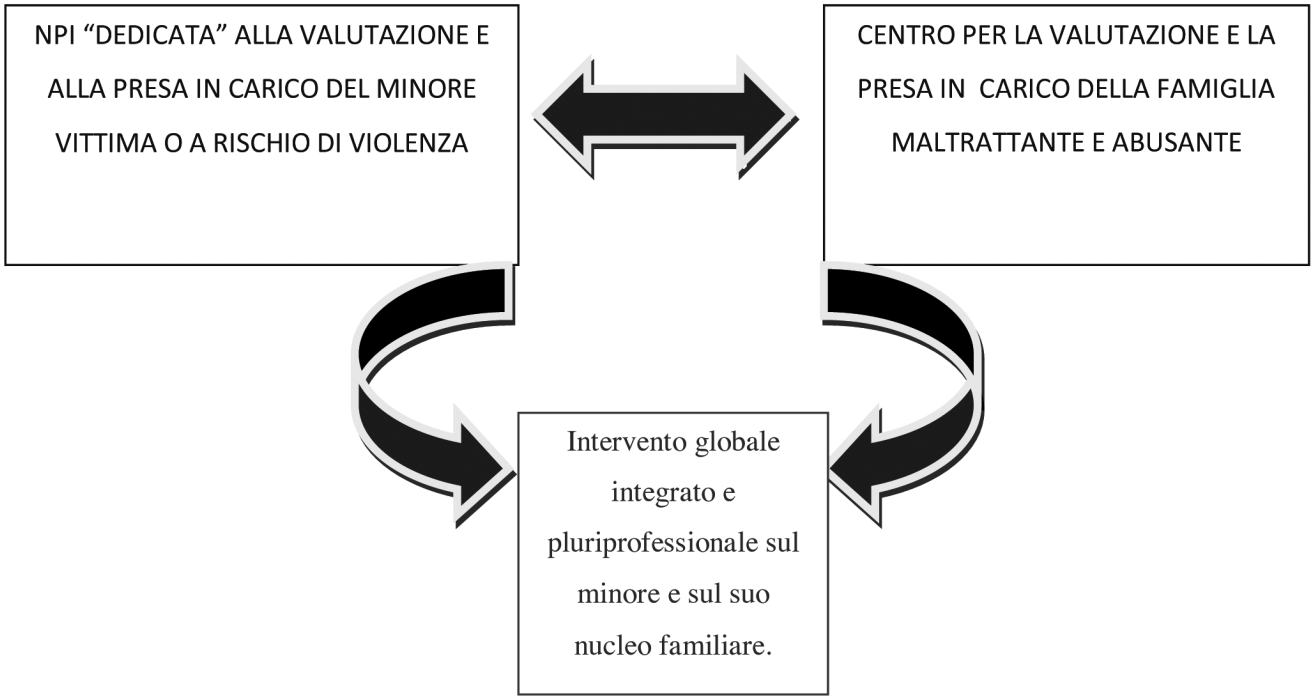
- Centri di secondo livello, équipe distrettuali o sovra distrettuali integrate e multidisciplinari preposte e organizzate per la valutazione e il trattamento psicologico e sociale per i casi di maltrattamento e abuso.
- Unità operative di neuropsichiatria infantile.
- Unità operative di psicologia.
- Unità operative di Servizio sociale professionale delle aziende sanitarie.

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

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

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

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



Azioni di sistema a supporto degli interventi

• **Conduzione regionale di sistema**

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

Tra i compiti del coordinamento è prevista la promozione di possibili protocolli di intesa tra i Servizi sanitari, gli Enti locali, l'Istituzione scolastica, la Magistratura minorile, la Magistratura ordinaria e gli altri soggetti che a vario titolo possono realizzare interventi su minori vittime o a rischio di abuso e maltrattamento al fine di condividere i tempi degli interventi e i modelli e definire l'individuazione di nuove scelte operative finalizzate a realizzare nuove esigenze tecniche, di servizi, di approcci nonché nuovi modelli di intervento di tutela degli operatori, cosicché il sistema previsto dal presente documento assuma una progressione in divenire tale da costruire nuovi modelli di efficacia in maniera sintonica con le esigenze progressivamente rilevate.

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

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

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

• **Interventi di prevenzione**

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

– prevenzione primaria in ambito di educazione alla salute, alla genitorialità, alla sessualità, alla manutenzione degli affetti,

alla educazione emotiva e al rispetto di sé e dell'altro (in collaborazione con i consultori familiari);
– prevenzione secondaria attraverso progetti e interventi utili a far emergere le situazioni di abuso maltrattamento e trascuratezza ai minori e più in generale ogni altra esperienza sfavorevole infantile;
– prevenzione terziaria attraverso interventi di presa in carico per la cura del bambino vittima di violenza e dei suoi legami protettivi per evitare l'evoluzione in possibili sequele psicopatologiche.

• **Interventi formativi (formazione-informazione)**

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

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

Questo documento prevede, quindi, una formazione permanente, interattiva, in divenire sui bisogni espressi dagli operatori e sostenuta da percorsi di supervisione nonché da una puntuale, corrente documentazione di merito.

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

• **Monitoraggio delle azioni delle prassi dei protocolli**

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

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

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

Allegato 1

LINEE GUIDA PER LA REGOLAZIONE DEI PROCESSI DI SOSTEGNO E ALLONTANAMENTO DEL MINORE

Il fenomeno dell'allontanamento forzato di bambini/e e ragazzi/e dal proprio nucleo familiare investe in maniera articolata e differente diversi attori sociali.

Per i servizi sociali e sociosanitari impegnati a riconoscere e prevenire situazioni di rischio per i minori e a sostenere le famiglie in difficoltà, l'allontanamento di bambini/e e ragazzi/e dai loro nuclei familiari costituisce un segmento residuale dei processi e delle attività poste in essere.

L'obiettivo prioritario degli Enti Locali e dei sevizi territoriali, infatti, deve essere quello di prevenire gli allontanamenti di minori dalle proprie famiglie. Laddove non sia possibile evitare l'allontanamento, l'obiettivo degli interventi è rappresentato dal recupero della capacità genitoriale della famiglia di origine e dalla rimozione delle cause che impediscono l'esercizio della sua funzione educativa e di cura. Il fine è garantire il rientro del minore in famiglia, in tempi il più possibile brevi, nel rispetto del principio di continuità dei rapporti familiari/parentali.

È necessario potenziare il sostegno alle famiglie non solo in funzione preventiva rispetto agli interventi più traumatici, ma anche, successivamente, per consentire una comprensione delle ragioni del provvedimento e una possibile crescita e recupero delle risorse interne al nucleo familiare.

In caso di allontanamento, va sempre perseguito un intervento che tenga in considerazione il rispetto delle persone, l'informazione dei soggetti coinvolti, la ricerca delle modalità più opportune per l'esecuzione del provvedimento e la necessaria tempestività, in relazione sia alla sua efficacia sia all'esigenza di ridurre quanto più possibile il trauma che il minore ed i suoi familiari ne possano riportare.

Il lavoro di prevenzione e di sostegno alle situazioni di fragilità delle famiglie e delle coppie richiede l'attivazione di servizi competenti all'ascolto dei bisogni e alla prevenzione dei conflitti, di tutoraggio sociale, di educativa familiare e di mediazione familiare. In particolare, occorre prevedere specifiche forme di accompagnamento per le famiglie e i minori di diversa cultura.

Nell'organizzazione dei Servizi Sociali è necessario prevedere la presenza di profili professionali che si occupino con competenze specifiche di famiglie e minori, con un impegno complessivo di lavoro che renda possibile l'affiancamento delle famiglie in difficoltà, in una logica di prevenzione e di rimozione degli ostacoli, favorendo e programmando attività e progetti mirati all'integrazione sociosanitaria.

Gli Enti Locali e le Regioni debbono assicurare risorse finanziarie e di personale al fine di garantire la presenza, nei servizi alla persona, di un adeguato numero di professionisti a cui assicurare formazione continua, specializzazione e supervisione professionale. E' particolarmente importante che, al fine di una efficace e continuativa attività di supporto ai bambini ed alle famiglie, i professionisti siano stabilmente impiegati nel settore.

Il minore di cui i genitori non possono occuparsi, ha diritto ad avere accanto a sé una figura sostitutiva, quale il tutore, che lo rappresenti e che soprattutto se ne prenda cura.

Tutori e curatori speciali possono trasformarsi da presenze solo formali a figure che curano e accompagnano il minore, pertanto la personalizzazione della loro scelta appare quanto mai indispensabile.

È opportuno, da parte dei diversi soggetti istituzionali coinvolti in questo processo, valorizzare il contributo e l'apporto delle associazioni di famiglie per la loro funzione di advocacy, studiando anche modalità di interlocuzione di tali soggetti nel procedimento, compatibili con il sistema processuale.

La necessaria sinergia tra servizi sociali, sociosanitari, avvocatura e magistratura deve mirare, in piena condivisione, ad un incremento del sistema di tutela dei minori, partendo dalla famiglia, con obiettivi comuni e strategie condivise. A tal fine è opportuno promuovere percorsi di formazione integrati.

È importante prevedere iniziative rivolte ai mezzi di informazione per far conoscere i principi, gli obiettivi, gli strumenti e le attività posti in essere dalle istituzioni a favore delle famiglie e dei minori. Un'informazione scorretta ed i processi di denigrazione che ne derivano verso i servizi sociali, sanitari e la magistratura, infatti, finiscono per ledere i diritti e le opportunità proprio delle persone e delle famiglie in difficoltà. Il senso di diffidenza che ne deriva rischia di ostacolare percorsi di orientamento e di sostegno.

Si elencano, di seguito, alcuni elementi da tenere in considerazione in caso di allontanamento:

1. Il ricorso all'art. 403 del Codice Civile – di competenza dell'autorità di pubblica sicurezza o amministrativa – deve avvenire solo quando sia esclusa la possibilità di altre soluzioni e sia accertata la condizione di assoluta urgenza e di grave rischio per il minore, che richieda un intervento immediato di protezione. Dell'allontanamento deve darsi tempestiva comunicazione alla competente Procura Minorile per le iniziative del caso.

2. La segnalazione di grave pregiudizio per i minori da parte dei servizi sociali e sociosanitari alla Procura Minorile (o al Tribunale per i Minorenni nel caso in cui vi sia un procedimento già pendente), deve avvenire, per quanto possibile, in maniera circostanziata e deve essere immediatamente seguita da una indagine accurata della situazione.

Occorre che nella relazione siano esposti in maniera distinta gli elementi descrittivi da quelli valutativi e siano indicati gli interventi che sono stati posti in essere, ove possibile, per evitare l'allontanamento.

3. I servizi sociali e sanitari devono condividere ed elaborare, in maniera congiunta con la Magistratura minorile o ordinaria, una procedura che presupponga una fase di preparazione e di proseguimento dell'evento.

4. È importante, anche quando l'intervento sia stato attuato in via di urgenza per esigenze di protezione del minore da pregiudizi subiti in famiglia, favorire la comprensione degli obiettivi e degli interventi posti in essere. Nel caso in cui si debba procedere senza che i genitori siano presenti, va dato loro tempestivo avviso, da parte dei servizi competenti, dell'allontanamento e delle ragioni che lo hanno determinato.

L'informazione deve comprendere anche il diritto di avvalersi di un difensore e di chiedere all'Autorità Giudiziaria la revoca o la modifica del provvedimento.

5. Il provvedimento di allontanamento del minore deve contenere elementi di elasticità al fine di poterlo adattare alla situazione contingente. È utile che l'autorità giudiziaria dia eventualmente disposizioni più adeguate ove dovessero sorgere rilevanti difficoltà nell'esecuzione del provvedimento.

6. L'allontanamento non può essere considerato un momento a sé ma parte di un percorso di cui è solo un tassello, con la conseguente necessità di formulare in concreto un progetto più ampio nel quale il provvedimento si inserisce.

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S. CONSULTABILE PER LA CONSULTAZIONE

7. Il provvedimento della Magistratura deve prevedere l'affidamento dell'incarico di allontanamento all'Ente e non al singolo professionista.

8. È opportuno acquisire, ove possibile, il consenso o quanto meno la non opposizione all'esecuzione da parte degli interessati, anche collaborando con i difensori. È importante in ogni caso facilitare la comprensione delle ragioni del provvedimento.

9. Gli operatori che materialmente eseguono il provvedimento di allontanamento devono essere specializzati. E' necessario prevedere una equipe stabile multi-professionale per accompagnare l'evento di allontanamento, possibilmente composta da professionisti diversi da quelli che hanno in carico il minore e la famiglia. Il rapporto professionale con gli operatori che seguono la famiglia deve essere, infatti, salvaguardato per non interrompere il rapporto fiduciario.

10. Le equipe multidisciplinari vanno coinvolte per il sostegno e l'accompagnamento, anche nel caso in cui un minore sia rintracciato dalle forze dell'ordine su disposizione dell'Autorità Giudiziaria ai fini del suo inserimento in comunità.

11. Si consiglia di evitare quanto più possibile l'utilizzo della Forza Pubblica durante le procedure di allontanamento. L'utilizzo della Forza pubblica, nei casi in cui si renda necessario, non deve avvenire in uniforme e devono essere scelti modi e luoghi che rendano l'evento il meno traumatico possibile per il minore e per i suoi familiari.

12. Ogni situazione va studiata e progettata tenendo conto della sua unicità e specificità.

13. Particolare attenzione va dedicata all'ascolto del minore e ai luoghi e ai modi in cui esso avviene, incentivando la creazione di spazi neutri per gli incontri protetti. E' importante spiegare, tenendo conto dell'età e della capacità di comprensione, la situazione, le ragioni del provvedimento e il suo significato. È importante ascoltare i vissuti, i sentimenti, i problemi, e le aspettative del minore, accoglierlo in un luogo idoneo e considerare per quanto sia possibile i suoi desideri.

14. L'affidamento del minore in strutture di accoglienza, di tipologia adeguata all'età e alle caratteristiche del minore, deve essere strettamente limitato al periodo necessario all'elaborazione di un progetto di rientro nel nucleo familiare e, qualora questo non sia possibile, di affido intra o extra familiare o di adozione.

15. Le strutture/famiglie che accolgono devono conoscere la situazione del minore e la motivazione del provvedimento, condividere le modalità di rapporto con i familiari, rispettare le prescrizioni collaborare al progetto socio-educativo per il minore impostato dai servizi sociali e secondo le disposizioni dell'autorità giudiziaria, offrire l'ascolto attento e curare l'accompagnamento del rientro in famiglia originaria o in affidamento familiare. Il lavoro di rete deve essere costante, così come costante e incisivo deve essere l'esercizio del potere di vigilanza del Pubblico ministero minorile sulle strutture comunitarie.

16. Appare particolarmente importante che le decisioni dell'Autorità Giudiziaria sui reclami proposti avverso i provvedimenti di allontanamento siano adottate in tempo sufficientemente breve.

17. È necessario promuovere protocolli operativi e percorsi di formazione congiunti per magistrati minorili, operatori sociali e forze dell'ordine.

- Piero Guido Alpa, Presidente del Consiglio Nazionale Forense
- Lamberto Baccini, Associazione Nazionale Comuni Italiani
- Simonetta Cavalli, Consigliere Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali
- Franca Dente, Presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali
- Milena Falaschi, VI Commissione del Consiglio superiore della Magistratura
- Carla Guidi, Consiglio Nazionale Forense
- Concetta La Placa, Ministero del Lavoro e Politiche sociali
- Isabella Mastropasqua, Consigliere Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali
- Francesco Micela, Vicepresidente dell'Associazione Italiana Magistrati per i Minorenni e per la Famiglia
- Valeria Montaruli, Commissione Minori dell'Associazione Nazionale Magistrati
- Silvana Mordeglia, Consigliere Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali
- Fabio Roia, Consigliere del Consiglio Superiore della Magistratura
- Valeria Rosetti, Sostituto Procuratore presso il Tribunale per i Minorenni di Napoli
- Raoul Russo, Responsabile Welfare e Politiche Sociali dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani
- Raffaele Tangorra, Direttore generale dell'Inclusione sociale del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali

Allegati

SINTESI METODOLOGICA

Per rendere meno traumatica l'esecuzione per il minore e per i familiari, gli interventi devono articolarsi su più livelli:

1. Con i familiari: informare correttamente, far comprendere le motivazioni del provvedimento; aiutare a individuare la modalità più adeguata di realizzazione nell'interesse del minore, evitandogli un trauma maggiore;

sostenere con azioni di aiuto e non di mero controllo. Promuovere preventivamente condizioni di adeguata collaborazione significa spesso evitare un'esecuzione coatta e traumatica.

2. Con il minore, tenendo conto dell'età e della sua capacità di comprensione: spiegare la situazione che sta vivendo, le ragioni del provvedimento e il suo significato; ascoltare i suoi vissuti e sentimenti, i suoi problemi e le sue aspettative; accogliere in un luogo idoneo e considerare per quanto sia possibile i suoi desideri.

3. Con chi eseguirà il provvedimento e/o con i servizi: raccogliere e valorizzare la conoscenza del caso, della situazione contestuale più generale e degli interventi effettuati con i familiari e il minore quali indicazioni utili da fornire a chi effettuerà l'allontanamento vero e proprio. Ciò permetterà di individuare le modalità, i tempi e i luoghi esplicitando le ragioni di una presenza del professionista che ha in carico il caso o meno e della necessità di un supporto indiretto.

4. Con le strutture/famiglie che accolgono: conoscenza della situazione del minore e della motivazione del provvedimento;

la condivisione di modalità di rapporto con i familiari, la condivisione del rispetto delle prescrizioni, la condivisione di progetto educativo e di vita per il minore, l'ascolto attento, l'accompagnamento del rientro in famiglia originaria o in affidamento familiare.

SINTETICHE INDICAZIONI OPERATIVE/ORGANIZZATIVE

Al fine di rendere più efficaci gli interventi e più efficienti i servizi è indispensabile tener presente alcuni suggerimenti organizzativi, e prevedere:

- servizi dedicati, accoglienti e competenti per i minori e le loro famiglie;
- professionisti stabili e con adeguato carico di lavoro in grado di stabilire una relazione significativa e duratura con i soggetti coinvolti;
- equipe specializzata per situazioni di abbandono e di abuso, per provvedimenti di allontanamento e per riabilitazione e recupero di famiglie e di minori a rischio;
- uffici tutela, composti da tutori e curatori speciali separati da altre figure professionali che hanno altre funzioni.

Per le funzioni di tutela e di curatela possono essere utilizzati i volontari opportunamente formati;

- stabile apporto di sostegno formativo e di supervisione rivolto ai professionisti impegnati nel settore;
- stabile e significativo rapporto di collaborazione tra uffici giudiziari e servizi sociali.

SINTETICHE INDICAZIONI PROCEDURALI

Nel rispetto dei contenuti delle dichiarazioni, convenzioni e raccomandazioni internazionali e di quanto introdotto dall'Art. 111 della Costituzione sul giusto processo è opportuno adeguare le procedure sulla base di alcuni principi:

- obbligo di procedere sollecitamente;
- obbligo di fornire al minore di età tutte le informazioni pertinenti sui fatti rilevanti del procedimento che lo riguardano e sulle possibili conseguenze;
- la consultazione e l'ascolto del soggetto minore di età in ogni procedimento che lo riguarda;
- la possibilità che in caso di conflitto di interessi fra il minore e i genitori che lo rappresentano la nomina di un curatore speciale;
- l'utilizzo della disciplina di nomina di un difensore del minore distinto da quelli dei genitori nel caso in cui il conflitto di interessi con i genitori lo imponga;
- un adeguato accompagnamento del minore a ogni processo che lo riguarda da parte di figure professionali di aiuto e assistenza;
- la ricerca del consenso del minore e della sua famiglia e dei loro rappresentanti prima di prendere una decisione;
- l'ascolto di entrambi i genitori in tutti i procedimenti che hanno per oggetto decisioni relativi ai figli minori.

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE G.U.R.S. CONSULTABILE PER LA CONSULTAZIONE

Allegato 2

(carta intestata dell'Azienda Sanitaria)

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

Luogo ..... Data .....

Destinatari:
Procura presso il Tribunale per i Minorenni
Tribunale per i Minorenni

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

nome .....

cognome .....

paternità ..... maternità .....

residenza .....

indirizzo: .....

RELAZIONE:

La segnalazione deve contenere almeno le seguenti informazioni:

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

Dati dell'operatore segnalante e del servizio di appartenenza:

nome e cognome .....

indirizzo .....

numero telefonico .....

firma .....

Allegato 3

(carta intestata dell'Azienda Sanitaria)

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

Luogo ..... Data .....

Destinatari:
Procura presso il Tribunale per i Minorenni
Tribunale per i Minorenni
Procura presso il Tribunale Ordinario

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

nome .....

cognome .....

paternità ..... maternità .....

residenza .....

indirizzo: .....

RELAZIONE:

La denuncia deve contenere almeno le seguenti informazioni:

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

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

nome e cognome .....

indirizzo .....

numero telefonico .....

firma .....

Allegato 4

CISMAI

COORDINAMENTO ITALIANO DEI SERVIZI
CONTRO IL MALTRATTAMENTO E L'ABUSO ALL'INFANZIA

LINEE-GUIDA PER LA VALUTAZIONE CLINICA
E L'ATTIVAZIONE DEL RECUPERO DELLA GENITORIALITÀ
NEL PERCORSO PSICOSOCIALE DI TUTELA DEI MINORI

Premessa

La definizione dei "criteri" relativi alla rilevazione delle competenze genitoriali ed alla possibilità di recupero delle medesime è riferita "a tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere" (Consultation on Child Abuse and Prevention dell'OMS 1999 e rapporto OMS del 2002).

Le linee-guida mettono in luce le aree di indagine risultate più efficaci per la valutazione delle possibilità di recupero delle competenze genitoriali a partire dal mandato prescrittivo fornito dall'autorità giudiziaria (tribunale per i minorenni e/o tribunale ordinario). Come affermato nel documento CISMAI " Requisiti minimi dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia" l'intervento "si differenzia da un lavoro peritale in quanto si configura come diagnosi dinamica e consiste nella valutazione della risposta agli input di cambiamento, necessaria alla formulazione di un parere prognostico". Il tempo previsto per lo svolgimento dell'intervento valutativo si situa orientativamente intorno ai 6 mesi.

In qualsiasi contesto l'obiettivo della protezione e della cura del minore, o comunque della salvaguardia dei suoi bisogni psicologici, è prioritario rispetto a qualsiasi altro obiettivo richiesto dalle circostanze, in accordo con le norme deontologiche.(cfr. Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia).

Si ritiene che la valutazione debba essere comprensiva degli aspetti psicologici, sociali, legali, economici e sanitari sia dei minori che della famiglia e debba essere costituita da un percorso che abbia aree, tempi e metodologie definite e specifiche e che preveda il lavoro integrato di figure professionali diverse (psicologi, assistenti sociali, educatori, medici).

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE G.U.R.S.
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

Le aree individuate possono essere affrontate tramite differenti percorsi e non sono da considerarsi rigidamente conseguenziali e separate tra loro.

Va considerato che la valutazione psicologica del recupero della genitorialità va sempre connessa agli elementi che via via emergono dall'indagine sociale e che il lavoro di valutazione è complementare alla psicodiagnosi sul minore.

La valutazione sulle possibilità di recupero della genitorialità parte dalle caratteristiche dei genitori reali, dalle immagini interne che il bambino porta di essi, dalla sua relazione con ciascuno di loro.

Poiché il presente documento ha concentrato la propria attenzione sulla dimensione psicologica della valutazione sulla genitorialità si ritiene necessario procedere ad una successiva elaborazione che ne integri gli aspetti sociali ed educativi.

AREA TEMATICA 1
DEFINIZIONE DEL CONTESTO VALUTATIVO

Finalità

Esplicitazione ai genitori e ai minori da parte dell'equipe multiprofessionale:

a) dell'obiettivo del recupero delle capacità genitoriali;
b) della proposta di un percorso valutativo;
c) circostanze e tempi in cui sono sorti i sospetti di inadeguatezza e sintomatologia presentata dal minore;
d) segnali raccolti dall'ambiente scolastico, dal medico, dal vicinato…;
e) del mandato dell'autorità giudiziaria dove esistente;
f) dei tempi e dei metodi utilizzati dal servizio per l'intervento di protezione e tutela.

Sono considerati indicatori della collaborazione dei genitori con gli operatori:

a) rispetto delle regole del setting;
b) partecipazione attiva agli incontri;
c) accoglimento delle indicazioni e delle prescrizioni fornite dagli operatori e dall'autorità giudiziaria.

Strumenti indicati: sedute familiari, sedute di coppia, sedute con i minori.

AREA TEMATICA 2
PROFILO ANAMNESTICO DELLA COPPIA

Finalità

1 - Ricostruzione della storia di coppia e delle relazioni con le famiglie di origine in ottica trigenerazionale.
2 - Ricostruzione della storia personale e individuazione dei patterns di attaccamento.

Sono considerati indicatori per il recupero delle competenze genitoriali in questa area:

a) caratteristiche disfunzionali della relazione di coppia;
b) presenza/assenza di legami irrisolti con le rispettive famiglie di origine;
c) congruenza/incongruenza nella ricostruzione della propria infanzia nel rapporto con i propri genitori;
d) riconoscimento e consapevolezza delle carenze subite e della propria sofferenza.

Strumenti indicati: colloqui psicologici clinici individuali e congiunti con i genitori e/o con i membri della famiglia di origine.

AREA TEMATICA 3
PROFILO DI PERSONALITÀ DEI GENITORI

Finalità

Individuare il profilo psicologico delle figure genitoriali fatto salvo quanto disposto dall'art. 220 c.p.p. (divieto di sottoporre ad indagine psicodiagnostica l'indagato se non in accordo con l'autorità giudiziaria).

Sono considerati **indicatori** per la valutazione delle competenze genitoriali in questa area:

a) capacità/incapacità di aderire alla realtà;
b) capacità/incapacità di controllo degli impulsi;
c) capacità/ incapacità di tollerare le frustrazioni;
d) capacità/incapacità di modulare la relazione affettiva.

Strumenti indicati: colloqui psicologici clinici, l'utilizzo di test proiettivi e test di rilevazione dei patterns di attaccamento, A.A.I. (adult attachement interview) formula breve.

AREA TEMATICA 4
RAPPORTO DEI GENITORI CON I FIGLI

Finalità

1 - Valutazione della storia della genitorialità.
2 - Valutazione del modo in cui l'organizzazione familiare si è strutturata nel tempo.
3 - Osservazione della qualità della relazione genitore/figlio.

Sono considerati **indicatori** per il recupero delle competenze genitoriali:

a) tipo di investimento attivato da ciascun genitore nei confronti del figlio;
b) caratteristiche dell'alleanza genitoriale stabilita dalla coppia;
c) presenza/assenza di riconoscimento dei bisogni psicologici e di accudimento del bambino;
d) presenza /assenza dei confini generazionali;
e) capacità/incapacità della coppia di mantenere i confini generazionali con i figli;
f) flessibilità/rigidità delle relazioni affettivo-educative nei confronti dei figli;
g) qualità dei legami nella fratria;
h) capacità di attenzione e ascolto del bambino;
i) capacità di contenimento emotivo;
j) capacità di mettere in parola sentimenti, emozioni, esperienze.

Strumenti indicati: colloqui psicologici con la coppia, con i singoli genitori, sedute con genitori e figli.

Osservazione della relazione genitori-bambino nelle sedute cliniche.

Integrazione di informazioni provenienti dai differenti contesti di vita.

AREA TEMATICA 5
INDICATORI PROGNOSTICI DI TRATTABILITÀ TERAPEUTICA

Finalità

Verifica della attivazione delle risorse genitoriali

Sono considerati indicatori di recupero di competenza genitoriale a valenza riparativa:

a) riduzione dei meccanismi difensivi di negazione;
b) comprensione e co-partecipazione alla sofferenza del figlio;
c) capacità di comprensione del danno arrecato al figlio attraverso la condivisione della rilettura dei significati individuali e relazionali dei comportamenti pregiudizievoli;
d) capacità di assumersi le proprie responsabilità e attivare comportamenti riparativi in funzione del cambiamento;
e) capacità iniziale di condividere un progetto d'intervento riparativo.

Strumenti indicati: colloqui di restituzione con le figure genitoriali e/o i figli.

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S.
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

La *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana è in vendita al pubblico:

AGRIGENTO - Edicola, rivendita tabacchi Alfano Giovanna - via Panoramica dei Templi, 31; Pusante Alfonso - via Dante, 70; Damont s.r.l. - via Panoramica dei Templi, 21;

ALCAMO - Arusio Maria Caterina - via Vittorio Veneto, 238; "Di Leo Business" s.r.l. - corso VI Aprile, 181; Libreria Pipitone Lorenzo - viale Europa, 61.

BAGHERIA - Carto - Aliotta di Aliotta Franc. Paolo - via Diego D'Amico, 30; Rivendita giornali Leone Salvatore - via Papa Giovanni XXIII (ang. via Consolare).

BARCELLONA POZZO DI GOTTO - Maimone Concetta - via Garibaldi, 307; Edicola "Scilipoti" di Stroscio Agostino - via Catania, 13.

BOLOGNA - Libr. giur. Edinform s.r.l. - via Irnerio, 12/5.

BORGETTO - Cartolibreria Brusca di Di Marco Teresa - via S. Agostino, 1.

CALTANISSETTA - Libreria Sciascia Salvatore s.a.s. - corso Umberto, 111.

CAPO D'ORLANDO - "L'Italiano" di Lo Presti Eva & C. s.a.s. - via Vittorio Veneto, 25.

CASTELVETRANO - Cartolibreria - Edicola Marotta & Calia s.n.c. - via Q. Sella, 106/108.

CATANIA - Essegici s.a.s. - via Francesco Riso, 56/60; Libreria La Paglia - via Etnea, 393/395; Cefat - piazza Roma, 18/15.

FAVARA - Costanza Maria - via IV Novembre, 61; Pecoraro di Piscopo Maria - via Vittorio Emanuele, 41.

GELA - Cartolibreria Eschilo di Rocco Trainito - corso Vittorio Emanuele, 421.

GIARRE - Libreria La Senorita di Giuseppa Emmi - via Trieste, 39.

LICATA - Edicola Santamaria Rosa - via Palma (ang. via Bramante).

MAZARA DEL VALLO - "F.lli Tudisco & C." s.a.s. di Tudisco Fabio e Vito Massimiliano - corso Vittorio Veneto, 150.

MENFI - Ditta Mistretta Vincenzo - via Inico, 188.

MESSINA - Rag. Colosi Nicolò di Restuccia & C. s.a.s. - via Centonze, 227, isolato 66.

MISILMERI - Ingrassia Maria Concetta - corso Vittorio Emanuele, 528.

MODICA - Baglieri Carmelo - corso Umberto I, 460; "Calysa" di Castorina G.na & C. - via Resistenza Partigiana, 180/E.

NARO - "Carpediem" di Celauro Gaetano - viale Europa, 3.

PALERMO - Edicola Romano Maurizio - via Empedocle Restivo, 107; "La Libreria del Tribunale" s.r.l. - piazza V. E. Orlando, 44/45; Edicola Badalamenti Rosa - piazza Castelforte, s.n.c. (Partanna Mondello); "La Bottega della Carta" di Scannella Domenico - via Caltanissetta, 11; Libreria "Campolo" di Gargano Domenico - via Campolo, 86/90; Libreria "Forense" di Valenti Renato - via Maqueda, 185; Di Stefano Claudio - via Autonomia Siciliana, 114; Libreria "Ausonia" di Argento Sergio - via Ausonia, 70/74; Grafill s.r.l. - via Principe di Palagonia, 87/91.

PARTINICO - "Alfa & Beta" s.n.c. di Greco Laura e Cucinella Anita - via Genova, 52; Lo Iacono Giovanna - corso dei Mille, 450; Castronovo Rosanna - via Matteotti, 119/121.

PIAZZA ARMERINA - Cartolibreria Armanna Michelangelo - via Remigio Roccella, 5.

PORTO EMPEDOCLE - MR di Matrona Giacinto & Matrona Maria s.n.c. - via Gen. Giardino, 6.

RAFFADALI - "Striscia la Notizia" di Randisi Giuseppina - via Rosario, 6.

SAN FILIPPO DEL MELA - "Di tutto un pò" di Furnari Maria Teresa - via Borgo G. Verga-Cattafi, 19.

SAN MAURO CASTELVERDE - Garofalo Maria - corso Umberto I, 56.

SANT'AGATA DI MILITELLO - Edicola Ricca Benedetto - via Cosenz, 61.

SANTO STEFANO CAMASTRA - Lando Benedetta - corso Vittorio Emanuele, 21.

SCIACCA - Edicola Coco Vincenzo - via Cappuccini, 124/a.

SIRACUSA - Cartolibreria Zimmitti Catia - via Necropoli Grotticelle, 25/O.

TERRASINI - Serra Antonietta - corso Vittorio Emanuele, 336.

Le norme per le inserzioni nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, parti II e III e serie speciale concorsi, sono contenute nell'ultima pagina dei relativi fascicoli.

PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO - ANNO 2012

PARTE PRIMA

I) Abbonamento ai soli fascicoli ordinari, incluso l'indice annuale		
— annuale	€	81,00
— semestrale	€	46,00
II) Abbonamento ai fascicoli ordinari, incluso i supplementi ordinari e l'indice annuale:		
— soltanto annuale	€	208,00
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€	1,15
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario, per ogni sedici pagine o frazione	€	1,15

SERIE SPECIALE CONCORSI

Abbonamento soltanto annuale	€	23,00
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€	1,70
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario, per ogni sedici pagine o frazione	€	1,15

PARTI SECONDA E TERZA

Abbonamento annuale	€	202,00
Abbonamento semestrale	€	110,00
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€	4,00
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario, per ogni sedici pagine o frazione	€	1,15

Fascicoli e abbonamenti annuali di annate arretrate: il doppio dei prezzi suddetti.

Fotocopia di fascicoli esauriti, per ogni facciata . . . . . € 0,18

Per l'estero, i prezzi di abbonamento e vendita sono raddoppiati.

L'importo dell'abbonamento, **corredato dell'indicazione della partita IVA o, in mancanza, del codice fiscale del richiedente,** deve essere versato **a mezzo bollettino postale** sul c/c postale n. 00304907 intestato alla "Regione siciliana - Gazzetta Ufficiale - Abbonamenti", ovvero direttamente presso l'Istituto di credito che svolge il servizio di cassa per la Regione (Banco di Sicilia), indicando nella causale del versamento per quale parte della *Gazzetta* ("prima" o "serie speciale concorsi" o "seconda e terza") e per quale periodo (anno o semestre) si chiede l'abbonamento.

L'Amministrazione non risponde dei ritardi causati dalla omissione di tali indicazioni.

In applicazione della circolare del Ministero delle Finanze - Direzione Generale Tasse - n. 18/360068 del 22 maggio 1976, il rilascio delle fatture per abbonanenti od acquisti di copie o fotocopie della *Gazzetta* deve essere esclusivamente richiesto, dattiloscritto, nella causale del certificato di accreditamento postale, o nel retro del postagiro o nella quietanza rilascita dall'Istituto di credito che svolge il servizio di cassa per la Regione, unitamente all'indicazione delle generalità, dell'indirizzo completo di C.A.P., della partita I.V.A. o, in mancanza, del codice fiscale del versante, oltre che dall'esatta indicazione della causale del versamento.

Gli abbonamenti annuali hanno decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre, mentre i semestrali dal 1° gennaio al 30 giugno e dal 1° luglio al 31 dicembre.

I versamenti relativi agli abbonamenti devono pervenire improrogabilmente, pena la perdita del diritto di ricevere i fascicoli già pubblicati o la non accettazione, entro il 31 gennaio se concernenti l'intero anno o il 1° semestre ed entro il 31 luglio se relativi al 2° semestre.

I fascicoli inviati agli abbonati vengono recapitati con il sistema di spedizione in abbonamento postale a cura delle Poste Italiane S.p.A. oppure possono essere ritirati, a seguito di dichiarazione scritta, presso i locali dell'Amministrazione della *Gazzetta*.

L'invio o la consegna, a titolo gratuito, dei fascicoli non pervenuti o non ritirati, da richiedersi all'Amministrazione della *Gazzetta* entro 30 giorni dalla data di pubblicazione, è subordinato alla trasmissione o alla presentazione della targhetta del relativo abbonamento.

Le spese di spedizione relative alla richiesta di invio per corrispondenza di singoli fascicoli o fotocopie sono a carico del richiedente e vengono stabilite, di volta in volta, in base alle tariffe postali vigenti.

AVVISO **Gli uffici della** Gazzetta Ufficiale **della Regione siciliana sono aperti al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 ed il mercoledì dalle ore 16,15 alle ore 17,45.**

VENDITA AL PUBBLICO

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S.
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S.
VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

VITTORIO MARINO, *direttore responsabile* MELANIA LA COGNATA, *redattore*

SERISTAMPA di Armango Margherita - VIA SAMPOLO, 220 - PALERMO

PREZZO € 2,30